

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

DOCUMENTO			PROTOCOLO ELETRÔNICO	
Espécie	Data	Número	Data	Número do Protocolo
MEMORANDO	15/03/2022	13/2022	15/03/2022 17:01	2022/307785
Procedência:	SESPA			
Interessado:	Secretaria de Estado de Saúde Pública			
Assunto:	ASSISTENCIA A SAUDE			
SubAssunto:				
Complemento:				
Origem:	SESPA - HPRAS - SP02			
Anexo/Sequencial:	1, 2, 3			



Processo Administrativo Eletrônico do Estado do Pará

Consulta de protocolo

<https://www.sistemas.pa.gov.br/consulta-protocolo/numero/2022/307785>



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
Secretaria de Estado de Saúde Pública

MEMORANDO nº 13/2022 HPRAS -SESPA

Belém, 15 de Março de 2022

De: HPRAS » Hospital Público Regional Abelardo Santos

Para: GAGHR » GT de Cont Aval Gestão Hosp Metro Reg

Assunto: **ASSISTENCIA A SAUDE**

À

Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA

Prezados senhores,

Considerando o Contrato de Gestão nº 005/SESPA/2021 cujo o objeto é a gestão e a operacionalização do HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL ABELARDO SANTOS segue para avaliação pelo prezado GT o Relatório de desempenho ref.Fev/22.

Atenciosamente

Sâmia Makino

Supervisora de Projetos

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Sâmia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: E507AE932BEA1861.EF92F048DD8A8037.798D967E9BFC8974.BA84C10EFD02D9EA

Keliane Reis

Analista do DEP

Vitória Siqueira

**Auxiliar Administrativo
do DEP**

Belém/PA, 03 de março de 2022.

Introdução

Neste relatório serão apresentados os dados referentes aos processos de fechamento de folha de pagamento, medidas disciplinares, absenteísmo, desligamentos, dentre outros processos pertinentes.

1 - Objetivo Geral

Apresentar os processos e rotinas do Departamento Pessoal do mês de fevereiro.

2. Folha de Pagamento

Iniciaremos falando sobre nosso processo de fechamento de folha de pagamento. Este é um dos processos cruciais e mais importantes do Departamento Pessoal, pois se feita com atraso ou erros pode impactar no salário dos colaboradores.

No mês de fevereiro o envio para o fechamento da folha foi enviado no dia 23. O processo fechou com o total de 1.090 funcionários. Além do salário base, houve pagamento de hora extra para 58 colaboradores, a folha conta com algumas vantagens a depender do cargo e turno de trabalho como consta na tabela abaixo.

Tabela 1: Quantitativo de funcionários por vantagens constantes na folha de pagamento

ADICIONAIS	FUNCIONÁRIOS
Insalubridade 20%	795
Periculosidade	7
Adicional Noturno	401
Hora Extra 50%	58

Fonte: Quantitativo de funcionários por vantagens constantes na folha de pagamento.

Dentro do fechamento da folha também são realizados alguns descontos devidos de característica obrigatória como INSS, IRRF e pensão alimentícia (quando por decreto judicial) que tem valor variado de acordo com o salário do colaborador.

3. Medidas Disciplinares

A aplicação de medidas disciplinares acontece a partir de condutas indevidas que violem o regulamento interno da instituição e/ou o código de ética profissional. É realizada com a utilização de orientações verbais ou escritas, podendo ocasionar inclusive suspensões e demissões por justa causa.

Neste mês de fevereiro tivemos 8 medidas disciplinares aplicadas, sendo 7 advertências e 1 termo de orientação, não havendo nenhuma medida disciplinar na área administrativa.

4. Desligamentos

No mês de fevereiro foram identificados 14 pedidos de demissão (sendo 02 colaboradores estão cumprindo aviso) e 01 demissão por término de contrato de experiência e 02 dispensas pelo empregador. Segue abaixo a tabela com o quantitativo de tipo de demissão.

Tabela 2: Quantitativo de desligamentos por tipo demissão.

TIPO DE DEMISSÃO	QUANTIDADE
Término de contrato	01
Aviso prévio pelo empregador	02
Pedido de demissão (cumprindo aviso)	02
Pedido de demissão	12

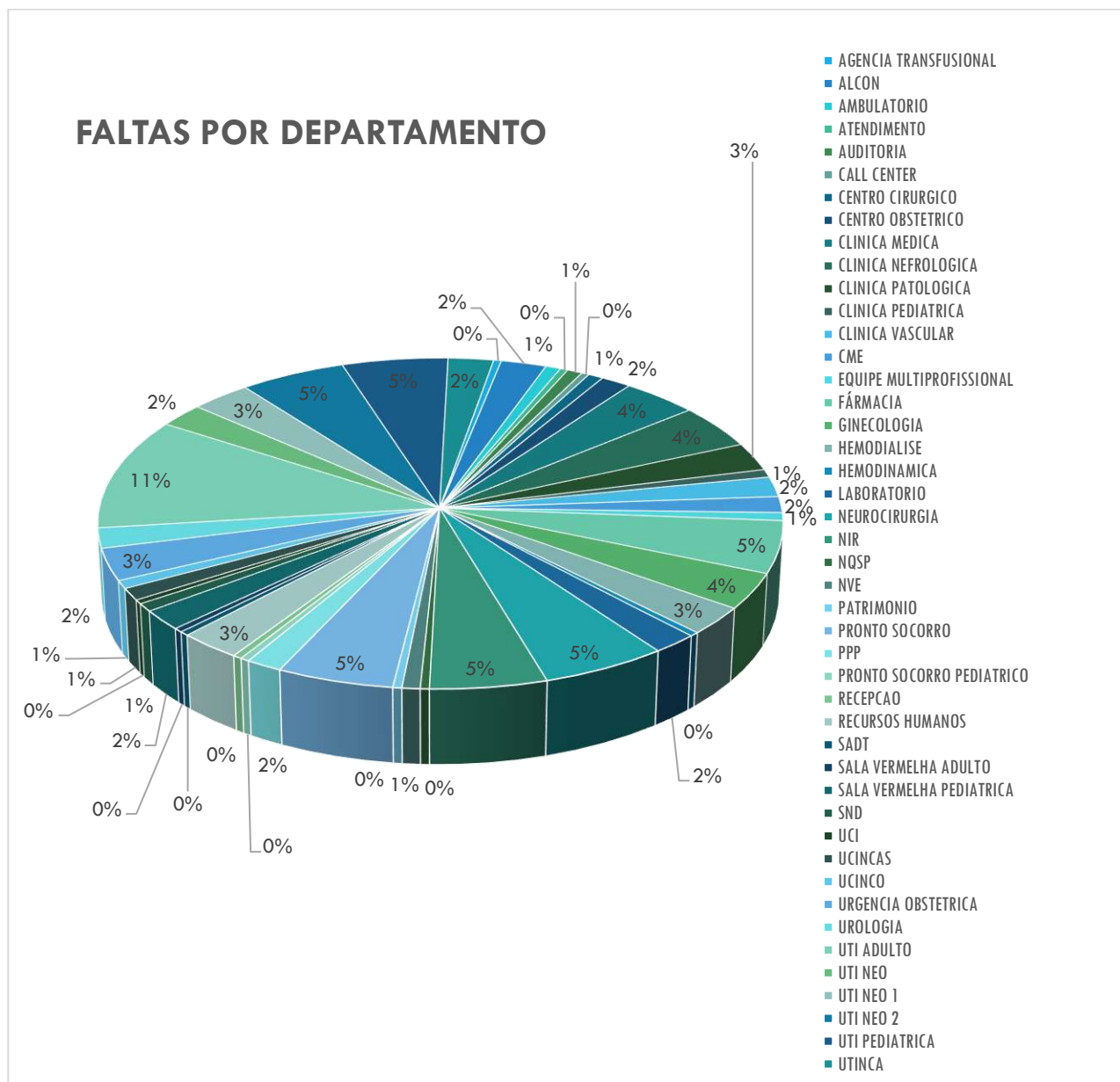
Fonte: Planilha de Quantitativo de desligamentos por tipo demissão.

5. Absenteísmo

O indicador do absenteísmo é calculado a partir da análise da tratativa do ponto dos colaboradores. Essa tratativa é realizada no período do dia 21 do mês anterior ao dia 20 do mês subsequente. Para o mês de fevereiro foram analisados os dados que compreendem o período de 21/01 à 20/02/2022 para fechamento da folha de pagamento. Nesta análise, foram identificados 160 funcionários de atestados médicos, onde isso em quantidade de dias resulta no total de 438, de 198 funcionários faltosos, sendo destes 40 com mais de uma falta o que resultou na quantidade de 582:00hrs faltas.

Segue abaixo o gráfico desmembrando o quantitativo de faltas por departamento.

Gráfico 1: Absenteísmos por setor – Fevereiro/2022



Fonte: Planilha de Quantitativo de absenteísmo

6- Processos já estruturados:

- ✓ Arquivamento da documentação dos colaboradores ativos e inativos;
- ✓ Criação de formulários do setor.
- ✓ Parametrização do sistema do ponto.

7- Processos em andamento:

- ✓ Processo dos armários.

Cristiane Luz dos Santos

Analista de Departamento Pessoal

HRAS – Hospital Regional Dr. Abelardo Santos

ISMS - Instituto Social Mais Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

1. Introdução

A Orbis, como primeira empresa de Engenharia Clínica e Hospitalar do país a conquistar o selo de qualificação ONA, atua com a finalidade de atender às exigências legais e garantir a segurança de usuários e pacientes no uso dos equipamentos. Executando todos os processos do PGES da unidade, garantimos a rastreabilidade do parque tecnológico, diminuição de custos com manutenção e peças e aumentamos a vida útil dos equipamentos.

2. Termos e definições

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições:

Acessório: Produto fabricado exclusivamente com o propósito de integrar um produto para saúde, outorgando ao produto uma função ou característica técnica complementar.

Calibração: Conjunto de operações que estabelece, sob condições especificadas, a relação entre os valores indicados por um instrumento de medição ou sistema de medição, valores representados por uma medida materializada ou um material de referência e os valores correspondentes das grandezas estabelecidas por padrões.

Dano: Lesão física ou prejuízo à saúde da pessoa, ou prejuízo à propriedade ou ao meio ambiente.

Equipamento para saúde: Equipamento ou sistema, inclusive acessórios e periféricos, de uso ou aplicação médica, odontológica, fisioterápica ou laboratorial, utilizado direta ou indiretamente para diagnóstico, terapia e monitoração para assistência à saúde da população.

Eventos adversos: Eventos que produzem, ou potencialmente podem produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, operadores ou outros.

Gerenciamento de equipamentos para saúde: Conjunto de ações que visam a garantia da qualidade assegurando que os equipamentos para saúde submetidos ao programa de



gerenciamento sejam adquiridos, instalados, mantidos, utilizados e controlados com padrões de conformidade apropriados.

Intervenção técnica: Ação técnica destinada a manter ou recolocar um item de um equipamento para a saúde em um estado no qual possa desempenhar uma função requerida, tais como: inspeção, teste, manutenção, calibração e ajuste.

Inventário de equipamentos para saúde em serviços de saúde: Conjunto de informações concernentes aos equipamentos, partes e acessórios existentes no serviço de saúde.

Manutenção: Combinação de todas as ações técnicas e administrativas, incluindo as de supervisão, destinadas a manter ou recolocar um item em um estado no qual possa desempenhar uma função requerida.

Rastreabilidade: Processo que garanta a preservação de todas as informações relativas à condição de aquisição, recebimento, uso, intervenção técnica e transferência.

Registro histórico: Documento contendo informações que permitam a rastreabilidade, inclusive a metrológica, de toda a vida útil de um equipamento para a saúde.

3. Atividades desenvolvidas no mês e seus indicadores.

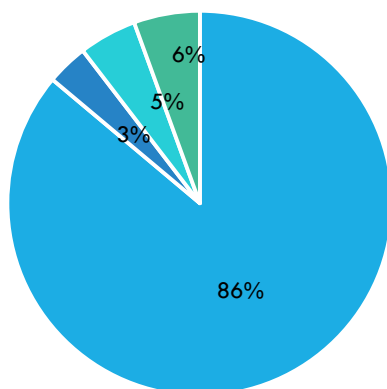
Durante o mês de fevereiro de 2022, a Engenharia Hospitalar apresentou uma boa execução das atividades. O índice de resolubilidade de OS's abertas no mês de fevereiro foi de 81,57% (das 749 Ordens de serviço abertas dentro do mês, 611 foram finalizadas).

Dentre os tipos de manutenção abordadas no escopo da manutenção hospitalar, o maior índice de solicitações de atendimento manteve-se com a Climatização, seguindo Manutenção Geral, Hidráulica e por fim Elétrica.

A seguir serão apresentadas cada uma dessas áreas detalhando os tipos de serviços solicitados e a porcentagem dos mesmos. Adianta-se que as principais solicitações de cada área são:

- Climatização: Ajuste de temperatura (86%);
- Elétrica: Troca de lâmpada (40%);
- Manutenção Geral: Serviços Diversos (65%);
- Hidráulica: Serviços Diversos (75%).

Climatização

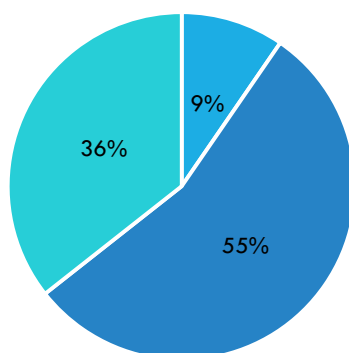


■ Ajuste de temperatura ■ Condensação ■ Falha Equipamento ■ Outros Serviços

Climatização	
Serviços	Atendimentos
Ajuste temperatura	248
Condensação	10
Falha Equipamento	14

Outros Serviços	16

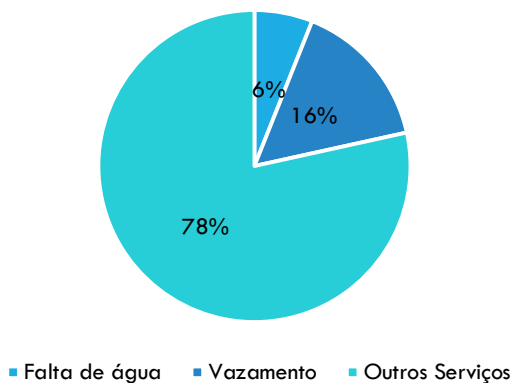
Elétrica



■ Tômada sem energia ■ Troca de lâmpada ■ Outros Serviços

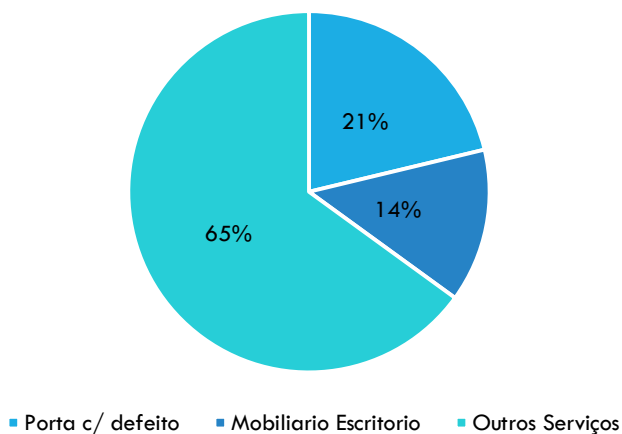
Elétrica	
Serviços	Atendimentos
Tomada sem energia	7
Troca de Lâmpada	40
Outros Serviços	26

Hidráulica



Hidráulica	
Serviços	Atendimentos
Falta de água	7
Vazamento	18
Outros Serviços	91

Manutenção Geral



Manutenção Geral	
Serviços	Atendimentos
Porta c/ defeito	34
Mobiliário Escritório	22
Outros Serviços	104

Abaixo, são apresentados a síntese do atendimento da equipe às solicitações, divididas dentre as subáreas da manutenção hospitalar.

Aqui, novamente ratifica-se o trabalho realizado pela equipe Orbis no atendimento às demandas corretivas da unidade Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, visto que na Climatização o índice de resolução foi de 91%; Hidráulica: 81,8%; Manutenção Geral: 70,7%; Elétrica: 74,7%

Climatização				
Solicitações	Executadas	Não Executadas	Canceladas	Pendentes Executadas
305	278	26	-	9

Hidráulica				
Solicitações	Executadas	Não Executadas	Canceladas	Pendentes Executadas
138	113	25	-	3

Manutenção Geral				
Solicitações	Executadas	Não Executadas	Canceladas	Pendentes Executadas
212	150	56	-	4

Elétrica				
Solicitações	Executadas	Não Executadas	Canceladas	Pendentes Executadas
94	70	24	-	3



Fonte : Sistema de gestão do hospital (PR)

Segue em anexo detalhamento das Ordens de Serviço (solicitadas, executadas e pendente) abertas durante o mês. Assim como o plano de gerenciamento de manutenção predial para o HRAS.

5 – Automação.

Este mês, pelo fato da rede de automação apresentar diversas “quedas de sistema”, foi interrompida a programação dos CLP's, para análise do problema. Logo, foi identificado que a o sistemas de relógios digitais estavam com endereços duplicados, ocasionando problemas. Com isso todos tiveram que ser reprogramados. Segue abaixo detalhes sobre o sistema:

Serviços:

1. Avaliar em campo o estado de cada relógio digital presente no hospital.
2. Identificar os pontos PoE nos seus respectivos racks, como também, organizá-los.
3. Modificar os endereços de IPs de cada relógio para uma faixa exclusiva.
4. Sincronizar o horário entre os relógios com estado de funcionamento correto.

Funcionamento:

O sistema de relógios do hospital é composto por painéis Spider, em que composição do equipamento consiste em 3 módulos, sendo eles: módulo de rede, módulo de

processamento e módulo display, além da estrutura física, que podem ser configurados para mostrar hora, data e temperatura.

Eles são configurados pelo software da própria empresa do equipamento e colocados em rede com o hospital.

Procedimento:

Inicialmente foi feita uma avaliação dos relógios em funcionamento e qual horário eles marcavam, muitos estavam fora da sincronização, outros marcavam fuso-horário diferentes, alguns relógios apresentavam defeito em um módulo específico. Posterior a essa análise, foi verificado o estado dos relógios dentro da rede do hospital e percebeu-se IPs duplicados e faixa de rede distintas.

As ações de correção ocorreram em cada rack de cada andar, um por vez, nele foi isolado o switch de alimentação PoE da rede do hospital, com isso, os relógios foram configurados para nova faixa de IP, identificados e testados. Para uma padronização, os cabos de rede dos relógios estão marcados com uma fita amarela e localizados nas últimas portas de cada switch.

Com isso, formou-se o quadro abaixo:

Relógio	IP	Local	Status
<u>Térreo - Bloco A</u>			
192.168.42.5		Corredor Emergência A	OK
192.168.42.3		Recepção 1	OK
192.168.42.4		Recepção 2	OK
Não configurado		Corredor 1	DF
192.168.43.2		Corredor 2	OK

<u>Térreo - Bloco B</u>		
192.168.42.12	Corredor Emergência B	OK
192.168.42.8	Corredor 1	OK
192.168.42.13	Recepção 1	OK
192.168.42.11	Corredor 2	OK
192.168.42.9	Recepção 2	OK
192.168.42.10	Corredor Emergência C	OK
6		
<u>Térreo - Bloco C</u>		
192.168.42.1	Recepção Corredor 1	OK
Não configurado	Corredor 1	DF
Não configurado	Corredor 2	DF
3		
<u>Térreo - Bloco E/F/G</u>		
192.168.42.14	Corredor E	OK
Não configurado	Corredor Emergência E	MR
192.168.42.15	Sala Hemodiálise	OK
192.168.42.16	Corredor G	OK
4		
<u>1º Pavimento</u>		
192.168.42.7	Corredor PPP	OK
192.168.42	Recepção PPP	OK
192.168.42.28	Sala de Parto 01	OK
192.168.42.27	Sala de Parto 02	OK
192.168.42.26	Corredor Centro Obstétrico	OK
192.168.42	Sala de Espera	OK
Não configurado	Corredor Elevadores	NOR
192.168.42.6	Corredor Centro Cirúrgico	OK

192.168.42.40	Recepção Centro Cirúrgico	OK
Não configurado	Sala Cirúrgica 01	NOR
192.168.42.45*	Sala Cirúrgica 02	OK
192.168.42.46*	Sala Cirúrgica 03	OK
192.168.42.47*	Sala Cirúrgica 04	OK
192.168.42.48*	Sala Cirúrgica 05	OK
192.168.42.49*	Sala Cirúrgica 06	OK
15		
<u>3º Pavimento</u>		
192.168.42.52	Corredor elevadores 01	OK
Não configurado	Corredor elevadores 02	NOR
192.168.42.53	Corredor UTI Adulto 01	OK
192.168.42.54	Corredor UTI Adulto 02	OK
192.168.42.55	UTI Adulto 01	OK
192.168.42.56	UTI Adulto 02	OK
6		
<u>4º Pavimento</u>		
192.168.42.34	Corredor elevador 01	OK
192.168.42.33	Corredor elevador 02	OK
192.168.42.40	Corredor UTI NEO 01	OK
192.168.42.35	Corredor UTI NEO 02	OK
192.168.42.37	UCI NEO 01	OK
192.168.42.36	UCI NEO 02	OK
192.168.42.38	UTI NEO 01	OK
192.168.42.39	UTI NEO 02	OK
8		
<u>5º Pavimento</u>		
192.168.42.29	Corredor elevador 01	OK

192.168.42.30	Corredor elevador 02	OK

Não configurado	Corredor Clínica Cirúrgica	NOR
192.168.42.31	Recepção Clínica Cirúrgica	OK
Não configurado	Corredor Clínica Pediátrica	NOR
192.168.42.32	Recepção Clínica Pediátrica	OK

6

6º Pavimento

Não configurado	Corredor elevador 01	NOR
192.168.42.22	Corredor elevador 02	OK
Não configurado	Recepção Clínica Obstétrica	MD
192.168.42.25	Corredor Clínica Obstétrica	OK
192.168.42.24	Recepção Clínica Ginecológica	OK
192.168.42.23	Corredor Clínica Ginecológica	OK

6

7º Pavimento

192.168.42.17	Corredor elevador 01	OK
192.168.42.18	Corredor elevador 02	OK
192.168.42.20	Recepção Ímpar	OK
192.168.42.21	Corredor Ímpar	OK
192.168.42.19	Recepção Par	OK
Não configurado	Corredor Par	MR

6

Anexo

Não configurado	Corredor 2 Refeitório	NOR
192.168.42.57	Corredor 2 CAF	OK
Não configurado	Corredor 2 SAME	NOR

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7


Não configurado	Corredor 1 Patrimônio	DF
Não configurado	Corredor 1 RH	DF
192.168.42.58	Corredor 1 Lavanderia	OK
192.168.42.59	Corredor DEP	OK
192.168.42.60	Corredor Diretoria	OK
8		

Onde:

OK – funcionamento do equipamento ocorreu dentro do esperado, características físicas e de rede, e margem de erro de 5 min para mais e para menos;

DF – São os relógios que foram retirados de seus locais por atestar nenhum funcionamento

NOR – São relógios que não se conseguiu configurar, ou achar na rede, sendo necessário posteriormente uma manutenção individual

MR – Módulo de rede do equipamento está com possível defeito

MD – Módulo display do equipamento está com possível defeito

** São as salas de cirurgia, devido ao uso recorrente, não foi possível vistoriar o relógio, apesar de ter sido configurado no rack, mas será feito assim que combinado com a supervisora do setor*

Vale ressaltar que os relógios do 8ª e 9ª não possuem o mesmo tipo de funcionamento e foi avaliado de forma separada, apesar disso, **ao todo são 85 relógios presentes no hospital, os quais:**

69 estão funcionando normalmente ----- 81,17%

11 estão funcionando parcialmente ----- 12,94%

5 não estão funcionando ----- 5,88%

Os relógios após a corretiva foram vistoriados 2 vezes antes de produzir esse relatório, os locais mais necessários para esses equipamentos são as UTIs, Hemodiálise e Corredor de emergência conforme os diálogos obtidos com os supervisores do local. Posteriormente serão realocados alguns relógios para outro a fim de manter o balanceamento ideal, além de fazer a manutenção dos equipamentos com funcionamento parcial.

6- Comissionamento dos Multimeditores de energia – HRAS

O hospital possui uma rede de multimeditores de energia, onde é possível acompanhar o consumo e qualidade de energia em diversos setores, porém estavam desprogramados. Segue abaixo :

Serviços:

1. Avaliar em campo o estado de cada multimetedor presente no hospital.
2. Calibrar o equipamento.
3. Avaliar dados no supervisório.

Funcionamento:

O equipamento em questão foi desenvolvido para medir grandezas elétricas para fim de avaliar o uso qualitativo da energia consumida pelo hospital, podendo ele ser acessado localmente via display 7 ou a partir de supervisório via comunicação Modbus.

Procedimento:

O procedimento ocorreu de forma bem simples, com o auxílio do manual dele foi possível configurar os equipamentos que não estavam, muitos deles não estavam de acordo com a relação de TCs, os endereçamentos estavam corretos e conforme a configuração foi



finalizada, os valores das grandezas se tornaram mais coerentes para com o quadro e alimentação fornecida.

Em relação ao supervisório, foi constatado que o projeto não fora finalizado pois alguns andares da interface conseguiam fazer a leitura em tempo real do multimedidor, mas a grande maioria não fazia a leitura.

Abaixo segue o quadro com a relação:

Local	Multimedidor	Status
Cobertura	QGLF-10P-01	NE
Pavimento 9 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-9P-01	OK
Pavimento 9 Espaço Eletromecânico 2	QGF-9P-01	OK
Pavimento 8 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-8P-01	OK
Pavimento 8 Espaço Eletromecânico 2	QGF-8P-01	OK
Pavimento 7 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-7P-01	OK
Pavimento 7 Espaço Eletromecânico 2	QGF-7P-01	OK
Pavimento 6 Espaço	QGLF-6P-01	OK

Eletromecânico 2		
Pavimento 6 Espaço Eletromecânico 2	QGF-6P-01	OK
Pavimento 5 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-5P-01	OK
Pavimento 5 Espaço Eletromecânico 2	QGF-5P-01	OK
Pavimento 4 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-4P-01	OK
Pavimento 4 Espaço Eletromecânico 2	QGF-4P-01	OK
Pavimento 3 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-3P-01	OK
Pavimento 3 Espaço Eletromecânico 2	QGF-3P-01	OK
Pavimento 2 Sala nobreaks	QGLF-2P-01	OK
Pavimento 2 Sala nobreaks	QGF-NB-01	OK
Pavimento 2 Sala nobreaks	QGF-2P-IT	OK

Pavimento 1 Casa de Máquinas	QGLF-1P-01	OK
Pavimento 1 Casa de Máquinas	QGF-1P-01	OK
Térreo Corredor Bloco D	QGLF-TE-02	OK
Térreo Corredor Bloco D	QGF-TE-02	OK
Anexo corredor 1	QGLF-TE-01	OK
Anexo corredor 1	QGF-TE-01	OK
Subestação	QGBT-01-NE	NA
Subestação	QGBT-02-NE	NA
Subestação	QGBT-03-NE	NA
Subestação	QGBT-04-NE	NA
Subestação	QGBT-05-NE	NA
Subestação	QGBT-06-NE	NA
Subestação	QGBT-07-NE	NA

Onde:

OK – O funcionamento do equipamento está dentro do esperado

NE – O equipamento não existe em campo

NA – Não foi avaliado por estarem dentro dos quadros de alta tensão na Subestação.

Portanto, dos 30 equipamentos existentes:

23 em funcionamento ----- 76,67%**7 Não avaliados -----23,33%**

Obs: Atualmente, é possível monitorar todos os multimedidores citados acima em tempo real, porém no sistema de supervisão não está programado a função de histórico. Logo o sistema, no momento só realiza leituras, não armazena informações.

Próximas atividades: Estudar solução para ativar tal função.

7. Responsável

Vinicius Carvalho

Supervisor de Manutenção Hospitalar

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

Relatório Mensal de Atividades

**Hospital Regional Dr.
Abelardo Santos**

**Mês de competência: Fevereiro /
2022**

1. Objetivo

Este documento tem como objetivo principal apresentar, detalhar e acompanhar os serviços de Engenharia Hospitalar – Climatização durante o período de apuração.

Período de apuração: 01/02 a 28/02 de 2022.

2. Introdução

A Orbis, como primeira empresa de Engenharia Clínica e Hospitalar do país a conquistar o selo de qualificação ONA, atua com a finalidade de atender às exigências legais e garantir a segurança de usuários e pacientes no uso dos equipamentos. Executando todos os processos do PGES da unidade, garantimos a rastreabilidade do parque tecnológico, diminuição de custos com manutenção e peças e aumentamos a vida útil dos equipamentos.

3. Termos e definições

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições:

Acessório: Produto fabricado exclusivamente com o propósito de integrar um produto para saúde, outorgando ao produto uma função ou característica técnica complementar.

Calibração: Conjunto de operações que estabelece, sob condições especificadas, a relação entre os valores indicados por um instrumento de medição ou sistema de medição, valores representados por uma medida materializada ou um material de referência e os valores correspondentes das grandezas estabelecidas por padrões.

Dano: Lesão física ou prejuízo à saúde da pessoa, ou prejuízo à propriedade ou ao meio ambiente.

Equipamento para saúde: Equipamento ou sistema, inclusive acessórios e periféricos, de uso ou aplicação médica, odontológica, fisioterápica ou laboratorial, utilizado direta ou indiretamente para diagnóstico, terapia e monitoração para assistência à saúde da população.

Eventos adversos: Eventos que produzem, ou potencialmente podem produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, operadores ou outros.

Gerenciamento de equipamentos para saúde: Conjunto de ações que visam a garantia da qualidade assegurando que os equipamentos para saúde submetidos ao programa de gerenciamento sejam adquiridos, instalados, mantidos, utilizados e controlados com padrões de conformidade apropriados.

Intervenção técnica: Ação técnica destinada a manter ou recolocar um item de um equipamento para a saúde em um estado no qual possa desempenhar uma função requerida, tais como: inspeção, teste, manutenção, calibração e ajuste.

Inventário de equipamentos para saúde em serviços de saúde: Conjunto de informações concernentes aos equipamentos, partes e acessórios existentes no serviço de saúde.

Manutenção: Combinação de todas as ações técnicas e administrativas, incluindo as de supervisão, destinadas a manter ou recolocar um item em um estado no qual possa desempenhar uma função requerida.

Rastreabilidade: Processo que garanta a preservação de todas as informações relativas à condição de aquisição, recebimento, uso, intervenção técnica e transferência.

Registro histórico: Documento contendo informações que permitam a rastreabilidade, inclusive a metrológica, de toda a vida útil de um equipamento para a saúde.

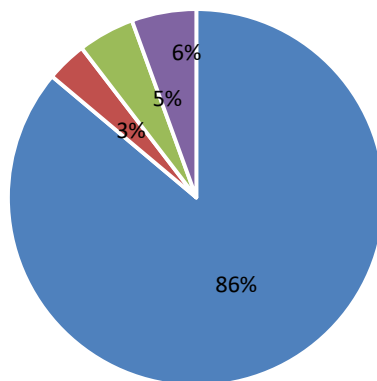
4. Atividades desenvolvidas no mês e seus indicadores.

Durante o mês de fevereiro de 2022, a Engenharia Hospitalar apresentou uma boa execução das atividades. O índice de resolubilidade de OS's abertas no mês de fevereiro foi de 81,57% (das 749 Ordens de serviço abertas dentro do mês, 611 foram finalizadas). Dentre os tipos de manutenção abordadas no escopo da manutenção hospitalar, o maior índice de solicitações de atendimento manteve-se com a Climatização, seguindo Manutenção Geral, Hidráulica e por fim Elétrica.

A seguir serão apresentadas cada uma dessas áreas detalhando os tipos de serviços solicitados e a porcentagem dos mesmos. Adianta-se que as principais solicitações de cada área são:

- Climatização: Ajuste de temperatura (86%);
- Elétrica: Troca de lâmpada (40%);
- Manutenção Geral: Serviços Diversos (65%);
- Hidráulica: Serviços Diversos (75%).

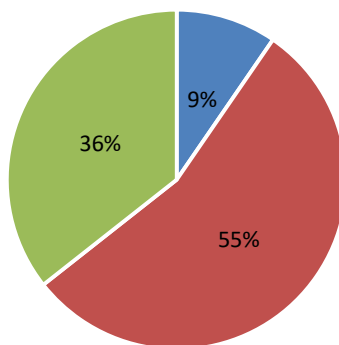
Climatização



■ Ajuste de temperatura ■ Condensação ■ Falha Equipamento ■ Outros Serviços

Climatização	
Serviços	Atendimentos
Ajuste temperatura	248
Condensação	10
Falha Equipamento	14
Outros Serviços	16

Elétrica

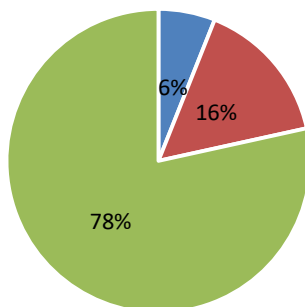


■ Tômada sem energia ■ Troca de lâmpada ■ Outros Serviços

Elétrica	
Serviços	Atendimentos
Tomada sem energia	7

Troca de Lâmpada	40
Outros Serviços	26

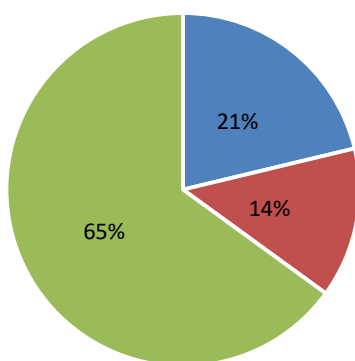
Hidráulica



■ Falta de água ■ Vazamento ■ Outros Serviços

Hidráulica	
Serviços	Atendimentos
Falta de água	7
Vazamento	18
Outros Serviços	91

Manutenção Geral



■ Porta c/ defeito ■ Mobiliario Escritorio ■ Outros Serviços

Manutenção Geral	
Serviços	Atendimentos
Porta c/ defeito	34
Mobiliário Escritório	22
Outros Serviços	104

Abaixo, são apresentados a síntese do atendimento da equipe às solicitações, dividas dentre as subáreas da manutenção hospitalar.

Aqui, novamente ratifica-se o trabalho realizado pela equipe Orbis no atendimento às demandas corretivas da unidade Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, visto que na Climatização o índice de resolução foi de 91%; Hidráulica: 81,8%; Manutenção Geral: 70,7%; Elétrica: 74,7%

Climatização				
Solicitações	Executadas	Não Executadas	Canceladas	Pendentes Executadas
305	278	26	-	9

Hidráulica				
Solicitações	Executadas	Não Executadas	Canceladas	Pendentes Executadas
138	113	25	-	3

Manutenção Geral				
Solicitações	Executadas	Não Executadas	Canceladas	Pendentes Executadas
212	150	56	-	4

Elétrica				
Solicitações	Executadas	Não Executadas	Canceladas	Pendentes Executadas
94	70	24	-	3

Fonte : Sistema de gestão do hospital (PR)

Segue em anexo detalhamento das Ordens de Serviço (solicitadas, executadas e pendente) abertas durante o mês. Assim como o plano de gerenciamento de manutenção predial para o HRAS.

5 – Automação.

Este mês, pelo fato da rede de automação apresentar diversas “quedas de sistema”, foi interrompida a programação dos CLP's, para análise do problema. Logo, foi identificado que a o sistemas de relógios digitais estavam com endereços duplicados, ocasionando problemas. Com isso todos tiveram que ser reprogramados. Segue abaixo detalhes sobre o sistema:

Serviços:

1. Avaliar em campo o estado de cada relógio digital presente no hospital.
2. Identificar os pontos PoE nos seus respectivos racks, como também, organizá-los.
3. Modificar os endereços de IPs de cada relógio para uma faixa exclusiva.
4. Sincronizar o horário entre os relógios com estado de funcionamento correto.

Funcionamento:

O sistema de relógios do hospital é composto por painéis Spider, em que composição do equipamento consiste em 3 módulos, sendo eles: módulo de rede, módulo de processamento e módulo display, além da estrutura física, que podem ser configurados para mostrar hora, data e temperatura.

Eles são configurados pelo software da própria empresa do equipamento e colocados em rede com o hospital.

Procedimento:

Inicialmente foi feito uma avaliação dos relógios em funcionamento e qual horário eles marcavam, muitos estavam fora da sincronização, outros marcavam fuso-horário diferentes, alguns relógios apresentavam defeito em um módulo específico. Posterior a essa análise, foi verificado o estado dos relógios dentro da rede do hospital e percebeu-se IPs duplicados e faixa de rede distintas.

As ações de correção ocorreram em cada rack de cada andar, um por vez, nele foi isolado o switch de alimentação PoE da rede do hospital, com isso, os relógios foram configurados para nova faixa de IP, identificados e testados. Para uma padronização, os cabos de rede dos relógios estão marcados com uma fita amarela e localizados nas últimas portas de cada switch.

Com isso, formou-se o quadro abaixo:

Relógio	IP	Local	Status
<u>Térreo - Bloco A</u>			
192.168.42.5		Corredor Emergência A	OK
192.168.42.3		Recepção 1	OK
192.168.42.4		Recepção 2	OK
Não configurado		Corredor 1	DF
192.168.43.2		Corredor 2	OK
<u>Térreo - Bloco B</u>			
192.168.42.12		Corredor Emergência B	OK
192.168.42.8		Corredor 1	OK
192.168.42.13		Recepção 1	OK
192.168.42.11		Corredor 2	OK
192.168.42.9		Recepção 2	OK
192.168.42.10		Corredor Emergência C	OK
6			
<u>Térreo - Bloco C</u>			
192.168.42.1		Recepção Corredor 1	OK
Não configurado		Corredor 1	DF
Não configurado		Corredor 2	DF
3			
<u>Térreo - Bloco E/F/G</u>			
192.168.42.14		Corredor E	OK
Não configurado		Corredor Emergência E	MR
192.168.42.15		Sala Hemodiálise	OK
192.168.42.16		Corredor G	OK
4			
<u>1º Pavimento</u>			
192.168.42.7		Corredor PPP	OK
192.168.42		Recepção PPP	OK
192.168.42.28		Sala de Parto 01	OK
192.168.42.27		Sala de Parto 02	OK
192.168.42.26		Corredor Centro Obstétrico	OK
192.168.42		Sala de Espera	OK
Não configurado		Corredor Elevadores	NOR
192.168.42.6		Corredor Centro Cirúrgico	OK
192.168.42.40		Recepção Centro Cirúrgico	OK
Não configurado		Sala Cirúrgica 01	NOR
192.168.42.45*		Sala Cirúrgica 02	OK
192.168.42.46*		Sala Cirúrgica 03	OK
192.168.42.47*		Sala Cirúrgica 04	OK
192.168.42.48*		Sala Cirúrgica 05	OK
192.168.42.49*		Sala Cirúrgica 06	OK
15			
<u>3º Pavimento</u>			
192.168.42.52		Corredor elevadores 01	OK
Não configurado		Corredor elevadores 02	NOR
192.168.42.53		Corredor UTI Adulto 01	OK
192.168.42.54		Corredor UTI Adulto 02	OK
192.168.42.55		UTI Adulto 01	OK
192.168.42.56		UTI Adulto 02	OK
6			

4º Pavimento		
192.168.42.34	Corredor elevador 01	OK
192.168.42.33	Corredor elevador 02	OK
192.168.42.40	Corredor UTI NEO 01	OK
192.168.42.35	Corredor UTI NEO 02	OK
192.168.42.37	UCI NEO 01	OK
192.168.42.36	UCI NEO 02	OK
192.168.42.38	UTI NEO 01	OK
192.168.42.39	UTI NEO 02	OK
8		
5º Pavimento		
192.168.42.29	Corredor elevador 01	OK
192.168.42.30	Corredor elevador 02	OK
Não configurado	Corredor Clínica Cirúrgica	NOR
192.168.42.31	Recepção Clínica Cirúrgica	OK
Não configurado	Corredor Clínica Pediátrica	NOR
192.168.42.32	Recepção Clínica Pediátrica	OK
6		
6º Pavimento		
Não configurado	Corredor elevador 01	NOR
192.168.42.22	Corredor elevador 02	OK
Não configurado	Recepção Clínica Obstétrica	MD
192.168.42.25	Corredor Clínica Obstétrica	OK
192.168.42.24	Recepção Clínica Ginecológica	OK
192.168.42.23	Corredor Clínica Ginecológica	OK
6		
7º Pavimento		
192.168.42.17	Corredor elevador 01	OK
192.168.42.18	Corredor elevador 02	OK
192.168.42.20	Recepção Ímpar	OK
192.168.42.21	Corredor Ímpar	OK
192.168.42.19	Recepção Par	OK
Não configurado	Corredor Par	MR
6		
Anexo		
Não configurado	Corredor 2 Refeitório	NOR
192.168.42.57	Corredor 2 CAF	OK
Não configurado	Corredor 2 SAME	NOR
Não configurado	Corredor 1 Patrimônio	DF
Não configurado	Corredor 1 RH	DF
192.168.42.58	Corredor 1 Lavanderia	OK
192.168.42.59	Corredor DEP	OK
192.168.42.60	Corredor Diretoria	OK
8		

Onde:

OK – funcionamento do equipamento ocorreu dentro do esperado, características físicas e de rede, e margem de erro de 5 min para mais e para menos;

DF – São os relógios que foram retirados de seus locais por atestar nenhum funcionamento
NOR – São relógios que não se conseguiu configurar, ou achar na rede, sendo necessário posteriormente uma manutenção individual

MR – Módulo de rede do equipamento está com possível defeito

MD – Módulo display do equipamento está com possível defeito

** São as salas de cirurgia, devido ao uso recorrente, não foi possível vistoriar o relógio, apesar de ter sido configurado no rack, mas será feito assim que combinado com a supervisora do setor*

Vale ressaltar que os relógios do 8ª e 9ª não possuem o mesmo tipo de funcionamento e foi avaliado de forma separada, apesar disso, **ao todo são 85 relógios presentes no hospital, os quais:**

69 estão funcionando normalmente ----- 81,17%
11 estão funcionando parcialmente ----- 12,94%
5 não estão funcionando ----- 5,88%

Os relógios após a corretiva foram vistoriados 2 vezes antes de produzir esse relatório, os locais mais necessários para esses equipamentos são as UTIs, Hemodiálise e Corredor de emergência conforme os diálogos obtidos com os supervisores do local. Posteriormente serão realocados alguns relógios para outro a fim de manter o balanceamento ideal, além de fazer a manutenção dos equipamentos com funcionamento parcial.

6- Comissionamento dos Multimedidores de energia – HRAS

O hospital possui uma rede de multimedidores de energia, onde é possível acompanhar o consumo e qualidade de energia em diversos setores, porém estavam desprogramados. Segue abaixo :

Serviços:

1. Avaliar em campo o estado de cada multimedidor presente no hospital.
2. Calibrar o equipamento.
3. Avaliar dados no supervisório.

Funcionamento:

O equipamento em questão foi desenvolvido para medir grandezas elétricas para fim de avaliar o uso qualitativo da energia consumida pelo hospital, podendo ele ser acessado localmente via display 7 ou a partir de supervisório via comunicação Modbus.

Procedimento:

O procedimento ocorreu de forma bem simples, com o auxílio do manual dele foi possível configurar os equipamentos que não estavam, muitos deles não estavam de acordo com a relação de TCs, os endereços estavam corretos e conforme a configuração foi finalizada, os valores das grandezas se tornaram mais coerentes para com o quadro e alimentação fornecida.

Em relação ao supervisor, foi constatado que o projeto não fora finalizado pois alguns andares da interface conseguiam fazer a leitura em tempo real do multimetro, mas a grande maioria não fazia a leitura.

Abaixo segue o quadro com a relação:

Local	Multimetro	Status
Cobertura	QGLF-10P-01	NE
Pavimento 9 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-9P-01	OK
Pavimento 9 Espaço Eletromecânico 2	QGF-9P-01	OK
Pavimento 8 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-8P-01	OK
Pavimento 8 Espaço Eletromecânico 2	QGF-8P-01	OK
Pavimento 7 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-7P-01	OK
Pavimento 7 Espaço Eletromecânico 2	QGF-7P-01	OK
Pavimento 6 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-6P-01	OK
Pavimento 6 Espaço Eletromecânico 2	QGF-6P-01	OK
Pavimento 5 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-5P-01	OK
Pavimento 5 Espaço Eletromecânico 2	QGF-5P-01	OK
Pavimento 4 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-4P-01	OK
Pavimento 4 Espaço Eletromecânico 2	QGF-4P-01	OK

Pavimento 3 Espaço Eletromecânico 2	QGLF-3P-01	OK
Pavimento 3 Espaço Eletromecânico 2	QGF-3P-01	OK
Pavimento 2 Sala nobreaks	QGLF-2P-01	OK
Pavimento 2 Sala nobreaks	QGF-NB-01	OK
Pavimento 2 Sala nobreaks	QGF-2P-IT	OK
Pavimento 1 Casa de Máquinas	QGLF-1P-01	OK
Pavimento 1 Casa de Máquinas	QGF-1P-01	OK
Térreo Corredor Bloco D	QGLF-TE-02	OK
Térreo Corredor Bloco D	QGF-TE-02	OK
Anexo corredor 1	QGLF-TE-01	OK
Anexo corredor 1	QGF-TE-01	OK
Subestação	QGBT-01-NE	NA
Subestação	QGBT-02-NE	NA
Subestação	QGBT-03-NE	NA
Subestação	QGBT-04-NE	NA
Subestação	QGBT-05-NE	NA
Subestação	QGBT-06-NE	NA
Subestação	QGBT-07-NE	NA

Onde:

OK – O funcionamento do equipamento está dentro do esperado

NE – O equipamento não existe em campo

NA – Não foi avaliado por estarem dentro dos quadros de alta tensão na Subestação.

Portanto, dos 30 equipamentos existentes:

23 em funcionamento ----- 76,67%

7 Não avaliados -----23,33%

Obs: Atualmente, é possível monitorar todos os multimedidores citados acima em tempo real, porém no sistema de supervisão não está programado a função de histórico. Logo o sistema, no momento só realiza leituras, não armazena informações.

Próximas atividades: Estudar solução para ativar tal função.

7. Responsável

Vinicius Carvalho

Supervisor de Manutenção Hospitalar

FARMÁCIA

RELATÓRIO MENSAL

1. INTRODUÇÃO

A farmácia do hospital Abelardo Santos tem como premissa assegurar o uso de medicamentos aos usuários internados e ambulatoriais fortalecendo a segurança destes pacientes desde sua admissão até sua alta; desta forma à necessidade da implementação da farmacovigilância, farmácia clínica e farmacêutico clínico na equipe multidisciplinar, nesse contexto. Buscamos identificar, avaliar, compreender e prevenir as reações adversas ou qual quer outro problema relacionado ao uso dos medicamentos utilizados no hospital.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 - FARMACOVIGILÂNCIA

A metodologia aplicada para a implementação foi a criação da instrução de trabalho onde tem como objetivo principal a padronização de todos os processos de investigação de eventos adversos em farmacovigilância.

As definições e prioridades necessárias para desenvolver intervenções mais eficazes, exigirão uma maior compreensão dos fatores que afetam diretamente nossos pacientes. A equipe farmacêutica definiu o desenvolvimento de todo esse processo deixando em anexo a instrução de trabalho de investigação em farmacovigilância juntamente com o formulário de notificação de eventos adversos com medicamento.

Ressalto que entramos em contato com a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, onde é referência em farmacovigilância e farmácia clínica para uma visita técnica no dia 13/01/2022 já que é referência no estado nestes serviços, onde a reunião foi adiada para o mês de fevereiro. Em detrimento a visita referente ao processo de acreditação da Fundação Santa Casa a visita técnica foi adiada agora para início de Março/2022.



2.1.1 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Farmácia			
	Investigação em farmacovigilância			
	Código: IT-HRAS-FARMÁCIA	Versão: 011	Página 1 de 6	

1. OBJETIVO

Padronizar o processo da investigação de eventos adversos em farmacovigilância.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Receber do NQSP as notificações relacionadas aos medicamentos dispensados pela farmácia aos pacientes atendidos pelo HRAS, incluindo eventos adversos de falha na administração de medicamentos, falha no uso de dispositivos e equipamentos médicos, queixa técnica e suspeita de reação adversa a medicamentos (RAM), devidamente preenchida pelo notificador.	Farmacêutico
2	Codificar a notificação recebida, conforme a ordem sequencial interna, observando se há duplicidade (evento notificado anteriormente).	Farmacêutico
3	Avaliar o prontuário do paciente e preencher a Notificação de Suspeita de Reação Adversa a Medicamento ou de Desvio da Qualidade de Medicamento.	Farmacêutico
4	Contactar o notificador, caso necessite de informações adicionais para preenchimento completo da Ficha e investigação do evento.	Farmacêutico
5	Investigar a notificação seguindo o roteiro dos Anexos (Anexo 1: Notificação de Queixa Técnica; Anexo 2: Notificação de Suspeita de Reação Adversa a Medicamentos; Anexo 3: Suspeita de inefetividade terapêutica).	Farmacêutico
6	Notificar o fabricante e a Anvisa quando aplicável.	Farmacêutico
7	Interditar o produto, divulgar alerta e outras medidas, caso aplicável.	Farmacêutico
8	Enviar carta-resposta ao notificador.	Farmacêutico
9	Atualizar a planilha de controle e acompanhamento de notificações da farmácia com as informações referentes à notificação recebida e investigada.	Farmacêutico

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO –Farmácia			
	Investigação em farmacovigilância			
	Código: <u>IT.HRAS.FARMÁCIA</u>	Versão: 001	Página 2 de 6	

3. CONTROLE DE REGISTROS

- Não aplicável.

4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ALMEIRA, Marianna, Resende Mara. POP 222 SUFAR Investigação em farmacovigilância. Versão 01. 22.fev.2016.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010;

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 04 de 10 de fevereiro de 2009;

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Capucho, Helaine Carneiro;

Farmacovigilância hospitalar: processos investigativos em farmacovigilância. Pharmacia Brasileira - Setembro/Outubro 2008.

5. ANEXOS

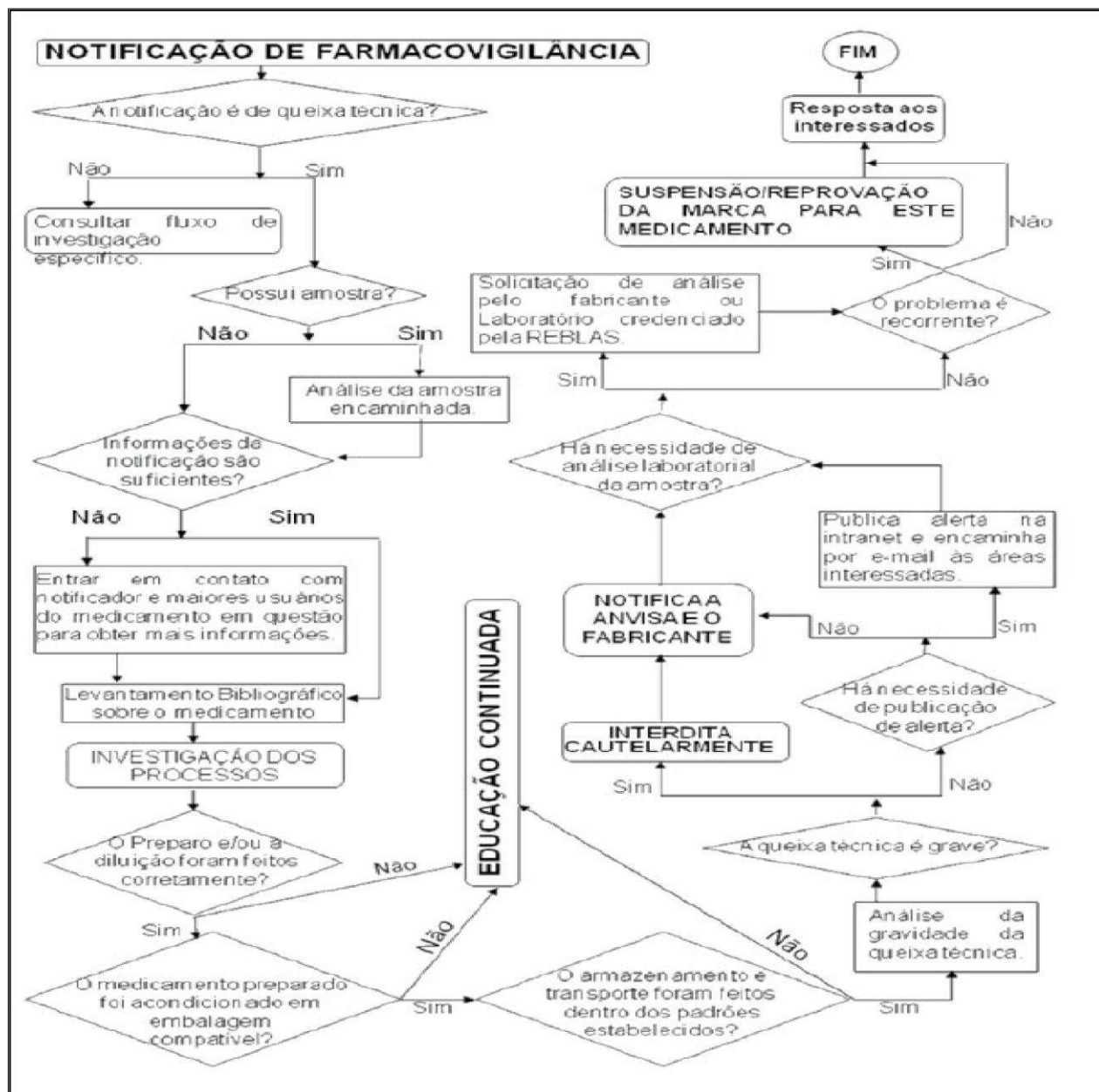
Anexo 1 – Notificação de Queixa Técnica.

Anexo 2 – Notificação de Suspeita de Reação Adversa a Medicamentos.

Anexo 3 – Suspeita de Inefetividade Terapêutica.

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Farmácia			
	Investigação em farmacovigilância			
	Código: IT- HRAS-FARMÁCIA	Versão: 001	Página 3 de 6	

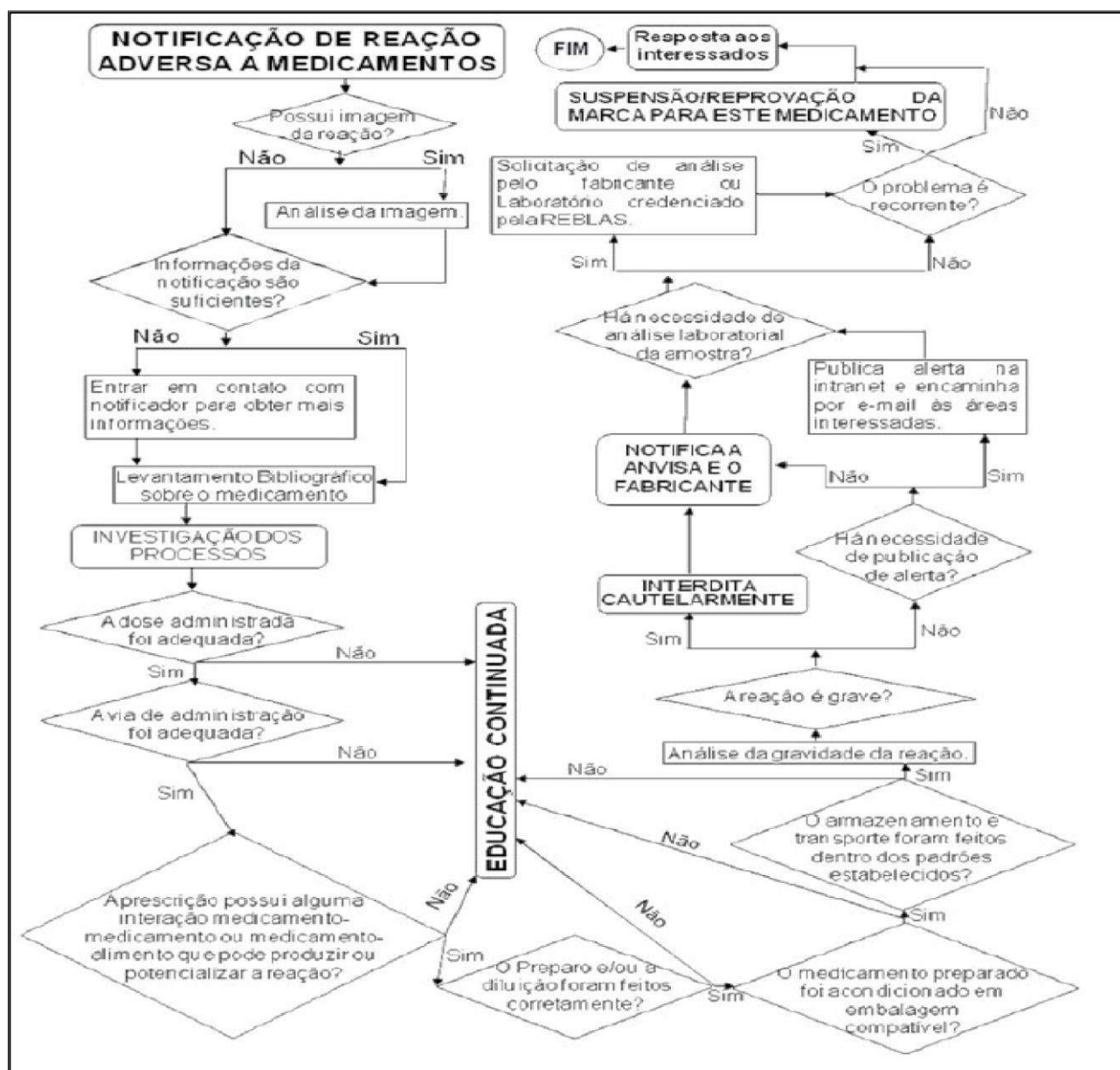
ANEXO 1
Notificação de Queixa Técnica



	INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Farmácia			
	Investigação em farmacovigilância			
	Código: ILHRAS.FARMÁCIA	Versão: 001	Página 4 de 6	

ANEXO 2

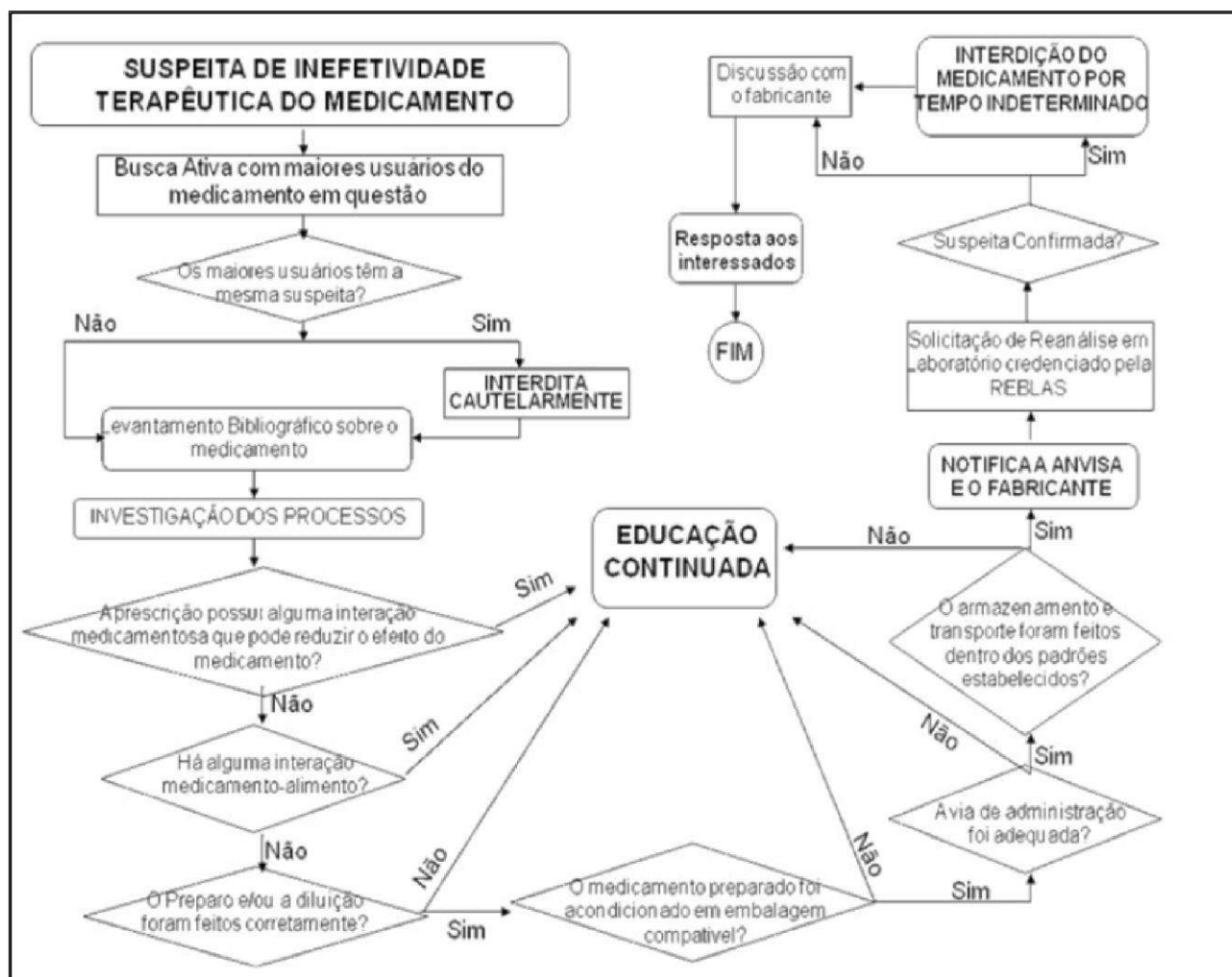
Notificação de Suspeita de Reação Adversa a Medicamentos



	INSTRUÇÃO DE TRABALHO –Farmácia			
	Investigação em farmacovigilância			
	Cargo: <u>IT HRAS FARMÁCIA</u>	Versão: 001	Página 5 de 6	

ANEXO 3

Suspeita de inefetividade terapêutica



	INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Farmácia			
	Investigação em farmacovigilância			
	Código: ILHRAS.FARMÁCIA	Versão: 001	Página 6 de 6	

6. ABREVIATURAS

NQSP → NÚCLEO DE QUALIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE.

2.1.2- FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAMENTOS

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO COM MEDICAMENTO
Preencher o maior número de campos, principalmente os com (*)

CONFIDENCIAL

Informação inicial Informação complementar ☐ Nº notificação

1. Dados do paciente
NOME OU INICIAIS* NÚMERO DE PRONTUÁRIO

UNIDADE ASSISTENCIAL

DATA DE NASCIMENTO SEXO* ☐ Fem ☐ Masc PESO (kg) Altura (cm)

2. Dados do medicamento (nome genérico, nome comercial)
MEDICAMENTO(S) SUSPEITO(S)* Dose Via adm Início Fim Motivo do uso

MEDICAMENTOS CONCOMITANTES	Dose	Via adm	Início	Fim	Motivo do uso

DESCRIÇÃO DO EVENTO (breve relato do evento) *

	Data do início do evento 	Data do fim do evento

EXAMES COMPLEMENTARES RELEVANTES

3. Antecedentes Pessoais

	S	N		S	N
TABAGISMO	☐	☐	NEFROPATIA	☐	☐
ETILISMO	☐	☐	HIPERTENSÃO	☐	☐
USO DE DROGAS ILÍCITAS	☐	☐	DIABETES	☐	☐
CARDIOPATIA	☐	☐	ALERGIA	☐	☐
HEPATOPATIA	☐	☐	OUTRA: Qual?	☐	☐
GRAVIDEZ (indicar idade gestacional no início do evento)	☐	☐		☐	☐

4. Conduta

	S	N		S	N
NECESSITOU TRATAMENTO	☐	☐	A POSOLOGIA FOI ALTERADA	☐	☐
MEDICAMENTO FOI SUSPENSO	☐	☐	HOVE REEXPOSIÇÃO *	☐	☐

A SUSPENSÃO PROVOCOU MELHORA		APOS REEXPOSIÇÃO A REAÇÃO REAPARECEU *		

5. Evolução

	S	N		S	N
RECUPERAÇÃO INTEGRAL			OBITO: Data ____/____/____		
NÃO RECUPERADO AINDA			RECUPERAÇÃO COM SEQUELAS: QUAIS?		
REQUEREU OU PROLONGOU HOSPITALIZAÇÃO			MALFORMAÇÃO: QUAL?		
RISCO DE VIDA			OUTRO: QUAL?		

6. Notificação de queixa técnica ou suspeita de desvio de qualidade de medicamento

NOME COMERCIAL		NOME GENEÉRICO	
FABRICANTE	NÚMERO DO LOTE	VALIDADE	FORMA FARMACÉUTICA
DESCRIÇÃO:			

7. Dados do notificador ☐ DENTISTA ☐ ENFERMEIRO ☐ FARMACÊUTICO ☐ MÉDICO

NOME		Nº CONSELHO PROFISSIONAL
ENDEREÇO		CIDADE / UF
TELEFONE	FAX	
ENDEREÇO ELETRÔNICO	DATA	
Observações		

PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAMENTOS

O QUE NOTIFICAR? - Todo evento adverso com qualquer medicamento – suspeita de reação adversa ao medicamento (RAM), falha terapêutica, queixa técnica ou suspeita de desvio de qualidade, especialmente os eventos graves, raros e com medicamentos novos. **NOTIFIQUE MESMO QUE** - Não esteja clara a relação entre o medicamento e o evento. Não disponha de todos os detalhes do caso.

EVENTO ADVERSO COM MEDICAMENTO - Qualquer ocorrência médica prejudicial, não intencional e não desejada durante uso de medicamento, que possa ter relação causal com o produto.

REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO (RAM) - Resposta prejudicial, não intencional e não desejada a medicamento administrado em doses terapêuticas, normalmente utilizadas em seres humanos, para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença ou modificação de função fisiológica.

FALHAS TERAPÊUTICAS, QUEIXAS TÉCNICAS OU SUSPEITAS DE DESVIO DE QUALIDADE - Notifique qualquer problema com o medicamento relacionado com a falta de efeito terapêutico, alterações organolépticas (cor, odor, sabor), alterações visíveis, contaminação, problemas com embalagem, rótulo e suspeitas de falsificações.

COMO NOTIFICAR - Preencha o formulário impresso com letra legível (letra de forma) e envie por correio ou fax. O formulário eletrônico deve ser preenchido diretamente na página e enviado via Internet.

DADOS DO PACIENTE - Nome (Se preferir indique só as iniciais para proteger a identidade do paciente), idade (menores de 1 ano em meses), sexo, peso (considere os decimais em crianças) e altura, mesmo que aproximados. Registre o número do prontuário e unidade assistencial, se for o caso.

MEDICAMENTO(S) SUSPEITO(S) - Notifique o(s) medicamento(s) que considere o(s) mais provável de ter produzido o evento, descrevendo nome comercial e/ou genérico e nome do fabricante. Registre:

- Dose;
- Via de administração (oral, intravenosa, subcutânea, intradérmica, ocular, sublingual, retal, tópica)
- Tratamento: Data do início e fim da terapêutica (dia/mês/ano)
- Motivo da indicação: Indique causa ou sintoma que motivou a medicação. Caso exista mais medicamentos suspeitos, notifiçá-los.

MEDICAMENTOS CONCOMITANTES - Notificar os demais medicamentos prescritos e os utilizados nos últimos 15 dias, incluindo automedicação e fitoterápicos. Registre dose, via de administração, datas de início e fim de tratamento e motivo do uso. Caso haja mais de cinco, anotar no espaço de observações da página de instruções.

DESCRIÇÃO DO EVENTO ADVERSO - Descrever o diagnóstico clínico - na sua ausência, os sinais e sintomas (ex: icterícia, náusea, tontura, choque anafilático). Assinale a data (dia/mês/ano) do início e fim da reação bem como a duração aproximada (em dias ou horas).

EXAMES COMPLEMENTARES RELEVANTES - Descreva os exames complementares, principalmente os exames laboratoriais, que considere relevantes para a investigação do evento adverso.

ANTECEDENTES PESSOAIS - Marque com S (sim) ou N (não) os itens relacionados com os hábitos e história clínica do paciente.

CONDUTA - Marque com S (sim) ou N (não) a terapêutica eventualmente instituída para o controle do evento.

EVOLUÇÃO DO PACIENTE - Marque com S (sim) ou N (não) os itens relacionados ao evento, especificando quando for o caso.

QUEIXAS TÉCNICAS OU SUSPEITAS DE DESVIOS DE QUALIDADE - Notifique problemas de qualidade de medicamentos tendo ou não ocorrência de eventos adversos associados.

DADOS DO NOTIFICADOR - A garantia de confidencialidade dos dados é extensiva, também ao notificador. A identificação é importante para a obtenção de informações complementares e para a remessa de material bibliográfico e do resultado da avaliação do caso notificado.

2.2– FARMÁCIA CLÍNICA

De acordo com Monteiro Lobato:

“O papel do Farmacêutico no mundo é tão nobre quão vital. O Farmacêutico representa o órgão de ligação entre a medicina e a humanidade sofredora. É o atento guardião do arsenal de armas com que o Médico dá combate às doenças. É quem atende às requisições a qualquer hora do dia ou da noite. O lema do Farmacêutico é o mesmo do soldado: servir.”

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF):

“Farmácia clínica: área da farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar e prevenir doenças”

Tendo em vista o posicionamento de Monteiro Lobato e a definição do CFF evidencia-se o papel do farmacêutico no âmbito da sua atuação clínica posto que esse profissional deve atuar de modo a promover o Uso Racional de Medicamentos sob ótica do Cuidado Farmacêutico e seguindo suas atribuições dispostas da Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF).

Aqui no Hospital Regional Dr. Abelardo Santos a farmácia clínica iniciou com a alta assistida no dia 22 de novembro de 2021 com os pacientes do 8º e 9º andar lado ímpar para estimular o uso correto de medicamentos após a alta.

No projeto os farmacêuticos se tornam parte do acolhimento multiprofissional, junto ao assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermagem e dos médicos. Os profissionais farmacêuticos percorrem os leitos clínicos da unidade dando orientações aos pacientes que irão sair de alta e seus acompanhantes sobre o uso correto dos medicamentos prescritos pelo médico.

No projeto farmácia clínica são duas farmacêuticas atuando no momento da alta do paciente todos os dias. As profissionais orientam o uso correto dos medicamentos que foram prescritos pelo médico no momento da alta e a forma de consegui-los gratuitamente quando estiverem dentro de programas do Sistema Único de Saúde (SUS).



Atualmente, expandimos a farmácia clínica para o lado par do oitavo e nono andar também, e estamos em média de 7 a 8 altas farmacêuticas por dia totalizando 45 no mês de Fevereiro/2022.

Mês: Janeiro/2022

Média de altas farmacêuticas diárias	Total/Mês
7	45



Alta farmacêutica em paciente com aneurisma cerebral não roto. Com ptose(pálpebra caída). Cirurgia bem sucedida, paciente sem queixas. Orientada sobre os medicamentos em uso domiciliar.





Alta farmacêutica paciente com hipertrofia do prepúcio, fimose e parafimose



Alta farmacêutica em paciente com Insuficiência Renal aguda não especificada



Alta farmacêutica em paciente com Calculose na bexiga, paciente hipertensa

2.2.1- ATRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.

As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, prevenir e identificar problemas relacionados aos mesmos, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente, além de em muitas ocasiões, através dessas intervenções, diminuir os gastos financeiros.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7





Round na nefrologia



Round na clínica do 8º andar par – Cirurgia Vascular

Segundo a farmacêutica clínica Dra Barbara Raelly, a farmácia clínica se mostrou parte essencial na trajetória do paciente no hospital. A atividade do farmacêutico clínico surgiu dentro da equipe multidisciplinar, integrar de maneira particular a recuperação do paciente. O cuidado farmacêutico nesse quesito, trata-se desde orientações técnicas feitas do prescritor ao paciente, toda uma rede de observação de condutas e/ou intervenções que parte do profissional da farmácia clínica atuante no hospital.

2.3– COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA - CFT

Comissão Farmácia e Terapêutica do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos norteia seus atos pelos princípios da resolução nº 619/2015 do CFF, que dispõe sobre as atribuições da CFT.

É uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos, material médico hospitalar e insumos a serem utilizados na instituição.

Possui como finalidade ser responsável pelo desenvolvimento e supervisão de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos no hospital, com o objetivo de assegurar resultados clínicos satisfatórios e um risco potencial mínimo (uso seguro dos medicamentos). Fonte: Organización Mundial de la Salud, Departamento de medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica.

A CFT do hospital Abelardo Santos encontra-se na fase de padronização de todos os medicamentos, insumos, material médico hospitalar, fios cirúrgicos e OPME. Atualmente em processo de criação do manual de padronização.

Possui uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiro, médico, supervisora do departamento de compras, farmacêutico, SCIH, diretoria técnica, nutricionista, fisioterapeuta e almoxarifado.



Marcos Paulo Araújo Siqueira

Diretor Executivo

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos – HRAS

diretoria@hras.institutomaissaude.org.br

Telma Lúcia Araújo Ferreira

Coordenadora de Farmácia

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos – HRAS

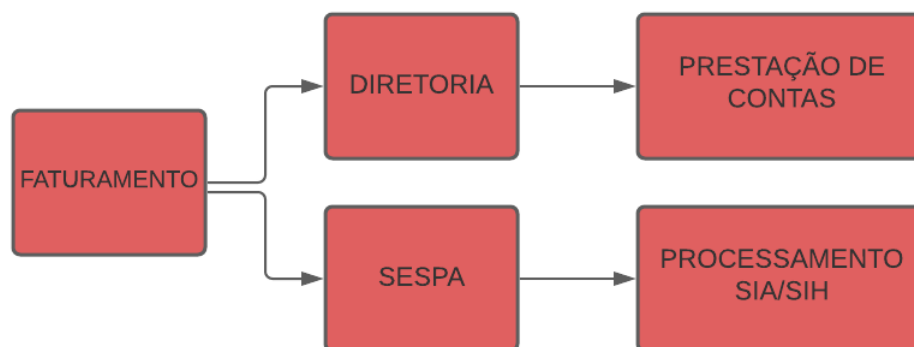
coord.farmacia@hras.institutomaissaude.org.brASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15169995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

RELATÓRIO FATURAMENTO

1. INTRODUÇÃO

O setor de Faturamento do HRAS procede realizando os devidos registros dos atendimentos junto ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS) segundo os critérios da Secretaria de Saúde Pública – SESP/PA e do Ministério da Saúde. Sendo assim, o setor é responsável por realizar o registro dos procedimentos e atividades estipuladas pelas metas contratuais do contrato vigente.

A rotina administrativa do setor vigora nos dias de segunda-feira à quinta-feira de 08:00 às 18:00 e às sextas-feiras de 08:00 às 17:00. O setor possui como clientes, conforme demonstrado a seguir, a Diretoria do HRAS e a SESP/PA:



O objetivo deste relatório é evidenciar as atividades do setor na competência de fevereiro de 2022 ao nosso cliente.

2. MEMBROS DA EQUIPE

Atualmente o setor conta com 8 colaboradores, que se dividem nas tarefas e rotinas do setor.

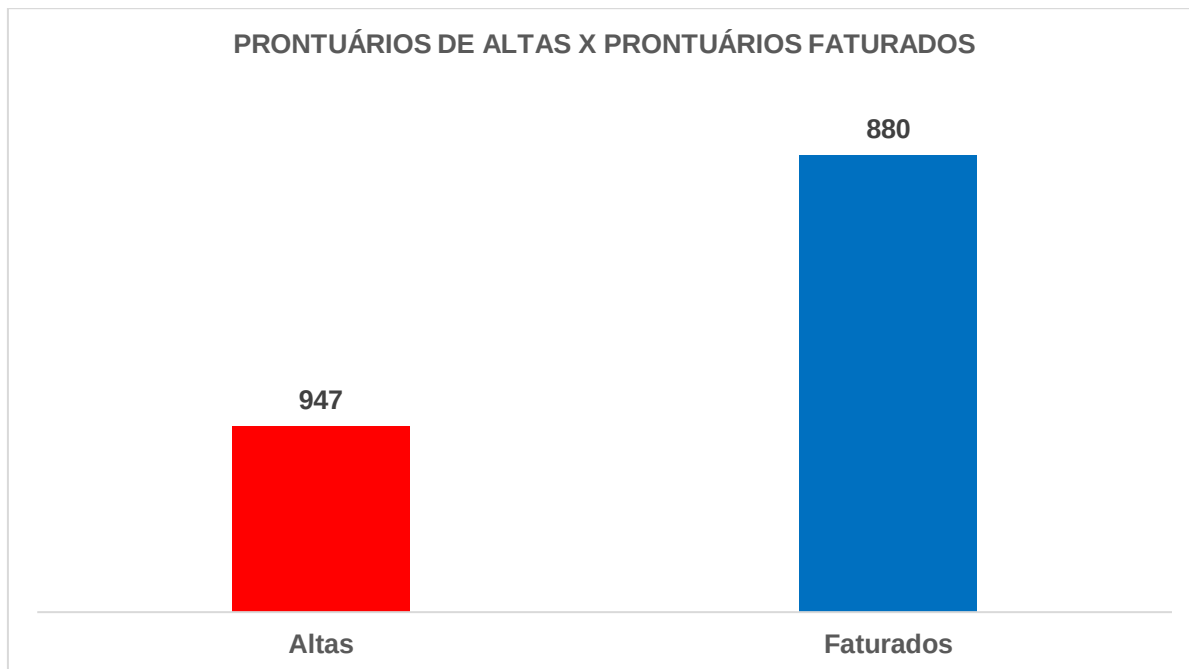
Duas colaboradoras cuidam das contas de cobrança de nível ambulatorial e seis colaboradores cuidam dos faturamentos das contas em nível de internação.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

a) Altas de Fevereiro/2022

Na competência de fevereiro de 2022 foram contabilizados 880 prontuários de altas; forma faturados 947 prontuários na totalidade, informo que o valor superior ao de altas considera os prontuários de pacientes de longa permanência.

GRÁFICO 1: PRONTUÁRIO DE ALTA X PRONTUÁRIOS FATURADOS



FONTE: PR FATURAMENTO/PR SISTEMAS.

b) Valores da Competência de Fevereiro/2022

Os Valores de faturamento para a competência de fevereiro de 2022 foram de:

TABELA 1: VALORES DE FATURAMENTO

INTRUMENTO DE REGISTRO	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
AIH – PRONTUÁRIOS	947	1.626.470,38
BPA – PROCEDIMENTOS	10.200	355.721,27
SISCAN – PROCEDIMENTOS	241	10.845,00
APAC – PRONTUÁRIOS	12	2.400,00
TOTAL	11.400	1.995.436,65

FONTE: PR FATURAMENTO/PR SISTEMAS, SISAIH01, BPAMAG, APACMAG/DATASUS/MS.

A quantidade e valores de APAC compreendem as competências de janeiro e fevereiro.

c) Indicadores de Diárias de UTI/UCI

As diárias de UTI/UCI totais faturadas na competência de fevereiro de 2022 estão demonstradas conforme tabela a seguir:

TABELA 2: DIÁRIAS FATURADAS

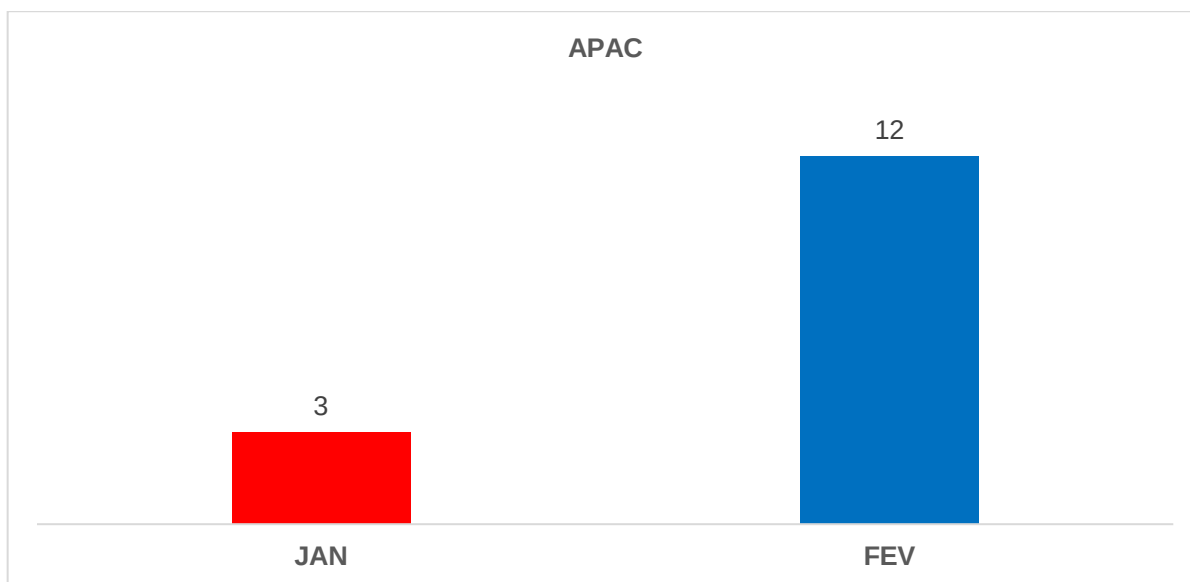
TIPO	META	FEV		
		PROD	%	R\$
UTI ADULTO	1.080	847	78	506.485,76
UTI PEDIÁTRICA	270	284	105	86.169,60
UTI NEONATAL	540	258	48	173.775,36
UCI NEONATAL	285	237	83	38.880,00
UCI CANGURU	285	150	53	17.100,00
TOTAL	2.460	1.776	72	822.410,72

FONTE: SISTEMA/PR E FATURAMENTO/PR

d) APAC

Os indicadores de APAC já apresentam volume superior ao mês de janeiro de 2022, conforme gráfico a seguir:

GRÁFICO 2: QUANTIDADE DE APAC'S



FONTE: APAC/DATASUS//MS.

e) Mamografias do SADT

Para a competência de fevereiro de 2022 houve alteração do responsável médico no SISCAN (Sistema de Informação do Câncer), que para a competência de março de 2022 será estendido aos demais médicos responsáveis pelas mamografias no SADT.

4. Considerações gerais

Cada atendimento realizado na unidade, quando finalizado, é encaminhado ao setor, as rotinas e fluxos estão desenhados e definidos, respeitando-se as instruções de trabalho e interações de processos.

As eventuais fragilidades encontradas durante o processo foram mapeadas; e para estas foram traçados planos de ações entre os setores envolvidos frente a possibilidade de melhorias levantadas.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

5. Anexos

a) Protocolo AIH

MS-DATASUS
VERSÃO: 19.60

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DR ABELARDO SANTOS
PROTOCOLO DE REMESSA

PAG.: 1
APRESENTAÇÃO: 03 / 2022 DATA: 09/03/2022

CNES.....: 991732-2
ESFERA ADM.....: PÚBLICO
CPF DIR. CLÍNICO: 691.307.102-78
TELEFONE.....: 32272728

Nº LOTE	QUANTIDADE	ESPECIALIDADE
00000001	897	01-CIRURGICO
00000002	353	02-OBSTETRICOS
00000003	209	03-CLINICOS
00000004	152	07-PEDIATRICOS
Total QTD:		1611

Assinatura: _____
Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Reservado à Secretaria

Motivo:

- () Fora do Prazo
- () Falta de Etiqueta
- () Defeito Físico
- () Bloqueado
- () Cancelado / Não Cadastrado
- () Inconsistência
- () Divergência Conteúdo
- () Processo OK

Integrado em: ____/____/____

Assinatura: _____
Matricula: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

b) Protocolo BPA

*****Versao: 02.93
MS/SAS/DATASUS/ SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS DATA COMP.
08/03/2022 RELATORIO DE CONTROLE DE REMESSA FEV/2022
*****Versao banco : 202202a

ORGAO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

NOME : HOSP REGIONAL ABELARDO SANTOS

SIGLA : HRAS

CGC/CPF: 22176345000486

Carimbo e

Assinatura : _____

SECRETARIA DE SAÚDE DESTINO DOS B.P.A.(s)

NOME : SESPA

ORGAO (M)UNICIPAL OU (E)STADUAL : E

Sector de

Recebimento : _____ Data : ____/____/____

Carimbo e

Assinatura : _____

ARQUIVO DE BPA(s) GERADO

NOME : PAHRAS--FEV

REGISTROS GRAVADOS : 003867

BPA(s) : 000112

CAMPO DE CONTROLE : 1395

(ENCAMINHAR ESTE RELATORIO JUNTAMENTE COM O ARQUIVO DE BPA(s) GERADO.)

c) Protocolo SISCAN

1199	- RELATÓRIO DE CONTROLE DE REMESSA	
ORGÃO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO		
SISCAN		
NOME:	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DR ABELARDO SANTOS	
SIGLA:	9917322	
CGC/CPF:	null	
Carimbo e Assinatura:	_____	
SECRETARIA DE SAÚDE DESTINO DOS B.P.A.(s)		
NOME:	Coordenação Estadual PA	
ORGÃO (M)UNICIPAL OU (E)STADUAL :	E	
Setor de Recebimento:	Data : __/__/__	Carimbo e Assinatura: _____
ARQUIVO DE BPA(S) GERADO		
NOME:	PA9917322PA22	
REGISTROS GRAVADOS:	162	
BPA(S):		
- Registros faturáveis:	241	
- Registros não faturáveis:	1	
CAMPO DE CONTROLE :1199		
MAMA - CITOPATOLOGIAS:	0	
MAMA - HISTOPATOLOGIAS:	0	
MAMA - MAMOGRAFIA:	241	

d) Protocolo APAC

*BDSIA202201b*****Versão 02.43*

MS/SAS/DATASUS/0301 SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS DATA COMP.
08/03/2022 RELATORIO DE CONTROLE DE REMESSA JAN/2022

Tabela : 202201b

ORGAO RESPONSÁVEL PELA INFORMACAO
ORGAO RESPONSÁVEL PELA INFORMACAO

NOME : SECRETARIA EXECUTIVA DE SAUDE

SIGLA : HRAS

C.G.C. : 05.054.929/0001-17

Carimbo e
Assinatura : _____

SECRETARIA DE SAUDE DESTINO DOS A.P.A.C.(s)
SECRETARIA DE SAUDE DESTINO DOS A.P.A.C.(s)

NOME : SESPA

ORGAO (M)UNICIPAL OU (E)STADUAL : E

Sector de
Recebimento : _____ Data : ____/____/____ Carimbo e
Assinatura : _____

ARQUIVO DE APAC(s) GERADO
ARQUIVO DE APAC(s) GERADO

NOME : APHRAS--JAN

REGISTROS GRAVADOS : 00016

PAC(s) : 000005

IDENT. PROCESSAMENTO : 1-NORMAL
2-CORRECAO
3-SUBSTITUICAO
CAMPO CONTROLE DA REMESSA A SUBSTITUIR : _____
DATA GERACAO DA REMESSA A SUBSTITUIR : ____/____/____

CAMPO DE CONTROLE : 2121

(ENCAMINHAR ESTE RELATORIO JUNTAMENTE COM O DISQUETE DE APAC(s) GERADO.)

```
*BDSIA202202a*****Versao 02.43*
MS/SAS/DATASUS/0301 SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS      DATA COMP.
08/03/2022              RELATORIO DE CONTROLE DE REMESSA        FEV/2022
*****
                        Tabela : 202202a

ORGAO RESPONSÁVEL PELA INFORMACAO
ORGAO RESPONSÁVEL PELA INFORMACAO

NOME      : SECRETARIA EXECUTIVA DE SAUDE

SIGLA     : HRAS

C.G.C.    : 05.054.929/0001-17

Carimbo e
Assinatura : _____

SECRETARIA DE SAUDE DESTINO DOS A.P.A.C.(=)
SECRETARIA DE SAUDE DESTINO DOS A.P.A.C.(=)

NOME      : SESPÁ

ORGAO (M)UNICIPAL OU (E)STADUAL : E

Setor de                                     Carimbo e
Recebimento : _____ Data : ____/____/____ Assinatura : _____

ARQUIVO DE APAC(=) GERADO
ARQUIVO DE APAC(=) GERADO

                        NOME : APMRAS--FEV

REGISTROS GRAVADOS : 00022

                        PAC(=) : 000007

IDENT. PROCESSAMENTO : 1-NORMAL
                     2-CORRECAO
                     3-SUBSTITUICAO
                     CAMPO CONTROLE DA REMESSA A SUBSTITUIR: _____
                     DATA GERACAO DA REMESSA A SUBSTITUIR : ____/____/____

CAMPO DE CONTROLE : 1230

(ENCAMINHAR ESTE RELATORIO JUNTAMENTE COM O DISQUETE DE APAC(=) GERADO.)
```

HIGIENIZAÇÃO

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Corrobora também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

Assim, o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos – HRAS junto com o setor de Serviço de Higiene e Limpeza – SHL gerido pela Arautos Serviços, apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, com ações imprescindível de conservação e limpeza e o uso de técnicas eficazes para promover a desinfecção de superfícies.

O Setor de Higiene e Limpeza – SHL, atualmente composto com o quantitativo de 88 auxiliares de higiene, 4 líderes, 1 Assistente administrativa e 1 coordenador administrativo, desenvolve várias ações que podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada.

Realizamos as limpezas concorrente, terminal e imediata de áreas internas e externas, que estejam sob responsabilidade do Serviço de Higiene e Limpeza – SHL, seguindo todos os protocolos e cronograma pré-estabelecido.

Durante o mês foram realizadas várias ações de conservação, limpeza, higienização e Desinfecção de Superfícies entre elas:

Segue produção do mês de janeiro:

- **2560** concorrentes;
- **1075** terminas programadas e solicitadas;

Foram realizadas em média **5000m³** de revitalizações e tratamento de piso;
Roçagem e limpeza das áreas externas;
Limpeza e Lavagem das fachadas.



Sempre com a finalidade de manter a conservação e a qualidade das áreas físicas, instalações e de equipamentos do hospital

Lembramos que sempre precisamos da parceria de todos os setores, principalmente o assistencial para que consigamos realizar nossas ações e cumprir os cronogramas de limpezas.

Mauricio Mesquita da Paixão Margalho

Núcleo de Educação Permanente - NEP

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Educação Permanente - NEP, do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS) tem como base fundamental a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída no ano de 2004. Trazendo mudanças significativas para a formação e trabalho em saúde no país. Visando desenvolver os colaboradores, entendendo que é primordial o processo educacional, a fim de gerar crescimento e aprendizagem na mudança de comportamento.

Respeitando o perfil profissional de cada colaborador, contribuindo para a melhoria das relações interpessoais e viabilizando treinamentos em parceria com os coordenadores e gestores, o Núcleo de Educação Permanente oferta não somente os treinamentos programados pelo PAT, mas também de acordo com as demandas espontâneas, caracterizadas como Extra-PAT, que sejam relevantes para as boas práticas contínuas.

A capacitação é descrita pela realidade vivenciada no ensino e na prática e entendida como o preparo do colaborador no desempenho de suas atividades profissionais. Desta maneira, a capacitação é composta por treinamentos e orientações técnicas. O mecanismo utilizado para a capacitação dos colaboradores do HRAS e os temas trazidos por este momento de interação visam proporcionar não só qualificação técnica, mas gerar reflexão sobre o processo de trabalho, aprendizagem individual, trabalho em equipe e autogestão.

1. INTRODUÇÃO

O NEP tem como objetivos o planejamento, a organização, o cumprimento e o monitoramento dos treinamentos (PAT e EXTRA-PAT) e orientações técnicas. O presente relatório analisa as atividades do Núcleo de Educação Permanente, que com esses objetivos, visam formação no trabalho, a qualificação, a requalificação, o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais, mantendo estratégias para o desenvolvimento dos serviços hospitalares, por meio de ações intencionais e planejadas voltadas para consolidação de conhecimentos, competências e atitudes, que tem repercussão no interior das relações e processos com a equipe, até as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais a implicar nas políticas em que se inserem as ações em saúde, a partir disso, efetuando uma análise quantitativa e qualitativa dos dados, indicadores e processos, como: quantificação total de treinamentos realizados; processo de integração dados de número de participantes; total de orientações técnicas; carga horária de treinamento e total hora/homem.

2. ANÁLISE DOS TREINAMENTOS:

2.1 DADOS TOTAIS DE TREINAMENTOS POR DIRETORIA

Neste mês de fevereiro foram realizados **33** treinamentos, com um total de **2.584** participações e carga horária atingida de **3003h 30min**, como mostra a tabela abaixo. Os treinamentos foram realizados no auditório da instituição, na sala 01 e 02 do Departamento de Ensino e Pesquisa e “*in loco*”, conforme a necessidade de cada setor.

Tabela 01

LEGENDA	DIR. EXECUTIV A	COORD.ADM FINANCEIRA	DIR. ASSISTENCIA L	DIR. TÉCNICA	TOTAL
TREINAMENTOS	15	05	12	01	33
PARTICIPAÇÕES	824	601	980	179	2584
TOTAL DE HORAS POR DIRETORIA	1236:30:00	621:15:00	947:15:00	198:30:00	3003:30
TOTAL HORA-HOMEM	02:47				

Fonte: NEP

3. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

A integração institucional é uma das formas adotadas pelo HRAS para socialização organizacional, integração e aculturação dos novos colaboradores. Esse processo é um dos mais importantes, pois é a partir desse momento que o novo colaborador será alinhado a missão, visão e valores da instituição. Sendo assim, dividido em quatro tipos:

- **Institucional:** Objetiva apresentar aos novos colaboradores da instituição, suas políticas direitos e deveres, como uma forma de acolhê-los amplamente e ambientá-los com novo local de trabalho.

- **Assistencial:** Momento de Integração, voltada para o público da assistência (Enfermeiros, Téc. de Enfermagem, Nutricionista Clínico, etc...) com a finalidade de apresentar os protocolos e fluxos que terão impacto na qualidade de atendimento aos usuários.
- **Setorial:** Consiste em orientações repassadas aos contratados dentro das 24 horas de trabalho do mesmo, no novo setor, capacitando o colaborador para execução de tarefas relacionados ao cargo por ele ocupado.
- **Clínica:** Ambientação voltada ao corpo clínico do HRAS, com o objetivo de apresentar os protocolos clínicos bem como dar subsídio para o melhor atendimento aos pacientes.

3.1. Dados quantitativos referentes ao Processo de Integração:

Iniciaram **40** novos colaboradores no mês fevereiro.

Dos **40** colaboradores:

- ✓ **33** participaram da Integração Institucional; (totalizando 82,50%)
- ✓ **30** participaram da Integração Setorial; (totalizando 75,00%)

Dos **33** colaboradores da assistência que iniciam no mês de fevereiro:

- ✓ **22** participaram da Integração Assistencial; (totalizando 66,67%)

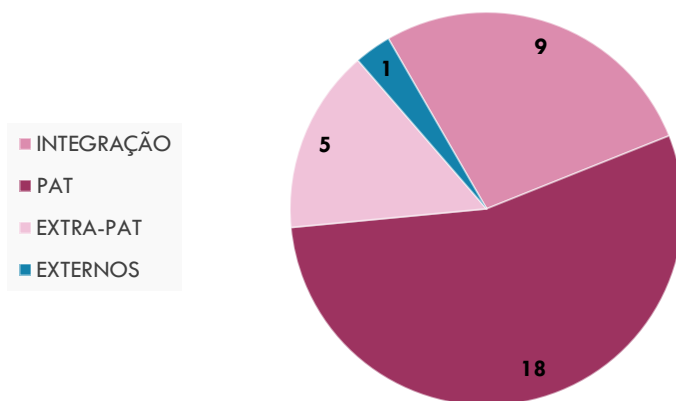
4. ANÁLISE DOS TIPOS DE TREINAMENTOS:

Dos **33** treinamentos realizados em fevereiro, **09** foram Integrações Institucionais, Assistenciais e Setoriais e **23** foram treinamentos internos e **01** treinamento externo. Onde os colaboradores receberam treinamentos diversos a respeito das atividades diárias.

Dos **33** treinamentos realizados, **18** estavam programados no Planejamento Anual de Treinamentos – PAT e somente **5** foram Extra-PAT, totalizando **78,26%** dos treinamentos.

Gráfico 01

DADOS ESTATÍSTICOS DE TREINAMENTO / FEVEREIRO 2022



Fonte:

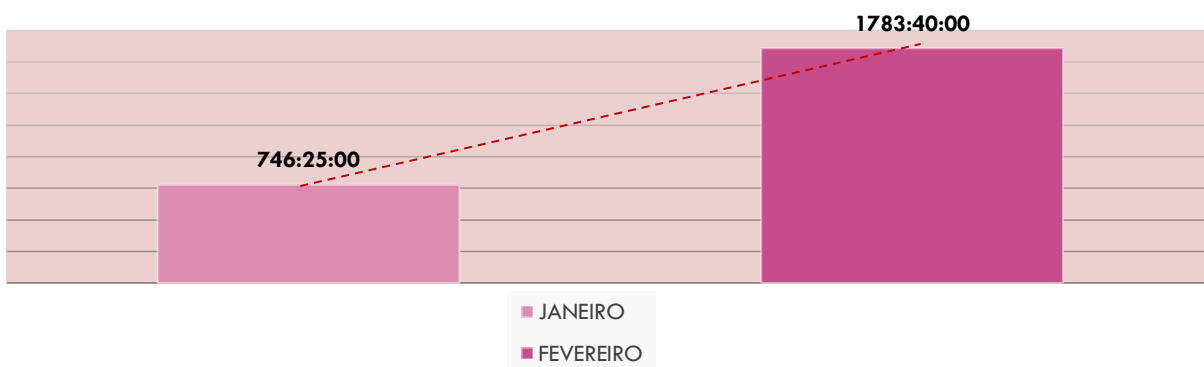
NEP

4.1 DADOS DOS TREINAMENTOS REALIZADOS EM FEVEREIRO/2022:

O gráfico abaixo mostra a carga-horária total de treinamentos referentes ao **diurno**, contabilizando no mês de fevereiro um total de **1783:40:00 horas**. Resultando um aumento de **138,96%** em relação ao mês de janeiro.

Gráfico 02

TOTAL DE CARGA-HORÁRIA DIURNO REFERENTE A FEVEREIRO/2022

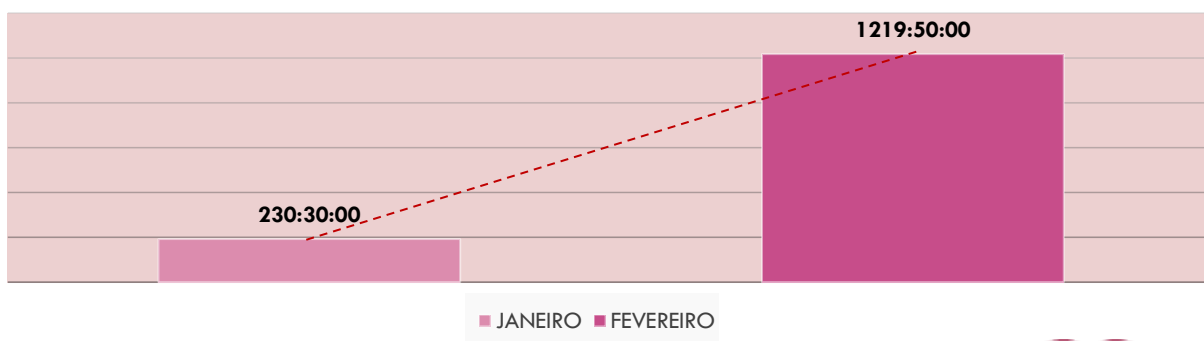


Fonte: NEP

O gráfico abaixo mostra a carga-horária total de treinamentos referentes ao **noturno**, contabilizando no mês de fevereiro um total de **1219:50:00 horas**. Resultando um aumento de **429,21%** em relação ao mês de janeiro.

Gráfico 03

TOTAL DE CARGA-HORÁRIA NOTURNO REFERENTE A FEVEREIRO/2022

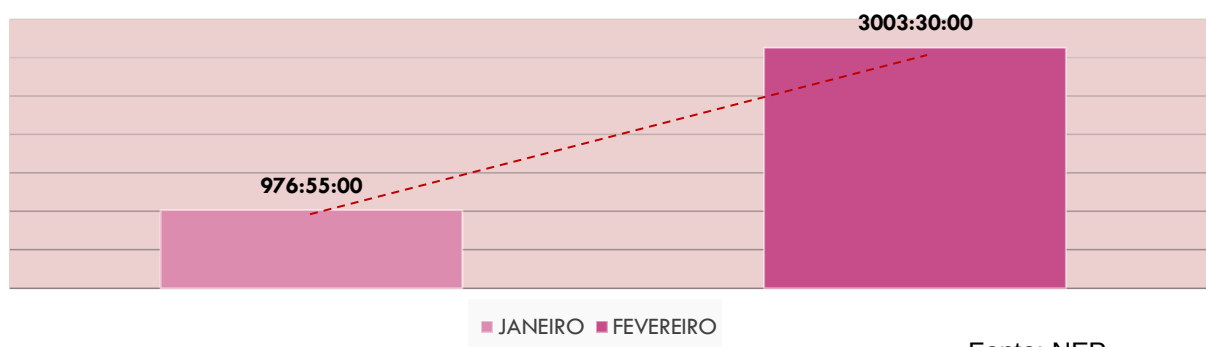


Fonte: NEP

O gráfico abaixo mostra a carga-horária total de treinamentos, contabilizando no mês de fevereiro um total de **3003:30:00 horas**. Resultando um aumento de **207,45%** em relação ao mês de janeiro.

Gráfico 04

TOTAL DE CARGA HORÁRIA DIURNO E NOTURNO - FEVEREIRO/2022



Fonte: NEP

4.2 RELAÇÃO DE TODOS OS TREINAMENTOS REALIZADOS EM FEVEREIRO/2022.

A quantidade de horas registrada para os treinamentos no mês de **fevereiro** foi em um total de **3003:30:00 horas**, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 02

Nº	Data	Setor	Treinamentos	Nº de participantes	Total de horas	Total em Minutos
1.	01/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Assistencial	8	12:00:00	720
2.	02/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Assistencial	8	12:00:00	720
3.	14/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Assistencial	6	12:00:00	720

4.	01/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Institucional	11	38:30:00	2310
5.	02/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Institucional	8	28:00:00	1680
6.	14/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Institucional	9	22:20:00	1340
7.	15/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Institucional	3	9:00:00	540
8.	16/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Institucional	2	4:00:00	240
9.	01 a 16/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Integração Setorial	30	55:30:00	3330
10.	22/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Oficina De Formulários Do Núcleo De Educação Permanente	2	2:00:00	120
11.	24 e 25/02/2022	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Oficina De Notificação De Eventos	468	485:00:00	29100
12.	09/02/2022	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Planejamento Estratégico	33	297:00:00	17820
13.	01 e 02/02/2022	Diretoria Executiva	Política De Comunicação Institucional	221	221:00:00	13260
14.	11/02/2022	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Protocolo De Londres: Análise De Óbitos	14	36:10:00	2170
15.	19/02/2022	Hemodinâmica	Acolhimento Humanizado E Conferência De Prontuário Ao Receber Paciente Na Hemodinâmica	2	2:00:00	120
16.	12, 13, 18 e 27/02/2022	Centro Cirúrgico	Acolhimento Humanizado E Conferência De Prontuário Ao Receber Pacientes No Centro Cirúrgico	26	42:00:00	2520
17.	25 e 26/02/2022	UTI Neonatal	Aleitamento Materno	27	27:00:00	1620
18.	07 e 08/02/2022	CME	Classificação De Produtos Para Saúde	24	31:30:00	1890
19.	10/02/2022	Hemodiálise	Desperoxidação Das Linhas E Capilares	21	21:00:00	1260

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF74C2318A.7FB7E8C1516995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

20.	22 e 23/02/2022	UTI Adulto	Gasometria Arterial	18	18:00:00	1080
21.	07 e 08/02/2022	Diretoria Assistencial	Gestação E Puerpério Na Adolescência: Conscientização Da Equipe Assistencial	235	235:00:00	14100
22.	15/02/2022	Complexo Obstétrico	Manipulação De Imunizantes	6	9:00:00	540
23.	18, 19 a 23/02/2022	Diretoria Assistencial	Organização Do Excesso De Prontuários	206	187:25:00	11245
24.	08, 12 e 13/02/2022	Agência Transfusional	Preenchimento Da Ficha De Bancada De Acordo Com As Normas De Consolidação	9	8:20:00	500
25.	14 e 15/02/2022	Diretoria Assistencial	Protocolo De Transporte Intra-Hospitalar	310	310:00:00	18600
26.	18 a 22/02/2022	Diretoria Assistencial	Uso Correto De EPIs E Retirada De Adornos	96	56:00:00	3360
27.	16/02/2022	Auditoria	Correção De Prontuários	10	10:00:00	600
28.	25/02/2022	Engenharia Clínica	Cuidados De Uso, Manuseio E Limpeza De Ultrassom	6	6:00:00	360
29.	17, 18 e 21/02/2022	Auditoria	Manual De Prontuários	507	507:00:00	30420
30.	15, 16, 18 e 21/02/2022	Tecnologia da Informação (TI)	Sistema GLPI	74	90:15:00	5415
31.	15/02/2022	Suprimentos	Supply Chain	4	8:00:00	480
32.	22 e 23/02/2022	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)	Oficina De Normas De Prevenção E Isolamento	179	198:30:00	11910
33.	02/02/2022	Recursos Humanos (RH)	Inteligência Emocional e Comunicação Não-Violenta	1	2:00:00	120
TOTAL				2584	3003:30:00	180210

Fonte: NEP

Legenda Externos

 Diretoria Executiva	 Diretoria Assistencial	 Coordenação Adm	 Diretoria Técnica	 Treinamentos

5. ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

Rod. Augusto Montenegro, s/n KM 13, Bairro Agulha, CEP: 66.811-000, Icoaraci, Belém – PA

www.institutomaissaude.org.br

Identificador de autenticação: B21EE74.F779.73B.64B40BC66DC004B6DF
Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>
Nº do Protocolo: 2022/307785 Anexo/Sequencial: 1

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF74C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

Tem como conceito consolidar de forma clara e objetiva procedimento e práticas no que se refere a assistência direta ou indireta ao paciente e colaborador. Geralmente é realizada *in loco* durando aproximadamente 15 a 30 minutos.

Em fevereiro tivemos **8 Orientações Técnicas** com **57 participantes** e carga horária de **32:22:00**. Segue abaixo os dados das Orientações Técnicas:

Tabela 03

Nº	Data	Setor	Tema das Orientações Técnicas	Nº. de particip antes	Carga horária Total
01	16/02/2022	Hemodiálise	Coleta De Material Do CME	19	9:30:00
02	25/02/2022	Engenharia Clínica	Empréstimo Da Bomba De Infusão	1	0:10:00
03	16 e 25/02/2022	Núcleo de Educação Permanente (NEP)	Fluxo Do Núcleo De Educação Permanente	2	0:52:00
04	16/02/2022	Hemodiálise	Indicadores Assistenciais	3	1:30:00
05	01/02/2022	Complexo Obstétrico	Livro-Maternidade	7	7:00:00
06	03/02/2022	UTI Adulto	Monitorização	4	4:00:00
07	25/02/2022	Hemodiálise	Rotina Do Enfermeiro Diarista Da Clínica De Hemodiálise	1	0:30:00
08	01/02/2022	Hemodiálise	Rotinas Da Clínica De Hemodiálise	20	8:50:00
TOTAL				57	32:22:00

Fonte: NEP

6. PROCESSO DE MONITORAMENTO DO INDICADOR HORA-HOMEM

O Hora-Homem (HH) é caracterizado pelo conceito de medir a meta de horas capacitadas (treinamentos e orientações técnicas) necessárias por cada colaborador na instituição. E para sua elaboração é importante a análise de duas variáveis do processo, que são:

- Número de horas de capacitações por mês (NHC_M);
- Número de colaboradores ativos CLT por mês (NCA_M);

Desta maneira, foi dado início ao monitoramento mensal de indicador Hora-Homem para futuro estabelecimento da meta, pela seguinte fórmula:

$$HH = \frac{NHC_M}{NCA_M}$$

No mês de **dezembro** foram 1595:00:00 horas de capacitações (1310:55:00 horas de treinamentos + 284:55:00 horas de orientações técnicas) e 1067 colaboradores ativos, contabilizando, portanto, **1:29 Horas-homem**.

No mês de **janeiro** foram 1064:15:00 horas de capacitações (976:55:00 horas de treinamentos + 87:20:00 horas de orientações técnicas) e 1079 colaboradores ativos, contabilizando, portanto, **00:59:00 Horas-homem**.

No mês de **fevereiro** foram 3035:52:00 horas de capacitações (3003:30:00 horas de treinamentos + 32:22:00 horas de orientações técnicas) e 1090 colaboradores ativos, contabilizando, portanto, **02:47:00 Horas-homem**.

NOTA: Após o monitoramento trimestral (dezembro, janeiro e fevereiro) a hora-homem pode-se analisar que a hora de média treinadas foi de **01:45 horas por colaborador**.

7. RESULTADO GERAL / FEVEREIRO 2022

Tabela 04

TREINAMENTOS	DIURNO	% DIURNO	NOTURNO	% NOTURNO	TOTAL
COLABORADORES TREINADOS	1324	51,24%	1260	48,76%	2584
CARGA HORÁRIA DE TREINAMENTO	1783:40:00	59%	1219:50:00	41%	3003:30:00
ORIENTAÇÃO TÉCNICAS	ORIENTAÇÕES TÉCNICAS DIURNO	% DIURNO	ORIENTAÇÕES TÉCNICAS NOTURNO	% NOTURNO	TOTAL
COLABORADORES PARTICIPANTES DE ORIENTAÇÃO TÉCNICAS	50	88%	7	12%	57

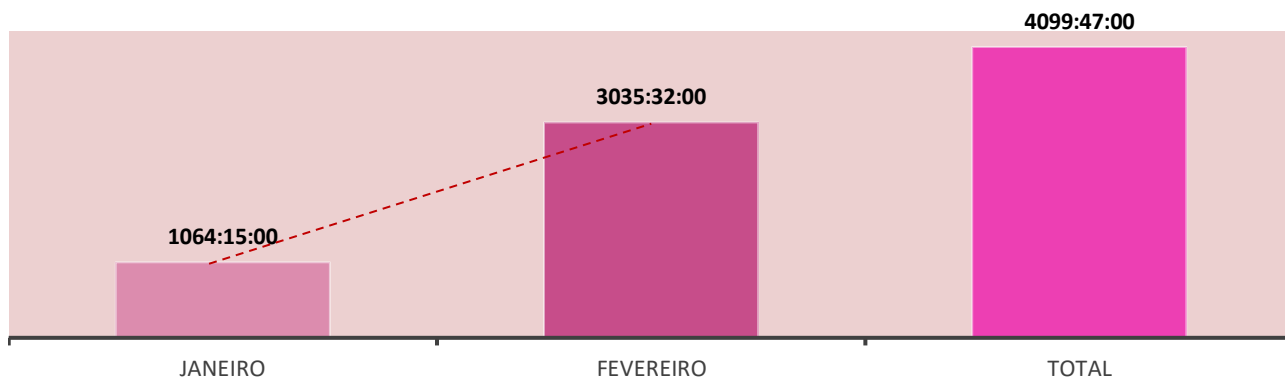
CARGA HORÁRIA DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS	25:22:00	78%	7:00	22%	32:22:00
TOTAL DE HORAS CAPACITADAS : 3035:52:00					

Fonte: NEP

O gráfico 5 mostra a carga-horária **total de capacitações (treinamentos e orientações técnicas)**, totalizando um aumento de **185,26%** de fevereiro em relação ao mês de janeiro de 2022.

Gráfico 05

TOTAL DE CARGA HORÁRIA DE CAPACITAÇÕES



Fonte: NEP

8. ANÁLISE GERAL

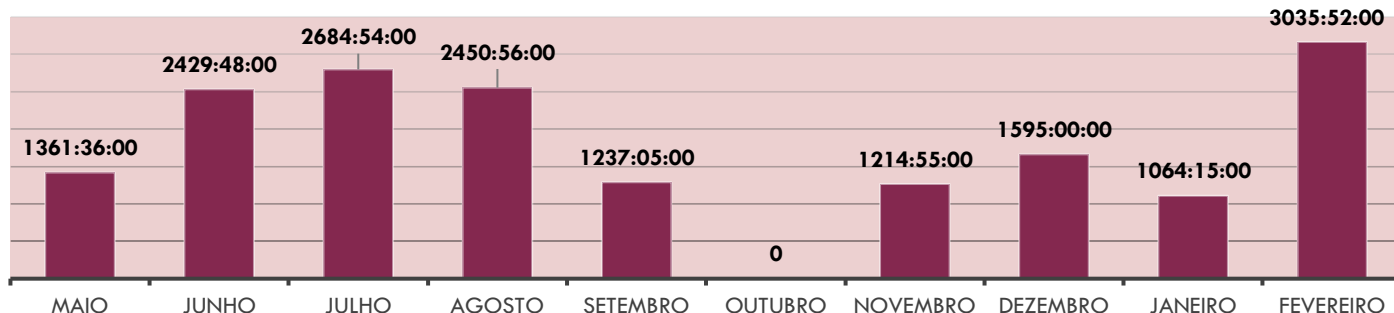
Houve um aumento significativo da carga horária de **capacitações** no período diurno (1809h 02min, aumento de 130,67%) e noturno (1226h 50min, aumento de 338,15%) comparada ao mês anterior, assim resultando o total de carga horária de capacitações (3035:52) com um aumento de 185,26%. Além disso, é importante ressaltar o valor da Hora-Homem de 02:47 min em relação ao mês de janeiro, onde a Hora-Homem foi de apenas 00:59 min.

Quando analisamos a carga horária de **treinamentos** podemos observar que houve um aumento em fevereiro de 207,45% (3003:30) comparado ao mês anterior (976:55). Ao estratificar por turno, o diurno apresentou um aumento de 138,96% (1783:40) enquanto que o noturno houve um aumento excepcional de 429,21% (1219:50).

Com os resultados inéditos e metas alcançadas no mês de fevereiro pelo NEP, podemos analisar e comparar de forma quantitativa a evolução da carga horária de Capacitações e Hora-Homem durante uma série histórica (de maio de 2021 à fevereiro de 2022), de acordo com o gráficos 6 e 7:

Gráfico 06

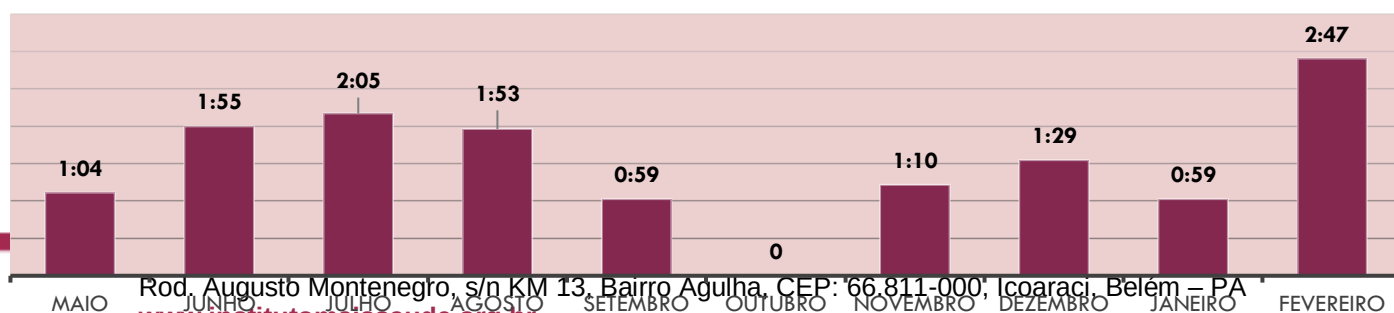
HISTÓRICO DE CARGA-HORÁRIA DE CAPACITAÇÕES



Fonte:
NEP

Gráfico 07

HISTÓRICO DO INDICADOR HORA-HOMEM



Rod. Augusto Montenegro, s/n KM 13, Bairro Agulha, CEP: 66.811-000, Icoaraci, Belém – PA

www.institutomaissaude.org.br

Identificador de autenticação: B21EE74.F779.73B.64B40BC66DC004B6DF

Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>

Nº do Protocolo: 2022/307785 Anexo/Sequencial: 1

Fonte: NEP

A partir disto, o gráfico mostra que no mês Maio de 2021 iniciou a compilação de dados do Núcleo de Educação Permanente do HRAS. E ao longo do trimestre (Maio, Junho e Julho) houve uma elevação da carga horária de capacitações, alcançando em Julho o pico com 2684:54. Nos meses de agosto e setembro observamos um declínio na carga horária o que foi justificado pela transição de OSS nesse período.

Com a nova gestão implantada no mês de outubro, não tivemos nenhuma capacitação, o que zerou nossa carga horária e consequentemente a mensuração do indicador Hora-Homem.

Nos dois últimos meses do ano de 2021, observou-se uma discreta ascensão do total da carga horária, novembro (1214:55) e dezembro (1595:00).

É importante salientar o grande destaque que as capacitações tiveram no mês de fevereiro de 2022. Foram o total de **3035:52** capacitações, sendo **3003:30** de treinamentos e **32:22:00** orientações técnicas. O período noturno teve um aumento excepcional de 429,21% de crescimento em relação ao mês anterior, o que é justificado pela intensa sensibilização junto aos supervisores.

Além disso, o indicador Hora Homem atingiu no mês de fevereiro 02:47 minutos, um aumento de 185,26% comparado a janeiro.

Esse contexto peculiar que o NEP alcançou no segundo mês do ano vigente é reflexo também do cenário que a região metropolitana de Belém vem passando. Diferente de Janeiro, onde tivemos um crescimento acentuado de novos casos confirmados de COVID-19, H3N2, H1N1 e Quadro Viral dentre os colaboradores. No mês de fevereiro houve uma redução desses casos o que contribuiu de forma direta para cumprimento da agenda de treinamentos de acordo com o PAT e não houve cancelamento de nenhum treinamento agendado.

É importante ressaltar que com o avanço da vacinação, a testagem em massa (ocorrido no mês de janeiro onde o HRAS foi um dos pontos de testagem para a população) e a fiscalização de estabelecimentos para verificar passaporte vacinal e normas de higiene, houve uma diminuição do contágio.

O NEP planeja e executa suas ações sempre visando a qualidade das Capacitações dos nossos colaboradores e entende que o cenário atual ainda exige cuidados como uso de máscara, álcool em gel e distanciamento.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Núcleo de Educação Permanente realizou no mês de fevereiro o total de **3035h 52min** de capacitações, sendo **3003h 30min** de treinamentos e **32h 22min horas** de orientações técnicas. Com o total **2.641** participações. Em relação ao monitoramento da Hora-Homem, pode-se analisar que a média de horas treinadas foi de **02:47 hora-homem** por colaborador.

Para o mês de março o NEP deverá intensificar as ações de desenvolvimento dos colaboradores para que os resultados e metas sejam mantidos.

ANEXOS

FOTOS DOS TREINAMENTOS E EVENTOS REALIZADOS EM FEVEREIRO DE 2022.

1. Integração Institucional -
2. Treinamento De Notificação De Eventos
3. Política de Comunicação Institucional
4. Planejamento Estratégico
5. Aleitamento Materno
6. Desperoxidação Das Linhas E Capilares
7. Gestação E Puerpério Na Adolescência: Conscientização Da Equipe Assistencial
8. Protocolo De Transporte Intra-Hospitalar
9. Manual De Prontuários
10. Oficina De Normas De Precaução E Isolamento
11. Supply Chain
12. Manipulação de Imunizantes.

1. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL



2. TREINAMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS

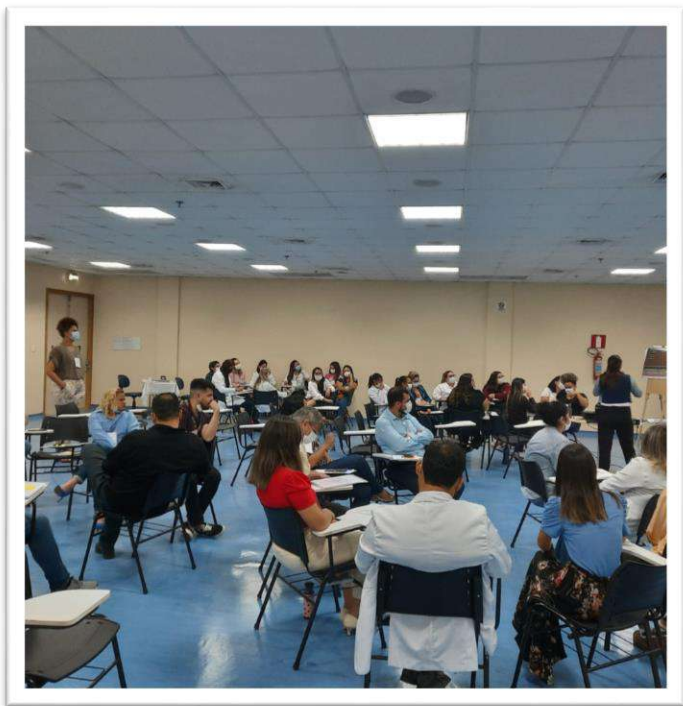


3. POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL



Agulha

4. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO



Aguilha



5. ALEITAMENTO MATERNO



6. DESPEROXIDAÇÃO DE LINHAS E CAPILARES



7. GESTAÇÃO E PUERPÉRIO: CONSCIENTIZAÇÃO DA EQUIPE ASSISTENCIAL



8. PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR



9. MANUAL DE PRONTUÁRIOS



10. OFICINA DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO



11. SUPPLY CHAIN





12. MANIPULAÇÃO DE IMUNIZANTES



Fonte: NEP

Suzane Gonzaga
Analista de Treinamentos

Arlan Seabra
Auxiliar Administrativo

Jamilly Silva
Enfermeira NEP

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7E0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

Kelly Rodrigues**Enfermeira NEP**ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

PATRIMÔNIO

Objetivo do setor de Patrimônio

Tem como objetivo definir conceitos e competências estabelecendo procedimentos para toda a movimentação física e contábil dos bens patrimoniais, próprios e de terceiro, sob responsabilidade do patrimônio. Zelar pelo bem da Instituição e passar essa educação para nossos colaboradores, prevenindo qualquer tipo de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro, e informar/registrar possíveis danos, assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos. O relatório de atividades do setor no período de 01 a 28 de fevereiro de 2022, evidencia os processos, metas e ações realizadas. Além disso, apontando a diferença entre o mês anterior encontradas no desenvolvimento das atividades de gestão patrimonial e expectativa para o futuro.

1 Identificação

1.1 Departamento

Patrimônio

1.2 Responsável

Marcos Silveira: Diretor Executivo

Patrícia Araujo Quaresma: coordenadora administrativo e financeiro

Waleria Adriane da Silva: Supervisora do Patrimônio

1.3 Colaboradores

Eduardo Barreto da Costa: Auxiliar administrativo

Daniel Paixão dos Santos: Auxiliar administrativo

Flavio Luiz do Espirito Santo: Auxiliar administrativo

Edvan Azevedo Ramos: Auxiliar administrativo

André Durval dos Santos de Araújo: Auxiliar administrativo

1.4 Atividades desenvolvidas pelo setor

A Unidade de Patrimônio compõe um sistema de processos inter-relacionados que

se concretizam na gestão patrimonial dos materiais permanentes do HRAS. Esse conjunto de processos e suas respectivas atividades estão estruturados conforme descrito no subitem seguinte.

1.4.1 Instrumentos de controle

Para auxiliar o desenvolvimento do processo, o departamento do Patrimônio desenvolveu e passou a utilizar uma série de instrumentos para registro e controle interno. Tais como:

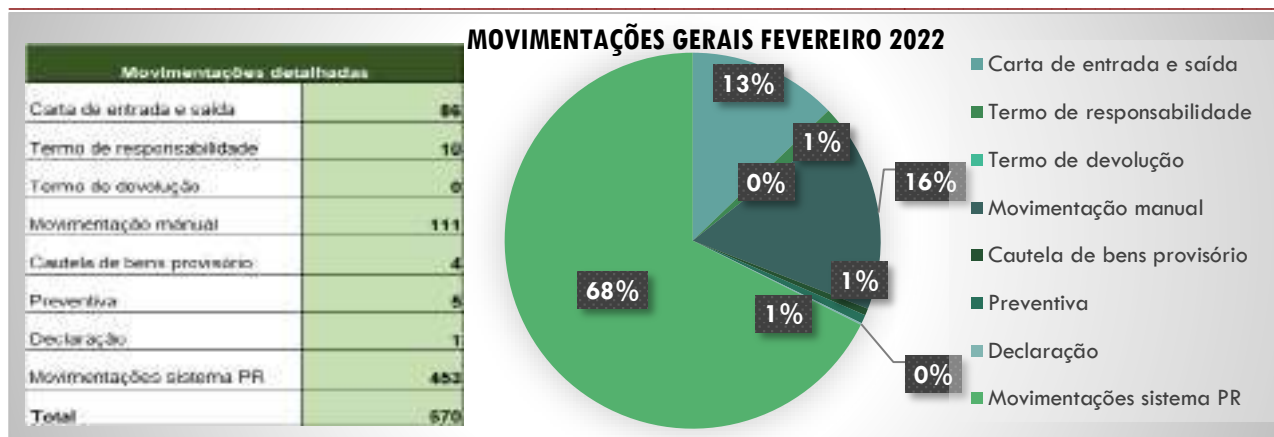
- Cadastro e controle de materiais por planilhas em Excel;
- Ordem de serviço (movimentação patrimonial) via sistema e manual;
- Documentos de entrada e Saída de bens patrimoniais;
- Termo de Responsabilidade por bens patrimoniais;
- Termo de devolução de bens;
- Checklist;
- Cautela provisória;
- Formulário de Preventiva e Corretiva.

1.4.2 Transferências internas realizadas

É a Soma de todas as movimentações (Termo de responsabilidade, Termo de devolução, Documentos de Entrada e Saída, solicitação via sistema PR, movimentação via formulário manual e cautela provisória, tudo com base no quantitativo de movimentações, estruturamos nossas metas e organizações de gestão patrimonial.

Transferências internas realizadas no período de janeiro de 2022 à fevereiro de 2022	
Mês	Número de bens transferidos
Janeiro	788
fevereiro	670
Total de transferências ==>	1.458

1.4.3 Indicadores de movimentações



➤ Análise geral de movimentações do mês de fevereiro

- A quantidade de movimentações teve baixa em comparação ao mês de janeiro, totalizando **670** movimentações gerais, uma queda em comparação ao mês anterior que ficou com um total de **788** movimentações.
- Analizamos que a quantidade de solicitações de serviço via sistema PR em **68%**, maior que a quantidade de movimentações em formulário manual, ficando em **16%**, percentual esse que fica visível que nossos líderes já estão utilizando de forma correta a ferramenta de abertura de O.S via sistema. Sendo maior a demanda de serviços na área administrativa e menor demanda nos setores assistenciais, a quantidade de documentos de saída e entrada ficou em **13%**.
- As movimentações físicas por termos de responsabilidade e termo de devolução ficou em uma quantidade total de **10** documentos emitido pelo patrimônio no mês de fevereiro, em um percentual de **01%**, dividido em **05** termos de responsabilidade e **00** termos de devolução de equipamentos e mobiliários.
- A quantidade de cautelas solicitadas teve aumento em comparação ao mês de janeiro totalizando em **04** solicitações pelo NEP, com **1%** das movimentações gerais. Analisamos que a quantidade de movimentações mensuradas acima está dentro das metas de demandas do setor que é acima de **200** movimentações por mês.

➤ Preventiva e Corretiva

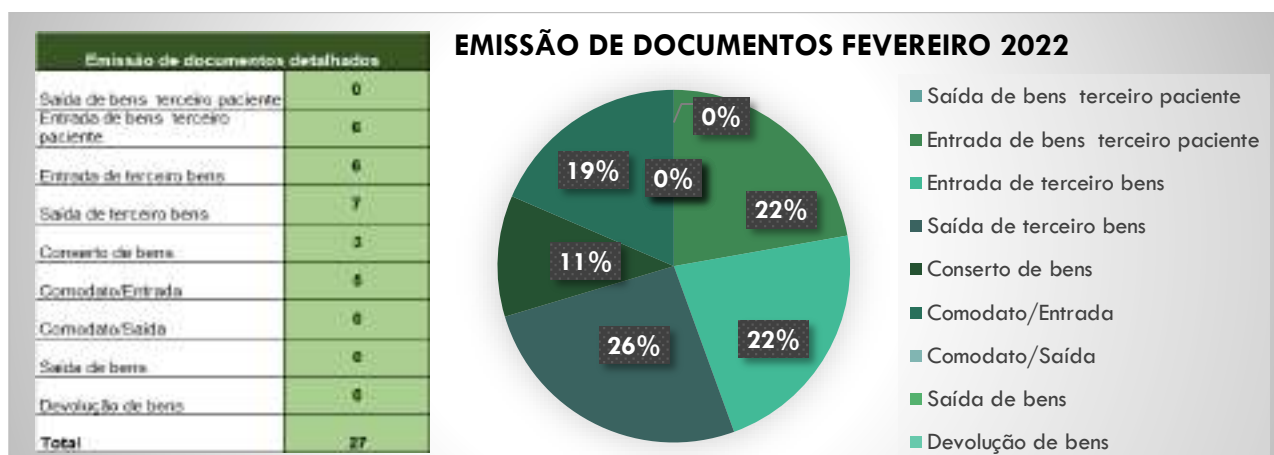
- Realizado a corretiva em 05 cadeiras administrativas giratórias Milla com parafusos e assentos soltos.
- Preventiva realizada em 7 cadeiras de rodas com parafusos soltos.

1.4.4 Emissão de documento de autorização para transporte de bens

Conforme previsão legal e determinação da Diretoria Geral, nenhum bem deverá ser movimentado para além dos limites da instituição sem a autorização formal da Unidade de Patrimônio.

Emissão de documento de autorização de entrada e saída de bens fevereiro 2021	
Tipo de documento	Quantidade
Nota Fiscal	6
Declaração de bens de terceiro	1
Autorização de transpore de bens	27
Total de documentos ==>	34

1.4.5 Indicadores de documentos de entrada e saída de bens.



➤ Análise geral de movimentações do mês de fevereiro

A quantidade de saídas de bens foi baixa em comparação ao mês de janeiro, sendo:

- 06 Documentos de entrada de equipamentos de terceiro;
- 05 Entrada de comodato;
- 00 Saída de comodato;
- 08 Entrada de bens de pacientes;
- 00 Saída de bens de pacientes;
- 07 Saída de equipamentos de terceiro;
- 00 Devolução de equipamentos;
- 06 Notas fiscais de equipamentos de terceiro;

- 01 Declaração de bens de terceiro;
- 03 Conserto externo de bens;
- 00 Saída de bens.

Em análise ao percentual, verifica-se que a quantidade referente a saída de bens no mês de fevereiro é menor que a quantidade de emissão de documentos de entradas e saídas no mês de janeiro na unidade hospitalar do HRAS.

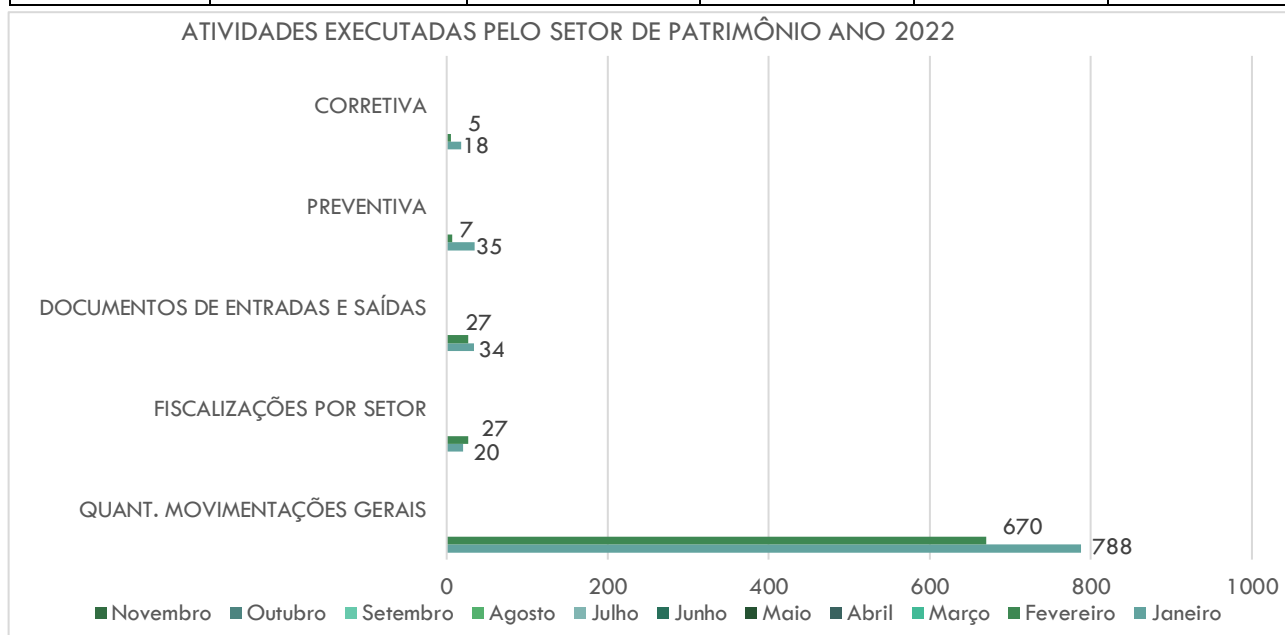
➤ **Análise de comparação aos meses anteriores**

Iniciando o ano de 2022 o gráfico apresenta uma alta porcentagem nas execuções de serviço no mês de janeiro, esse índice é decorrente ao fluxo normal de serviço com melhorias na gestão de processos dentro do setor, voltou a atuar com fiscalizações preventivas e corretivas na unidade Hospitalar Abelardo Santos, com a criação de novos formulários do patrimônio, podemos mensurar com exatidão a quantidade de movimentações e melhorias de serviço seja com formulários de movimentações manuais ou termo de cautela, com as melhorias na gestão de processos o setor não fica preso a uma única ferramenta de trabalho, possibilitando flexibilidade aos colaboradores de desenvolver o serviço com agilidade e precisão no processo de movimentações. No mês de fevereiro o setor apresentou uma baixa, dado ao serviço de finalização do checklist de todos os setores que fazem parte do prédio central de internação e anexo dividindo a equipe entre movimentações gerais, fiscalizações, checklist e preventivas.



Com base nos serviços prestados pelo setor de Patrimônio, conseguimos evidenciar detalhadamente todas as atividades realizadas nos meses de 2022, podendo fazer um melhor comparativo de serviços executados pela equipe.

EXERCUSÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS PELO PATRIMÔNIO EM 2022					
MÊS	QUANT. MOVIMENTAÇÕES GERAIS	FISCALIZAÇÕES POR SETOR	DOCUMENTOS DE ENTRADAS E SAÍDAS	PREVENTIVA	CORRETIVA
Janeiro	788	20	34	35	18
Fevereiro	670	27	27	7	5
Março					
Abril					
Maio					
Junho					
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Total de transferências ==>	1458	47	61	42	23



1.4.6 Resultados

A Unidade de Patrimônio tem se empenhado em aperfeiçoar seus processos de trabalho por meio da revisão e criação de instrumentos de controle interno e gestão de documentos, com qualidade e treinamentos. Também, continuamente foca seus esforços para manter e fortificar as relações de trabalho junto às diversas unidades operacionais do Hospital. O esforço coletivo da equipe da Unidade de Patrimônio em conjunto com os demais colaboradores que atuam no HRAS, tem produzido bons resultados tanto operacionais como gerenciais com foco na organização, fiscalização de bens incorporados

no HRAS, comodato ou equipamentos de terceiro, entendemos que o processo ainda não está 100% com foco. Estamos buscando sempre melhorias no processo desenvolvido pelo setor sempre com apoio da direção pensando no melhor para nossos usuários.

1.4.7 Conclusão

A avaliação deste relatório mensal nos permite deslumbrar em todos os aspectos que; as ações desenvolvidas em todos os setores do HRAS, convergem a uma direção que tem sido foco principal de crescimento consolidado nas áreas financeiras, contábeis e patrimoniais, concluímos que o rendimento no mês de fevereiro foi variável em comparação ao mês de janeiro, o fator que contribuiu para a diminuição de movimentação foi a ênfase empregada aos novos processos do setor no controle de bens, para melhor organização e mapeamento detalhado, o setor implantou o checklist com fiscalizações mensais processos que permitem agilidade na produção de serviços com qualidade e flexibilidade em campo. Dando resolutividade nas demandas aplicadas ao setor. Detalhamos no processo acima descrito em etapas executadas pela equipe, a produtividade e acerto em tomadas de decisões aumentaram e a equipe evolui seu trabalho através da organização de tempo, sendo dividido em movimentações via sistema e formulário manual, fiscalizações e levantamento de não conformidades referente aos bens, preventiva e corretiva, documentações de entrada e saída de bens, assim melhorando continuamente o fluxo de trabalho e a comunicação efetiva com o serviço assistencial, engenharia clínica e manutenção predial, setores que possuem um mapa de processo com o patrimônio, trabalhando juntos em busca de projetos soluções e melhorias para o conforto e segurança de nossos pacientes.

Belém-Pará, 28 de fevereiro de 2021.

Marcos Silveira

Diretor geral

Waleria Adriane da Silva

Supervisora de Patrimônio

Patrícia Araujo Quaresma

Coordenadora administrativo e Financeiro

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – S.A.U**RELATÓRIO DE ATIVIDADES MENSAL****SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – S.A.U.****INTRODUÇÃO**

O serviço de Atendimento ao Usuário – S.A.U. é o setor destinado a avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo HRAS. Estabelecendo um canal de comunicação e relacionamento com o usuário; priorizando que o HRAS atenda de forma efetiva, garantindo a eficiência e compromisso com o serviço prestado.

O trabalho é desenvolvido através de escuta individual, registrando os elogios, críticas, dúvidas e sugestões relacionadas aos serviços prestados; as buscas ativas são realizadas com os pacientes, acompanhantes e visitantes, consolidando um canal de relacionamento direto entre o HRAS e seus assistidos. Outra metodologia utilizada para a coleta de dados é realizada através das caixinhas de coleta espalhadas pelo hospital, onde os usuários podem se manifestar através de folder, avaliando o atendimento recebido.

O objetivo principal do S.A.U. é assegurar junto aos colaboradores dos serviços hospitalares, o atendimento humanizado de acordo com as normas preconizadas pelo SUS, cujo processo nos permitem acompanhar o desempenho das áreas assistenciais e de apoio, mantendo o atendimento focado na garantia dos serviços de saúde e na satisfação integral do usuário, atendendo as expectativas com qualidade nos serviços. Apresentaremos através de relatório as atividades desenvolvidas pelo SAU, com referência ao período de 01 a 28 de fevereiro de 2022.

COMPOSIÇÃO DO SAU

O SAU é composto por 1 supervisora, 1 ass. administrativo e 4 auxiliares administrativos.

QTDº	NOME	FUNÇÃO
1	Mabelle L. B. Pereira	Supervisora
2	Rosalba Mendes	Ass. Administrativo
3	Isabelle Teixeira	Aux. Administrativo
4	Natalia Alvarenga	Aux. Administrativo (Posso ajudar?)
5	Michel Medeiros	Aux. Administrativo (Posso ajudar?)
6	Yago Moraes	Aux. Administrativo (Posso ajudar?)

1 – ATIVIDADES MENSAIS

No mês de fevereiro, intensificamos a abordagem através do atendimento itinerante, efetivamos atendimentos em caráter informativo e mediações em casos em que foram constatadas possibilidade de resolução imediata da problemática apresentada reiteramos que permanecemos com a busca ativa nos diversos setores do HRAS.

No intuito de obtermos a mensuração da satisfação dos nossos usuários.

A tabela a seguir, traz o resumo das atividades que o S.A.U realizou ao longo do mês e que se constituíram em material para análise dos resultados. os aqui apresentados

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

Tabela 01: Apresentação das atividades realizadas pelo S.A.U

DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Qt dº
SEMANA	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	
VISITA PRONTO SOCORRO INFANTIL	5	6	8	7			9	8	6	10	13			11	13	15	5	5			4	14	3	6	7			3	158
VISITA PRONTO SOCORRO ADULTO	2	3	4	2			3	4	2	3	5			3	4	5	6	4			3	4	3	2	3			4	69
VISITA URGÊNCIA OBSTETRICA	10	8	14	11			12	9	8	7	13			8	9	10	11	14			10	8	7	6	10			15	200
VISITA HEMODIALISE	5	4	6	5			3	4	6	7	5			6	7	5	4	3			4	5	6	7	9			8	109
Visitas aos leitos Clínica 5º andar	45	3	2	2			47	3	4	2	3			48	2	4	3	2			49	2	3	4	3			35	266
Visitas aos leitos Clínica 6º andar	2	49	3	4			3	48	2	5	4			4	50	5	6	3			4	48	2	4	3			48	297
Visitas aos leitos Clínica 7º andar	2	3	47	4			3	2	46	4	3			4	2	43	3	4			2	4	41	4	3			24	248
Visitas aos leitos Clínica 8º andar	4	2	4	41			3	4	6	44	2			3	4	5	40	3			2	4	3	43	5			13	235
Visitas aos leitos Clínica 9º andar	2	3	1	44			1	3	2	1	45			2	1	3	1	41			2	1	2	3	45			18	221
Pesquisas de satisf Internação 5º Andar	3	1	1	1	3	1	2	1	5	4							6				1		2	11					42
Pesquisas de satisf Internação 6º Andar	4	5		8	4	9	3	6	7	17	6			20	11		5	6			17		13	27				25	193
Pesquisas de satisf Internação 7º Andar	3	2	2							7				10	1		13	4										19	61
Pesquisas de satisf Internação 8º Andar	2		1	2																									5
Pesquisas de satisf Internação 9º Andar	3	2	2	2			1		16	2	1																		29
Pesquisa de satisf. Alta Hospitalar 5º Andar	1			1	1			5													1	1	1	1	2	3			17
Pesquisa de satisf. Usuário Alta Hospitalar 6º Andar	2	2	6	8	1	2	7	6	8	1	3			12	3	4	5	2			6	2	6	14	1			6	107
Pesquisa de satisf. Usuário Alta Hospitalar 7º Andar	1							2		1	2			3			2	1			6								18
Pesquisa de satisf. Usuário Alta Hospitalar 8º Andar	2	1	1								2																		6
Pesquisa de satisf. Usuário Alta Hospitalar 9º Andar	1	1	3	2	1			1	3	2				4			1						1						20
pesquisa de satisfação SADT	22	27		30			31	28	21	31	31			36	30	30	17	20			34	29	25	38	40				520
Aten. por meio de Folder	4	1	1		1	2	6	4	3	5		1		10	1	6	9	4	4	5	2	2	2	5	11	5	3	1	98
Pesquisa de satis. AMBULATÓRIO	17	34	36	40			35	32	40	30	38			40	40	40	40	42			40	40	40	28	53				705
Contato Telefônico	5	6	7	8			10	12	9	14	13			9	11	10	15	7			6	5	4	3	9			4	167
Aten. em sala	6	8	5	7			3	4	5	4	3			3	4	5	6	5			4	3	5	4	6			5	95
Encaminhamentos Internos	1	2	2	3			2	2	4	2	1			1	3	2	2	1			1	2	3	2	1			3	40
Orientações e Informações	3	4	5	6			7	8	9	5	4			3	4	5	6	7			3	5	4	5	4			3	100
Participação em reuniões internas									1	1	1			1		1	1				1		1	1					9
Participação em Treinamentos				1			1		1								1	1				1	1	3	2				12

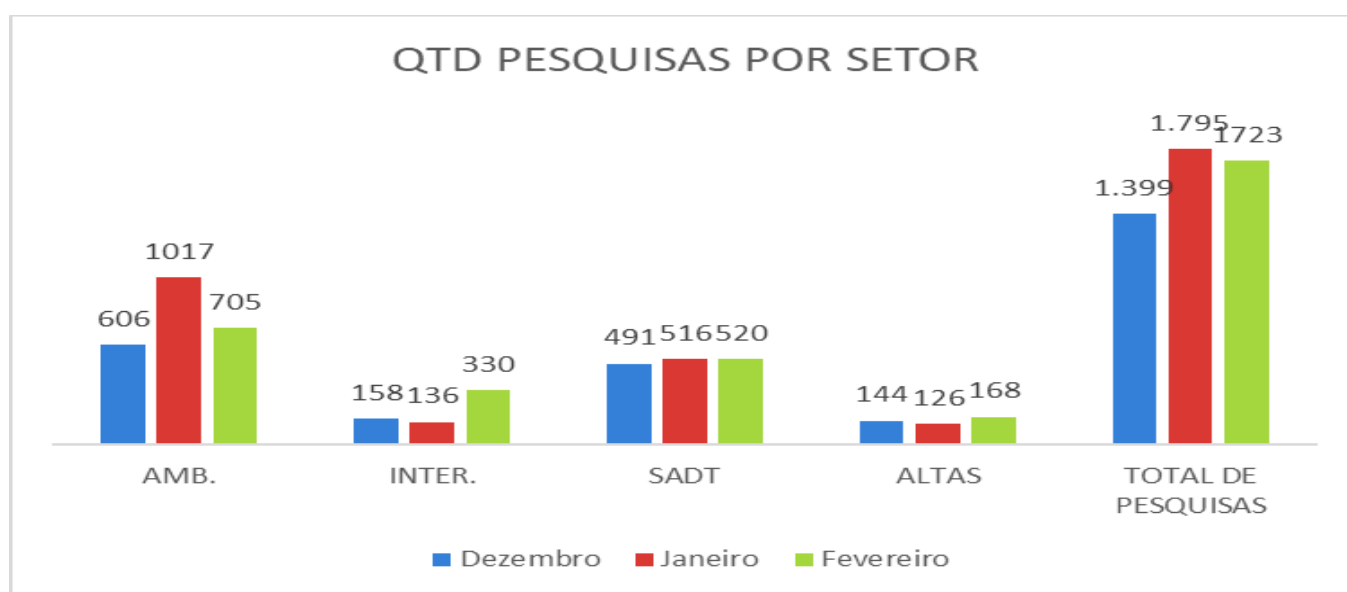
Fonte: HRAS – FEVEREIRO 2022

Tabela 02: PESQUISAS DE SATISFAÇÃO REALIZADAS POR SETOR

SETORES/HOSPITAL	Nº ATENDIMENTOS
Ambulatório	705
Internação	330
S.A.D.T	520
Alta Hospitalar	168
TOTAL	1.723

Fonte: S.A.U. HRAS – FEVEREIRO 2022

Gráfico 01: COMPARATIVO ATENDIMENTO MENSAL POR SETOR



Fonte: S.A.U. HRAS – FEVEREIRO 2022

O gráfico acima mostra o comparativo de realização de pesquisas de satisfação realizadas durante os meses de dezembro, janeiro e fevereiro. Comparando o resultado alcançado do mês de dezembro com o mês de janeiro, visualizamos que em janeiro houve um aumento de **28,31%** no número de usuários participantes da pesquisa de satisfação. Já no mês de fevereiro, obtivemos uma pequena queda no número de usuários participantes da pesquisa de satisfação, referente a **4,01%**.

Contudo, tal resultado não comprometeu negativamente o alcance do nosso compromisso em relação à meta de atendimento, pois nos empenhamos em sempre aplicar uma maior quantidade de pesquisas a cada mês.

Mensalmente temos criado estratégias de disponibilização de canais de escuta visando sempre um maior alcance numérico de pesquisas aplicadas.

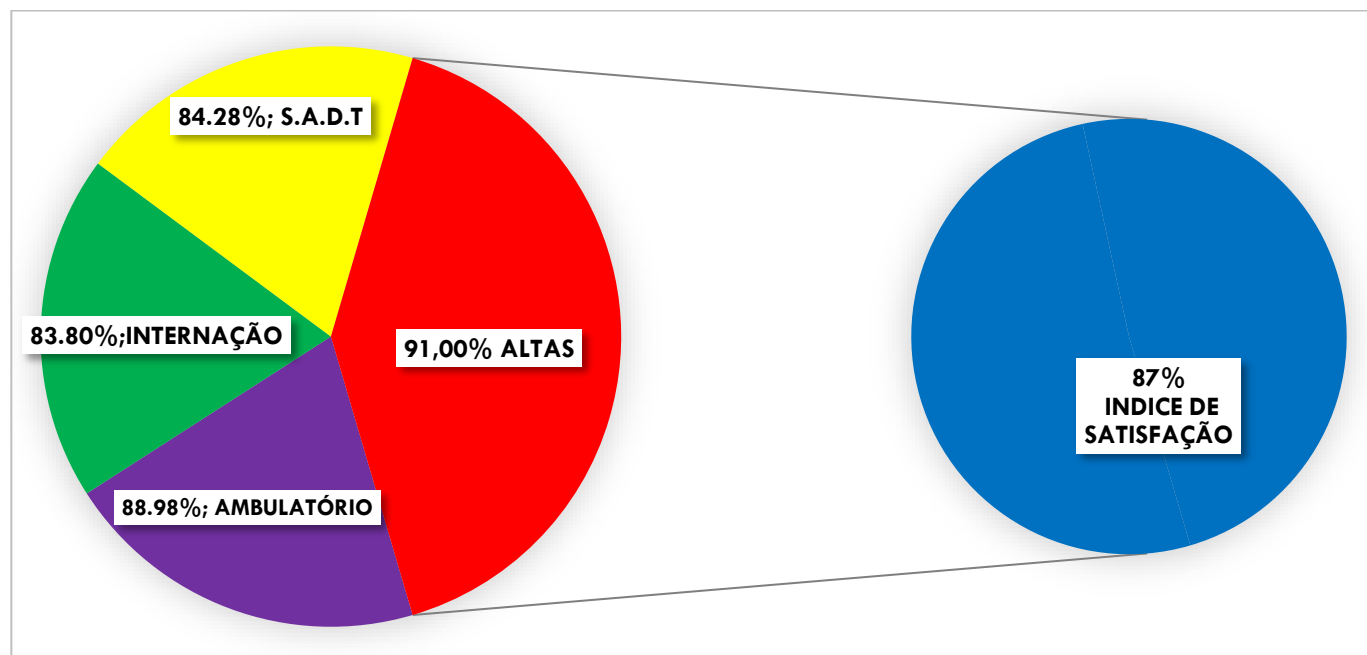
Durante as abordagens, os usuários têm a possibilidade de se manifestar seja positivamente ou negativamente, ou também, podem dar a pontuação aos itens citados nos formulários, de forma que possamos através da aplicação das pesquisas de satisfação, conhecer a expectativa de quem passa pelo hospital, o que possibilita o aprimoramento contínuo dos serviços e atendimentos oferecidos no HRAS.

Tabela 03: Quantitativo das respostas obtidas nas pesquisas de **satisfação**

QUESITOS	AMBULATÓRIO	INTERNAÇÃO	S.A.D.T	ALTAS	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO GERAL
Péssimo (0 a 2)	0,4%	1,3%	1,1%	0,7%	87%
Ruim (3 a 4)	0,5%	1,76%	2,2%	1,2%	
Regular (5 a 6)	10,1%	13,2%	12,4%	7,1%	
Bom (7 a 8)	34,4%	33,4%	25,9%	39,6%	
Ótimo (9 a 10)	54,5%	50,4%	58,4%	51,4%	
Total de Resposta	9870	9.240	5.200	1.680	
% Satisfação	88,98%	83,80%	84,28%	91,00%	

Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

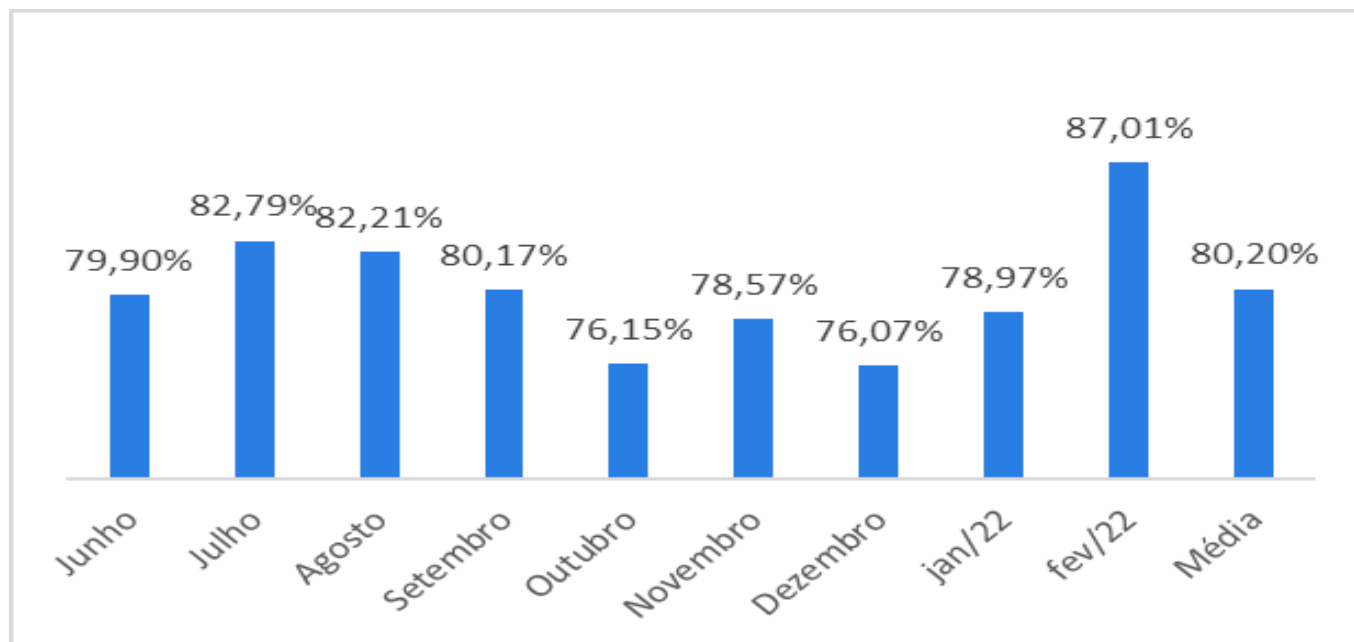
Gráfico 02: ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

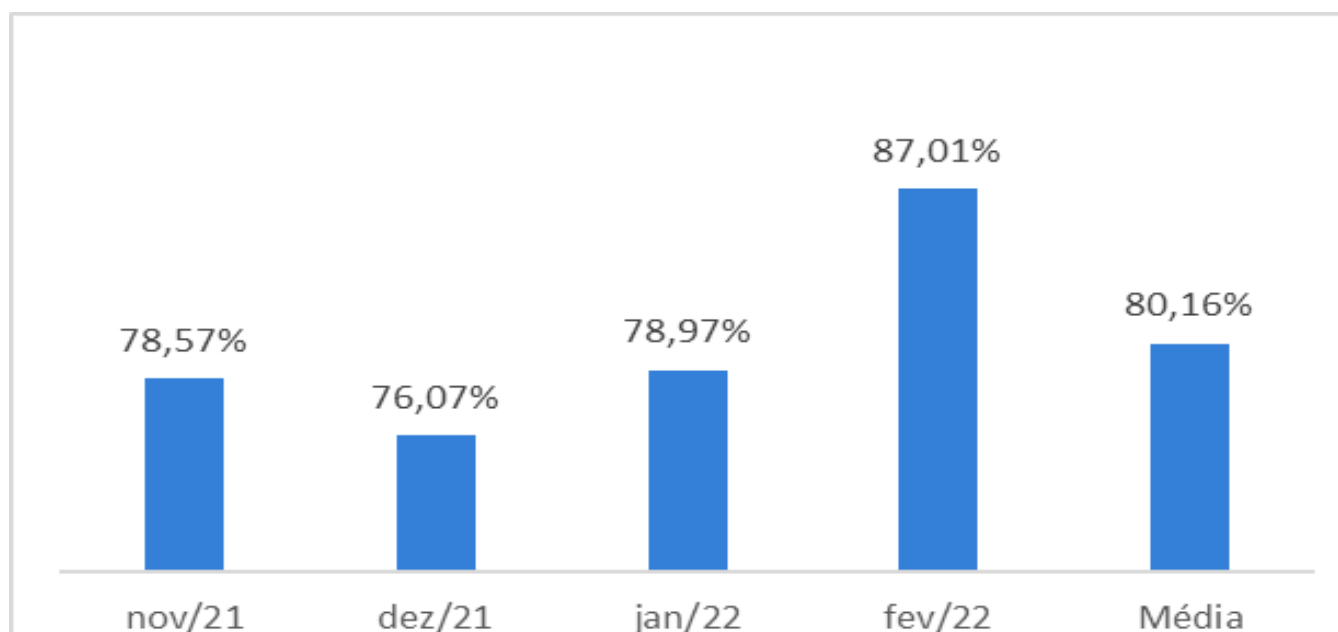
2 – ANÁLISES DOS DADOS:

Gráfico 03: INDICE GERAL DE SATISFAÇÃO



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

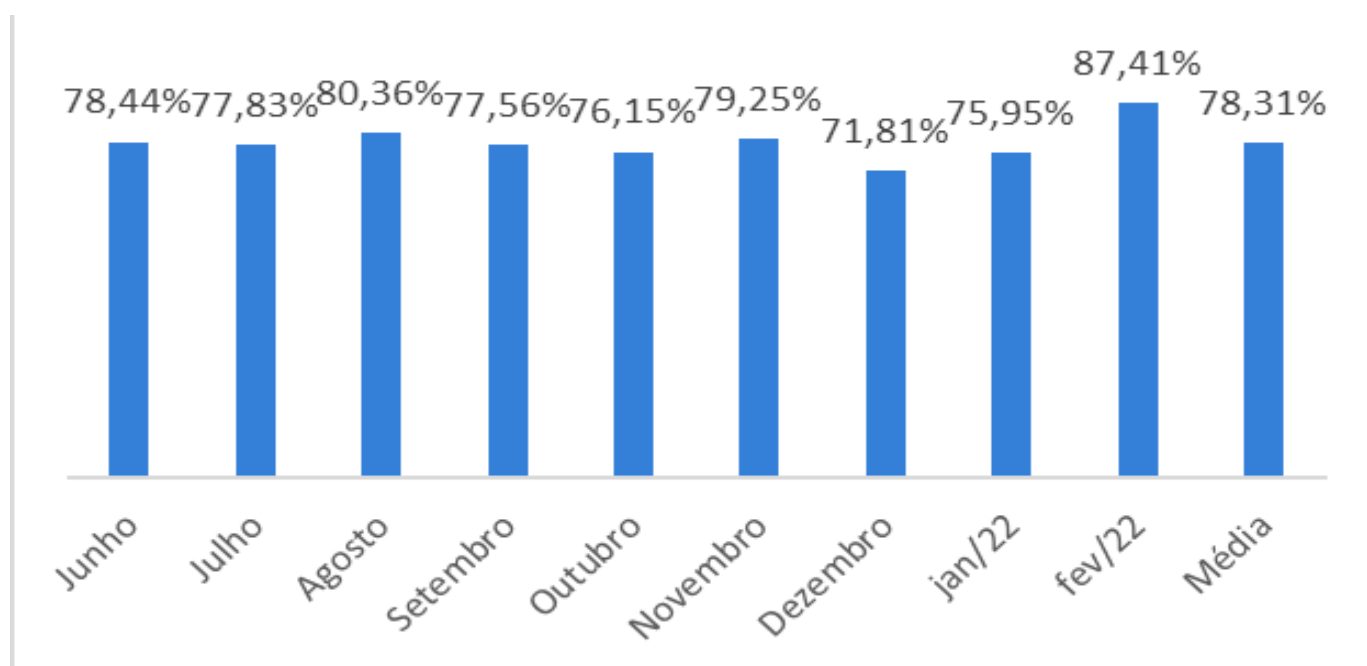
Gráfico 04: SATISFAÇÃO DO USUÁRIO– NOVEMBRO/2021 A FEVEREIRO/2022



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

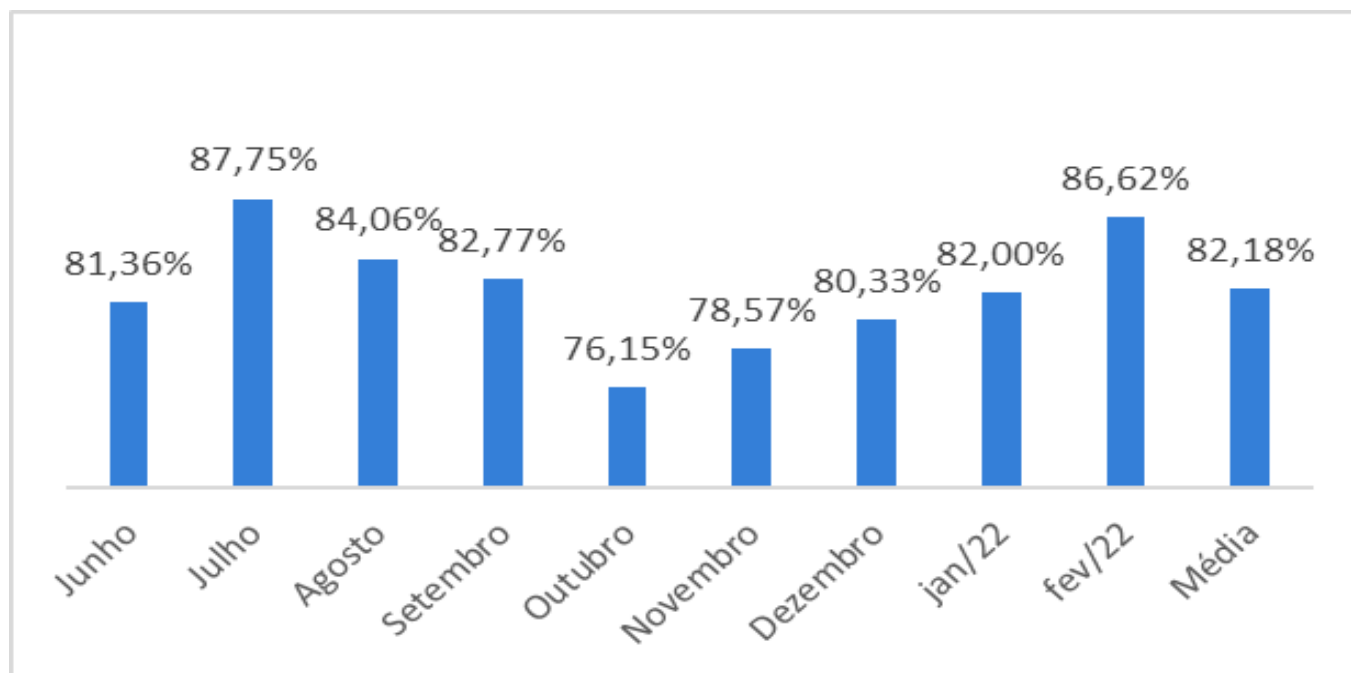
O resultado do grau de satisfação geral dos usuários atendidos nos quatro canais de avaliação, feita com base na somatória dos itens “Bom e Ótimo” gerou neste mês de fevereiro um aumento na satisfação, equivalente a 8,04%, comparado ao mês de janeiro, totalizando o valor de **87,01%**. Nos parágrafos a seguir serão analisados os resultados de cada setor atendido pelo SAU com base nas manifestações registradas, no intuito de evidenciarmos quais as insatisfações que ocasionaram o impedimento da pontuação máxima de nossos usuários.

Gráfico 05: índice de satisfação interno (pesquisas na internação e Alta)



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Gráfico 06: índice de satisfação externo (pesquisas no ambulatório e SADT):



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

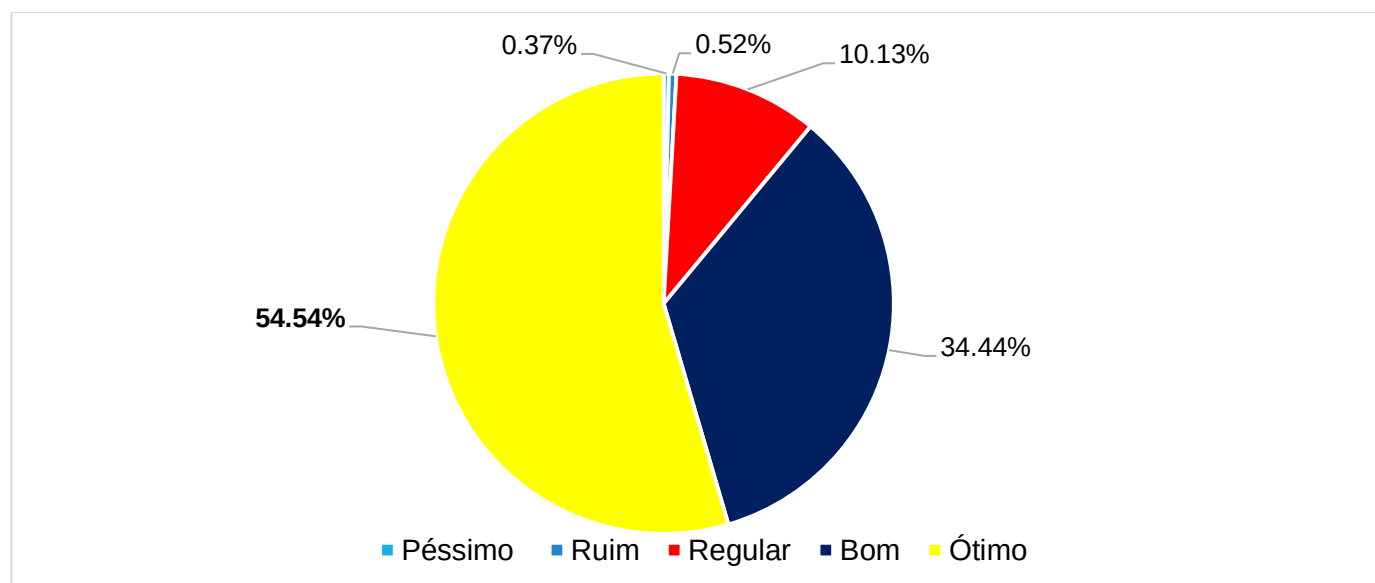
Para ilustrar melhor apresentaremos após as análises, o resultado das pontuações, em forma de gráfico.

No segmento ambulatório, em fevereiro, obtivemos um aumento de 6,12% na satisfação dos usuários atendidos no referido setor em comparação ao resultado alcançado no mês de janeiro, **atingindo em fevereiro o valor de 88,98% de satisfação**.

No período recebemos 11 registros de oportunidades de melhorias no setor.

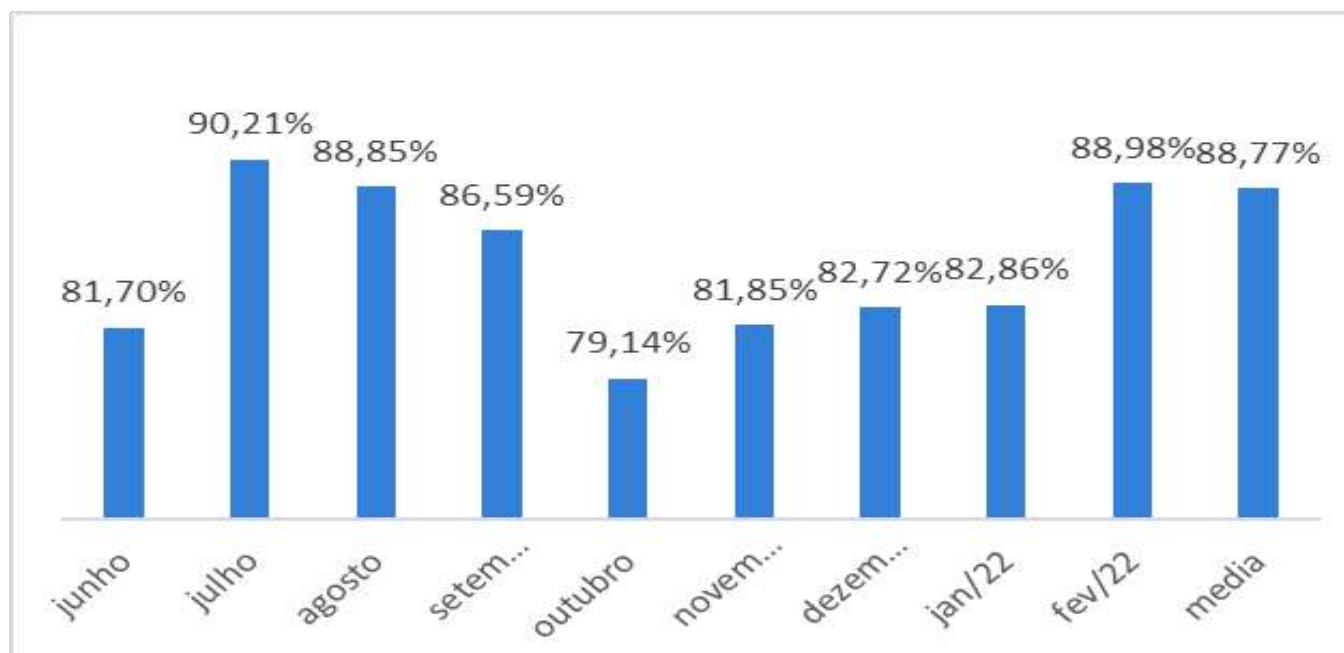
Dentre os registros, citamos: recebemos os seguintes registros: morosidade na convocação de cirurgia eletiva, demora na condução do usuário para o quarto/leito/internação eletiva, demora na marcação de retorno, poltrona onde se faz dialise desgastada/desconfortável, demora na marcação de consulta, poucas cadeiras de rodas e demora na chegada de maqueiros para a condução do usuário (hemodiálise).

Gráfico 06: QUESITOS DE ATENDIMENTOS AMBULATÓRIO



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Gráfico 07: ÍNDICE DE SATISFAÇÃO AMBULATÓRIO



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Tabela 04: ÍNDICE DE SATISFAÇÃO

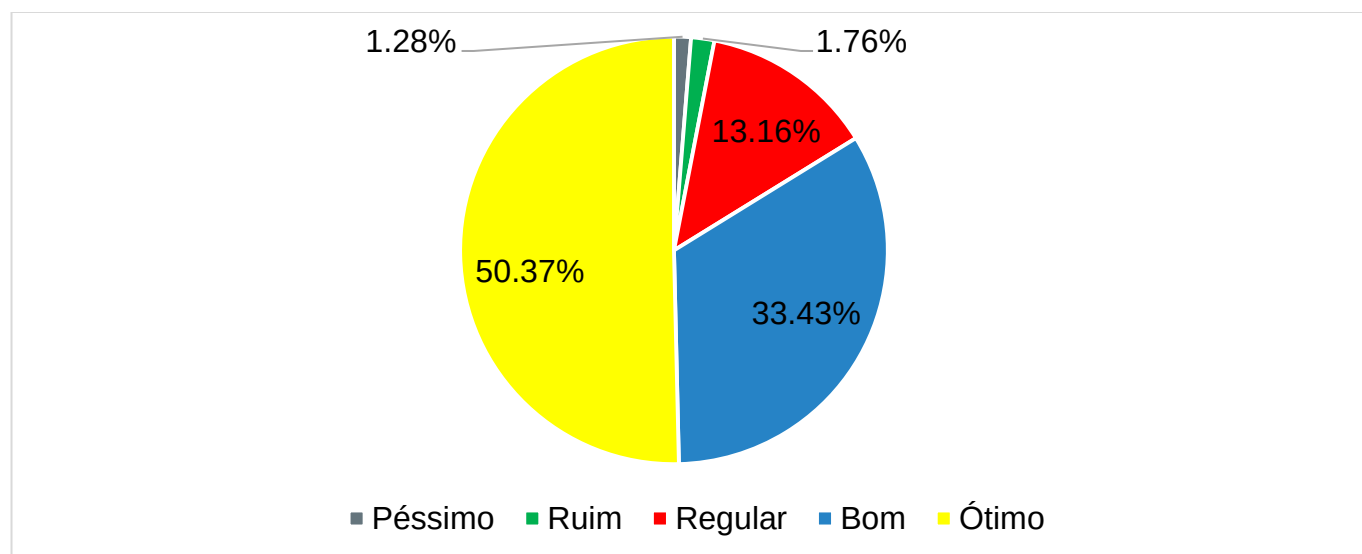
ITENS	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
Limpeza e conforto	0,28%	0,43%	15,89%	30,21%	53,19%	83,40%
Informação	0,43%	0,57%	16,03%	32,77%	50,21%	82,98%
Sinalização	0,28%	0,43%	11,49%	31,77%	56,03%	87,80%
Médicos	0,51%	0,65%	11,83%	32,43%	54,58%	87,01%
Administração	0,28%	0,43%	9,17%	36,88%	53,24%	90,12%
Confiança	0,28%	0,43%	3,97%	38,87%	56,45%	95,32%
Silêncio	0,43%	0,57%	1,70%	40,85%	56,45%	97,30%
Localização do SAU	0,14%	0,28%	6,10%	34,89%	58,58%	93,48%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO GERAL	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
ÍNDICE GERAL	0,33%	0,47%	9,52%	34,83%	54,84%	89,68%

Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Obs. Em destaque, elencamos os itens nos quais alcançaram percentuais de satisfação superior à meta proposta de 85% de satisfação.

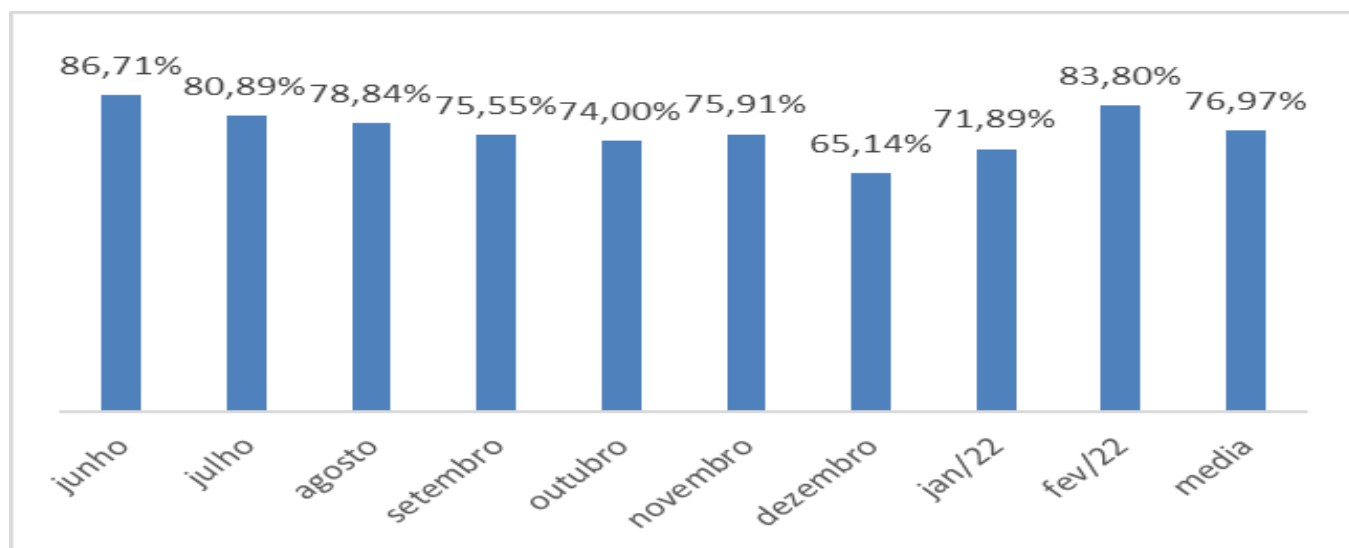
No segmento internação, neste mês de fevereiro, obtivemos um aumento de 11,91% na satisfação dos usuários atendidos no referido setor em comparação ao resultado alcançado no mês de janeiro, **atingindo neste mês o valor de 83,80% de satisfação**. Recebemos nesse mês 21 registros de oportunidades de melhorias, dentre os registros, citamos: falta de humanização médica, demora na entrega do café da manhã, café servido frio, demora na realização de exames (angiografia, ultrassom com Doppler, ANGIO-TC), constrangimento por parte da médica (UTI PED), demora na realização de cirurgia (embolização), conduta realizada sem o consentimento da usuária (6º andar), demora para realizar procedimento cirúrgico, desentendimento com uma técnica de enfermagem, ventilação do banheiro suja (exaustor), demora para chegada do material para realização da cirurgia (neuro), poucas cadeira de rodas, quantitativo insuficiente de cadeiras de banho, morosidade no início do tratamento da enfermidade, poltrona desconfortável no local de descanso das mães (4º andar), quantitativo de leito insuficiente para mães/ (star/4º andar), desagrado com o atendimento de uma tec. de enfermagem (4º andar).

Gráfico 08: ÍNDICE DE SATISFAÇÃO INTERNAÇÃO



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Gráfico 09: ÍNDICE DE SATISFAÇÃO INTERNAÇÃO:



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Tabela 05: ÍNDICE DE SATISFAÇÃO

	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
Limpeza	1,06%	1,67%	13,94%	31,21%	52,12%	83,33%
Informação	1,82%	2,42%	14,55%	30,30%	50,91%	81,21%
Sinalização	0,30%	0,61%	10,00%	36,06%	53,03%	89,09%
Médicos	1,70%	2,00%	14,61%	33,15%	48,55%	81,70%
Enfermagem	1,52%	1,82%	13,23%	35,35%	48,08%	83,43%
Outros Profissionais	0,61%	0,91%	14,14%	33,03%	51,31%	84,34%
Segurança	0,91%	1,21%	11,82%	38,18%	47,88%	86,06%
Serviço de Processamento de Roupas	1,21%	1,52%	15,15%	31,52%	50,61%	82,12%
Serviço de Nutrição e Dietética	1,06%	2,27%	13,48%	31,52%	51,67%	83,18%
Silêncio	0,91%	1,52%	9,70%	36,67%	51,21%	87,88%
Horário de Visitas	0,91%	1,82%	7,58%	37,58%	52,12%	89,70%
Informação e Fornecimento Medicação	3,03%	3,64%	13,64%	30,91%	48,79%	79,70%
Localização do SAU	0,30%	0,61%	11,52%	31,82%	55,76%	87,58%
Frequência das Visitas da Equipe Multiprofissional	1,06%	1,59%	12,73%	33,94%	50,68%	84,62%
	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
ÍNDICE GERAL	1,28%	1,76%	13,16%	33,43%	50,37%	83,80%

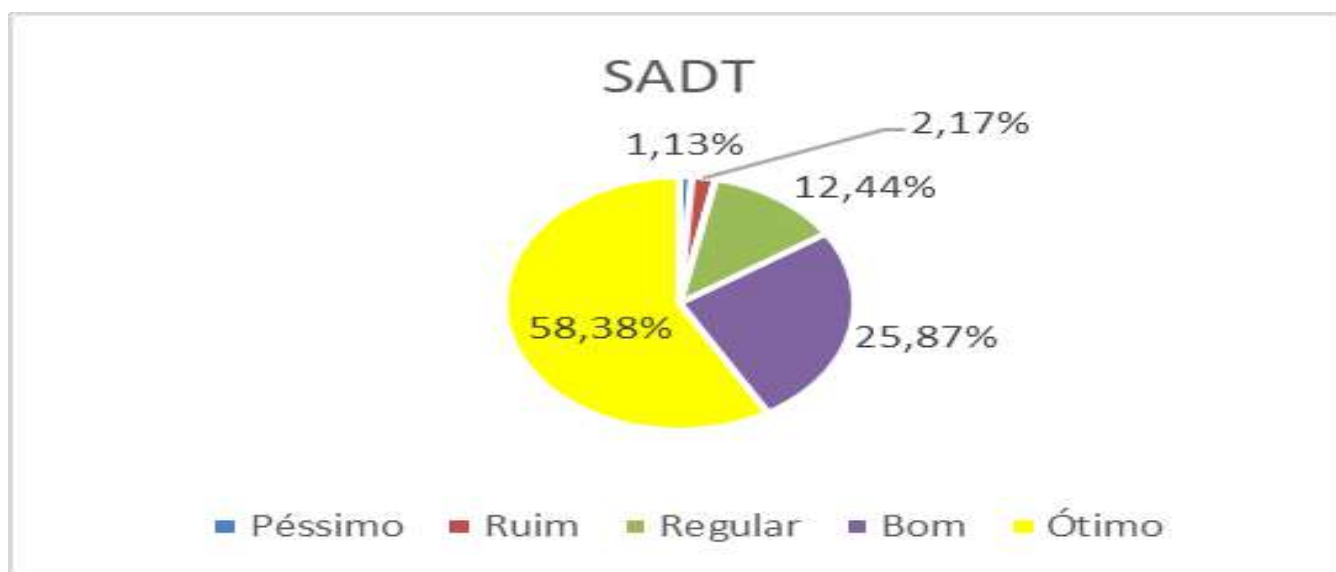
Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Obs. Em destaque, elencamos os itens nos quais alcançaram percentuais de satisfação superior à meta proposta de 85% de satisfação.

No segmento SADT, neste mês de fevereiro, obtivemos um aumento de 3,11% na satisfação dos usuários atendidos no referido setor em comparação ao resultado alcançado no mês passado, **atingindo neste mês o valor de 84,25% de satisfação**. Recebemos 02 registros de oportunidades de melhorias nesse setor, dentre os registros, citamos: demora na marcação de exames (ultrassom, endoscopia, transvaginal e ultrassom mamaria).

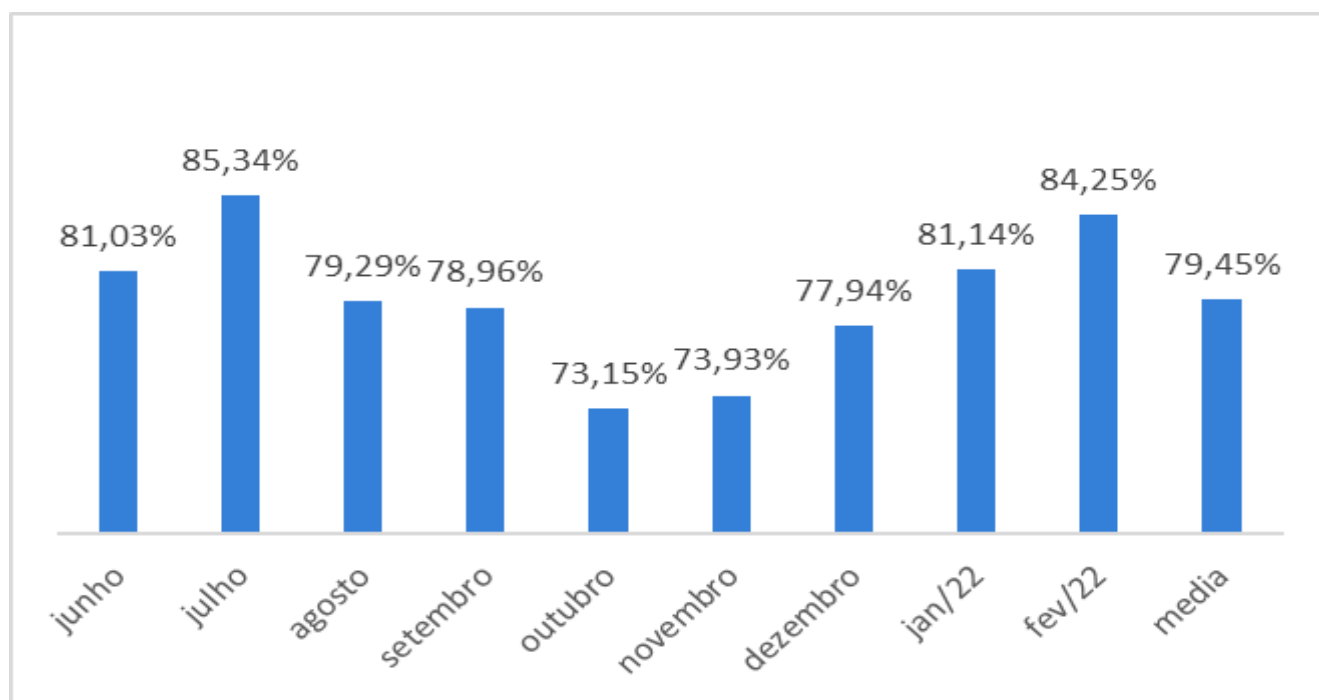
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF74C2318A.7FB7EB0C1516995.32EBA79BAC3E5D.E89A9ED7CF52EFD7

Gráfico 10: ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SADT



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Gráfico 11: Índice de satisfação SADT:



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Tabela 06: ÍNDICE SATISFAÇÃO

	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
Limpeza	1,35%	2,31%	15,00%	21,35%	60,00%	81,35%
Informação	1,54%	2,69%	17,31%	32,12%	46,35%	78,46%
Sinalização	0,77%	1,73%	11,73%	26,73%	59,04%	85,77%
Tempo para Atendimento	2,31%	3,85%	17,12%	28,27%	48,46%	76,73%
Boa Vontade e Disposição em Ajudar	1,15%	1,92%	11,35%	25,19%	60,38%	85,58%
Confiança	0,77%	1,35%	8,27%	22,12%	67,50%	89,62%
Educação e Respeito	0,38%	1,15%	6,92%	24,04%	67,50%	91,54%
Tempo da Realização de Exames	2,69%	4,81%	9,04%	26,92%	56,54%	83,46%
Silêncio	0,38%	1,54%	14,23%	20,38%	63,46%	83,85%
Localização do SAU	0,00%	0,38%	13,46%	31,54%	54,62%	86,15%
	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
ÍNDICE GERAL	1,13%	2,17%	12,44%	25,87%	58,38%	84,25%

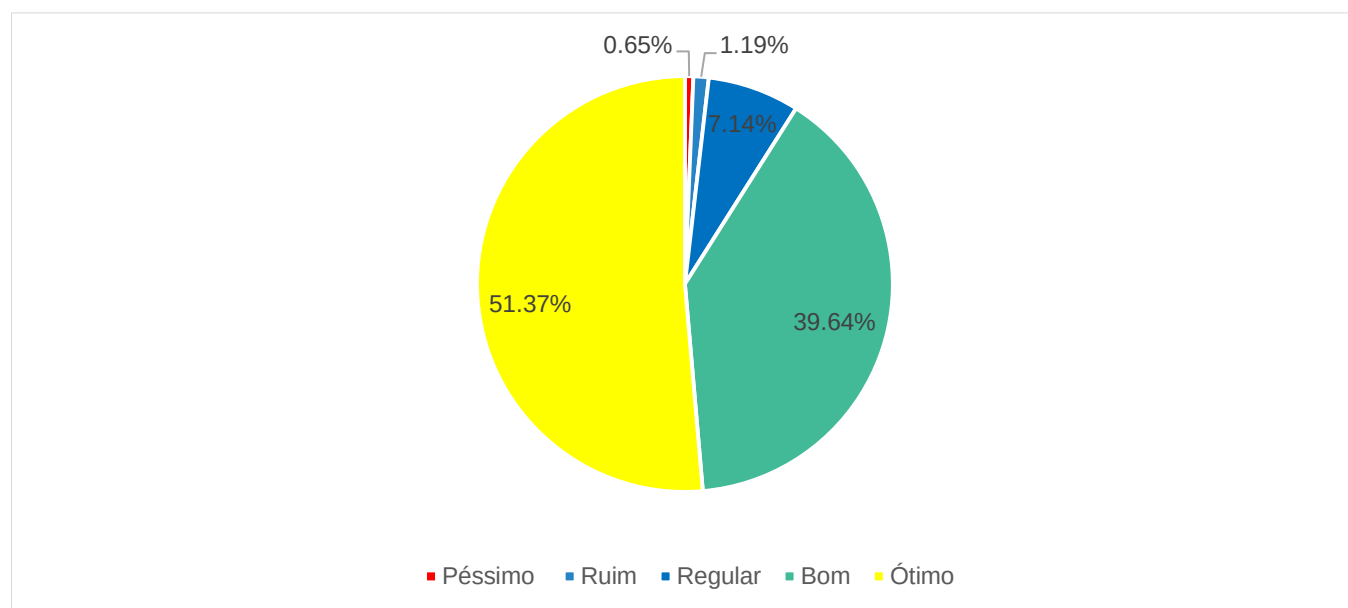
Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Obs. Em destaque, elencamos os itens nos quais alcançaram percentuais de satisfação superior à meta proposta de 85% de satisfação.

No segmento alta hospitalar, neste mês de fevereiro, obtivemos um aumento de 11,01% na satisfação dos usuários atendidos no referido setor em comparação ao resultado alcançado no mês passado, atingindo neste mês o valor de 91,01% de satisfação. Recebemos 02 registros de oportunidade de melhoria nesse setor, sendo ele: insatisfação com a higienização feita no quarto (6º andar), demora na realização de exame (angio-tomografia) e insatisfação com o tempo de espera para a chegada de material para realização de cirurgia (neuro).

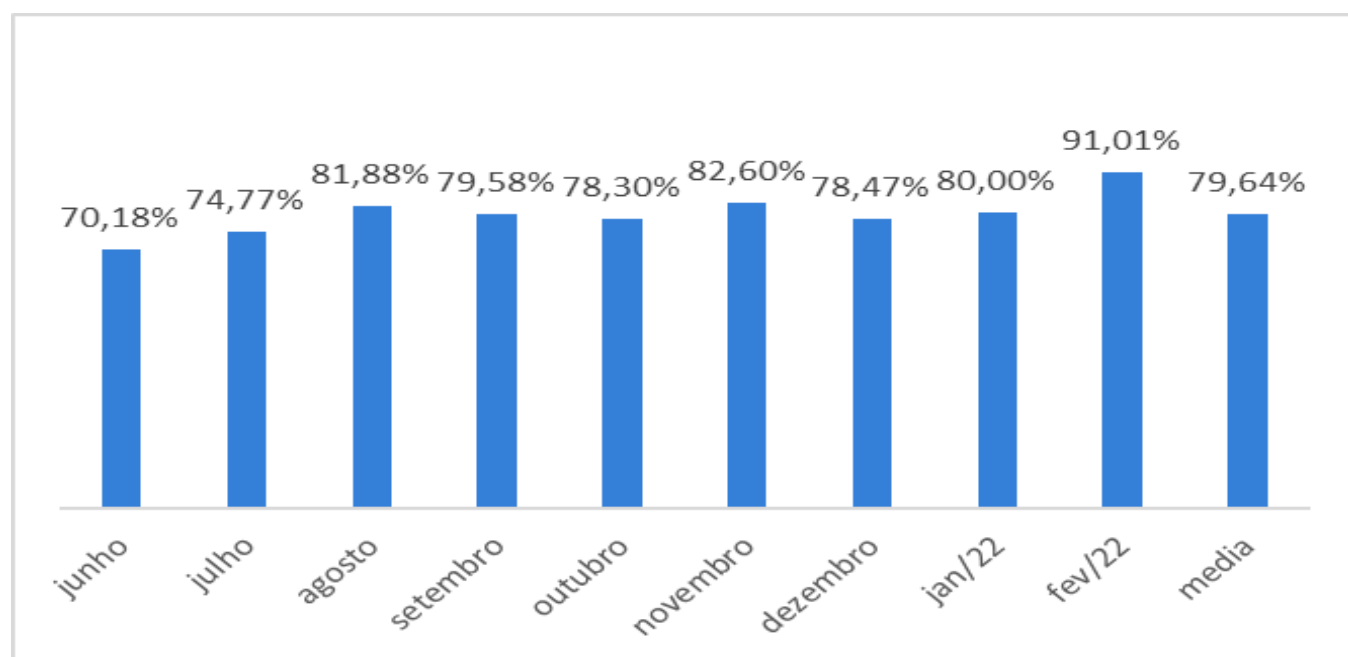
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7E8C15160995.32EBA79BAC3E5D.E89A9ED7CF52EFD7

GRÁFICO 12: ALTA HOSPITALAR



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

GRÁFICO 13: ÍNDICE DE SATISFAÇÃO ALTA HOSPITALAR:



Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Tabela 07: ÍNDICE SATISFAÇÃO

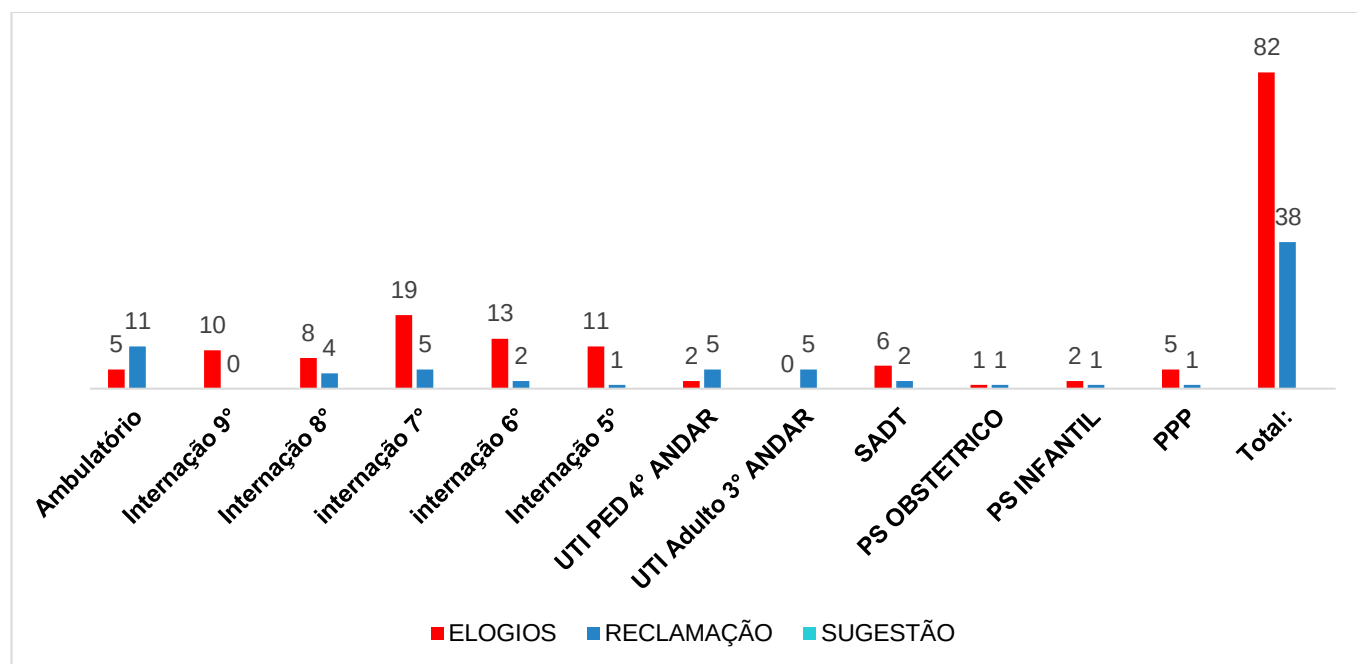
	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
Limpeza	1,59%	2,38%	19,05%	30,95%	46,03%	76,98%
Sinalização	0,79%	1,59%	11,11%	52,38%	34,13%	86,51%
Silêncio	1,59%	2,38%	14,29%	30,95%	50,79%	81,75%
Educação e Respeito	2,38%	3,17%	22,22%	35,71%	36,51%	72,22%
Boa Vontade e Disposição em Ajudar	1,59%	2,38%	3,97%	37,30%	54,76%	92,06%
Explicações e Cuidados Médicos	2,78%	3,97%	12,30%	28,57%	52,38%	80,95%
Confiança	1,59%	2,38%	7,14%	33,33%	55,56%	88,89%
Orientações Enfermagem	4,76%	6,35%	26,98%	38,89%	23,02%	61,90%
Localização do SAU	1,47%	2,21%	18,38%	49,26%	28,68%	77,94%
	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
ÍNDICE GERAL	2,13%	3,07%	14,80%	36,69%	43,31%	80,00%

Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Obs. Em destaque, elencamos os itens nos quais alcançaram percentuais de satisfação superior à meta proposta de 85% de satisfação.

No setor pronto socorro pediátrico, neste mês de fevereiro, recebemos 01 oportunidades de melhorias nesse segmento, dentre os registros, citamos: insatisfação com o atendimento de uma enfermeira (triagem).

No setor pronto socorro obstétrico, recebemos 01 registros de oportunidades de melhorias nesse segmento, dentre os registros, citamos: desagrado com o atendimento de uma recepcionista.

Gráfico 14: ORIGEM DAS MANIFESTAÇÕES POR ESCRITO


Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

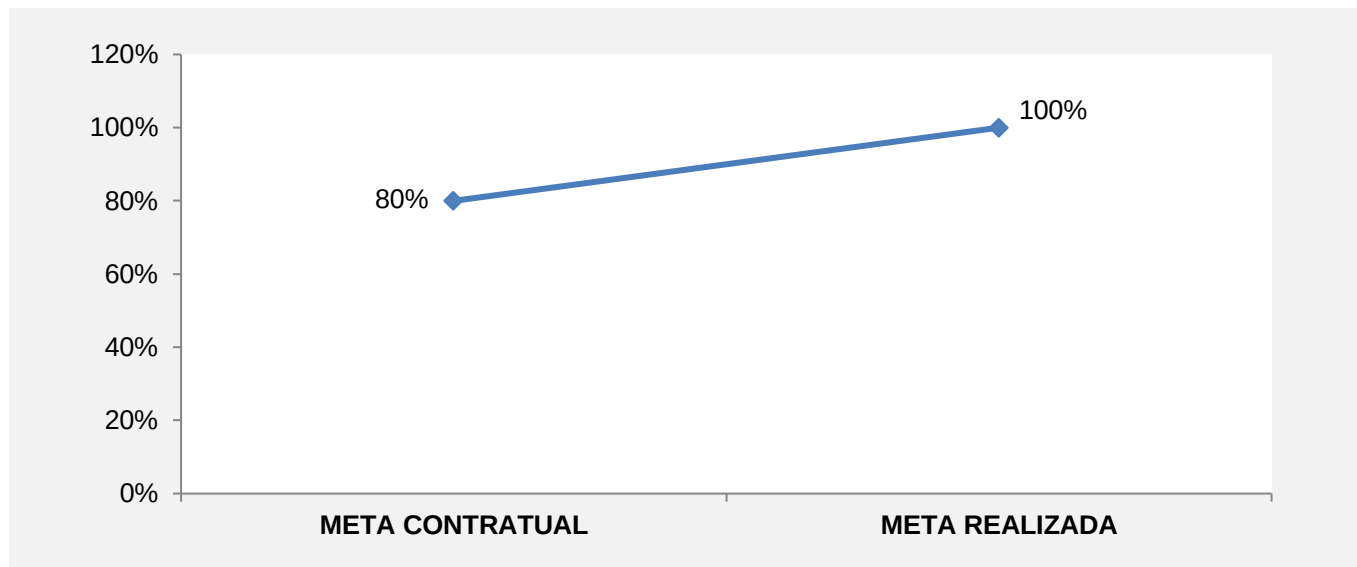
Alguns dos usuários atendidos durante a busca ativa nos quatro canais de avaliação emitiram comentários, que foram distribuídos em registros em caráter de reclamação, de sugestão e de elogios, este último foi o que obtivemos o maior número de manifestos. A seguir, tabela com o quantitativo geral das manifestações.

TABELA 08: Quantitativo geral das Manifestações Realizados pelos Usuários

TIPO DE COMENTÁRIO	TOTAL MÊS
Elogios	82
Sugestões	00
Reclamações	38
Reclamações Solucionadas (feito as tratativas/retorno ao usuário)	38
META CONTRATUAL	80%
META REALIZADA	100%

Fonte: S.A.U. HRAS - fevereiro 2022

Gráfico 15: ALCANCE DA META CONTRATUAL X META REALIZADA



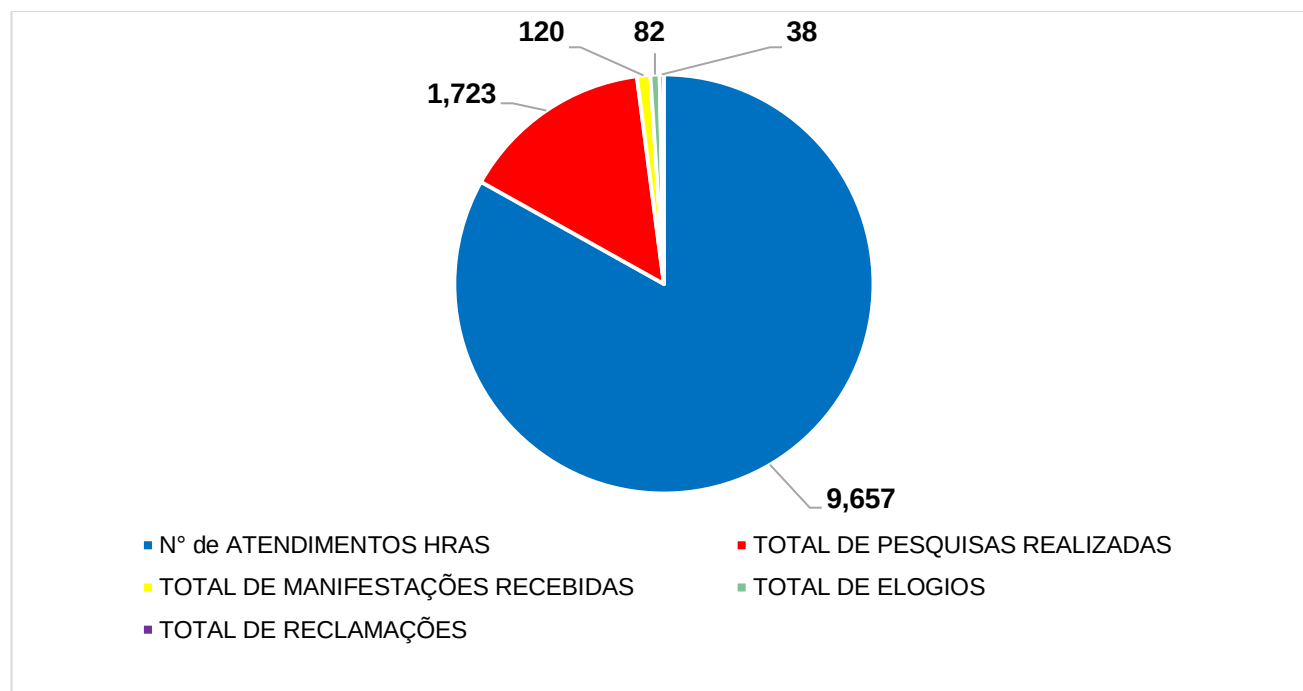
Fonte: S.A.U. HRAS – janeiro 2022

É importante mencionar que este mês os registros gerados vieram por meio do atendimento feito em sala, onde o usuário procura o SAU espontaneamente para relatar e registrar seu manifesto ou através das pesquisas aplicadas diariamente nos setores do HRAS.

No seguimento atendimento em sala, realizamos no referido mês 95 atendimentos, onde desses quantitativo foi originado 26 manifestos.

Ao analisarmos os 120 registros que recebemos neste mês de fevereiro, 6,96% registraram formalmente suas opiniões. No entanto, concluímos que 68,33% referiam-se a registros em caráter de elogio e 31,66% condiziam às manifestações de natureza reclamatória.

Gráfico 15: ATENDIMENTO GLOBAL



Fonte: S.A.U. HRAS – janeiro 2022

É importante sempre enfatizar que o número de queixas discriminadas na tabela é maior que o número de reclamações em memorando, visto que em um único manifesto há por vezes, duas ou mais reclamações, que após a triagem do S.A.U são desmembradas e encaminhadas para as lideranças responsáveis, para posterior acompanhamento de resolutividade pelo S.A.U.

A seguir, veremos a tabela com o quantitativo geral das manifestações e os motivos das reclamações.

TABELA 09: Motivos das Reclamações

Motivos das reclamações de fevereiro	QTD
Falta de humanização médica	1
Demora na entrega do café da manhã	1
Café servido frio	1
Demora na realização de exames (angiografia, ultrassom com Dopple, ANGIO-TC)	2
Constrangimento por parte da médica UTI/PED	1
Demora na realização de cirurgia (embolização)	1
Conduta realizada sem o consentimento da usuária (6° andar)	1
Demora para realizar procedimento cirúrgico	2
Desentendimento com téc. de enfermagem	1
Ventilação do banheiro suja	1
Demora para chegar o material para realização da cirurgia (neuro)	2
Poucas de cadeira de rodas	2
Quantitativo insuficiente de cadeiras de banho	1
Morosidade para iniciar tratamento da enfermidade	1
Poltrona desconfortável (local de descanso das mães/4° andar)	1
Quantitativo de leito insuficiente para mães/ (star/4° andar)	1
Desagrado com o atendimento de uma tec. de enfermagem (4° andar)	1
Insatisfação com a higienização feita no quarto (6° andar)	1
Demora na realização de exame (angio-tomografia)	1
Morosidade na convocação de cirurgia eletiva	2
Demora na condução do usuário para o leito/internação eletiva	2
Demora na marcação de retorno (c. ginecologia/urologista)	5
Poltrona onde se faz dialise está desgastada/desconfortável	1
Demora na chegada de maqueiros para a condução do usuário (hemodiálise)	1
Demora na marcação de exames (ultrassom, endoscopia, transvagina e, ultrassom mamaria)	2
Insatisfação com o atendimento de uma enfermeira P.S PED. (triagem).	1
Desagrado com o atendimento de uma recepcionista P.S OBS.	1
Total:	38

Fonte: S.A.U. HRAS – fevereiro 2022

Todos esses registros foram repassados para as coordenações, supervisões e Diretorias responsáveis, que estão gerando planos de ação para resolver e/ou solucionar os problemas relatados pelos nossos usuários.

Convém destacar que as reclamações e também as sugestões, foram encaminhadas às respectivas coordenações, supervisões ou Diretorias responsáveis, para avaliação e parecer de

providências. Para resolver e/ou minimizar os problemas relatados pelos usuários, medidas de melhorias estão sendo adotadas.

Tabela 10: Quantitativo dos serviços hospitalares e pesquisas realizadas pelo S.A.U.

SETOR	Nº ATENDIMENTOS PRESTADOS HRAS	Nº PESQUISAS S.A.U.	PORCENTAGEM ALCANÇADA %
SADT	4.334	520	11,99%
Ambulatório	6.649	705	19,32%
Internação	852	330	38,73%
Alta Médica	822	168	20,44%
MÉDIA MÊS	9.657	1.723	<u>17,84</u>

Fonte: HRAS– Referência: fevereiro 2021

RECLAMAÇÕES E RESOLUÇÕES

Acerca de tudo que foi relatado negativamente por nossos usuários, iremos fazer o acompanhamento junto aos setores citados, no intuito de verificarmos a efetivação das soluções e propostas expostas nos memorandos gerados pelo sau e assim obtermos o maior índice de resolutividade dos mesmos.

5- PROPOSTAS PARA O PRÓXIMO MÊS:

- ✓ Iniciar os atendimentos baseados nas IT's do SAU do HRAS, sob gestão do ISMS, de forma a cumprir a meta estabelecida pela SESP;A;
- ✓ Realizar acolhimentos e abordagens itinerantes;
- ✓ Continuar recebendo as demandas em sala;
- ✓ Fazer a divulgação e apresentação do SAU para familiarização do público alvo;
- ✓ Continuar desenvolvendo atividades iniciadas nesse mês, buscando a ampliação das abordagens para a aplicação das pesquisas de satisfação;
- ✓ No mês de março iremos expandir o atendimento aos visitantes do UTI, fazendo o acolhimento juntamente com o psicossocial;
- ✓ Ampliar a impressão dos folders para distribuição junto às caixas de sugestão;
- ✓ Criar o manual do usuário e solicitar à direção a tiragem do mesmo em gráfica para distribuição aos usuários;
- ✓ Participar da comissão do GTH.

6 – PLANO DE AÇÃO EM RELAÇÃO ÀS CRÍTICAS, SUGESTÕES E ELOGIOS.

Será feito o acompanhamento das pendências encontradas, junto aos setores citados nas manifestações, no intuito de averiguarmos efetivamente a resolutividade das ações propostas.

Os elogios foram encaminhados por e-mail às supervisões e coordenações, para que os mesmos divulguem a seus colaboradores a satisfação dos nossos usuários.

7- SÍNTESE DO MÊS

No mês de fevereiro tivemos um total de 1.723 entrevistados, onde o indicador (índice de satisfação) obteve o resultado de 87,01%. Tendo em vista o resultado do mês janeiro, notamos um aumento de 8,04%, porém encontra-se fora da meta estabelecida (inicialmente de 85%).

As dificuldades expostas no relatório do mês anterior, foram notavelmente reduzidas neste mês de fevereiro, e acreditamos que o fator responsável por essa redução tenha sido a ampliação da divulgação dos processos e fluxos do SAU, que estão sendo trabalhadas tanto no dia a dia, na ocasião das visitas aos setores, reunião com as coordenações, bem como a integração realizada mensalmente aos colaboradores.

Em relação às 38 reclamações registradas nesse mês, 100% delas foram feitas as tratativas e posteriormente dado o retorno ao usuário, uma vez que acompanhamos a efetividade das repostas dadas pelo responsável do setor mencionado nos manifestos diariamente.

Reiteramos que iremos acompanhar o andamento da resolutividade de ambos os casos, vale enfatizar que esse acompanhamento está em nosso plano de ação, para então podermos posicionar os usuários acerca de seus manifestos de forma integral. Vale a pena mencionar que ambos os reclamantes já foram notificados parcialmente de algumas respostas, conforme respostas dos supervisores.

Existem ainda algumas reclamações que estão sendo monitoradas pelo S.A.U junto ao setor responsável pela efetividade dos problemas apontados.

O SAU encaminhou memorandos para as lideranças, coordenações e supervisões para tomarem conhecimento e registrarem seu parecer perante o manifesto citado.

Identificamos assim a necessidade de treinamentos para ampliar a visão e missão do SAU.

Encontramos algumas dificuldades com relação à devolução dos memorandos no prazo estipulado, vale ressaltar que devido a nossa cobrança diária, conseguimos a devolutiva dos referidos processos em tempo hábil. Essa situação será amplamente trabalhada com o decorrer

dos nossos trabalhos, pois, entendemos que sem a devolutiva em tempo estimado torna-se mais difícil o alcance da melhora da satisfação do usuário, uma vez que nos propomos em nosso discurso, levar a reposta de seu manifesto em um prazo de 72 horas.

No próximo mês, nosso intuito é levar para as coordenações e supervisões um texto explicativo das atribuições e objetivos do SAU, treinamentos com as supervisões e corpo clínico a fim de eliminar as dúvidas que muitos ainda têm do setor.

O SAU desenvolve um trabalho individualizado e esclarecedor, de forma que os usuários percebam que os serviços e atendimentos são dinâmicos e que podem sofrer alterações diariamente em vários aspectos, sejam eles estruturais, comportamentais, éticos, de competências, de atendimento, segurança, e com isso reforçamos a importância dos mesmos estarem nos avaliando diariamente, mesmo que seja atendido assiduamente neste hospital. Esse discurso é realizado pelo SAU diariamente, em todos os momentos em que lidamos com a relutância de um usuário.

No próximo mês, buscaremos não só realinhar os nossos fluxos de atendimento, como também iremos intensificar as abordagens, conforme plano de ação já comentado acima.

Atenciosamente,



Mabelle Lorraine Borges Pereira
Supervisora do S.A.U
Hospital Dr. Abelardo Santos – HRAS

REGISTRO DE ATENDIMENTO
(Elogios)**FEVEREIRO/2022**

ELOGIOS	
Ambulatório	5
Internação 9°	10
Internação 8°	8
internação 7°	19
internação 6°	13
Internação 5°	11
UTI PED 4° ANDAR	2
UTI Adulto 3° ANDAR	0
SADT	6
PS OBSTETRICO	1
PS INFANTIL	2
PPP	5
Total:	82

Fonte: HRAS– Referência: FEVEREIRO 2022

REGISTRO DE ELOGIOS - FEVEREIRO – 2022**ELOGIOS PROVENIENTES INTERNAÇÃO 9º ANDAR**

01- 01– Usuário- Luís Paulo Costa Conceição – Telefone – (91) 98510-6235

Em: 11/02/2022 “Atendimento excelente tanto da equipe médica quanto dos enfermeiros e técnicos. Estrutura do quarto e banheiro muito bem adaptada para pessoas que precisam de cadeira de rodas, como meu pai.” L.P.C.C (5º andar)

02- 02 – Usuário- Tamyres Negreiros – Telefone – (91) 99940-2649

Em: 16/02/2022 “Tivemos um excelente atendimento por todos os funcionários do hospital, em especial a enfermeira Diana e o doutor João Paulo que são excelentes profissionais. A estrutura do prédio muito bem preparada para receber todos os pacientes, super organizado. Obrigada a toda equipe por cuidar tão bem das pessoas que amamos.” T.N (9º andar)

03- 03– Usuário- Mary Braga – Telefone – (91) 98465-6541

Em: 16/02/2022 “O atendimento desse hospital para mim é um diferencial, na rede pública de saúde. Só tenho a agradecer a Deus pela oportunidade de ter sido recebida nesse hospital para o atendimento que minha filha precisou. Obrigada de coração a todos pelo acolhimento. A vida é um dom divino e vocês são as mãos de Deus para aliviar as ansiedades e preocupações das pessoas.” M.B (9º andar)

04- 04– Usuário- Amiraldo Gonçalves Ferreira – Telefone – (91) 99816-7182

Em: 17/02/2022 “Primeiramente agradecemos pela equipe médica/enfermagem que nos atenderam super bem, por todo o apoio, cuidado e carinho que tem com o paciente. Pela boa comida, em especial queremos agradecer a Ana Larissa da limpeza, ela tem um coração bom, toda vez que entrava no leito ela nos deixava alegres. E o tio da comida, ele é maravilhoso! Todos e todas o nosso muito obrigada!” A.G.F (9º andar)

05- 05– Usuário- Ademilson E. C. da Silva – Telefone – (91) 99951-8728

Em: 21/02/2022 “Queremos parabenizar a todos os colaboradores que estiveram conosco nesse período de dificuldade e que eles continuem fazendo o seu trabalho com muito amor e dedicação. As técnicas Marryethe, Dulce, Jully, Inclenice, Huana e a Larissa foram ótimas técnicas, nota 10 para elas. As enfermeiras Lucilene, Suzana e aos demais. As meninas da limpeza também estão de parabéns.” A.E.C.S (9º andar)

06- 06– Usuário- Carlos W. F. da Silva Aguiar – Telefone – (91) 98367-0549

Em: 22/02/2022 “Queremos agradecer a toda equipe, em especial a equipe da enfermeira Lucilene Silva, Juliene, Maria, Vânia, Huana, Inlenice, Dulce, Maria, Brenda. Os maqueiros, a equipe de limpeza, a equipe de alimentação e a todos que formam o hospital Abelardo Santos.” C.W.F.S.A (9º andar)

ELOGIOS PROVENIENTES ALTA HOSPITALAR 9º ANDAR

07- 01 – Usuário- Zelma Matos Correa – Telefone – (91) 99183-4522

Em: 05/02/2022 “Obrigada pela atenção, dedicação e carinho das tec. de enfermagem Larissa e de todas as suas colegas de trabalho. Obrigada as meninas e rapazes da limpeza e da comida. Aos médicos, enfermeiros e maqueiros só temos que agradecer. A todos o meu muito obrigado e que Deus com sua infinita bondade venha abençoar todos.” Z.M.C (9º Andar)

08- 02– Usuário- Lucelia de N. P Barbosa – Telefone – (91) 98823-2681

Em: 09/02/2022 “Eu só tenho que agradecer, o meu muito obrigada por tudo e a todos. Fui muito bem recepcionada e sempre bem tratada por todos. obrigada.” L.N.P.B (9º Andar)

09- 03– Usuário- Denise Gross Rodrigues – Telefone – (91) 98487-7104

Em: 10/02/2022 “Quero elogiar toda a equipe de enfermagem e de limpeza, pelo carinho e paciência. Em especial a técnica Kelma, por todo carinho e cuidado nos dias em que estivemos aqui no hospital.” D.G.R (9º Andar)

10- 04– Usuário- Janilce Santos – Telefone – (91) 98305-7721

Em: 14/02/2022 “O hospital está de parabéns por todo o atendimento que foi fornecido ao paciente e acompanhante. Obrigada!” J.S (9º Andar)

ELOGIOS PROVENIENTES INTERNAÇÃO 8º ANDAR

11- 01 – Usuário- Ivanildo Soares Oliveira – Telefone – (91) 99127-7185

Em: 04/02/2022 “É com muito prazer e satisfação que venho expressar minhas considerações a respeito do tratamento e atendimento aqui no HRAS. Os funcionários que aqui nos receberam, merecem toda a nossa admiração e respeito, pois fazem seus trabalhos com muita dedicação (confesso que nunca tinha sido tratado dessa forma em um hospital público). Quero agradecer de coração todos vocês, da direção ao faxineiro, em especial aqueles que tivemos o prazer de conhecer melhor, são pessoas humildes, de caráter e são bons no que fazem, pois fazem com muito amor e carinho aos pacientes. Essa galerinha nota 10 é: Equipe da cirurgia vascular (médicos), Atila (enfermeiro), Ellen (enfermeira), Ana Rita (limpeza), Ana Lucia (limpeza), Thalia

Silva (tec. enfermagem), Nathalia Moraes (tec. enfermagem), Geiseana (tec. enfermagem), Mari (tec. enfermagem), Marceli (tec. enfermagem), Rita (tec. enfermagem), Suelen Costa (tec. enfermagem), Afonso (copeiro), Silvia Ferreira (tec. enfermagem) e Rosilene Garcia (tec. enfermagem). Peço a vocês que continuem trabalhando dessa forma, sempre felizes e alegres, isso transmite aos pacientes. Que prevaleça a vontade de fazer o bem aqueles que necessitam. Deus abençoe a todos vocês. Um grande abraço!” I.S.O (8º Andar)

12- 02- Usuário- Camila P. Tavares – Telefone – (91) 998401-6217

Em: 18/02/2022 “Boa tarde! Gostaria de elogiar a tec de enfermagem cujo nome é Andreia, do plantão do dia. Pois é uma excelente profissional, atenciosa, cuida muito bem dos seus pacientes. Quem me dera se todos fossem iguais a ela.” C.P.T (8º andar)

13- 03- Usuário- Rosangela – Telefone – (91) 98161-4397

Em: 19/02/2022 “Quero parabenizar as técnicas Andrea Silva, Julia, Rosangela, Carlos (diurno) pela atenção dada a paciente Luísa, todas foram bastante prestativas. A Julia Reis fez uma higienização perfeita na paciente acamada.” R (8º andar)

14- 04- Usuário- Celina Rodrigues da Costa – Telefone – (91) 98626-8537

Em: 21/02/2022 “Parabenizo toda a equipe médica deste hospital, começando pelo atendimento da portaria, equipe da portaria e equipe da UTI, enfermagem, limpeza e a equipe do dr. Matheus, fui bem assistida, agradeço a todos!” C.R.C (8º andar)

15- 05- Usuário- Izaias Alves Santana – Telefone – (91) 98129-4852

Em: 24/02/2022 “Como paciente no tempo que fiquei no Abelardo Santos, fui atendido e observado por excelentes profissionais, quero deixar meu agradecimento a toda equipe. A enfermeira Katiucya por toda tenção e responsabilidade no seu trabalho. Aos técnicos Eduardo, Frank, Jaqueline, Odinete, Waldilnr, Jhulyane. Deixo todo meu carinho e admiração por Suelen. Pessoas pessoas felizes com seu trabalho. Ao Sandro agradeço também. Que Deus abençoe todos e que tenham forças a cada dia para continuar com esse ótimo trabalho.” I.A.S (8º andar)

16- 06- Usuário- Sandra Suely da Silva – Telefone – (91) 98124-0709

Em: 24/02/2022 “A Rafaela é uma pessoa que se dedica para o trabalho, sempre bem humorada, sorrindo, alegre e quando alguém chama ela vem sempre feliz. Ela trata os pacientes com carinho e atenção, uma enfermeira desse tipo é difícil de encontrar, ela é muito dedicada a sua profissão.” S.S.S (8º andar)

17- 07- Usuário- Elzarina Espirito Santo da Silva – Telefone – (91) 98876-0161

Em: 25/02/2022 “Agradecemos aos médicos que cuidaram também da nossa mãe. Dr. (UTI): Heitor Portal, Alessandro, Michel e Leandro Brandão. Leandro (controlador de acesso, portaria 2), enfermeira Katia, dr. Mateus (enfermaria).” E.E.S.S (8º andar)

18- 08- Usuário- Elzarina Espirito Santo da Silva – Telefone – (91) 98876-0161

Em: 25/02/2022 “Sou grata a Deus e grata a todos os médicos, enfermeiros e todos os funcionários, vocês tão de parabéns pelo atendimento. Minha mãe foi muito bem tratada! Agradeço a todos que ajudaram a minha mãe, tanto direto quanto indiretamente. Meu muito obrigado.” E.E.S.S (8º andar)

ELOGIOS PROVENIENTES INTERNAÇÃO 7º ANDAR

19- 01 – Usuário- Maria Luzia Marilu – Telefone – (91) 98913-6134

Em: 07/02/2022 “Ana Paula técnica é uma excelente enfermeira, cuidou muito bem de mim. Todos estão de parabéns!” M.L.M (7º andar)

20- 02- Usuário- Maria Luzia Marilu – Telefone – (91) 98913-6134

Em: 07/02/2022 “Poliana Carneiro pelo atendimento. Danielle Ferreira cuidou muito bem de mim.” M.L.M (7º andar)

21- 03- Usuário- Alice Sousa Feitosa – Telefone – (94) 99293-9472

Em: 09/02/2022 “Solange (sol) uma excelente enfermeira, um amor e muito cuidadosa.” A.S.F (7º andar)

22- 04- Usuário- Maria Eliete M. dos Santos – Telefone – (91) 99163-0623

Em: 10/02/2022 “Os profissionais foram muito maravilhosos e muito bom no meu atendimento, só tenho a agradecer. Laudyane, enf. Rafael e Marines o meu muito obrigado por tudo.” M.E.M.S (7º andar)

23- 05- Usuário- Joaquim Simão dos Reis – Telefone – (91) 99162-6018

Em: 01/02/2022 “Eu agradeço muito pelo o que vocês fazem pelo meu pai, pela atenção dos médicos e dos enfermeiros. Agradeço por vocês saírem todos os dias das casas de vocês para cuidar de nós no meio dessa pandemia. Vocês que são os verdadeiros heróis.” J. S.R (7º andar)

24- 06- Usuário- Brenda Rochelle Souza e Silva – Telefone – (91) 98369-2912

Em: 01/02/2022 “Vocês continuem o mesmo tratamento, que vocês não mudem muito. Obrigada por tudo!” B.R.S.S (7º andar)

25- 07- Usuário- Waldeneida da Costa Melo – Telefone – (91) 99822-6515

Em: 17/02/2022 “Meu muito obrigada: Paula, Laudyane, tec. Ana Braga, tec. Ray, nutri, ao dr. Eric Paschoal e toda a sua equipe, fui muito bem acolhida em um momento difícil de minha vida por todos que aqui trabalham. E meu muito obrigada a enfermeira Tatiana Macedo, por toda atenção. Lanche, Weverton, muito gentil, obrigada! Seu sorriso me deixava feliz.” W.C.M (7º andar)

26- 08- Usuário- Elenilde Ferreira da Silva – Telefone – (91) 99140-8973

Em: 17/02/2022 “Dr. Bruna um amor de pessoa, carinhosa, dedicada e se preocupa com o bem estar do paciente. Enfermeiras Marines, Ana Paula e Solange, vocês são ótimas e carismáticas, continuem assim.” E.F.S (7º andar)

27- 09- Usuário- Rosineia Couto Borges – Telefone – (91) 98433-1302

Em: 17/02/2022 “Dr. Erik, dra. Bruna e a todos os enfermeiros e enfermeiras, quero lhes agradecer pelos cuidados prestados durante todo esse tempo. O seu profissionalismo e a sua compaixão salvaram minha vida. Não encontro palavras para expressar a minha gratidão que sinto pelo o que fez por mim. Graças a vocês tive os melhores cuidados e me recuperei rapidamente. Vou viver muitos anos, mas cada ano que passe eu sentirei gratidão pelo o que vocês fizeram por mim. Que Deus abençoe sempre vocês.” R.C.B (7º andar)

28- 10- Usuário- Waldeneida da Costa Melo – Telefone – (91) 99822-6515

Em: 17/02/2022 “Quando cheguei aqui estava cheia de medos, mas tinha certeza que Deus tinha colocado uma pessoa muito humana na minha vida, dr. Eric Paschoal, e ele, Deus, não satisfeito mandou para perto de mim pessoas maravilhosas que me fizeram muito bem, que cuidaram do meu corpo, me deram suas atenções e foram capazes de me deixarem tranquila. A todos vocês meu muito obrigado, porque somos só humanos e seu conhecimento salva vidas. Como é bom ter vocês.” W.C.M (7º andar)

29- 11- Usuário- Cristina Lima – Telefone – (94) 99154-9293

Em: 12/02/2022 “Tec. de enfermagem Laudyane, Francisca e a Ana (Aninha) são muito atenciosas e trabalham com amor e o enfermeiro Rafael também.” C.L (7º andar)

30- 12- Usuário- Rosângela – Telefone – (91) 98090-2343

Em: 17/02/2022 “A higienizações feitas pelas profissionais Marines Melo e Francisca (do ímpar), na hora do banho da paciente me deixou impressionada, é muito humanizado. Parabéns!” R (7º andar)

31- 13- Usuário- Elenilde Ferreira da Silva – Telefone – (91) 99140-8973

Em: 18/02/2022 “Aos médicos dr. José e dra. Bruna, muito obrigada! Vocês foram excelentes e muito cuidadosos comigo. Gratidão as enfermeiras Marines, Laudiane e Ana Paula. Minha mãe foi bem cuidada, gratidão! Vocês são ótimas, que Deus abençoe vocês.” E.F.S (7º andar)

32- 14- Usuário- Josefa de Oliveira Sousa – Telefone – (91) 99174-3362

Em: 22/02/2022 “Eu como paciente ao chegar neste hospital eu fui muito bem recebida, eu tive um tratamento de primeira. Meus agradecimentos ao Ray e os outros que não lembrei o nome. Agradeço de coração tudo que fizeram por mim. Os médicos, as enfermeiras (e me desculpem por pedir para ir embora muitas vezes), obrigada por tudo!” J.O.S (7º andar)

33- 15- Usuário- Josefa de Oliveira Sousa – Telefone – (91) 99174-3362

Em: 23/02/2022 “O enfermeiro Rafael me deu um suporte muito importante que foi a sua alegria e a forma de tratar os pacientes. Agradeço a todos e todas, não mudem a forma de receber os pacientes, isso é importante e traz segurança para todos que passam por aqui. Aqui deixo o meu muito obrigado.” J.P.S (7º andar)

34- 16- Usuário- José Pereira das Chagas – Telefone – (91) 99981-3052

Em: 24/02/2022 “Enfermeiro Rafael e todos os profissionais deste hospital estão de parabéns! Que Deus abençoe todos vocês e suas famílias. Continuem assim.” J.P.C (7º andar)

35- 17- Usuário- Anderson Carlos S. Pinheiro – Telefone – (91) 99260-3237

Em: 24/02/2022 “Quero elogiar a equipe do enfermeiro Rafael. Tec. Marines, tec. Ana Claudia, Daniele, Silvio (copa), Raimundo, Milene, João. Muito obrigado por tudo, fui muito bem tratado.” A.C.S.P (7º andar)

36- 18- Usuário- Anderson Carlos S. Pinheiro – Telefone – (91) 99260-3227

Em: 24/02/2022 “Quero agradecer a toda equipe do doutor Eric Homero Albuquerque. Equipe de endo-vascular por sua tenção, compromisso, respeito e todo o seu esforço. E o enfermeiro Rafael, muito obrigado!” A.C.S.P (7º andar)

ELOGIOS PROVENIENTES INTERNAÇÃO 6º ANDAR

37- 01 – Usuário- Krivian Maria Martins Meireles – Telefone – (91) 98105-6565

Em: 01/02/2022 “Quero agradecer a Deus em primeiro lugar e depois as tec. de enfermagem Camila, Liliane, Lidiane, Silvia e Andreza. Enfermeira Karoline e psicóloga Aline. São ótimas em atendimento. Todas estão de parabéns.” K.M.M.M (6º andar)

38- 02- Usuário- Kezi Cristina C. dos Santos – Telefone – (91) 98626-4852

Em: 01/02/2022 “Eu gostei do atendimento, fui atendida super rápido, estiveram sempre do meu lado e eu gostei muito! Muito melhor do que a Santa Casa, os médicos sempre presentes e as enfermeiras também.” K.C.C.S (6º andar)

ELOGIOS PROVENIENTES ALTA HOSPITALAR 6º ANDAR

39- 01 – Usuário- Joseane Meireles dos Santos – Telefone – (91) 98517-2254

Em: 01/02/2022 “Gostaria de agradecer a todos os funcionários que nos atenderam com muita atenção e carinho. Quero parabenizar as tec. enfermagem Camila, Liliane, Lidiane, Silva, Andreza e a enfermeira Karoline. Psicóloga Aline. Vocês têm todo o meu carinho e meus parabéns.” J.M.S (6º Andar)

40- 02– Usuário- Cleiciane Borges dos Santos – Telefone – (91) 98903-5370

Em: 07/02/2022 “Foi muito bem atendida, gostei muito e vou sim indicar para outras pessoas. Como sou de salinas, ótimo tudo bom! Não tenho nada a reclamar foi muito bem atendida pelos profissionais e todos principalmente pela equipe do enfermeiro Augusto. Só tenho a agradecer a todos pela dedicação, obrigada!” C.B.S (6º Andar)

41- 03– Usuário- Leticia Oliveira Pantoja – Telefone – (91) 99220-1939

Em: 09/02/2022 “As tec. são ótimas, muito atenciosas. Silvia Gomes e Andreza, enfermeiras ótimas!” L.O.P (6º Andar)

42- 04– Usuário- Milena de Oliveira Barros – Telefone – (91) 99326-1580

Em: 16/02/2022 “Eu, Milena elogio Dona Darci, uma grande profissional da saúde e amiga das pacientes.” M.O.B (6º Andar)

43- 05– Usuário- Suellen Macedo de Souza – Telefone – (91) 98423-6270

Em: 16/02/2022 “Parabéns a todas as equipes de trabalho do 6º andar em que me encontrei hospitalizada durante 48 horas. Que Deus abençoe a todos para que continuem desenvolvendo um serviço de qualidade.” S.M.S (6º Andar)

44- 06– Usuário- Eduardo Grande Farias – Telefone – (91) 98459-5320

Em: 18/02/2022 “Agradeço a Deus e a direção desse hospital e todos os profissionais dedicados. Estão cuidando muito bem.” E.G.F (6º Andar)

45- 07– Usuário- Yasmin Piedade Santana – Telefone – (91) 99943-1520

Em: 18/02/2022 “Eu quero agradecer toda equipe desde a entrada e até a alta da minha filha Yasmin, fomos muito bem tratados. Estão todos de parabéns, os funcionários são bem educados, são excelentes profissionais, já passei por vários hospitais, mas nenhum igual a esse. Muito

obrigado pelo atendimento com todos nós, que Deus abençoe grandemente cada um de vocês e que guarde vocês de todo mal.” Y.P.S (6º Andar)

46- 08– Usuário- Derinalva Ferreira de Sousa – Telefone – (91) 98874-3853

Em: 20/02/2022 “A tec. Darcy é uma excelente profissional, sem palavras para agradecer a atenção, carinho e respeito que ela teve ao me assistir durante o plantão dela. Só tenho a agradecer a técnica Darcy.” D.F.S (6º Andar)

47- 09– Usuário- Matheus da Silva – Telefone – (91) 98527-4665

Em: 23/02/2022 “Chegamos aqui no dia 23/02/2022, tivemos todo cuidado, minha esposa e filho tiveram um tratamento VIP.” M.S (6º andar)

48- 10– Usuário- Dielma Chaves Barbosa – Telefone – (91) 99162-2139

Em: 25/02/2022 “Excelente atendimento, tanto do médico como dos demais funcionários. Venho por esta deixar meu agradecimento a toda equipe dessa casa pelo acolhimento e bons tratos recebidos.” D.C.B (6º andar)

49- 11– Usuário- Jessica da Costa Sousa – Telefone – (91) 9

Em: 28/02/2022 “Gostei muito da humanidade da enfermeira Darcy, uma ótima enfermeira, sabe lidar com as situações que surgem durante o seu plantão. Cuidou muito bem da minha filha. Ela está de parabéns, fico muito feliz que ela existe. E aonde ela ficar ela faz a diferença. Parabéns enfermeira Darcy, que Deus lhe abençoe.” J.C.S (6º Andar)

ELOGIOS PROVENIENTES INTERNAÇÃO 5º ANDAR

50- 01 – Usuário- Evelyn da Gama Araújo – Telefone – (91) 98569-4940

Em: 16/02/2022 “Bom, eu só tenho a agradecer a toda equipe da pediatria por todo carinho que tiveram com a Clara e comigo. Mas em especial quero agradecer a dra. Rejane por todo o esforço e amor em nós ajudar, queria muito poder lhe agradecer, saímos daqui com um carinho e admiração enorme por você. Quero agradecer também aos enfermeiros Bruna, Thiago e Suelen por todo esforço e atenção, que não mediram esforços, mas em especial a Suelen por ser essa pessoa meiga que demonstra tanto amor pela profissão. A todos os técnicos de enfermagem aprendi a ter carinho por todos, mas em especial a Jaque que proporciona não só cuidado, mas diversão para Clara, era uma alegria todos os dias que ela estava aqui e a tec. Maria também, obrigada pelo carinho! E a todos da limpeza, aprendi amar vocês! Vou ser eternamente grata.” E.G.A (5º andar)

51- 02– Usuário- Susany Rodrigues – Telefone – (91) 98708-6716

Em: 17/02/2022 “Gostaria muito de agradecer o bom atendimento que eu e meu filho, que era o paciente, tivemos. Em especial as enfes Paula, Regiana e Gisele, juntamente com as suas técnicas: Janaina, Sandra, Manuela, Safira, Camila e Dalva. Tivemos uma ótima assistência pelas fisioterapeutas Cecilia e Alba. O cirurgião Luiz, a medica Ana. Enfim, muito obrigada por tudo, não espero voltar para cá tão cedo, mas se isso acontecer sei que serei bem assistida.” S.R (5º andar)

52- 03- Usuário- Gleice Soares Ribeiro – Telefone – (91) 98182-0429

Em: 21/02/2022 “Agradeço a todos os profissionais de saúde desse hospital, sempre me trataram com muito carinho dedicação e respeito, agradeço o carinho das fisioterapeutas Cecilia e Alba, foram muito atenciosas com meu filho. Agradeço a todos de coração, que continue assim, com esses corações enormes. Obrigada por tudo! Não tenho nem palavras para agradecer.” G. S.R (5º andar)

53- 04- Usuário- Theo Lorenzo Dias Passos – Telefone – (91) 99185-7738

Em: 23/02/2022 “Quero deixar meus parabéns para a dra. que é mãe da dra. Salime, pois ela tomou as providencias adequadas, dentro das condições sindrômica do meu filho. Quero também parabenizar o dr. Alana que foi bem atencioso e prestativo em resolver o problema de todos os pacientes que estavam no dia 12/01/2022.” T.L.D.P (5º andar)

ELOGIOS PROVENIENTES ALTA HOSPITALAR 5º ANDAR

54- 01 – Usuário- Emanuele Rabelo da Silva – Telefone – (91) 98058-1067

Em: 05/02/2022 “Quero agradecer ao carinho enorme de todas as técnicas, sem exceção! Todos bem profissionais. Aos cirurgiões que fizeram um ótimo trabalho e me passaram muita confiança. Os enfermeiros estão de parabéns, são bem prestativos e aos pediatras especialmente a doutora Viviam, muito obrigada. As fisioterapeutas, obrigada por toda paciência, carinho e atenção. São todas prestativas e bem eficientes. Obrigada tia Alba e tia Cecilia.” E.R.S (5º Andar)

55- 02- Usuário- Maria de Fatima F. L. Vasconcelos – Telefone – (91) 98228-2052

Em: 22/02/2022 “Enfermeira Paula Aragão e sua equipe, Gerrema Guerreiro, Camila Saldanha, Terezinha, Roberta e Dalva foram anjos que sempre foram solícitos. Trabalham por amor, só gratidão a toda essa equipe.” M.F.F.L.V (5º Andar)

56- 03- Usuário- Theo Lorenzo Dias Passos – Telefone – (91) 99185-7739

Em: 23/02/2022 “Quero parabenizar a dra. Salime que se interessou pelo caso do Theo e o dr. Bryan. Quero parabenizar a tec. de enfermagem lá da sala de observação, a Jessica Andrade Macedo Simões, pois a mesma tratou o Theo com dignidade, carinho e respeito pela condição

dele. Parabenizo o dr. Patrick pela eficiência na avaliação pós-operatório no momento da alta hospitalar. Parabenizo as tec de enfermagem e enfermeiros da clínica cirúrgica pediátrica.” T.L.D.P (5º Andar)

57- 04– Usuário- Dinailce Oliveira do Carmo – Telefone – (91) 99130-4659

Em: 24/02/2022 “Gratidão a Deus e ao atendimento desde ao porteiro, até a equipe de cirurgia. Todos de excelência, a todos o meu muito obrigado.” D.O.C (6º andar)

58- 05– Usuário- Maria do S. P. do Nascimento – Telefone – (91) 99230-8176

Em: 26/02/2022 “Agradeço as enfermeiras Jurema Guerreiro, Vanessa e Gisele, obrigada por tudo.” M.S.P.N (5º andar)

59- 06– Usuário- Moany Cristina de Souza – Telefone – (91) 98467-3689

Em: 26/02/2022 “Muito obrigada por tudo, que Deus abençoe sempre.” M.C.S (5º andar)

60- 07– Usuário- Aurea Denise da Costa Araújo – Telefone – (91) 98978-5198

Em: 26/02/2022 “Gostei do atendimento das enfermeiras, foram super atenciosas.” A.D.C.A (5º andar)

ELOGIOS PROVENIENTES INTERNAÇÃO 4º ANDAR

61- 01 – Usuário- David T. Silva – Telefone – (91) 98446-6078

Em: 26/02/2022 “Plantão neonatal lado ímpar, plantão do dia 25/02/2022-26/02/2022, toda equipe tá de parabéns pelo trabalho e por amor a profissão. A tec. Rafaela é um exemplo de profissional, parabéns moça! Por mais pessoas como você.” D.T.S (4º andar)

62- 02– Usuário- David T. Silva – Telefone – (91) 98446-6078

Em: 26/02/2022 “Parabéns a doutora do plantão 26/02/2022 (neonatal 2). E a enfermeira Rafaela, muito prestativa.” D.T.S (4º andar)

ELOGIOS PROVENIENTES INTERNAÇÃO PPP

63- 01 – Usuário- Amanda Gonçalves – Telefone – (91) 99631-9069

Em: 03/02/2022 “Quero agradecer a enfermeira Mariana Pinheiro e a técnica de enfermagem Laura Diniz. São uns anjos usadas por Deus.” A.G (PPP)

64- 02– Usuário- Luziete Dos Santos Fernandes – Telefone – (91) 98545-7025

Em: 09/02/2022 “Amanda Silva, Mariana Pinheiro e tec de enfermagem Laura Diniz, ótimas profissionais!” L.S.F (PPP)

65- 03– Usuário- Josiane Reis – Telefone – (91) 99940-1954

Em: 19/02/2022 “Gostei bastante do atendimento, todos os funcionários, sem exceção nenhuma, são muito prestativos.” J.R (PPP)

66- 04- Usuário- Agatha Cristhie Lima da Costa – Telefone – (91) 99296-4206

Em: 23/02/2022 “As enfermeiras são ótimas, me trataram muito bem. Tec. Laura Cristina foi ótima.” A.C.L.C (PPP)

67- 05- Usuário- Daniel Carvalho – Telefone – (91) 98258-0686

Em: 26/02/2022 “Ótimos profissionais, fui muito bem informada. A equipe médica é 1000. Adorei e muito obrigado por trazer felicidade para a minha vida e para minha família.” D.C (PPP)

ELOGIOS PROVENIENTES AMBULATÓRIO

68- 01 – Usuário- Rosicleia Trajano Maia – Telefone – (91) 98206-8386

Em: 16/02/2022 “Muito bem atendido! Dra. Ana Carla (mastologista) amável, muito atenciosa com seus pacientes.” R.T.M (Ambulatório)

69- 02- Usuário- Andresa Conceição de Sousa – Telefone – (91) 98119-8130

Em: 18/02/2022 “É uma boa médica, atenciosa e gentil (Isadora Moura).” A.C.S (Ambulatório)

70- 03- Usuário- Amanda D. C. de Sousa – Telefone – (91) 98830-0444

Em: 18/02/2022 “É uma ótima médica, atenciosa e gentil. Ela exerce a verdadeira medicina humanizada! O funcionário Michel é digno dos melhores elogios. Ele é prestativo, atencioso e super gentil.” A.D.C.S (Ambulatório)

71- 04- Usuário- Emily Cristina Ramires Sousa – Telefone – (91) 98572-1220

Em: 23/02/2022 “Ótima médica, atenciosa, cuidadosa e muito inteligente. Enfim, uma profissional maravilhosa. O hospital está bem conceituado tendo esta profissional na gama de seus médicos. Deus abençoe sempre esta médica (Aline S. Rodrigues).” E.C.R.S (Ambulatório)

72- 05- Usuário- Monique Costa – Telefone – (91) 9

Em: 17/02/2022 “Quero pontuar o excelente atendimento. Meu muito obrigado a Dra. Waleria Placido, esclareceu todas as minhas dúvidas.” M.C (PSGO)

ELOGIOS PROVENIENTES SADT

73- 01 – Usuário- Zezinho dos Santos Gonzaga – Telefone – (91) 99610-0242

Em: 01/02/2022 “Os banheiros estão ótimos, bem limpos! O atendimento até aqui muito bom, recepção boa e bem sinalizado os blocos de atendimento.” Z.S.G (SADT)

74- 02 – Usuário- Ana Rosa Matos – Telefone – (91) 98565-7769

Em: 02/02/2022 “Gostei do atendimento em relação aos esclarecimentos das minhas dúvidas, os funcionários a quem eu questionei responderam com educação e me deram o direcionamento de forma clara.” A.R.M (SADT)

75- 03 – Usuário- Dayane Garcia Lima – Telefone – (91) 98281-5100

Em: 14/02/2022 “Ótimo, gostei e muito do lanchinho de manhã, tem muitas pessoas que vem sem lanchar. Perfeito acolhimento.” D.G.L (SADT)

76- 04 – Usuário- Katia Cristina S. Mendonça – Telefone – (91) 98574-0975

Em: 15/02/2022 “Bom! Quando eu penso no hospital, ele depois da reforma ficou bem melhor, os funcionários recebem bem os pacientes e visitantes. Achei ótimo.” K.C.S.M (SADT)

77- 05– Usuário- Maria Lucia Silva – Telefone – (91) 98516-1777

Em: 15/02/2022 “Esse hospital é muito importante para nossa população, aonde tem muitas pessoas carentes que precisam de saúde, pessoas que não tem como pagar um plano de saúde.” M.L.S (SADT)

78- 06– Usuário- Rita de C. Vilhena dos Santos – Telefone – (91) 98402-6940

Em: 25/02/2022 “O hospital e bem organizado, o atendimento foi bom com os recepcionistas, atendentes. Espaço físicos bastante confortável e aconchegante, com assentos para todas as pessoas. Água para tomar. Prédio bem sinalizado, com fácil acesso.” R.C.V.S (SADT)

ELOGIOS PROVENIENTES PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO.

79- 01 – Usuário- Rosilene dos Santos – Telefone – (91) 99160-1858

Em: 05/02/2022 “Parabéns ao hospital por todos os atendimentos. Parabéns pelos funcionários Abner (enfermeiro), Renata (assistente social), Aline (psicóloga), Marcia (recepcionista) e aos copeiros. Tratamento humanizado faz a diferença.” R.S (PSGO)

ELOGIOS PROVENIENTES PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO.

80- 01 – Usuário- Carla Suellen Dias Oliveira – Telefone – (91) 98397-6639

Em: 06/02/2022 “Gostaria de agradecer de coração pela funcionária Monique do bloco da urgência de criança pelo acolhimento e pela ajuda que me deu durante meu atendimento com meu filho. É de pessoas assim que precisamos.” C.S.D.O (PSP)

81- 02– Usuário- Deusirene Pamplona – Telefone – (91) 98186-3335

Em: 10/02/2022 “Só tenho que agradecer a todos que trabalham e atenderam a minha pequena netinha, Safira Manoella de 1 ano e 8 meses.” D.P (PSP)

ELOGIOS PROVENIENTES E-MAIL

82- 01 – Usuário- Rosana Brito – E-mail – robrito2003@yahoo.com.br

Em: 18/02/2022 “Gostaria de agradecer o dr. Eric Paschoal, o tec. em enfermagem Raimundo Oliveira e toda sua equipe pelo profissionalismo e humanidade durante a semana em que minha mãe esteve neste hospital. Deixo aqui meus sinceros agradecimentos a todos.” R.B (E-mail)

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

CAIXA DE SUGESTÃO DO SAU

O SAU possui um total de 25 caixas distribuídas em todo o hospital, para que o usuário de forma voluntária avalie o atendimento recebido.

FOTO:

1- Caixa de sugestão localizada na recepção central (Bloco D):



MURAL DO SAU

Foi instalado em diversos setores do hospital o “Mural do SAU”, onde mensalmente são divulgados os elogios registrados pelos nossos usuários.

FOTO:

1- Mural localizado na recepção central (Bloco D):



REGISTRO DOS ELOGIOS ENTREGUE NO MÊS DE FEVEREIRO AOS NOSSOS COLABORADORES

O SAU mensalmente entrega a todos aos colaboradores os elogios recebidos referente a seus atendimentos.

FOTO:

1- Entrega dos elogios nos setores de atendimento:





ATENDIMENTO DO POSSO AJUDAR

Diariamente dispomos três colaboradores do SAU que atuam como posso ajudar nos setores de atendimentos do HRAS, setores este como:

- Entrada do hospital (P1), acolhendo, triando e direcionando aos setores de atendimento, setor AMULATÓRIO, SADT e agendamento.

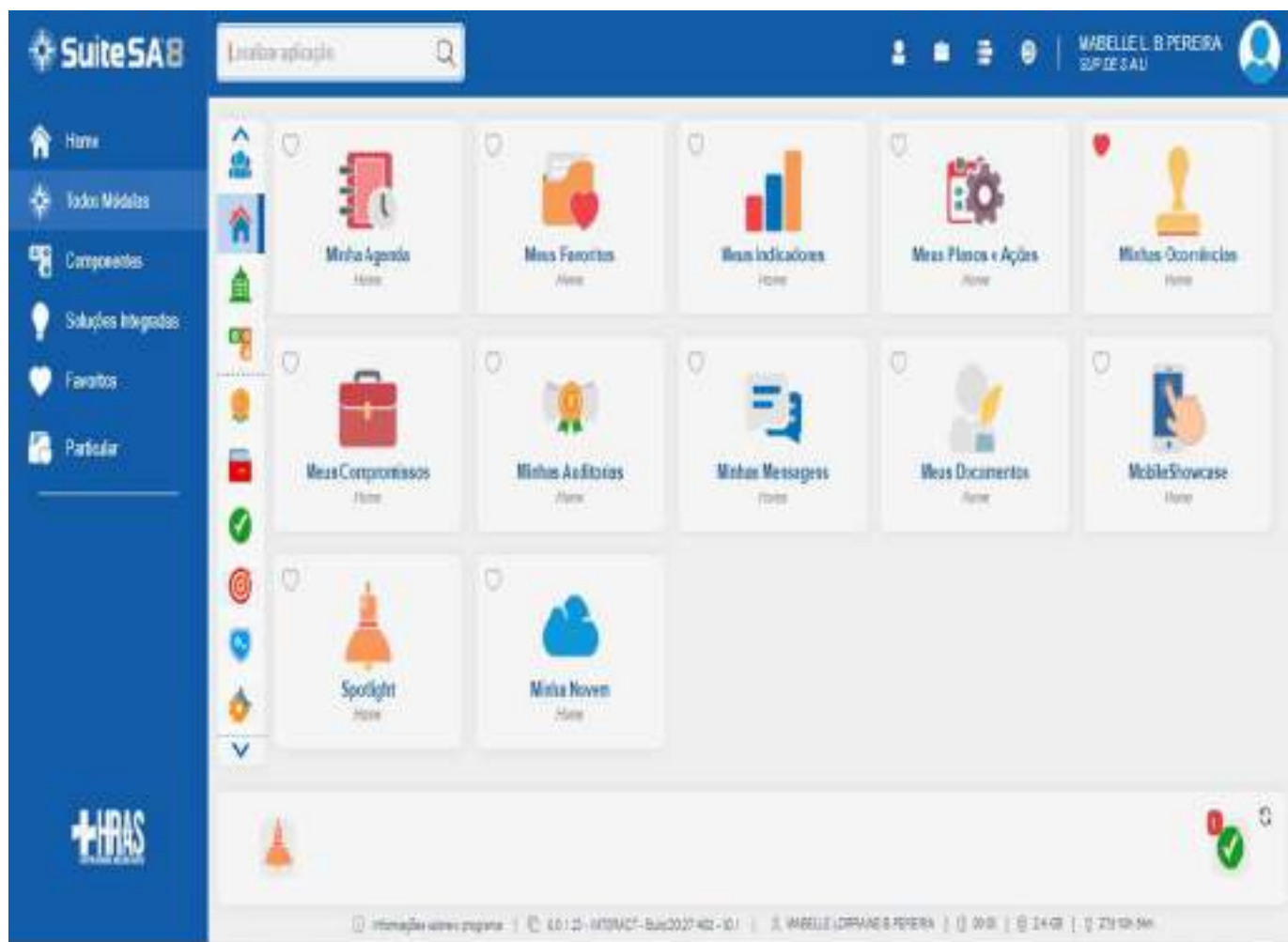
FOTO:



IMPLANTAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DO SAU NO SISTEMA INTERACT

Todas as manifestações recebidas no SAU a partir de março serão notificadas no sistema Interact. A notificação será aceita pelo gestor da área e tratada no prazo em até 48h. A diretoria que estará subordinada irá dar ciência na resposta do setor competente (plano de ação) e posteriormente dado o retorno ao usuário, no prazo em até 72h.

FOTO: Sistema Interact.



Ocorrências
RESPOSTA DO SETOR COMPETENTE (SAU)

Informação Geral

Autor:
 Departamento/Setor: /

Data:

Conteúdo:

Descrição:

Notificação:
 Nome:
 E-mail:

Ocorrências
RESPOSTA DO SETOR COMPETENTE (SAU)

Classificação

CADASTRADO:

Origem da notificação:

Setores envolvidos na notificação:

Tipo de declaração:

Nome do usuário:

Idade:

Data de nascimento:

Nº de fronteira:

Sexo:

Letra:

Selo:

Dados do informante:

Assinatura do informante:

Endereço:

Responsáveis

Responsável - Aceitar a ocorrência: **MABELLE LORRAINE B. PEREIRA**

Responsável - Analisar a ocorrência:

Responsável - Agendar a ocorrência: **Coordenador DIRETORIA**

Responsável - Executar a ocorrência:

Responsável - Verificar a ocorrência: **MABELLE LORRAINE B. PEREIRA**

Finalizar e avançar **Salvar e fechar** **Cancelar**

Foto: Modelo de notificação feita.

SA Strategic Adviser | **HRAS**
HOSPITAL REGIONAL ABELARDO SANTOS

Organização: Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (Instituto Social Mais Saúde) Data: 09/03/2022
Página: 1

Insatisfação com o atendimento da enfermagem noturno
(Utilizado por)

Informações gerais

Serial:	RSC-001
Departamento/Setor:	SAU / SAU
Categoria:	NOTIFICAÇÕES
Tipo:	RESPOSTA DO SETOR COMPETENTE (SAU)
Responsável:	MABELLE LORRAINE B. PEREIRA
Situação:	Nova
Notificações:	MABELLE LORRAINE B. PEREIRA -
Anexos:	0

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTO DIÁRIO DO SAU

FEVEREIRO/2022

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

RELATÓRIOS E GRÁFICOS DA TABULAÇÃO DE DADOS FEVEREIRO/2022

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

ATIVIDADES DE HUMANIZAÇÃO**GTH – GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO/HRAS**

O Grupo de Trabalho em Humanização do Hospital Abelardo Santos foi constituído a partir da indicação da Diretoria Executiva, apontando colaboradores das diferentes áreas do Hospital, priorizando assim o caráter interdisciplinar e de transversalidade próprios desta Comissão. Após sua constituição foi realizada a primeira reunião na qual foi feita a eleição do grupo gestor do GTH e o estabelecimento do cronograma de reuniões e agenda de trabalho. Em dezembro de 2021 o grupo passou a ter uma nova Presidente/Supervisão, mudando o sistema de abordagem aos usuários e colaboradores, promovendo ações in loco, com o intuito de agregar todos. Importante ressaltar que o Instituto Mais Saúde, através do HRAS, já desenvolve ações de Humanização, fundamentado na Política Nacional de Humaniza de 2003. E vem promovendo diversas atividades ligadas à prevenção da saúde, envolvendo colaboradores, comunidade e usuários através de palestras, campanhas informativas e preventivas, realização de exames e ações sociais e dentre outras.

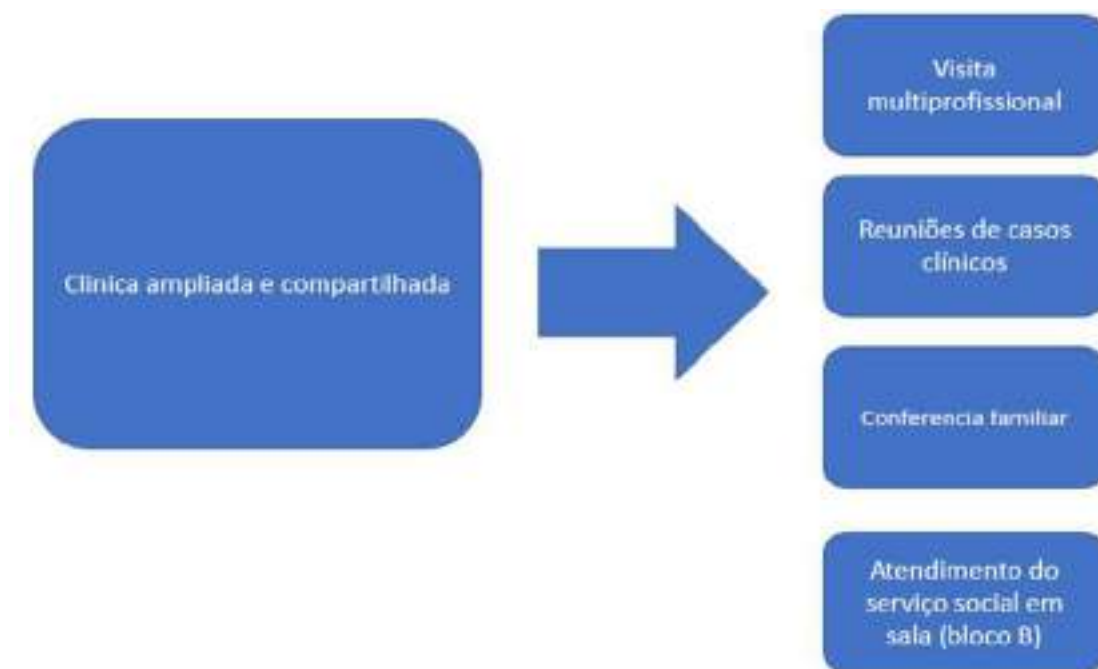
A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, em busca de coerência com os princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente, envolvendo não só o governo federal, mas as instâncias estaduais e municipais. Para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

A Política Nacional de Humanização e o que norteia todas as atividades desenvolvidas no Hospital Abelardo Santos, atuando a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho.

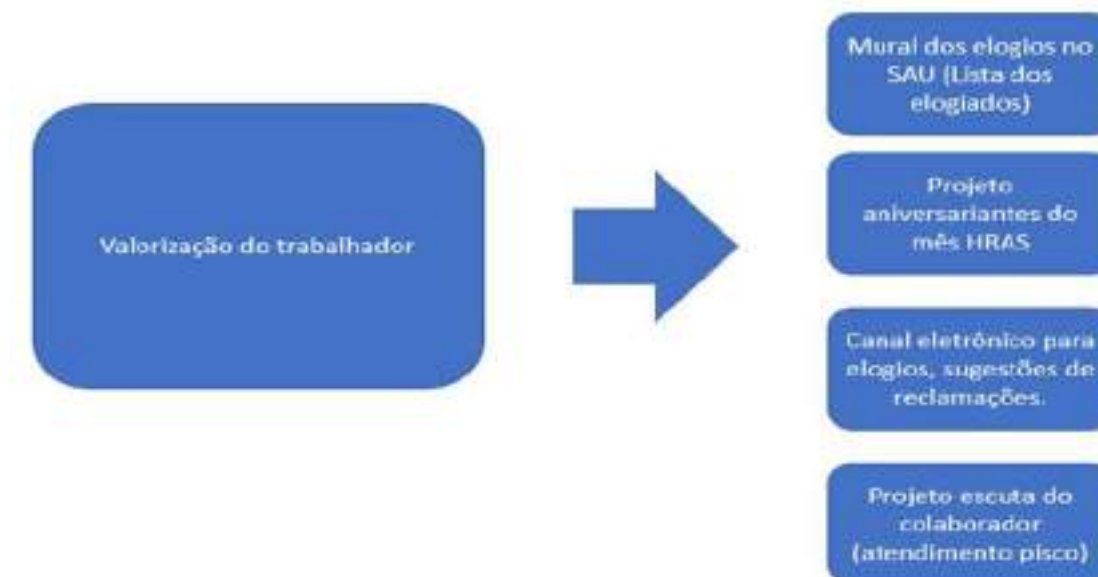
As ações desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização da Unidade, se baseiam de acordo com as diretrizes descritas na PNH de 2003, sendo elas; Acolhimento; Gestão Participativa e Cogestão; Ambiência; Clínica Ampliada e Compartilhada; Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários.

Segue algumas ações/projetos que realizamos no HRAS:

1- Clínica ampliada e compartilhada:



2- Valorização do colaborador:



3- Ambiência:



4- Gestão participativa e cogestão:



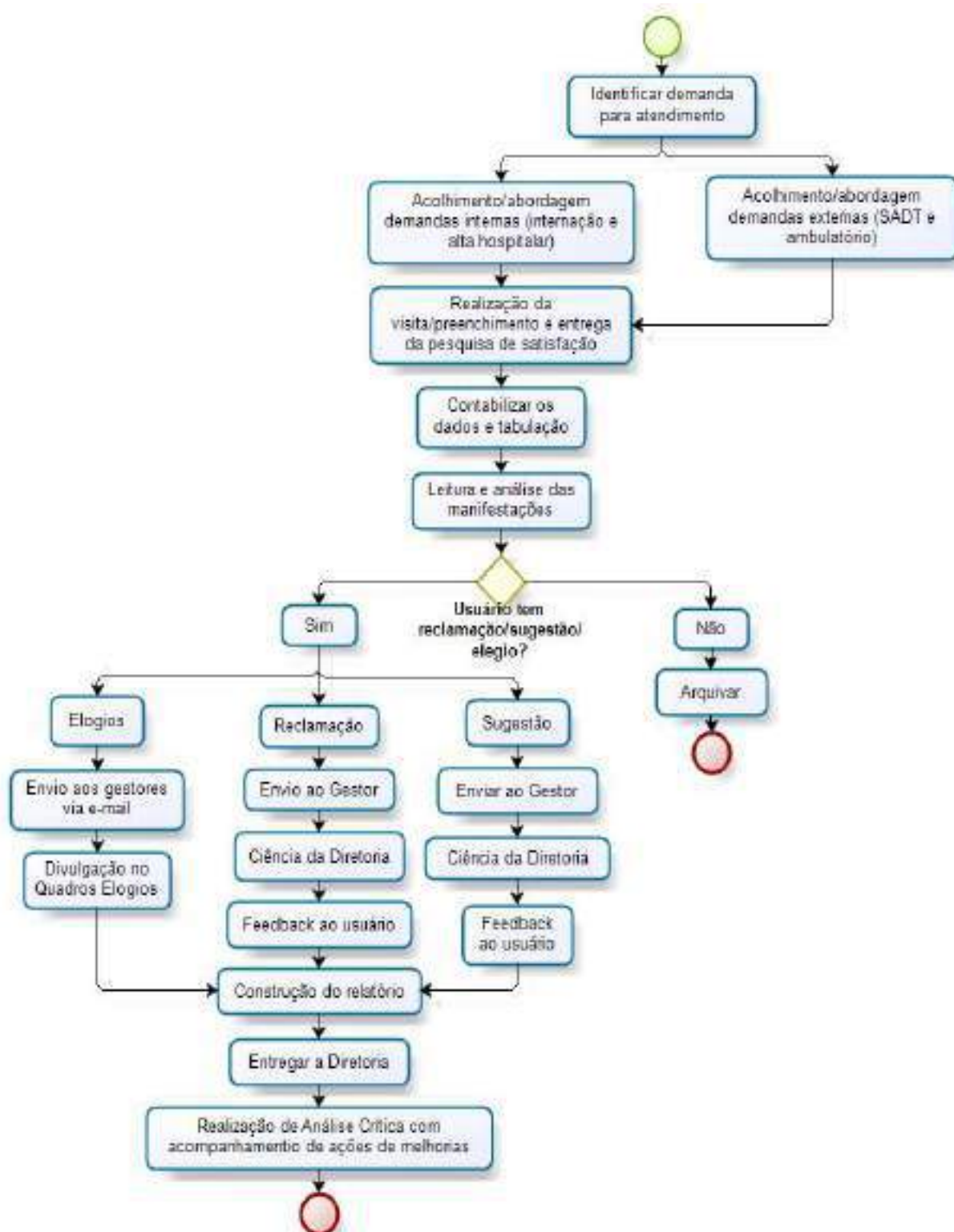
5- Defesa dos direitos dos usuários:

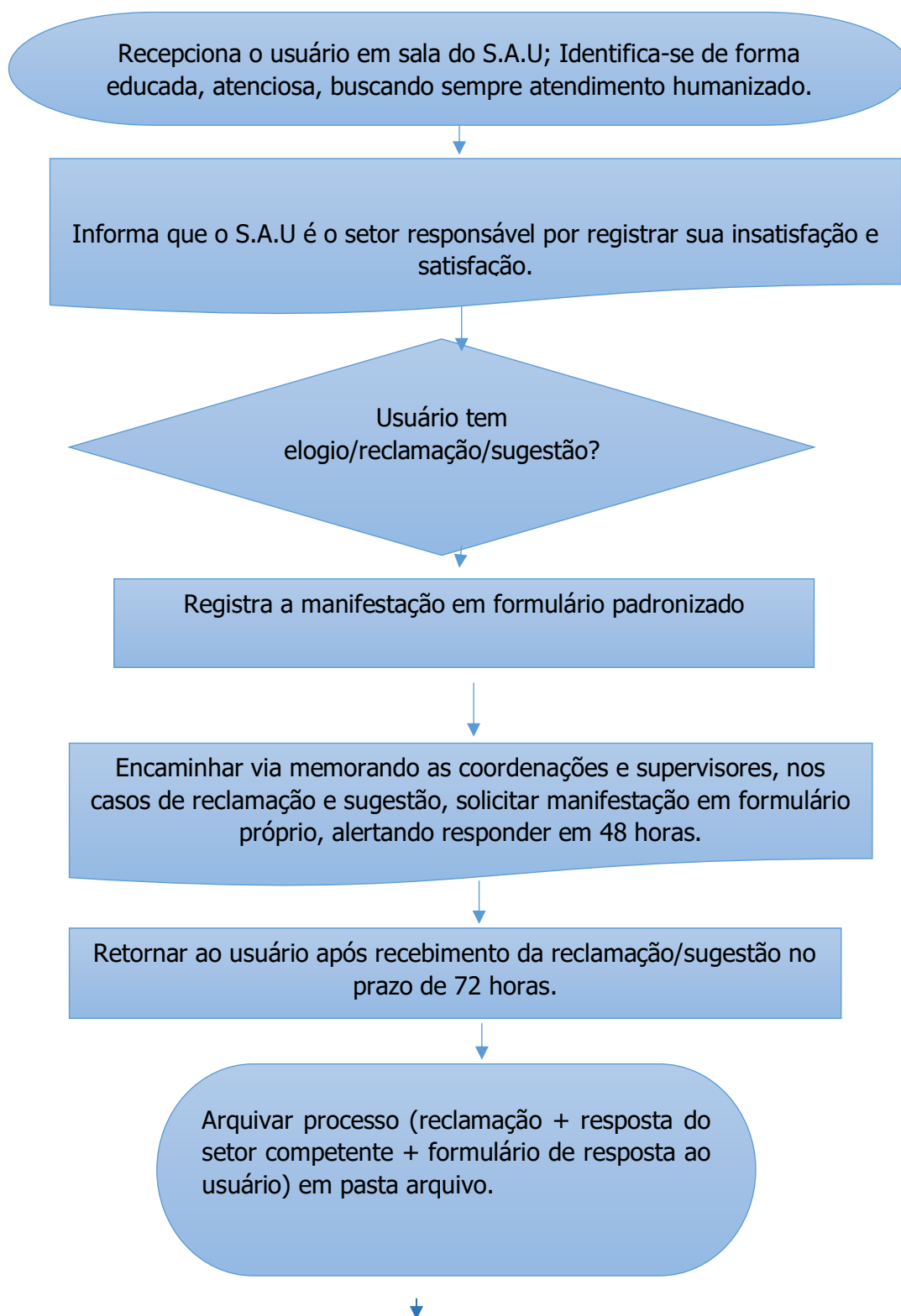


6- Acolhimento:



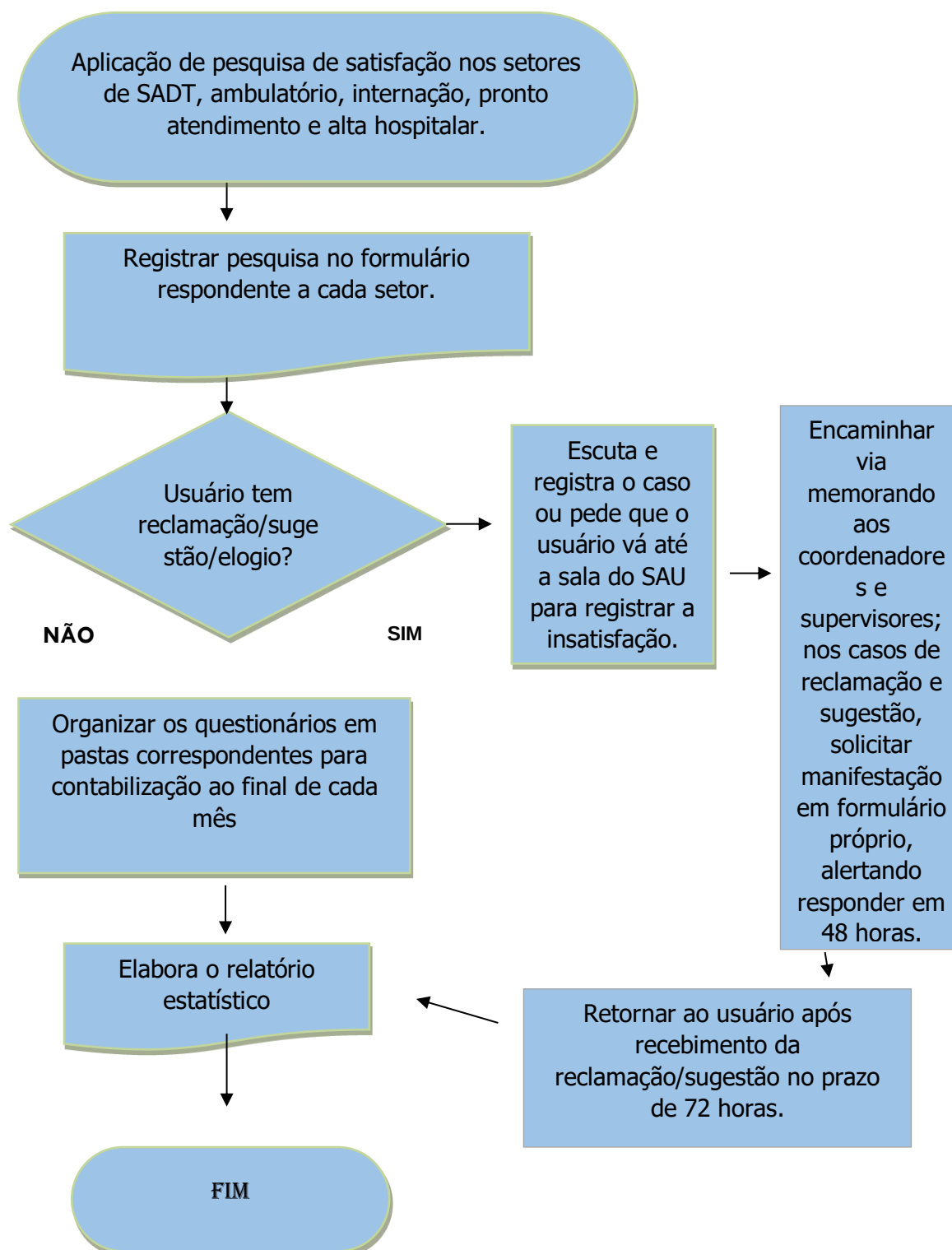
Anexo 01: Mapa de Processo



Anexo 02: Fluxograma de Atendimento em Sala. (Registro de Reclamação e Sugestão)ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

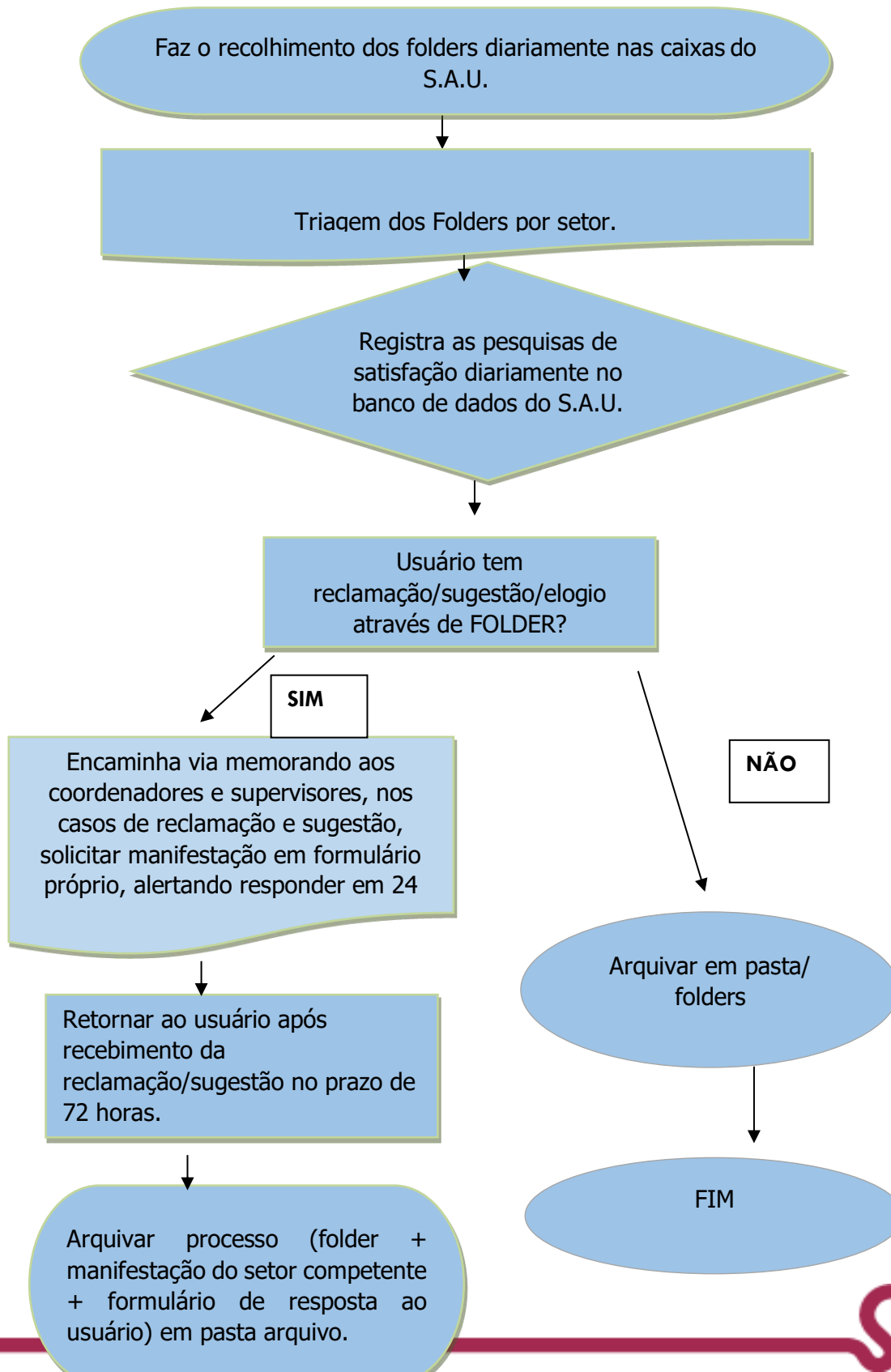
FIM

Anexo 03: Fluxograma da Pesquisa de Satisfação



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

Anexo 04: Fluxograma de Registro de Folder



Recursos Humanos

Período de referência: Fevereiro de 2022

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

Introdução

Neste relatório serão apresentados os dados quantitativos e qualitativos dos processos de Recrutamento e Seleção, Avaliação do Período de Experiência, Movimentação dos colaboradores e demais atividades do setor.

Objetivo Geral

Apresentar o processo de implantações e melhorias realizadas no mês de janeiro no Setor de Recursos Humanos.

Recrutamento e Seleção

Apresentaremos em detalhes o processo seletivo das vagas que foram recebidas e trabalhadas no mês de fevereiro.

Vagas Abertas/Recrutamento/Fevereiro de 2022		
Vagas Recebidas	Abertas	Fechadas
ANALISTA DE COMPRAS	2	2
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3	3
ENFERMEIRO	4	4
ENFERMEIRO DA QUALIDADE	1	1
FARMACEUTICO	1	1
LIDER DE TECNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1	1
MAQUEIRO	2	2
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	28	28
Total	42	42

Imagem 01-Recrutamento e Seleção

Imagem acima apresenta o total de 42 vagas recebidas e trabalhadas no mês de fevereiro sendo o maior demandante o setor assistencial com 36 vagas, seguindo o administrativo 03 vagas e operacional 03 vagas, ressaltamos que todas as vagas abertas tivemos a inclusão de candidatos PCDs (Pessoas com deficiências).

Área demandante-Fevereiro de 2022	
Área	Quantidade
Administrativo	3
Assistencial	36
Operacional	3
Total	42

Abaixo segue quadro demonstrativo com as justificativas de reposição de vagas:

Motivo Contratação/Substituição	
Motivo	Quantidade
Afastamento (Gravidez)	7
Aumento de Quadro	7
Movimentação com Substituição	3
Pedido de Desligamento	17
Recisão Contratual	1
Substituição Iniciativa Empresa	6
Término de Contrato 45 dias	1
Total	42

Imagem 2-Motivo para pedido de substituição

Observa-se o número relevante nos pedidos de desligamento no total 17. Em esclarecimento no item **Entrevista de desligamento** apresento em detalhe.

Apresento abaixo as distribuições em top 10 dos setores que mais ofertaram vagas no mês de fevereiro.

TOP 10- SETORES	
Setores	Quantidade
UTI Pediátrica	6
Laboratório	5
Clín. Neurocirurgia/cirurgia vascular/torácica/geral/mastologia	4
Atendimento	3
CME	3
SEDE	2
ALCON	2
Clín. Pediátrica/Ginecologica	2
BLOCO CIRÚRGICO	1
UCINCA	1
Total	29

Imagem -Vagas por setores-TOP 10

O fechamento das vagas dentro do mês de janeiro teve como maior índice o recrutamento externo com o total de 40 vagas.

Fonte Candidato	
Fonte	Quantidade
Banco de Talentos	2
Recrutamento Externo	40
Total	42

Imagem -Fonte do Candidato

Tempo de Reposição de Vaga

Iniciamos no mês de fevereiro o monitoramento no **tempo de reposição de vagas**, pelo qual fechamos em **6,3 (dias) MÉDIA**, para cada vaga trabalhada. Na tabela abaixo apresentamos as 10 vagas com maior duração para o fechamento.

Nome do Cargo	Nível Vag	Setor Vaga	Motivo Contratação	Fonte Candidato	Duração da Vaga
ENFERMEIRO DA QUALIDADE	Assistencial	NQSP	Aumento de Quadro	Recrutamento Externo	31
MAQUEIRO	Assistencial	Atendimento	Pedido de Desligamento	Recrutamento Externo	15
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	Assistencial	UTI Neonatal	Pedido de Desligamento	Recrutamento Externo	14
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	Assistencial	Clín. Urologia/Nefrologia	Pedido de Desligamento	Recrutamento Externo	14
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	Assistencial	PPP	Pedido de Desligamento	Recrutamento Externo	13
LIDER DE TECNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	Operacional	SESMST	Término de Contrato 45 dias	Recrutamento Externo	13
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	Assistencial	BLOCO CIRÚRGICO	Pedido de Desligamento	Recrutamento Externo	12
FARMACEUTICO	Assistencial	Farmacia satélite/UTI	Pedido de Desligamento	Recrutamento Externo	11
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	Assistencial	Laboratório	Pedido de Desligamento	Recrutamento Externo	10
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	Assistencial	Laboratório	Substituição Iniciativa Empresa	Recrutamento Externo	10
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	Assistencial	Laboratório	Substituição Iniciativa Empresa	Recrutamento Externo	10
TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM	Assistencial	UTI Pediátrica	Aumento de Quadro	Recrutamento Externo	10

Imagem - Tempo de reposição de vaga

em destaque na tabela acima, o impacto na duração do fechamento da vaga dar-se pelo motivo de que o candidato aprovado desistiu no dia de sua ambientação, sendo assim o processo de recrutamento se reiniciou e a mesma foi trabalhar para a próxima data de contratação.

Parâmetro a ser utilizado:

Fórmula: Data de assinatura diretoria + data de ambientação - Resultado/soma total de dias das vagas trabalhadas/2

Bases em processo de construção.

Monitoramento Tempo de Reposição de Vagas		
Meses	Vagas Fechadas	Tempo Reposição
Fevereiro	42	6,3 Dias
Março		
Abril		

Imagem: Monitoramento e reposição de vaga

Avaliações – Período de Experiência (45/90 dias).

Os números descritos mostram o período de avaliações realizadas, onde aponta o quantitativo de contratos prorrogados e rescindidos dentro do período avaliativo de 45 dias e 90 dias. com data base de avaliação referente ao mês de novembro para 90 dias e contrato e 45 dias para contratos com base em dezembro de 2021.

Fevereiro de 2022		
Avaliações 45/90 Dias		
Contratação até Fevereiro	Prorrogados	contratos Rescindido
1084	1079	1

Imagem 3-avaliação do Período de Experiência

Turnover

O índice de turnover segue em processo de construção, onde já se encaminha para o 5 (quinto) mês de coleta dados, desta forma no mês subsequente teremos uma previa para uma análise mais assertiva do dimensionamento proposto pelo instituto.

Parâmetro a ser utilizado:

$$\text{Fórmula: } N^{\circ} \text{ Adm} + n^{\circ} \text{ Desl/2} - \text{Resultado}/n^{\circ} \text{ de Func} \times 100$$

Bases em processo de construção.

TURNOVER HRAS				
Ano: 2022				
Mês	Número de admissões	Número de desligamentos	Número de Colaboradores ATIVOS	Turnover
Outubro	1196	0	1196	50%
Novembro	50	221	1028	13%
Dezembro	39	15	1067	3%
Janeiro	69	66	1079	6%
Fevereiro	42	17	1084	3%

Imagem 4-TURNOVER

O resultado apresentado na imagem acima no que se refere ao “**número de desligamento**” é a soma geral do mês de referência.

Entrevistas de Desligamento

Foram realizadas um total de 09 entrevistas, todos concordaram em fornecer informações, destas 01 foi desligado pela empresa e o restante por pedido voluntário. 67% dos entrevistados alegaram ter tomado a decisão do desligamento devido aprovação em outro processo seletivo. Dos motivos que impulsionaram a escolha pelo novo vínculo, foram apontadas questões como benefícios, proximidade do endereço residencial, flexibilidade de horários e oportunidade de crescimento profissional.

Ações e Projetos

Escuta do Colaborador

No mês de referência, o projeto atendeu 2 colaboradores, ambos por demanda espontânea. Das questões atendidas, uma foi de cunho pessoal e outra de orientação sobre os fluxos da empresa.

Projeto “Aniversariantes do Mês”

Com o objetivo de contemplar a todos os colaboradores aniversariantes, o projeto foi reformulado e levamos até cada um deles uma lembrança de felicitações. Neste mês atendemos ao número de 91 aniversariantes, com a distribuição de caixas de BIS e cartão nominal assinado pela direção.



Processos em Andamento: Descrição de Cargos, Manual do Colaborador, Instruções de Trabalho, Padronização dos documentos pelo setor da Qualidade.

Processos a serem implantados: Pesquisa de Clima Organizacional, Política de Cargos e Salários, Manual do Setor, Avaliação de desempenho, Entrega de Uniformes.

Deyvison Gomes

Analista de Recursos Humanos

HRAS-Hospital Regional Dr. Aberlado Santos

ISMS – Instituto Social Mais Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

• Atividades Realizadas:

O Serviço de Nutrição e Dietética engloba a assistência nutricional (Nutrição Clínica), lactário e o apoio a assistência hospitalar (Nutrição Produção), este realizado pela terceirizada Express Alimentos.

A assistência nutricional e dietoterápica consiste no acompanhamento nutricional e dietoterápico prestado por nutricionista com vista à promoção, preservação e recuperação da saúde do indivíduo ou da coletividade que compreende as fases de avaliação, diagnóstico, intervenção, monitoramento/aferição dos resultados e reavaliação (Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018).

A assistência nutricional no HRAS engloba o atendimento a todos os pacientes internados no ambiente hospitalar pelos nutricionistas clínicos, em um total de 14, divididos em dois plantões 12x36 horas. As admissões são realizadas em até 48 horas pela equipe após o paciente internado, sendo aplicado uma ferramenta de rastreamento chamada triagem de risco nutricional, que auxilia na identificação de risco do paciente. Essa ferramenta determina de que forma será realizado o acompanhamento nutricional, considerando o estado nutricional em que o paciente fora admitido, classificando-os como: primário – pacientes que não apresentam risco nutricional (visitas em até 7 dias), secundário – com ou sem risco nutricional e necessidade de dietoterapia específica (visitas em até 72 horas) e terciário – com risco nutricional e necessidade de dietoterapia específica (visitas diárias). A cada 10 dias são realizadas as reavaliações aos pacientes em acompanhamento, independentemente do nível de assistência, conforme estabelecido em protocolo de avaliação nutricional. Após admissão e todos os processos aplicados, é feita a prescrição dietoterápica, sendo esta individualizada a cada paciente com o intuito de manutenção e/ou recuperação nutricional.

A dietoterapia é aplicada a cada paciente de forma individualizada seguindo prescrição médica de liberação de dieta por via oral ou outra via de alimentação. Por via oral, a prescrição dietoterápica é realizada pelo médico assistente, a nutrição em produção executa e distribui as refeições individualizadas. Ainda sobre a prescrição dietoterápica, é respeitada a cultura, assim como preferências e aversões alimentares dos pacientes, tornando a experiência da internação mais humanizada, relacionada a nutrição.

No lactário são executadas as prescrições de fórmulas infantis, assim como a distribuição de dietas enterais, suplementos e módulos nutricionais prescritos pelo nutricionista clínico aos pacientes com necessidade de aporte calórico/proteico.

Os pacientes com necessidades nutricionais especializadas, tais como cicatrização de lesões, com necessidades de ganho de peso, controle glicêmico, manutenção e/ou recuperação da flora intestinal, terapia renal substitutiva ou tratamento renal conservador, recebem o aporte necessário através da suplementação nutricional específica. Aos pacientes em planejamento cirúrgico ou preparo de exames, que exigem tempo de jejum, a nutrição clínica realiza o acompanhamento, em conjunto com a nutrição em produção, a suspensão e liberação da dieta de cada usuário. No mês de fevereiro foi apresentado a Diretoria Assistencial (DIRASS) e equipe de coordenadoras de enfermagem o Protocolo de Abreviação do Jejum, com o objetivo de reduzir o tempo de jejum dos pacientes internados para cirurgias eletivas e, consequentemente, reduzir tempo de internação. Houve degustação do suplemento nutricional que será utilizado no protocolo. Após aprovação da DIRASS, este foi enviado ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para formatação padrão e, posteriormente, dar-se-á início aos treinamentos às equipes assistenciais envolvidas no processo.

Assim como o protocolo de abreviação do jejum, foram apresentados também os Protocolos de Avaliação Nutricional, Manejo da Diarreia, Prevenção da obstipação no paciente em Terapia Nutricional, Desmame de Sonda Nasoenteral, Volume gástrico e Segurança do Paciente em Terapia Nutricional, os quais estão em avaliação pela DIRASS.

A nutrição clínica, através de visitas nutricionais e multiprofissionais, acompanha e supervisiona a execução da prescrição dietética, por meio do acompanhamento da ingesta alimentar e por meio da discussão com a equipe multiprofissional, visando mudanças e/ou manutenção do plano de cuidado traçado no momento da admissão.

O processo de abertura de incidentes entre Nutrição Clínica e Nutrição Produção relacionados a falha na distribuição de dietas, de acordo com prescrição dietética e demais falhas que estão diretamente relacionadas a assistência aos usuários, segue com o intuito de melhorias nos processos e redução nos impactos na ingesta alimentar dos pacientes. Foram sinalizados os devidos ajustes junto à terceirizada, em reunião envolvendo Diretorias – Diretoria Administrativo Financeira e Administração do HRAS – visando solucionar os

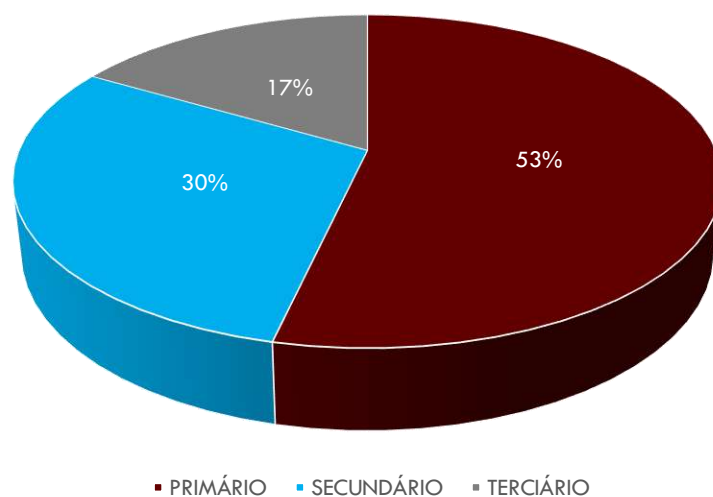
entraves que impactam na prestação de serviços da terceirizada, diminuindo os riscos aos pacientes assistidos.

Além disto, foi instalada catraca biométrica, com cadastro de 100% dos colaboradores do HRAS, para acesso ao refeitório nas refeições que são disponibilizadas a estes: café, almoço e jantar.

Perfil de pacientes no HRAS conforme triagem nutricional de acordo com o nível de assistência:

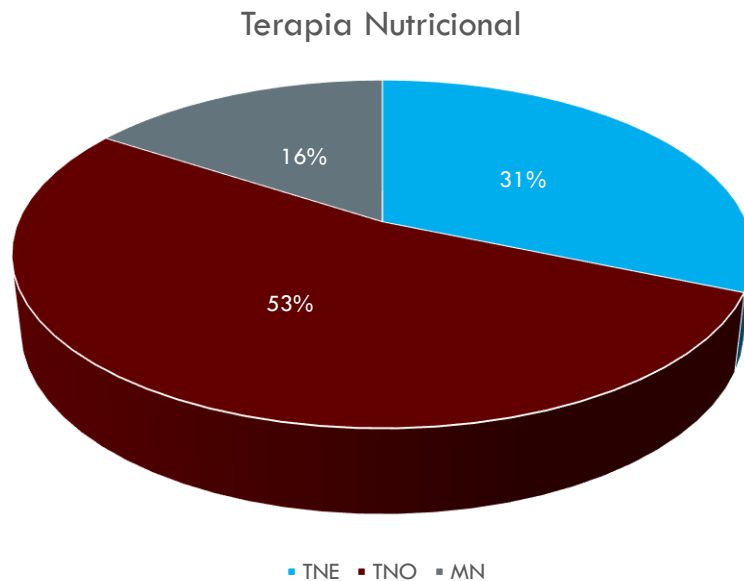
Nível de assistência	Quantidade pacientes
Primário	426
Secundário	237
Terciário	132

Perfil de pacientes segundo Nível de assistência nutricional
(NRS - 2002) - HRAS



Produtividade da Nutrição Clínica (Terapia nutricional):

Tipo	Quantidade distribuída
Terapia Nutricional Enteral (Dieta)	784 Bolsas
Terapia Nutricional Oral (Suplementos)	1319 Frascos
Módulos Nutricionais	394 sachês


Produtividade da Nutrição em Produção (terceirizada):

Tipo	Quantidade de Refeições Servidas
Usuários	44.022
Colaboradores	14.501
Acompanhantes	21.939
TOTAL	80.462

• Atividades Previstas:

- Implantação das Prescrições de Terapia Nutricional Enteral (em andamento);
- Implantação das Prescrições de Terapia Nutricional Oral (em andamento);

- Implantação das Prescrições de Módulos Nutricionais (em andamento);
- Implantação dos protocolos assistenciais de Nutrição (em andamento);

• **Projetos em andamento:**

Descrição	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Aniversariantes do mês	X	X										

Registros:



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Nakano (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949C8BF74C2218A7FB7E80C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

• **Indicadores a serem implantados:**

- Volume prescrito x volume infundido;
- Alcance do VET (Valor energético total) em 72h;
- Reavaliação Nutricional

Situação detectada	Áreas envolvidas	Sugestão proposta
Falha no aviso de transferências	Enfermagem	Interação de Processo
Falha na comunicação de entrada/liberação de jejum	Enfermagem	Interação de Processo
Falha na comunicação de suspensão de fórmulas infantis	Enfermagem	Interação de Processo
Redução de vazão de dieta sem comunicação a Nutrição	Enfermagem/Equipe Médica	Acionar Nutrição para conduta
Demora na oferta de suplementos e módulos nutricionais	Enfermagem/Nutrição	Orientação quanto a prioridade na oferta ao usuário
Falha no preenchimento e dispensação de mapas de dieta nas unidades de urgência e emergência	Enfermagem/Nutrição	Alinhar fluxo de preenchimento e entregas
Falha na comunicação das admissões que acontecem no plantão noturno para ser dispensado desjejum no dia seguinte	Enfermagem/Nutrição	Alinhar fluxo de comunicação



Considerações: mesmo diante de sinalizações da equipe para melhorar o fluxo, as situações detectadas são recorrentes. Avaliar necessidade de orientação técnica com os setores envolvidos.

- **Possibilidades de Melhorias:**

Alinhar os fluxos, junto aos setores envolvidos, para sanar as situações detectadas recorrentes.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

Setor de Tecnologia da Informação – Hospital Regional Abelardo Santos

O setor de tecnologia da informação realiza mensalmente o mapeamento de dois processos representativos, que são:

- Consumo dos quantitativos de materiais impressos no HRAS;
- Atendimentos de suporte técnico realizados em favor das diversas áreas de atuação do hospital.

Os resultados que serão apresentados são referentes ao mês de fevereiro de 2022.

Impressões:

- O sistema de impressões do HRAS faz parte de um serviço de Outsourcing de Impressão contratado de uma prestadora de serviços com uma franquia mensal definida para o consumo dos setores.
- Este monitoramento se faz necessário para que possamos manter o consumo dentro das cotas definidas para cada setor, evitando assim o consumo excessivo e pagamento de impressões excedentes, mantendo o orçamento deste contrato dentro do custo definido.
- A equipe de TI monitora as impressões realizadas por setores dentro de cada cota estipulada e registra em sistema informatizado todo consumo identificando:
 - o Usuário (responsável pela impressão);
 - o Data/Hora da impressão;
 - o Impressora utilizada/
 - o Documento impresso;
 - o Número de páginas impressas;
 - o Duplex ou Simples.

Consumo Fevereiro/2022

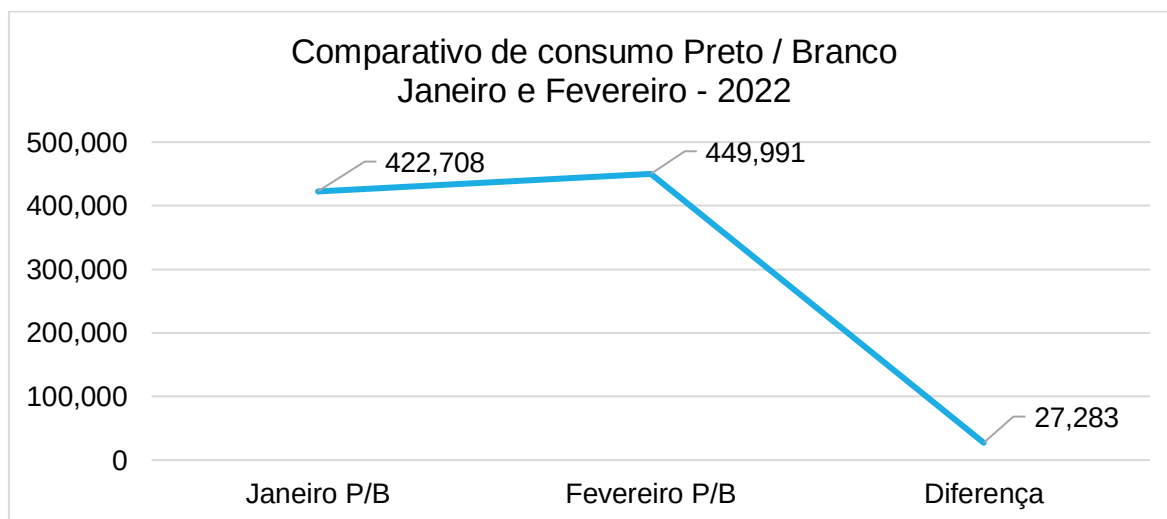
Neste mês com a continuidade no monitoramento dos materiais impressos e um ajuste nas cotas de impressão, equalizando conforme consumo

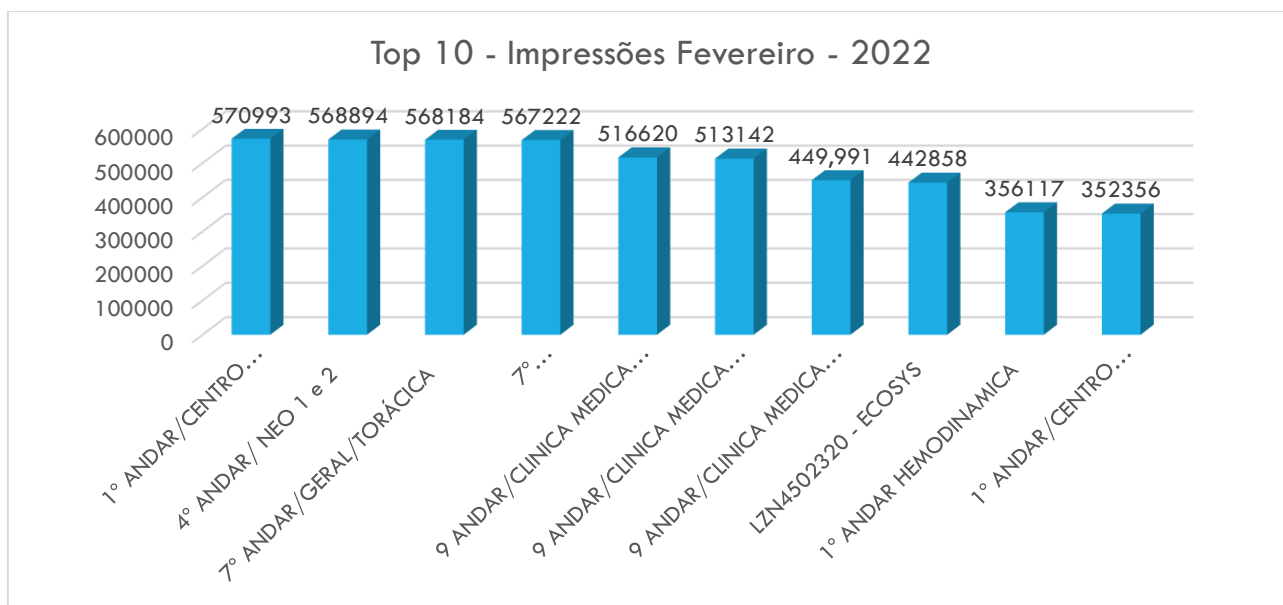
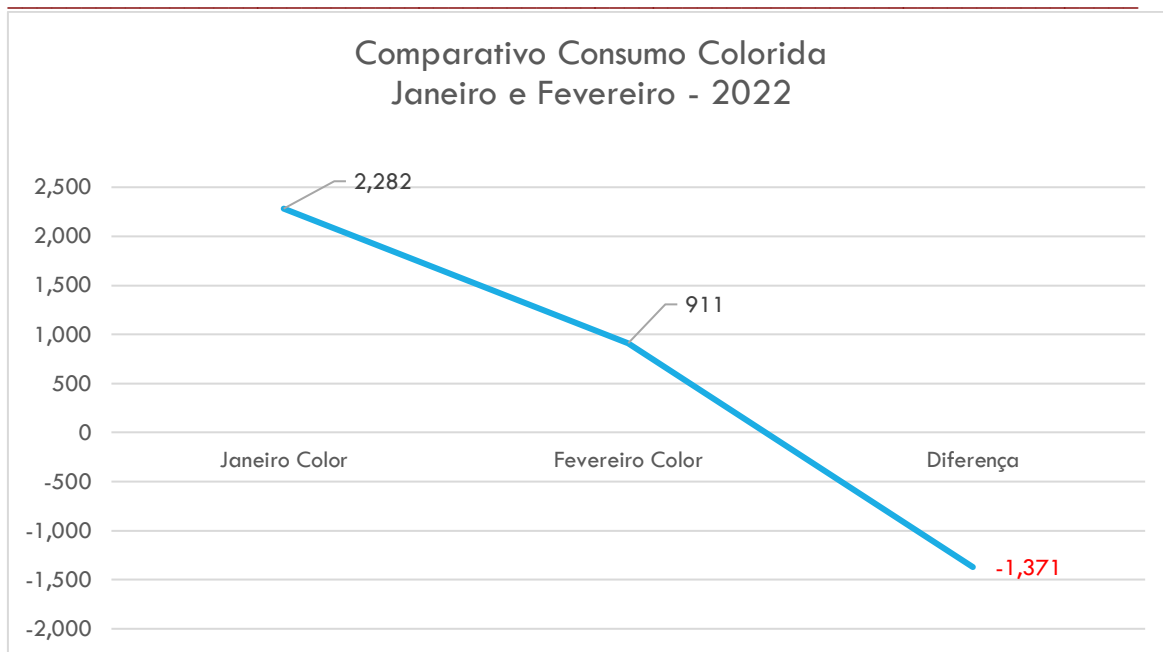
de cada setor e já podemos observar que houve uma diminuição no consumo dos materiais impressos conforme apresentado no gráfico de Janeiro.

Apresentamos o resultado do consumo de impressões do mês de fevereiro de 2022 comparado ao mês de janeiro. Como podemos observar, no consumo de impressões Preto/Branco houve um aumento de 6,45% (percentuais), comparado ao mês anterior. Este aumento se deu por conta da implantação da revisão documental utilizada pelas unidades assistências, apoio e administrativas.

Quanto as impressões coloridas, houve uma diminuição no consumo entre os meses de janeiro e fevereiro de -1,5% (percentuais).

GRÁFICO 2. COMPARATIVO DE CONSUMO PRETO / BRANCO JANEIRO E FEVEREIRO - 2022





Este é o resultado de um trabalho que iniciamos em outubro de 2021, com a implantação do sistema de gerenciamento e monitoramento das impressões, porém as orientações que são passadas para as equipes também representam

este resultado positivo, trabalhando a conscientização e sustentabilidade na instituição.

Atendimento de Suporte Técnico:

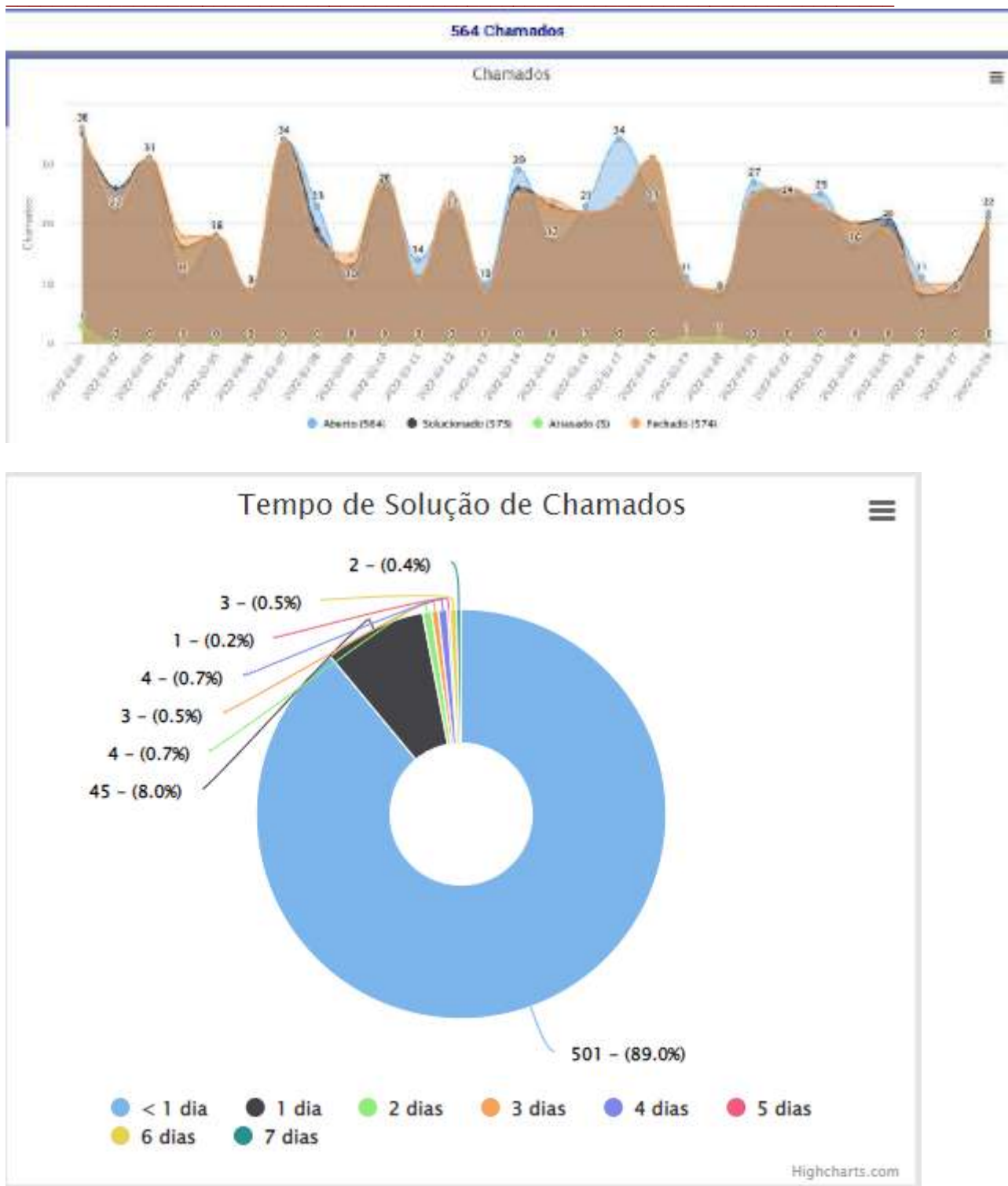
Este é um procedimento de controle de grande importância para o setor de tecnologia da informação, pois é um dos alimentadores de indicadores da TI:

- Chamados Solicitados X Atendidos;
- Tempo médio de atendimento dos chamados;
- Principais categorias solicitadas (Problemas relatados);
- Número de atendimentos realizados por Técnico (Equipe TI);
- Chamados com categorias recorrentes;

Para este controle é utilizada a ferramenta de domínio público G.L.P.I. (Gestão Livre do Parque de Informática), onde a mesma foi instalada e configurada para atender as necessidades de controle da equipe de T.I. do Hospital Regional Abelardo Santos.

O procedimento se faz quando o usuário se depara com alguma dificuldade técnica e realiza a abertura de um chamado técnico, descrevendo sua necessidade, informando a localização e as consequências deste problema. A equipe de posse destas informações realiza o atendimento, registrando o tempo de atividade para solução junto ao solicitante.

Imagem de atendimentos solicitados x atendidos no período de Fevereiro 2022, extraída da ferramenta GLPI (Gestão Livre do Parque de Informática).



A seguir apresentamos imagem de um relatório sintético e gráfico dos atendimentos realizados pelos técnicos da T.I.

Chamados Grupo técnico

02/02/2022 09:00 02/02/2022 12:00 12:00

19 Chamados 0 Coment

Nome: 22 307.100.070

Copiar Imprimir Gráfico

Nome	Chamado	Atende	Atende	Atende	Atende	% Atende	Atende	Atende
Samia Stela Silva Makino (119)	100	1	0	0	100	100%	1	0
Marcelo Nogueira (11)	100	0	0	0	100	100%	0	0
Maya Brito (100)	100	1	10	0	100	100%	1	0
Stefano Rodrigues (117)	100	0	0	0	100	100%	0	0
Paulo Roberto (111)	100	0	0	0	100	100%	0	0
10	10	0	0	0	10	100%	0	0
Paulo Roberto (111)	10	0	0	0	10	100%	0	0



Os atendimentos passaram a ser registrados com obrigatoriedade por parte dos solicitantes e os técnicos atribuírem ao iniciarem os atendimentos, por isso ocorreu um aumento significativo e representativo nos dados, pois esta ação não era realizada e todo trabalho dos técnicos não era visualizado.

Chamados Por localização

2020-01-01

2020-01-02

2020-01-03

Chamados

Linhas

Localização	Chamados
TERREO > BLOCO B > Paralelo 22/Unidade Habitacional	144
PR. ANILAS > OCEANOGRÁFICO	118
PR. ANILAS > ATLÂNTICA 2	114
PR. ANILAS > OCEANOGRÁFICO	110
PR. ANILAS > ATLÂNTICA 2	108
PR. ANILAS > PARALELO 22	102
PR. ANILAS > LIBERDADE	100
PR. ANILAS > SOL	98
TERREO > BLOCO A > OCEANOGRÁFICO	96
PR. ANILAS > PARALELO 22	94
TERREO > BLOCO A > PARALELO 22	92
PR. ANILAS > PARALELO 22	90
PR. ANILAS > PARALELO 22	88
PR. ANILAS > PARALELO 22	86
PR. ANILAS > PARALELO 22	84
PR. ANILAS > PARALELO 22	82
PR. ANILAS > PARALELO 22	80
PR. ANILAS > PARALELO 22	78
PR. ANILAS > PARALELO 22	76
PR. ANILAS > PARALELO 22	74
PR. ANILAS > PARALELO 22	72
PR. ANILAS > PARALELO 22	70
PR. ANILAS > PARALELO 22	68
PR. ANILAS > PARALELO 22	66
PR. ANILAS > PARALELO 22	64
PR. ANILAS > PARALELO 22	62
PR. ANILAS > PARALELO 22	60
PR. ANILAS > PARALELO 22	58
PR. ANILAS > PARALELO 22	56
PR. ANILAS > PARALELO 22	54
PR. ANILAS > PARALELO 22	52
PR. ANILAS > PARALELO 22	50
PR. ANILAS > PARALELO 22	48
PR. ANILAS > PARALELO 22	46
PR. ANILAS > PARALELO 22	44
PR. ANILAS > PARALELO 22	42
PR. ANILAS > PARALELO 22	40
PR. ANILAS > PARALELO 22	38
PR. ANILAS > PARALELO 22	36
PR. ANILAS > PARALELO 22	34
PR. ANILAS > PARALELO 22	32
PR. ANILAS > PARALELO 22	30
PR. ANILAS > PARALELO 22	28
PR. ANILAS > PARALELO 22	26
PR. ANILAS > PARALELO 22	24
PR. ANILAS > PARALELO 22	22
PR. ANILAS > PARALELO 22	20
PR. ANILAS > PARALELO 22	18
PR. ANILAS > PARALELO 22	16
PR. ANILAS > PARALELO 22	14
PR. ANILAS > PARALELO 22	12
PR. ANILAS > PARALELO 22	10
PR. ANILAS > PARALELO 22	8

Chamados por Categoria

2022-01-01

2022-01-29

6. Resposta

8. Lição

Categoria	2022-01-01	2022-01-29
COMUNICAR	48	41
COMUNICAR + Impressão com falha	36	35
COMUNICAR + Troca de item	35	34
COMUNICAR + Falha no envio de item(s)	34	33
COMUNICAR + Troca	33	32
COMUNICAR + Falha de envio	32	31
COMUNICAR + Comunicação com falha	31	30
COMUNICAR + Rastreamento com falha	30	29
COMUNICAR + Impressão com falha de envio	29	28
COMUNICAR + Comunicação com falha	28	27

Fechamos este mês de Fevereiro de 2022 positivamente, tanto no controle de impressões quanto no sistema de atendimentos técnicos, pois as ações que foram implantadas repercutiram em resultados satisfatórios para o setor de Tecnologia da Informação.

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DO HRAS

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

O Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS), presta serviço de Média e Alta complexidade, atendendo sob modalidade de Porta Aberta para (Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria), mediante necessidade da Regulação para os casos da Vascular Geral, Urologia Calculo Renal e Geral, Urologia de Grande Porte, Neurologia Endo Vascular, Neurologia Geral, Neurologia da Coluna. Ginecologia Eletiva, Cirurgia Torácica, Mastologia e Ortopedia Pediátrica. Obedecendo assim, ao sistema de regulação do Estado para as especialidades em nível Ambulatorial, Hemodiálise, SADT, UTI, UCI e Internações Clínicas e Cirúrgicas.

A Assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente segundo a patologia atendida, desde sua admissão no hospital até a sua alta hospitalar. Nesse contexto, estão incluídos todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPME, contempladas na tabela unificada do SUS.

No HRAS todos os dias muitos pacientes necessitam de sangue para realizações de cirurgias e outros procedimentos necessários à estabilização de sua saúde, tendo realizado no período de 01 a 28 de fevereiro/22 249 transfusões. A Agência Transfusional (AT) que se situa no Térreo, próximo dos elevadores, é responsável pela liberação dos hemocomponentes a todos os setores do HRAS e possui uma estrutura de:

-1 área laboratorial (composta de 3 bancadas, 1 Compodock, 1 computador, 3 Centrífugas, 2 Incubadoras, 1 Banho Maria, 1 Seladora, 1 Balança Semianalítica, 1 Estação de Trabalho)

- 1 corredor que dá acesso à:

* 1 sala administrativa (2 mesas com gavetas, 2 computadores, 3 armários)

* 1 sala de estoque de hemocomponentes (3 câmaras de conservação, 1 freezer, 1 agitador de plaquetas, 12 contêiner, 2 Termo higrômetros a pilha)

*1 sala de paramentação (1 cabide,1 Pia)

*1 estar equipe (1 beliche)

Estrutura da AT, totalmente, refrigerada em uma temperatura do ambiente de 20°C a 24°C, com 2 Termo Higrômetros a pilha.

A Equipe da agência transfusional é composta por 2 médicas Hematologistas,4 Biodicos,2 Enfermeiro(a)s (sendo 1 supervisora),8 Técnicos transfusionais e 1 Administrativo. Além de 2 motoristas de sobreaviso. (TABELA 1)

Tabela1: Categoria profissional e Turnos.

CATEGORIA	PLANTÕES				
	DIURNO	QT		NOTURNO	TOTAL
MÉDICAS	SOBREAVISO 24H				02
ENFERMEIRA SUPERVISORA	DIURNO	01			02
ENFERMEIRA	DIURNO	01			
BIOMÉDICOS	DIURNO	02	02	NOTURNO	04
TÉCNICOS DE LABORATÓRIO/HEMOTERAPIA	DIURNO	04	04	NOTURNO	08
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	DIURNO	01			01
MOTORISTAS	DIURNO	01	01	NOTURNO	02

Fonte: Próprio autor.

2. DESENVOLVIMENTO

A agência Transfusional recebe em Média/Dia 09 Solicitações de Hemocomponentes que são liberadas, de acordo com sua modalidade: EXTREMA URGÊNCIA (15min), URGÊNCIA (3hs), ROTINA (24hs) E PROGRAMADAS (para determinado dia e hora) a todos os setores do HRAS (C. CIRURGICO, CO/PPP, U/E OBSTÉTRICA, UTI ADULTO, UTI E UCI NEONATAL, UTI PEDIÁTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA, CLÍNICA CIRÚRGICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA GINECOLOGICA, CIRURGIA GERAL, NEUROLOGIA, CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA VASCULAR, NEFROLOGIA, UROLOGIA, HEMODIÁLISE, PS PED/ADULTO e SALAS VERMELHAS).

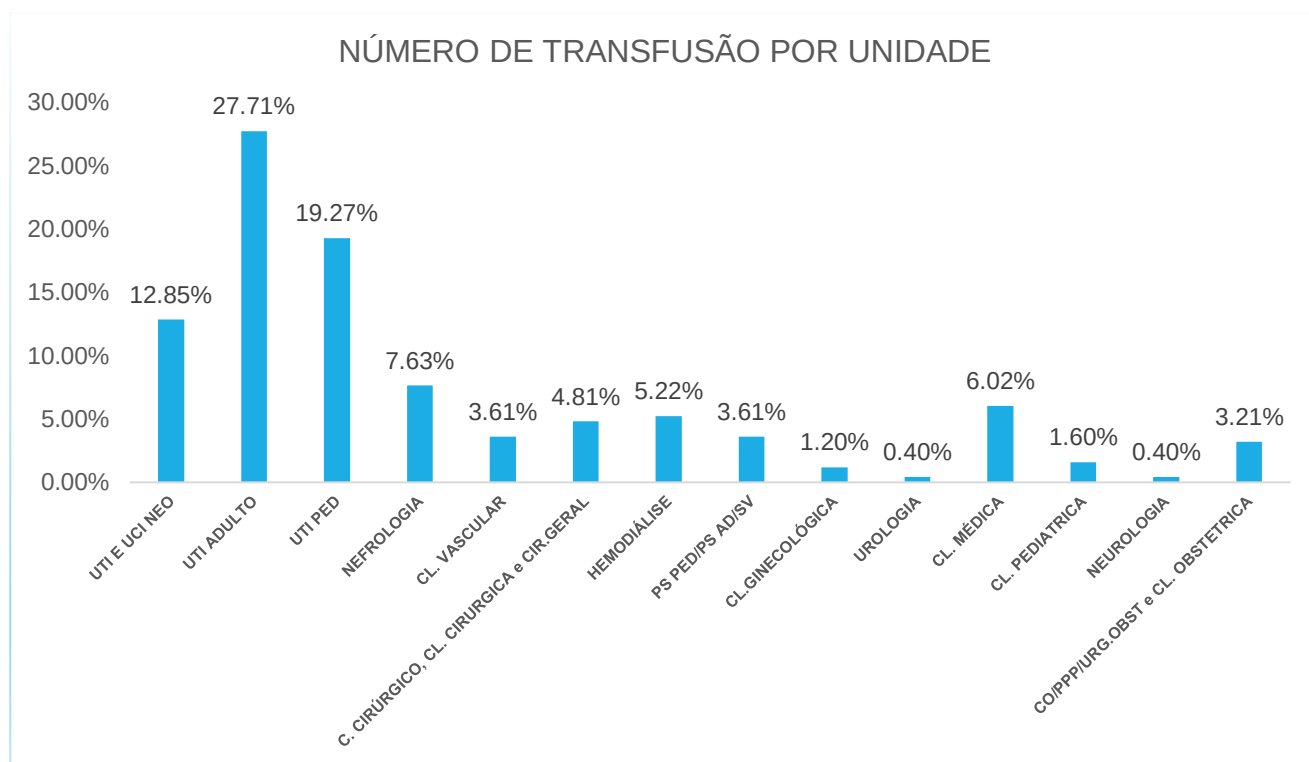
Essas solicitações são preenchidas somente pelos médicos, juntamente, com o termo de autorização assinado pelo paciente ou acompanhante. Posteriormente, os

técnicos da agência irão coletar amostra de sangue do paciente e realizar os exames pré-transfusionais (tipagem sanguínea, PAI, compatibilidade), fazendo seleção do hemocomponente adequado do estoque, preparação e liberação do mesmo. Após isso, a AT entra em contato com o setor solicitante informando que a bolsa de sangue está pronta, assim como, verificar com a equipe de enfermagem se o paciente está com os sinais vitais normais e acesso viável para receber o hemocomponente. Em alguns casos específicos na qual a AT não tenha bolsas (fenotipada, concentrados de plaquetas), a AT solicita ao HEMOPA e aciona o motorista treinado para ir buscá-las, assim como, outros pedidos de estoque de hemocomponentes.

3. INDICADORES

3.1 INDICADORES MENSAIS

Gráfico 1: NÚMERO DE TRANSFUSÕES

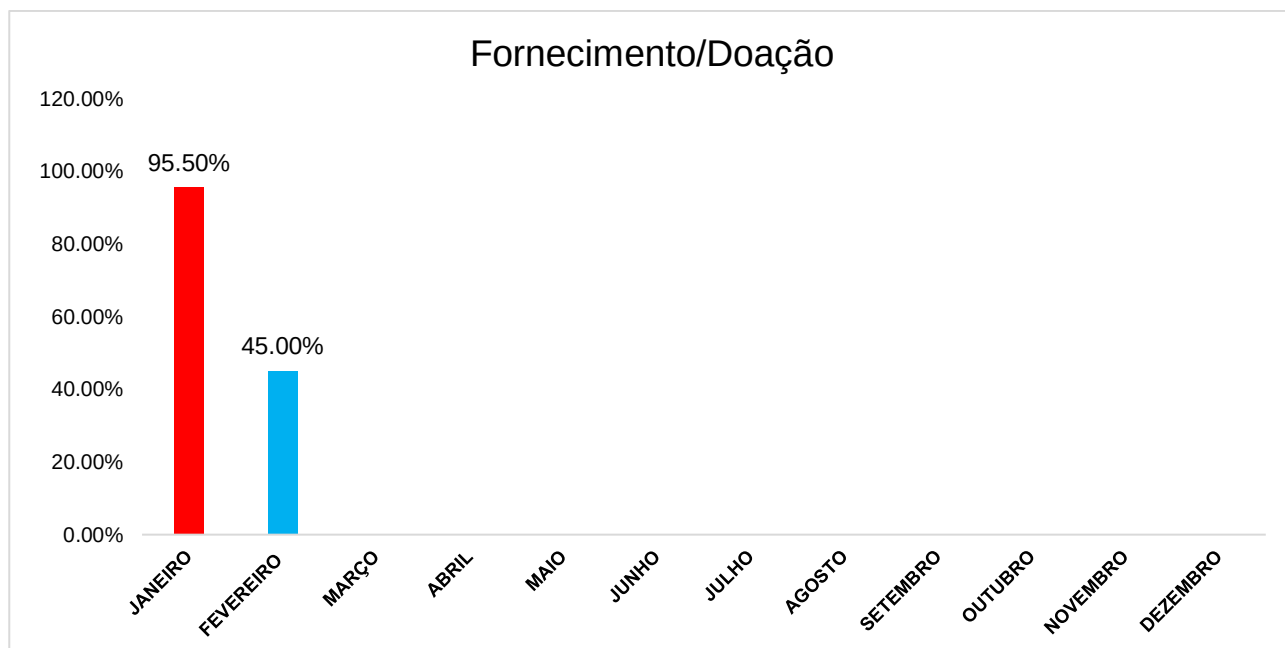


Fonte: Planilha de monitoramento da Agência transfusional

Foram transfundidos nesse mês de fevereiro/2022 um total de **249 transfusões** no HRAS. Sendo distribuídos por setores, ou seja, nosso maior número de transfusões ocorre nas UTIs (sempre variando entre a adulto, pediátrica e neonatologia), mas mesmo em porcentagens menores, todos os setores do HRAS realizam Transfusões.

- ✓ UTI E UCI NEO: 32 Transfusões --- 12,85%
- ✓ UTI ADULTO: 74 Transfusões --- 29,71%
- ✓ UTI PED: 48 Transfusões --- 19,27%
- ✓ NEFROLOGIA: 19 Transfusões --- 7,63%
- ✓ CL. VASCULAR: 09 Transfusões --- 3,61%
- ✓ C. CIRÚRGICO, CL. CIRURGICA e CIR.GERAL: 12 Transfusões --- 4,81%
- ✓ HEMODIÁLISE: 13 Transfusões --- 5,22%
- ✓ PS PED/PS AD/SV: 09 Transfusões --- 3,61%
- ✓ CL.GINECOLÓGICA: 03 Transfusões --- 1,20%
- ✓ UROLOGIA: 1 Transfusões --- 0,40%
- ✓ CL. MÉDICA: 15 Transfusões --- 6,02%
- ✓ CL. PEDIÁTRICA: 4 Transfusões --- 1,60%
- ✓ NEUROLOGIA: 1 Transfusões --- 0,40%
- ✓ CO/PPP/URG.OBST e CL. OBSTETRICA: 08 Transfusões --- 3,21%

Gráfico 2: FORNECIMENTO/DOAÇÃO

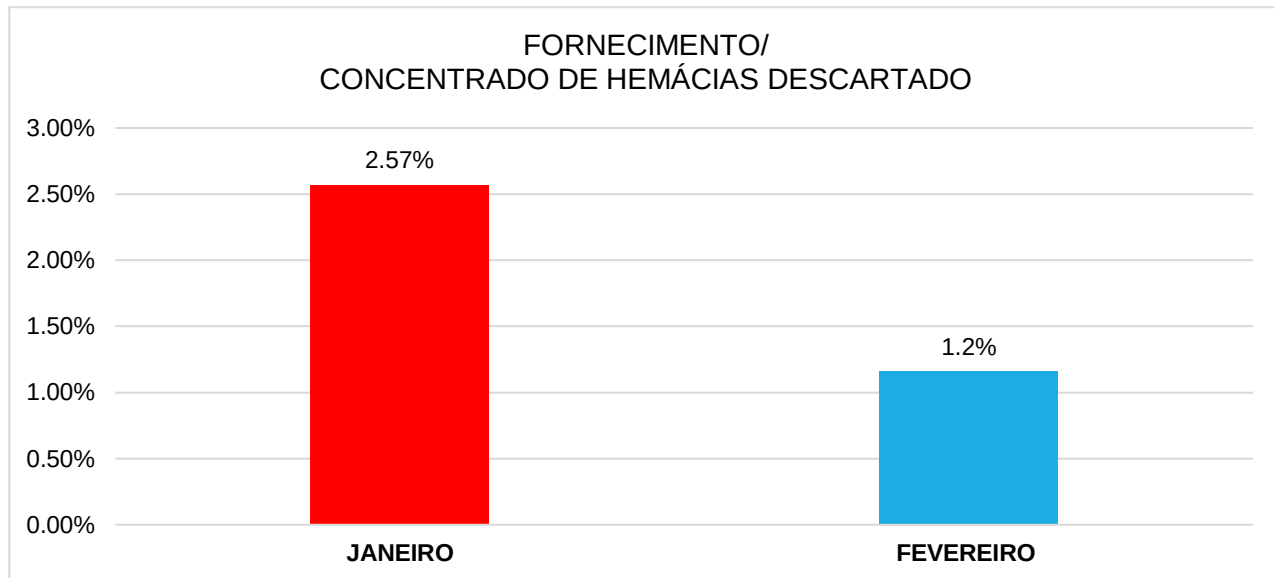


FONTE: HEMOPA

Este indicador refere-se ao fornecimento/doações de hemocomponentes do HEMOPA/ HRAS, respectivamente. Sendo repostado 45% de doação do HRAS ao HEMOPA, ou seja, conseguimos nesse mês de fevereiro 114 doações em nome do HRAS nos permitindo chegar próximo a meta estipulada de reposições mensais para o HEMOPA de 50%.

Percebemos que tivemos uma queda significativa no fornecimento/doação referente a % comparado ao mês anterior que foi de 95,50%, isso se deu, devido a telecaptação implantada na AGT está com dificuldades técnicas no aparelho telefônico nesse mês de fevereiro/22. Porém, já conseguimos aquisição de um celular corporativo da AGT, com isso, esperamos a retomada de nossas telecaptações para os próximos meses, e consequentemente, aumentar nosso indicador de fornecimento/doação.

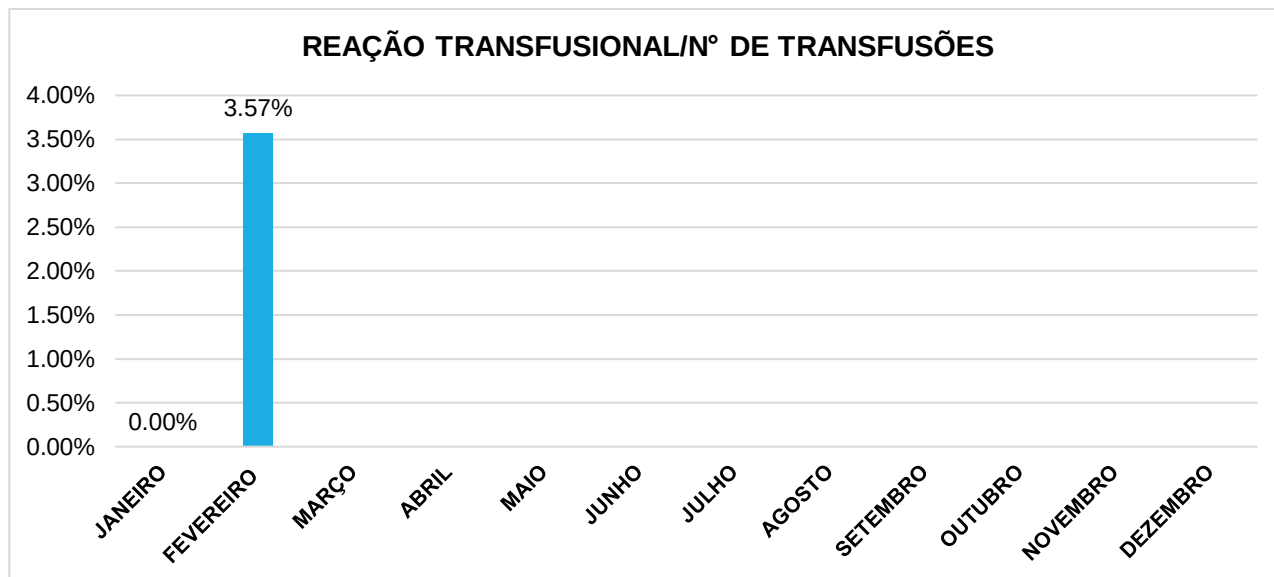
Gráfico 3: FORNECIMENTO/CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)DESCARTADO



FONTE: HEMOPA

Este indicador refere-se ao fornecimento de concentrado de hemácias provenientes do HEMOPA ao HRAS que foram descartados, internamente na AGT (por validade, rompimento de bolsas e outros). O protocolo estipula uma média de 2% em cima dos CH recebidos do HEMOPA, sendo que no mês de fevereiro/2022 foram descartados um total de 2 unidades por vencimento que corresponde a 1,2% de CH, melhorou em comparação ao mês anterior que estava 2,57%. Ou seja, estamos de acordo com a média.

Gráfico 4: FORNECIMENTO/CONCENTRADOS DE PLAQUETAS (CP) DESCARTADO



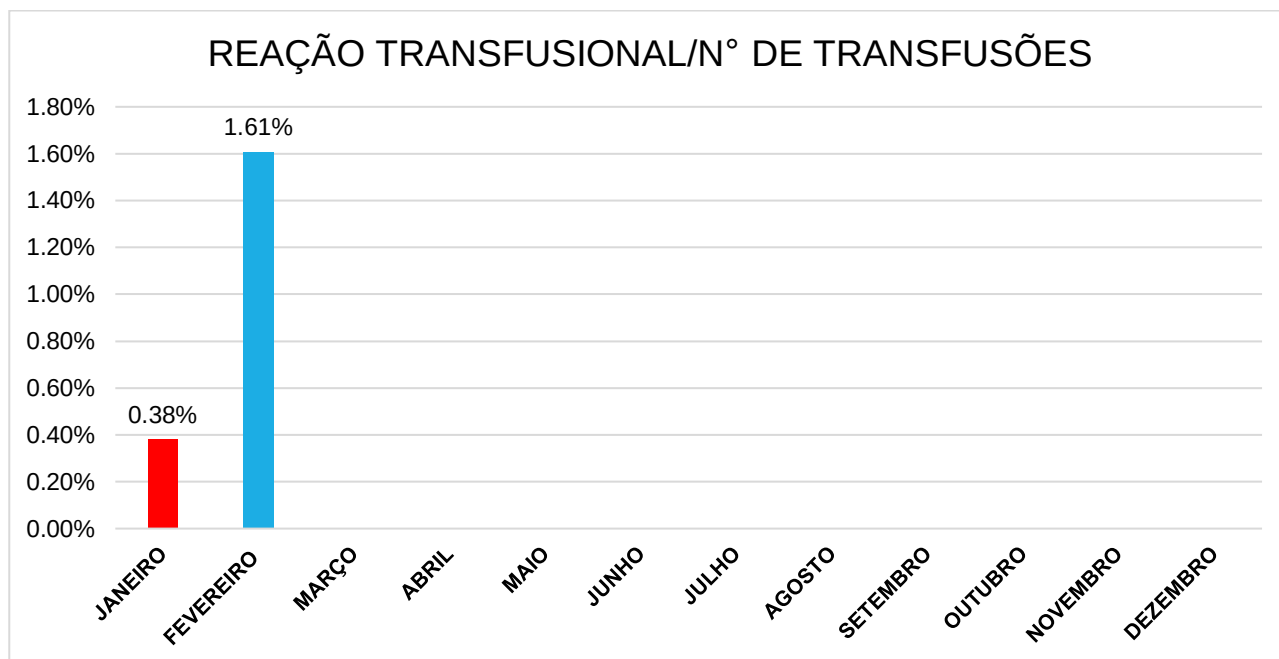
FONTE: HEMOPA

Este indicador refere-se ao fornecimento de concentrado de plaquetas provenientes do HEMOPA ao HRAS que foram descartados, internamente na AGT (por validade, rompimento de bolsas e outros). O protocolo estipula uma média de 2% em cima dos CP recebidos do HEMOPA. Sendo que no mês de fevereiro /2022 foram descartados 1 unidade por vencimento que corresponde a 3,57% de CP. Percebemos que mesmo sendo apenas 1 perda houve um aumento significativo comparado ao mês anterior.

Ou seja, passamos um pouco da média, porém já havia sido realizado um plano de ação para o levantamento das causas (se tem muita bolsa no estoque; se o armazenamento, transporte e temperatura estão adequados) com isso, buscamos medidas para evitarmos esses Descartes (treinamento dos motoristas), Biomédico solicitarem CP ao HEMOPA somente o necessário para ser transfundido/dia devido vencimento ser de até 5 dias (Mesmo assim, temos situações de recebermos plaquetas do HEMOPA com vencimento para o mesmo dia, ou a bolsa chega, mas o paciente evoluiu a óbito).



Gráfico 5: REAÇÃO TRANSFUSIONAL/Nº DE TRANSFUSÕES

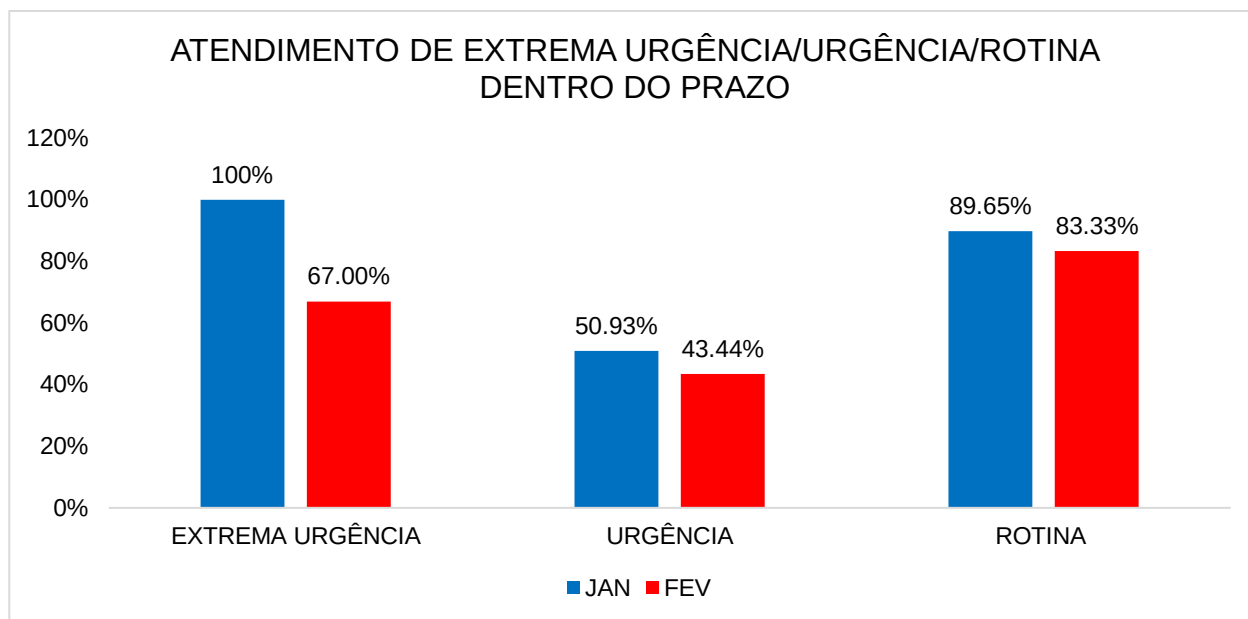


FONTE: HRAS

Este indicador refere-se ao número de reações transfusionais (RT) que ocorreram durante o mês, relacionadas a quantidade de transfusões realizadas mensalmente no HRAS.

O protocolo estipula uma margem de 1,3% no mínimo de RT. Sendo que no mês de Fevereiro/2022 ocorreram 1,6% Reações Transfusionais, ou seja, tivemos 4 reações transfusionais que ocorreram nos setores de (1- Nefrologia, 1-uti-adulto, 1-clinica medica, 1-ps-infantil). Apesar de termos passado um pouco da média, isso não quer dizer que estamos ruim, mas que estamos conseguindo identificar as RT nos setores do HRAS.

Gráfico 6: ATENDIMENTO DE EXTREMA URGÊNCIA, URGÊNCIA E ROTINA DENTRO DO PRAZO



FONTE: HRAS

Este indicador refere-se ao tempo de atendimento que foram atendidos dentro do prazo solicitado que vai desde a chegada e preenchimento correto das solicitações dos hemocomponentes na AGT, realizar os exames pré-transfusionais, selecionar a bolsa adequada, ligar para o setor solicitante para saber se o paciente está estável com acesso venoso calibroso, sinais vitais normais e verificar se o enfermeiro(a) está no setor, para só depois ir levar a bolsa ao setor que solicitou o hemocomponente.

Sendo que nesse mês de fevereiro/22 tivemos:

Extrema Urgência (atender em 15 minutos) tivemos um total de 03 transfusões {sendo 2 transfusões dentro do prazo de atendimento que corresponde a 67%} e tivemos apenas 1 transfusão fora do prazo de atendimento (equipe solicitante do hemocomponente estava em intercorrência-intubação) que justifica a queda na porcentagem comparada ao mês anterior que foi de 100%.

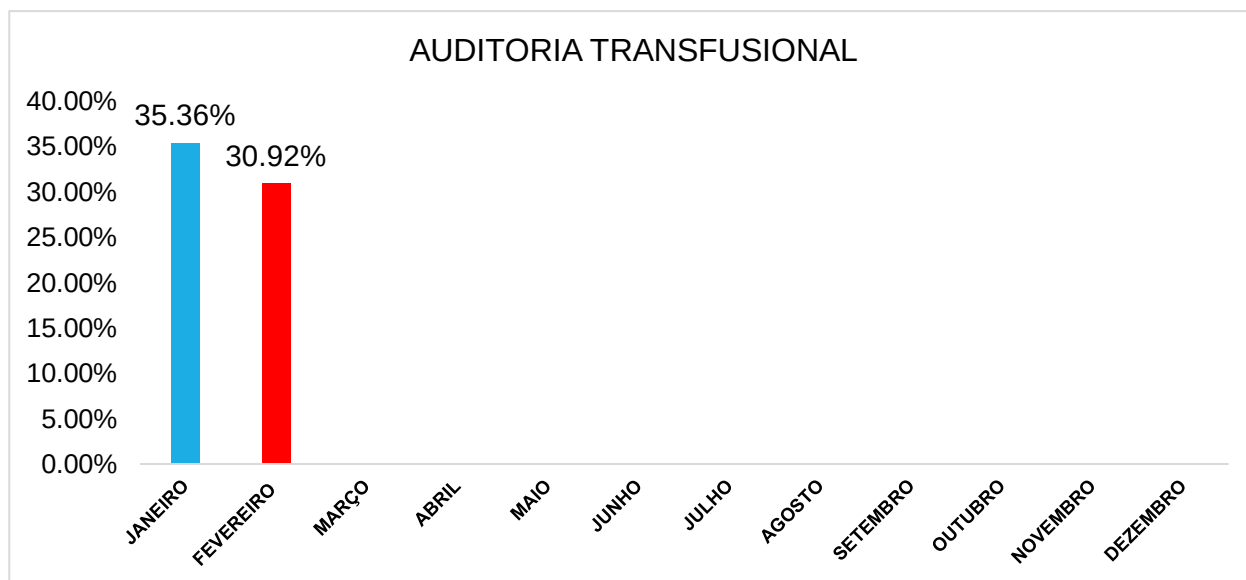
Urgência (atender em 3 horas) tivemos um total de 53 transfusões dentro do prazo de atendimento que corresponde a 43,44%

Rotina (atender em 24horas) tivemos um total 15 transfusões dentro do prazo de atendimento que corresponde a 83,33%.

Percebemos que tivemos uma baixa na porcentagem dos indicadores (de urgência e rotina) comparado ao mês anterior que foi de 50,93% e 89,65% respectivamente.

Utilizaremos além das orientações nos setores, a orientação aos novos colaboradores na integração para que possamos melhorar nosso indicador de tempo de atendimento.

Gráfico 7: AUDITORIA TRANSFUSIONAL



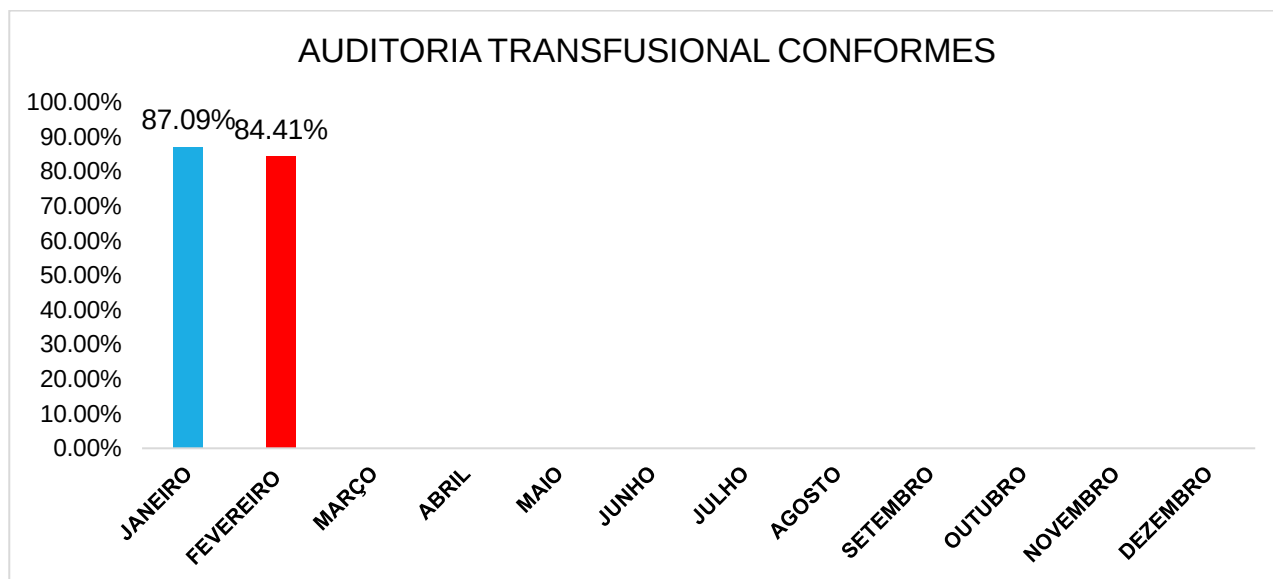
FONTE: HRAS

Este indicador refere-se a hemovigilância auditada nas transfusões mensais realizadas no HRAS de acordo com o protocolo transfusional (que vai desde: Prescrição médica com carimbo preenchido de amostra na coleta, carimbo de entrega da bolsa/sinais vitais, dupla checagem na identificação do paciente, horário de transfusão na etiqueta com início e término, se solicitação está compatível com recebido, se teve reação transfusional, registro dos sinais vitais: antes/durante/depois da transfusão e ou qualquer observação importante).

Sendo que no mês de fevereiro/22 foram auditadas 30,92% de auditoria transfusional ultrapassando a meta estipulada de 30% auditada que pede o protocolo de hemovigilância, ou seja, estamos acima da média auditadas.

Dentre estas 30,92%, ainda encontramos poucas Não Conformidades que foram notificadas esse mês Fevereiro/22, juntamente, com orientações Imediatas, para fim de, melhorarmos a Assistência na Transfusão de Hemocomponentes.

Gráfico 8: AUDITORIA CONFORMES

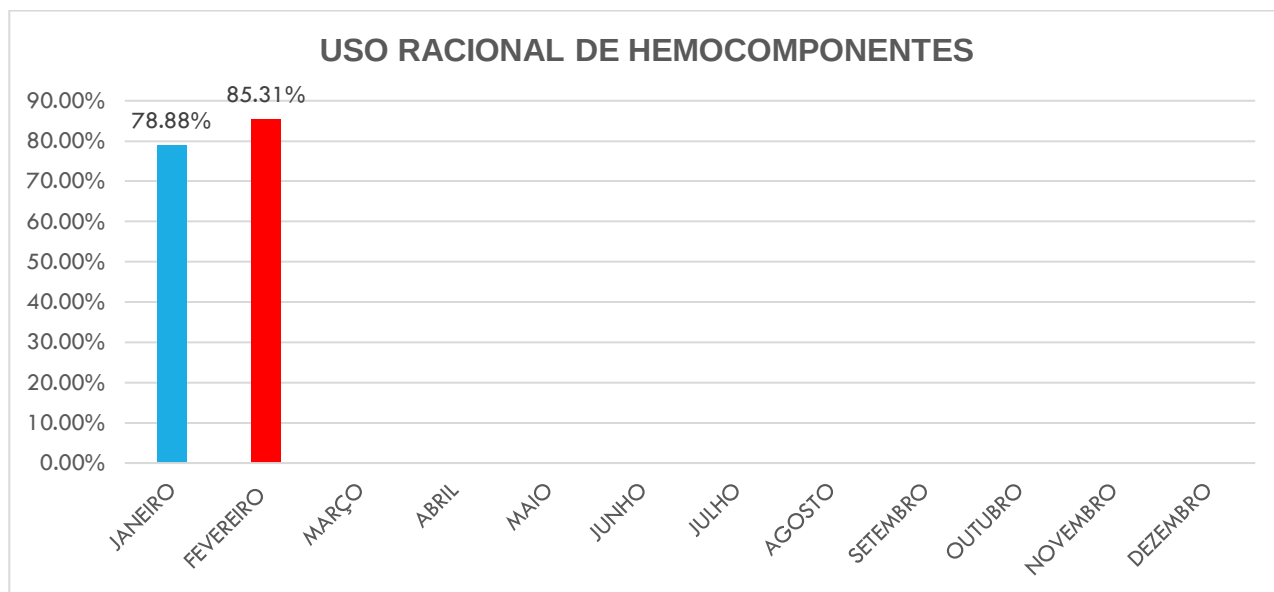


FONTE: HRAS

Este indicador refere-se a Toda Hemovigilância (Conformes e Não Conformes) que foi realizada no HRAS onde esse mês foram 30,92% Auditadas (que ficaram acima da média dos 30% como dito no gráfico anterior) e destas, retirar a porcentagem das AUDITORIAS CONFORMES de acordo com o Protocolo Transfusional (que vai desde: Prescrição médica com carimbo preenchido de amostra na coleta, carimbo de entrega da bolsa/sinais vitais, dupla checagem na identificação do paciente, horário de transfusão na etiqueta com início e término, se solicitação está compatível com recebido, se teve reação transfusional ,registro dos sinais vitais: antes/durante/depois da transfusão e ou qualquer observação importante).

Sendo que no mês de fevereiro/2022 foram 84,41% de AUDITORIA TRANSFUSIONAL CONFORMES.

Gráfico 9: USO RACIONAL DE HEMOCOMPONENTES



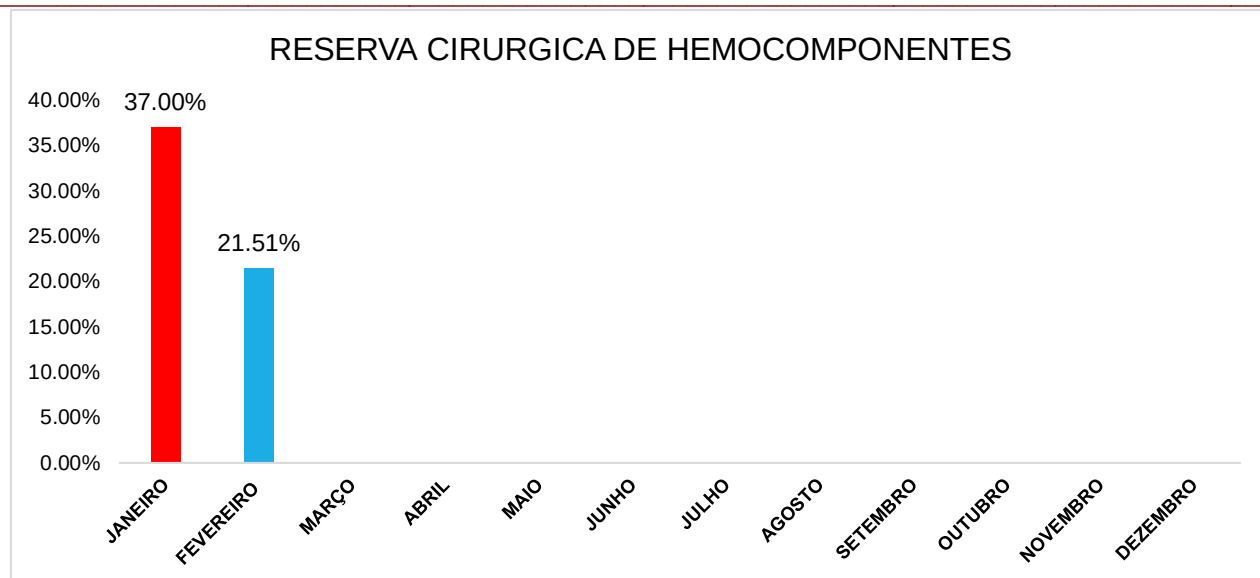
FONTE: HRAS

Este indicador refere-se ao uso racional de hemocomponentes (se as solicitações médicas de hemocomponentes estão de acordo com as quantidades, procedimentos e cirurgias a serem realizadas).

Sendo que no mês de fevereiro /22 foram 85,31% de USO RACIONAL.

Diante disso, observamos que houve um aumento de uso racional comparada ao mês anterior 78,88%, porém precisamos melhorar mais.

Gráfico 10: Reserva Cirúrgica



Este indicador refere-se a Adesão ao Protocolo de Reserva Cirúrgica de Hemocomponentes (se as solicitações médicas de hemocomponentes estão de acordo com as quantidades, procedimentos e cirurgias a serem realizadas, só para as Reservas de Cirurgia).

Sendo que no mês de fevereiro /22 foram 21,51% de adesão ao protocolo de Reserva Cirúrgica.

Houve uma baixa significativa na %porcentagem comparado ao mês anterior que foi de 37%, ou seja, observamos, novamente, os mesmos erros que já havíamos melhorado com os profissionais médicos. { ex:(GO ainda fazendo muitos pedidos de CH para cirurgia de histerectomia, sendo que é protocolo só um teste de tipagem sanguínea e pesquisa de anti-corpo irregular para esse tipo de cirurgia) assim como (C.Vascular pede para cirurgia de amputação de 2 a 3CH,sendo que é protocolo apenas 1CH para esse tipo de cirurgia)}

4. AÇÕES

A Agência Transfusional, nesse mês de fevereiro /2022 intensificou a captação dos doadores em todos os setores do HRAS (na coleta de sangue, na hemovigilância, entrega de folders, nas Reservas Cirúrgicas). Porém, como já se havia observado, as doações eram

baixas em relação a grande quantidade de solicitações de hemocomponentes enviadas a AGT.

Mediante a isso, conseguimos a retomada da telecaptação com o telefone fixo da AGT, porém conseguimos realizar esse mês a telecaptação até o dia 10/02/22 devido inatividade em realizar as ligações, situação que retomou a importância da aquisição do celular para a agência, para que também, possamos receber os comprovantes de comparecimento e doações que são realizados nos HEMOPAS dos interiores. Dentre outros projetos, já firmados em reuniões para 2022 (implantação nos ambulatórios médicos do protocolo do termo de doação de sangue) que também se fazem necessários.

Em conjunto com o setor de Auditoria firmamos compromisso em ATA para fazermos auditoria nos prontuários nos setores do HRAS e a mesma ser membro do comitê transfusional da AGT.

assim como, esse mês o setor de Humanização em parceria com AGT firmaram uma ação de captação que ocorrerá no calçadão do HRAS.

5. TREINAMENTOS

Este mês de fevereiro de 2022 foi realizado o levantamento junto com o setor de auditoria a necessidade de treinamento em relação a importância na organização das fichas transfusionais existentes nos prontuários, sendo o público alvo: escriturários.

Também foi realizado com a equipe da AGT uma Roda de Conversas sobre Reação Transfusional ministrado pela Dra Iê Bentes (Hematologista) e a Importância de melhorarmos sempre nossos indicadores para 2022. Segue foto abaixo:



Fonte: autor próprio

6.PROJETOS.

6.1 POSSIBILIDADES DE MELHORIA

ONDE ESTÁVAMOS? 2020	ONDE ESTAMOS? 2021	ONDE QUEREMOS CHEGAR? 2022
Equipe de técnicos reduzidos	Admitidos 4 Técnicos	Manter a equipe treinada e capacitada
Sem auxiliar administrativo	Admitido de 1 Auxiliar Administrativo	Melhorar as rotinas e atividades da AGT



Não informatizado	Processo de informatização em andamento	Informatização implantada
Sem Responsável Técnico na AGT	Admitidos 2 Médicas Hemoterapeuta e Hematologista	Melhorar o uso racional dos hemocomponentes conforme o protocolo implantado.
Captação de doadores de sangue reduzida	Parcerias Humanização, SAU, equipe multiprofissional, Ambulatórios, Cirurgia, Neonatologia. Campanhas externas, projeto de Tele captação	Ser referência em captação de doadores de sangue.

Fonte: Próprio autor.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Com o desenvolvimento da Hemoterapia, a transfusão de Hemocomponentes se tornou parte essencial no suporte de tratamento de muitas doenças. O HRAS realizou esse mês de Fevereiro 2022 (249 transfusões) e conforme meta estipulada deve haver uma reposição de 50% de todo hemocomponente liberado pelo HEMOCENTRO ao HRAS. As ações desse mês de janeiro: captação de doadores na coleta de sangue, na hemovigilância, na reserva cirúrgica, na distribuição de folder) estiveram em conjunto em parte com a telecaptação, devido o telefone fixo não estar podendo fazer ligações .haja vista , que este foi de grande relevância para o aumento de doadores de sangue, confirmado através de



nosso indicador de janeiro 2022 que ultrapassou a meta estipulada pelo HEMOPA de reposição.

Mas ainda, faz-se necessário, a implantação do protocolo de doadores de sangue nos ambulatórios médicos de cirurgia/internação.

Assim, estaremos sempre com nosso estoque de hemocomponentes em dia, de forma, a contribuímos ainda mais para uma assistência eficaz e eficiente aos nossos pacientes que precisam recuperar-se de cirurgias e ou procedimentos que necessitam da ajuda dos hemocomponentes.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)

1. APRESENTAÇÃO

De acordo com a Portaria GM/MS no. 2.616/1998, a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, atualmente denominadas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle. Esta prevenção e controle exige a aplicação sistemática de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de sistemas de vigilância epidemiológica e de monitoramento de indicadores de processos.

Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NHSN (National Healthcare Safety Network) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control) EUA e ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

O Controle de Infecção Hospitalar no Hospital Regional Abelardo Santos (HRAS), tem a sua atuação baseada no estabelecimento de cooperação entre as coordenações e lideranças técnicas das unidades e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, constituindo um Grupo Técnico Operativo, que irá desenvolver um modelo de controle de infecção relacionada à assistência à saúde com uma maior participação dos diversos colaboradores técnicos.

A responsabilidade pela aplicação dessa medida é, principalmente, dos gestores estratégicos de áreas e das equipes locais, com o auxílio do SCIH, sendo que o seu planejamento está a cargo da comissão, que elabora anualmente o Programa de Controle de Infecção Relacionado à assistência à saúde (PCIRAS) do Hospital.

O Serviço de Controle de infecção Hospitalar (SCIH) atualmente está composto pela equipe de membros executores:

Tabela 1. Membros componentes do SCIH/HRAS, 2021.

MEMBROS DO SCIH	Nº DE PESSOAS
Médico(a) infectologista - Executor(a)	03
Enfermeiro (a) - Executor(a)	03
Técnico (a) de enfermagem - Executor	01

FONTE: SCIH/HRAS

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SCIH

2.1 ROTINAS DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)

Os membros do SCIH desenvolvem suas rotinas conforme descrito abaixo:

Tabela 2. Atividades desenvolvidas pelo SCIH/HRAS, 2021.

FREQUÊNCIA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
DIÁRIO	Emissão, entrega e recolhimento de documentos do SCIH	Técnica de Enfermagem Executora do SCIH
	Alimentar planilha de perfil de sensibilidade aos antimicrobianos dos germes isolados em culturas do hospital	Médico Executor do SCIH
	Atualização de planilha de pacientes em Medidas de Prevenção	Técnica de Enfermagem Executor do SCIH
	Busca Ativa nas Unidades de Terapia Intensiva e notificações de IRAS	Enfermeiras e Médicos Executores do SCIH
	Notificação de não conformidades e orientações in loco sobre prevenção de IRAS quando necessário.	Enfermeiras e Médicos Executoras do SCIH

	Auditoria de antimicrobianos;	Médicos Executores do SCIH
	Monitoramento e feedback para a equipe assistencial sobre resultados de culturas e necessidade de medidas de precaução.	Enfermeiras e Técnica de Enfermagem Executoras do SCIH
	Visita nas UTI's com orientações e discussão de casos.	Médicos Executores do SCIH
	Análise e classificação dos resultados de culturas e discussão com médicos assistentes.	Médicos Executores do SCIH
	Controle dos usuários em precaução.	Enfermeiras e Técnica de Enfermagem Executoras do SCIH
SEMANAL	Avaliação de necessidade de treinamentos específicos	Enfermeiras e Médicos Executores do SCIH
	Feedback para a equipe assistencial	Enfermeiras Executoras do SCIH
	Busca Ativa nas Unidades de Internação	Enfermeiras e Médicos Executores do SCIH
MENSAL	Treinamentos conforme o cronograma anual	Enfermeiras e Médicos Executores do SCIH
	Alimentação dos indicadores	Médico e enfermeiro do SCIH

	Análise crítica dos indicadores de resultados	Médico do SCIH
	Reunião da CCIH	Membros Consultores e Executores da CCIH
	Relatório dos Indicadores de resultado e Processo.	Membros executores do SCIH
Semestral	Elaboração de perfil microbiológico de sensibilidade aos antimicrobianos dos germes isolados em culturas do hospital	Médicos Executores do SCIH
Conforme a necessidade do serviço	Elaboração e/ou atualização de protocolos de prevenção e controle de IRAS	Médicos e Enfermeiros Executores do SCIH

FONTE: SCIH/HRAS

2.2 PARECER TÉCNICO DO SCIH

O Serviço de Controle de Infecção emitiu os seguintes parecer técnicos:

- Material de uso único e reprocessamento (Parecer Técnico nº 05/2022);
- Uso de campos de algodão como embalagem para esterilização de LAP cirúrgico (Parecer Técnico nº 07/2022);
- Checagem de temperatura nos acessos de entrada do hospital (Parecer Técnico nº 06/2022);
- Presença de animais errantes na instituição (Parecer Técnico nº 04/2022).

2.3 ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO DO SCIH

Realizada orientação técnica com as recomendações de tempo de isolamento para os pacientes com Síndrome Gripal conforme atualizações da ANVISA. Aplicado in loco para as equipes de enfermagem das unidades de internação e unidades de terapia intensivas.

Tabela 3. Temática educacional realizado pelo SCIH/HRAS, 2021.

Nº	TEMA	PÚBLICO ALVO	Nº DE PARTICIPANTES
01	Integração institucional Princípios básicos de controle de iras – quem somos? O que fazemos?	Novos Colaboradores	26 participantes (01, 02 e 14/02/2022)
02	Capacitação In Loco: Prevenção de transmissão cruzada de germes (vide em anexo projeto).	Equipe assistencial das Unidades de Terapia Intensiva	85 participantes (15 a 18/02/2022)
03	Oficina de Medidas de Prevenção e Isolamento	Equipe assistencial	179 participantes (22 e 23/02/2022)

FONTE: SCIH/HRAS

2.4 INTER CONSULTA INFECTOLOGIA

O serviço presta interconsulta em Infectologia no hospital para oferecer auxílio e contribuições no reconhecimento de infecções ou doenças infecciosas, além de orientar com relação ao tratamento com antimicrobianos, antivirais, antifúngicos, antiparasitários entre outros.

No mês de fevereiro foram 40 solicitações via sistema (PR). Além disso, a equipe assistencial conta com a presença dos infectologistas nos setores

conforme escala interna e discussão de casos via contato telefônico ou aplicativo de mensagens.

3. INDICADORES DE INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (IRAS) – HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS (HRAS).

3.1. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA GERAL DE IRAS (DI de IRAS):

ANÁLISE CRÍTICA: Em fevereiro de 2022 a densidade de incidência geral de IRAS foi de 1,54, e foi a menor observada no último semestre. A equipe seguiu monitorando as infecções relacionadas à assistência, neste mês com otimização da equipe médica, atualmente atuando de forma presencial, com três colaboradores médicos executores. A análise dos dados seguiu os mesmos critérios adotados e padronizados anteriormente. Observamos queda do número de pacientes dia em fevereiro (7.783), com taxa de ocupação geral de 86,25% e média de permanência de 7,84 dias.

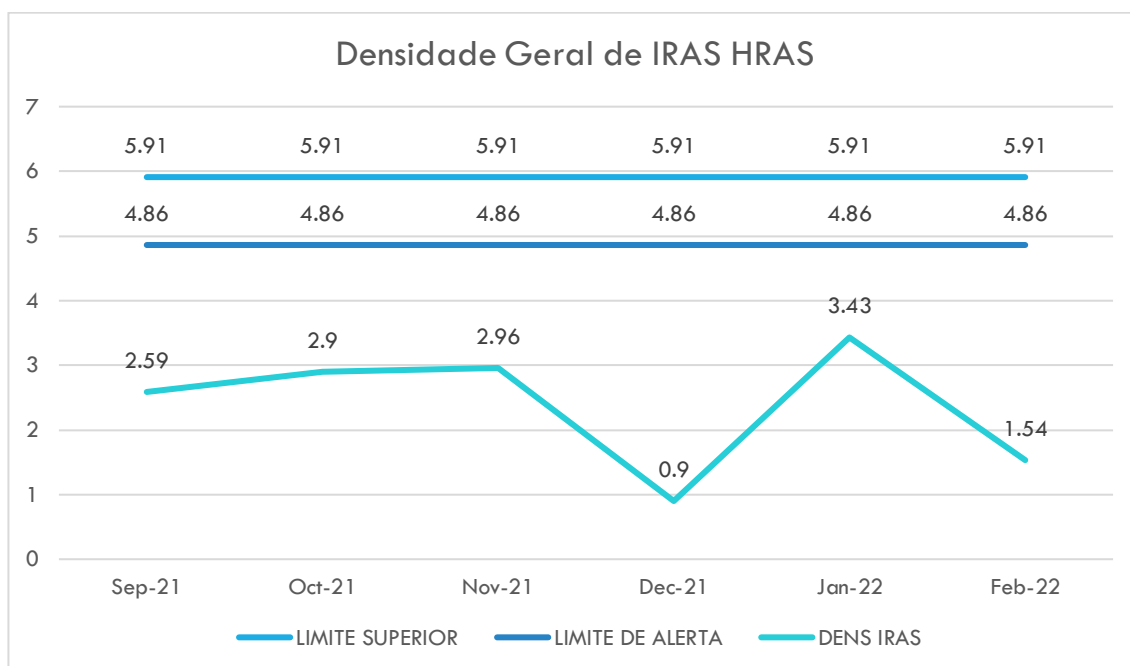


Figura 1 - Densidade Geral IRAS Hospital Regional Abelardo Santos de setembro/2021 a fevereiro/2022. Fonte CCIH/HRAS.

Foram notificadas 12 IRAS, correspondendo: **01** infecção de sítio cirúrgico (ISC), **04** infecções de trato respiratório, **03** infecções de trato urinário, **02** infecções primárias de corrente sanguínea, **01** infecção de

Sistema Nervoso Central e 01 infecção ocular (Figura 2). Os tratos respiratórios e urinários foram as topografias com maior número de casos de IRAS, observando-se que na metade dos casos (50%) a infecção estava relacionada a próteses (Ventilação Mecânica, Cateter Vesical e Cateter Venoso Central). Usuários com internação hospitalar prolongada (>4 semanas) representaram 41,66% do total notificado.

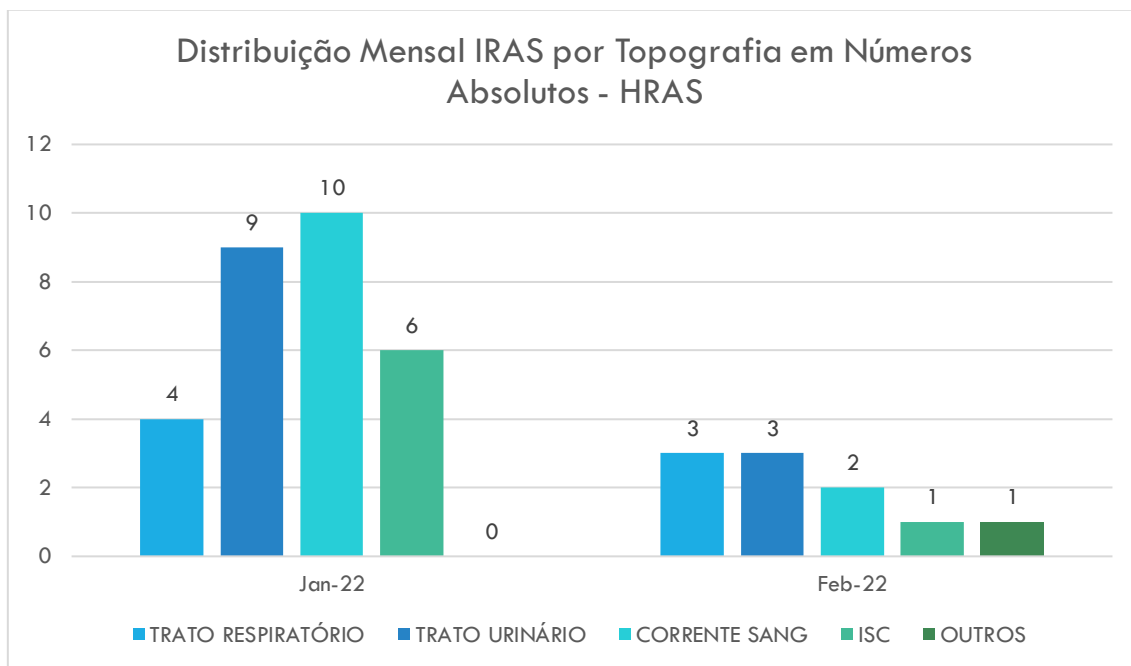


Figura 2 - Distribuição de IRAS por Topografia em Números Absolutos Hospital Regional Abelardo Santos 2022. Fonte: SCIH/HRAS

3.2 TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVAS

3.2.1 UTI – ADULTO

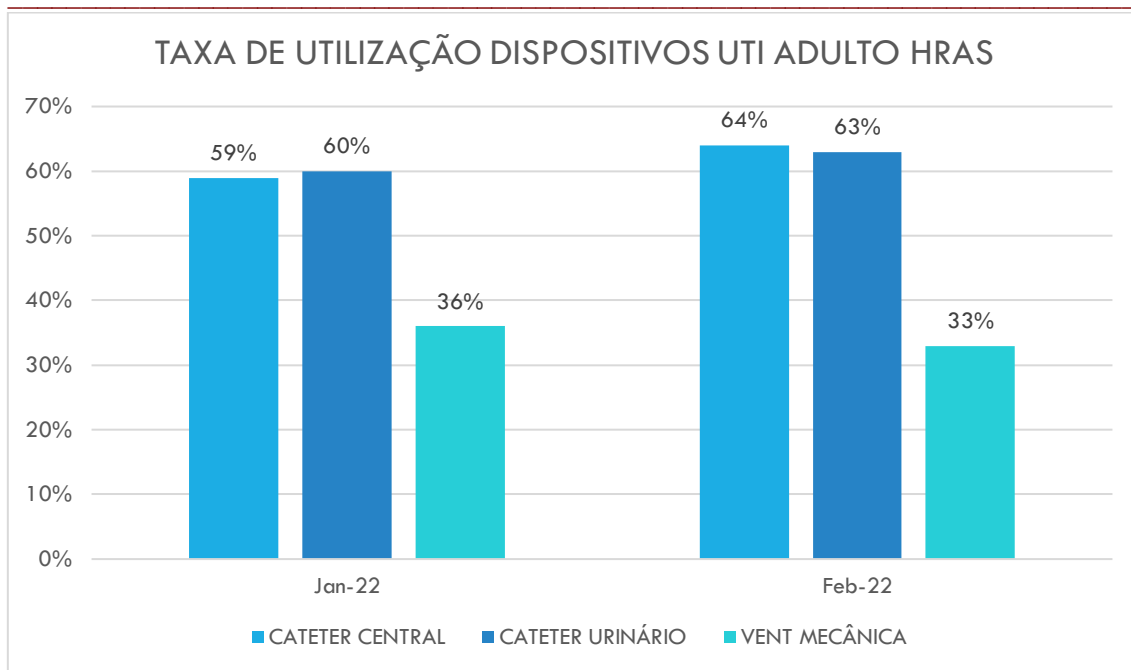


Figura 3 - Taxa de Utilização de Dispositivos UTI Adulto Hospital Regional Abelardo Santos 2022. Fonte: CCIH/HRAS.

3.2.2 UTI PEDIÁTRICA

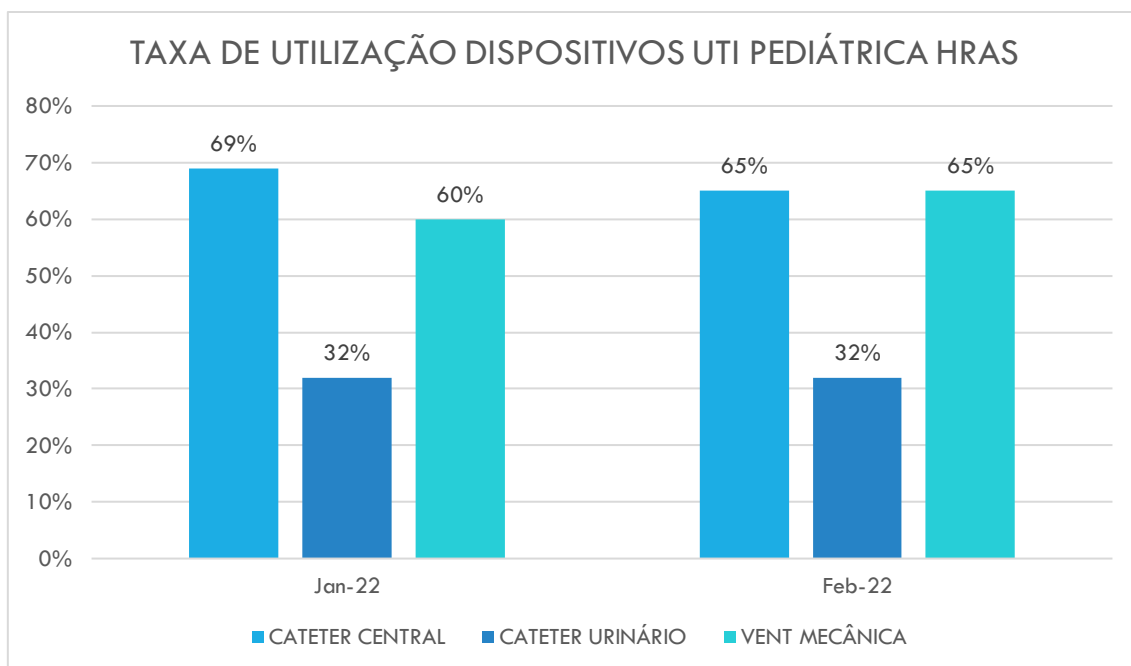


Figura 4 - Taxa de Utilização de Dispositivos UTI Adulto Hospital Regional Abelardo Santos 2022. Fonte: CCIH/HRAS.

Análise Crítica:

As taxas de utilização de dispositivos nas UTI's adulto e pediátrica do hospital se mantiveram na mesma média do mês anterior. Os executores, em suas visitas diárias e participação nas visitas multidisciplinares, tem orientado a importância da vigilância dos dispositivos, bem como a verificação diária da necessidade de permanência.

3.2.3 UTI NEONATAL

Nas UTI's Neonatais, a divisão por faixa de peso, recomendada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), auxilia na classificação das IRAS e estratifica as infecções de acordo com o peso ao nascimento do paciente, fato que pode influenciar no risco de desenvolver infecção.

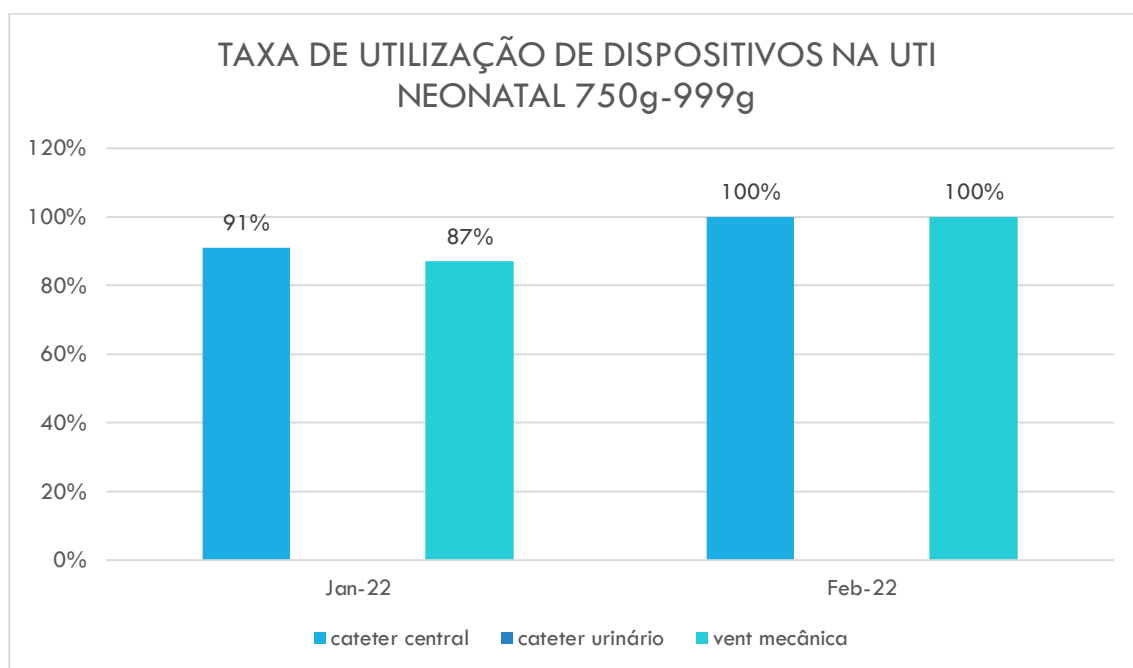


Figura 5 - Taxa de Utilização de Dispositivos UTI Neonatal 750-999g HRAS.
FONTE: SCIH/HRAS.

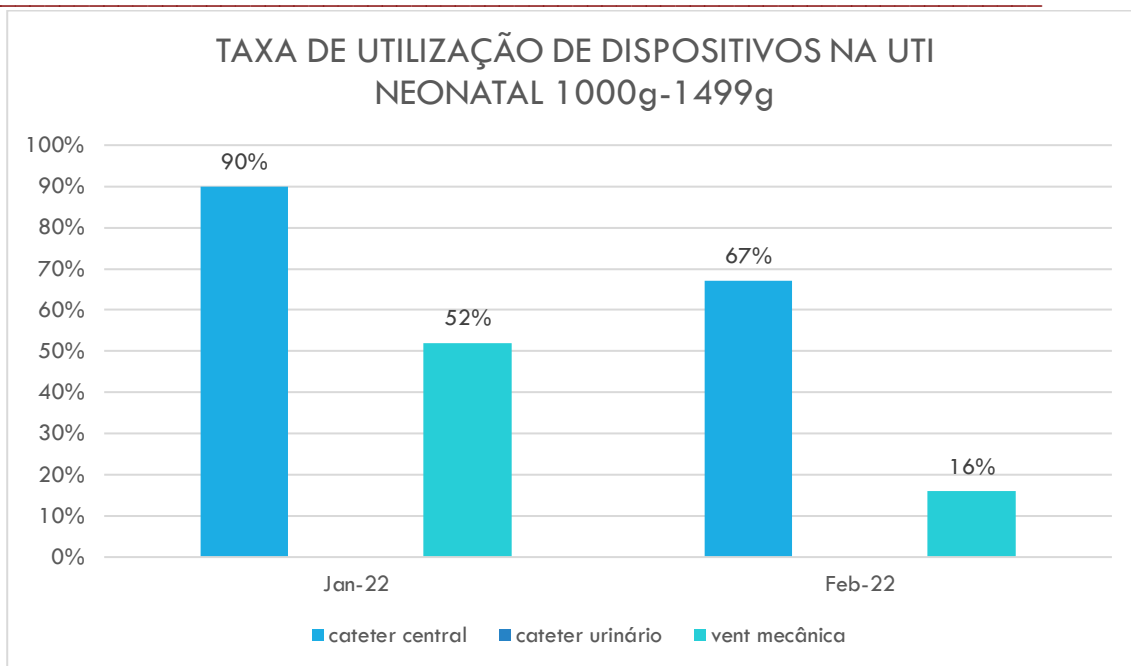


Figura 6 - Taxa de Utilização de Dispositivos UTI Neonatal 1000-1499g HRAS.
FONTE: SCIH/HRAS.

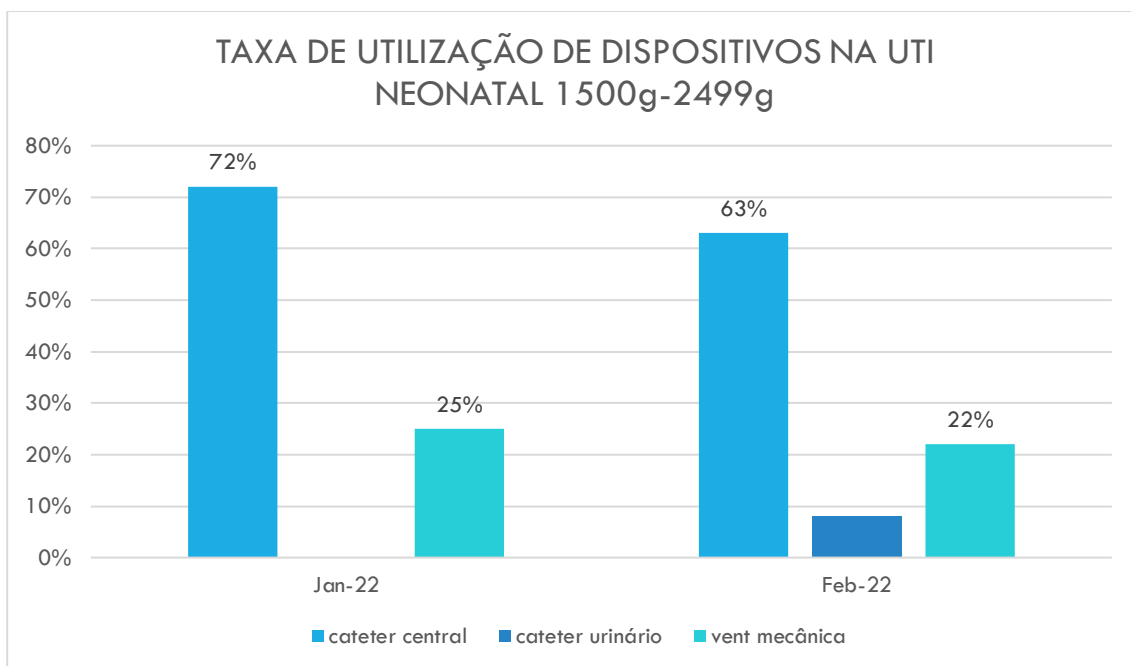


Figura 7 - Taxa de Utilização de Dispositivos UTI Neonatal 1500-2499g HRAS.
FONTE: SCIH/HRAS.

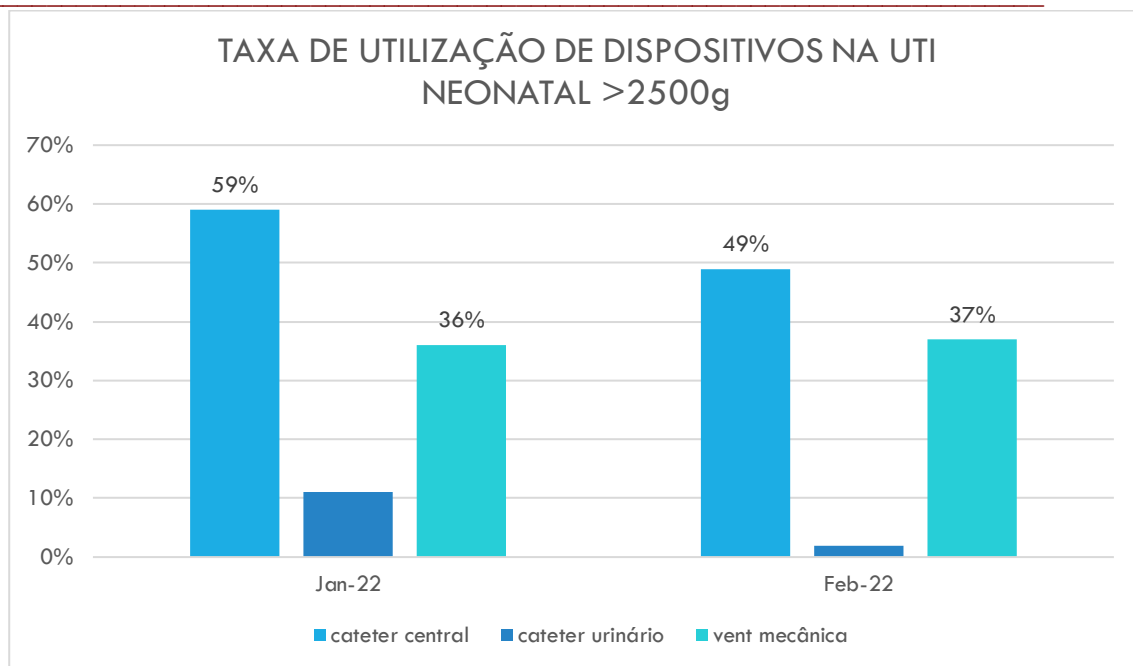


Figura 8 - Taxa de Utilização de Dispositivos UTI Neonatal >2500g HRAS.
FONTE: SCIH/HRAS.

Análise Crítica:

Entre os neonatos de 750 – 999g observamos as maiores taxas de utilização de ventilação mecânica e cateter central. Neste mês a taxa foi de 100%. A faixa de peso entre 1000 – 1499g demonstrou queda em comparação ao mês anterior nas taxas de utilização, o que também ficou demonstrado nas demais faixas de peso.

4. INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC):

ANÁLISE CRÍTICA: A taxa de ISC geral foi de 0,2, representando queda em relação ao mês anterior. Foi notificada apenas uma infecção de sítio cirúrgico em parto cesareano (Figuras 5 e 6). O Serviço pretende adotar medidas de vigilância pós alta para detecção de Infecções de Sítio Cirúrgico e considera as taxas obtidas até o momento como uma fração da totalidade dos casos, que no momento estão subnotificados. Este mês não observamos nenhuma infecção em cirurgia limpa. As ISC's (eventos) serão notificadas aos órgãos reguladores e ao NQSP mensalmente para elaboração de plano de ação.

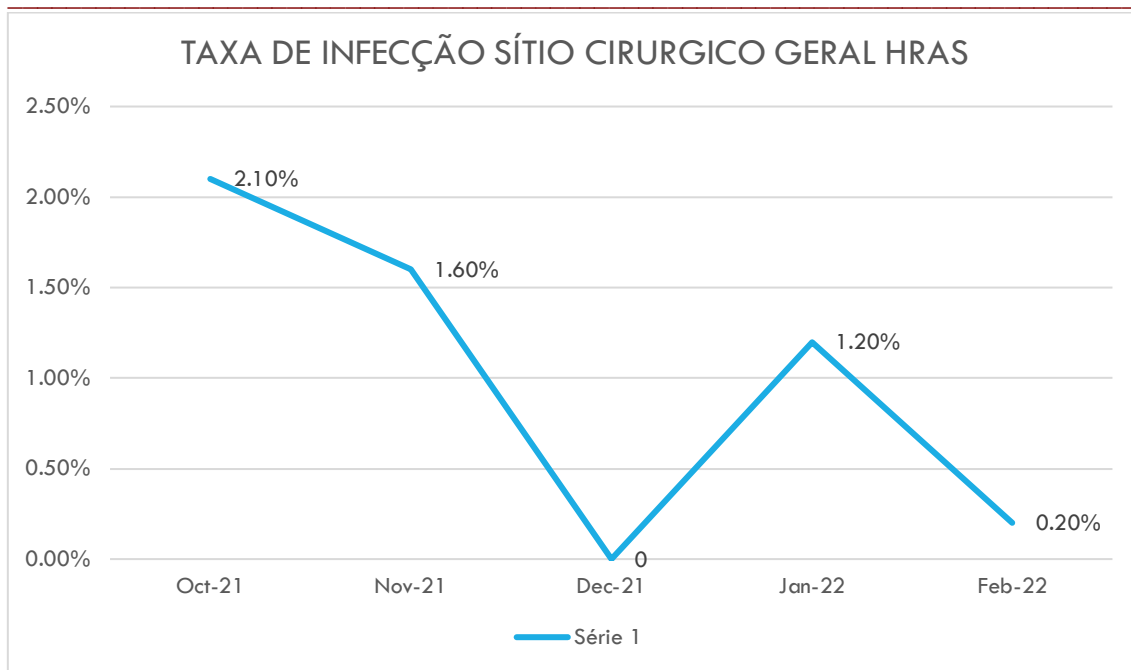


Figura 9 - Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico Geral HRAS de outubro de 2021 a fevereiro de 2022. Fonte: CCIH/HRAS.

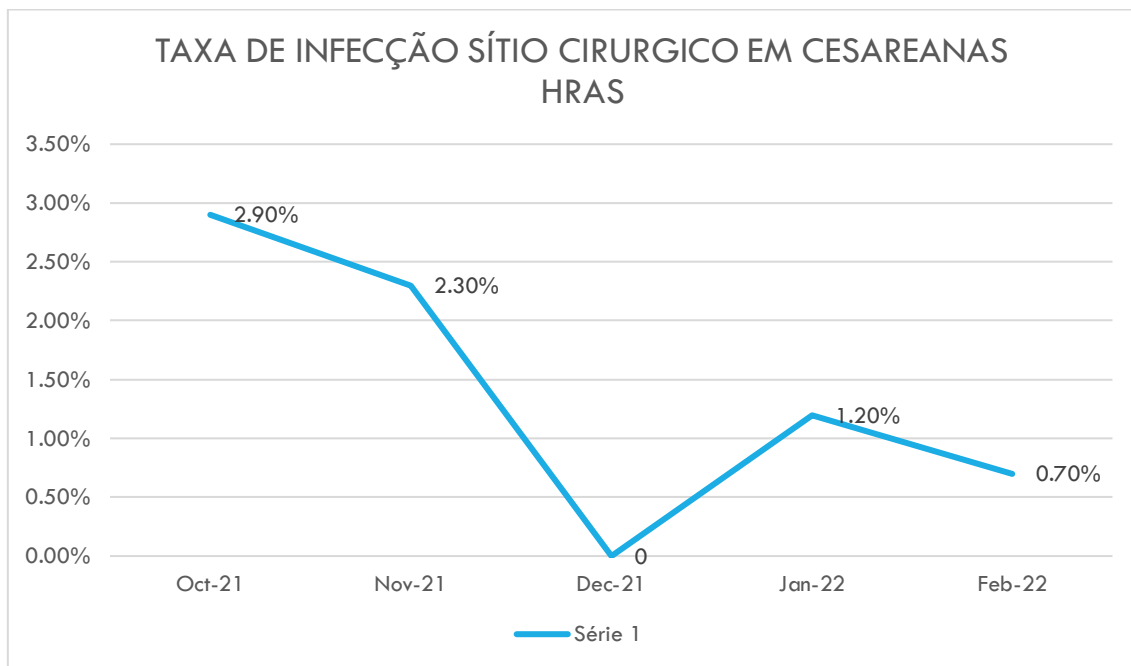


Figura 10 - Taxa de ISC em Partos Cesareanos HRAS de outubro de 2021 a fevereiro 2022. FONTE: SCIH/HRAS.

5. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS

5.1 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI ADULTO:

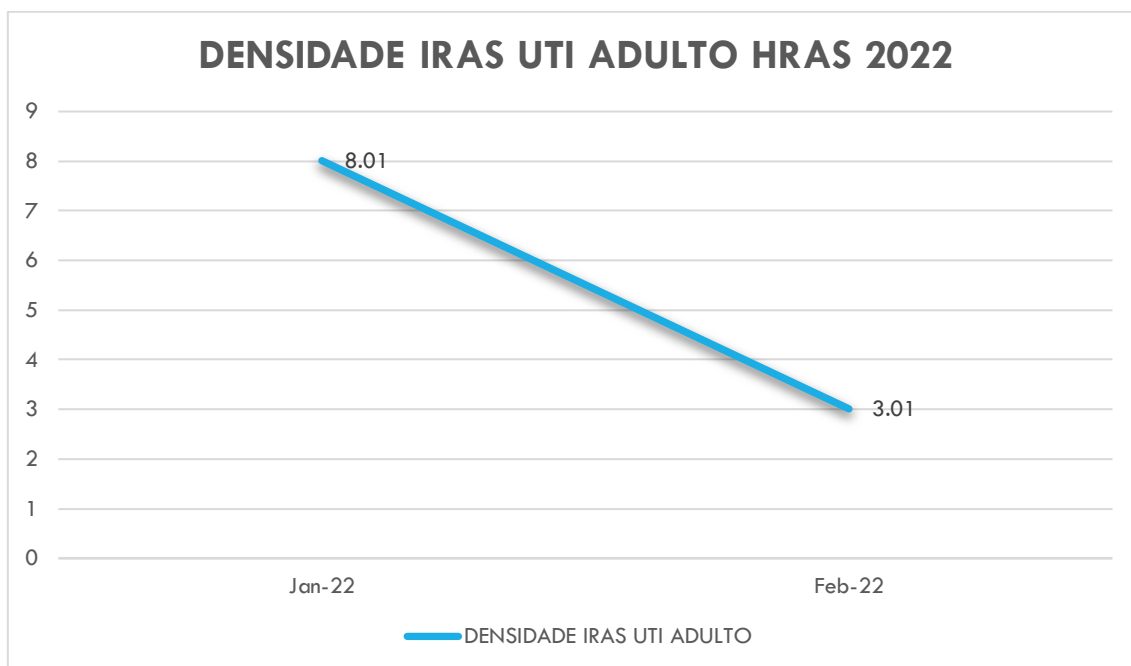


Figura 11 – Densidade de IRAS na UTI Adulto HRAS 2022. FONTE: SCIH/HRAS.

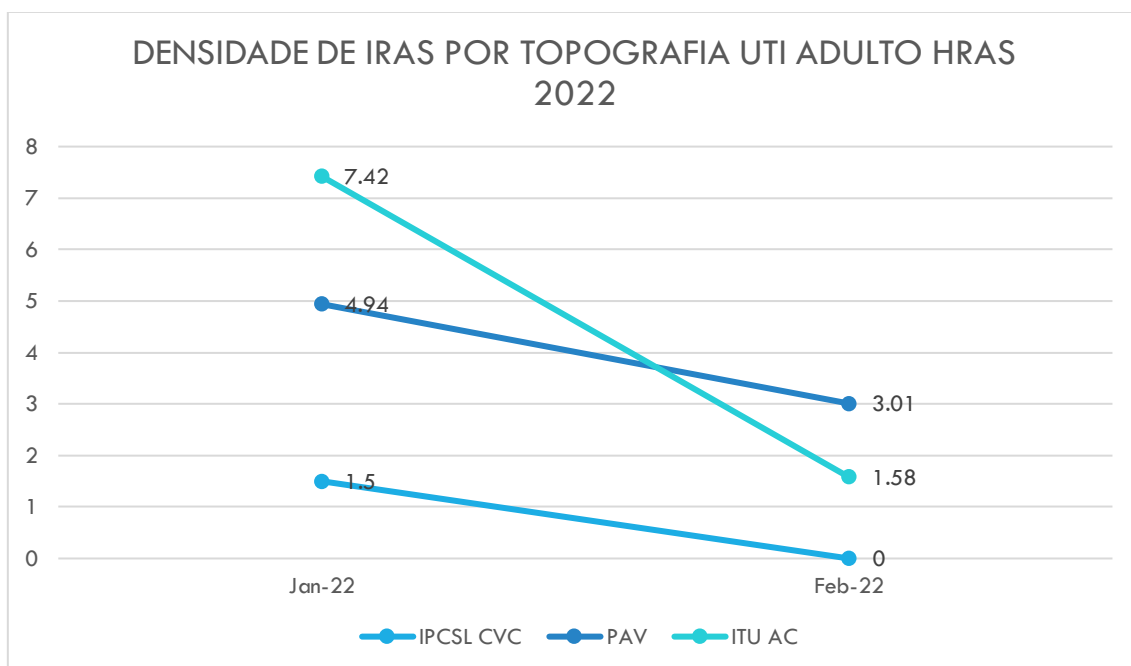


Figura 12 - Densidade de IRAS por topografia na UTI Adulto HRAS 2022. FONTE: SCIH/HRAS.

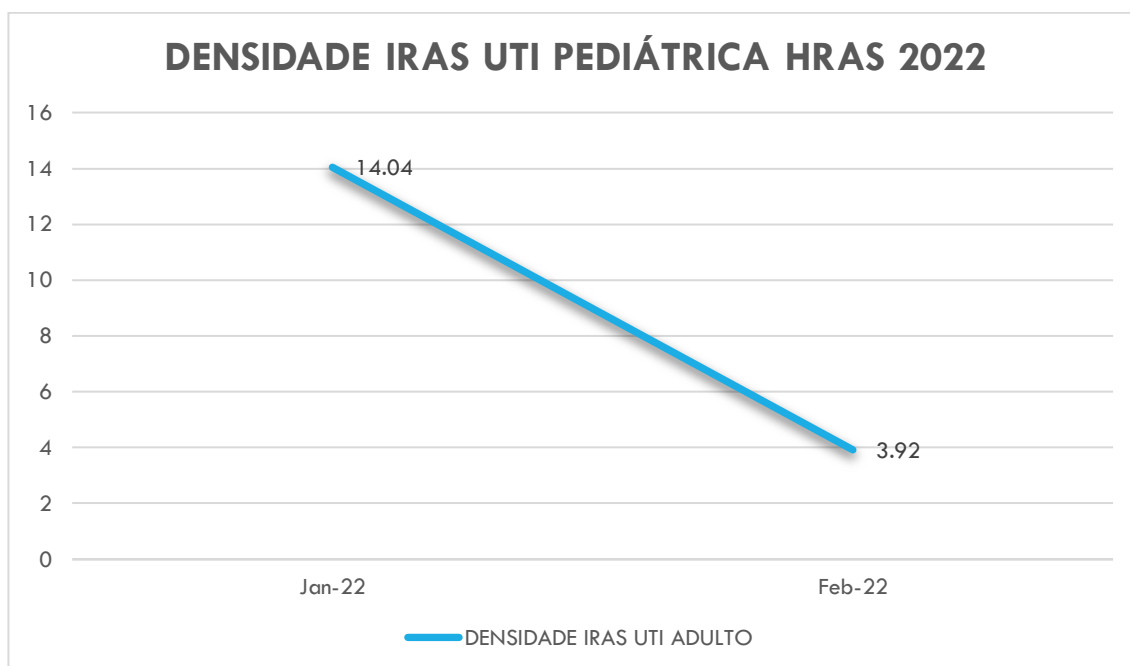
ANÁLISE CRÍTICA: No período analisado, observamos queda das densidades de IRAS no setor.

Foram notificadas nas unidades de terapia intensiva adultas: **02 infecções de trato respiratório, sendo 01 PAV (pneumonia associada à ventilação mecânica) e 01 Traqueíte (Outras Infecções do Trato Respiratório – OITR) e 01 ITU-AC (infecção do trato urinário associado ao cateter vesical de demora).** Mudanças na estruturação da equipe, bem como maior rigor no preenchimento dos critérios de IRAS para notificação, é um ponto a ser apontado como confundidor nesta análise dos casos. Porém, a presença do serviço nas UTI's de forma diária e frequente, é, sem dúvida, um ponto positivo na prevenção das IRAS e vem representando melhorias no atendimento aos usuários do HRAS.

A taxa de letalidade relacionada a IRAS no mês de fevereiro na UTI Adulto foi de 33,33%. Tal dado passará a ser analisado mensalmente.

5.2 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI PEDIÁTRICA:

ANÁLISE CRÍTICA: A densidade de incidência de IRAS no período em análise foi de 3,92. Neste mês foi notificada apenas uma infecção de trato respiratório (PAV). A análise crítica está em conformidade com análise da UTI Adulto, com redução importante da densidade.



5.3 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA IRAS – UTI NEONATAL (PESO AO NASCER < 750G)

Não houveram diagnósticos de infecções relacionadas à assistência nos dois últimos meses.

5.4 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI NEONATAL (PESO AO NASCER ENTRE 750G E 999G)

Não houveram diagnósticos de infecções relacionadas à assistência nos dois últimos meses.

5.5 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI NEONATAL (PESO AO NASCER ENTRE 1000G E 1499G)**ANÁLISE CRÍTICA:**

Na referida faixa de peso, a densidade de incidência de IRAS foi de 9,8 sendo registrado apenas 01 IPCS-CVC (infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central). Não houve registro de PAV, nem ITU AC nessa faixa de peso.

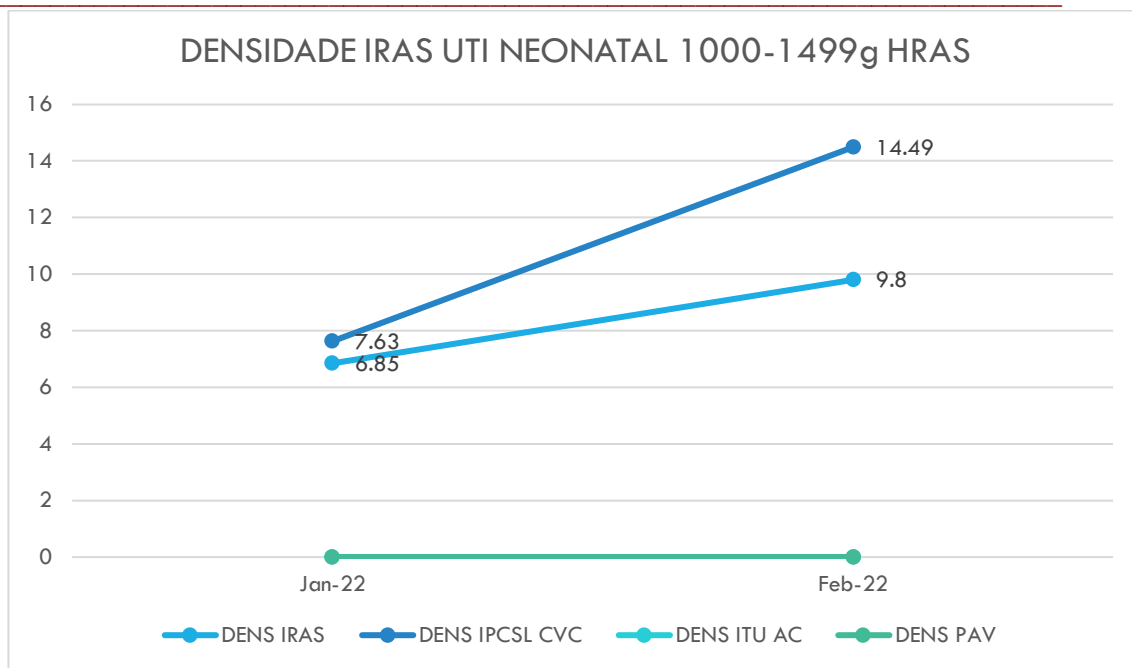


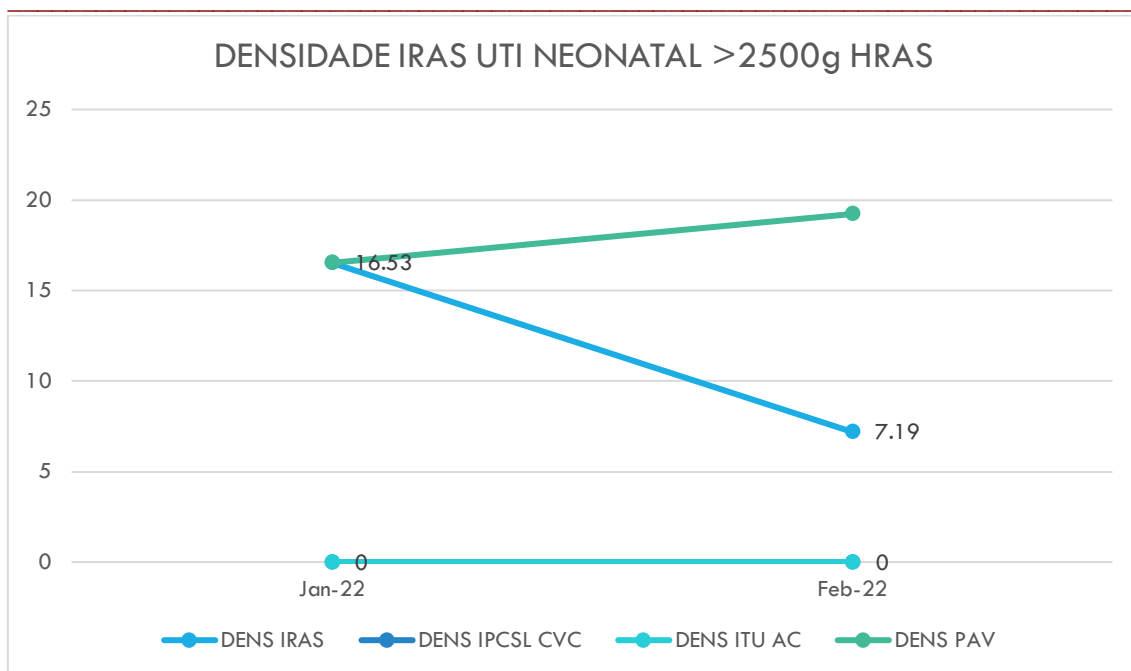
Figura 13 - Densidade de IRAS UTI Neonatal HRAS, 1000-1499g, 2022. FONTE: SCIH/HRAS.

5.6 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS - UTI NEONATAL (FAIXA DE PESO AO NASCER ENTRE 1500G E 2499G)

Foram notificadas duas IRAS não relacionadas a dispositivos no período em análise, nessa faixa de peso. Uma de Sistema Nervoso Central (Meningite) e uma infecção ocular (Conjuntivite). Os neonatos evoluíram de forma satisfatória.

5.7 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI NEONATAL (FAIXA DE PESO AO NASCER > 2500G)

Nessa faixa de peso, no período em análise a densidade de IRAS ficou em 7,19. Sendo registrado apenas 01 PAV nessa faixa de peso.



5.8 Taxa de Letalidade relacionada IRAS UTI Neonatal

No mês de fevereiro a taxa de letalidade relacionada a IRAS na UTI Neonatal foi de 25%. Este dado passará a ser analisado mensalmente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência no mês de fevereiro apresentou redução considerável se comparado ao mês anterior. A melhora deve estar relacionada a intensificação das medidas de prevenção observadas nos setores, motivada pelo trabalho que o serviço vem realizando.

Com adequação da equipe e presença do médico junto a equipe assistencial, também foi possível maior rigor na utilização dos critérios de IRAS.

O SCIH segue no processo de apoio aos setores assistenciais para prevenção de IRAS junto a equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Ressalta-se que o SCIH é um órgão de consultoria da Diretoria, obedecendo a portaria nº 2616 do Ministério da Saúde (MS), voltando-se ao fornecimento de indicadores, análise e

interpretação que estão constadas neste relatório com encaminhamento à Diretoria. A devolutiva das ações deve ser respaldada através da colaboração e

apoio dos setores assistenciais, através do cumprimento de normas, regras e boas práticas voltadas a prevenção de infecções.

Projetos SCIH:

Projeto da capacitação in loco de terapia intensiva.

Belém, 03 de fevereiro de 2022

Vanessa Regina Cavalcante dos Santos

Ligia dos Reis Pereira – Supervisora do SCIH /HRAS

Brenda Ramos de Souza – Enfermeira do SCIH /HRAS

Ana Carolina Almeida Ribeiro – Enfermeira do SCIH /HRAS

ANEXOS

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7E80C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

Anexo A – Projeto da capacitação in loco nas unidades de terapia intensiva.**“ÁLBUM SERIADO” COMO INSTRUMENTO MEDIADOR DE AÇÃO
EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO CRUZADA DE GERMES**

Desde o dia 15 de fevereiro de 2022, o SCIH do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, elaborou capacitações nos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) voltadas às ações de precauções de contato de germes multidroga-resistentes (MDR).

Com advento das chamadas superbactérias ou germes MDR, aumentaram-se as estratégias de prevenção da contaminação cruzadas entre pacientes com estes tipos de germes, essencialmente quando se trata UTI's onde a transmissão entre os pacientes pode ser veiculada pelos próprios profissionais.

Neste sentido o SCIH, elaborou um álbum seriado voltado a auxiliar nas atividades educativas. O álbum seriado é formado por informações sobre: o que são germes MDR, diferenças entre colonização e infecção, perfil de sensibilidade antimicrobiana, principais medidas para prevenção da transmissão através do protocolo de “contato” e a importância da higiene das mãos.

O álbum seriado é uma importante estratégia educativa voltada a direcionar a atenção do receptor da mensagem, dando sequência a determinado assunto e auxilia em orientações educativas que requerem pouco tempo, e de fácil entendimento, uma vez que utiliza muitas ilustrações (VASCOSKI et al., 2019).

Para elaboração do material, utilizou-se impressões em folha A4, sendo cada uma plastificada com material de fácil higienização, facilitando que após o término da manipulação, seja possível reutilizar o mesmo após limpeza. Em relação ao conteúdo, utilizou-se como fonte o protocolo de contato hospitalar e ilustrações disponíveis na internet de forma pública.

As ações foram realizadas pela manhã e tarde e contaram com a participação da equipe de Multiprofissional dos setores da UTI's adulto, pediátrica e neonatal. Participaram da ação, 85 profissionais, entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos intensivistas. Toda equipe expressou comprometimento com as informações,

além de poderem esclarecer algumas dúvidas a respeito das informações repassadas pelas enfermeiras do SCIH.

Anexo B - FOTOS DA AÇÃO DO DIA 15 A DIA 18 DE FEVEREIRO DE 2022.



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7



Anexo C – Lista de Frequência da capacitação in loco nas UTI.

[illegible]



Ministry of Education and Higher Education
Republic of Serbia

Forma za izradu i ispunjavanje
Zahteva za izradu



Ministry of Education and Higher Education
Republic of Serbia

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Broj: _____

Datum: _____

OPIS ZAHTEVA

Redni broj	Opis zahteva	Datum	Status
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____
11	_____	_____	_____
12	_____	_____	_____
13	_____	_____	_____
14	_____	_____	_____
15	_____	_____	_____

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Broj: _____

Datum: _____

PARA Relatório de Execução das Atividades do Contato de Gestão 005/SESPA/2022 – Ref.: 02/2022 – Mensal

Formulário - Relatório de Execução das Atividades do Contato de Gestão

Unidade: 005 **Atividade: 005**

Nome do Responsável: SAMIA STELA SILVA MAKINO **Data: 15/03/2022**

Assinatura: SAMIA STELA SILVA MAKINO

Nº	Atividade	Realizada	Observações
1	Atividade 1		
2	Atividade 2		
3	Atividade 3		
4	Atividade 4		
5	Atividade 5		
6	Atividade 6		
7	Atividade 7		
8	Atividade 8		
9	Atividade 9		
10	Atividade 10		
11	Atividade 11		
12	Atividade 12		
13	Atividade 13		
14	Atividade 14		
15	Atividade 15		
16	Atividade 16		
17	Atividade 17		
18	Atividade 18		
19	Atividade 19		
20	Atividade 20		

Assinatura: SAMIA STELA SILVA MAKINO **Data: 15/03/2022**

PARA Relatório de Execução das Atividades do Contato de Gestão 005/SESPA/2022 – Ref.: 02/2022 – Mensal

Formulário - Relatório de Execução das Atividades do Contato de Gestão

Unidade: 005 **Atividade: 005**

Nome do Responsável: SAMIA STELA SILVA MAKINO **Data: 15/03/2022**

Assinatura: SAMIA STELA SILVA MAKINO

Nº	Atividade	Realizada	Observações
1	Atividade 1		
2	Atividade 2		
3	Atividade 3		
4	Atividade 4		
5	Atividade 5		
6	Atividade 6		
7	Atividade 7		
8	Atividade 8		
9	Atividade 9		
10	Atividade 10		
11	Atividade 11		
12	Atividade 12		
13	Atividade 13		
14	Atividade 14		
15	Atividade 15		
16	Atividade 16		
17	Atividade 17		
18	Atividade 18		
19	Atividade 19		
20	Atividade 20		

Assinatura: SAMIA STELA SILVA MAKINO **Data: 15/03/2022**

PARA Relatório de Execução das Atividades do Contato de Gestão 005/SESPA/2022 – Ref.: 02/2022 – Mensal

Formulário - Relatório de Execução das Atividades do Contato de Gestão

Unidade: 005 **Atividade: 005**

Nome do Responsável: SAMIA STELA SILVA MAKINO **Data: 15/03/2022**

Assinatura: SAMIA STELA SILVA MAKINO

Nº	Atividade	Realizada	Observações
1	Atividade 1		
2	Atividade 2		
3	Atividade 3		
4	Atividade 4		
5	Atividade 5		
6	Atividade 6		
7	Atividade 7		
8	Atividade 8		
9	Atividade 9		
10	Atividade 10		
11	Atividade 11		
12	Atividade 12		
13	Atividade 13		
14	Atividade 14		
15	Atividade 15		
16	Atividade 16		
17	Atividade 17		
18	Atividade 18		
19	Atividade 19		
20	Atividade 20		

Assinatura: SAMIA STELA SILVA MAKINO **Data: 15/03/2022**

PARA Relatório de Execução das Atividades do Contato de Gestão 005/SESPA/2022 – Ref.: 02/2022 – Mensal

Formulário - Relatório de Execução das Atividades do Contato de Gestão

Unidade: 005 **Atividade: 005**

Nome do Responsável: SAMIA STELA SILVA MAKINO **Data: 15/03/2022**

Assinatura: SAMIA STELA SILVA MAKINO

Nº	Atividade	Realizada	Observações
1	Atividade 1		
2	Atividade 2		
3	Atividade 3		
4	Atividade 4		
5	Atividade 5		
6	Atividade 6		
7	Atividade 7		
8	Atividade 8		
9	Atividade 9		
10	Atividade 10		
11	Atividade 11		
12	Atividade 12		
13	Atividade 13		
14	Atividade 14		
15	Atividade 15		
16	Atividade 16		
17	Atividade 17		
18	Atividade 18		
19	Atividade 19		
20	Atividade 20		

Assinatura: SAMIA STELA SILVA MAKINO **Data: 15/03/2022**

Formulario de Registro de Actividades de Investigación
Actividad Científica





Fecha de Registro: _____
 Lugar: _____
 Nombre del Investigador: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Fecha de Ejecución: _____
 Lugar: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Resumen de la Actividad:

El presente informe describe la actividad de investigación realizada en el marco del proyecto de investigación sobre el tema de la contaminación ambiental en la zona de estudio. Se realizaron varias actividades de campo y laboratorio, las cuales se detallan a continuación:

Actividad	Fecha	Lugar	Observaciones
Revisión de la literatura sobre contaminación ambiental	15/01/2023	En el laboratorio	Se revisaron los artículos científicos sobre el tema de la contaminación ambiental en la zona de estudio.
Elaboración del protocolo de investigación	16/01/2023	En el laboratorio	Se elaboró el protocolo de investigación, el cual incluye los objetivos, metodología y resultados esperados.
Revisión del protocolo de investigación	17/01/2023	En el laboratorio	Se revisó el protocolo de investigación con el asesor y se realizaron las modificaciones necesarias.
Elaboración de la propuesta de investigación	18/01/2023	En el laboratorio	Se elaboró la propuesta de investigación, la cual incluye el protocolo de investigación y el presupuesto.
Revisión de la propuesta de investigación	19/01/2023	En el laboratorio	Se revisó la propuesta de investigación con el asesor y se realizaron las modificaciones necesarias.
Elaboración del informe de investigación	20/01/2023	En el laboratorio	Se elaboró el informe de investigación, el cual incluye los resultados de la actividad y las conclusiones.
Revisión del informe de investigación	21/01/2023	En el laboratorio	Se revisó el informe de investigación con el asesor y se realizaron las modificaciones necesarias.
Elaboración del informe final de investigación	22/01/2023	En el laboratorio	Se elaboró el informe final de investigación, el cual incluye todos los resultados de la actividad.
Revisión del informe final de investigación	23/01/2023	En el laboratorio	Se revisó el informe final de investigación con el asesor y se realizaron las modificaciones necesarias.
Elaboración del informe de investigación	24/01/2023	En el laboratorio	Se elaboró el informe de investigación, el cual incluye los resultados de la actividad y las conclusiones.
Revisión del informe de investigación	25/01/2023	En el laboratorio	Se revisó el informe de investigación con el asesor y se realizaron las modificaciones necesarias.
Elaboración del informe final de investigación	26/01/2023	En el laboratorio	Se elaboró el informe final de investigación, el cual incluye todos los resultados de la actividad.
Revisión del informe final de investigación	27/01/2023	En el laboratorio	Se revisó el informe final de investigación con el asesor y se realizaron las modificaciones necesarias.
Elaboración del informe de investigación	28/01/2023	En el laboratorio	Se elaboró el informe de investigación, el cual incluye los resultados de la actividad y las conclusiones.
Revisión del informe de investigación	29/01/2023	En el laboratorio	Se revisó el informe de investigación con el asesor y se realizaron las modificaciones necesarias.
Elaboración del informe final de investigación	30/01/2023	En el laboratorio	Se elaboró el informe final de investigación, el cual incluye todos los resultados de la actividad.
Revisión del informe final de investigación	31/01/2023	En el laboratorio	Se revisó el informe final de investigación con el asesor y se realizaron las modificaciones necesarias.

Conclusiones:

La actividad de investigación realizada en el marco del proyecto de investigación sobre el tema de la contaminación ambiental en la zona de estudio, permitió obtener los siguientes resultados:

Fecha de Registro: _____
 Lugar: _____
 Nombre del Investigador: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Fecha de Ejecución: _____
 Lugar: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Fecha de Registro: _____
 Lugar: _____
 Nombre del Investigador: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

RELATORIO MENSAL DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A Central de Material e Esterilização (CME) é unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde. No HRAS a CME, passou a ser da organização interna do hospital há três meses tendo seus processos gerenciais em mudança, assim como, a sua estrutura, equipe técnica e readequação de fluxos, sempre buscando a melhoria continua do processo.

Atualmente, o quadro de técnicos de enfermagem é composto por 24 técnicos, sendo 7 em cada plantão diurno e 5 em cada plantão noturno. Possui 1 enfermeira com jornada de 8 horas de segunda a sexta-feira, sendo assim os enfermeiros do centro cirúrgico noturno e diurno dos fins de semana fazem a cobertura do setor, permitindo que haja a figura do enfermeiro 24 horas na CME. Abaixo a distribuição da equipe de enfermagem por turno.

TABELA I – Dimensionamento equipe de enfermagem por turno – CME

DIMENSIONAMENTO EQUIPE DE ENFERMAGEM -CME					
	DIURNO PAR	NOTURNO PAR	DIURNO IMPAR	NOTURNO IMPAR	TOTAL
TECNICOS DE ENFERMAGEM	7	5	7	5	24
	DIURNO SEGUNDA A SEXTA	SÁBADO E DOMINGO	NOTURNO PAR	NOTURNO IMPAR	TOTAL
ENFERMEIRO	1	2	1	1	5

1.1 COMPOSIÇÃO ESTRUTURAL

A CME do HRAS é de Classe II (conforme RDC 15 de 2012), pois realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento. Desta forma possui os seguintes setores: vestiário barreira limpo e sujo, expurgo, sala de desinfecção química,



sala de preparo, área de esterilização, arsenal, além das áreas de apoio sala de administração e estoque.

1.2- ARSENAL TECNOLÓGICO

Para a realização da produção dos materiais dispomos de um arsenal tecnológico dividido por área de produção, conforme tabela abaixo:

TABELA II – Distribuição de equipamentos por área de produção.

EQUIPAMENTOS	QUANTIDADE	AREA
TERMODESSINFECTADORA	2	SUJA/LIMPA
AUTOCLAVE A VAPOR	3	SUJA/LIMPA
AUTOCLAVE A BAIXA TEMPERATURA	1	LIMPA
SELADORA	1	LIMPA
INCUBADORA	1	LIMPA
COMPRESSOR DE AR COMPRIMIDO	1	LIMPA

2. AÇÕES SETORIAIS

As ações e atividades realizadas no mês de fevereiro foram:

- Implementado o indicador: **Incidência de Materiais Recolhidos Incompletos/Danificados.**
- No dia 21/02/2022 foi dado início ao novo fluxo de coleta de materiais nos setores do hospital.
- Revisado e construído novos formulários para mensurar a produção, distribuição e organização da coleta de materiais.

3. TREINAMENTOS

No _____ mês _____ de _____ fevereiro
a equipe obteve os seguintes treinamentos:

- Gestação e Puerpério na Adolescência: Conscientização da Equipe Assistencial- Facilitadoras: Assistentes sociais do HRAS
- Manual de Prontuário- Facilitadora: Enfermeira Nayagra Baltazar
- Oficina de Precaução e Isolamento- Facilitadora: Enfermeira Lígia Pereira
- Classificação de produtos para saúde- Treinamento referente ao PAT 2022- Facilitadora: Enfermeira Maynah Cardoso

Fotos do Treinamento a respeito da Classificação de produtos para a saúde



4. INDICADORES:

4.1 Indicador de Produção CME

A produção da CME é baseada nos itens processados de acordo com cada modalidade de desinfecção e esterilização. Bem como a distribuição para todos os clientes que utilizam materiais não-críticos, semicríticos e críticos do hospital. Na tabela abaixo podemos observar a distribuição diária e mensal por setor (cliente) da CME.

TABELA I – Distribuição de materiais por setor

DISTRIBUIÇÃO POR UNIDADE																														
FEVEREIRO																														
SETOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL	
SALA VERMELHA PEDIA	4	17	0	0	0	0	3	28	0	17	8	8	0	9	0	5	5	0	4	24	5	31	31	4	4	29	0	11	247	
SALA VERMELHA ADUL	16	5	2	7	4	10	5	2	0	0	18	7	10	22	0	4	0	22	5	4	13	3	0	0	0	4	3	9	175	
PS PEDIATRICO	3	4	9	0	0	5	0	7	10	5	8	6	6	5	0	7	0	5	11	10	3	0	3	7	0	10	3	4	131	
PS ADULTO	0	0	3	6	12	13	0	0	0	1	0	0	2	5	0	0	4	10	6	0	2	34	47	5	0	0	0	5	155	
PS OBSTETRICO	1	2	3	1	0	1	0	3	6	1	8	0	0	2	4	2	2	0	8	0	0	0	0	4	7	4	9	1	69	
ENDOSCOPIA	3	2	3	0	0	0	0	15	23	2	0	0	0	1	12	5	5	2	40	0	3	16	18	2	3	0	0	0	155	
TOMOGRAFIA	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	
RADIOGRAFIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
HEMODIALISE	15	187	95	0	0	0	345	72	102	117	8	83	0	110	122	41	116	250	190	0	106	79	79	49	47	86	0	313	2612	
CENTRO CIRURGICO	111	205	133	132	249	9	8	310	250	149	188	0	152	230	212	244	346	222	60	112	81	190	315	169	177	80	84	18	4436	
CENTRO OBSTETRICO	78	116	30	70	106	83	37	151	48	0	80	53	77	50	55	190	76	40	50	156	0	116	55	80	41	57	45	119	2059	
PPP	0	24	29	48	23	25	23	13	19	27	24	8	37	14	0	18	3	16	20	15	37	44	29	17	9	25	19	18	584	
HEMODINAMICA	23	0	17	36	25	0	0	61	0	23	28	29	0	14	58	69	2	0	10	0	41	93	26	38	15	65	0	0	673	
UTI ADULTO PAR	4	30	28	11	57	11	9	16	5	30	23	32	37	12	21	48	18	33	19	50	13	16	8	1	15	9	18	27	601	
UTI ADULTO IMPAR	34	3	2	16	26	11	14	47	5	34	9	31	4	30	8	31	18	30	21	31	7	14	11	66	1	21	33	24	582	
UTINEO 1	10	30	31	16	0	6	9	16	12	16	29	11	9	9	15	19	23	6	6	15	4	13	3	20	13	2	6	21	370	
UTINEO 2	21	0	20	26	3	10	0	3	9	4	11	8	5	9	6	10	12	3	3	22	6	14	0	6	8	9	15	0	243	
UTIPED.	15	9	3	13	32	18	16	5	16	0	36	7	27	7	27	4	8	6	6	13	18	20	6	12	19	10	18	7	378	
UTIPED. (NOVA)	6	8	0	0	0	0	10	5	14	3	4	5	0	0	4	8	6	12	3	0	0	3	0	0	7	0	0	0	98	
UTICON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	6	
UTINCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
UCINEO	0	0	0	0	0	3	0	0	6	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	26	
CLINICA PED. PAR	2	0	23	0	8	5	0	11	3	6	6	8	0	0	8	0	0	0	0	5	0	0	6	8	0	0	0	0	16	115
CLINICA PED. IMPAR	0	0	14	6	7	0	0	8	16	0	26	0	6	7	1	6	0	0	7	0	3	0	6	0	0	7	15	14	149	
CLINICA OBSTETRICA P	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	0	0	0	19	
CLINICA OBSTETRICA IN	0	0	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	
CLINICA GINECOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	6	0	0	2	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	20	
NEUROCIRURGIA PAR	10	2	0	3	0	0	0	18	6	5	0	6	0	0	11	12	0	8	0	7	11	0	4	0	7	0	0	0	110	
NEUROCIRURGIA IMPAR	0	0	0	0	0	5	0	0	4	0	0	0	0	3	0	8	0	0	0	7	9	0	15	0	0	0	0	8	59	
CLINICA CIRURGICA	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	10	11	5	2	0	0	9	0	0	4	0	0	10	16	7	10	24	13	125	
VASCULA PAR	0	7	0	17	10	7	6	19	0	0	3	3	2	0	0	0	9	0	0	17	0	13	4	22	0	36	6	0	181	
CLINICA MEDICA IMPAR	0	0	0	0	0	10	12	0	12	0	8	8	8	0	0	0	4	12	4	21	7	0	6	0	16	5	10	143		
NEFROLOGIA IMPAR	0	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	7	2	4	0	10	0	2	0	5	48	
UROLOGIA PAR	0	11	0	0	11	4	0	8	0	9	5	0	0	4	0	5	4	0	5	4	10	4	5	4	0	0	0	0	12	105
TOTAL DIA	356	669	471	419	573	236	500	818	566	453	540	326	408	555	565	736	672	677	483	524	387	707	682	555	387	483	303	655	14706	

Fonte: Planilha de controle de distribuição de materiais da CME- Fevereiro 2022.

Na tabela I podemos observar que os maiores clientes da CME são Centro cirúrgico, Centro obstétrico, UTI Adulto e Hemodiálise. Tal expressividade deste último setor deve-se a produção diária de torundas, capas de CDL, vidros para deseperoxidação da máquina de hemodiálise.

Realizamos a conferencia por item dos materiais dispensados e processados no setor. Assim conseguimos expressar através de números a produtividade da equipe e garantir que os setores clientes sejam abastecidos conforme demanda solicitação diária. Realizar controle de insumo, distribuição adequada das atividades da equipe e melhorar o processo gerencial do setor.

A seguir temos as tabelas de produção dos artigos por tipo de esterilização e desinfecção.

Tabela II – Produção de artigos diário e mensal por modalidade de esterilização e desinfecção.

PRODUÇÃO DIÁRIA																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL
ESTERILIZAÇÃO AUTOCLAV	292	625	573	443	265	384	345	458	425	418	295	374	256	402	520	468	403	391	526	235	247	544	302	796	243	832	278	301	11641
ESTERILIZAÇÃO PEROXIDO	11	9	18	13	11	0	6	0	12	9	0	0	0	4	24	7	7	8	0	0	0	9	0	8	7	0	0	9	172
DESINFECÇÃO DQ	192	151	181	179	28	219	123	180	147	164	170	181	169	148	152	315	123	140	134	145	160	200	167	171	175	146	148	124	4532
TOTAL	495	785	772	635	304	603	474	638	584	591	465	555	425	554	696	790	533	539	660	380	407	753	469	975	425	978	426	434	16345

Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME- Fevereiro 2022.

Na tabela II observamos que a produção diária é compatível com a distribuição diária para os setores. Visto que os artigos em que dispomos para o abastecimento do hospital é limitado. Tudo o que entra rapidamente é retirado.

Tabela III – Produção diário e mensal de ciclos realizados por equipamento.

CICLOS REALIZADOS																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL
TERMODESINFECTADORA 1	2	0	3	0	1	0	0	0	2	0	3	0	2	0	4	0	2	0	4	0	3	0	3	0	4	0	0	0	33
TERMODESINFECTADORA 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAVADOURA ULTRASSONIC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAVADOURA ULTRASSONIC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PEROXIDO	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	19
AUTOCLAVE 1 (COM GARGA	0	5	5	4	1	4	3	5	0	0	3	2	2	1	6	4	5	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	56
AUTOCLAVE 2 (COM GARGA	4	5	0	0	0	0	0	0	4	3	1	0	2	0	0	2	4	4	3	1	2	0	0	0	0	5	2	0	42
AUTOCLAVE 3 (COM GARGA	3	0	4	3	0	4	3	5	4	1	0	0	0	1	4	5	0	4	4	1	3	3	3	5	6	3	3	5	77
CICLOS DE BOWIE & DICK 1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	18
CICLOS DE BOWIE & DICK 2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	16
CICLOS DE BOWIE & DICK 3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	0	0	11	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	1	34
TOTAL	12	13	16	10	4	10	10	13	13	8	9	4	8	15	18	14	15	11	14	4	10	4	10	12	14	10	7	7	295

Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME- Fevereiro 2022.

A tabela III demonstra a utilização diária de cada equipamento em funcionamento na CME. A termodesinfetadora 2, segue aguardando manutenção corretiva. As lavadoras ultrassônicas 1 e 2 foram retiradas do setor e encaminhadas para o setor de engenharia clínica para reparo.

Conseguimos visualizar a utilização das máquinas (autoclave 1, 2 e 3). Esta análise nos permite mensurar a quantidade de insumos necessários para a liberação de cargas com e sem material. Como exemplo a utilização do Teste Bowie & Dick que deve ser realizado para a liberação da carga do dia e também a cada manutenção realizada.

Tabela IV – Controle de ciclos abortados diário e mensal

CICLOS ABORTADOS																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL
TERMODESINFECTADORA 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TERMODESINFECTADORA 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAVADOURA ULTRASSONIC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAVADOURA ULTRASSONIC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PEROXIDO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUTOCLAVE1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AUTOCLAVE 2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AUTOCLAVE 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3

Fonte: Planilha de controle de produção de materiais da CME- Fevereiro 2022.

As manutenções realizadas foram validadas através do registro de Ordens de Serviço emitidos pela empresa responsável pelas manutenções. No mês de fevereiro foram realizadas 19 manutenções, comparado ao mês anterior o número de manutenções reduziu

em um total de 22 manutenções. Sendo classificadas como corretivas, preventivas e corretivas-preventivas. Abaixo a relação do maquinário, quantitativo de manutenção e sua respectiva classificação.

TABELA I – Relação do maquinário, quantitativo de manutenção e sua respectiva classificação:

Equipamento	Corretiva	Preventiva	Corretiva- Preventiva
Autoclave 1	3	1	1
Autoclave 2	3	1	0
Autoclave 3	2	0	2
Termodesinfectora 1	3	1	2

4.2 INCIDÊNCIA DE MATERIAIS RECOLHIDOS INCOMPLETOS/DANIFICADOS

TABELA I – Recebimento/coleta de materiais por setor

RECEBIMENTO POR UNIDADE																														
FEVEREIRO																														
SETOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL	
SALA VERMELHA PEDIA	0	6	0	0	4	7	11	5	20	6	4	2	0	20	0	14	2	2	0	2	11	3	0	2	8	5	4	2	140	
SALA VERMELHA ADUL	9	0	5	1	12	6	7	0	0	10	5	9	5	3	0	0	0	8	10	4	8	5	1	1	16	4	4	0	133	
PS PEDIATRICO	3	0	2	0	2	11	3	3	0	2	10	0	2	0	1	6	2	0	8	5	6	21	12	2	12	5	9	7	134	
PS ADULTO	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	7	1	0	3	4	1	4	0	50	1	4	4	1	87	
PS OBSTETRICO	3	5	0	5	5	1	4	4	0	12	3	6	0	4	2	4	0	0	4	0	1	2	5	7	9	2	3	0	91	
ENDOSCOPIA	7	9	0	14	0	0	9	0	9	8	5	0	0	0	13	6	0	0	0	0	19	7	0	7	7	0	0	0	120	
TOMOGRAFIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RADIOGRAFIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
HEMODIALISE	14	63	377	90	40	20	467	18	117	22	72	97	0	136	190	100	129	282	136	0	78	159	181	414	189	280	7	86	3764	
CENTRO CIRURGICO	145	133	138	128	36	28	131	55	125	34	138	0	49	113	152	121	133	82	137	9	118	131	148	80	63	71	26	55	2579	
CENTRO OBSTETRICO	61	68	35	46	34	26	32	30	52	14	80	0	34	55	43	31	55	40	24	24	55	36	31	19	4	41	48	42	1060	
PPP	0	14	2	2	10	35	4	9	32	24	4	3	41	18	7	13	7	23	4	7	8	11	11	7	10	31	4	0	341	
HEMODINAMICA	0	0	0	0	0	0	6	7	0	0	0	0	0	0	0	10	13	0	0	0	17	0	3	18	0	11	0	0	85	
UTI ADULTO PAR	37	28	12	34	23	20	10	27	19	20	15	8	36	21	29	31	31	29	25	8	24	14	25	0	7	17	10	7	567	
UTI ADULTO IMPAR	28	14	13	20	16	31	19	14	14	30	8	28	14	0	28	16	21	15	35	28	13	25	18	4	20	16	23	9	520	
UTINEO 1	19	9	3	0	8	0	6	0	3	0	24	5	16	9	9	15	15	3	11	2	19	3	7	0	2	11	6	4	209	
UTINEO 2	7	4	36	4	7	12	33	9	0	5	7	4	13	4	0	9	16	2	6	16	7	17	0	0	15	4	6	4	247	
UTIPED.	32	0	20	7	8	5	9	0	14	2	15	18	0	17	4	23	13	11	3	0	11	0	4	0	0	8	23	8	255	
UTIPED. (NOVA)	6	3	3	7	4	6	8	0	7	20	6	5	10	0	0	3	0	3	0	5	2	0	8	0	0	0	0	6	0	112
UTICON	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	9
UTINCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	2	0	0	18	2	0	0	29
UCINEO	7	2	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	7	0	5	0	0	0	0	0	3	1	0	0	5	2	0	1	45
CLINICA PED. PAR	0	6	2	0	0	0	0	2	8	0	23	3	11	7	11	0	7	5	0	0	9	1	4	0	0	1	0	0	1	100
CLINICA PED. IMPAR	0	3	17	7	7	0	4	0	8	0	9	5	8	0	0	0	9	7	11	9	12	3	1	0	5	0	12	2	139	
CLINICA OBSTETRICA P	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	10
CLINICA OBSTETRICA IN	2	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	20
CLINICA GINECOLOGICA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
NEUROCIRURGIA PAR	0	4	2	6	0	11	0	4	0	0	0	0	5	17	0	8	0	3	0	10	2	3	0	5	10	0	0	0	3	93
NEUROCIRURGIA IMPAR	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	7	0	0	0	0	5	0	0	0	0	1	0	0	13	0	0	0	0	38
CLINICA CIRURGICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	7	0	7	3	2	0	4	4	2	0	31	
VASCULA PAR	0	3	0	1	11	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	4	1	3	2	1	0	1	0	41
CLINICA MEDICA IMPAR	23	5	0	6	3	0	8	0	11	1	0	1	6	0	0	0	4	10	3	0	13	14	7	14	11	4	1	7	152	
NEFROLOGIA IMPAR	0	7	7	10	0	0	0	0	7	5	0	0	0	1	1	0	6	0	0	1	4	2	5	0	2	1	0	2	0	61
UROLOGIA PAR	2	1	0	4	8	8	0	4	4	3	5	4	8	0	1	6	4	0	0	9	7	2	0	5	5	4	0	5	99	
AMBULATORIO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL DIA	410	390	680	392	241	241	772	191	463	221	449	212	267	427	505	425	476	530	433	143	458	473	478	639	420	548	200	246	11330	

Fonte: Planilha de controle de recebimento de materiais da CME- Fevereiro 2022.

O indicador tem como objetivo calcular a taxa de Materiais Recolhidos Incompletos/ Danificados e mensurar fatores ligados a taxa de Materiais Recolhidos Incompletos/ Danificados, buscando ações para minimizar essa incidência. Na tabela I observamos que

no mês de fevereiro foram coletados 11.330 itens, destes materiais 58 foram coletados/recebidos incompletos. A fórmula consiste no número de materiais recolhidos incompletos/danificados x 100 dividido pelo total de materiais recolhidos. Desta forma o nosso indicador obteve o resultado de 0,51.

5. MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

No mês de março estamos no aguardo da manutenção das máquinas termodessinfectora 2 e lavadoras ultrassônicas 1 e 2.

6. PLANOS DE AÇÃO

No mês de março temos com plano de ação:

6.1 Dar continuidade aos treinamentos previstos no PAT.

6.2 Iniciar as Blitz de acondicionamento de materiais da CME nos setores, onde será verificado se os materiais estão em excesso, vencidos, acondicionados corretamente e conforme a rotina do setor. O cronograma de auditorias já foi realizado e as mesmas acontecerão sem prévia comunicação aos setores, posteriormente, notificações serão realizadas a fim de que ações de melhorias sejam traçadas para a melhoria do processo.

6.3 Revisar e construir novos formulários e instruções de trabalho para o setor.

1-Introdução

Ao,

Hospital Regional Abelardo Santos

O presente documento é referente a prestação de serviço da Empresa B&A Serviços de Saúde LTDA CNPJ 38.286.351/0001-83 situada na Avenida Paulista 771 15 ° andar , sala 110, Cerqueira Cesar- São Paulo CEP:01311-100, para o Instituto Social Mais Saúde CNPJ: 18.963.002/0001-41 situado na Rua Casa do Ator Número 1117 Conjunto 163, 16° andar CEP: 04546-004 Vila Olímpia- São Paulo- SP, através do Hospital Regional Dr.Abelardo Santos situado em Rodovia Augusto Montenegro S/N KM 13 Icoarací-Portaria travessa w4-Belém-PA.

A Empresa B&A Serviços de Saúde LTDA iniciou as suas atividades através da equipe de fisioterapia com o Instituto Mais Saúde no dia 07/10/2021 nos setores da UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI NEO, Pronto Socorro, PPP, Enfermarias e Ambulatório.



Fisioterapeutas que fazem atendimentos de manobras de higiene brônquicas, aspiração de TOT e VAS, ajustes de parâmetros respiratórios, montagem dos circuitos de ventilador, mobilização articular, mobilização precoce, estimulação sensório motora, nas UTI adulto, UTI Pediátrica, UTI Neo, Pronto Socorro e Ambulatório segue abaixo a produtividade dos profissionais do dia 01 ao dia 28 de fevereiro 2022.

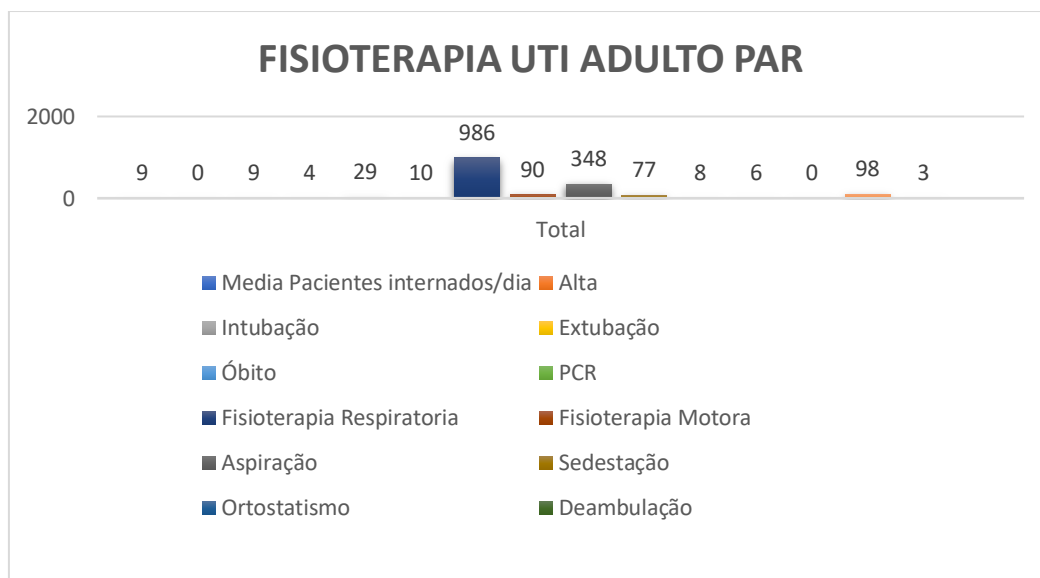


Rod. Augusto Montenegro, s/n KM 13, Bairro Agulha, CEP: 66.811-000, Icoarací, Belém – PA
www.institutomaissaude.org.br



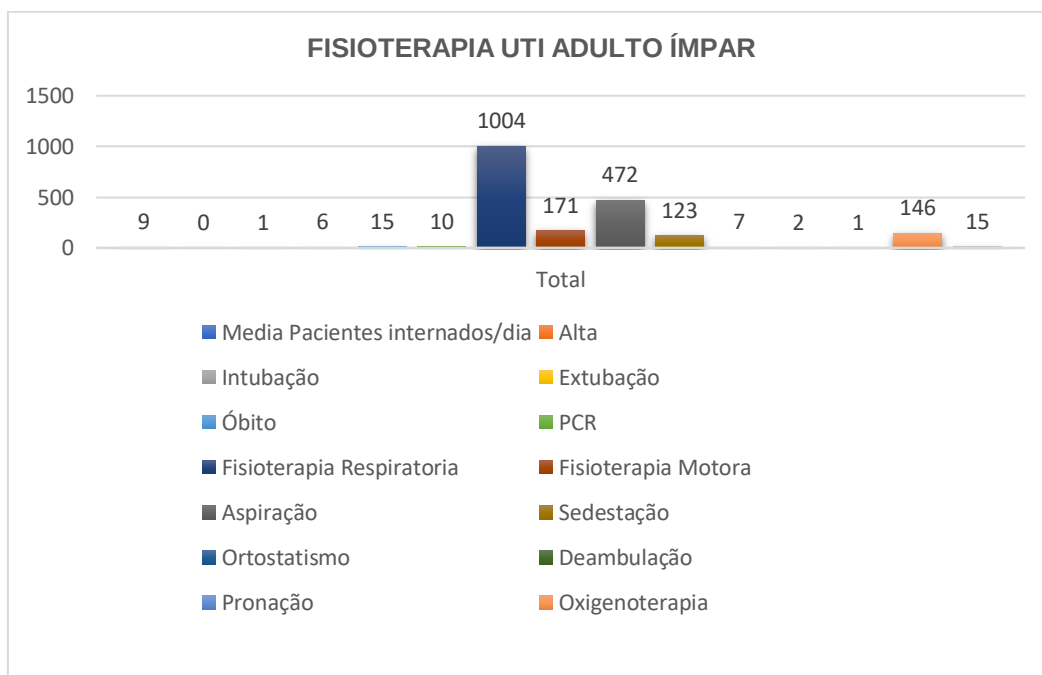
2-Fisioterapia UTI Adulto Par

UTI ADULTO PAR	Total
Media Pacientes internados/dia	9
Alta	0
Intubação	9
Extubação	4
Óbito	29
PCR	10
Fisioterapia Respiratória	986
Fisioterapia Motora	90
Aspiração	348
Sedestação	77
Ortostatismo	8
Deambulação	6
Pronação	0
Oxigenoterapia	98
VNI	3
Traqueostomia	0



3-Fisioterapia UTI Adulto Ímpar

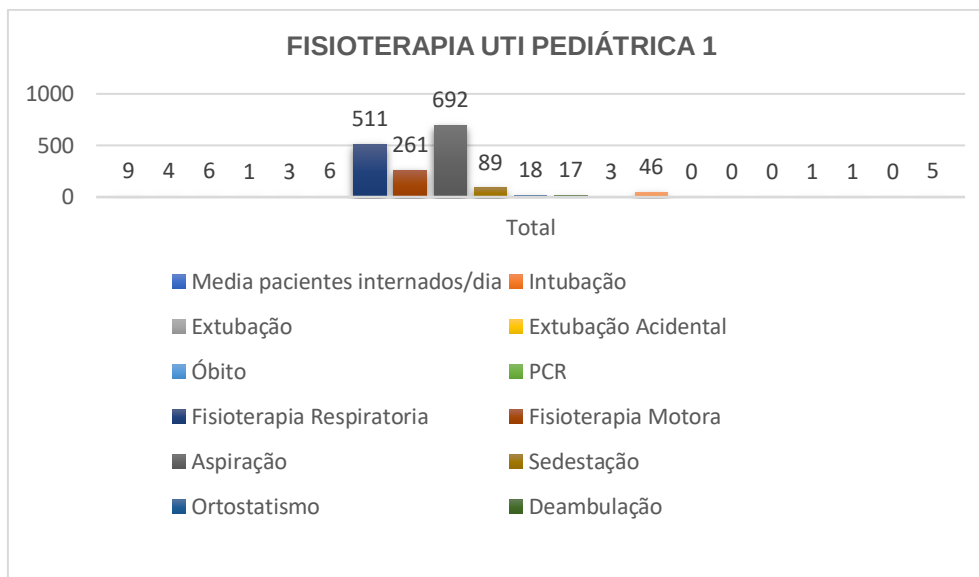
UTI ADULTO ÍMPAR	Total
Media Pacientes internados/dia	9
Alta	0
Intubação	1
Extubação	6
Óbito	15
PCR	10
Fisioterapia Respiratória	1004
Fisioterapia Motora	171
Aspiração	472
Sedestação	123
Ortostatismo	7
Deambulação	2
Pronação	1
Oxigenoterapia	146
VNI	15





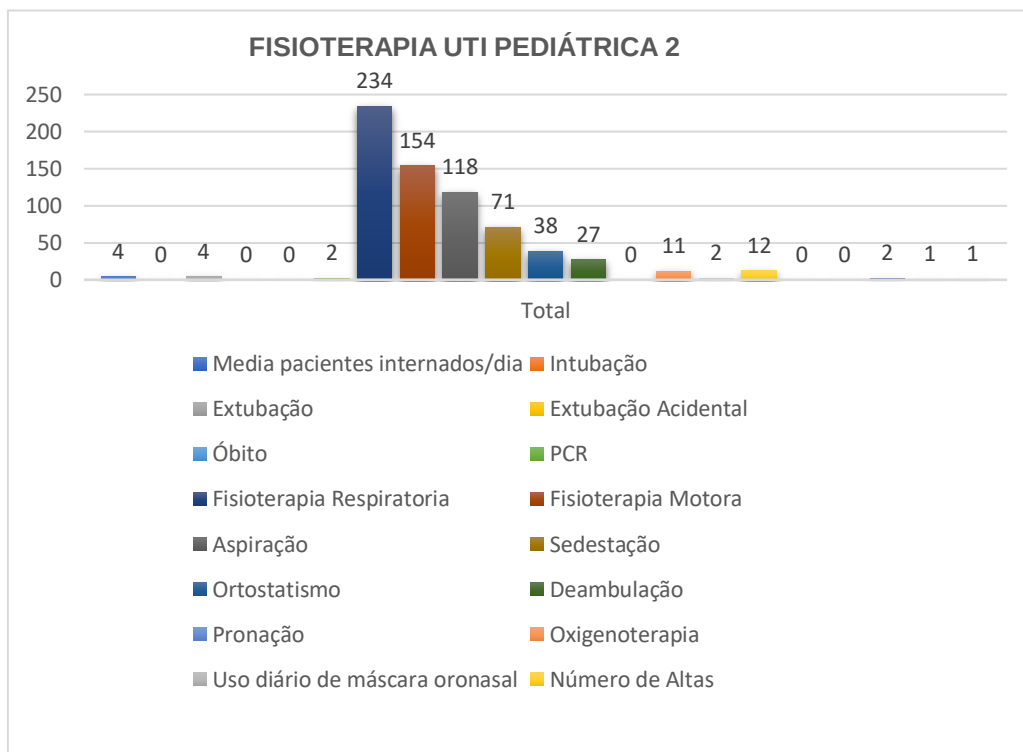
4-Fisioterapia UTI Pediátrica

UTI PEDIATRICA 1	Total
Media pacientes internados/dia	9
Intubação	4
Extubação	6
Extubação Acidental	1
Óbito	3
PCR	6
Fisioterapia Respiratória	511
Fisioterapia Motora	261
Aspiração	692
Sedestação	89
Ortostatismo	18
Deambulação	17
Pronação	3
Oxigenoterapia	46
Uso diário de máscara oro nasal	0
Número de Altas	0
Decanulação	0
Traqueostomia	1
Extubação em menos de 24h	1
Reintubação em menos de 24h	0
Sucesso de extubação	5



4.1-Fisioterapia UTI Pediátrica2

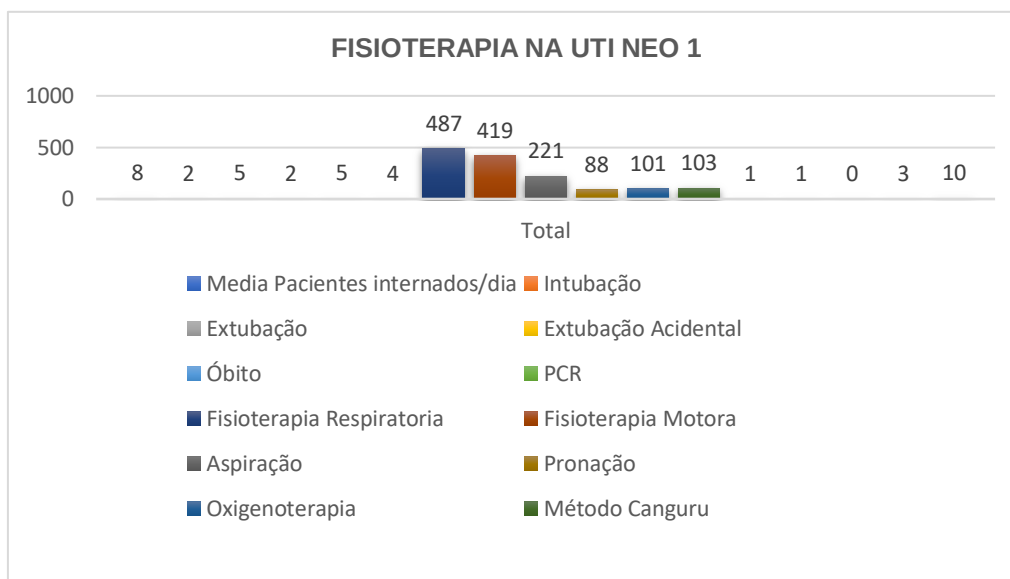
UTI PEDIATRICA 2	Total
Media pacientes internados/dia	4
Intubação	0
Extubação	4
Extubação Acidental	0
Óbito	0
PCR	2
Fisioterapia Respiratória	234
Fisioterapia Motora	154
Aspiração	118
Sedestação	71
Ortostatismo	38
Deambulação	27
Pronação	0
Oxigenoterapia	11
Uso diário de máscara oro nasal	2
Número de Altas	12
Decanulação	0
Traqueostomia	0
Extubação em menos de 24h	2
Reintubação em menos de 24h	1
Sucesso de extubação	1



5-Fisioterpia UTI NEO 1

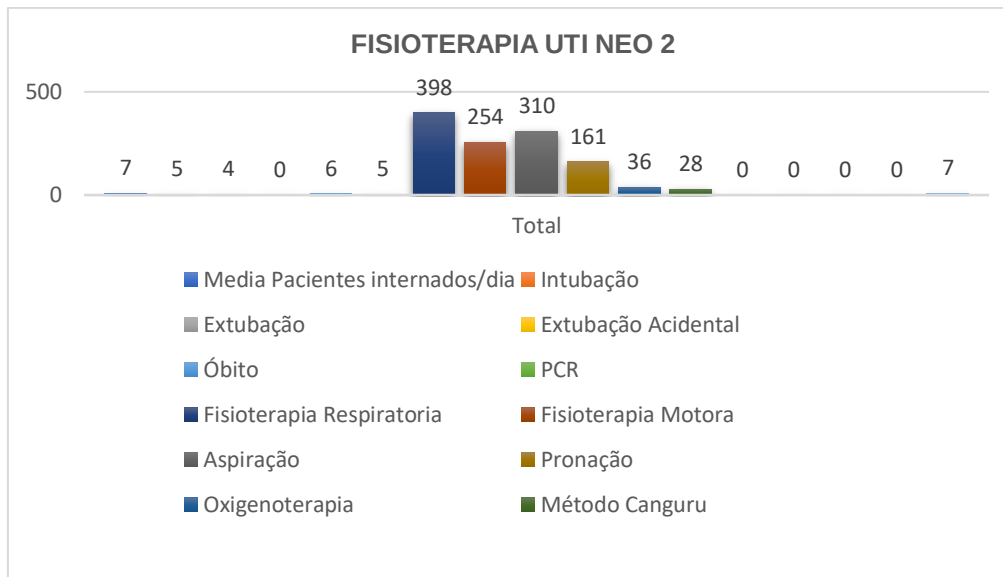
UTI NEONATAL 1	Total
Media Pacientes internados/dia	8
Intubação	2
Extubação	5
Extubação Acidental	2
Óbito	5
PCR	4
Fisioterapia Respiratória	487
Fisioterapia Motora	419
Aspiração	221
Pronação	88

Oxigenoterapia	101
Método Canguru	103
Alta da UTI	1
Extubação em menos de 24h	1
Reintubação em menos de 24h	0
Sucesso de extubação	3
VNI	10



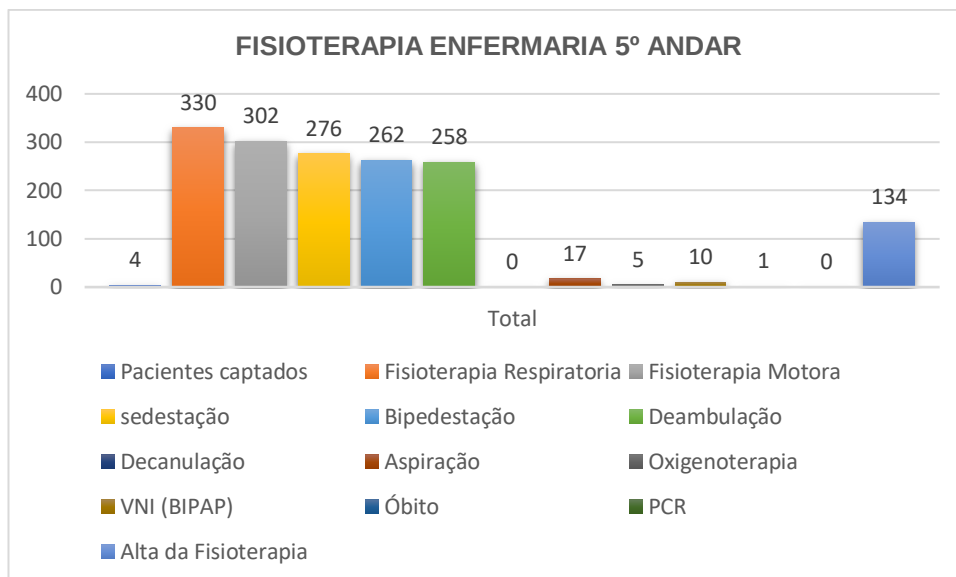
6-Fisioterapia UTI NEO 2

UTI NEONATAL 2	Total
Media Pacientes internados/dia	7
Intubação	5
Extubação	4
Extubação Acidental	0
Óbito	6
PCR	5
Fisioterapia Respiratória	398
Fisioterapia Motora	254
Aspiração	310
Pronação	161
Oxigenoterapia	36
Método Canguru	28
Alta da UTI	0
Extubação em menos de 24h	0
Reintubação em menos de 24h	0
Sucesso de extubação	0
VNI	7

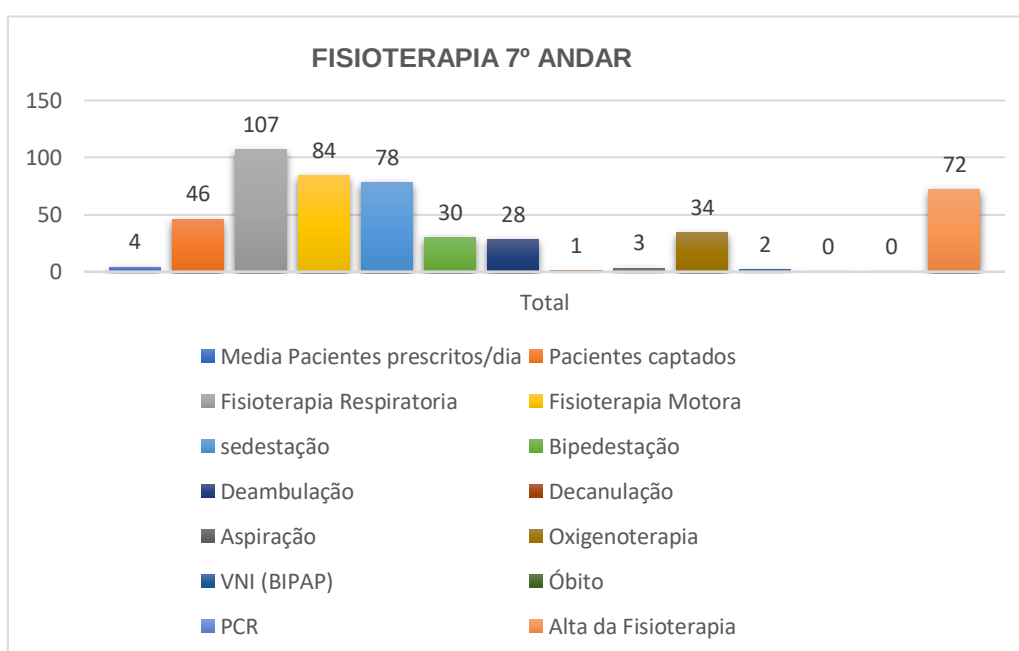


7- Fisioterapia Enfermarias.

Enfermaria 5º Andar	Total
Pacientes captados	4
Fisioterapia Respiratória	330
Fisioterapia Motora	302
sedestação	276
Bipedestação	262
Deambulação	258
Decanulação	0
Aspiração	17
Oxigenoterapia	5
VNI (BIPAP)	10
Óbito	1
PCR	0
Alta da Fisioterapia	134

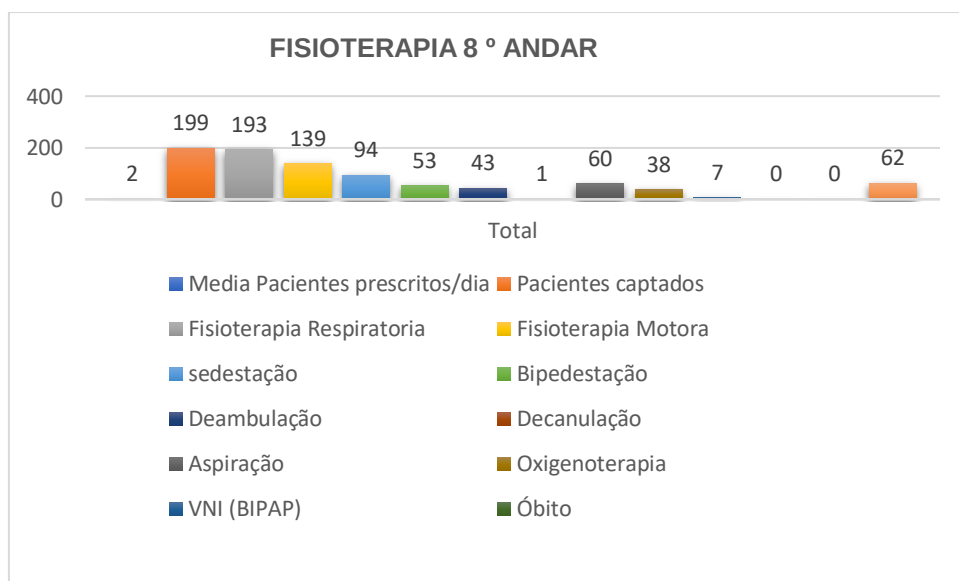


Enfermaria 7º Andar	Total
Media Pacientes prescritos/dia	4
Pacientes captados	46
Fisioterapia Respiratória	107
Fisioterapia Motora	84
sedestação	78
Bipedestação	30
Deambulação	28
Decanulação	1
Aspiração	3
Oxigenoterapia	34
VNI (BIPAP)	2
Óbito	0
PCR	0
Alta da Fisioterapia	72



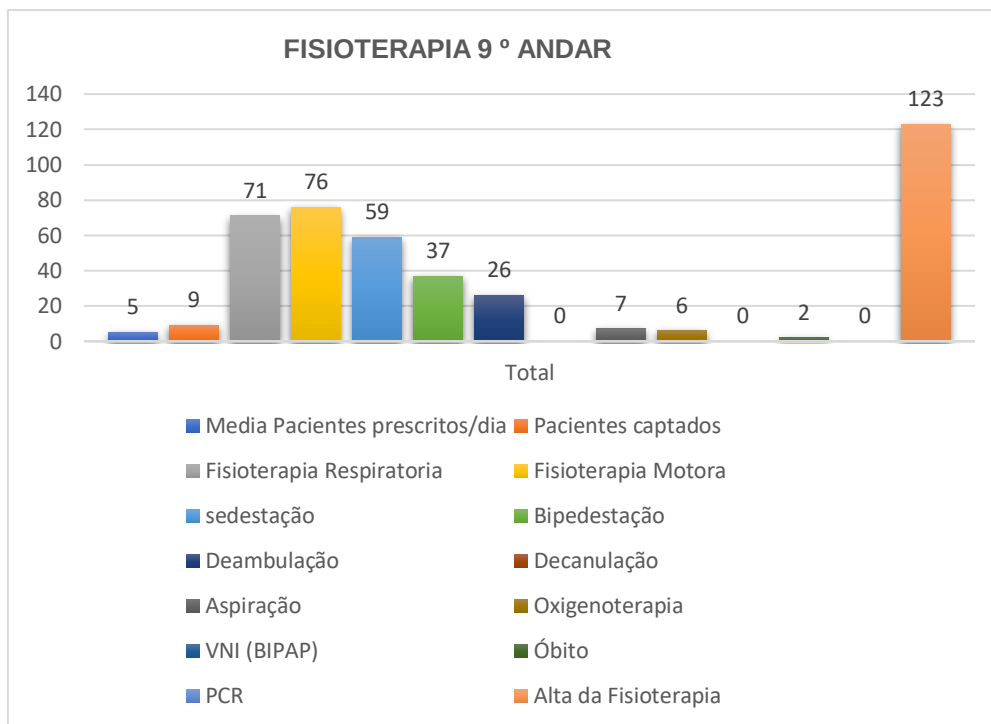
7.1- Fisioterapia Enfermarias

Enfermaria 8º Andar	Total
Media Pacientes prescritos/dia	2
Pacientes captados	199
Fisioterapia Respiratória	193
Fisioterapia Motora	139
sedestação	94
Bipedestação	53
Deambulação	43
Decanulação	1
Aspiração	60
Oxigenoterapia	38
VNI (BIPAP)	7
Óbito	0
PCR	0
Alta da Fisioterapia	62



Enfermaria 9º Andar	Total
Media Pacientes prescritos/dia	5
Pacientes captados	9
Fisioterapia Respiratória	71
Fisioterapia Motora	76
sedestação	59
Bipedestação	37
Deambulação	26
Decanulação	0

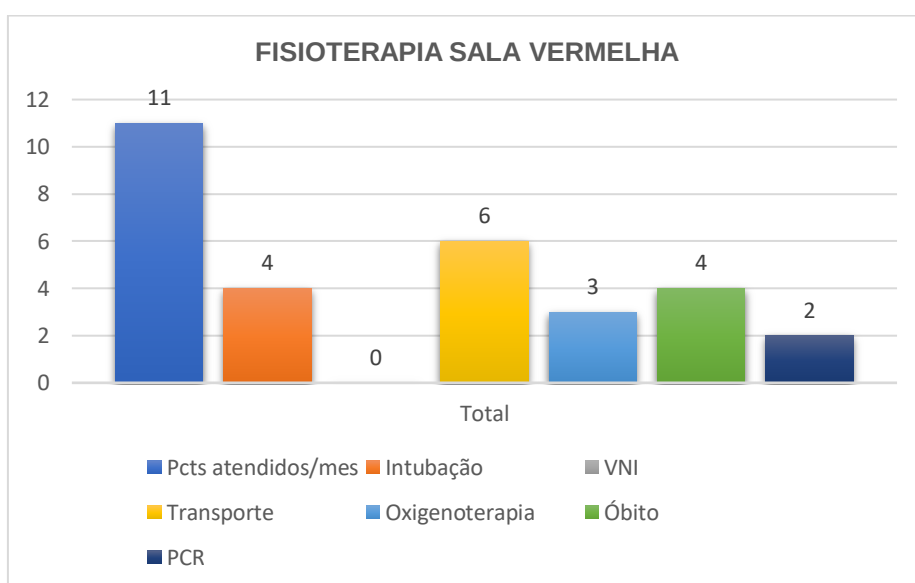
Aspiração	7
Oxigenoterapia	6
VNI (BIPAP)	0
Óbito	2
PCR	0
Alta da Fisioterapia	123



8- Fisioterapia Sala Vermelha



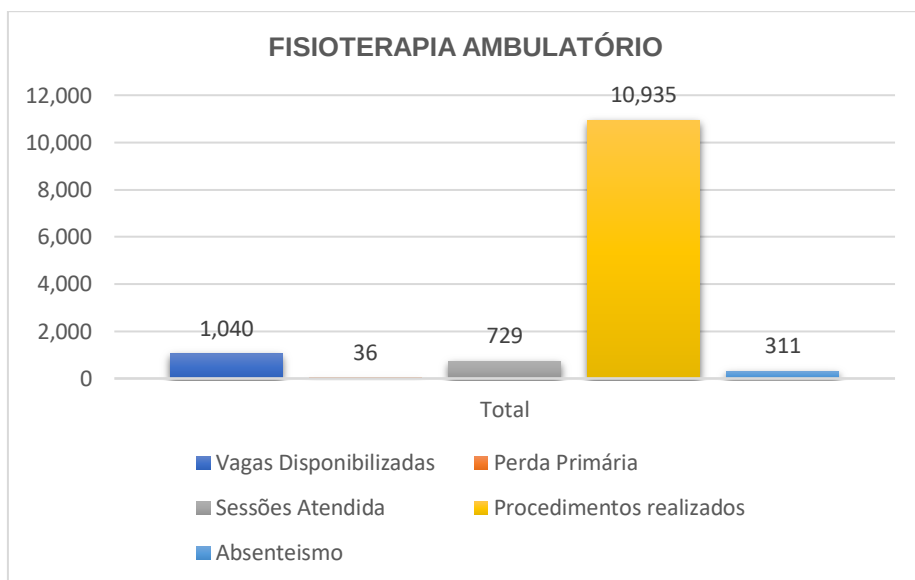
Sala Vermelha	Total
Pacientes atendidos/mês	11
Intubação	4
VNI	0
Transporte	6
Oxigenoterapia	3
Óbito	4
PCR	2



09- Fisioterapia Ambulatório

Ambulatório de Fisioterapia Total

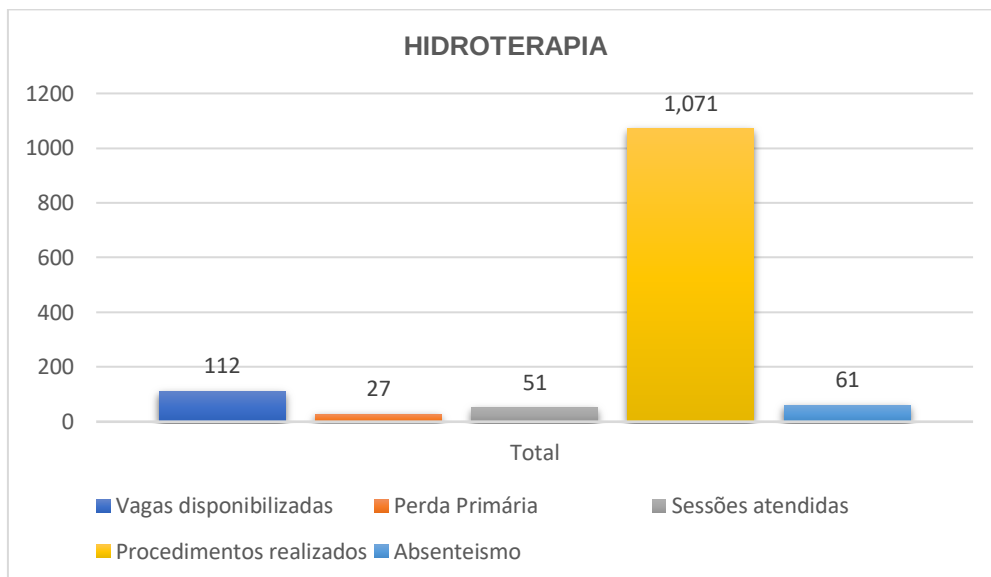
Vagas Disponibilizadas	1.040
Perda Primária	36
Sessões Atendida	729
Procedimentos realizados	10.935
Absenteísmo	311



Hidroterapia Total

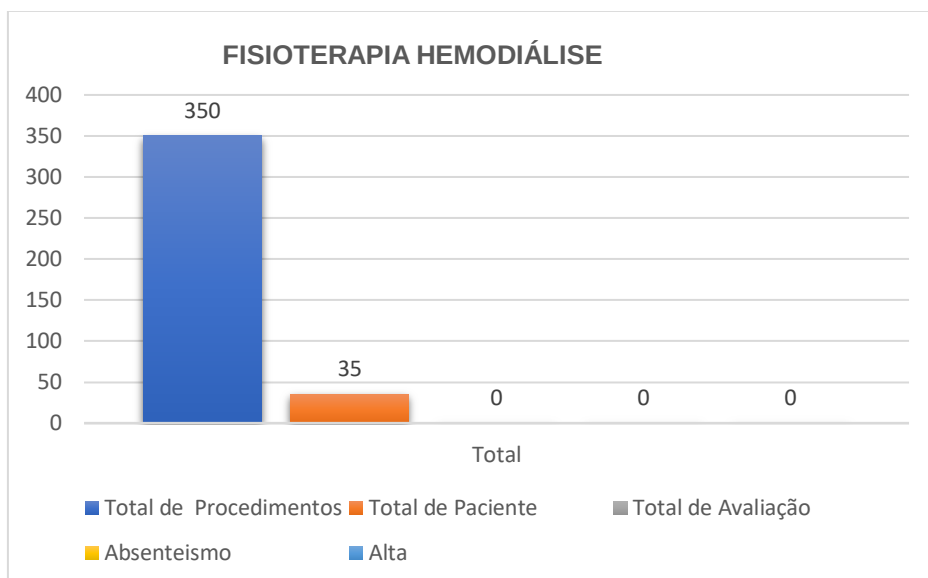
Vagas disponibilizadas	112

Perda Primária	27
Sessões atendidas	51
Procedimentos realizados	1.071
Absenteísmo	61



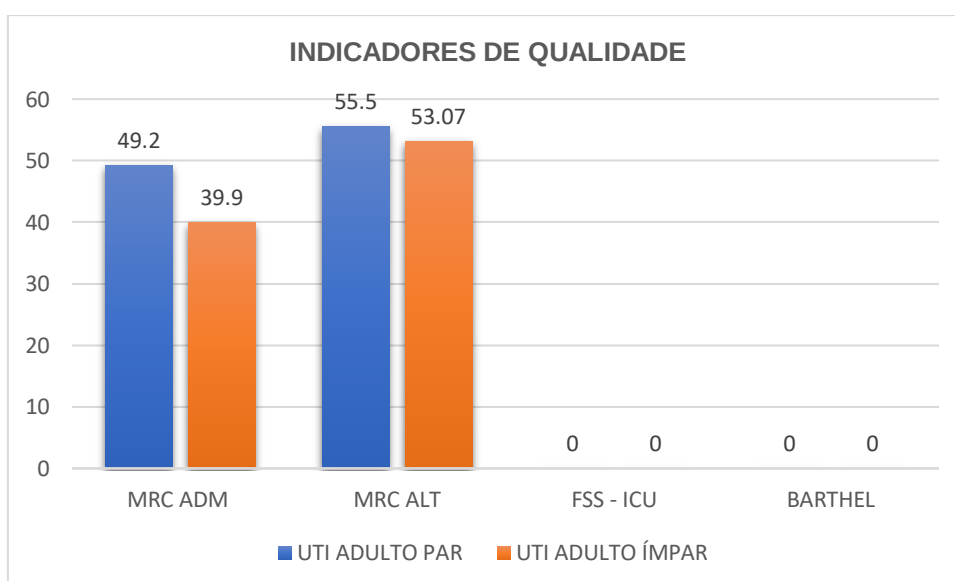
10- Fisioterapia Hemodiálise

Hemodiálise	Total
Total de Procedimentos	350
Total de Paciente	35
Total de Avaliação	0
Absenteísmo	0
Alta	0



11- Indicadores de Qualidade

INDICADORES DE QUALIDADE				
	MRC ADM	MRC ALT	FSS - ICU	BARTHEL
UTI ADULTO PAR	49,2	55,5	FSS ADM: 23,9/FSS ALTA:28,9	-
UTI ADULTO ÍMPAR	39,9	53,07	FSS ADM:12,96 / FSS ALTA:22,64	-



12-Conclusão

Em fevereiro de 2022 alcançamos todas as metas de atendimento no ambulatório e na hidroterapia e continuaremos buscando sempre alcançar a excelência do serviço ofertado para o paciente em todos os setores do Hospital Regional Dr Abelardo Santos.

Atenciosamente

Isabel Cristina Gonçalves Barros
Coordenadora Fisioterapia
B&A Serviços de Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS): HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL

1. Apresentação da Terapia Renal Substitutiva

O programa de Terapia Renal substitutiva (TRS) do Hospital Regional Dr Abelardo Santos, atende pacientes nas terapias hemodialítica e diálise peritoneal, á nível ambulatorial, atendendo ao total no mês nas duas terapias 104 pacientes.

O TRS modalidade hemodiálise, atende os pacientes que se encontram internados, nas enfermarias do hospital. Onde temos pacientes que já são dialíticos de clínicas satélites que internaram para realização de procedimentos e os que entraram em urgência dialítica, que são renais crônicos, que permanecem em hemodiálise na clínica até o momento que são transferidos para clínicas satélites, onde darão continuidade no tratamento.

A clínica de hemodiálise apresenta-se tendo a estrutura para atendimento de 120 pacientes crônicos, com meta para realizar 1.680 sessões de hemodiálise no mês, com 27 máquinas de hemodiálise da fresenius (V10), estando 22 no centro de hemodiálise 2 na UTI adulto e 1 na UTI pediátrica e 2 reservas, 2 reprocessadoras de capilares e 22 poltronas. Devido à grande demanda de pacientes renais crônicos internados, e com a pandemia, houve a necessidade de deixar o 3º turno de terça/quinta/sábado para atender esta demanda de pacientes.

O planejamento era para o funcionamento de 6 turnos com pacientes ambulatoriais, devido a abertura de 25 leitos da especialidade de Nefrologia e 35 para vascular, e tendo o Hospital Regional Santos, referência para atendimento de pacientes renais crônicos, houve a necessidade de se deixar um turno específico para atender as demandas dos pacientes internados, como mencionado acima.

O programa de diálise peritoneal oferta duas modalidades de terapia substitutiva renal, a automatizada e manual. Atualmente estamos com 15 pacientes nesta modalidade dialítica, realizando a terapia a mais 6 meses, realizando a terapia em seus domicílios na modalidade da terapia automatizada DPA, todos estes pacientes possuem as cicladoras para uso individual.

O trabalho no TRS é realizado por toda uma equipe multiprofissional, composta por: médicos, enfermeiros, nutricionista, psicóloga, serviço social e técnico de enfermagem.

2. Desenvolvimento

O ambulatório da hemodiálise finalizou o mês com 91 pacientes, realizando um total de 1.331 sessões de hemodiálise, de paciente ambulatorial e internados das unidades de internações (9º, 8º, 7º, 6º e 5º), 121 sessões dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), realizando total de 1.452 sessões de hemodiálise no mês de fevereiro.

HEMODIÁLISE	META	TOTAL REALIZADO	%
	1680	1452	86%

Mediante a meta contratual foi realizada 86% sessões de hemodiálise, ao longo deste mês tivemos 1 óbito e 3 internações de longa permanência, onde os pacientes ficaram na UTI realizando sessão de hemodiálise. Estamos trabalhando com um turno específico para os pacientes internados, com uma demanda alta, porém não nos gera números, devido rotatividade e instabilidade dos pacientes, alguns inicia e logo entram de pausa dialítica, sendo estes fatores influenciam no quantitativo de sessões de hemodiálise, no final do mês.

Na Diálise Peritoneal estamos com 15 pacientes, que realizam a terapia em domicílio. No mês de fevereiro foram realizadas 25 consultas médicas, e 45 de enfermagem na Diálise Peritoneal. Os pacientes inseridos nesta modalidade dialítica, são monitorados através das consultas com a equipe multiprofissional da Terapia Renal Substitutiva, no Hospital Abelardo Santos. Nesta terapia são atendidos pacientes de vários municípios do Estado do Pará. Este programa oferece qualidade na assistência dos pacientes portadores de doença renal crônica, e qualidade de vida, pois realizam a terapia em suas residências.

A equipe multiprofissional realiza abordagem específica, e de acordo com as demandas dos pacientes, das duas terapias. A psicóloga realizou 721 atendimentos, com as seguintes abordagens: Visita de rotina ao paciente durante a sessão de hemodiálise, Atendimento ao paciente da hemodiálise e da diálise peritoneal, Atendimento ao familiar/acompanhante dos pacientes que estão nas duas modalidades de tratamentos, Visita ao paciente internado da diálise peritoneal, sendo estas as principais. As nutricionistas realizaram avaliações nutricionais baseadas nos resultados dos exames laboratoriais, avaliando o nível do potássio, sódio, uréia, creatinina, capacidade de ligação do ferro, ferritina, triglicerídeos,

colesterol dentre outros, somando um total de 1219 atendimentos. A nutrição trabalha baseada no manual nutricional, descrito pelas nutricionistas da clínica de hemodiálise.

Assim como a assistente social, realiza atendimentos com os pacientes da Terapia Renal substitutiva, dos andares com foco no 9º andar ímpar, que atende pacientes renais crônicos que demanda de transferências para clínicas satélites, sendo esta profissional a responsável pelo processo de recebimento e envio dos laudos de solicitação de vaga, para Central Estadual de Leitos da Terapia Renal Substitutiva, no Estado do Pará. Esta profissional realizou um total de 747 atendimentos, sendo estes de complexidade diversas, como solicitação de vaga de paciente para outro estado, solicitação de transporte social para os pacientes (TFD), consultas do transplante, para os pacientes que estão ativo na rede, para aqueles novos, visita domiciliar dos pacientes da diálise peritoneal, entre outros.

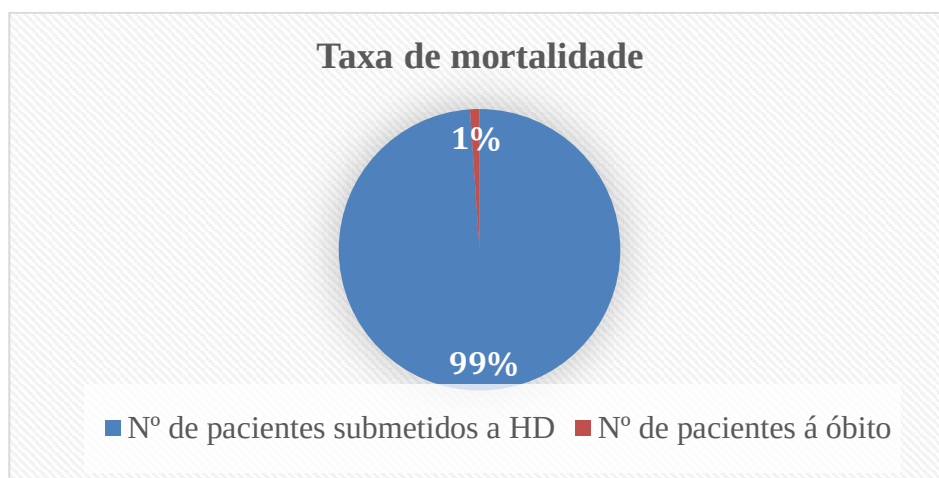
Foram enviados 31 e-mail para sespa, para solicitação de vaga ambulatorial dos pacientes internados, destes 16 foram de alta e transferida para clínica satélite.

Segue abaixo a relação dos pacientes que já foram de alta e os que estão aguardando liberação de vaga da central Estadual Leitos/TRS.

	RELATORIO FEVEREIRO / 2022	LEITO	MUNICIPIO	CLINICA SATELITE	INTERNAÇÃO	SITUAÇÃO
1	MARIA RAIMUNDA F FREITAS	901	BARCARENA	HRAS	18/12/2021	ALTA 02/02/2022
2	ROSA MARCILIA ALBERNAS	909	CONCORDIA DO PARA	CL DIVINA PROVIDENCIA	25/12/2021	ALTA 08/02/2022
3	MARCELO DE SOUSA BRAISL	903	ICOARACI	HARS	31/12/2021	ALTA 01/02/2022
4	ANTONIO DENILSON S AZEVEDO FARIAS	917	ICOARACI	HRAS	03/01/2022	ALTA 18/02/2022
5	SEBASTIAO DA LUZ E SIVA	917	MARAMBAIA	DIALIZE	06/01/2022	ALTA 19/02/2022
6	DANYEL CRISTIAN A LIMA	905	BENEVIDES	CLINCA DO RIM	06/01/2022	ALTA 26/02/2022
7	EEVALDO CARDOSO DE MIRANDA FILHO	AMB	SÃO BRAZ	GOLDNEFRO	ADMITIDO	ALTA 28/02/2022
8	ADENILSON EMERSON CORD DA SILVA	903	SÃO MIGUEL DO GUAMA	CLINICA DE CASTANHAL	25/12/2021	ALTA 21/02/2022
9	LUIS PAULO COSTA CONCEIÇÃO	919	VAL DE CAES	GOLDNEFRO	28/12/2021	ALTA 24/02/2022
10	VALDELICE MOURA DOURADO D SILVA	909	ANANINDEUA	TOPNEFRO	16/01/2022	ALTA 01/03/2022
11	AGENOR MONTEIRO	911	PEDREIRA	DIALIZE	22/01/2022	ALTA 24/02/2022
12	PAULO ODIVALDO OLEGARIO DA LUZ	913	ICOARACI	PC PROGRAMA HRAS	23/01/2022	ALTA 14/02/2022
13	MARILENE REIS DE OLIVEIRA	915	IRITUIA	CLINICA DE CASTANHAL	01/02/2022	ALTA 26/02/2022
14	CARLOS WENDEL FERREIRA DA SILVA	921	ICOARACI	ALTA DA HD	30/01/2022	ALTA 22/02/2022
15	MANOEL MARIA FERREIRA DA SILVA	907	BREVES	CL DE HRM/ BRTEVES	18/01/2022	ALTA 24/02/2022
16	CONSTANTINO SOARES TENORIO	901	BREVES	CL DE HRM/ BRTEVES	23/12/2021	ALTA 10/02/2022
17	ANTONIO DO SOCORRO VINAGRE	911	IGARAPÉ MIRI		14/01/2022	VAGA/ SESPAS 14/02
18	VALDECI ALVES DA SILVA	919	ANANINDEUA		27/12/2022	VAGA / SESPAS 17/02
19	MARTINHO FILGUEIRA	903	MANGUEIRAO		04/02/2022	VAGA / SESPAS 01/03
20	JAIR MOREIRA DO CARMO	907	ANANINDEUA		10/02/2022	VAGA / SESPAS 01/03
21	CLARICE MONTEIRO MEDEIROS	909	VIGIA		25/01/2022	VAGA/SESPA 17/02
22	MAYARA MOSDESTO DO NASCIMENTO	923	ICOARACI		03/02/2022	VAGA/SESPA 18/02
23	MARIA DA GRAÇA NOGUEIRA REIS	923	PARQUE VERDE		28/01/2022	VAGA/SESPA 17/02
24	JEFFSON JUNIOR OZORIO	925	BELEM / MARCO		31/01/2022	VAGA / SESPAS 15/02
25	CARLOS AUGUSTO RIBEIRO DE FRANÇA	AMB	BELEM / GUAMA			VAGA / SESPAS 15/02
26	AILTON CORDOVIL DIAS	917	CURUÇÁ/ PARA		17/02/2022	VAGA/SESPA 25/02
27	VALTENES DE SOUSA MELO	905	CAPANEMA/ PARA		11/02/2022	VAGA/SESPA 25/02
28	PAULO SERGIO VIANA MENDES	921	BELEM / GUMA		17/02/2022	VAGA / SESPAS 25/02
29	MARIA CELESTE PASSOS DA COSTA	911	BELEM / GUAMA		14/02/2022	VAGA/ SESPAS 01/03
30	NILSON ALEIXO FERNANDES	917	CURRALINHO		17/02/2022	VAGA / SESPAS 01/03
31	ANTONIO JERE SOUSA SILVA	925	CAMETÁ	CLINICA DO RIM	01/01/2022	ENTREVISTA 25/02
32	SEBASTIAO MARTINHO DE OLIVEIRA	925	TAILANDIA		28/12/2021	UTI
33	JOAO DE DEUS LOBATO DE MORAIS	901	REINTERNAÇÃO	PC PROGRAMA DIALIZE	03/02/2022	OBITO 01/03/2022
34	MARIA LIDUINA CABRAL FONSECA	915	REINTERNAÇÃO	PC PROGRAMA CL DO RIM	26/01/2022	AGUARDA TRANSF HC
35	LARISSA SILVA GAMA	300		PC PROGRAMA CEHMO	15/02/2022	URG. DIALICA
36	MARIA JOSE LOBATO	825		PC PROGRAMA DIALIZE	22/10/2022	URG. DIALICA
37	FRANCISCO DE SOUSA DA SILVA	905	IAGARAPÉ AÇU	CASTANHAL/ DP	21/10/2021	AVAIL NO HC 04/03
	* AMB - AMBULATORIAL					

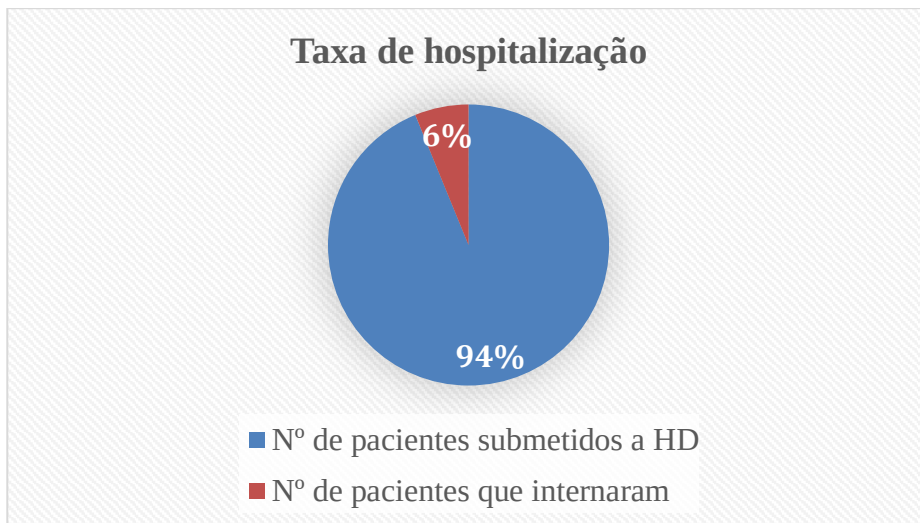
Taxa de mortalidade e hospitalização

Gráfico: 01 taxa de mortalidade de paciente da hemodiálise



Fonte: planilha de excell

Gráfico 02: Taxa de internação dos pacientes da hemodiálise



Fonte: planilha de excell

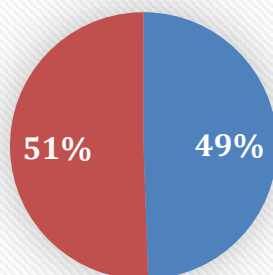
O indicador de óbito e internação são ferramentas de grande relevância para os centros de hemodálises, pois avalia a taxa de óbito dos pacientes renais crônicos, á nível estadual e mundial, considerando que são indicadores de mensuração obrigatória, para alimentação do sistema InformSus. No mês de janeiro houve uma taxa de 1% de óbitos e 6% de internações na clínica de hemodiálise, considerada baixa, comparada ao perfil dos pacientes, onde a maioria são idosos, com várias comorbidades, cardiopatas e realizando hemodiálise á muitos anos, com dificuldade de acessos, que já demanda de atendimento em serviço intra-hospitalar.

3. Indicadores assistências e qualidade

Na terapia renal substitutiva é realizado a mensuração de indicadores obrigatórios, estipulado pela anvisa (Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 01/2022) nota atualizada do ano em vigência. Tais indicadores são fornecidos mensalmente para o InforSus, plataforma que gerencia os indicadores dos serviços de Hemodiálise do Brasil.

Gráfico 03: Taxas de pacientes com acesso de longa permanência, na hemodiálise

Taxa de acesso de longa permanência de Hemodiálise



■ Nº de pacientes submetidos a HD com Pmcath
■ Nº de pacientes submetidos a HD com Fístula Arteriovenosa

Fonte: planilha de excell

A taxa de indicadores de acesso de longa permanência da clínica de hemodiálise, no mês de fevereiro ficou em 49% de pacientes com permcath e 51% com fístula arteriovenosa, do total de 91 pacientes, considerada uma taxa alta, dos dispositivo permcath e que precisa ser trabalhada com rigor, pois é um tipo de acesso que demanda destreza da equipe para manuseio, para minimizar os riscos de infecções do acesso, trabalhar em parceria com a equipe de controle de infecção hospitalar, com orientações constantes para equipe de enfermagem.

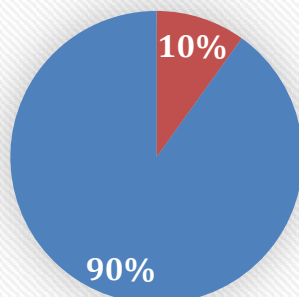
É um acesso que demanda um volume maior de insumos para manuseio com técnica estéril para evitar contaminação, assim como para o paciente que o restringem da realização de uma higienização corporal correta, pois precisa proteger o acesso para evitar que molhe. O acesso que oferece uma maior segurança e qualidade de vida para os pacientes, assim como reduz os gastos para instituição é a Fístula Arteriovenosa, que ficou com uma taxa de 51% dos pacientes.

A taxa de uso e de infecção, do acesso de curta permanência foi de 0%, configurando um excelente indicador para o setor.

Gráfico 04: Taxas de infecção do acesso de longa permanência, para hemodiálise

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

**Taxa de infecção em acesso de longa permanência
Permcath**

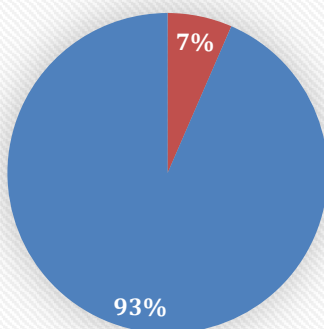


- Nº de pacientes submetidos a HD com infecção
- Nº de pacientes submetidos a HD com Permcath

Fonte: planilha de excell

Gráfico 05: Taxas bacteremia em acesso de longa permanência, para hemodiálise

**Bacteremia em pacientes com acesso de longa
permanência Permcath**



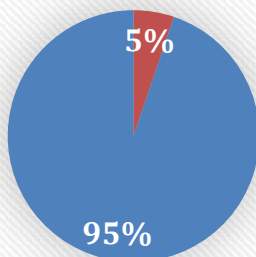
- Nº DE PCT SUB. HD DE PERMCATH, QUE APRESENTARAM BACTEREMIA
- Nº DE PCT SUBMETIDO HD COM PERMCATH

Fonte: planilha de excell

As taxas de infecção e bacteremia associada á acessos de longa permanência tunelizados (Permcaths), ficou em 10% e 7% respectivamente, comparado com a taxa de uso deste acesso na clínica, é considerado um número baixo, mostrando o trabalho que a equipe faz para minimizar os riscos de infecção neste acesso.

Gráfico 06: Taxas de uso do antimicrobiano vancomicina, nos pacientes em tratamento hemodialítico.

Taxa de uso do antimicrobiano Vancomicina

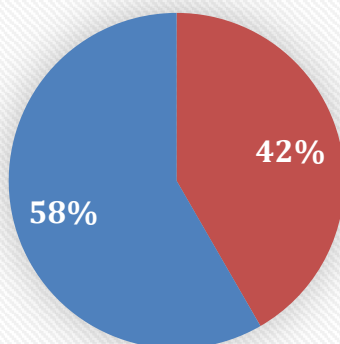


- Nº de pct da HD que receberam Vancomicina no mês
- Nº de pct da submetido a HD no mês

Fonte: planilha de excell

Gráfico 06: Taxas de hemoculturas associada a bacteremia, nos pacientes em tratamento hemodialítico.

Taxa de Hemoculturas e Bacteremia, dos pacientes submetido a HD

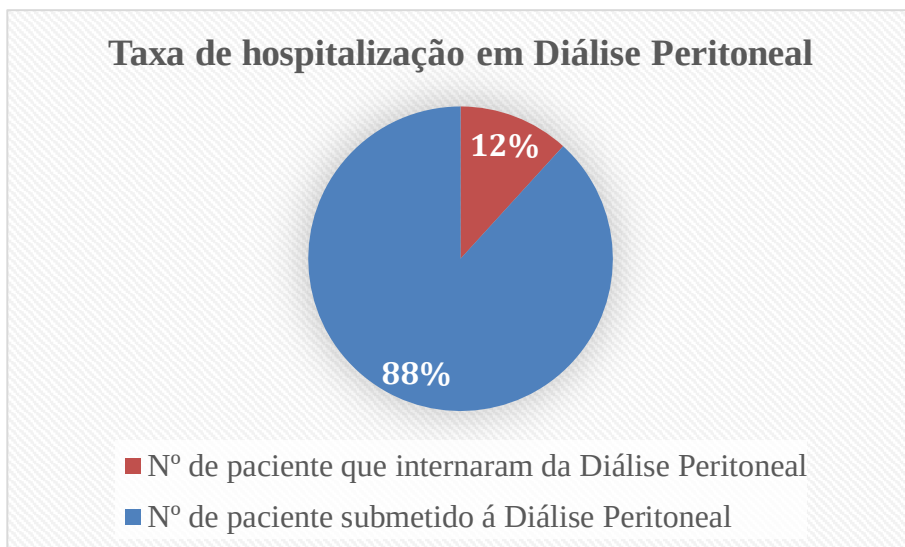


- Nº de pct com Hemocultura Positiva associada a Bacteremia
- Nº de pct submetido a coleta de hemocultura com Bacteremia

Fonte: planilha de excell

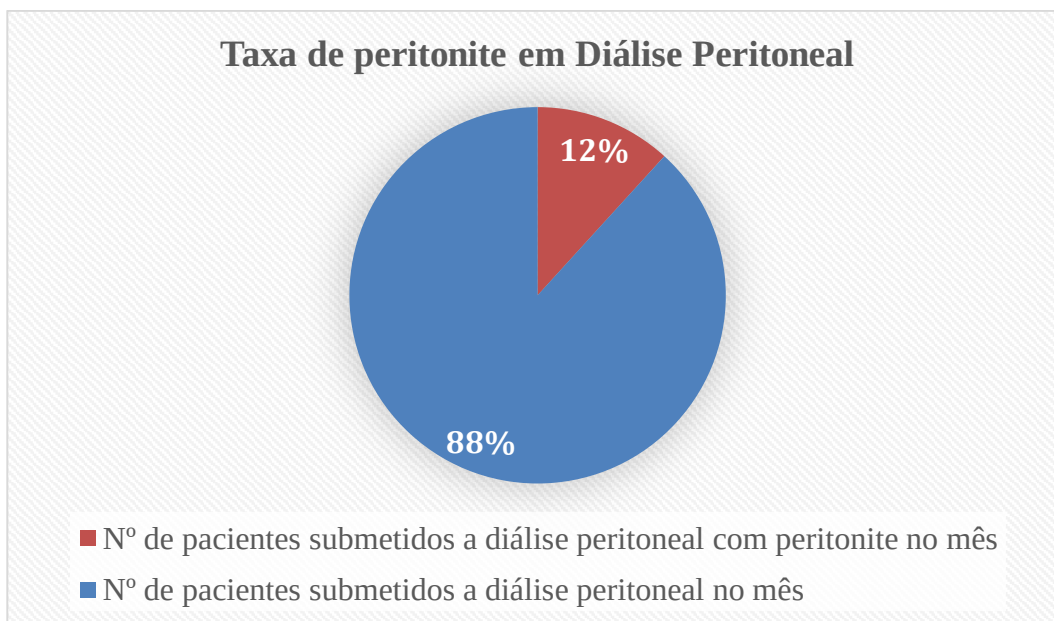
A taxa de uso do antimicrobiano vancomicina, ficou em 5% de um total de 91 pacientes, considerado aos meses anteriores houve uma queda no consumo deste antibiótico. Com relação aos dados das hemoculturas associadas a bacteremia tivemos 7 pacientes com coleta de hemocultura que apresentaram bacteremia, e 5 que tiveram resultados positivos, ficando uma taxa de 42%.

Gráfico 07: Taxa de internação em diálise peritoneal



Fonte: planilha de excell

Gráfico 07: Taxa de peritonite em diálise peritoneal



Fonte: planilha de excell

Na terapia renal substitutiva, modalidade diálise peritoneal realizamos a mensuração de 3 indicadores obrigatórios, são eles taxas de internação, peritonite e óbito.

Neste mês tivemos uma taxa de 0% óbitos, na terapia, 12% de internações de um total de 15 pacientes, que estão realizando a terapia, 12% de peritonite representando 2 pacientes de um total de 15 que estão ativos na terapia.

5. Treinamentos

- Treinamento sobre: Dexperoxidação das linhas e dialisadores;

Orientações Técnicas

- Horário de coleta de material sujo, pela equipe da CME;
- Orientação sobre as rotinas da clínica de hemodiálise;
- Indicadores assistenciais enfermeiros;
- Orientações quanto as execuções das normas e rotinas do serviço;
- Orientações sobre as rotinas do enfermeiro diarista da clínica de hemodiálise;
- Descrição das rotinas dos enfermeiros assistenciais;

6. Projetos em andamentos no serviço

- Folder nutricional;
- Visita multiprofissional, nos pacientes da hemodiálise e da Diálise Peritoneal;
- Revisão dos protocolos da hemodiálise e da Diálise Peritoneal;
- Finalizar treinamento ministrado pela baxter;
- Realizar treinamentos programados para equipe do TRS e do hospital;

7. Considerações

A equipe do TRS está passando por um processo de reestruturação, com unificação das terapias e da mudança de pensar por parte das equipes, que visualizava as terapias de forma distintas. Assim como a divulgação na instituição das terapias renais substitutivas.

Conseguimos ao longo deste mês de fevereiro alinhar o fluxo de atendimento da Diálise Peritoneal, otimizando o tempo da equipe e reduzindo o tempo de permanência dos pacientes nos dias de atendimento.

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR

1 - Introdução

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com a Central de Regulação, delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS, conforme sugerido no manual de implantação e implementação do NIR do ministério da saúde.

O Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, foi inaugurado no dia 19 de setembro de 2019, inicialmente com 240 leitos sendo 90 de UTI/UCI e 150 leitos de enfermaria, atualmente conta com 340 leitos de unidades de internação sendo 90 em UTI/UCI e 250 de enfermaria, conta ainda com 37 leitos de observação entre os blocos A, B, sala vermelha adulto e pediátrico e PPP (pré e pós parto) todos os leitos são 100% regulados pela Central Estadual da SESP/PA através do sistema de regulação SER II. Com serviços de média e alta complexidade com a proposta de oferecer para os 144 municípios através das centrais estadual hospitalar e ambulatorial dando acesso aos usuários em atendimento especializado em neurocirurgia, urologia, obstetrícia/ginecologia, mastologia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, pediatria clínica e cirúrgica, nefrologia e clínica médica. O ganho para a população é cada vez mais crescente com a proposta da mantenedora Mais Saúde que trabalha para garantir o melhor para a população.

2 - Objetivo Geral

O NIR é responsável em acompanhar, monitorar a regulação interna e externa dos pacientes regulados através do Sistema de Regulação Estadual – SER II e toda demanda espontânea das urgências obstétricas, pediátricas e as que aparecerem.

NIR exerce o papel de interlocutor entre o hospital e as Centrais de Regulação e demais instituições de saúde da Rede sem esquecer de que o objetivo final de todo o trabalho é beneficiar o maior número possível de pacientes, aumentando a oferta não só pela qualificação do acesso, mas também das indicações de transferências entre instituições.

3 - Principais Atividades Desenvolvidas Pelo Setor

Monitora, avalia e acompanha os pacientes internados, desde a sua admissão, permanência e saída em conformidade com o censo hospitalar;

Realiza visitas em todas as unidades de internação confrontando o censo hospitalar em todos os plantões;

Participa dos Round junto as clínicas;

Controla e acompanha a regulação interna e externa e as transferências de pacientes fora do perfil;

Realiza o cadastro de todos os pacientes no sistema SER II e alinha em conformidade ao censo do PR em tempo real;

Controla e programa junto com a equipe médica especializada e com o complexo cirúrgico as cirurgias eletivas geradas pelo ambulatório do HRAS;

4 - Dimensionamento Atual de Leitos

No dia 13/01/22 houve o redimensionamento de leitos conforme solicitação da SESPA na clínica pediátrica, cir. Ped., UTI ped., ginecologia e urologia.

No dia 25/02/22 retornamos oficialmente com o dimensionamento dos leitos conforme contrato.

ANDARES	LADO	LEITOS	CLINICAS / ESPECIALIDADES
3º ANDAR	ÍMPAR	20	UTI ADULTO 1
	PAR	20	UTI ADULTO 2
4º ANDAR	PAR	10	UTI PEDIATRICA
		15	UCINCo
		5	UCINCa
	ÍMPAR	10	UTI NEO 1
		10	UTI NEO 2
5º ANDAR	ÍMPAR	25	CLIN PEDIATRICA (501 1 À 525)
	PAR	10	CIR PEDIATRICA (500 2 À 510)
		15	GINECOLOGIA (500 1, 512 À 524)
6º ANDAR	ÍMPAR	25	OBSTETRICIA
	PAR	25	OBSTETRICIA
7º ANDAR	PAR	25	NEUROCIRURGIA (700 À 724)
	ÍMPAR	5	NEUROCIRURGIA (701 À 705)
		5	CIR. TORACICA / CIR GERAL (707 À 711 1)
		10	CIR.VASCULAR (711 2 À 721 1)
		05	MASTOLOGIA (721 2 À 725)
8º ANDAR	PAR	25	VASCULAR (800 À 824)
	ÍMPAR	25	CLIN. MÉDICA (801 À 825)
9º ANDAR	ÍMPAR	25	NEFROLOGIA (901 À 925)
	PAR	25	UROLOGIA (900 À 924)

5 - Dados Gerais dos meses do mês de fevereiro de 2022, apresentando o número de Internações, saídas, reinternações, média mês e a taxa de ocupação.

DADOS GERAIS 2022										
Mês	Internação	Média de Internação por Dia	Reinternação	Alta	Transferência	Óbito	Total de Saída	Média de Saída Dia	Meta	Diferença
Fev	852	30	45	823	7	51	880	31	877	4

Fonte: NIR.

6 – Reinternações por Especialidade do mês de fevereiro de 2022

ESPECIALIDADE	FEV / 22
CIRURGIA GERAL	0
CIRURGIA PEDIATRICA	1
CIRURGIA TORACICA	0
CIRURGIA VASCULAR	4
CLINICA MEDICA	2
GINECOLOGISTA	1
INTENSIVISTA	0
INTENSIVISTA PEDIÁTRICO	1
MASTOLOGIA	0
NEFROLOGIA	2
NEONATOLOGIA	0
NEUROCIRURGIA	1
NEUROCOLUMA	1
OBSTETRICIA	14
ORTOPEDIA PEDIATRICA	0
PEDIATRIA	3
UROLOGIA	15
TOTAL MÊS	45

Fonte: NIR.

Nesse mês o maior quantitativo de reinternações foi na especialidade em obstetrícia que se justifica com gestantes em falso trabalho de parto e patologias clínicas da gestação, em segundo lugar na especialidade de urologia que também se justifica com as retiradas de duplo J.

7 – Serviço de Ambulância do mês de fevereiro de 2022

Foram realizadas durante o mês um total de 35 transportes de pacientes internados, o maior quantitativo foi de consultas em nefrologia para entrevista de vaga de TRS, em seguida registrado pela realização de exames externos sendo a RNM e tomografia com sedação e as 9(nove) transferências 7 (sete) de pacientes internados, 2 (dois) de pacientes em atendimento na observação, todos fora do perfil e 1 (um) por repatriação.

PROCESSOS DE TRANSPORTE DE AMBULANCIA REALIZADOS EM FEV 2022	
STATUS DO MOTIVO DO TRANSPORTE	REALIZADO

ALTA PARA RESIDÊNCIA	01
CONSULTA / ENTREVISTA	13
EXAMES*	12
TRANSFERÊNCIA	09
TOTAL	35

Fonte: NIR.

*Realizados externamente o total de 8 (oito) RNM, sendo 2 (duas) no Hospital Santa Casa e 6 (seis) com sedação no Hospital do Coração.

8 - Quantitativo de Internações por Origem no Mês de Fevereiro de 2022.

INTERNAÇÃO POR ORIGEM DE FEVEREIRO DE 2022								
Mês	AMBULATORIO	ELETIVA	MATERNIDADE	PS / GO	PSA	PSI	REGULADO	Total Int. p/ Origem
FEV/22	57	155	54	376	26	55	129	852

Fonte: Sistema PR.

8.1 - Descrição

PSA/OBS. ADULTO (Bloco A): Paciente adulto atendido e internado de demanda espontânea na observação do bloco A;

PSI/OBS. INFANTIL (Bloco A): Criança atendida de demanda espontânea internada na observação pediátrica de 0 dias de vida até 12 anos 11 meses e 29 dias;

REGULADOS (Bloco A): São pacientes internados, regulados através da central estadual;

ELETIVOS (Bloco A/D): Pacientes com indicação de procedimentos cirúrgicos eletivo, com internação programada;

AMBULATÓRIO (Bloco A): Pacientes com consulta agendada pelo SISREG para atendimento ambulatorial e após avaliação do especialista indica a necessidade de internação e são encaminhados para a obs. adulto para internação de urgência;

MATERNIDADE (Bloco A): RN's nascidos em nossa maternidade com indicação de internação com idade menor ou igual a 28 dias de nascidos;

PS.GO/OBS. OBSTETRICA (Bloco B): Pacientes gestantes e para atendimento ginecológico em atendimento de urgência com necessidade de internação.

FEV							
CLÍNICA	ORIGEM						
	AMBULATORIO	ELETIVA	MATERNIDADE	PS / GO	PSA	PSI	REGULADO
CIR PEDIATRICA	0	4	0	0	0	11	7
CIR TORACICA	0	4	0	0	0	0	9
CIR VASCULAR	22	0	0	0	1	0	20
CIRURGICA	1	0	0	0	3	0	1
EXTERNA	0	0	0	1	0	0	0
GINECOLOGIA	0	38	0	2	1	0	0
MASTOLOGIA	1	5	0	0	0	0	0
MEDICA	1	0	0	1	7	0	7
NEFFROLOGIA	8	0	0	0	4	0	4
NEUROLOGIA	17	10	0	0	2	0	6
OBSTETRICA	0	0	1	371	0	0	0
ORTOPEDICA	0	18	1	0	0	0	0
PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	39	10
UCI NEO	0	0	23	0	0	1	0
UROLOGIA	2	75	0	0	6	0	7
UTI ADULTO	4	0	0	1	2	0	44
UTI NEO	1	1	29	0	0	0	6
UTI PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	4	8
TOTAL	57	155	54	376	26	55	129
TOTAL %	7%	18%	6%	44%	3%	6%	15%
TOTAL	852						

Fonte: Sistema PR e NIR.

Análise: Observamos um quantitativo de pacientes oriundos do ambulatório através de consultas pelo SISREG e após atendimento médico julga necessário a internação, sendo as especialidades de cirurgia vascular, neurocirurgia e nefrologia representando 7% do total de internações. Ocasionalmente descontentamento pela CER/Central Estadual de Regulação, já que não temos “porta aberta” para pacientes adultos.

9 - Quantitativo de internações por clínica de fevereiro de 2022.

INTERNAÇÃO POR CLÍNICA DO MÊS DE FEVEREIRO 2022									
Fev	Clín. Médica	Clín. Cirúrgica	Externa	Obstetrícia	Pediátrica	UTI Ped.	UTI Adul.	Mastologia	Ginecologia
	16	5	1	372	49	12	51	6	41
	Neurologia	Urologia	Cir. Torácica	Cir. Vascular	Cir. Ped.	UTI Neo.	UCI Neo.	Nefrologia	Ortopédica
	35	90	13	43	22	37	24	16	19
TOTAL GERAL: 852									

Rod. Augusto Montenegro, s/n KM 13, Bairro Agulha, CEP: 66.811-000, Icoaraci, Belém – PA

www.institutomaissaude.org.br

Fonte: Sistema PR e NIR.

A Obstetrícia permanece sendo a clínica que mais internou durante o mês, em segundo lugar está a urgência pediátrica (pediatria clínica e cirurgia Pediátrica) que também é justificada pela “porta aberta” a urologia ficando em terceiro lugar que se justifica pelas programações da cirurgia eletiva.

10 – Dados Gerais de UTI/UCI

ANO:2022	META	FEV	% ALCANÇADO
Paciente Dia			
UTI Adulto	1080	1011	94%
UTI Pediátrica	270	257	95%
UTI Neonatal	540	420	78%
TOTAL	1890	1688	89%
UCI Neonatal	285	233	82%
UCI Canguru	285	208	73%
TOTAL	570	441	77%
TOTAL GERAL	2460	2129	87%

FONTE: PR / ESTATISTICA

11 - Procedimentos Cirúrgicos realizados

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS POR ESPECIALIDADES	META HRAS	PROCEDIMENTO REALIZADA	META ALCANÇADA
urgência e emergência obstétrica e ginecológica	400	345	86%
Urgência e emergência pediátrica	80	43	54%
vascular geral	90	90	100%
Urologia renal e geral, grande porte, urgência e emergência	90	91	101%
Neorologia endovascular	20	8	40%
Neurologia - geral	25	13	52%
Neurologia - coluna	10	12	120%
Ginecologia - eletiva	40	40	100%
Cirurgia torácica	10	38	380%
Mastologia	20	5	25%
Ortopedia pediátrica	30	32	107%
Endoscopia (CPRE)	*	1	0%
Geral/Diagnóstico	*	19	0%
TOTAL	815	737	
REALIZADA		737	90%
META MÊS PACTUADA		815	
ATINGIDO (%)		90%	

FONTE: CENTRO CIRÚRGICO/ESTATISTICA

12 – TAXA DE OCUPAÇÃO DO MÊS

OCUPAÇÃO HOSPITALAR GERAL	
ANO:2022	FEV
Taxa de Ocupação Hospitalar	
TOTAL GERAL	
	86,25%

FONTE: PR/ESTATISTICA

TAXA DE OCUPAÇÃO POR UNIDADE		Taxa de Ocupação
TOTAL GERAL DE OCUPAÇÃO UNIDADES	3º IMPAR - UTI ADULTO	89,64%
	3º PAR - UTI ADULTO	90,89%
	4 Andar - UCI Neonatal - Lado Par	83,21%
	4 Andar - UTI Neonatal 1 - Lado Ímpar	81,00%
	4 Andar - UTI Neonatal 2 - Lado Ímpar	69,78%
	4 Andar - UTI Pediátrica - Lado Par	91,79%
	4 Andar - Uticon - Lado Par	68,57%
	4 Andar - Uticon - Lado Ímpar	80,00%
	5º IMPAR - CLINICA PEDIATRICA	91,27%
	5º PAR - CIR PEDIATRICA E GINECO	56,57%
	6º IMPAR - OBSTETRICIA	86,14%
	6º PAR - OBSTETRICIA	82,57%
	7º IMPAR - NEURO/TORAC/GERAL/VASC/MASTO	79,77%
	7º PAR - NEUROCIRURGIA	82,57%
	8º IMPAR - CLINICA MEDICA	80,23%
	8º PAR - CLÍNICA VASCULAR	90,14%
	9º PAR - UROLOGIA	67,00%
	9º ÍMPAR - NEFROLOGIA	93,29%
	TOTAL UNIDADES	81,92%
	CENTRO OBSTETRICO (PPP)	
	OBSERVAÇÃO ADULTO	
	OBSERVAÇÃO FEMININA	
	OBSERVAÇÃO OBSTETRA	
	OBSERVAÇÃO PEDIATRIA	
	SALA VERMELHA 1	
	SALA VERMELHA 2	
	TOTAL UNIDADES	0,00%
	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	86,25%

FONTE: PR/ESTATISTICA

13 - Relatório Geral de Cirurgias Eletivas de Fevereiro de 2022.

LEVANTAMENTO DE CIR.ELETIVAS 2022: STATUS X ESPECIALIDADE								
ESPECIALIDADES	TOR.	CIPE	NEURO	VASC.	GIN	MASTO.	URO	ORTO. PED.
AGUARDANDO ACOMULADO	37	56	27	94	101	03	273	35
AGUARDANDO / ENTRADA 2022	18	41	15	29	32	1	111	7

Rod. Augusto Montenegro, s/n KM 13, Bairro Agulha, CEP: 66.811-000, Icoaraci, Belém – PA

www.institutomaissaude.org.br

Identificador de autenticação: B21EE74.F779.73B.64B40BC66DC004B6DF
Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>
Nº do Protocolo: 2022/307785 Anexo/Sequencial: 1

CANCELADO	0	0	0	4	3	0	9	0
DEVOLUÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	32
INTERNADO	1	3	0	0	8	3	12	0
ÓBITO	1	0	0	0	0	0	0	0
PROGRAMADO	9	13	1	0	5	4	18	7
REALIZADO / ALTA 2022	7	3	1	1	46	16	139	43
REAValiação	0	0	0	5	0	0	12	0

Fonte: NIR

14 - Levantamento de pacientes Regulados

Tivemos uma maior efetividade de dados durante o mês de fevereiro, com um maior percentual para leitos de UTI adulto e em seguida a especialidade de cirurgia vascular foram as clínicas mais reguladas no mês.

Foram realizados 7 (sete) transferências no mês de fevereiro, sendo 6(seis) fora do perfil e 1 (um) por repatriação.

2022						
REGULAÇÃO			TRANSFERÊNCIA			
REGULADOS DE JAN. / FEV.			JAN	FEV	JAN	FEV
CIRURGIA PEDIÁTRICA	37	10%	23	14	0	0
CIRURGIA GERAL	13	4%	9	4	1	0
CIR. TORACICA	8	2%	3	5	1	0
CLÍNICA MÉDICA	38	11%	28	10	1	0
CLÍNICA PEDIÁTRICA	36	10%	21	15	1	2
GINECOLOGIA	5	1%	3	2	0	1
MASTOLOGIA	2	1%	0	2	0	0
NEFROLOGIA	15	4%	8	7	2	0
NEUROCIRURGIA	40	12%	30	10	1	0
OBS ADULTO	2	1%	0	2	0	0
OBS. PEDIÁTRICA	2	1%	0	2	0	0
OBSTETRICIA	5	2%	0	5	0	0
ORTO. PED.	0	0%	0	0	0	0
OBSV. ADULTO	1	1%	0	1	0	1
OBSV. OBSTETRA	1	0%	0	1	0	0
OBSV. PEDIÁTRICA	1	0%	0	1	0	0
UCI NEO	3	1%	3	0	0	0
UROLOGIA	17	6%	10	7	0	0
UTI ADULTO	63	18%	22	41	0	1
UTI NEO	13	4%	5	8	1	0
UTI PED	14	4%	8	6	0	1
CIRURGIA VASCULAR	32	10%	12	20	0	1
TOTAL			185	163	8	7

Fonte: NIR

15 - Levantamento do Número de Pacientes Regulados por origem de solicitação

Observamos que a regulação feita pelo médico regulador do NIR é o maior percentual, ficando em segundo lugar os pedidos da alta gestão.

REGULAÇÃO 2022				
ACOMULADO JAN. / FEV.			JAN	FEV
ALTA GESTÃO	348	100%	27	33
DEMANDA JUDICIAL	60	17%	17	15
DIRETORIA	32	9%	8	5
REGULADO (AUTONOMIA DO MÉDICO DO NIR)	13	4%		
AMBULATÓRIO	235	68%	130	105
PS/GO	3	1%	1	2
PSA	3	1%	1	2
PSI	1	0%	1	0
PSI	1	0%	0	1
TOTAL			185	163

Fonte:NIR

STATUS DE REGULAÇÃO DOS MESES DE JAN E FEV 2022				
STATUS	JAN	% JAN	FEV	%FEV
ALTA	107	58%	50	31%
CANCELADO	11	6%	17	10%
RESERVADO	0	0%	0	0%
INTERNADO	16	9%	66	40%
ÓBITO	43	23%	23	14%
TRANSFERÊNCIA	8	4%	7	4%
TOTAL	185	100%	163	100%

Fonte:NIR

16 - Indicadores

16.1 - Tempo de Transferência Interna.

Esse indicador mensura dois momentos:

- O tempo entre a solicitação e a oferta do leito;
- O tempo entre a oferta e a efetividade na transferência física e virtual para a clínica destino;

Objetivo do indicador: Diminuir o tempo de transferência interna, trabalhar a programação de alta em consequência o giro de leito.

Análise: No mês de Fevereiro de 2022 apresentamos a média de tempo geral entre a solicitação e a oferta de leito de 5 min, com 8 min a menos que o mês anterior que foi de 13 min., porém em análise por clínica classificamos quatro especialidades (clínica médica, nefrologia, clínica obstétrica e urologia) com um tempo superior de 1 hora de espera de oferta de leito.

Observamos ainda que a média do tempo geral entre a oferta do NIR e a efetividade da transferência para a unidade destino foi de 19H, 15 horas a mais que o mês de janeiro que alcançou o tempo de 4H.

Estaremos em conjunto com a diretora assistencial levantando os apontamentos buscando melhorias nos processos para diminuir esse tempo. A análise foi feita em 871 solicitações de transferência mês.

TEMPO MÉDIO DE SOLICITAÇÃO, OFERTA E INTERNAÇÃO DE LEITO/ FEVEREIRO DE 022	
QUANTIDADE CASOS ANALIZADOS POR CLINICAS	871
MÉDIA TEMPO	
MÉDIA DE HORAS ENTRE SOLICITAÇÃO & OFERTA	00:05:00
MÉDIA DE HORAS ENTRE OFERTA & INTERNAÇÃO	19:38:00

Fonte: NIR

QUANTIDADE CLINICAS	
C. PED	14
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:05:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	17:09:00
C.GERAL	9
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:00:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	20:15:00
C.TORACICA	5
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:00:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	13:57:00
C.VASCULAR	85
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:05:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	23:27:00
CL. MÉDICA	119
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	01:11:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	22:25:00
CL. PED	115
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:08:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	20:47:30
CL.OBST.	30
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	01:16:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	17:33:00
GINECO	19

MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:44:30
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	21:00:00
NEFRO	33
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	01:08:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	20:39:00
NEUROCIR.	74
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:01:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	23:41:00
S VERM 1	1
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:00:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	09:35:00
URO	10
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	01:12:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	22:30:00
UTI ADULTO	274
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:00:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	18:01:00
UTI NEO2	1
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:00:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	20:42:00
UTI PED	82
MÉDIA DE HORAS SOLICITAÇÃO E OFERTA	00:00:00
MÉDIA DE HORAS OFERTA E INTERNAÇÃO	18:49:30

Fonte: NIR

16.2 - Tempo de resposta à Regulação de Leitos

Objetivo do Indicador: Analisar o tempo de resposta médica com os cadastros que estão direcionados pela Central Estadual.

Análise: Registramos a média geral de tempo de regulação que foi de 1:34min., desmembramos o tempo médio dos motivos das recusas assim como a quantidade de dados analisado, porém durante o processo de regulação entra na contagem o mesmo paciente direcionado e recusado mais de uma vez.

Dificuldades: Registramos que o maior quantitativo das recusas por falta de leito se dá pelos direcionamentos da CER nos leitos que aparecem vagos no sistema SER, porém estão em **CONDATA** por isolamento de contato e/ou respiratório conforme orientação técnica da SCIH.

Apesar de atualizarmos a CER através de e-mail solicitando análise e apoio para o bloqueio temporário, não há retorno favorável ou desfavorável. O mesmo ocorre nos casos com a necessidade de reservas de leito de UTI para retaguarda dos pacientes com programação no centro cirúrgico, assim como as reservas das programações eletivas, já que todos os leitos no sistema SER aparecem como vagos, ocasionando o aumento do número de recusas. A análise foi feita em 916 cadastros direcionados.

TEMPO MÉDIO DE REGULAÇÃO MÉDICA/ FEVEREIRO 2022	
QUANTIDADE CASOS ANALIZADOS POR DESFECHO	916
MÉDIA GERAL DE TEMPO DE REGULAÇÃO	
MÉDIA HORA DE REGULAÇÃO MÉDICA	01:34:00

Fonte: NiR.

FALTA DE LEITO	420
MÉDIA HORA DE REGULAÇÃO MÉDICA	01:45:00
FORA DE CLÍNICA	25
MÉDIA HORA DE REGULAÇÃO MÉDICA	01:34:00
FORA DE PERFIL	70
MÉDIA HORA DE REGULAÇÃO MÉDICA	00:30:00
LEITO INCORRETO OU SEM JUSTIFICATIVA	13
MÉDIA HORA DE REGULAÇÃO MÉDICA	02:16:00
RESERVADO	66
MÉDIA HORA DE REGULAÇÃO MÉDICA	00:48:30
RECUSADO	322
MÉDIA HORA DE REGULAÇÃO MÉDICA	01:31:00

Fonte: NiR.

17 - Avanços

A implementação do Round nas unidades de internação pela diretoria assistencial e com a participação da equipe do NIR, aproximando as equipes e discutindo as pendências objetivando agilidade no giro do leito e diminuindo o tempo de permanência.

A mensuração de dados de Tempo de transferência interna, do tempo de resposta da regulação médica.

Realizamos o aprimoramos do tempo de resposta médica e a análise dos motivos das recusas com a quantidade analisada.

Acrescentamos esse mês de fevereiro o número de regulados e os desmembramentos das solicitações feitas, incluindo as transferências, também em desenvolvimento e aprimoramento da extração de dados.

Planejamento com o indicador do Tempo de transferência externa em construção;

18 - Sugestões

As sugestões se aplicam aos processos de melhoria continua do setor, com avanços dos indicadores para mensuração dos dados com o objetivo de diminuir o tempo de transferência interna, trabalhando com a diretoria técnica e assistencial o plano de Alta programada e com isso iremos otimizar o giro de leito impactando diretamente nas metas contratuais.

19 - Fontes do Relatório

Sistema PR e planilhas de dados excel do NIR.

ELLEN CÍNTIA COSTA DE FIGUEIREDO
SUPERVISORA DE REGULAÇÃO / HRAS

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

01 | Realizadas: FEVEREIRO

O NVE tem como principais atividades:

- Coleta e análise de dados dos pacientes, a recomendação das medidas de prevenção à equipe assistencial para haver o controle apropriado, inibindo assim a disseminação da doença e/ou agravo em saúde.
- Investigação e notificação das doenças de notificação compulsória e óbitos de agravo de interesse de saúde públicas conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, juntamente com a divulgação das informações em tempo adequado aos Órgãos responsáveis.
- Realização do direcionamento aos setores solicitantes, análise das informações preenchidas nos documentos e demandas de retificações, quando, solicitadas pelo órgão competente relacionados a Declaração de Óbito e Declaração de Nascidos Vivos.

02 | Previstas para: Mês Fevereiro

- Manter as mesmas atividades regulares do setor.
- Circular Interna e Orientação Técnica para reforço de critérios gerais para notificação de agravos e preenchimento de fichas SINAN.
- Relatório com balanço de dados a respeito da Campanha de testagem de Covid-19, realizada no mês de janeiro.



03 | Projetos em Andamento

Descrição	Imp	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Atualização dos dados de acesso aos programas de notificação e laboratoriais a serem disponibilizados pela SESMA-BELÉM		X	X	X									
Levantamento de dados mensais de causas de óbito para construção de indicadores de perfil epidemiológico		X	X	X									
Seguimento da Comissão de Vigilância Epidemiológica		X	X	X									
Implantação de fluxo com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico do hospital.		X	X	X									
Alinhamento de fluxo e treinamento referente as plataformas Sivep-Gripe e E-SUS Notifica, junto a equipe do setor NVE.			X										

Alinhamento de fluxo e treinamento referente as de notificações de doenças e agravos das fichas SINAN, junto a equipe do setor NVE.				X									
Considerações: Ainda seguimos no aguardo de devolutiva da SESMA-BELÉM quanto a atualização do serviço do NVE/HRAS nas plataformas de notificação (SINAN, SIVEP/GRIPE e E-SUS).													

04 Possibilidades de Melhorias		
Situação detectada	Áreas envolvidas	Sugestão proposta
1) Ausência de notificação dos casos suspeitos de Síndrome Gripal (assintomáticos respiratórios) recebidos na porta de entrada do HRAS e dos pacientes que foram solicitados testes rápidos como protocolo para descarte de possível infecção por SARSCoV-2	-Pronto Socorro -Laboratório -Núcleo de Vigilância Epidemiológica -Diretoria Técnica	-Fortalecimento e divulgação do fluxo de notificação; -Fortalecimento do protocolo de admissão de pacientes com suspeita de Síndrome Gripal;
2) Inconsistência de informações nas fichas de notificação compulsória	-Área assistencial	-Fortalecimento e divulgação do preenchimento correto das fichas de notificação;



3) Ausência de preenchimento do formulário de revisão de óbito.	-Diretoria Técnica -Corpo Clínico Assistencial - Médicos	-Fortalecimento e divulgação do fluxo e preenchimento do formulário supracitado;
4) Ausência de fluxo para destino de peças anatômicas e abortamentos	- Centro Obstétrico - SHL	-Elaboração e implementação de fluxo para destino de peças anatômicas e abortamentos
Considerações: A partir do alinhamento com os setores envolvidos serão planejadas intervenções em conjunto para melhoria nas situações identificadas pela atual gestão.		

05 I Principais Indicadores e Dados Estatísticos [Anexo]

Considerações:

- 1) Número e proporção de notificações de doenças de notificação compulsória (ANEXO A);
- 2) Óbitos ocorridos no HRAS (ANEXO A);
- 3) Retificações de Declarações de óbito e Declarações de Nascidos Vivos realizadas no HRAS.



06 | Pontos Relevantes e Considerações Gerais

- Após realização de reunião com a equipe e alinhamento de fluxos e processos de trabalho, foram retomadas as notificações de eventos por parte dos colaboradores do NVE, reforçando junto a equipe como ferramenta para melhorias de processos.
- Identificado que dentre as fichas SINAN com inconsistências de informação, há uma maior incidência nas fichas de notificação de Sarampo/Rubéola, gerando um pequeno volume de fichas de notificação com pendências de informação (campos não preenchidos) e ausência de solicitação de exame do profissional responsável pelo preenchimento da ficha juntamente ao laboratório, foram encaminhadas aos gestores de áreas para providencias.
- Identificado também no mês de fevereiro a ausência de solicitação de exames quando se trata de crianças expostas ao HIV, mesmo quando a gestante tem um resultado positivo, gerando inconsistências de dados nas fichas SINAN.

Data	Carimbo/Assinatura (Gestor)	Diretoria Executiva (Ciente)
03/03/2022		

ANEXO A – INDICADORES DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HRAS

Demonstrando abaixo o quantitativo de doenças, eventos e agravos em saúde notificados ao NVE do mês de janeiro.

Quadro 1 – Dados de Notificação Compulsória, HRAS.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CASOS DE DOENÇAS, EVENTOS OU AGRAVOS EM SAÚDE DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

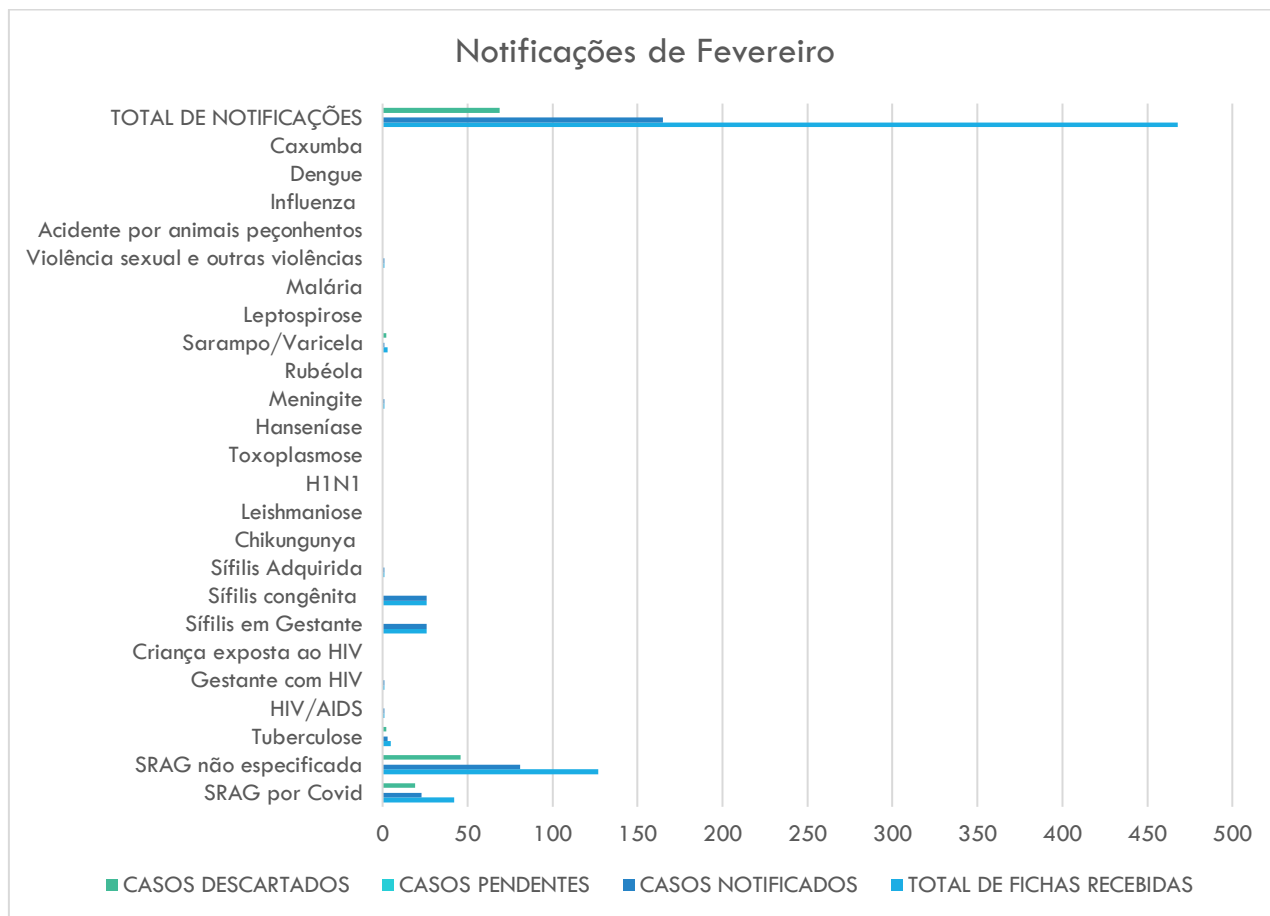
DOENÇAS, EVENTOS E AGRAVOS	TOTAL DE FICHAS RECEBIDAS	CASOS NOTIFICADOS	CASOS PENDENTES	CASOS DESCARTADOS
SRAG por Covid	42	23	0	19
SRAG não especificada	127	81	0	46
Tuberculose	5	3	0	2
HIV/AIDS	1	1	0	0
Gestante com HIV	1	1	0	0
Criança exposta ao HIV	0	0	0	0
Sífilis em Gestante	26	26	0	0
Sífilis congênita	26	26	0	0
Sífilis Adquirida	1	1	0	0
Chikungunya	0	0	0	0
Leishmaniose	0	0	0	0
H1N1	0	0	0	0
Toxoplasmose	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0
Meningite	1	1	0	0
Rubéola	0	0	0	0
Sarampo/Varicela	3	1	0	2
Leptospirose	0	0	0	0
Malária	0	0	0	0
Violência sexual e outras violências	1	1	0	0
Acidente por animais peçonhentos	0	0	0	0
Influenza	0	0	0	0
Dengue	0	0	0	0
Caxumba	0	0	0	0
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	468	165	0	69

Fonte: NVE HRAS, 2022.

Total de fichas, são consideradas todas as fichas SINAN recolhidas pelo NVE, sendo que destas, após análise, algumas fichas são concluídas como caso descartado onde os exames constam resultado negativo. Casos notificados são aqueles que fica confirmado o agravo por resultado de exame positivo e/ou critério clínico diagnosticado pelo médico assistente. Porém, temos os casos pendentes onde a ficha de notificação contem campos

não preenchidos pelo profissional responsável pela notificação. Tais fichas são encaminhadas ao responsável e/ou gestor do setor notificante para preenchimento das informações ausentes. Destacamos que as fichas pendentes são casos que não são notificados aos órgãos reguladores devido a falta das informações impedirem a conclusão do caso.

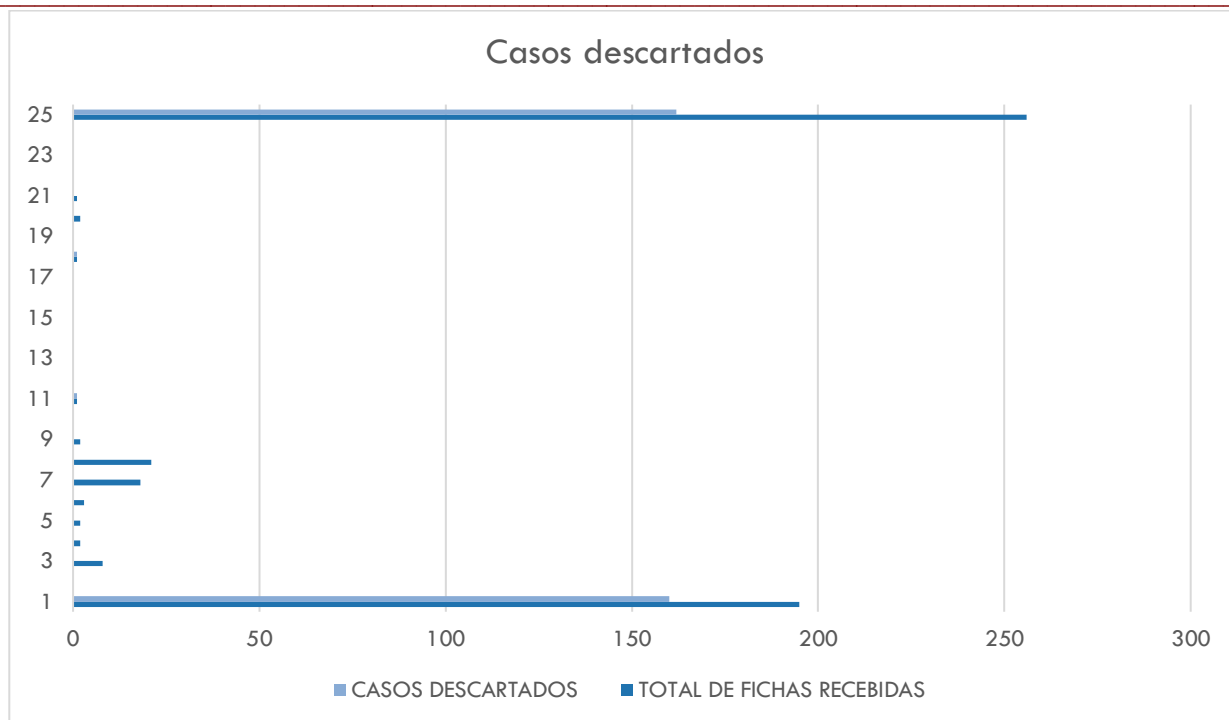
Gráfico 1 - Dados de Notificação Compulsória do mês de janeiro.



Fonte: NVE HRAS, 2022.

Casos que foram confirmados e notificados aos órgãos reguladores, por tipo de doença.

Gráfico 2 – Notificações com casos descartados por comprovações laboratoriais por tipo de doenças e agravos.



Fonte: NVE HRAS, 2022.

O gráfico 2 demonstra o quantitativo de casos que foram descartados por confirmação laboratorial.

Gráfico 3 - % de notificações descartadas.



Fonte: NVE HRAS, 2022.

O gráfico 3 se refere ao percentual de fichas que foram levantadas suspeitas de casos, porém descartadas por meio de comprovação de exames.

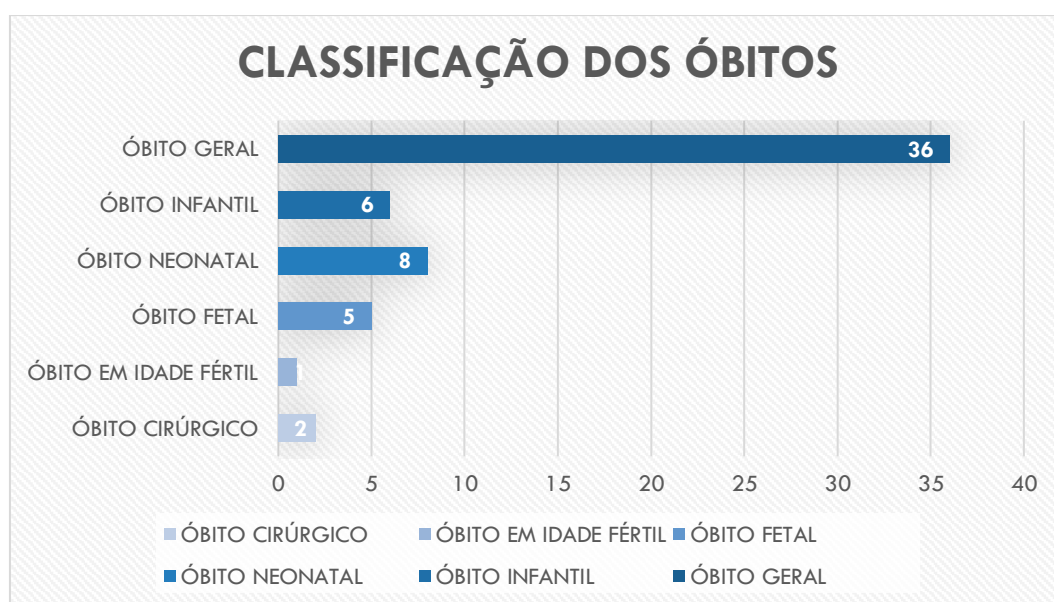
Quadro 2 – Dados de Óbitos referentes ao mês de janeiro.

ÓBITOS OCORRIDOS NO HRAS	
DOCUMENTOS EMITIDOS	JANEIRO
Declaração de Óbito	56
S.V.O	01
I.M.L	01
TOTAL	58

Fonte: NVE HRAS 2022. Nota: SVO: Serviço de verificação de óbito

Nos casos dos óbitos onde não se é possível atestar a causa é acionado o serviço de verificação de óbito (SVO) vinculado ao Instituto Médico Legal (IML). Óbitos encaminhados ao IML (Instituto Médico Legal) são aqueles constatados por sinais de violências.

O gráfico 4 - % dos tipos de óbitos ocorridos no mês de janeiro.



Quadro 3 – Retificações de Declaração de Óbito e declaração de Nascidos Vivos.

RETIFICAÇÕES REALIZADAS NO MÊS DE JANEIRO	
Declaração de Óbito	13
Declaração de Nascidos Vivos	27
TOTAL	40

Fonte: NVE HRAS 2021.

Das 56 declarações de óbito emitidas, foram retornadas da SESMA 13 para retificação, ou seja, as mesmas apresentavam inconsistência de informação. Sendo que as declarações de óbito que apresentaram inconsistência de informações e receberam tratativa em tempo hábil estão sendo contabilizadas para apresentação no mês subsequente.

O setor emitiu 246 Declarações de Nascido Vivo no mês de janeiro, sendo que dessas, retornaram 27 declarações para retificação por diversos motivos entre os quais haviam campos em branco e ausência de assinatura do profissional.

Tais situações refletem a necessidade de maior atenção ou mesmo compreensão da equipe assistencial (médicos e enfermeiros) sobre a importância do preenchimento correto dos documentos e/ou capacitação dos profissionais quanto aos critérios e informações que devem constar nas fichas de notificação, declarações de óbito e declarações de nascidos vivos.

COMPLEXO CIRÚRGICO

1. INTRODUÇÃO

O Complexo Cirúrgico do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, abrange o Centro Cirúrgico e Hemodinâmica. Sendo com 6 e 1 salas cirúrgicas, respectivamente. As especialidades atendidas são:

- Centro cirúrgico: pediatria, neurologia (geral e coluna), geral, vascular, ortopedia infantil, ginecologia, mastologia, urologia, torácica e videoendoscópica. Horário de funcionamento: Segunda a Domingo 24 horas cirurgias de urgência/emergência. Segunda a Sexta-feira de 07 as 19 horas cirurgias eletivas
- Hemodinâmica: Cirurgias endovasculares e neuroendovascular. Horário de atendimento- Segunda a Sábado de 07 as 19 horas cirurgias eletivas.

1.1 CENTRO CIRURGICO

O centro cirúrgico e hemodinâmica recebem pacientes do ambulatório, pronto socorro adulto e pediátrico, unidades de internação regulados pela central de leitos. A partir de então realizados os agendamentos conforme a solicitação do aviso cirúrgico. Mensalmente analisamos a produção cirúrgica de cada especialidade bem como o indicador de cancelamento cirúrgico para traçar estratégias de melhoria e organização do setor.

No relatório de Fevereiro apresentamos as taxas de cancelamento cirúrgico de fevereiro de 2022 a análise dos motivos de suspensão dos cancelamentos estão descritas no item 4.1.2 deste relatório. Neste mês através dos gráficos e análise dos dados foram traçadas estratégias de melhorias dos processos que envolvem a programações cirúrgicas diárias e o cumprimento das metas quantitativas de cirurgia de acordo com o contrato de gestão.

1.2 HEMODINÂMICA

No mês de Fevereiro a hemodinâmica realizou procedimentos de neuroendovascular e endovascular, atendendo assim a demanda dos pacientes internados. Tivemos alguns cancelamentos devido a falha no angiografo, mesmo após troca do cabo de fibra ótica de

energia do equipamento. Esta demanda estava sobre responsabilidade e acompanhamento da engenharia clínica do hospital.

Devido a necessidade da troca foi realizado agendamento com empresa Siemens nos dias 31 a 02/02/2022, onde foi executada a troca do cabo de fibra ótica e atualização do software. Nos dias 17 e 18/02/2022 houve paralisação para correção do sensor do eixo central da mesa, devido o angiografo não está fazendo o giro para o lado direito, dificultando os exames 3D. A mesma foi testada, realizada as calibrações e liberação do equipamento para a realização dos procedimentos, desta forma retomamos os agendamentos que estavam pendentes no setor de internação.

2. AÇÕES SETORIAIS

As ações e atividades previstas para o mês de Fevereiro, conseguimos executar:

- Reorganização de distribuição do Mapa Cirúrgico: Em conjunto com os enfermeiros do centro cirúrgico definimos melhorias quanto à distribuição do mapa cirúrgico, com a entrega pelo auxiliar administrativo da programação cirúrgica de 17h a 18h, buscando a melhoria da realização correta do pré-operatório deixando todas as unidades de internação e unidades de terapia intensiva informadas do horário e procedimento de cada paciente e sanar cancelamentos devido a falha de jejum. Tal atividade foi iniciada em 25/01/22. Para o mês de fevereiro esta ação foi monitorada e ajustada, caso de necessidade.

- Melhorar o processo de disponibilização dos materiais processados pela CME: Este setor em novembro passou a ser incorporadora pela gestão interna do hospital. Assim ações de melhoria que visem otimizar, melhorar a qualidade da esterilização e dispensação dos materiais para o cumprimento do mapa cirúrgico diário. Esta inter-relação entre CME e Centro cirúrgico é importante para evitar e/ou sanar cancelamento de cirurgia por falta de material estéril. Melhoria esta que podemos visualizar no indicador de cancelamento cirúrgico mais adiante neste relatório.

- A ação de aplicação do Protocolo de Cirurgia Segura está em processo de construção das atividades de orientação, treinamento, adequação da equipe médica e estruturação para a implantação do mesmo de maneira institucional. Portanto esta ação segue em andamento em fevereiro.

3. TREINAMENTOS

No mês de Fevereiro a equipe, assim como os demais colaboradores do HRAS, retomaram a participação de treinamentos organizados pelo NEP (Núcleo de Ensino e Pesquisa). Além destes treinamentos os enfermeiros assistenciais deram show no treinamento in loco com a equipe do centro cirúrgicos e hemodinâmica, onde eles explanaram o tema: Acolhimento humanizado e conferência de prontuário ao receber o paciente, para um melhor atendimento aos nossos usuários, realizando orientação técnicas, alinhamento de normas e rotinas institucionais, melhorias dos processos e atividades dos setores e adequação de condutas da equipe.

Para melhor adequação do processo no dia 21 de fevereiro foi realizado com o setor de Hemodiálise e Diálise peritoneal o treinamento da SAEP, alinhamento realizado para sanar dúvidas quanto o preenchimento da consulta pré-operatória.

Abaixo a relação de temas administrados e seus respectivos registros fotográficos.

- 07 e 08/02/2022 Tema: Gestação e Puerpério na Adolescência: Conscientização da equipe assistencial.
- 12 e 13/02/2022 Tema: Acolhimento humanizado e conferencia de prontuário ao receber paciente no centro cirúrgico e Orientação checklist de conferencia de prontuário.
- 14 e 15/02/2022 Tema: Protocolo de Transporte intra-hospitalar.
- 17 e 18/02/2022 Tema: Sobre Manual do Prontuário.
- 22 e 23/02/2022 Tema: Oficina de Precauções e Isolamento.
- 24 e 25/02/2022 Tema: Treinamentos de Notificação e Ocorrência.

Foto 1: Treinamento e Orientação de rotinas do setor.



Foto 2: Treinamento e Orientação de rotinas do setor



Foto 3: Treinamento SAEP.



Foto 4: Treinamentos



3.1 ACOLHIMENTO DO NOVO COLABORADOR

No centro cirúrgico a equipe já possui a rotina de acolher os novos colaboradores, após a integração institucional, para apresentação da equipe, do setor e as rotinas. Mas também um processo de acolhimento de Boas Vindas e registro por foto deste momento tão importante a um colaborador novo e a instituição. Em fevereiro tivemos 2 admissões de novos colaboradores. São eles: enfermeira Ana Lúcia Silva Monteiro e técnica de enfermagem Wendy Valente Pereira. Abaixo as fotos de registro.

Foto 1 – Acolhimento da colaboradora Wendy.



4. INDICADORES:

4.1 Indicador de Produção Centro Cirúrgico

A produção cirúrgica do complexo cirúrgico é norteada de acordo com as metas cirúrgicas pactuadas no contrato de gestão. Com isso os agendamentos cirúrgicos, das cirurgias eletivas, são planejados mensalmente para alcançar estes valores. Bem como análise de produção por cada especialidade e os cancelamentos cirúrgicos que influenciam para o não cumprimento da meta.

TABELA I - Metas quantitativas de cirurgias de acordo com o contrato de gestão realizadas nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2022.

ESPECIALIDADE	META	JANEIRO	% META ALCANÇADA	FEVEREIRO	% META ALCANÇADA
GERAL	SEM META	26		19	
ORTOPEDIA	30	27	90%	32	107%
UROLOGIA	90	79	88%	91	101%
PEDIATRIA	80	58	73%	43	54%
TORACICA	10	28	280%	38	380%
VASCULAR	90	65	72%	90	100%
NEUROLOGIA-GERAL	25	13	52%	13	52%
NEUROLOGIA-COLUNA	10	0	0%	12	120%
NEUROENDOVASCULAR	20	8	40%	8	40%
MASTOLOGIA	20	10	50%	5	25%
GINECOLOGIA	40	18	45%	40	100%
ENDOSCOPIA	SEM META	3		1	
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	80	68		27	34%

Fonte: Planilha de controle de produção cirúrgica do centro cirúrgico e hemodinâmica, 2022.

Na tabela I podemos observar que neste mês as metas cirúrgicas de algumas especialidades ainda não atingiram 100% de cumprimento. Isto é em decorrência de mudanças administrativas, reorganização de fluxos cirúrgicos que impactam diretamente na produção mensal.

Nesse mês algumas especialidades tiveram dificuldades em cumprimento da meta devido alguns problemas com equipamentos médicos cirúrgicos e troca de perfil unidade de internação.

A equipe da neurologia geral e coluna no mês de janeiro, estavam sem o craniotomo, equipamento de uso primordial para cirurgias, com isso foi realizado somente procedimentos de urgências, mas já tivemos resolutiva com a chegada de um novo, que no mês de fevereiro esteve em uso, ajudando a equipe fazer o cumprimento da meta de neuro coluna em 120%.

O hospital ampliou os leitos clínicos pediátricos, com o objetivo de atender a demanda de internações por síndromes respiratórias agudas graves, que deu início dia 13/01/2022 e estendeu-se até o mês de fevereiro, impactando diretamente na especialidade de cirurgia pediátrica, havendo suspensão das cirurgias eletivas, mantendo-se somente as urgências.

Por outro lado, temos as especialidades Ortopedia, Urologia e Vascular que conseguiram concluir 107%, 101% e 100% respectivamente da meta.

Desde o mês de dezembro quando houve mudança no contrato da equipe de mastologia estão com dificuldades de composição médica que se prorrogou até esse mês onde pode ser observado na tabela I. Entretanto a equipe de ginecologia que também esteve no mês de janeiro com dificuldades em cumprir meta esse mês de fevereiro conseguiu atingir 100%.

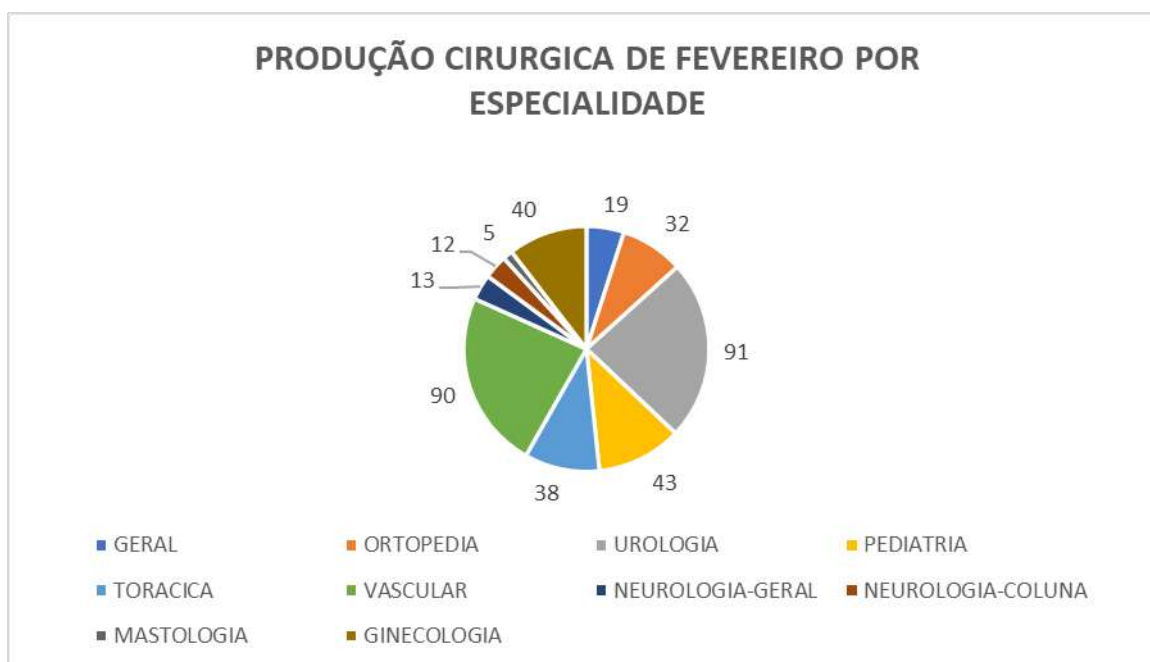
Vale ressaltar que a equipe de cirurgia torácica, nesse mês conseguiu atingir 380% da meta, 100% a mais comparada ao mês de janeiro que pode ser observado na tabela I.

No mês de fevereiro conseguimos atingir o cumprimento de 101% da meta no valor total de cirurgias, mesmo algumas especialidades não atingindo 100% cumprimento. Ressaltamos que a especialidade cirurgia geral não possui pactuação de meta contratual, no entanto em virtude da complexidade clínica dos usuários atendidos no hospital, há a necessidade de termos esta especialidade em tempo integral. Bem como o procedimento videoesncoscópico de Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE). Ambas as especialidades no mês de fevereiro produziram 19 e 1 procedimentos, respectivamente. Um total a mais na produção de 20 cirurgias. Portanto finalizamos o mês com cirurgias realizadas 419 e 25 cirurgias canceladas no centro cirúrgico e 9 cirurgias canceladas na hemodinâmica, motivos os quais discriminados na análise do indicador.

Tabela II – Produção cirúrgica diária e mensal por especialidade

FEVEREIRO																																
ESPECIALIDADE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
GERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	2	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	15
ORTOPEDIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	32
UROLOGIA	4	5	3	5	0	0	7	4	6	4	6	0	0	6	4	5	2	3	0	0	6	5	4	3	3	0	1	5	0	0	0	91
PEDIATRIA	1	2	1	2	0	2	0	1	3	0	2	0	3	2	2	3	5	2	3	1	0	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	43
TORACICA	1	3	2	2	0	0	0	8	4	0	4	0	0	0	0	5	2	0	0	0	2	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	58
VASCULAR	5	5	3	3	0	0	6	1	2	1	0	0	0	3	3	4	4	3	0	0	4	3	4	1	4	0	2	2	0	0	0	73
NEUROLOGIA-GERAL	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	13
NEUROLOGIA-COLUNA	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	12
MASTOLOGIA	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
GINECOLOGIA-OBSTETRICA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
GINECOLOGIA-GERAL	0	0	0	0	5	0	0	2	0	2	0	0	0	5	0	0	2	3	16	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	40
ENDOSCOPIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C. PLASTICA	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	15	17	14	16	6	1	23	17	16	8	20	2	4	28	16	21	17	11	19	1	21	14	18	18	9	1	4	9	0	0	0	367
STATUS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
URGENCIA	3	5	1	4	0	5	0	1	3	2	3	2	4	2	4	3	5	2	3	1	0	8	2	3	1	0	1	0	0	0	0	66
ELETIVA	12	12	13	12	6	0	23	16	13	6	17	0	0	26	12	16	12	9	16	0	21	10	16	10	8	1	3	9	0	0	0	301
TOTAL	15	17	14	16	6	5	23	17	16	8	20	2	4	28	16	21	17	11	19	1	21	14	18	18	9	1	4	9	0	0	0	367

Fonte: Planilha de controle de produção cirúrgica do centro cirúrgico, competência Fevereiro 2022.

Gráfico I – Produção cirúrgica mensal por especialidade


Fonte: Planilha de controle de produção cirúrgica do centro cirúrgico, competência Fevereiro 2022.

4.2 Indicador de Produção Hemodinâmica

Tabela II – Produção cirúrgica diária e mensal da radiologia diagnóstica e terapêutica

FEVEREIRO																													
ESPECIALIDADE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL
NEUROENDOVASCULAR	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	8
ENDOVASCULAR	0	0	2	1	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	3	2	0	0	0	17
NEURODIAGNOSTICO	0	0	0	1	2	0	2	1	1	0	0	0	0	1	2	4	0	0	3	0	2	2	4	0	2	0	0	0	27
TOTAL	0	0	2	4	2	0	3	1	3	4	1	0	0	1	2	5	0	0	3	0	4	4	5	3	4	1	0	0	52

Fonte: Planilha de controle de produção cirúrgica da hemodinâmica, competência Fevereiro 2022.

Tabela III – Produção cirúrgica por procedimento da radiologia diagnóstica e terapêutica (Neuroendovascular e Endovascular) – Fevereiro de 2022.

PROCEDIMENTOS	QUANT.
ANGIOPLASTIA CEREBRAL	2
ANGIOPLASTIA VASCULAR	10
ANGIOGRAFIA CEREBRAL	19
ARTERIOGRAFIA VASCULAR	3
ARTERIOGRAFIA CEREBRAL	5
FLEBOGRAFIA	1
EMBOLIZAÇÃO CEREBRAL	6
EMBOLIZAÇÃO MID	1
ARTERIOPLASTIA MIE	1
IMPLANTE DE PERMICATH	4
TOTAL	52

Fonte: Planilha de controle de produção cirúrgica da hemodinâmica, competência fevereiro 2022.

4.1.2 INDICADOR DE PROCESSO

4.1.2.1 Taxa de Cancelamento Cirúrgico – Centro cirúrgico

O indicador de cancelamento cirúrgico neste mês de Fevereiro foi de 6,81%. O motivo de maior representatividade são: atraso na programação cirúrgica/falta de membro da equipe, falta de material/equipamento, falta de exames pré-operatório, falta de reserva sanguínea + usuário se condições clínicas, falta de membro da equipe médica, material de má qualidade, recusa do usuário ao proc. cirúrgico, prioridade de urgência, mudança de diagnóstico.

Tivemos em destaque no indicador que representou 48% dos motivos dos cancelamentos, o atraso na programação cirúrgica mais a falta de membro da equipe, se trata da equipe de anestesia que nos dias de quarta-feira fica somente 2 membros pela manhã e após 19h fica reduzida, assim realizando um procedimento por vez no noturno, devido ficar plantonistas apenas para urgências cirúrgicas e obstétricas.

Percebe-se que o motivo falta de exames pré-operatório se manteve em 12% comparada ao mês de janeiro.

Por outro lado, a falha do jejum pré-operatório que representava 1,5% dos cancelamentos no mês janeiro, foi sanado pelo plano de ação que foi criado, entrega do mapa cirúrgico nas unidades de internação e unidades de terapia intensiva, está sendo monitorado e será ajustado, caso haja necessidade.

Todos os motivos elencados nesta análise foram tratados com ações de melhoria para serem realizadas no mês de fevereiro. Todas as ações referentes ao contrato da equipe médica ainda estão no processo de adequação. Abaixo os gráficos demonstrativos por especialidade e motivos dos cancelamentos cirúrgicos.

Gráfico II – Número de cancelamentos cirúrgicos por especialidade (Fevereiro de 2022).

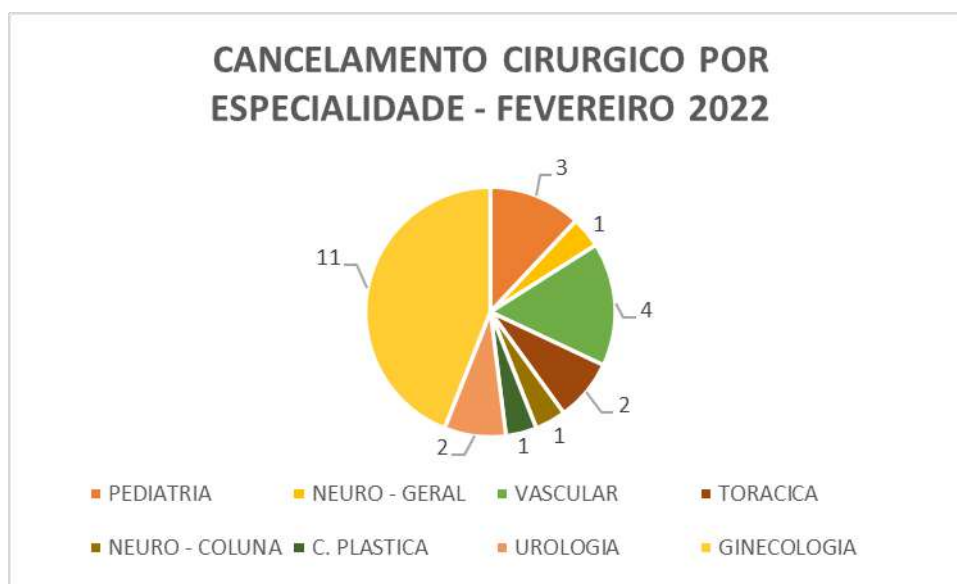
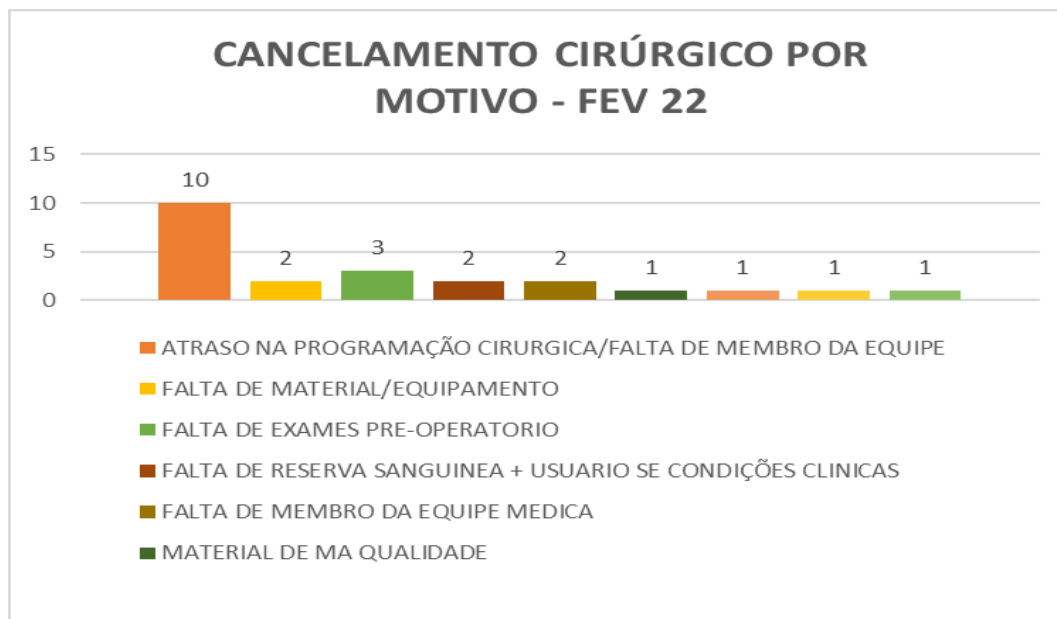


Gráfico III – Número de cancelamentos cirúrgicos por especialidade (Fevereiro de 2022).



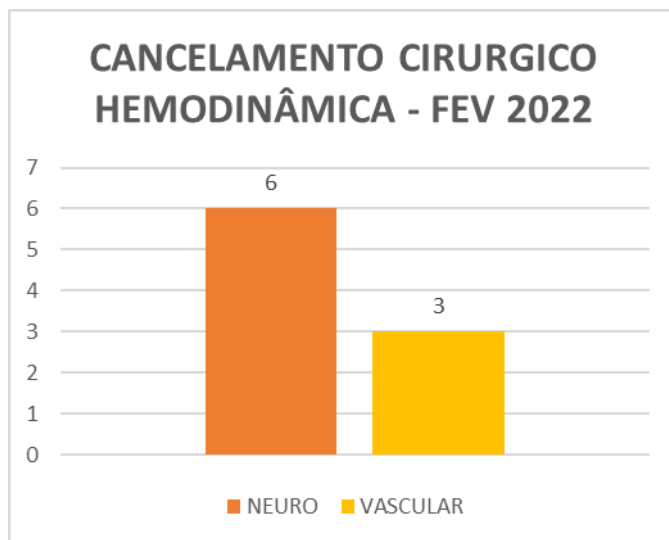
Fonte: Planilha de controle de cancelamento cirúrgico, Fevereiro 2021.

4.1.2.2 Taxa de Cancelamento Cirúrgico – Hemodinâmica

Na hemodinâmica os motivos representaram 17% dos cancelamentos em fevereiro, tivemos em evidências a falta de membro da equipe (sem anestesiologistas), falta de reserva sanguínea o não funcionamento do angiografo (falta de equipamento) e usuário sem condições clínicas.

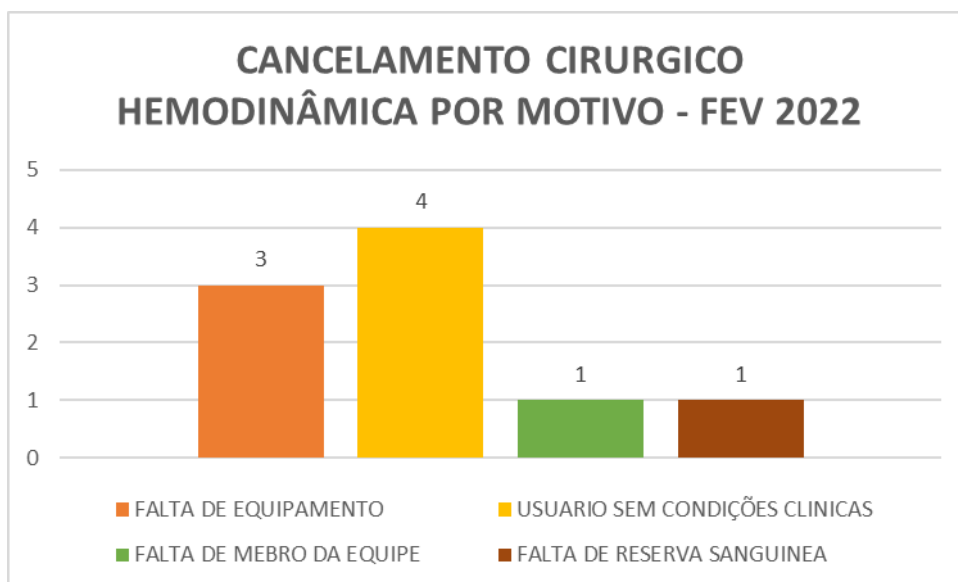
Todos os motivos listados nesta análise estão sendo tratados com ações de melhoria, para serem realizadas no mês de fevereiro, já tivemos a resolutiva da troca de cabo de fibra ótica, assim melhorando o fornecimento de energia para o angiografo, e correção do sensor do eixo central da mesa, para realização dos exames em 3D.

Gráfico IV – Número de cancelamentos cirúrgicos por especialidade hemodinâmica
(Fevereiro de 2022).



Fonte: Planilha de controle de cancelamento cirúrgico hemodinâmica 2022.

Gráfico V – Número de cancelamentos cirúrgicos por motivo- hemodinâmica
(Fevereiro de 2022).



Fonte: Planilha de controle de cancelamento cirúrgico hemodinâmica 2022.

5. MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Sala 1 - O motor de elevação da mesa cirúrgica da fabricante kss aguardando chegada da peça.

Sala 3 - A membrana e motor de elevação da mesa cirúrgica da fabricante kss aguardando chegada da peça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o mês de fevereiro 2022 teremos em planejamento as seguintes ações:

- SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – Aplicação e Importância do Registro Correto);
- Demarcação de Lateralidade.
- Prevenção do Controle de Infecção de Sítio Cirúrgico.

Vera Lúcia de Sousa Nunes

Coordenadora de Enfermagem Complexo Cirúrgico e CME

Psicologia Hospitalar

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde consiste em um estado de bem-estar físico, mental e social e constitui-se como um dos direitos fundamentais do ser humano. Por sua vez, a Constituição Brasileira compreende que a saúde é, além de um direito do cidadão, um dever do Estado, que deve ser garantida mediante políticas públicas:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Essa concepção integral de saúde justifica a necessidade da Psicologia Hospitalar nas instituições hospitalares, pois tal especialidade tem a tarefa de avaliar as interações entre as pessoas, a doença, o contexto no qual estão inseridos e formular um diagnóstico ou estratégia de tratamento com base nessa compreensão, trabalhando a partir de uma perspectiva biopsicossocial de saúde e doença (Remor, 1999).

Entende-se que os fatores emocionais e psicológicos influenciam o desenvolvimento de muitos problemas de saúde e podem desempenhar papel importante no curso e na progressão da doença, portanto, a identificação precoce desses fatores é fundamental para seu manejo adequado, além disso, o próprio processo de hospitalização também pode mobilizar ou inaugurar conteúdos psicológicos passíveis de interferir nos aspectos emocionais de pacientes, familiares e até mesmo da própria equipe.

O Serviço de Psicologia Hospitalar tem, portanto, como principal objetivo avaliar aspectos psicológicos ou emocionais que possam interferir no tratamento, acolher e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias e suas famílias, que estão vivenciando sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, bem como trabalhar em equipe com os demais profissionais envolvidos no caso. Desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, visando proporcionar ao paciente uma compreensão e entendimento da situação, procurando uma melhor maneira de manejar o problema, sendo reconhecida como especialidade em 2001, regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 13/2007.

Em relação à organização do trabalho, os atendimentos são realizados a partir de solicitação de consulta ou busca ativa, de maneira que as Psicólogas encaminham até o leito do paciente e, nesse local, estabelecem o setting terapêutico, exposto as mais diversas variáveis e interrupções. Quando a intervenção psicológica é solicitada a um paciente, se considera que poderá ser breve, muitas vezes única, pois dependerá do tempo de internamento de cada paciente.

Ao receber uma solicitação de consulta a psicóloga identifica a demanda escutando o solicitante, que pode ser o paciente, o familiar ou o membro da equipe. Dirige-se ao prontuário eletrônico, onde realiza a leitura das evoluções da equipe multiprofissional para compreensão sobre o quadro clínico, após, direciona-se ao leito do paciente para realizar a avaliação psicológica hospitalar e atendimento

psicológico. O profissional de psicologia deve considerar que todo o atendimento pode ser o último, portanto, necessita obter o melhor aproveitamento possível deste e estrutura um plano terapêutico que tenha começo, meio e fim, delimitando o foco ideal e os alcances pretendidos. Portanto, a avaliação psicológica hospitalar muitas vezes se mistura com o atendimento psicológico, dada à urgência e a rápida permanência de alguns casos. A psicologia hospitalar embora se aproprie de recursos, teorias e técnicas clínicas, não se configura como psicologia clínica.

Os procedimentos realizados pelas Psicólogas Hospitalares do HRAS são:

- Busca ativa ou triagem psicológica: caracteriza-se pela visita em todos os leitos, para uma breve avaliação e triagem de eventuais transtornos mentais, de comportamento ou ajustamento. Uma avaliação objetiva e exploratória, não exaustiva.
- Avaliação Psicológica Hospitalar: consiste numa avaliação mais aprofundada, utilizando entrevista semiestruturada contendo o histórico da doença, exame psíquico, condições de enfrentamento, estado emocional, organização familiar.
- Psicoterapia breve focal: trabalho focal, centrando-se nas repercussões que a doença e hospitalização geram para o paciente e familiar, associados a outros fatores como história de vida, forma como assimila a doença e perfil de personalidade;

- **Psicoeducação:** abordagem terapêutica que busca promover ao paciente, seus familiares e cuidadores uma ampliação do conhecimento sobre a doença e processo de tratamento; mais as rotinas e dinâmicas de funcionamento das unidades assistenciais;
- **Acompanhamento Psicológico Hospitalar:** após avaliação e sendo identificada a necessidade de acompanhamento psicológico, o paciente e familiar recebem atenção sistemática e focal, caracterizado por visitas regulares da equipe de psicologia hospitalar. A definição da periodicidade do acompanhamento psicológico consiste em: Acompanhamento psicológico diário, para pacientes com alta complexidade emocional; Acompanhamento psicológico de duas a três vezes por semana, usuários com demandas de complexidade emocional moderada; Acompanhamento semanal, para usuários que apresentam repercussões emocionais esperadas a hospitalização, porém, com risco de agravos e/ou fragilidade biopsicossocial; Atendimento pontual: atendimentos emergenciais, realizando escuta breve e focal em casos de intercorrências, promovendo orientações psicoeducativas, avaliando a necessidade de encaminhamentos para rede de saúde e orientando sobre o serviço de psicologia, reavaliando demandas e disponibilizando o atendimento caso necessário.
- **Visitas Multiprofissionais:** visitas multiprofissionais com discussão de caso entre a equipe assistencial de cuidados. Todos os pacientes internados são incluídos nas visitas, independente do quadro clínico. Essa prática é rotineira e tem a finalidade assistencial de melhorar a qualidade do atendimento prestado ao paciente, por proporcionar uma visão mais integrada do mesmo. Cabendo as psicólogas orientarem a equipe no manejo dos pacientes com sintomas e conteúdos psicológicos.
- **Devolutiva ao solicitante:** a psicóloga se dirige ao solicitante emitindo um parecer psicológico verbal descrevendo o funcionamento psicológico do paciente e relacionando ao adoecimento.
- **Evolução em prontuário eletrônico:** ferramenta de comunicação escrita que informa aos demais membros da equipe sobre dados relevantes observados pelas psicólogas, focado nas questões que permeiam a doença e a hospitalização, buscando ampliar o olhar frente ao sujeito, possibilitando compreender quem é, como vem encarando o processo do

adoecimento, quais suas perspectivas, mecanismos de defesa, se pode contar com rede de apoio (artigo 6º do Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2014).

- Educação continuada: participação em reuniões, treinamentos, cursos e palestras, visando o aprimoramento e humanização da assistência;
- Acolhimento do familiar por ocasião de óbito: acompanhamento durante Comunicação de Más notícias realizada por profissional médico e suporte ao luto de familiares.
- Atendimento psicológico a familiares: atendimento prestado a familiares e/ou responsáveis, visando o bem-estar físico e emocional dos envolvidos ao processo de saúde do paciente;

A população atendida e o contexto onde se dão os atendimentos também são muito diversificados, o que exige da(o) profissional da Psicologia Hospitalar uma disposição a se debruçar sobre aquele contexto específico da vivência humana, em suas diferentes formas de apresentação: a criança, o adolescente, o adulto, a puérpera, a gestante, o idoso, o paciente crônico, o paciente psiquiátrico, a vítima de violência, o contexto cirúrgico, o contexto oncológico, entre outros. Quando o paciente adoce, todos da família ou da rede de apoio são atravessados por esse sofrimento e as representações psíquicas associadas.

O psicólogo hospitalar promoverá escuta, acolhimento e suporte psicológico a paciente e familiares quando o processo de hospitalização promove sofrimento psíquico.

Unidades de emergências, bloco cirúrgico, pré e pós-parto:

- Atendimento psicológico breve e focal a pacientes e familiares após a comunicação de más notícias;
- Suporte a pacientes e familiares com necessidade de transferência para unidades de terapia intensiva ou de internação, no qual este processo mobiliza emocionalmente e gera fantasias ansiogênicas;
- Suporte aos familiares e avaliação de pacientes admitidos com histórico ou devido tentativa de suicídio atual, histórico ou episódio de violência, maus tratos ou abuso a crianças, idosos ou pessoas em situação de vulnerabilidade ou violação de direitos, o atendimento deverá ser realizado em até 24 horas;
- Suporte e acolhimento aos familiares no manejo do processo de elaboração de luto após comunicação médica de óbito ocorrido na unidade ou de paciente já admitido em situação de óbito.

Nas unidades de internação, atentando aos aspectos psicológicos:

- Realização de triagem, avaliação, atendimento e acompanhamento psicológico do paciente e familiares internados, cujo processo saúde-doença causa sofrimento psíquico;
- Realiza avaliação e acompanhamento psicológico do paciente admitido com histórico de distúrbio psiquiátrico ou de tentativa de suicídio, sendo avaliados no período de 48 horas úteis;
- Avaliação e acompanhamento de familiares após comunicação médica de óbito, más notícias ou necessidade de abordagem cirúrgica, nas quais há risco de vida, amputação ou que levam a processo de sofrimento emocional para essa família;
- Realiza encaminhamento psicoterapêutico para rede assistencial após alta hospitalar, quando necessário;
- Devolutiva aos demais membros da equipe multidisciplinar acerca da avaliação psicológica realizada, de maneira a assegurar um planejamento terapêutico mais humanizado e integral do paciente e familiar.

Nas unidades de tratamento e cuidados intensivos:

- Realiza sala de espera para abordagem, avaliação e atendimento dos familiares;
- Avaliação e acompanhamento psicológico do paciente e familiares emocionalmente fragilizados com a permanência nesta unidade assistencial;
- Avaliação multidisciplinar para abertura de visita estendida para pacientes que apresentam sofrimento psíquico, fragilidade emocional, alteração de



comportamento pelo isolamento, as rotinas ou a mudança abrupta de ambiente e

separação de seus familiares como idosos angustiados, pessoas com histórico de doença psiquiátrica ou pacientes com importante dependência afetiva do convívio

familiar, de modo a ampliar a presença dos familiares para garantir a manutenção de recursos de enfrentamento e sobrevivência psíquica dos pacientes; é quando a presença da família se torna um recurso terapêutico;

- Avaliação e acompanhamento de visitas, realizando mediação interpessoais, quando necessárias;
- Suporte aos familiares após comunicação de notícias difíceis;
- Participação de conferência multidisciplinar com os familiares para mediação de informações entre equipe, família e pacientes.

Atenção e serviços oferecidos a membros da equipe de cuidado:

- Apoio e suporte à equipe de cuidados após alguma alteração clínica do paciente que levou a mobilização ou sofrimento psíquico da equipe assistencial;
- Eventos de educação continuada com a equipe assistencial.

Portanto, nas diferentes unidades de atendimento, as psicólogas atuam de forma ética e específica a cada clínica, a cada paciente e familiar; a cada realidade que se inaugura, mas com um olhar específico e atento ao sofrimento advindo e vivenciado pelos sujeitos distintos e presentes no processo de adoecimento, hospitalização, de cuidar e até mesmo de luto. Abaixo, seguem os dados relativos aos atendimentos e serviços realizados pelo setor de psicologia no período de fevereiro de 2022:

Profissional	Visita Psi/ Triagem	Atend. Psi. Urgências	Atend. Psic. 1º andar: PPP	Atend. Psi. 3ª andar UTI	Atend. Psi. 4º andar: UTI's, UCI's, UTICON	Atend. Psi. 5º andar	Atend. Psi. 6º andar	Atend. Psi. 7ª andar	Atend. Psi. 8ª andar	Atend. Psi. 9ª andar	Atend. Psi. ao Familiar	Acolhimento em Situação de Óbito	TOTAL
Aline Pereira	189	23	6	0	69	50	158	0	0	0	44	2	541
Larissa Fima	148	2	0	36	0	0	0	49	32	127	42	9	445
Amanda Vasconcelos	152	1	0	58	0	0	0	38	56	65	34	13	417
Ocilene Fernandes	96	5	3	0	2	22	24	0	0	0	88	9	249
TOTAL POR ANDAR	585	31	9	94	71	72	182	87	88	192	208	33	1652

Dentro do processo de educação continuada à equipe assistencial, visando cuidar de quem cuida e assegurando a humanização como tecnologia de cuidado, no dia 14/02/2022, iniciou-se o Projeto de Grupo de Estudo e Assistência ao Luto, idealizado e gerido pelo Serviço de Psicologia do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, voltado inicialmente para profissionais da saúde que atendem nas Unidade de Terapia Intensiva Adulto, porém aberto a outros profissionais do hospital, assistencial e administrativo que demonstrem interesse em participar do grupo.

Consiste em grupo de estudos de luto na medida em que se direciona para a educação continuada e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde aos temas da morte, morrer e luto. E de assistência aos profissionais enlutados, pelo fato de se constituir como um local de fala, de escuta, acolhimento, integração e intimidade entre a equipe assistencial de saúde.

No contexto hospitalar, os personagens que interagem são o paciente, a família e o cuidador profissional entendidos como unidades de cuidados. As experiências entre eles estão ligadas, portanto o profissional de saúde faz parte do campo de intervenção psicológica no hospital, como alguém que influencia e é influenciado pelos elementos que os constituem. O que nos deixa claro que para cuidar, o profissional de saúde precisa ser cuidado.

O processo de luto tem início após a perda significativa de uma pessoa, um relacionamento ou de uma situação que tenham sido revestidos de afeto e energia e com os quais tenha sido criado um vínculo forte. O papel tarefa do luto é dar sentido à perda



para que a pessoa enlutada siga em frente. No contexto hospitalar a forma como os profissionais de saúde conduzirão o processo de morte, para cada paciente e seus familiares é essencial para a humanização, favorecendo o compartilhar da dor. Sendo necessário também entender que os profissionais de saúde como seres humanos são atravessados pelo sofrimento daqueles que cuidam, pois vínculos são construídos, portanto, a cada

morte, dependendo da natureza deste vínculo, da maior ou menor identificação com situações vividas, ocorre o processo de luto. Uma das formas de complicação do luto em profissionais da saúde

é a Síndrome de Burnout, que se caracteriza por fadiga, distúrbios de sono, depressão, inúmeras queixas físicas, exaustão emocional, despersonalização e diminuição da capacidade de realização

profissional. Segundo Tamayo (1997) na base desta síndrome está na dificuldade desses profissionais em lidarem com a morte, bem como a impossibilidade de expressão de seu pesar, com um luto privado, negado.

Santos (2014), afirma que ao analisar as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação das profissões das áreas da saúde, humanas e sociais que lidam diretamente com questões da morte e do processo de enlutamento como enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social, não contemplam o tema da morte, morrer e luto. Este Grupo foi constituído com a finalidade de proporcionar aos profissionais de saúde que atuam em contato com pessoas que estão morrendo ou que morreram, atualização na temática para melhor atender pacientes e familiares, além de agregar um significado humanístico e existencial a sua prática profissional. Em um trabalho interdisciplinar como exige o luto é importante que aja respeito mútuo, valorização de cada área, de cada membro, uma comunicação transparente e aberta, uma religação do sentir e ao espiritual-existencial.

Tendo como principais objetivos capacitar profissionais a trabalhar a temática da morte e o morrer com diferentes públicos; trabalhar de forma plural e interdisciplinar a temática da morte; desenvolver nos profissionais de saúde habilidade em comunicação de más notícias; capacitar profissionais de saúde a identificar problemas éticos no final da vida; capacitar profissionais de saúde a dar suporte ao paciente e famílias enlutadas; acolher de forma

grupais processos de luto dos profissionais de saúde. Com o cronograma estabelecido de encontros quinzenais, com duração de uma hora e meia, na sala de Atividades da Enfermaria de Clínica Vascular do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, sendo realizadas tais ações: Aulas expositivas; debates; leitura e discussão de textos e artigos; discussão de casos clínicos; filmes; músicas; poesias; artes; organização de passeios; vivências (trabalhando sentimentos, emoções e as próprias perdas e lutos).

Tendo como resultados esperados a humanização da assistência à morte e o morrer; acolher processos de luto dos profissionais da Unidade de terapia Intensiva adulto que lidam diariamente com a morte e o aprimoramento profissional.

Neste mês ocorreram dois encontros, o primeiro dia 14/02/2022 tendo como tema inicial: dinâmica de apresentação com o questionamento “É possível uma educação para a morte”?, tendo como público profissionais atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva adulto como: Enfermeiros assistenciais, enfermeiros supervisores, médico, técnicos de enfermagem, assistente social e psicóloga.

O segundo encontro aconteceu no dia 16/02/2022, com o tema: “Perspectiva Histórica Culturais da Morte e do Luto”, tendo como público profissionais atuantes nas Unidades de terapia Intensiva adulto: Enfermeiros assistenciais, Enfermeiros supervisores, Técnicos de Enfermagem e Psicóloga.



1º encontro



2º encontro



COMPLEXO OBSTÉTRICO

1. INTRODUÇÃO

O Complexo obstétrico do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos é composto pelo serviço de Urgência e Emergência Obstétrica, Centro Obstétrico (CO), Pré parto, Parto e Puerpério imediato (PPP) e Unidades de Internação, dividindo-se em Alojamento conjunto (25 leitos) e Patologia Obstétrica (25 leitos). Contando como setores de apoio UTI adulto e Complexo Neonatal. Deste modo o complexo obstétrico é referência na Atenção à Saúde da Mulher, ao Ciclo Gravídico e Puerperal, ofertando serviços nos diversos graus de Complexidade. Atendendo as urgências e emergências obstétricas, tendo capacidade para atendimento de observação clínica e internação imediata.

URGÊNCIA OBSTÉTRICA

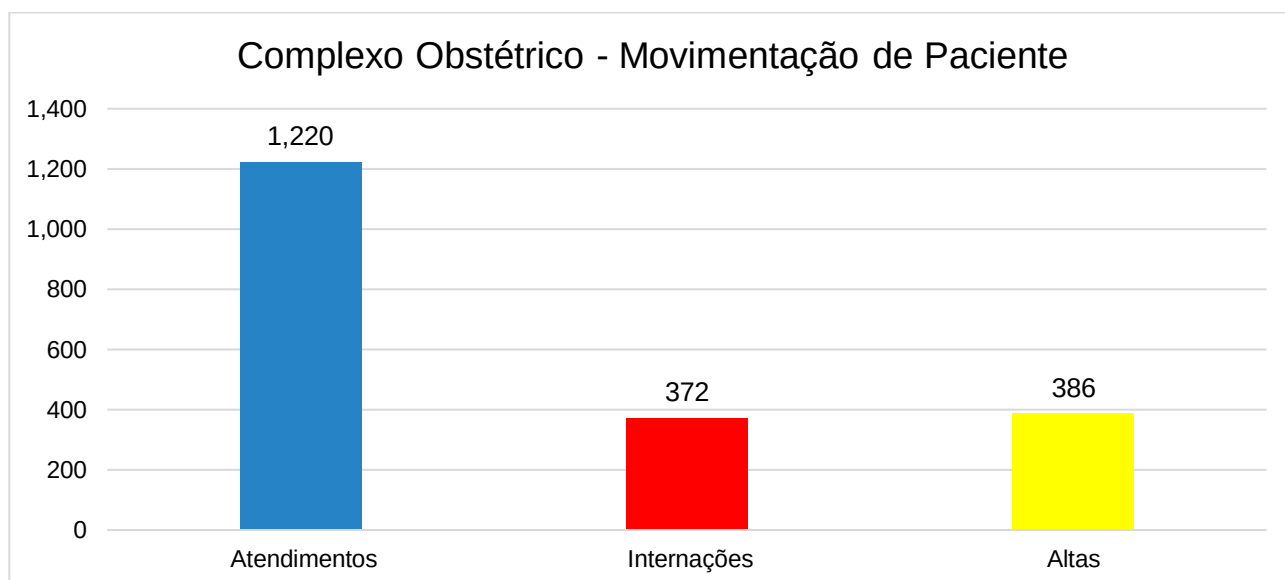
Realiza atendimentos especializados de baixo, médio e alto risco, atendendo demanda espontânea e via regulação do estado. O fluxo do atendimento se inicia com o cadastro da paciente na recepção, ao qual recebe a pulseira de identificação com os marcadores de informações prezando pela segurança da paciente. Após cadastro é realizado o atendimento na triagem, pelo enfermeiro obstetra, tendo base o conhecimento e embasamento teórico e científico para realizar classificação de risco, o tempo de avaliação e atendimento será definido e monitorado de acordo com a classificação. Posteriormente é avaliada pela equipe médica, podendo ser encaminhada para realizações de exames, medicação, internação para tratamento clínico ou para realização de procedimentos ginecológicos e obstétricos. De acordo com a conduta médica, paciente pode ser encaminhada para: Centro obstétrico (CO), Parto, Pré Parto e Puerpério imediato (PPP), UTI adulto ou Unidade de Internação.

Tabela 1. Atendimentos Complexo Obstétrico

Complexo Obstétrico		
ANO:2022	FEVEREIRO	ACUMUL.
1 - Complexo Obstétrico		
Atendimentos	1.220	1.220
Internações	372	372
Altas	386	386

FONTE: SISTEMA/PR

Gráfico 1. Atendimentos Complexo Obstétrico



FONTE: SISTEMA/PR

No mês de dezembro, foram realizados 1.220 atendimentos, advindos da região metropolitana de Belém e outros municípios e transferências externas, sendo o PS obstétrico responsável por 30% dos atendimentos do HRAS. (fonte: Sistema PR).

Tabela 2. Atendimento a Urgências

PS	Nº DE ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA	PC PROVENIENTE AMBULATÓRIO	PC PROVENIENTE DA REGULAÇÃO
GESTANTE	1.220	1.212	0	8

A Tabela acima mostra o número de atendimentos da urgência obstétrica, provenientes do Ambulatório, regulação e demanda espontânea, onde podemos observar que no mês de fevereiro obtivemos o número de 1.220 atendimentos na urgência obstétrica, sendo internadas por demanda espontânea 1.212 e 8 (oito) via regulação do estado.

1.1 PARTO, PRÉ-PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (PPP)

Dispões de 5 sala de parto, sendo uma com banheira, de tecnologias apropriadas e adoção de práticas baseadas em evidências científica. Dentre esses métodos não farmacológicos para alívio da dor temos exercícios e bola suíça, massagem relaxante, aromaterapia e musicoterapia. Além da atuação de fisioterapeuta em sala de parto nos plantões diurnos, com atendimento humanizado, seguindo as boas práticas de parto, tendo como projetos a arvore da vida (pintura da placenta) e certificado do bebê.

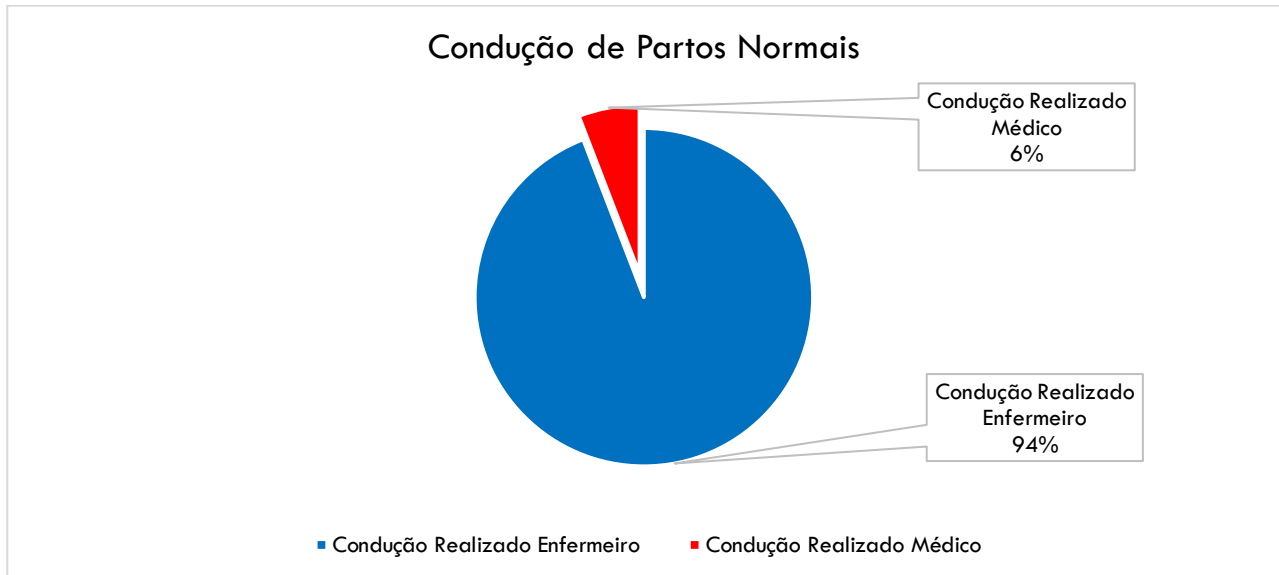
Tabela 3. Condução de Partos Normais

Condução de Partos Normais		
ANO:2021	FEV	ACUMUL.
3 -Condução de Partos Normais PPP		
Partos Normais	154	154
Condução Realizado Enfermeiro	145	145
Condução Realizado Médico	9	9

FONTE: PPP



Gráfico 2. Atendimentos Complexo Obstétrico



FONTE: PPP

No setor temos dois enfermeiros obstetras atuantes, sendo responsável pelo maior quantitativo de condução de partos, relacionados a equipe médica. No mês de novembro foram conduzidos 154 partos normais, 145 partos conduzidos por enfermeiros obstetras e 9 partos conduzidos por médicos obstetras (Fonte: PPP).

1.1 Centro Obstétrico

O Centro Obstétrico, dispõe de 2 salas cirúrgicas e 03 leitos para recuperação pós-anestésica (RPA), tendo realizado 214 procedimentos (Fonte: Centro Obstétrico), entre eles cesáreas, AMIU (aspiração manual intra uterino), curetagem, laparotomia exploratória, resutura e revisão de colo.

Tabela 4. Procedimentos Realizados C.O/PPP

Complexo Obstétrico		
ANO:2021	FEV	ACUMUL.
2 - Procedimentos Realizados C.O/PPP		
2.1 - Precedimentos	345	345
2.2 - Cesárias	134	134

2.3 - Normais	154	154
2.4 - Outros Procedimento	57	57

FONTE: PPP/C.O

Complexo obstétrico e PPP somaram 345 procedimentos ginecológicos e obstétricos. Sendo procedimentos cirúrgicos e parto normal.

1.1 Setor de internação – 6 Andar

A clínica obstétrica, setor de intenção do Abelardo Santos é composto por 50 leitos, lado ímpar alojamento conjunto, contemplando 25 leitos (2 Enfermeiras diurno e 1 uma noturno, com 5 técnicos por turno) e clínica obstétrica com 25 leitos (1 enfermeira diurno e noturno, com 5 técnicos por turno), atendendo dois perfis, binômio (puérpera + RN) e tratamentos clínicos de alta complexidade. Em casos de superlotação as pacientes são encaminhadas para o 5 andar (clínica ginecológica) ou 9º andar (urologia).

Tendo havido no 6º Par e 6º Ímpar um total de 402 internações e uma taxa de ocupação de (86,14%) 6º par e (82,57%) 6º Ímpar (fonte: sistema PR).

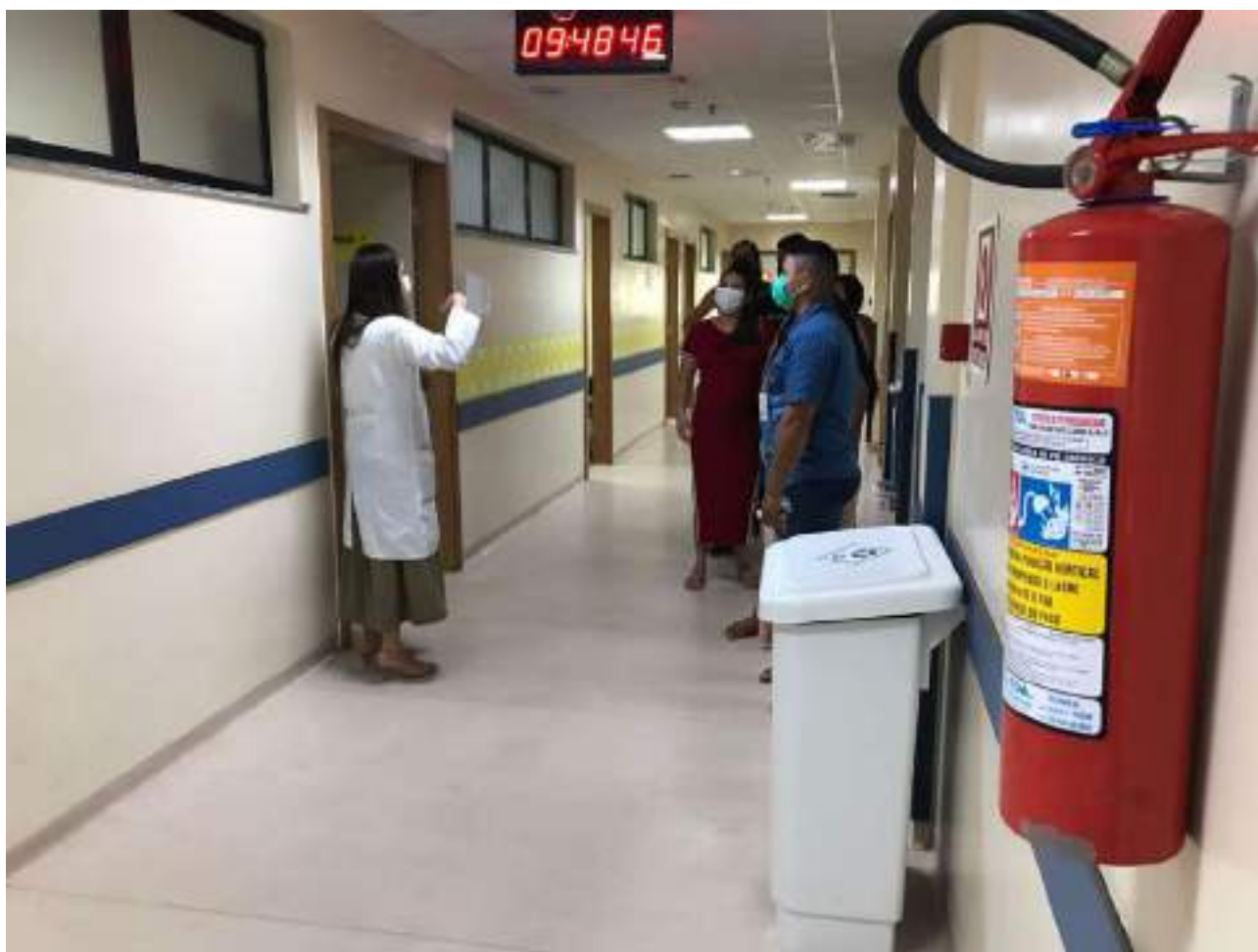
2. PROJETO

Descrição	Imp.	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Sala de vacina	Em andamento	X	X	X									
Conhecendo meu primeiro Lar	Em Execução		X	X									
Rede Cegonha	Em andamento	X	X	X	X	X	X						
Hospital Amigo da Criança.	Em andamento	X	X	X	X	X	X						

Em 25 de fevereiro de 2022 foi iniciado o projeto “Conhecendo meu primeiro lar”, onde as pacientes que realizam pré natal na atenção básica conhecem a estrutura do hospital em uma visita guiada pela maternidade, iniciando pelo PS Obstétrico, PPP e finalizando no setor de internação. Através de uma visita pré agendada paciente e acompanhante de sua escolha são orientados sobre os fluxos assistenciais, rotinas do hospital e fases do trabalho de parto, além de conhecer a equipe que irá recebê-los neste processo de internação.



A visita Guiada vem com objetivo de fortalecer o vínculo das pacientes com os profissionais e a instituição, garantindo conforto e segurança às futuras mães. Prezando por uma assistência de qualidade, humanizada, garantindo a assistência ao parto seguro, para mãe e bebê.





1. CONSIDERAÇÕES

Visando uma assistência de qualidade, levando em conta o atendimento de baixo, médio e alto risco, buscamos a implementação de protocolos atualizados, atualizações em manejos assistências e treinamentos teóricos e práticos buscando capacitação e atendimentos seguro, envolvendo equipe multiprofissional como Enfermeiros, técnicos de enfermagem, Médicos, fisioterapeutas, entre outros.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI-A)**1 INTRODUÇÃO****1.1 DESCRIÇÃO DA UNIDADE ASSISTENCIAL**

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-a) do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS) é classificada como tipo II, conforme critérios de credenciamento e habilitação dispostos na portaria de consolidação de nº 3/GM/MS, de 28/09/2017, onde constam os parâmetros minimamente aceitáveis para atendimento a pacientes graves.

Atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com número de leitos disponibilizados de acordo com o quantitativo contratualizado – 40 (quarenta) leitos mistos, clínicos e cirúrgicos, distribuídos de acordo com a tabela, abaixo:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS, UTIA, HRAS.

UTI-a	UTI-a Par 1	UTI-a Par 2	UTI-a Ímpar 1	UTI-a Ímpar 2
Nº de leitos	10	10	10	10

1.2 TIPOLOGIA DA UNIDADE E ASSISTÊNCIA

A UTI-a presta serviços de média e alta complexidade, atendendo casos de cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ginecologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurologia endovascular, obstetrícia, urologia, vascular geral, obedecendo ao Sistema de Regulação do Estado para as especialidades em nível de medicina intensiva, dispondo de acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico.

A assistência à saúde prestada compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente, segundo a patologia atendida, incluindo todas as condutas, terapêuticas e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico. As diárias na UTI-a abrangem tratamento convencional e cirúrgico; tratamentos secundários e de complicações; procedimentos e cuidados de Enfermagem; hemotransfusão; hemodiálise (HD); materiais e medicamentos; alimentação, incluindo nutrição enteral e parenteral; procedimentos especiais de alto custo, inclusive às relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

A assistência aos pacientes é realizada por uma equipe multiprofissional especializada, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem (TE), técnicos de Enfermagem de hemodiálise, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas e fonoaudióloga. Conta ainda com pessoal administrativo, serviços gerais e serviços de apoio.

A equipe multiprofissional da UTI-a tem como missão prestar uma assistência especializada segura e de qualidade a pacientes adultos gravemente enfermos, centrada na pessoa e fundamentada em conceitos de evidência científica, participar da formação de profissionais na área de terapia intensiva, respeitando os preceitos éticos e de humanização de forma a agregar a equipe e favorecer o bem estar ao paciente.

TABELA II – EQUIPE FIXA, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2021.

Profissional	Médicos	Fisioterapeutas	Enfermeiros	TE / TE HD
Quantitativo	25	12	18	80 / 7

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PACIENTE/DIA – DIÁRIAS

TABELA III – DIÁRIAS HOSPITALARES, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

UTI-a	UTI-a Ímpar	UTI-a Par	Total	Meta contratual
Número de diárias	509	502	1.011	1.080
Média – paciente/dia	18	18	36	—

2.2 INTERNAÇÕES E MÉDIA DE PERMANÊNCIA

TABELA IV – INTERNAÇÕES E MÉDIA DE PERMANÊNCIA, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

UTI-a	UTI-a Par	UTI-a Ímpar	Total
Internações	20	17	37
Transferências internas – entradas	42	42	84
Média de permanência (dias)	8	8	8

2.3 SAÍDAS – TRANSFERÊNCIAS INTERNAS, EXTERNAS E ÓBITOS

TABELA V – SAÍDAS, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

UTI-a	UTI-a Par	UTI-a Ímpar	Total
Transferências internas – saídas	47	42	89
Transferências externas	1	0	1

Óbitos	14	19	33

2.4 TAXA DE OCUPAÇÃO

TABELA VI – TAXA DE OCUPAÇÃO, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

UTI-a	UTI-a Par	UTI-a Ímpar	Taxa geral	Meta contratual
Ocupação	91%	90%	90%	90%

2.5 TAXA DE MORTALIDADE

TABELA VII – SAÍDAS, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

UTI-a	UTI-a Par	UTI-a Ímpar	Taxa geral
Taxa de mortalidade	22,6%	30,6%	26,6%

2.6 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

TABELA VIII – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

UTI-a	UTI-a Par	UTI-a Ímpar
AVC – CDL/Hemodiálise	10	39
Sonda vesical de demora – SVD	7	36
Sonda nasointestinal e nasogástrica – SNE / SNG	12	28
Dreno torácico	4	2
Tubo orotraqueal – TOT	6	3
Traqueostomia – TQT	6	2
Total	45	110

3 INDICADORES ASSISTENCIAIS

3.1 RISCOS ASSISTENCIAIS

TABELA IX – DISPOSITIVOS, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

UTI-a	UTI-a Par	UTI-a Ímpar
Nº CVC/dia	299	353
Nº CDL/dia	133	166
Nº AVP/dia	207	131
Nº VM/dia	163	185
Nº SNE/dia	269	266
Nº GTT/dia	33	27
Nº SVD/dia	347	263
Total	1.451	1.391

TABELA IX – DISPOSITIVOS, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Unidades	UTI-a Par	UTI-a Ímpar
Queda	0	7
Flebite	0	2
LPP	5	2
Broncoaspiração	1	1
Perda de dispositivo	15	19
Erro de medicação	0	5
Total	21	36

4 AÇÕES

- Ambientação de novos colaboradores – normas, instruções de trabalho, rotinas e fluxos institucionais e setoriais.
- Disponibilização de 40 (quarenta) cubas rins – uma por leito – para descarte de materiais após administração de medicamentos, em parceria com o SESMT.
- Revisão de rotina e orientação da equipe de Enfermagem quanto a identificação de medicamentos e dispositivos.
- Acolhimento de familiares, antes da visita, em casos de intercorrências e intubação orotraqueal.
- Implantação de checklist de atividades diárias dos enfermeiros diaristas.



5 TREINAMENTOS

TABELA X – HORAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, UTIA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Orientação técnica	Datas	Horas
Gasometria arterial	22 e 23/02/2022	8h
Total		8h



6 CONSIDERAÇÕES GERAIS

As atividades realizadas pelo ISMS serão efetuadas através dos dados registrados no SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares, no SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Contratante. Portanto, neste relatório, foram apresentadas a produção e as atividades desenvolvidas na UTI-a, em fevereiro de 2022, integrando ações novas e preexistentes.



PRODUÇÃO DO AMBULATÓRIO E SADT FRENTE AO CUMPRIMENTO DAS METAS PACTUADAS referente ao **CONTRATO DE GESTÃO Nº 005/2021** celebrado junto ao **GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**, referente ao **FEVEREIRO/2022**.

1 METAS CONTRATUAIS

De acordo com o contrato de gestão de 005/SESPA/2021 firmado entre Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA e o ISMS, onde estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários onde medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A **missão** do Instituto Social Mais Saúde é realizar a gestão de unidades de saúde com qualidade, economia e humanização, com **valores** pautados na ética, respeito, responsabilidade, transparência, superação, sustentabilidade e eficiência. Tendo como **visão** ser referência nacional na humanização da saúde, atuando com ética e economicidade.

1.1 Metas quantitativas

1.1.1 Produção - Ambulatório

Na competência de Fevereiro/2022, realizamos 4.395 consultas ambulatoriais, que corresponde a 76% da meta pactuada (5.800) no Contrato de Gestão.

TABELA 1. METAS QUANTITATIVAS DO AMBULATÓRIO. HRAS - FEVEREIRO/2022

METAS QUANTITATIVAS, AMBULATÓRIO, HRAS, FEVEREIRO/2022.								
ESPECIALIDADES	META GERAL	META REGULADOS (CER VIA SISREG)	Nº DE CONSULTAS EXTERNOS REGULADOS (VIA SISREG)	META ALCANÇADA REGULADOS (VIA SISREG)	META REGULADOS (HRAS VIA SISREG)	ESPECIALIDADES	Nº DE CONSULTAS EXTERNOS REGULADOS (VIA SISREG)	META ALCANÇADA REGULADOS (VIA SISREG)
			CONSULTA REALIZADA				CONSULTA REALIZADA	
CLÍNICA MÉDICA	1000	0	0	0%	1000	CLÍNICA MÉDICA	920	92%
CARDIOLOGIA	300	198	86	43%	121	CARDIOLOGIA	136	112%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	200	136	65	48%	80	CIRURGIA PEDIÁTRICA	85	106%
CIRURGIA TORÁCICA	200	132	26	20%	96	CIRURGIA TORÁCICA	65	68%
CIRURGIA VASCULAR	900	664	226	34%	270	CIRURGIA VASCULAR	290	107%
GINECOLOGIA	200	140	59	42%	60	GINECOLOGIA	140	233%
MASTOLOGIA	300	210	6	3%	90	MASTOLOGIA	141	157%
NEFROLOGIA	600	420	107	25%	228	NEFROLOGIA	169	74%
NEURO COLUNA	100	76	7	9%	57	NEURO COLUNA	30	53%
NEURO ENDOVASCULAR	150	95	3	3%	76	NEURO ENDOVASCULAR	38	50%
NEUROCIRURGIA	350	228	70	31%	152	NEUROCIRURGIA	148	97%
FISIOTERAPIA	900	0	0	0%	600	FISIOTERAPIA	780	130%
UROLOGIA	600	612	356	0%	340	UROLOGIA	442	130%
TOTAL	5.800	2.911	1.011	35%	3.170	TOTAL REALIZADO	3.384	107%
TOTAL DE PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO			42%			TOTAL DE PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO		
			40%					
ATINGIDO (%)			35%			ATINGIDO (%) Realizados/Ofertado		
TOTAL			TOTAL REALIZADO				4.395	
			META/MÊS PACTUADA				5.800	
			ATINGIDO (%)				76%	

Fonte: Sistema/PR - SISREG – 02/2022

TABELA 2. PRODUÇÃO MENSAL JANEIRO/2022.

PRODUÇÃO MENSAL DE CONSULTAS REALIZADAS – FEVEREIRO-2022					
ESPECIALIDADE	META	CONSULTAS REALIZADAS		TOTAL FEV	%
		70%	30%		
CLINICA MÉDICA	1000	0	920	920	92%
CARDIOLOGIA	300	86	136	222	74%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	200	65	85	150	75%
CIRURGIA TORÁCICA	200	26	65	91	46%
CIRURGIA VASCULAR	900	226	290	516	57%
GINECOLOGIA	200	59	140	199	100%
MASTOLOGIA	300	6	141	147	49%
NEFROLOGIA	600	107	169	276	46%
NEURO COLUNA	100	7	30	37	37%
NEURO ENDOVASCULAR	150	3	38	41	27%
NEUROCIRURGIA	350	70	148	218	62%
FISIOTERAPIA	600	0	780	780	130%
UROLOGIA	900	356	442	798	89%
TOTAL	5800	1011	3384	4395	76%

Fonte: Sistema/PR - SISREG – 02/2022

TABELA 3. PRODUÇÃO MENSAL ESTRATIFICADA. FEVEREIRO/2022

AMBULATÓRIO - FEV.22	70%					30%				
ESPECIALIDADES	OFERTADO	PERDA PRIMÁRIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEÍSMO	OFERTADO	PERDA PRIMÁRIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEÍSMO
CLINICA MÉDICA	0	0	0	0	0	1000	0	1003	920	83
CARDIOLOGIA	198	50	148	86	62	121	0	121	136	0
CIRURGIA PEDIÁTRICA	136	30	106	65	41	80	0	80	85	0
CIRURGIA TORÁCICA	132	100	32	26	6	96	31	65	65	0
CIRURGIA VASCULAR	664	261	403	226	177	270	0	284	290	0
GINECOLOGIA	140	8	132	59	73	60	0	86	140	0
MASTOLOGIA	210	201	9	6	3	90	0	112	141	0
NEFROLOGIA	420	250	170	107	63	228	59	169	169	0
NEURO COLUMA	76	65	11	7	4	57	27	30	30	0
NEURO ENDOVASCULAR	95	91	4	3	1	76	38	38	38	0
NEUROCIRURGIA	228	136	92	70	22	152	2	150	148	0
FISIOTERAPIA	0	0	0	0	0	600	0	780	780	0
UROLOGIA	612	21	591	356	235	340	0	340	442	0
TOTAL	2911	1213	1698	1011	687	3170	157	3258	3384	83

Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

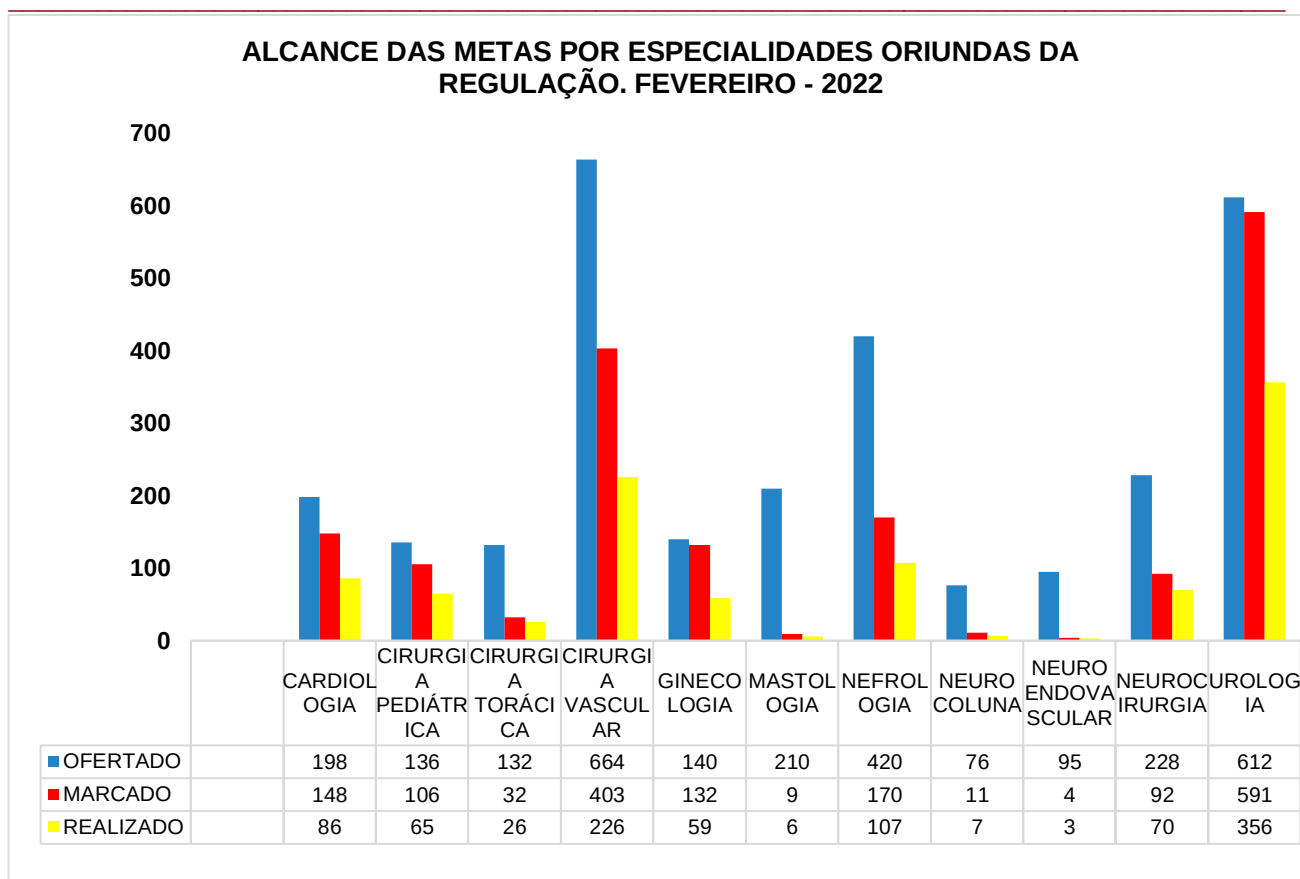
TABELA 4. PRODUÇÃO MENSAL DE CONSULTAS OFERTADAS. FEVEREIRO - 2022

PRODUÇÃO MENSAL CONSULTAS OFERTADAS. FEVEREIRO - 2022						
AMBULATÓRIO	70%		30%		TOTAL META	% ALCANÇADO
OFERTA CONSULTAS	2911		3170		4.395	76%
PERDA PRIMARIA	1213	42%	157	5%		
AGENDADO	1698	48%	3258	103%		
REALIZADO	1011	60%	3384	104%		
ABSENTEÍSMO	687	40%	83	1%		
META: 5.800	1.011		3.384		4.395	

Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

As consultas ambulatoriais são disponibilizadas pela metodologia 70% regulado pelo SISREG para 1ª consulta e 30% para agendamento de egresso (retorno) pelo setor de Agendamento do Ambulatório do HRAS. Os dados acima evidenciam importante perda na oferta de 70% (42%), seguida por absenteísmo (40%) o que impacta no cumprimento do contrato de gestão.

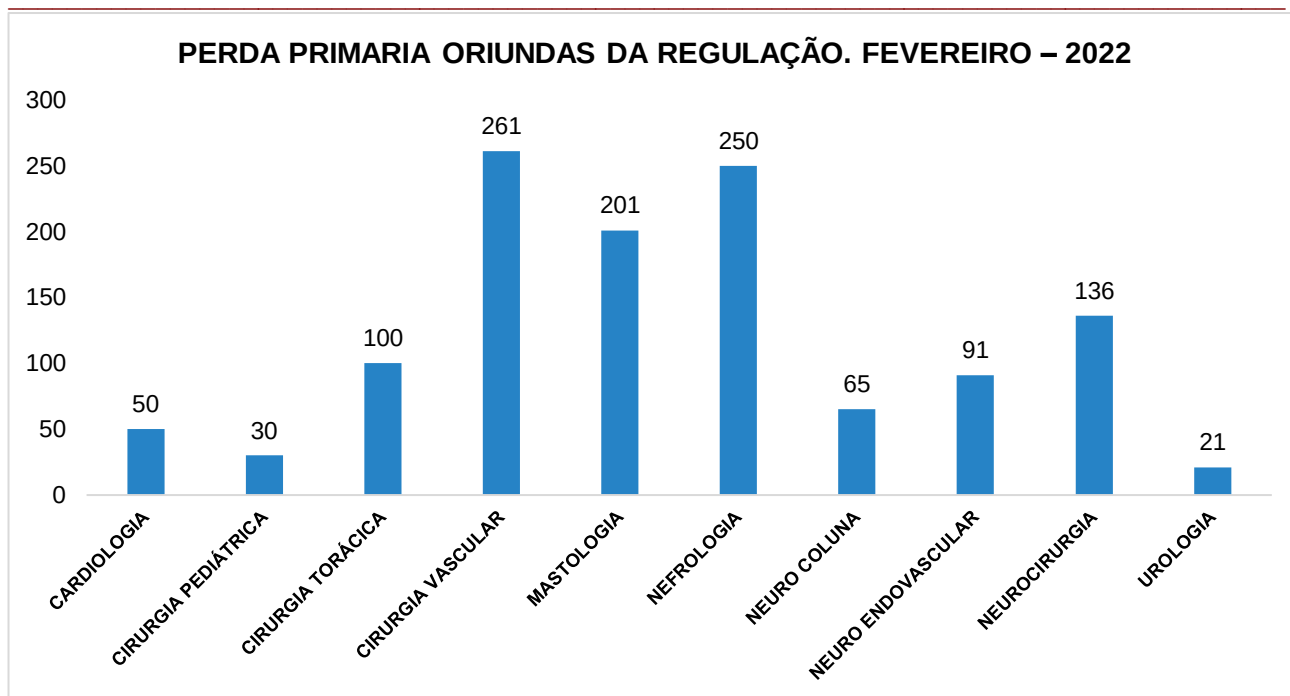
GRÁFICO 1. CONSULTA E ALCANCE DAS METAS POR ESPECIALIDADES ORIUNDAS DA REGULAÇÃO. FEVEREIRO - 2022



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

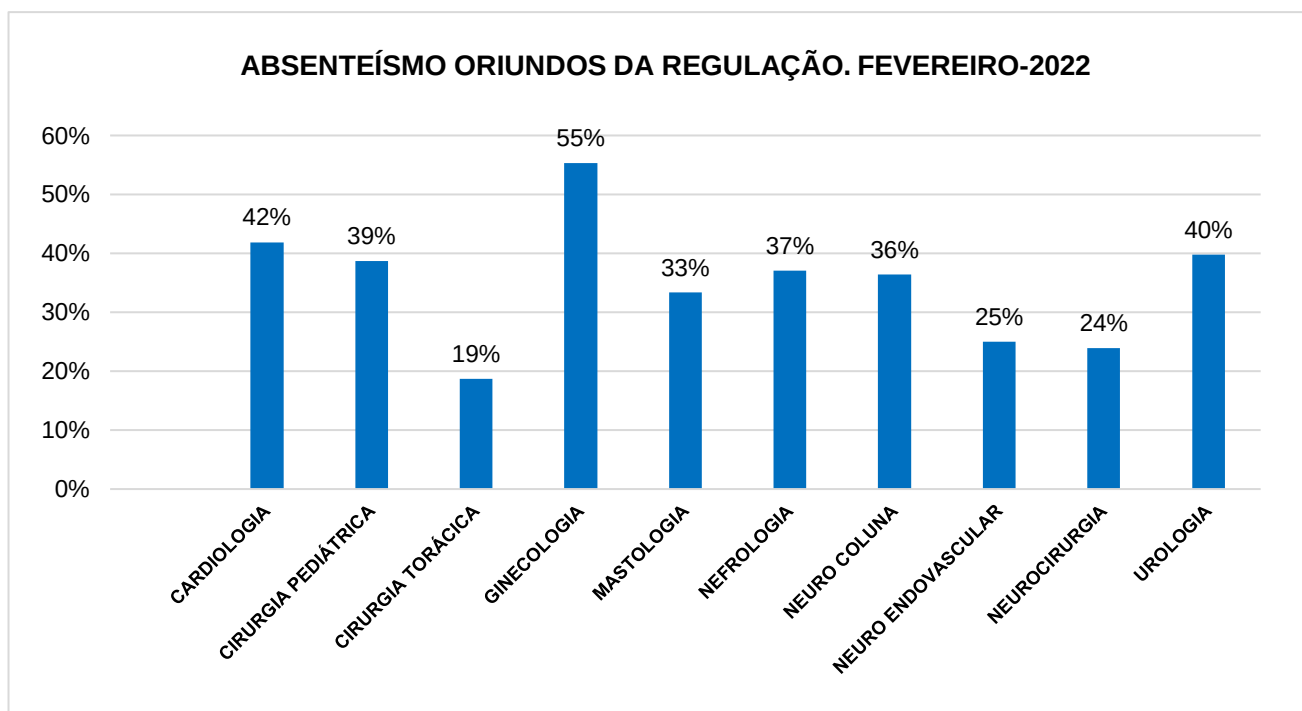
Considerando o quantitativo que foi ofertado por especialidade, conforme ilustrado no Gráfico 01 o absenteísmo representa os faltosos, aqueles que tiveram consultas marcadas e não compareceram, já a perda primária significa as vagas ofertadas que não foram preenchidas.

GRÁFICO 2. PERDA PRIMÁRIA ORIUNDAS DA REGULAÇÃO. FEVEREIRO – 2022



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

GRÁFICO 3. ABSENTEÍSMO POR ESPECIALIDADES ORIUNDAS DA REGULAÇÃO. FEVEREIRO-2022

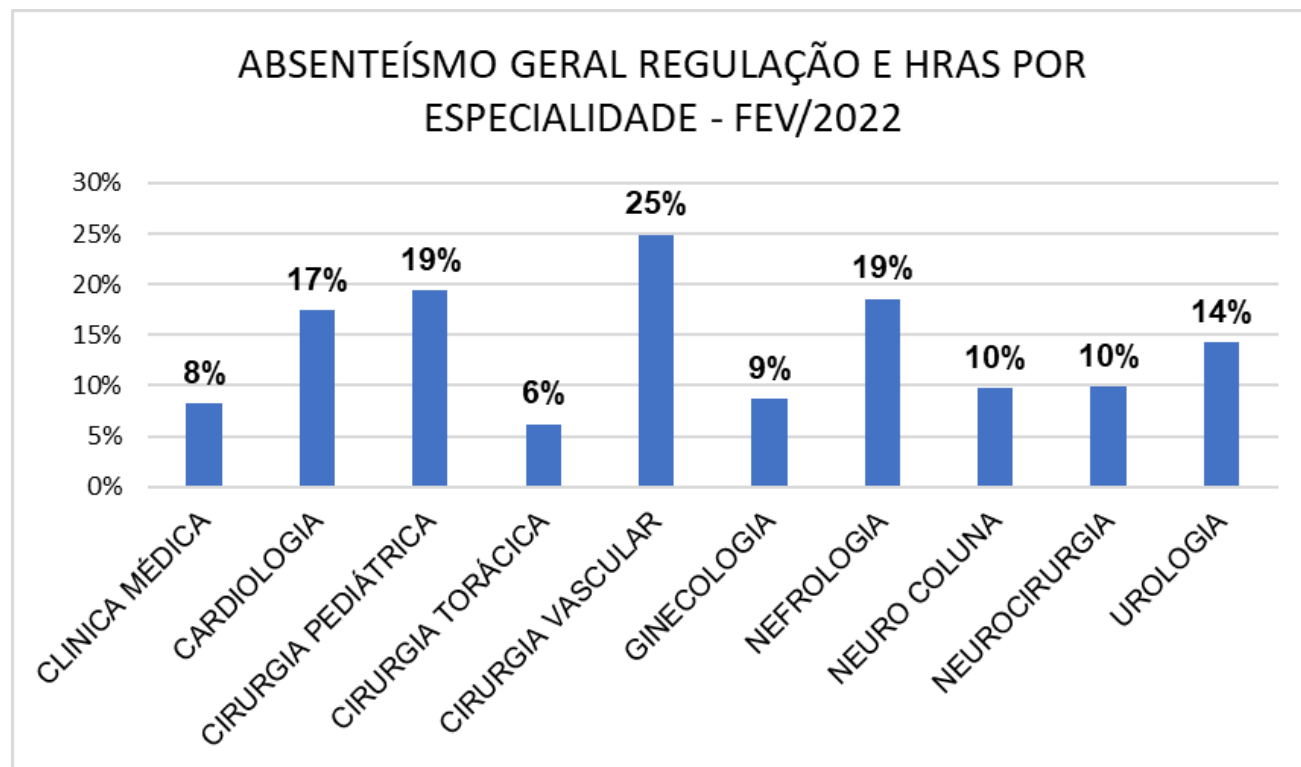


Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Evidencia-se que no mês de Fevereiro não houve alcance das metas de consulta oriundas da regulação – 1.205 consultas/perda primária e 687 consultas/absenteísmos.

Destaca-se o absenteísmo nas especialidades de Ginecologia (55%), Cardiologia (42%), Urologia (40%), Cirurgia Pediátrica (39%) e a perda primária nas especialidades.

GRÁFICO 4. ABSENTEÍSMO GERAL POR ESPECIALIDADE. FEVEREIRO - 2022



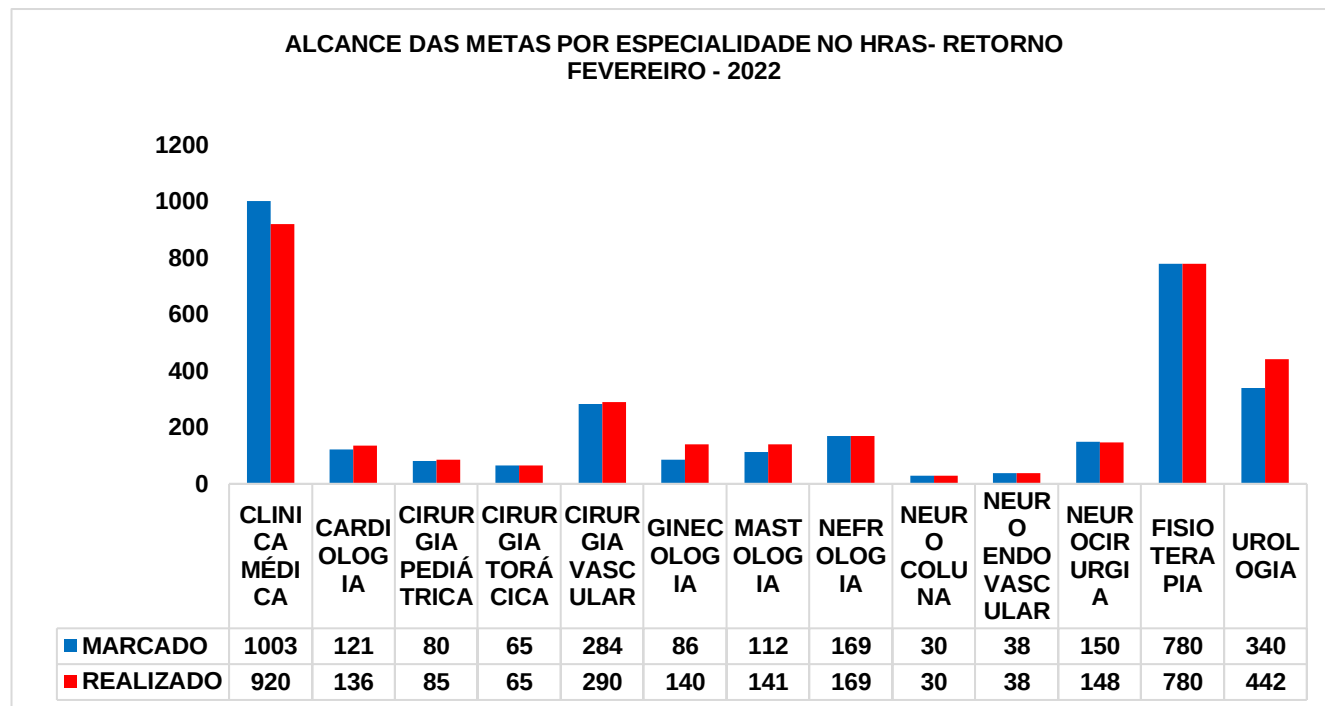
Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Em Fevereiro/22 o absenteísmo das consultas realizadas da oferta 70% e 30% (Regulação e HRAS) ficou em 11% de um total de 4.956 consultas agendadas.

Sendo observado os maiores índices nas especialidades de Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica e Urologia.

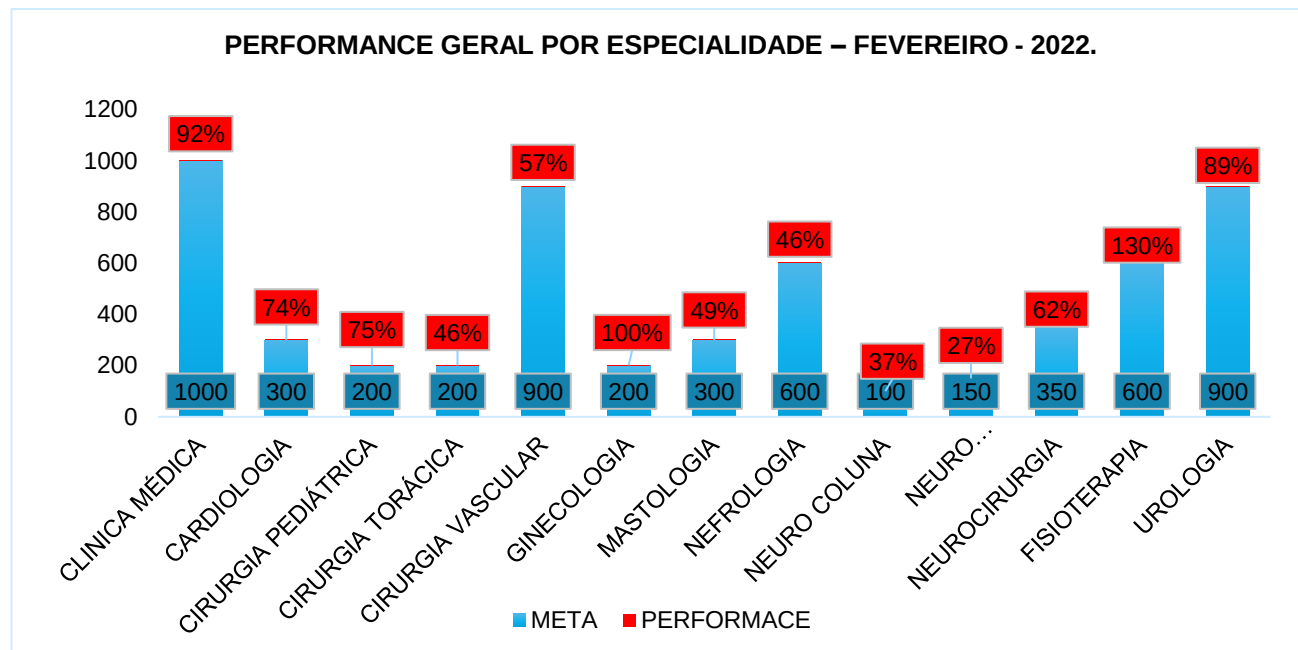


GRÁFICO 5. CONSULTA POR ESPECIALIDADE REALIZADA NO HRAS. FEVEREIRO - 2022



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Evidencia-se uma tendência favorável no alcance das metas de consulta na oferta 30% que fica sob a gestão do Ambulatório no HRAS, reflexo dos agendamentos de encaixes extras que o setor de marcação realiza diariamente, que são agendados conforme as vagas de absenteísmos e perda primária. Sendo os maiores índices de encaixe as especialidades de Clínica Médica, Cardiologia, Ginecologia, Vascular e Urologia.

GRÁFICO 6. PERFORMANCE GERAL POR ESPECIALIDADE – FEVEREIRO - 2022.


Fonte: HRAS, 2022.

4 CONCLUSÃO DO AMBULATÓRIO

Observa-se uma performance crescente comparado ao mês anterior (Jan: 68% da meta), realizando 76% da meta pactuada no contrato de gestão (5.800), resultado da ação de agendamento extra do setor de marcação vem realizando diariamente e da ação gerenciamento por overbooking que são agendamentos excedente ao número de consultas disponíveis, estimando os não comparecidos e perda primária que foram analisadas no último trimestre.

Na prática, no entanto, os não comparecidos são incertos, o que pode causar descontentamento por parte da prestadora. Desta forma, é fundamental que a prática seja alinhada com a prestadora.

2.1.1 Produção – SADT

Abaixo segue a produção estatística, que demonstra a relação de exames que são contratualizados e os dados quantitativos que foram realizados no mês de Fevereiro 2022 no Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico – SADT.

TABELA 7. PRODUÇÃO MENSAL, SADT INTERNO E EXTERNO, FEVEREIRO - 2022

METAS QUANTITATIVAS, SADT, HRAS, FEVEREIRO /2022.								
ESPECIALIDADES	META GERAL	OFERTADOS REGULAÇÃO	Nº DE EXAMES EXTERNOS REGULADOS (VIA SISREG)	META ALCANÇADA REGULADOS (VIA SISREG)	META REGULADOS (HRAS VIA SISREG)	ESPECIALIDADES	Nº DE EXAMES EXTERNOS REGULADOS (VIA SISREG)	META ALCANÇADA REGULADOS (VIA SISREG)
			EXAMES REALIZADA				EXAMES REALIZADA	
Análises Clínicas	75000	0	0	0%	75000	Análises Clínicas	40542	54%
Diagnóstico histopatológico	400	0	0	0%	400	Diagnóstico histopatológico	375	94%
Ecocardiograma	200	140	52	37%	63	Ecocardiograma	62	98%
Radiologia intervencionista para diagnóstico	80	0	0	0%	80	Radiologia intervencionista para diagnóstico	54	68%
Eletrocardiograma	1500	1065	237	22%	570	Eletrocardiograma	295	52%
Ressonância Magnética	350	0	0	0%	9	Ressonância Magnética	9	0%
Tomografia Computadorizada (U/E)	700	0	0	0%	700	Tomografia Computadorizada (U/E)	568	81%
Tomografia Computadorizada eletiva	700	494	247	50%	266	Tomografia Computadorizada eletiva	290	109%
Biópsia de próstata guiada por USG	80	56	4	7%	24	Biópsia de próstata guiada por USG	2	8%
Biópsia de mama guiada por USG	50	35	14	40%	15	Biópsia de mama guiada por USG	3	20%
Ultrassonografia eletiva	1000	779	159	20%	380	Ultrassonografia eletiva	1280	337%
Mamografia	600	456	84	18%	190	Mamografia	166	87%
Hemodiálise (22 máquinas)	1680	0	0	0%	1680	Hemodiálise (22 máquinas)	1297	77%
Endoscopia	150	108	64	59%	60	Endoscopia	29	48%
Colonoscopia	40	48	13	27%	24	Colonoscopia	7	29%
Eco doppler arterial	60	0	0	0%	60	Eco doppler arterial	19	32%
Eletroencefalografia	50	0	0	0%	0	Eletroencefalografia	0	0%
Eletroencefalograma	100	0	0	0%	0	Eletroencefalograma	0	0%
TOTAL REALIZADO	82.740	3.181	874	27%	79.521	TOTAL REALIZADO	44.998	57%
TOTAL DE PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO			61%			TOTAL DE PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO		
			30%			10%		
ATINGIDO (%)			27%			ATINGIDO (%)		
TOTAL			TOTAL REALIZADO			45.872		
			METAMÊS PACTUADA			82.740		
			ATINGIDO TOTAL(%)			55%		

Fonte: HRAS, 2022.

TABELA 8. PRODUÇÃO MENSAL ESTRATIFICADA. FEVEREIRO/2022

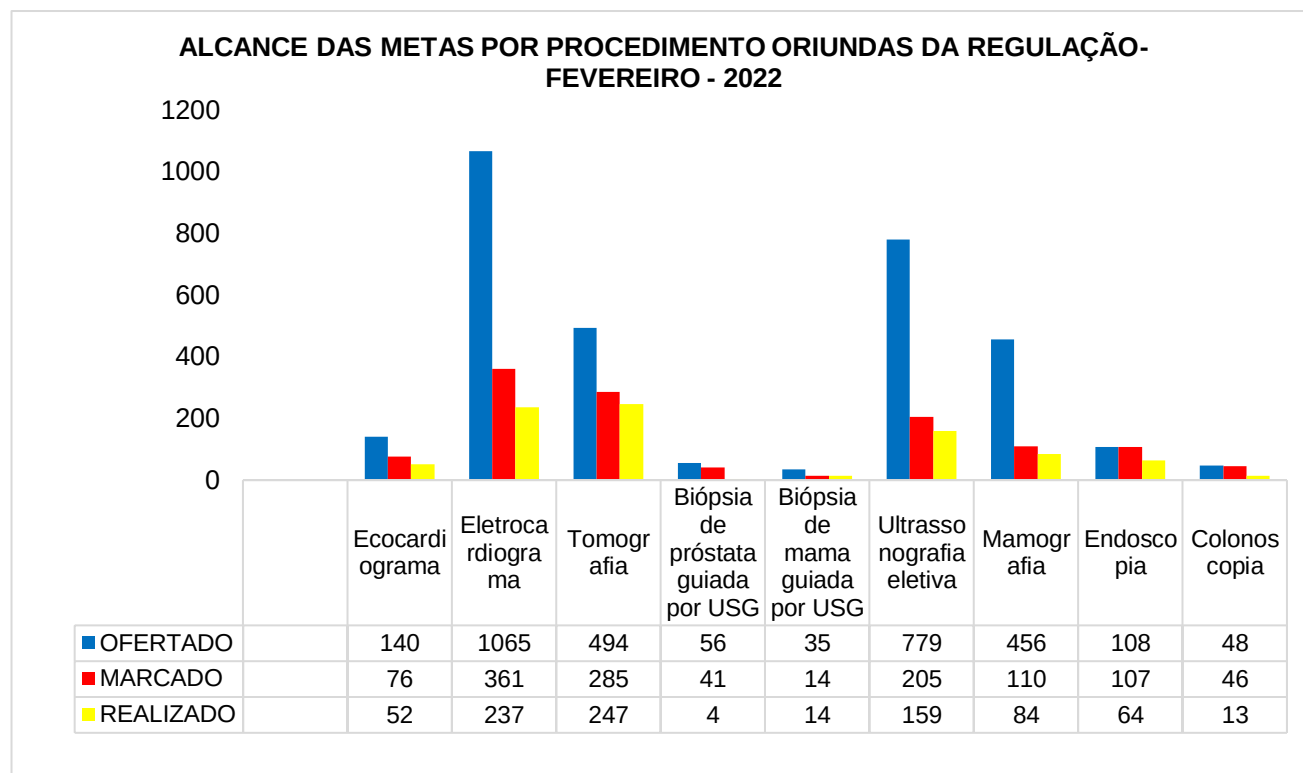
SADT - FEV/2022	70%						30%				
ESPECIALIDADE	METAS	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEÍSMO	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEÍSMO
Análises Clínicas	75000	0	0	0	0	0	75000	28558	46442	40542	5.900
Diagnóstico histopatológico	400	0	0	0	375	0	400	25	375	375	0
Ecocardiograma	200	140	0	76	52	24	63	0	63	62	1
Radiologia intervencionista para diagnóstico	80	0	0	0	0	0	80	26	54	54	0
Eletrcardiograma	1500	1065	704	361	237	124	570	429	141	295	0
Ressonância Magnética	350	0	0	0	0	0	9	0	9	9	0
Tomografia Computadorizada (U/E)	700	0	0	0	0	0	700	132	568	568	0
Tomografia Computadorizada eletiva	700	494	209	285	247	38	266	0	266	290	0
Biópsia de próstata guiada por USG	80	56	15	41	4	37	24	24	0	2	0
Biópsia de mama guiada por USG	50	35	21	14	14	0	15	9	6	3	0
Ultrassonografia eletiva	1000	779	574	205	159	46	380	0	380	1280	0
Mamografia	600	456	346	110	84	26	190	106	84	166	0
Hemodiálise (22 máquinas)	1680	0	0	0	0	0	1680	383	1297	1297	0
Endoscopia	150	108	1	107	64	43	60	0	60	29	31
Colonoscopia	40	48	2	46	13	33	24	15	9	7	2
Eco doppler arterial	60	0	0	0	0	0	60	41	19	19	0
Eletroneuromiografia	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eletronecefalograma	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	82740	3181	1936	1245	874	371	79521	29748	49773	44998	4.775

SADT	70%		30%			
OFERTA EXAMES	3181		79521			
PERDA PRIMARIA	1936	61%	29748	37%		
AGENDADO	1245	39%	49773	63%		
REALIZADO	874	70%	44998	90%		
ABSENTEÍSMO	371	30%	4.775	10%		
META: 82.740	874		44.998		45.872	55%

Fonte: HRAS, 2022.

Os exames SADT e sessões de hemodialise alcançaram produção de 55% da meta pactuada (82.740) no Contrato de Gestão. Observa-se que das 3.181 vagas ofertadas de exames para Regulação, 61% foi de perda primária, tivemos apenas 1.242 consultas agendadas, destas 70% (874 exames) foram realizadas e 30% de absenteísmo (371 exames). No que diz respeito ao cumprimento das metas de 30% que fica sob a responsabilidade de agendamento pelo Ambulatório, podemos observar que das 49.773 exames agendados, 90% foi realizado.

GRÁFICO 10. EXAMES POR ESPECIALIDADES ORIUNDAS DA REGULAÇÃO FEVEREIRO/2022

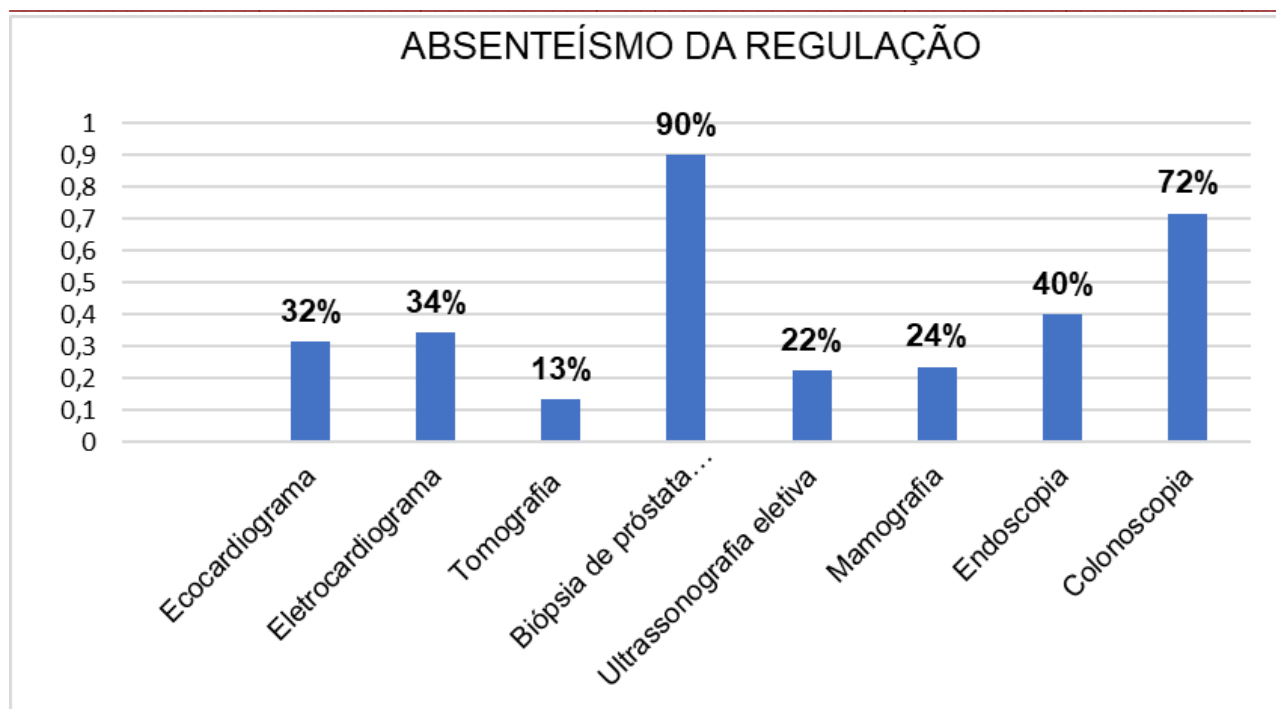


Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Evidencia-se que no mês de Janeiro **não houve o alcance das metas de exames oriundas da regulação**. Destaca-se alto índice de perda primária dos exames:

- Eletrocardiograma: ofertado 1.050 (70%) da meta de 1.500, realizado apenas 237 exames de eletrocardiograma.
- Mamografia: ofertado 420 (70%) da meta de 600, realizado apenas 84 exames.
- Biópsia de mama: ofertado 35 (70%) da meta de 50, realizado apenas 14 exames.
- Ultrasson: ofertado 700 (70%) da meta de 1.000, realizado apenas 159 exames.

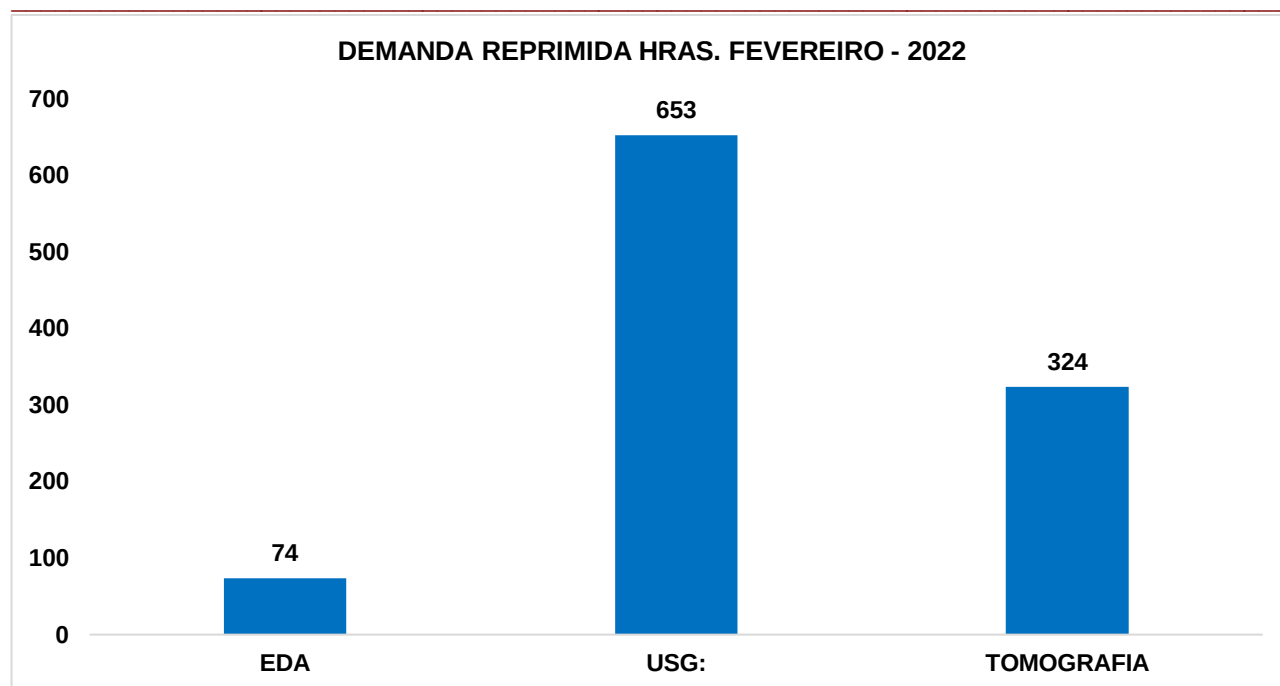
GRÁFICO 11: ABSENTEÍSMOS DA REGULAÇÃO HRAS. FEVEREIRO - 2022 .



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Observa-se que o absenteísmo foi um dos fatores determinantes para ocorrer impacto de forma direta no cumprimento da meta. Que representa os faltosos, aqueles que tiveram exames marcados e não compareceram, destacando-se os exames de Biópsia de próstata (90%), Endoscopia (40%) e Colonoscopia (72%).

GRÁFICO 12. DEMANDA REPRIMIDA HRAS. FEVEREIRO - 2022



Fonte: HRAS, 2021.

Evidencia-se que a meta de 30% das vagas de exames ofertados para pacientes do ambulatório não atende à demanda de pacientes de retorno que os exames acima possuem. O que evidencia a necessidade de repactuação das metas para esses exames supracitadas.

4 CONCLUSÃO SADT

Evidencia-se o não cumprimento das metas na maioria das especialidades, comparado ao mês anterior (JAN- 61%) observa-se uma redução na performance geral no alcance das metas, realizando 55% da meta contratual na competência de Fev/2022. Um dos fatores analisados como maior impacto interno (exames de retorno) é a perda primária de exames de laboratório 28.558 (62%), comparado ao mês anterior notou-se uma diferença de 4.994 exames.

Considerando o quantitativo que é ofertado para regulação, evidencia-se um tendência desfavorável no que concerne as metas oriundas da regulação, alcançando 18% das vagas ofertadas.

Vale ressaltar o alcance das metas internas vem sendo superado em grande parte dos exames no que diz respeito as metas de 30% (retorno). O que evidencia a necessidade de

repactuação para exames como Ultrassom (337% acima da meta) e tomografia eletiva (109% acima da meta)

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos – HRAS

Lauriane da Silva Barros
Supervisora Ambulatório e SADT
Hospital Regional Dr. Abelardo Santos – HRAS
sup.amb@hras.institutomaissaude.org.br

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 949CCBF744C2318A.7FB7EB0C15160995.32EBA79BAC3EDE5D.E89A9ED7CF52EFD7

COMPLEXO NEONATAL E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTI-P)

1 INTRODUÇÃO

1.1 DESCRIÇÃO DA UNIDADE ASSISTENCIAL

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) atendem às disposições da portaria GM/MS nº 1884, de 11/11/1994. São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de Enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica.

Estas unidades podem atender grupos etários; a saber:

- Neonatal – pacientes de 0 a 28 dias;
- Pediátrico – pacientes de 29 dias a 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas.

O complexo neonatal do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS) promove cuidados de saúde intensivos, intermediários ou especiais aos recém-nascidos (RNs), acolhendo e integrando as equipes com a família. Na UTIP os cuidados são voltados para aqueles que necessitam de vigilância constante devido à casos de alta complexidade, pós-operatórios ou situações e patologias que acometem mais de um órgão e necessitam ser tratadas de forma simultânea.

Atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com 50 (cinquenta) leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidades de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo), Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), distribuídos de acordo com a tabela, abaixo:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS.

Unidades	UTIN 1	UTIN 2	UCINCo 1	UCINCo 2	UCINCa	UTIP
Nº de leitos	10	10	5	10	5	10

A pedido da Secretaria de Estado da Saúde do Pará (SESPA), os 5 leitos de UTIP, abertos, temporariamente, para atendimento de pacientes com síndromes gripais graves, foram desativados em 23/02/2022, retornando ao perfil contratual – 5 leitos de UCINCa.

1.2 TIPOLOGIA DA UNIDADE E ASSISTÊNCIA

As diárias das UTIS compreendem o tratamento convencional e cirúrgico; tratamentos secundários e de complicações; procedimentos e cuidados de Enfermagem; hemotransfusão; materiais e medicamentos; alimentação, incluindo nutrição enteral e parenteral; e procedimentos especiais de alto custo.

A assistência aos pacientes é realizada por uma equipe multiprofissional especializada, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem (TE), fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas, fonoaudióloga e médicos especialistas, como cirurgião pediátrico, cirurgião torácico e oftalmologista. Conta ainda com pessoal administrativo, serviços gerais e serviços de apoio.

TABELA II – EQUIPE DE ENFERMAGEM, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Profissional	Enfermeiros	TE
Quantitativo	22	83

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PACIENTE/DIA – DIÁRIAS

O indicador de aferição de internação nas unidades é contabilizado em total de diárias hospitalares por mês. Conforme quantitativos indicados na tabela III, registrou-se maior número de internações nas UTIN, devido perfil de retaguarda da maternidade, a segunda maior do Estado, além das regulações e RNs advindos do Pronto Socorro (PS) Infantil. Na UTIP admitem-se crianças oriundas da neonatologia, PS Infantil e reguladas.

TABELA III – DIÁRIAS HOSPITALARES, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS.

	Nº de diárias	Meta contratual
UTIN 1	226	540
UTIN 2	194	

UCINCo 1	112	285
UCINCo 2	233	
UTIP 1	257	270
UTIP 2	96	

2.2 MÉDIA DE PERMANÊNCIA

TABELA IV – MÉDIA DE PERMANÊNCIA, COMPLEXO NEONATAL, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Unidades	UTIN 1	UTIN 2	UCINCo 1	UCINCo 2	UTIP 1	UTIP 2
Nº de leitos	11	7	9	5	14	4

2.3 SAÍDOS – ALTAS, TRANSFERÊNCIAS INTERNAS, EXTERNAS E ÓBITOS

TABELA V – SAÍDAS, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

	Alta	Transf. interna	Transf. externa	Óbito	Total	Geral
UTIN 1	1	15	0	4	20	103
UTIN 2	1	21	0	4	26	
UCINCo 1	12	1	0	0	13	
UCINCo 2	34	8	2	0	44	
UTIP 1	2	13	0	4	19	45
UTIP 2	1	23	0	2	26	

2.4 TAXA DE OCUPAÇÃO

TABELA VI – TAXA DE OCUPAÇÃO, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Unidades	UTIN 1	UTIN 2	UCINCo 1	UCINCo 2	UTIP 1	UTIP 2
Nº de leitos	82%	70%	80%	83%	92%	69%

2.5 TAXA DE MORTALIDADE

TABELA VI – MORTALIDADE, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Unidades	UTIN 1	UTIN 2	UTIP 1	UTIP 2
Taxa de mortalidade	20%	15,4%	13,3%	0

3 INDICADORES ASSISTENCIAIS

3.1 RISCOS ASSISTENCIAIS

TABELA VIII – DISPOSITIVOS, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Unidades	UTIN	UCINCo	UTIP
Nº CVC/dia	369	10	194
Nº Intracath/dia	–	–	5
Nº AVP/dia	–	–	48
Nº Tenckhoff/dia	–	–	6
Nº SVD/dia	19	–	82
Nº SNE/dia	–	–	87
Nº SNG/dia	–	–	45
Nº GTT/dia	–	–	41
Nº SOG/dia	502	127	13
Nº VM/dia	193	–	127
Total	1.083	137	648

TABELA IX – EVENTOS, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Unidades	UTIN	UCINCo	UTIP
Queda	–	–	–
Flebite	–	–	–
LPP	–	–	–
Broncoaspiração	–	–	–
Perda de dispositivo	76	33	36
Erro de medicação	4	–	–
Total	80	33	36

4 AÇÕES

- Identificação de leitos: identificação do paciente, placas de precaução e isolamento, Levantamento de oportunidades de melhorias e elaboração de plano de ação.
- Implantação de parametrização por faixa etária e controle de limpeza concorrente de equipamentos.
- Organização de avisos e sinalizações das unidades.

5 TREINAMENTOS

TABELA X – EDUCAÇÃO PERMANENTE, COMPLEXO NEONATAL E UTIP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Orientação técnica	Datas	Horas
Aleitamento materno	24 e 25/01/2021	8h
Total		8h



6 CONSIDERAÇÕES GERAIS

As atividades realizadas pelo ISMS serão efetuadas através dos dados registrados no SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Contratante. Portanto, neste relatório, foram apresentadas a produção e as atividades desenvolvidas no complexo neonatal e UTIP, em fevereiro de 2022, integrando ações novas e preexistentes.



FONOAUDIOLOGIA

A fonoaudiologia na neonatologia do HRAS, UTI e UCI, tem como objetivo a adequação do sistema sensório-motor oral, a deglutição segura e eficaz, a promoção do aleitamento materno, a humanização do ambiente e a interação com a equipe multiprofissional.

Na avaliação observamos a presença dos reflexos orais, força e ritmo da sucção, coordenação entre sucção-respiração-deglutição, condições do neonato em realizar a função de alimentação e qual meio será utilizado para tal, ou seja, se haverá estimulação oral pré e/ou peri gavagem ou se existe a possibilidade de alimentação direta na mãe, enfatizando o estímulo ao aleitamento materno e complementação alimentar por via oral com uso de copo.

Concomitante ao processo de tratamento, devemos ter atenção a manutenção do binômio mãe-bebê, é neste momento que entram as orientações a mãe, ao pai e aos acompanhantes, sobre o atendimento em si e sobre as questões de amamentação e alimentação. Quando necessário realizamos e instruímos a ordenha do seio materno, tanto para a oferta do leite humano para o bebê internado, quanto para evitar doenças na mama da puérpera.

Durante a intervenção no RN internado são realizadas manobras e massagens extra-orais e estímulos intra-orais, estes tem como objetivo coordenar as funções do neonato, para que o mesmo consiga realizar a alimentação segura, sem via alternativa de alimentação (sondas) e obter alta hospitalar com autonomia alimentar.

Em casos que se observa alteração do frênulo lingual, comunicamos a equipe médica que realizará os encaminhamentos necessários para que o RN realize a frenotomia.

E na uti pediátrica, a atuação fonoaudiológica se dá para avaliação da via segura de alimentação, levando em consideração as funções orais e a necessidade nutricional da criança internada. A definição da via de alimentação é feita pela equipe multiprofissional, sendo observado as avaliações realizadas e o quadro clínico da criança.

Na criança a gama de utensílios que podem auxiliar na alimentação são diferentes da neonatologia, muitas vezes eles já vêm de casa com um padrão alimentar que deve ser

observado e avaliado caso a caso, sendo importante a abordagem desses aspectos na anamnese pedi.

Para avaliação da deglutição da criança temos a avaliação clínica fonoaudiológica e o BDT teste, que nos trazem dados acerca do risco de broncoaspiração do paciente.

Para este público a terapia de motricidade oral pode ser aplicada de forma mais ampla, bem como podemos utilizar os espessantes como manobra facilitadora para deglutição.

No alcon, a fonoaudiologia atua no cuidado da mãe e do bebê em relação a amamentação, ao estabelecimento da pega correta, dos cuidados e posicionamento ao mamar, com orientações e apoio que visam o sucesso do processo de alimentação em seio. Já que as dificuldades nos dias iniciais de amamentação podem levar a desistência da mãe de amamentar.

Devido a grande rotatividade da uti pediátrica e do alcon, os atendimentos nestes locais são pontuais e por chamado da equipe.

PRODUTIVIDADE – PERÍODO FEVEREIRO 2022

PROCEDIMENTOS/ SETORES:	NEONATOLOGIA	UTI PEDIÁTRICA	ALCON	TOTAL MÊS
AVALIAÇÃO FONO	128	2	4	134
ESMO	128	2	4	134
ESTÍMULO EM SM	52		4	56
ORIENTAÇÃO FONO	128	2	4	134
ORDENHA BEIRA LEITO	15		2	17
INDICAÇÃO DE FRENOTOMIA	0	-	-	0
ANAMNESE PED		3		3
TESTE BDT				-
RETIRADAS DE SONDAS	32			32
INDICAÇÃO DE GTT				-
TERAPIA MO	15	2		17
INDICAÇÃO DE ESPESSANTE				-
TOTAL MÊS	498	11	18	527

PROCEDIMENTOS	TOTAL
TRIAGEM BUSCATVA 3º ANDAR	124
TRIAGEM BUSCATVA 5º ANDAR	59
TRIAGEM BUSCATVA 7º ANDAR	116
TRIAGEM BUSCATIVA 8º ANDAR	55
TRIAGEM BUSCATIVA 9º ANDAR	89
ELETIVOS	300
NÃO ELETIVOS COM ORIENTAÇÃO	223
ACOMPANHAMENTO	139
TESTE BDT	18
ESTÍMULO PASSIVO	237
ESTÍMULO ATIVO	173
INDICAÇÃO DE SNE	25
RETIRADA DE SNE	51
INDICAÇÃO DE GTT	51
RETIRADA DE GTT	0
OCLUSÃO DE TQT	4
INDICAÇÃO DE DECANULAÇÃO	5
ALIMENTAÇÃO MISTA	68
INDICAÇÃO DE ESPESSANTE	28
PROGRESSÃO DA DIETA	90
ORIENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO	38
ORIENTAÇÃO AO ACOMPANHANTE	649
TERAPIA BEIRA LEITO	265
LASERTERAPIA	4
TOTAL DE PROCEDIMENTOS	2811

SERVIÇO SOCIAL

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

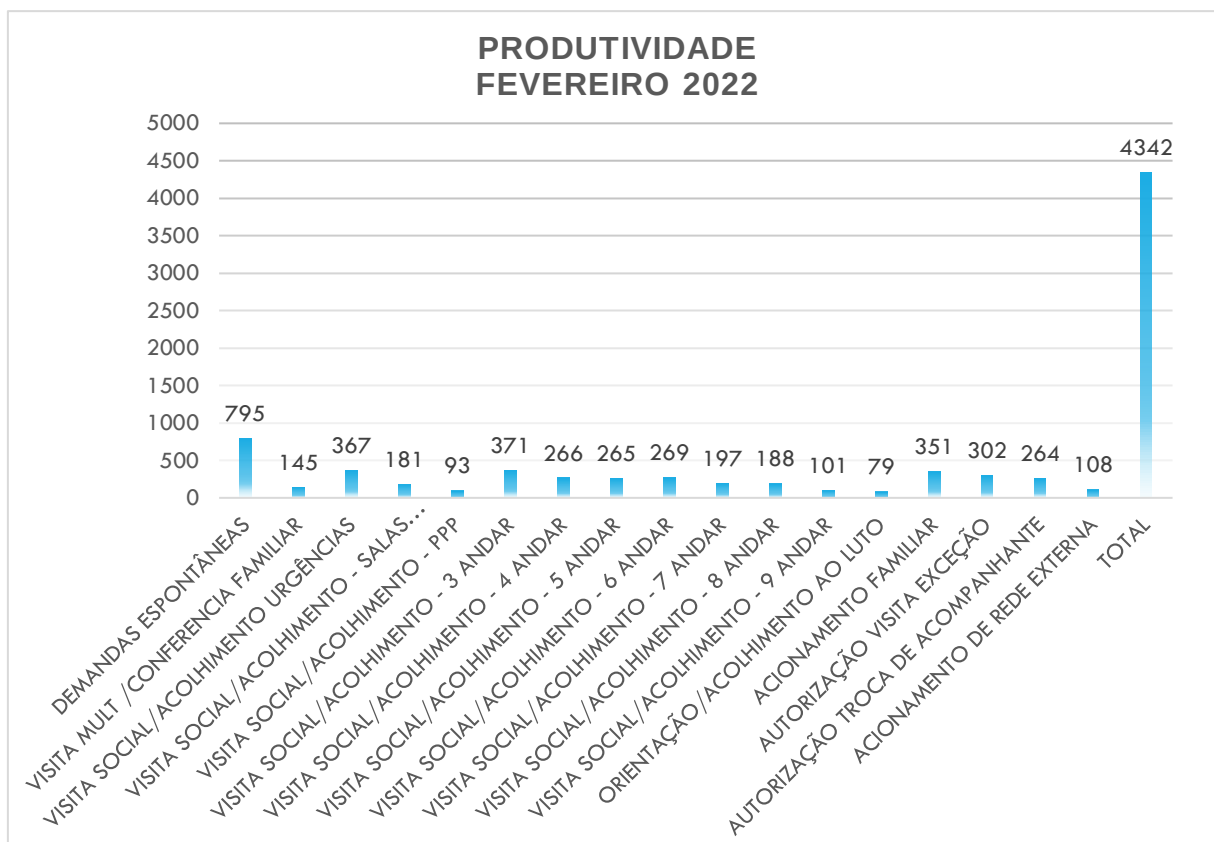
Este relatório apresenta o cotidiano do trabalho de profissionais do Serviço Social do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos - HRAS. A equipe é composta por um total de oito assistente sociais que cumprem carga horária de 12/36h, sendo três em cada plantão diurno e uma em cada plantão noturno, que atendem demandas da alta complexidade e recebem usuários(as) de todos os municípios do Estado do Pará e fora dele.

O serviço social integra a equipe multiprofissional, intervindo diretamente na viabilização da garantia dos direitos sociais dos(as) usuários(as), como o direito à vida, a convivência familiar e comunitária, à escuta e acolhimento do paciente enquanto protagonista do próprio tratamento de saúde, e, no que se refere ao direito à saúde de maneira geral. Além disso, o serviço social tem o papel de facilitar o acesso dos usuários às políticas e serviços de saúde ofertados na instituição.

O serviço social enquanto categoria profissional, possui o compromisso de defender os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo o tratamento humanizado a quem necessitar dos serviços de saúde pública, tendo como norte para a prática profissional o projeto ético-político da profissão, a Lei de Regulamentação da Profissão - Lei 8.662/93 e o código de ética profissional, onde são abordados de maneira clara as competências e atribuições privativas do assistente social, para que seja utilizada como subsídio para a prática profissional.

No âmbito da dinâmica do HRAS, o serviço social atende situações das unidades de urgência e emergência obstétrica e pediátrica, salas vermelhas, UTI's adulto e pediátrica, neonatologia, clínica pediátrica, obstetrícia e alojamento conjunto, vascular, neurologia, ginecológica e clínicas de urologia e nefrologia. Estas unidades compõem os nove andares do hospital, que possui 340 leitos, todos cobertos pelo serviço social. Além disso, pontuam-se as demandas espontâneas do ambulatório e dos usuários de maneira geral que buscam orientações sociais, de políticas públicas e de acesso aos serviços oferecidos pelos setores mencionados. Abaixo serão demonstrados o quantitativo dos atendimentos do serviço social do mês de fevereiro, e as respectivas descrições de cada demanda:

Gráfico1: Produção Mensal do Serviço Social:



Fonte: Próprio autor.

2. DEMANDAS ESPONTANEAS:

Apresentam-se ao serviço social através dos usuários que comparecem ao hospital em busca de orientações a respeito dos serviços de saúde ofertados pelo HRAS e demais políticas públicas que integram a seguridade social. As principais orientações podem ser caracterizadas da seguinte forma:

2.1 Rotina do ambulatório: perfil dos pacientes de acordo com as especialidades ofertadas e critérios para acesso as consultas e exames, orientação acerca de encaminhamentos para as unidades de saúde do seu território e outros hospitais de referência para o tratamento dos pacientes. E ainda, quando necessário e em casos excepcionais, o serviço social articula com a equipe do ambulatório a tentativa de

agendamento de consultas e exames de usuários de outros municípios distantes que estejam com dificuldade de comparecimento para agendamento e/ou acesso ao Tratamento Fora do Domicílio – TFD.

2.2 Orientação quanto ao processo de transferência de pacientes via regulação estadual: As famílias são orientadas sobre funcionamento do cadastro dos pacientes na central de leitos do Estado, da solicitação médica para tal processo e encaminhamento ao setor de regulação, do aguardo da disponibilidade de leito e sobre a guia de referência contra referência, quando necessário.

2.3 Acolhimento dos familiares dos pacientes que estão internados: Em muitos casos, os familiares que buscam o atendimento do serviço social não são os mesmos que estão acompanhando no leito, mas que buscam informações adicionais sobre a rotina, fluxos e protocolos da instituição, entre outras informações, como acesso ao prontuário do paciente após a alta hospitalar e acesso às casas de apoio dos municípios. Orienta-se as famílias sobre a possibilidade de acesso ao Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, enquanto unidade de escuta do usuário e espaço para formalização de reclamações e sugestões.

3. VISITA MULTIPROFISSIONAL E CONFERENCIA FAMILIAR:

São realizadas durante a semana as visitas multiprofissionais com a equipe das Unidades de Terapia Intensiva – UTI's adulto e pediátrica. A equipe multiprofissional envolve o serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, enfermagem, técnicos de enfermagem e medicina.

A visita multiprofissional é vista como o momento de estudar em equipe o caso de cada paciente, analisando o que pode ser investido para a melhoria da saúde e da qualidade de vida do paciente durante a hospitalização. Essas avaliações incluem, por parte de todos, a participação das famílias no processo de recuperação. E, em se tratando de conferência familiar, o serviço social possui um papel ativo, que envolve o acolhimento e orientação social quanto ao acesso ao direito à saúde do paciente. As assistentes sociais participam em conjunto com a psicologia e o médico no debate a respeito do prognóstico do paciente internado nas UTI's.

Os familiares são orientados em relação ao plano terapêutico proposto para o paciente, sendo este o planejamento das condutas dos profissionais. Além disso, no momento da conferência familiar, abre-se espaço para que os familiares possam expor

suas reações, sentimentos e conhecimento a respeito do quadro clínico do paciente. Além disso, é oferecido o suporte social e psicológico para os usuários, a fim de garantir a integralidade do cuidado tanto dos pacientes quanto dos familiares de referência.

4. ORIENTAÇÃO SOCIAL NO ACOLHIMENTO AO LUTO:

Consiste na assistência prestada pelo Serviço Social aos acompanhantes e/ou familiares dos pacientes que vêm a óbito no hospital. O acolhimento envolve o atendimento multidisciplinar, considerando as especificidades dos profissionais a partir das atribuições de cada um. O acolhimento ao luto objetiva prestar assistência aos familiares e/ou responsáveis de pacientes que evoluíram a óbito orientando-os quanto aos procedimentos necessários pós comunicação de má notícia, bem como realizar contatos com as Secretarias de Assistência Social dos municípios para viabilização do Benefício Eventual – Auxílio Funeral, quando a família não apresentar condições socioeconômicas necessárias para arcar com o custo da remoção em funerária e sepultamento.

Realiza-se também as orientações e esclarecimentos, verificação de documentações para preenchimento Declaração de Óbito por parte da equipe médica, bem como intervenção psicossocial.

5. VISITA SOCIAL E ACOLHIMENTOS NAS UNIDADES DE URGENCIA E EMERGENCIA:

Efetiva-se o atendimento social aos pacientes e suas famílias nas unidades de urgência e emergência pediátrica e obstétrica, garantindo a intervenção com os pacientes e atendimentos das demandas do âmbito do serviço social, visando abordagem social e acolhimento conforme necessidade da questão social, garantindo na ação o sigilo profissional.

O usuário e/ou familiar é acolhido, estabelecendo abordagem social e diálogo inicial que favoreça a aproximação entre ambos para identificar ou informar a intervenção necessária à questão. Utiliza-se o espaço privativo do serviço social para realização de orientações sociais diversas, sobre as normas institucionais, rotina hospitalar, programas e serviços existentes na instituição e rede socioassistencial que contemple a necessidade do usuário.

No momento da admissão das usuárias que irão internar na maternidade, a partir do setor da Triagem Obstétrica, realiza-se os esclarecimentos necessários quanto ao direito ao acompanhante (LEI Nº 11.108, de 7 de abril de 2005), dentre outras questões.

Nos casos da urgência pediátrica, são atendidos os casos de queda a cavaleiro de crianças com suspeita de abuso sexual (ABS), obedecendo ao protocolo de intervenção que estabelece relação direta com a rede externa de garantia de direitos da criança, bem como encaminhamentos necessários, atuando sempre em articulação com a equipe multiprofissional que está intervindo no caso.

Nas situações de notificação de violência contra crianças, as redes de serviço socioassistenciais, como o conselho tutelar, por exemplo, são acionadas para intervenção e acompanhamento do caso. O profissional de serviço social emite um relatório social a respeito da demanda apresentada. Este documento é encaminhado diretamente para o conselho tutelar de abrangência do território de origem da criança. Quando necessário, é solicitado visita institucional para garantia de atendimento social ainda durante internação, se for o caso.

6. VISITA SOCIAL E ACOLHIMENTOS NAS SALAS VERMELHAS ADULTO E PEDIÁTRICAS:

O Serviço Social é acionado pela equipe de enfermagem quando o paciente é admitido, para que possa ser realizada a visita ao paciente, diálogo com a equipe de enfermagem e/ou médica e posterior escuta com os familiares que acompanham os usuários admitidos na sala vermelha pediátrica ou adulto.

No primeiro momento, a abordagem com o familiar é feita para conhecer o perfil socioeconômico do paciente e da família, através da entrevista social. Após a escuta, é informado pelo serviço social os fluxos e protocolos do hospital ao familiar que acompanha o paciente. Assim, o Serviço Social visa atender, apoiar, facilitar a comunicação efetiva e compreensão dessa família, dar suporte ao tratamento, prestar esclarecimento sobre o processo de hospitalização e fortalecer o grupo familiar.

7. VISITA SOCIAL E ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE CENTRO OBSTETRICO E PRE-PARTO, PARTO E POS-PARTO – CO/PPP:

No centro obstétrico o serviço social realiza orientação social quanto a emissão de certidão de nascimento enquanto direito da criança, assim como atende casos de acolhimento ao luto com as parturientes, nas situações em que ocorrem óbito fetal. O acolhimento é realizado em conjunto com a psicologia para com a paciente e o acompanhante, momento em que é entregue a declaração de óbito e são realizadas as orientações necessárias do pós-óbito e oferecido o suporte psicossocial.

Durante o acolhimento, o familiar e a paciente são informados da possibilidade de remoção do feto no momento da alta hospitalar e, nos casos de famílias que precisam de auxílio funeral das prefeituras, são realizadas as articulações necessárias com os municípios de origem da paciente.

Ainda assim, as pacientes continuam sendo acompanhadas após a admissão na clínica obstétrica. Pontua-se que também é realizado o acolhimento das parturientes quando os bebês recém-nascidos necessitam de suporte de Uti neonatal, Uci - neonatal e Utican, no 4º andar sendo orientadas quanto ao fluxo e protocolo institucional da neonatologia.

8. VISITA SOCIAL E ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI ADULTO - 3º ANDAR:

A visita na Unidade de Terapia Intensiva adulto – UTI, ocorre tanto em caráter de rotina, quando solicitado pelo próprio usuário(a) e equipe médica e de enfermagem. A abordagem social nesse setor visa garantir escuta ativa das questões que se apresentam tanto pelos internados quanto pelas famílias, em sua maioria oriundas dos municípios do interior do Estado, a fim de identificar e/ou evitar as situações de risco social e pessoal dos usuários.

Como principais demandas tem-se tanto as relacionadas aos longos períodos de internação, e a tentativa de garantir o acompanhamento familiar nas vistas aonde são repassados os boletins médicos para viabilizar a comunicação efetiva entre setor e família. Ainda diante a condição de longa permanência busca-se o levantamento de possíveis direitos que devem manter-se garantidos mesmo na condição de internação, como exemplo, direitos trabalhistas, de benefícios sociais e previdenciários, dentre outros.

Também quanto ao contexto de gravidade clínica que muitos apresentam, em que pese nessas situações o fundamental apoio da psicologia junto ao serviço social, a fim de

dirimir processos emocionais degradantes da família e/ou paciente ocasionadas por esta condição.

Salienta-se ainda que para este setor, há um esforço de garantir o atendimento familiar na admissão destes pacientes, a fim de realizar a entrevista social durante sua internação, que visa sobretudo identificar características sociais, culturais, econômicas, social e familiar desse paciente. Busca-se saber em especial da rede de apoio sociofamiliar em Belém. Orienta-se ainda às famílias sobre a importância de manter a atualização cadastral, e o reforço da disponibilidade familiar quando solicitada pela equipe.

Por fim, outra forma de acompanhamento social na UTI adulto, dá-se a partir das visitas multiprofissionais que ocorrem, em que são levantadas expressões da questão social que necessitam de intervenções do serviço social.

9. VISITA SOCIAL E ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA – UTI'S PEDIÁTRICAS E NEONATAL E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – UCI'S - 4º ANDAR:

A visita social e o acolhimento nas UTI's pediátrica e neonatal, busca garantir o atendimento social individual e/ou das demandas postas ao Serviço Social por esses usuários nas UTI's e UCI's, visando abordagem social e acolhimento conforme necessidade da questão social. O Serviço Social acolhe os usuários responsáveis legais pelos Recém Nascidos (RN) em sala reservada na Neonatologia, para proceder entrevista inicial na admissão do RN. Além disso, o Serviço Social da Neonatologia acolhe mães que receberam alta da maternidade ou que chegaram dos diversos municípios do Estado. As mães da Neonatologia são encaminhadas para o espaço de acolhimento ao acompanhante para que possam ficar assistindo o seu RN na condição de Mãe Diarista, procedendo antes a verificação da disponibilidade de vagas para as mães da neonatologia.

O Serviço Social possui o papel fundamental na orientação das mães/pais e/ou responsáveis pelo RN sobre a rotina da neonatologia, bem como as normas e procedimentos da enfermagem em que o RN se encontra internado (UTI, UCI ou Método Canguru). Realiza-se na neonatologia abordagem individual com a mãe ou familiar para esclarecer dúvidas sobre os serviços ofertados pelo hospital como: orientação visando educação em saúde sobre importância do aleitamento materno exclusivo, fluxo de Mãe Diarista e Mãe Visitante.

Durante a visita social, é possível o serviço social identificar situações de risco pessoal ou social da mãe ou familiar que envolvam negligência ou abandono e acionar autoridades competentes para intervir nos casos com a finalidade de garantir o direito a proteção social do RN. Além disso, o serviço social orienta os pais sobre o sistema de registro de nascimento do RN, que poderá ser efetivado no Hospital que dispõe de um Cartório de Registro Civil como direito de cidadania.

Realiza-se busca ativa de mães, pais, familiar ou responsável legais, nos casos caracterizados como negligência ou abandono de incapaz por meio de contato telefônico, rede assistencial do município de origem, Conselho Tutelar ou outros meios necessários para garantia do direito de proteção social.

10. VISITA SOCIAL E ACOLHIMENTO NAS CLÍNICAS PEDIÁTRICAS E OBSTÉTRICAS – 5º E 6º ANDAR:

O Serviço Social realiza visita às enfermarias para identificar expressões da questão social que se apresentem na vida dos pacientes, com vistas a identificar situações de vulnerabilidade social ou risco que inviabilize a concretude do direito à vida.

Para a intervenção social após a visita, faz-se necessário uma equipe integrada e multiprofissional, que seja capaz de identificar não apenas o quadro clínico do paciente, mas outras necessidades sociais, culturais, econômicas, e familiar que este possui. Além de que, o vínculo profissional entre os membros facilita operacionalização e o sucesso das condutas que serão tomadas sempre em conjunto com o paciente e a família.

Durante a visita, as discussões transcorrem acerca do diagnóstico, plano terapêutico e contexto social, possibilidades e planejamento das ações em saúde a serem desenvolvidas durante e após a hospitalização. Além disso, são realizados os encaminhamentos e orientações necessárias diante da escuta qualificada das assistentes sociais e a partir das demandas apresentadas por cada família, seja pela necessidade de acompanhamento pelo CRAS, CREAS, CAPS, Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Secretaria de Saúde dos municípios de referência, entre outros serviços da rede socioassistencial.

11. VISITA SOCIAL E ROUND MULTIPROFISSIONAL NAS CLÍNICAS DE NEUROLOGIA, UROLOGIA, NEFROLOGIA, VASCULAR E CLÍNICA MÉDICA:

A visita social no leito consiste em realizar uma abordagem que possa aproximar e criar um vínculo de confiança entre o profissional, o paciente internado e o familiar, para que possa ser identificado e compreendido as demandas apresentadas e a partir disso, criar estratégias de intervenção e encaminhamentos devidos.

Assim o round multiprofissional, também chamado de “visitas rápidas”, é um método que possibilita aos profissionais na área da saúde a discussão e aprofundamento sobre casos atendidos no âmbito de trabalho, buscando qualificar o atendimento dos pacientes internados nas clínicas do HRAS.

Este é o principal objetivo do projeto “Round Multiprofissional”, onde nos cinco dias da semana, profissionais da área da medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia e serviço social se reúnem para discutir os procedimentos realizados com os pacientes e os planos de ações nas clínicas, buscando melhorar a assistência ao paciente, unificando as condutas entre as áreas, e assim, oferecendo um tratamento integral. As decisões são tomadas no grupo e, dessa forma, os procedimentos e a alta hospitalar acontecem mais rapidamente, diminuindo o tempo de hospitalização do paciente.

12. ACIONAMENTO FAMILIAR:

O acionamento familiar é realizado sempre que a equipe da assistência ou o próprio serviço social necessita que a família do paciente compareça ao hospital, seja para recebimento de boletim médico, conferência familiar, assinatura de termo para procedimento cirúrgico, para solicitar acompanhante no leito, comunicar a alta da UTI para as clínicas ou para informar da transferência do paciente para outro hospital.

Este procedimento é realizado via ligação telefônica e, em alguns casos, via e-mail. Quando não há sucesso no acionamento online, as assistentes sociais realizam a busca ativa da família, que consiste no deslocamento da técnica ao endereço do paciente, onde ocorre a sensibilização do familiar para o comparecimento ao hospital. Quando esgotadas as possibilidades de acesso via telefone ou busca ativa, o serviço social aciona as redes de serviço socioassistenciais e jurídico para a notificação da família.

13. AUTORIZAÇÃO DE EXCEÇÃO PARA VISITA:

O Serviço Social realiza a escuta qualificada com os familiares dos pacientes para identificar as demandas apresentadas e tomar a conduta, viabilizando ou não a exceção para visita aos pacientes. Sendo informados e orientados quantos aos protocolos e cuidados em prevenção à covid – 19 e a síndrome gripal aos idosos e gestantes que fazem parte do grupo de risco, pois estes são mais suscetíveis ao contágio, bem como os pacientes que se encontram internados.

Mediante esta avaliação o Serviço Social, em parceria com a equipe de Enfermagem e Médica liberam a entrada deste familiar ao leito. Sendo avaliados cada caso, pois há solicitação de idosos maiores de 65 anos, além dos adolescentes que desejam realizar visita sem a presença do responsável legal. Neste momento, o serviço social articula com a Equipe Multiprofissional para definir a abertura de exceção para este visitante e elabora por escrito a autorização.

14. AUTORIZAÇÃO TROCA DE ACOMPANHANTE:

Este atendimento é realizado também pelo Serviço Social, porém não é uma atribuição privativa profissional. É realizada a escuta do familiar que apresenta diversas situações, precisando em muitos casos sair mais cedo ou entrar mais cedo nas enfermarias, sendo que o HRAS possui um horário já institucionalizado de troca de acompanhante. Mediante a questão exposta pelo familiar, e em casos excepcionais, é liberada a troca para a entrada do familiar junto ao paciente.

15. ACIONAMENTO DA REDE EXTERNA:

O acionamento das redes externas como CRAS, CREAS, Polícia Civil, Conselho Tutelar, Ministério Público, Vara da Infância e Juventude, secretarias municipais de saúde e assistência social, INSS, regulação, dentre outros, consiste na articulação intersetorial do serviço social do HRAS com outros equipamentos, que tem por finalidade garantir o atendimento e/ou continua-lo em situações que reivindicam a garantia de direitos e que extrapolam a intervenção imediata hospitalar.

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Diante do exposto, é possível visualizar de maneira geral, o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no contexto da alta complexidade do Hospital Regional Dr. Abelardo

Santos, considerando que a prática profissional do assistente social transcende os dados contabilizados de maneira quantitativa, ou seja, a intervenção profissional busca reunir resultados qualitativos, que se expressam a partir da efetivação e resolução de cada expressão da questão social apresentada pelos pacientes, que garantem resultados a partir do diálogo, da escuta sensível, da abordagem e do olhar atento às necessidades de cada usuário(a).

Com isso, espera-se que os serviços prestados por esta categoria possam avançar cada vez mais na contribuição para o desenvolvimento do hospital, gerando projetos de trabalho eficazes e eficientes a favor dos que buscam os serviços do SUS.



Relatório de Desempenho Fevereiro/2022

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS), entidade qualificada como organização social, apresenta neste relatório a PRESTAÇÃO DE CONTAS referente ao mês de fevereiro /22 referente ao CONTRATO DE GESTÃO Nº 005/SESPA/2021, celebrado junto ao SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA – SESPA com objetivo de estabelecer o compromisso entre as partes do gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS – HRAS.

2

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 METAS CONTRATUAIS	5
2.1 Metas quantitativas	5
2.1.1 Produção – Ambulatório	5
2.1.2 Produção – SADT	13
2.1.3 Saídas hospitalares	18
2.1.4 Número de paciente/dia	21
2.1.5 Produção – Centro Cirúrgico	22
2.2 Metas qualitativas	23
2.2.1 Atenção ao usuário	22
2.2.2 Controle de Infecção Hospitalar	24
2.2.3 Qualidade da informação	36
2.2.4 Mortalidade hospitalar	48
2.2.5 Análise e revisão de prontuários	48
2.2.6 Horas de educação permanente	49
2.2.7 Tempo resposta à regulação de leitos	49
2.2.8 Turnover	40
2.2.9 Comissões	40
ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS), entidade qualificada como organização social, gestora do Hospital Regional Abelardo Santos (HRAS), na forma de seu estatuto social, seguindo o que explana o Contrato de Gestão nº 005/SESPA/201, celebrado junto à Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), estabelece o compromisso entre as partes do gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, com a pactuação de indicadores de qualidade e resultados.

A **missão** do Mais Saúde é realizar a gestão de unidades de saúde com qualidade, economia e humanização, com **valores** pautados na ética, respeito, responsabilidade, transparência, superação, sustentabilidade e eficiência, tendo como **visão** ser referência nacional na humanização da saúde, atuando com ética e economicidade.

Inaugurado em 19 de setembro de 2019, o HRAS assegura, 24 horas por dia, assistência universal e gratuita exclusiva aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com portas abertas para atendimentos de urgência e emergência nas especialidades de pediatria, ginecologia e obstetrícia. A Unidade conta também com consultas, cirurgias e exames ambulatoriais para pacientes referenciados pela Central Estadual de Regulação (CER).

Dispõe de 340 leitos de internação, sendo 90 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 250 leitos cirúrgicos e clínicos. O HRAS é referência para o Estado do Pará nas especialidades de nefrologia, urologia, neurocirurgia, cirurgia vascular, obstetrícia, pediatria, clínica médica, mastologia, cirurgia pediátrica, ginecologia, cirurgia geral e cirurgia torácica.

Nas unidades de internação, além das especialidades médicas, o hospital oferece aos pacientes atendimento da equipe multidisciplinar: assistência social, farmácia clínica, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição clínica e psicologia.

Humanização, qualidade, segurança e satisfação norteiam o trabalho no HRAS, direcionado pela Política Nacional de Humanização (PNH), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente NQSP e Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

2 METAS CONTRATUAIS

De acordo com o Contrato de Gestão firmado entre a SESPAs e o ISMS, a Contratada deve encaminhar à Contratante, todas as informações sobre as atividades assistenciais desenvolvidas no Hospital (metas quantitativas e qualitativas), relacionadas à qualidade da assistência prestada e à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade.

2.1 Metas quantitativas

2.1.1 Produção – Ambulatório

Na competência de fevereiro/2022, realizamos 4.395 consultas ambulatoriais das especialidades pactuadas em contrato, que corresponde a 76% da meta pactuada (5.800) no Contrato de Gestão.

TABELA 1. METAS QUANTITATIVAS DO AMBULATÓRIO. HRAS - FEVEREIRO/2022

Fonte: Sistema/PR - SISREG – 02/2022

METAS QUANTITATIVAS, AMBULATÓRIO, HRAS, FEVEREIRO/2022.								
ESPECIALIDADES	META GERAL	META REGULADOS (CER VIA SISREG)	Nº DE CONSULTAS EXTERNOS REGULADOS (VIA SISREG)	META ALCANÇADA REGULADOS (VIA SISREG)	META REGULADOS (HRAS VIA SISREG)	ESPECIALIDADES	Nº DE CONSULTAS EXTERNOS REGULADOS (VIA SISREG)	META ALCANÇADA REGULADOS (VIA SISREG)
			CONSULTA REALIZADA				CONSULTA REALIZADA	
CLINICA MÉDICA	1000	0	0	0%	1000	CLINICA MÉDICA	920	92%
CARDIOLOGIA	300	198	88	43%	121	CARDIOLOGIA	138	112%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	200	136	85	48%	80	CIRURGIA PEDIÁTRICA	85	106%
CIRURGIA TORÁCICA	200	132	26	20%	96	CIRURGIA TORÁCICA	66	68%
CIRURGIA VASCULAR	900	664	228	34%	270	CIRURGIA VASCULAR	290	107%
GINECOLOGIA	200	140	59	42%	60	GINECOLOGIA	140	233%
MASTOLOGIA	300	210	6	3%	90	MASTOLOGIA	141	157%
NEFROLOGIA	600	420	107	25%	228	NEFROLOGIA	169	74%
NEURO COLUMNA	100	76	7	9%	57	NEURO COLUMNA	30	53%
NEURO ENDOVASCULAR	150	95	3	3%	76	NEURO ENDOVASCULAR	38	50%
NEUROCIRURGIA	350	228	70	31%	152	NEUROCIRURGIA	148	97%
FISIOTERAPIA	900	0	0	0%	600	FISIOTERAPIA	780	130%
UROLOGIA	600	612	368	0%	340	UROLOGIA	442	130%
TOTAL	5.800	2.911	1.011	35%	3.170	TOTAL REALIZADO	3.384	107%
TOTAL DE PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO			42%			TOTAL DE PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO		5%
			40%					1%
ATINGIDO (%)			35%			ATINGIDO (%) Realizados/Ofertado		107%
TOTAL			TOTAL REALIZADO				4.395	
			META/MÊS PACTUADA				5.800	
			ATINGIDO (%)				76%	

TABELA 2 – PRODUÇÃO MENSAL. HRAS - FEVEREIRO/2022 EXCLUÍR ESTA TABELA ?

PRODUÇÃO MENSAL DE CONSULTAS REALIZADAS – FEVEREIRO-2022					
ESPECIALIDADE	META	CONSULTAS REALIZADAS		TOTAL	%
		70%	30%		
CLINICA MÉDICA	1000	0	920	920	92%
CARDIOLOGIA	300	86	136	222	74%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	200	65	85	150	75%
CIRURGIA TORÁCICA	200	26	65	91	46%
CIRURGIA VASCULAR	900	226	290	516	57%
GINECOLOGIA	200	59	140	199	100%
MASTOLOGIA	300	6	141	147	49%
NEFROLOGIA	600	107	169	276	46%
NEURO COLUNA	100	7	30	37	37%
NEURO ENDOVASCULAR	150	3	38	41	27%
NEUROCIRURGIA	350	70	148	218	62%
FISIOTERAPIA	600	0	780	780	130%
UROLOGIA	900	356	442	798	89%
TOTAL REALIZADO	5800	1011	3384	4395	76%

Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

TABELA 3. PRODUÇÃO MENSAL ESTRATIFICADA. FEVEREIRO/2022 REVER ESTE QUADRO

AMBULATÓRIO - FEV.22		70%				30%				
ESPECIALIDADES	OFERTADO	PERDA PRIMÁRIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEÍSMO	OFERTADO	PERDA PRIMÁRIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEÍSMO
CLINICA MÉDICA	0	0	0	0	0	1000	0	1003	920	83
CARDIOLOGIA	198	50	148	86	62	121	0	121	136	0
CIRURGIA PEDIÁTRICA	136	30	106	65	41	80	0	80	85	0
CIRURGIA TORÁCICA	132	100	32	26	6	96	31	65	65	0
CIRURGIA VASCULAR	664	261	403	226	177	270	0	284	290	0
GINECOLOGIA	140	8	132	59	73	60	0	86	140	0
MASTOLOGIA	210	201	9	6	3	90	0	112	141	0
NEFROLOGIA	420	250	170	107	63	228	59	169	169	0
NEURO COLUNA	76	65	11	7	4	57	27	30	30	0
NEURO ENDOVASCULAR	95	91	4	3	1	76	38	38	38	0
NEUROCIRURGIA	228	136	92	70	22	152	2	150	148	0
FISIOTERAPIA	0	0	0	0	0	600	0	780	780	0
UROLOGIA	612	21	591	356	235	340	0	340	442	0
TOTAL	2911	1213	1698	1011	687	3170	157	3258	3384	83

Fonte: Sistema/PR - SISREG - 02/2022

TABELA 4 – PRODUÇÃO MENSAL DE CONSULTAS OFERTADAS. FEVEREIRO – 2022

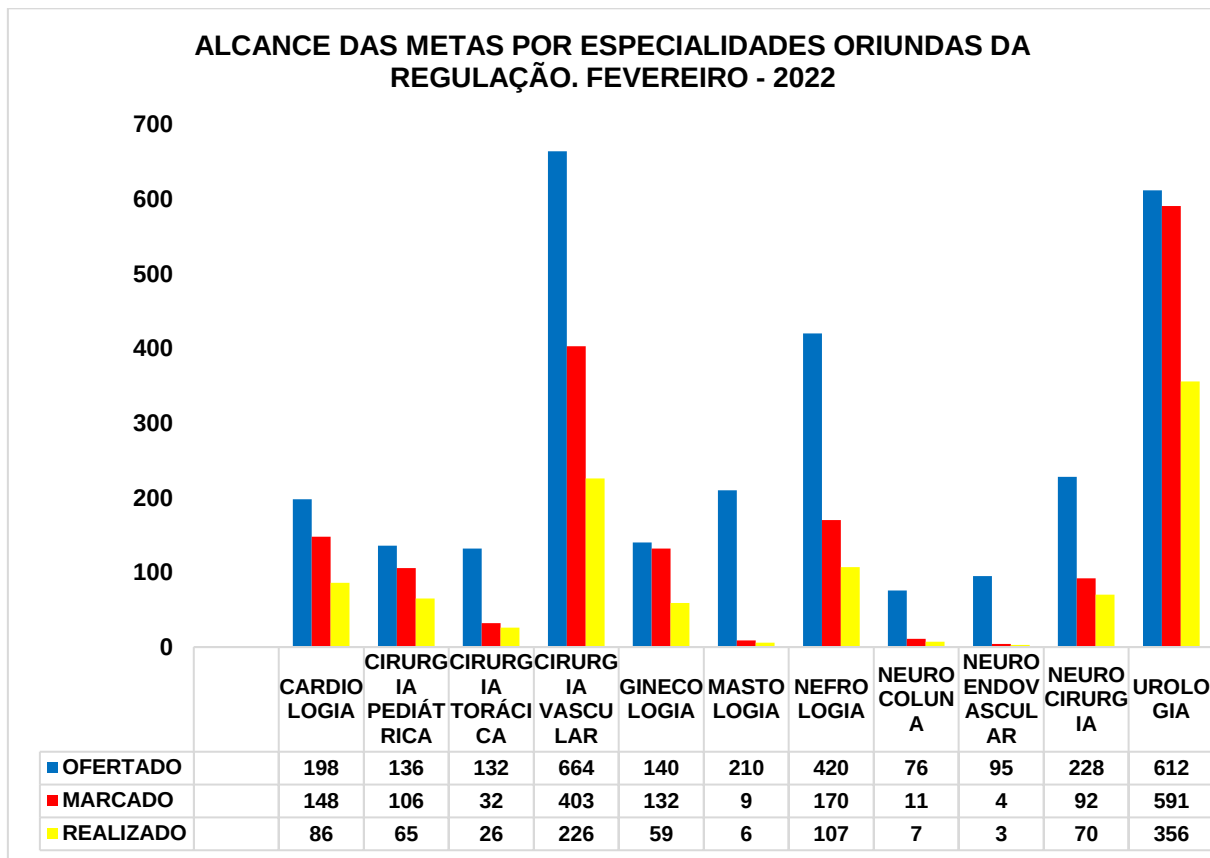
PRODUÇÃO MENSAL CONSULTAS OFERTADAS. FEVEREIRO - 2022					
AMBULATÓRIO	70%		30%		TOTAL META
OFERTA CONSULTAS	2911		3170		4.395
PERDA PRIMARIA	1213	42%	157	5%	
AGENDADO	1698	48%	3258	103%	
REALIZADO	1011	60%	3384	104%	
ABSENTEÍSMO	687	40%	83	1%	
META: 5.800	1.011		3.384		76%

Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

As consultas ambulatoriais são disponibilizadas pela metodologia 70% regulado pelo SISREG para 1ª consulta e 30% para agendamento de egresso (retorno) pelo setor de Agendamento do Ambulatório do HRAS.

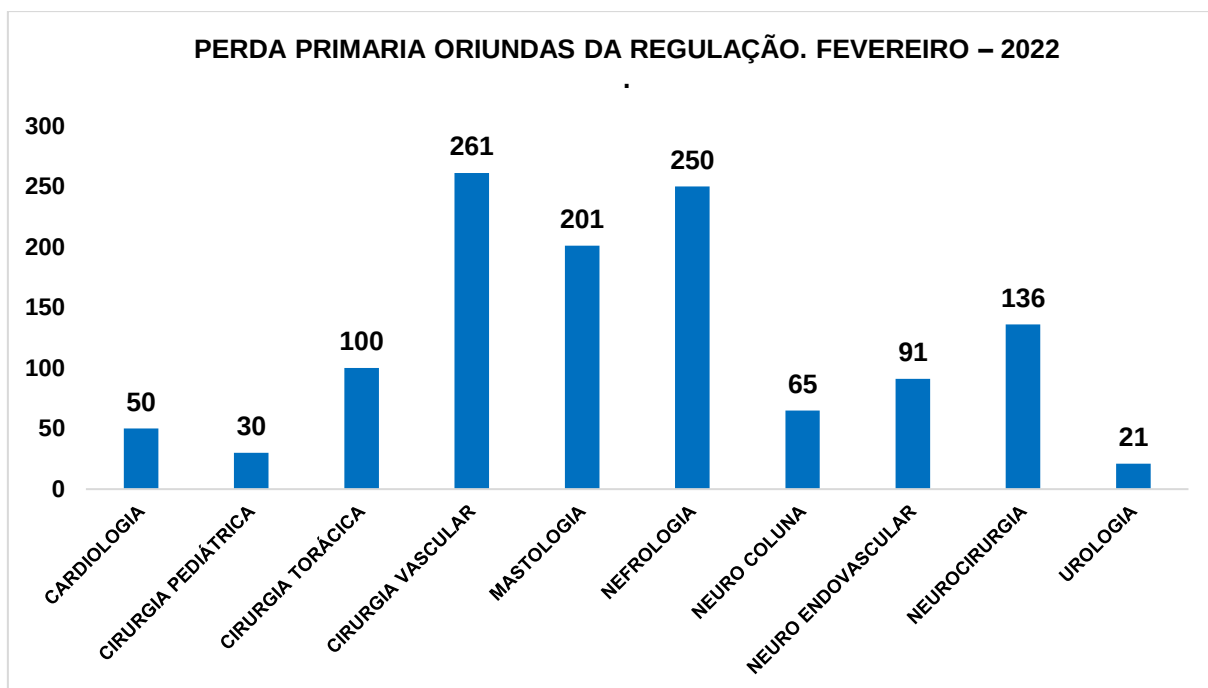
Os dados acima evidenciam importante perda primária e secundária na oferta de 70% para SISREG (consulta ofertada não agendada) - 42%, seguida por absenteísmo (ausência do paciente em consulta agendada) - 40% o que impacta no cumprimento do contrato de gestão.

GRÁFICO 1. CONSULTA POR ESPECIALIDADES ORIUNDAS DA REGULAÇÃO. FEVEREIRO – 2022



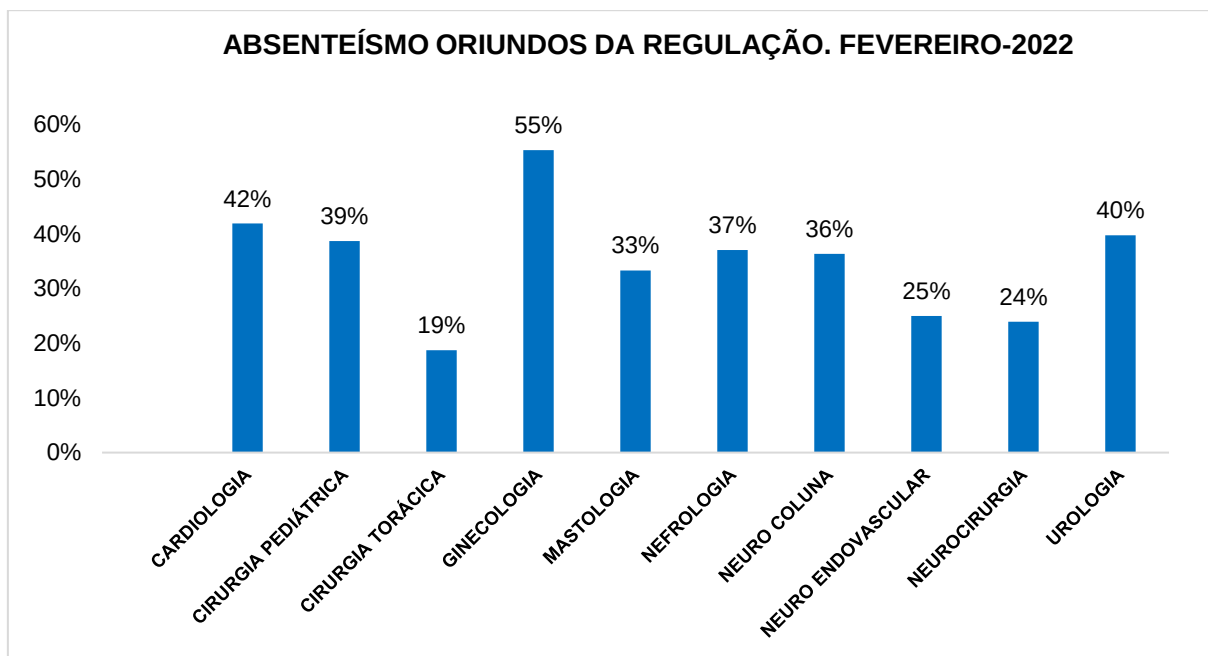
Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Gráfico 2. PERDA PRIMÁRIA ORIUNDAS DA REGULAÇÃO. FEVEREIRO – 2022



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

GRÁFICO 3. ABSENTEÍSMO POR ESPECIALIDADES ORIUNDAS DA REGULAÇÃO. FEVEREIRO-2022

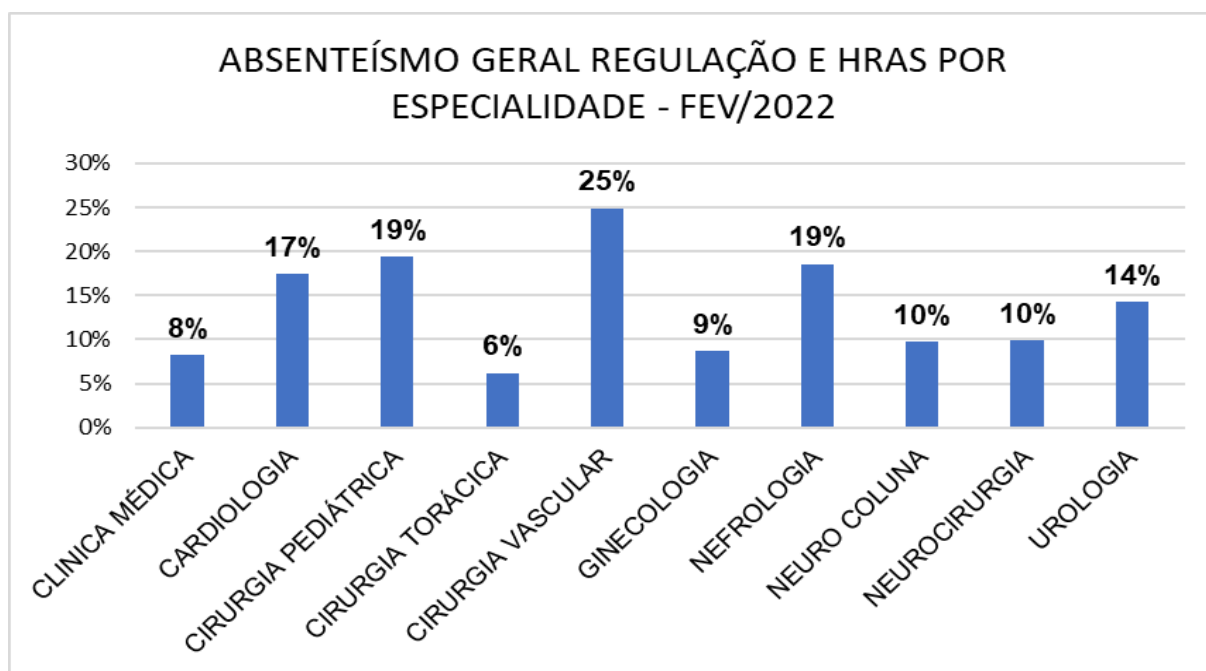


Fonte: Sistema/PR– HRAS/01-2022

Considerando o quantitativo que foi ofertado por especialidade, conforme ilustrado no Gráfico 01 observa-se no Gráfico3 o absenteísmo representa os faltosos, aqueles que tiveram consultas marcadas e não compareceram, e no Gráfico 2 a perda primária significa as vagas ofertadas que não foram preenchidas.

Evidencia-se que no mês de fevereiro não houve alcance das metas de consulta oriundas da regulação de 2911 consultas ofertadas – 1.213 (42%) consultas não houve agendamento (perda primária – Gráfico 2) e 687 (40%) pacientes não compareceram a consulta agendada pela Regulação (absenteísmo – Gráfico 3). Neste último caso podemos levantar hipótese de que o paciente não foi informado da consulta, consulta agendada muito longe da residência, por questões financeiras e até mesmo a indisponibilidade do paciente comparecer em consulta em dia e hora pré agendado.

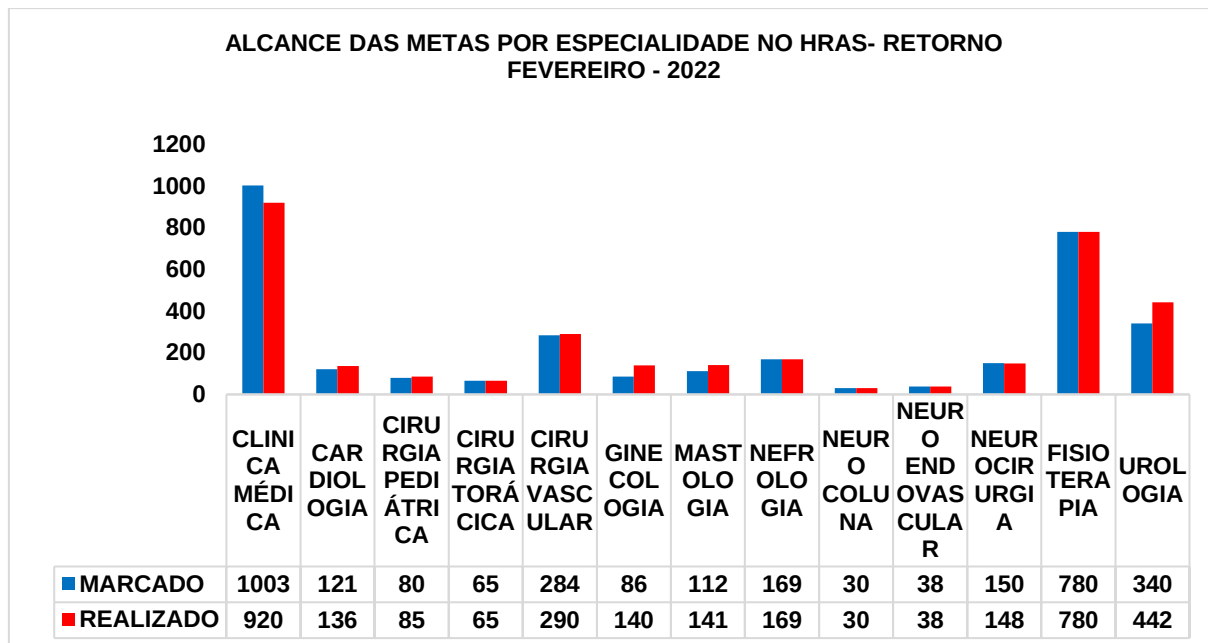
GRÁFICO 4. ABSENTEÍSMO GERAL POR ESPECIALIDADE. FEVEREIRO - 2022



Fonte: Sistema/PR– HRAS/01-2022

Em Fevereiro/22 o **absenteísmo das consultas realizadas da oferta 70% e 30% (Regulação e HRAS) ficou em 11% de um total de 4.956 consultas agendadas.** Sendo observado os maiores índices de faltosos nas especialidades de Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica, Nefrologia e Cardiologia.

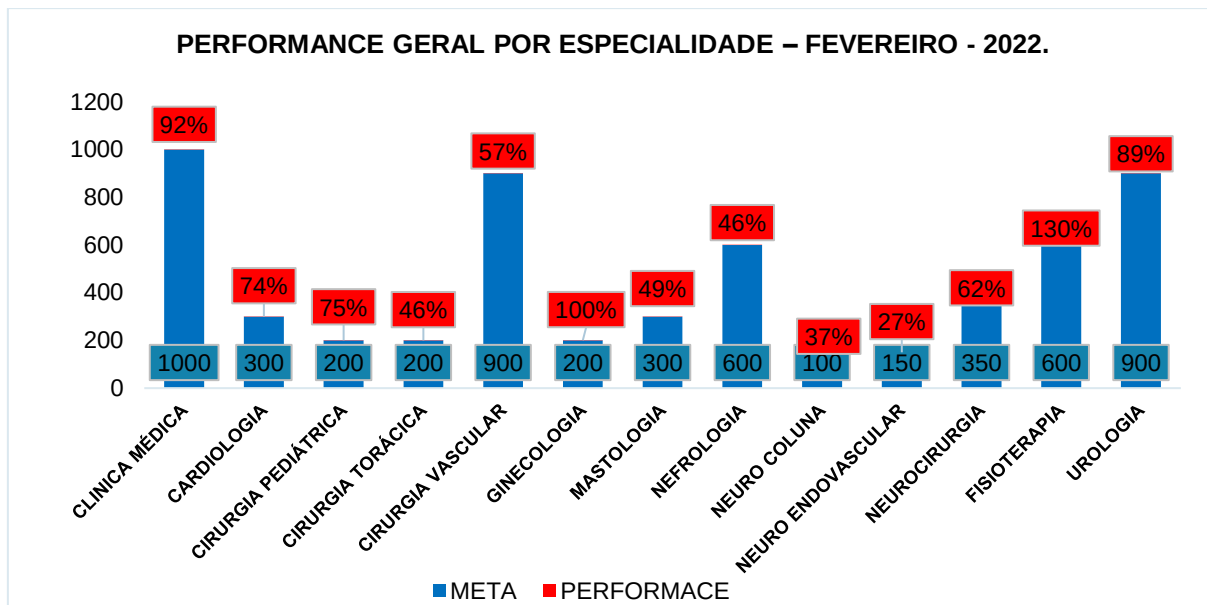
GRÁFICO 5. CONSULTA POR ESPECIALIDADE REALIZADA NO HRAS. FEVEREIRO - 2022



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Evidencia-se uma tendência favorável no alcance das metas de consulta na oferta 30% que fica sob a gestão do Ambulatório no HRAS, reflexo dos agendamentos de encaixes extras que o setor de marcação realiza diariamente, que são agendados conforme as vagas de absenteísmos e perda primária. Em fevereiro foram ofertadas 3170 consultas e tivemos uma perda primária de apenas 5% e um absenteísmo de 1%.

GRÁFICO 6. PERFORMANCE GERAL POR ESPECIALIDADE – FEVEREIRO - 2022.



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

2. CONCLUSÃO DO AMBULATÓRIO

Observa-se uma performance crescente comparado ao mês anterior (Jan: 68% da meta), realizando **76% da meta pactuada no contrato de gestão**

CONTRATADO	EXECUTADO
5800	4395
	76%

resultado da ação de agendamento extra do setor de marcação vem realizando diariamente e da ação gerenciamento por overbooking que são agendamentos excedente ao número de consultas disponíveis, estimando os não comparecidos e perda primária que foram analisadas no último trimestre.

Importante enfatizar:

- perda primária na oferta 70% - em janeiro de 39% e fevereiro de 42%
- perda secundária na oferta 70% - em janeiro 49% e fevereiro de 40%

2.1.2 Produção – SADT

Abaixo segue a produção estatística, que demonstra a relação de exames que são contratualizados e os dados quantitativos que foram realizados no mês de fevereiro 2022 no Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico – SADT.

13

TABELA 7. PRODUÇÃO MENSAL, SADT INTERNO E EXTERNO, FEVEREIRO – 2022

METAS QUANTITATIVAS, SADT, HRAS, FEVEREIRO /2022.								
ESPECIALIDADES	META GERAL	OFERTADOS REGULAÇÃO	Nº DE EXAMES EXTERNOS REGULADOS (VIA SISREG)	META ALCANÇADA REGULADOS (VIA SISREG)	META REGULADOS (HRAS VIA SISREG)	ESPECIALIDADES	Nº DE EXAMES EXTERNOS REGULADOS (VIA SISREG)	META ALCANÇADA REGULADOS (VIA SISREG)
			EXAMES REALIZADA				EXAMES REALIZADA	
Análises Clínicas	75000	0	0	0%	75000	Análises Clínicas	40542	54%
Diagnóstico histopatológico	400	0	0	0%	400	Diagnóstico histopatológico	375	94%
Ecocardiograma	200	140	52	37%	63	Ecocardiograma	62	98%
Radiologia intervencionista para diagnóstico	80	0	0	0%	80	Radiologia intervencionista para diagnóstico	54	68%
Eletrocardiograma	1500	1065	237	22%	570	Eletrocardiograma	295	52%
Ressonância Magnética	350	0	0	0%	9	Ressonância Magnética	9	0%
Tomografia Computadorizada (UE)	700	0	0	0%	700	Tomografia Computadorizada (UE)	568	81%
Tomografia Computadorizada eletiva	700	494	247	50%	266	Tomografia Computadorizada eletiva	290	109%
Biópsia de próstata guiada por USG	80	56	4	7%	24	Biópsia de próstata guiada por USG	2	8%
Biópsia de mama guiada por USG	50	35	14	40%	15	Biópsia de mama guiada por USG	3	20%
Ultrassonografia eletiva	1000	779	159	20%	380	Ultrassonografia eletiva	1280	337%
Mamografia	600	456	84	18%	190	Mamografia	166	87%
Hemodíalise (22 máquinas)	1680	0	0	0%	1680	Hemodíalise (22 máquinas)	1297	77%
Endoscopia	150	108	64	59%	60	Endoscopia	29	48%
Colonoscopia	40	48	13	27%	24	Colonoscopia	7	29%
Eco doppler arterial	60	0	0	0%	60	Eco doppler arterial	19	32%
Eletroencefalografia	50	0	0	0%	0	Eletroencefalografia	0	0%
Eletroencefalograma	100	0	0	0%	0	Eletroencefalograma	0	0%
TOTAL REALIZADO	82.740	3.181	874	27%	79.521	TOTAL REALIZADO	44.998	57%
TOTAL DE PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO			61%			TOTAL DE PERDA PRIMÁRIA E ABSENTEÍSMO	37%	
			30%				10%	
ATINGIDO (%)			27%			ATINGIDO (%)		57%
TOTAL			TOTAL REALIZADO				45.872	
			META/MÊS PACTUADA				82.740	
			ATINGIDO TOTAL(%)				55%	

Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

TABELA 8. PRODUÇÃO MENSAL ESTRATIFICADA HRAS. FEVEREIRO/2022

SADT	META CG	70%	30%	TOTAL	% ofertado x realizada
Análise Clínicas	75000	0	40542	40542	54%
Diagnóstico Histopatológico	400	0	375	375	34%
Ecocardiograma	200	52	62	114	57%
Radiologia Intervencionista	80	0	54	54	67,50%
ECG	1500	237	295	532	35,50%
Ressonância Magnética	350	0	9	9	
Tomografia (U/E)	700	0	568	568	81%
Tomografia eletiva	700	247	290	537	77%
Biópsia de próstata guiada por USG	80	4	2	6	7,50%
Biópsia de mama guiada por USG	50	14	3	17	34%
Ultrassonografia eletiva	1000	159	1280	1439	144%
Mamografia	600	84	166	250	42%
Hemodiálise	1680	0	1287	1287	77%
Endoscopia	150	64	29	93	62%
Colonoscopia	40	13	7	20	50%
ECO doppler arterial	60	0	19	19	32%
ENMG	50	0	0	0	0%
ECG	100	0	0	0	0%
TOTAL	82740	874	44988	45862	
		1%	54%	55%	

SADT - FEV/2022	70%						30%				
ESPECIALIDADE	METAS	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEÍSMO	OFERTADO	PERDA PRIMARIA	AGENDADO	REALIZADO	ABSENTEÍSMO
Análises Clínicas	75000	0	0	0	0	0	75000	28558	46442	40542	5.900
Diagnóstico histopatológico	400	0	0	0	375	0	400	25	375	375	0
Eco cardiograma	200	140	0	76	52	24	63	0	63	62	1
Radiologia intervencionista para diagnóstico	80	0	0	0	0	0	80	26	54	54	0
Eletrocardiograma	1500	1065	704	361	237	124	570	429	141	295	0
Ressonância Magnética	350	0	0	0	0	0	9	0	9	9	0
Tomografia Computadorizada (U/E)	700	0	0	0	0	0	700	132	568	568	0
Tomografia Computadorizada eletiva	700	494	209	285	247	38	266	0	266	290	0
Biópsia de próstata guiada por USG	80	56	15	41	4	37	24	24	0	2	0
Biópsia de mama guiada por USG	50	35	21	14	14	0	15	9	6	3	0
Ultrassonografia eletiva	1000	779	574	205	159	46	380	0	380	1280	0
Mamografia	600	456	346	110	84	26	190	106	84	166	0
Hemodialise (22 máquinas)	1680	0	0	0	0	0	1680	383	1297	1297	0
Endoscopia	150	108	1	107	64	43	60	0	60	29	31
Colonoscopia	40	48	2	46	13	33	24	15	9	7	2
Eco doppler arterial	60	0	0	0	0	0	60	41	19	19	0
Eletro neuromiografia	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eletroencefalograma	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	82740	3181	1936	1245	874	371	79521	29748	49773	44998	4.775

Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

TABELA 9 – OFERTAS SADT. HRAS FEVEREIRO – 2022

SADT	70%		30%			
OFERTA EXAMES	3181		79521			
PERDA PRIMARIA	1936	61%	29748	37%		
AGENDADO	1245	39%	49773	63%		
REALIZADO	874	70%	44998	90%		
ABSENTEÍSMO	371	30%	4.775	10%		
META: 82.740	874		44.998		45.872	55%

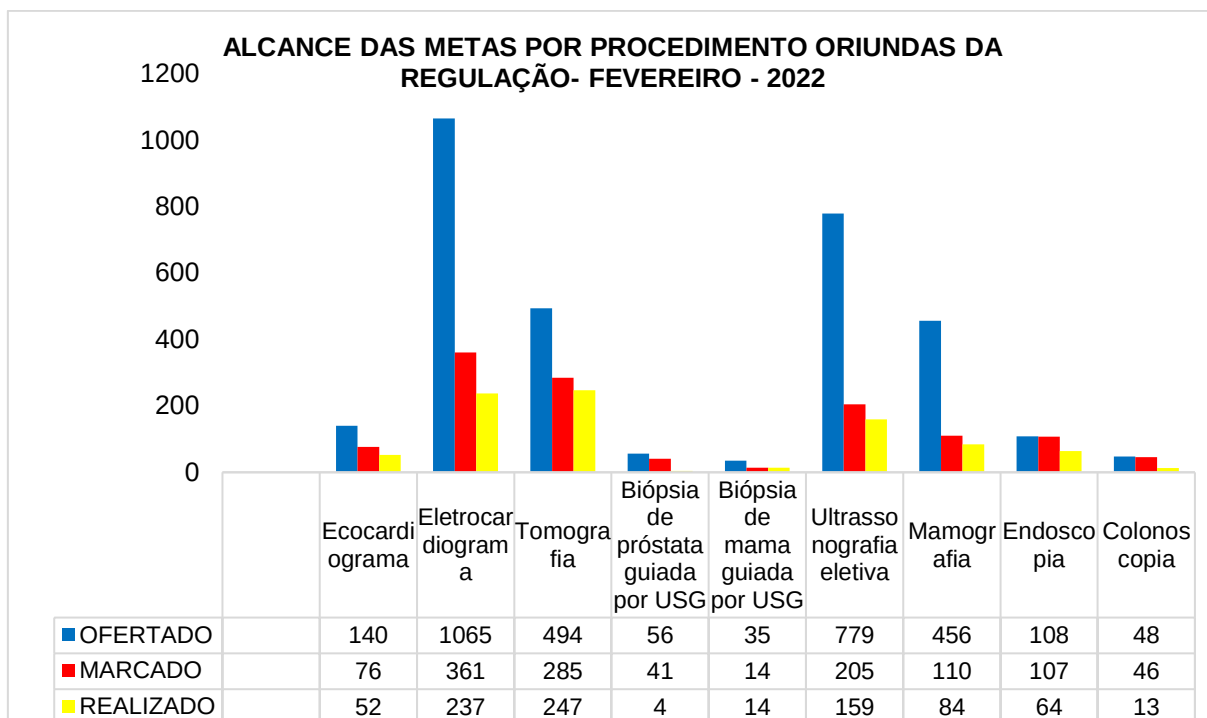
Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Os exames SADT e sessões de hemodialise alcançaram produção de **55% da meta contratada x pactuada** no Contrato de Gestão.

Observa-se que das 3.181 vagas ofertadas de exames para Regulação, 61% foi de perda primária, apenas 1.242 consultas agendadas (39%), destas 70% (874 exames) foram realizadas e 30% de absenteísmo (371 exames). No que diz respeito ao cumprimento das metas de 30% que fica sob a responsabilidade de agendamento pelo Ambulatório, podemos observar que das 49.773 exames agendados, 90% foi realizado.

16

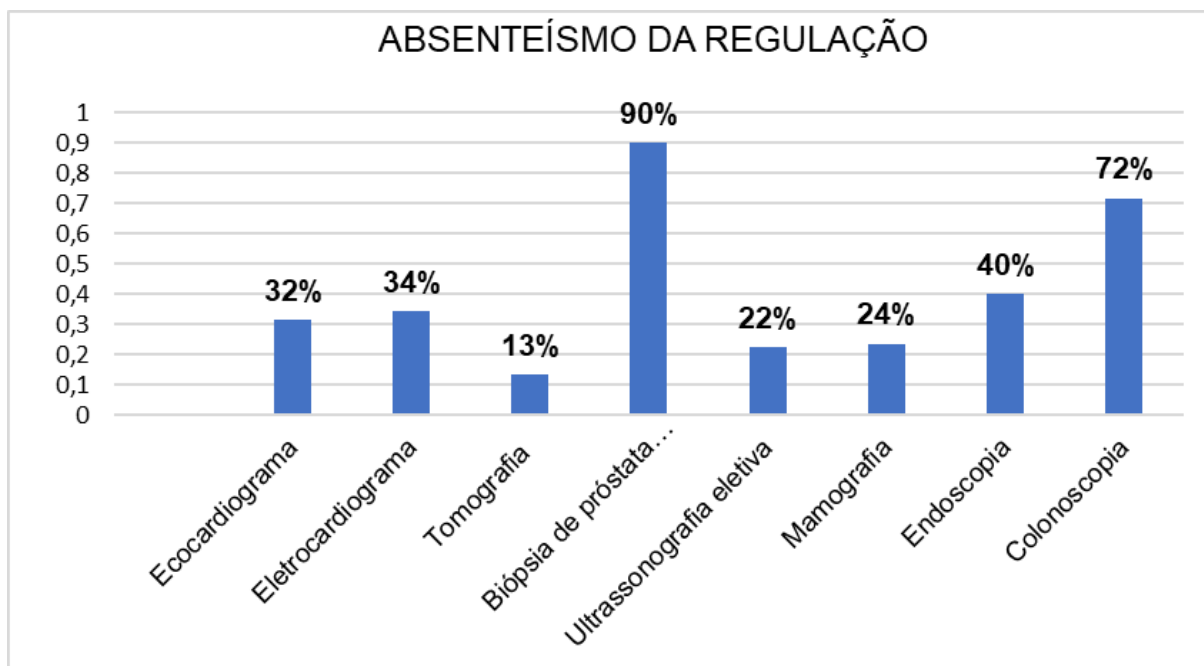
GRÁFICO 10. EXAMES POR ESPECIALIDADES ORIUNDAS DA REGULAÇÃO FEVEREIRO/2022



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Evidencia-se que no mês de fevereiro **não houve o alcance das metas de exames oriundas da regulação**. Destaca-se alto índice de perda primária dos exames: ecocardiograma, ECG, Biópsia, USG, mamografia e EDA e colonoscopia.

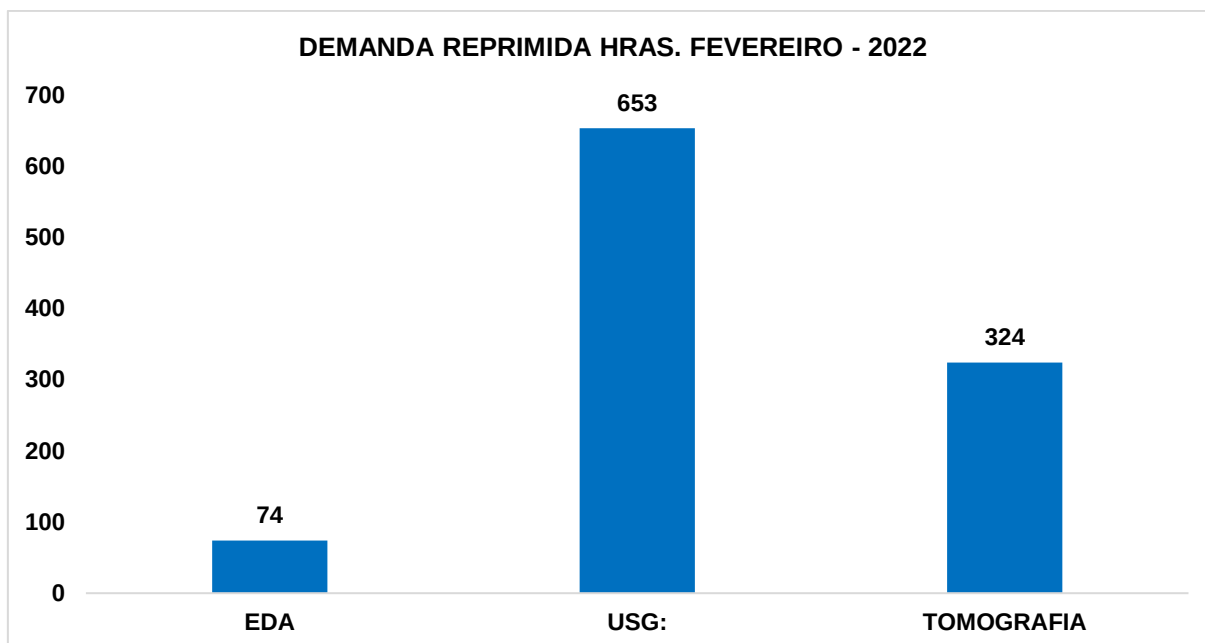
GRÁFICO 11: ABSENTEÍSMOS DA REGULAÇÃO HRAS. FEVEREIRO - 2022



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Observa-se que o absenteísmo foi um dos fatores determinantes para ocorrer impacto de forma direta no cumprimento da meta, representa os faltosos, aqueles que tiveram exames marcados e não compareceram, destacando-se os exames de Biópsia de próstata (90%), Endoscopia (40%) e Colonoscopia (72%).

GRÁFICO 12: DEMANDA REPRIMIDA HRAS. FEVEREIRO - 2022



Fonte: Sistema/PR – SISREG – 02/2022

Evidencia-se que a meta de 30% das vagas de exames ofertados para pacientes do ambulatório não atende à demanda de pacientes de retorno que os exames acima possuem. O que evidencia a necessidade de revisão da oferta da metodologia 70%-30% no qual a sugestão é diminuir a oferta de 70% para o SISREG e aumentar a oferta 30%/tipo de exame – oferta agendamento ambulatório.

3. CONCLUSÃO SADT

Evidencia-se o não cumprimento das metas na maioria das especialidades, comparado ao mês anterior (jan/22 - 61%) observa-se uma redução na performance geral no alcance das metas, **realizando 55% da meta contratada x executada** na competência de fev/2022. Um dos fatores analisados como maior impacto interno (exames de retorno) é a perda primária de exames de laboratório 28.558 (62%), comparado ao mês anterior notou-se uma diferença de 4.994 exames.

Considerando o quantitativo que é ofertado para regulação, evidencia-se um tendência desfavorável no que concerne as metas oriundas da regulação, alcançando 18% das vagas ofertadas. Vale ressaltar o alcance das metas internas vem sendo superado em grande parte dos exames no que diz respeito as metas de 30% (retorno).

O que evidência a necessidade de repactuação para exames como Ultrassom (337% acima da meta) e tomografia eletiva (109% acima da meta)

2.1.3 Saídas hospitalares

Corresponde a todas as saídas das unidades de internação (clínica médica e cirúrgica), o que compreende: alta (melhorada e a pedido), transferências externas e óbitos ocorridos no período.

No mês de fevereiro/2022, foram alcançadas 880 saídas (sendo estas de pacientes clínico e cirúrgico, o que corresponde ao cumprimento de uma meta de 100,3 %, superando a meta contratual pactuada.

TABELA 1. SAÍDAS/ALTAS HOSPITALARES HRAS. FEVEREIRO - 2022.

ESTATÍSTICA DE PACIENTES INTERNADOS/SAÍDOS				
INDICADORES ASSISTENCIAIS	TIPO	FEV	META	% ALCANÇADO
INTERNAÇÕES HOSPITALARES		852	-	-
SAÍDAS HOSPITALARES	ALTA	822	-	-
	ÓBITOS	51	-	-
	TRANSFERÊNCIAS	7	-	-
TOTAL DE SAÍDAS		880	877	99,65%

Fonte: Sistema/PR – ZOHO – 02/2022

* SÃO CONSIDERADAS TODAS AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

2.1.3.1 Taxa de ocupação hospitalar

A taxa de ocupação hospitalar geral foi apresentada no período fevereiro/2022 com **86,25%**. Contudo, obtivemos um crescimento significativo em relação ao mês de Jan/22 que foi de 74% de taxa de ocupação. Alguns fatores influenciaram no acréscimo da taxa de ocupação hospitalar, entre elas, as principais que mais impactam diretamente foram, uma menor média de permanência, internação e saída de pacientes que estiveram dentro dos valores aceitos.

A taxa de ocupação das UTIs obteve uma média 81,86% e as unidades de internações com uma média de ocupação de 80,96%.

TABELA 2. TAXA DE OCUPAÇÃO. FEVEREIRO – 2022.

ESTATÍSTICA DE TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR HRAS. FEVEREIRO - 2022				
TOTAL GERAL D OCUPAÇÃO HOSPITALAR	TAXA DE OCUPAÇÃO UNIDADES	Pacientes-dia	Leitos disponíveis	Taxa de Ocupação
OCUPAÇÃO POR UNIDADES DE UNIDADES	3º IMPAR - UTI ADULTO	502	560	89,64%
	3º PAR - UTI ADULTO	509	560	90,89%
	4 Andar - UCI Neonatal - Lado Par	233	280	83,21%
	4 Andar - UTI Neonatal 1 - Lado Ímpar	226	279	81,00%
	4 Andar - UTI Neonatal 2 - Lado Ímpar	194	278	69,78%
	4 Andar - UTI Pediátrica - Lado Par	257	280	91,79%
	4 Andar - Uticon - Lado Par	96	140	68,57%
	4 Andar - Uticon - Lado Ímpar	112	140	80,00%
	5º IMPAR - CLÍNICA PEDIÁTRICA	638	699	91,27%
	5º PAR - CIR PEDIÁTRICA E GINECO	396	700	56,57%
	6º IMPAR - OBSTETRICIA	603	700	86,14%
	6º PAR - OBSTETRICIA	578	700	82,57%
	7º IMPAR - NEURO/TORAC/GERAL/VASC/MASTO	556	697	79,77%
	7º PAR - NEUROCIRURGIA	578	700	82,57%
	8º IMPAR - CLÍNICA MÉDICA	552	688	80,23%
	8º PAR - CLÍNICA VASCULAR	631	700	90,14%
	9º PAR - UROLOGIA	469	700	67,00%
	9º IMPAR - NEFROLOGIA	653	700	93,29%
	TOTAL UNIDADES	7783	9501	81,92%
	CENTRO OBSTETRICO (PPP)	412	0	
	OBSERVAÇÃO ADULTO			
	OBSERVAÇÃO FEMININA			
	OBSERVAÇÃO OBSTETRA			
	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRIA			
	SALA VERMELHA 1			
	SALA VERMELHA 2			
	TOTAL UNIDADES	412	0	-
	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	8195	9501	86,25%

Fonte: Sistema/PR – ZOHO – 02/2022

. São considerados como leitos disponíveis os que estão configurados para entrar na média e que não estejam desativados, em manutenção e nem interditados em cada dia.

2.1.3.2 Média de permanência hospitalar

Em fevereiro de 2022, a média de **permanência hospitalar** foi de **7,84 dias**. Segundo a ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar, **esse indicador de saúde não deve ultrapassar o limite de 7**, pois indica alto risco de infecção hospitalar. Nas unidades de internações obtivemos a média de permanência de 7,84 dias e as UTIs uma média de permanência de 7,83 dias. Todavia, e de acordo com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, o tempo de permanência em média de um paciente de longa permanência na UTI de um hospital público é em torno de 6,5 a 7,5 dias. Ao comparar os dados a uma redução no tempo médio de permanência na UTI; contribuiu para esse desempenho o aumento no índice de rotatividade dos leitos; aumento no número de admissões e de pacientes-dia, além da manutenção na taxa de ocupação de leitos de 81,86% com menor proximidade de 100%, conforme recomenda a OMS. Esse resultado está diretamente relacionado à qualidade assistencial aos usuários do serviço que vem sendo prestado com o engajamento de todas as equipes envolvidas.

TABELA 4. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA. FEVEREIRO – 2022.

ESTATÍSTICA DE MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR HRAS. FEVEREIRO - 2022				
MÉDIA GERAL DE PERMANÊNCIA	MÉDIA PERMANÊNCIA HOSPITALAR	Pacientes-dia	Saídas Hospitalares	Média de Permanência
GERAL DE PERMANÊNCIA POR UNIDADES	3º IMPAR - UTI ADULTO	502	62	8,10
	3º PAR - UTI ADULTO	509	62	8,21
	4 Andar - UCI Neonatal - Lado Par	233	44	5,30
	4 Andar - UTI Neonatal 1 - Lado Ímpar	226	20	11,30
	4 Andar - UTI Neonatal 2 - Lado Ímpar	194	26	7,46
	4 Andar - UTI Pediátrica - Lado Par	257	19	13,53
	4 Andar - Uticon - Lado Par	96	26	3,69
	4 Andar - Uticon - Lado Ímpar	112	13	8,62
	TOTAL UNIDADES	2129	272	7,83
	5º IMPAR - CLÍNICA PEDIÁTRICA	638	42	15,19
	5º PAR - CIR PEDIÁTRICA E GINECO	396	57	6,95
	6º IMPAR - OBSTETRICIA	603	219	2,75
	6º PAR - OBSTETRICIA	578	152	3,80
	7º IMPAR - NEURO/TORAC/GERAL/VASC/MASTO	556	33	16,85
	7º PAR - NEUROCIRURGIA	578	41	14,10
	8º IMPAR - CLÍNICA MÉDICA	552	21	26,29
	8º PAR - CLÍNICA VASCULAR	631	30	21,03
	9º PAR - UROLOGIA	469	110	4,26
	9º IMPAR - NEFROLOGIA	653	16	40,81
	TOTAL UNIDADES	5654	721	7,84
	MÉDIA PERMANÊNCIA HOSPITALAR	7783	993	7,84

Fonte: Sistema/PR – ZOHO – 02/2022

• Tempo médio de permanência das Unidades são consideradas (pacientes que deram entrada por dia, em determinado período / saídas hospitalares (ALTAS+ÓBITOS+TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS).

• Tempo médio de permanência das UTIs são consideradas (pacientes que deram entrada por dia, em determinado período / Nº saídas internas + saídas hospitalares (ALTAS+ÓBITOS+TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS) da UTI.

2.1.4 Número de paciente/dia

Em fevereiro de 2022, o volume de pacientes/dia nas UTIs foi de 2.129 pacientes/dia em UCI e UTI, considerando as 05 Unidades, com um alcance 87% da meta pactuada (2.460). E ao analisarmos individualmente as UTIs Adulto e Pediátrica estas alcançaram uma média de 94,5%

22

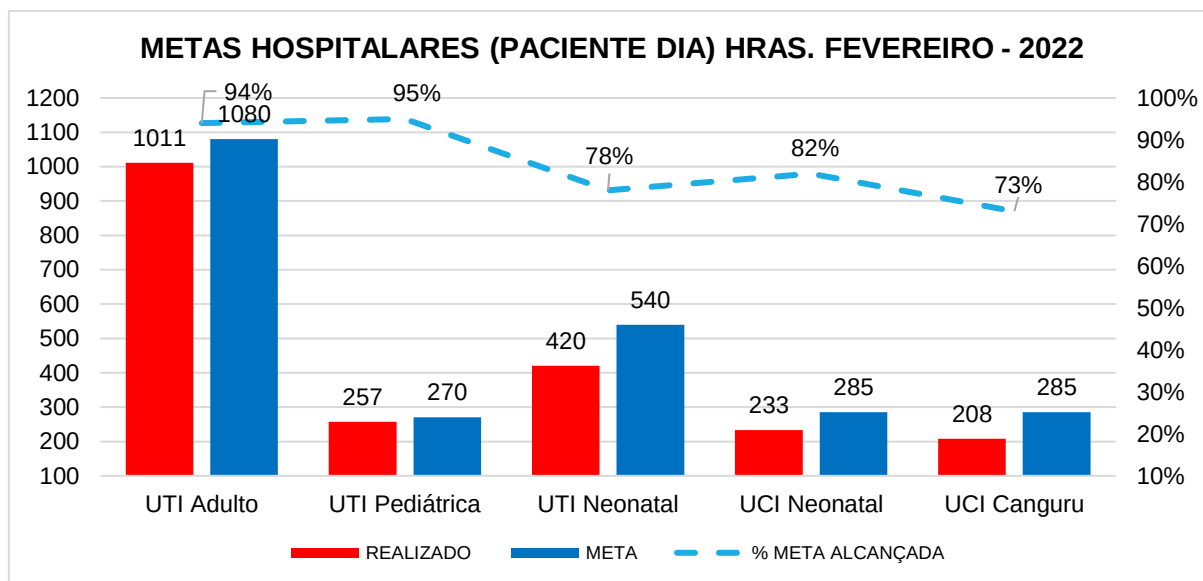
TABELA 4 – PACIENTES/DIA, INTENSIVA, HRAS, FEVEREIRO/2022.

DIÁRIAS HOSPITALARES (PACIENTE DIA) HRAS. FEVEREIRO – 2022			
UNIDADE DE INTERNAÇÃO	META	PACIENTE DIA	% META ALCANÇADA
UTI Adulto	1.080	1011	94%
UTI Pediátrica	270	257	95%
UTI Neonatal	540	420	78%
TOTAL UTI (ADULTO, PED E NEO)	1.890	1.68	89%
		8	
UCI Neonatal	285	233	82%
UCI Canguru	285	208	73%
TOTAL UTI (UCI NEO, UCI CAN)	570	441	77%
TOTAL GERAL	2.460	2.129	% META GERAL ALCANÇADA
			87%

Fonte: Sistema/PR – ZOHO – 02/2022

. Vale ressaltar que devido ao mês referente, fevereiro de 2022 possuir 28 dias, as UCIs Neonatal e Canguru com Metas pactuadas em 285 paciente dia, não seria possível de ser alcançada pois as mesmas teriam um alcance de Paciente Dia de, 280 pacientes dia apenas, e nem mesmo seria alcançada se a mesma fosse utilizada em sua totalidade.

GRÁFICO 2. SAÍDAS/ALTAS HOSPITALARES HRAS. FEVEREIRO – 2022.



Fonte: Sistema/PR – ZOHO – 02/2022

2.1.5 Produção – Centro Cirúrgico (CC)

O Centro Cirúrgico conta com seis salas cirúrgicas e o Centro Obstétrico (CO), com cinco salas de pré-parto/parto/puerpério (PPP) e duas salas cirúrgicas exclusivas para obstetrícia. Estes setores funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, com áreas de recuperação pós-anestésica e de indução anestésica devidamente estruturadas e equipadas

Em fevereiro de 2022, realizamos **737 procedimentos cirúrgicos**, dentre os que estão pactuadas em contrato de gestão, que representa **90% da meta contratada x executada** (meta 815 cirurgias). Observar que o mês de fevereiro de 2022, foi o mês com maior número de cirurgias, levando o Centro Cirúrgico a alcançar a meta contratual de 90%.

TABELA 5 – CIRURGIAS REALIZADAS NO HRAS. FEVEREIRO – 2022

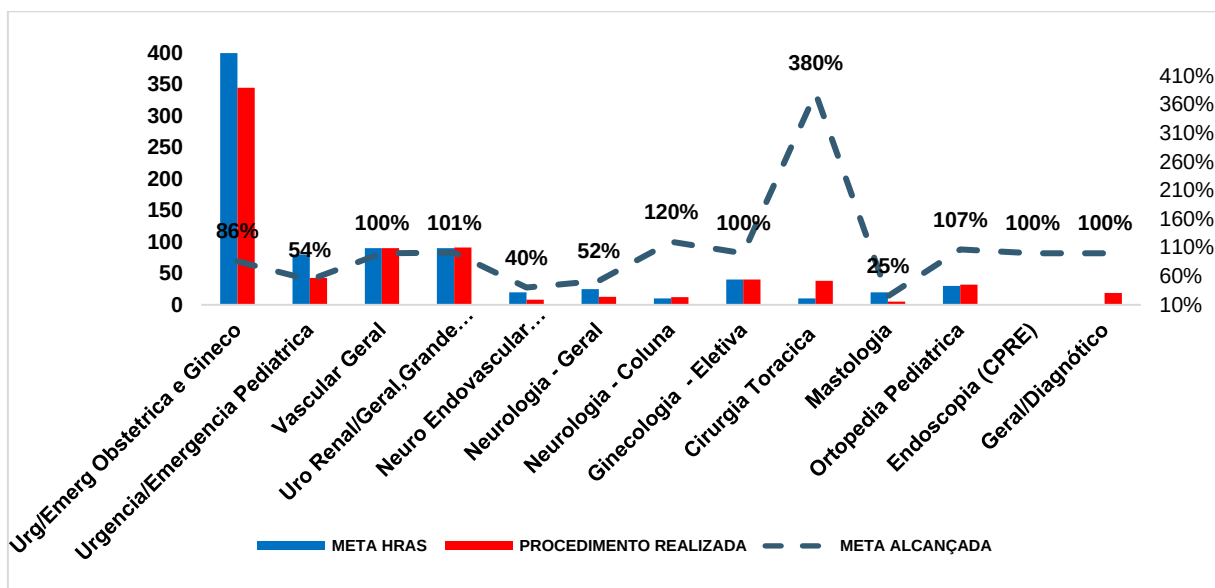
ATIVIDADE CIRÚRGICA HRAS. FEVEREIRO - 2022			
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS POR ESPECIALIDADES	META HRAS	PROCEDIMENTO REALIZADA	META ALCANÇADA
Urgencia/Emergencia Obstetrica e Ginecologica	400	345	86%
Urgencia/Emergencia Pediatrica	80	43	54%
Vascular Geral	90	90	100%
Urologia Renal e Geral, Grande Porte, Urgencia/Emergência	90	91	101%
Neurologia Endovascular (Agioplastia+embolização)	20	8	40%
Neurologia - Geral	25	13	52%
Neurologia - Coluna	10	12	120%
Ginecologia - Eletiva	40	40	100%
Cirurgia Toracica	10	38	380%
Mastologia	20	5	25%
Ortopedia Pediatrica	30	32	107%
Endoscopia (CPRE)	*	1	0%
Geral/Diagnóstico	*	19	0%
TOTAL	815	737	90%
REALIZADA		737	
META MÊS PACTUADA:		815	
ATINGIDO (%)		90%	

Fonte: Sistema/PR – Planilha de controle de produção cirúrgica do centro cirúrgico e hemodinâmica, 02/2022

24

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

GRÁFICO 3. ALCANCE PERCENTUAL POR ESPECIALIDADE CIRURGICA HRAS. FEVEREIRO – 2022



Fonte: Sistema/PR – Planilha de controle de produção cirúrgica do centro cirúrgico e hemodinâmica, 02/2022

Ao analisarmos o gráfico acima, podemos observar que algumas especialidades ficaram acima dos 100%, e apenas 4 especialidades abaixo dos (100%), como: Urgência/Emergência Obstétrica e Ginecologia (86%), Urgência/Emergência Pediátrica (54%), Neuro Endovascular (Agioplastia+embolização) (40%), Neurologia Geral (52%) e Mastologista (25%).

2.2 Metas qualitativas

2.2.1 Atenção ao usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU é o setor destinado a avaliar a satisfação dos usuários com serviços prestados pelo HRAS, estabelecendo um canal de comunicação e relacionamento com os mesmos, priorizando que o Hospital atenda de forma efetiva, garantindo a eficiência e compromisso com o serviço prestado.

Em fevereiro de 2022, o SAU aplicou **1.723 pesquisas** referentes a satisfação dos setores de Internação, Ambulatório, Urgência e Emergência, SADT, e na alta hospitalar, alcançando satisfação global de **87%**.

Quantitativo das respostas obtidas nas pesquisas de **satisfação**

QUESITOS	AMBULATÓRIO	INTERNAÇÃO	S.A.D.T	ALTAS	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO GERAL
Péssimo (0 a 2)	0,4%	1,3%	1,1%	0,7%	87%
Ruim (3 a 4)	0,5%	1,76%	2,2%	1,2%	
Regular (5 a 6)	10,1%	13,2%	12,4%	7,1%	
Bom (7 a 8)	34,4%	33,4%	25,9%	39,6%	
Ótimo (9 a 10)	54,5%	50,4%	58,4%	51,4%	
Total de Resposta	9870	9.240	5.200	1.680	
% Satisfação	88,98%	83,80%	84,28%	91,00%	

Quantitativo geral das Manifestações Realizados pelos Usuários

TIPO DE COMENTÁRIO	TOTAL MÊS
Elogios	82
Sugestões	00
Reclamações	38
Reclamações Solucionadas (feito as tratativas/retorno ao usuário)	38
META CONTRATUAL	80%
META REALIZADA	100%

2.2.2 Controle de Infecção Hospitalar

Tem a sua atuação baseada no estabelecimento de cooperação entre as lideranças técnicas das unidades e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Constituindo um Grupo Técnico Operativo, que irá desenvolver um modelo de controle de infecção relacionada à assistência à saúde com maior participação dos colaboradores envolvidos.

Em fevereiro de 2022 a **densidade de incidência geral de IRAS foi de 3,43** (acima do mês anterior). Tal resultado representa **elevação da densidade de incidência quando comparada ao mês anterior**, porém **permanecendo abaixo do limite de alerta**.

Foram **notificadas 12 IRAS**, correspondendo:

- ✓ **01 infecções de sítio cirúrgico (ISC);**
- ✓ **04 Infecções de Trato Respiratório (ITR);**
- ✓ **03 infecções de trato urinário relacionadas ao uso de sonda vesical**
- ✓ **02 Infecções primárias de corrente sanguínea**
- ✓ **01 infecção de sistema nervoso central**
- ✓ **01 Infecção ocular**
- ✓ **(gráfico 2)**

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)

1. APRESENTAÇÃO

De acordo com a Portaria GM/MS no. 2.616/1998, a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, atualmente denominadas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle. Esta prevenção e controle exige a aplicação sistemática de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de sistemas de vigilância epidemiológica e de monitoramento de indicadores de processos.

Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NHSN (National Healthcare Safety Network) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control) EUA e ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

O Controle de Infecção Hospitalar no Hospital Regional Abelardo Santos (HRAS), tem a sua atuação baseada no estabelecimento de cooperação entre as coordenações e lideranças técnicas das unidades e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, constituindo um Grupo Técnico Operativo, que irá desenvolver um modelo de controle de infecção relacionada à assistência à saúde com uma maior participação dos diversos colaboradores técnicos.

A responsabilidade pela aplicação dessa medida é, principalmente, dos gestores estratégicos de áreas e das equipes locais, com o auxílio do SCIH, sendo que o seu planejamento está a cargo da comissão, que elabora anualmente o Programa de Controle de Infecção Relacionado à assistência à saúde (PCIRAS) do Hospital.

O Serviço de Controle de infecção Hospitalar (SCIH) atualmente está composto pela equipe de membros executores:

TABELA 1. MEMBROS COMPONENTES DO SCIH/HRAS, FEVEREIRO- 2022

MEMBROS DO SCIH	Nº DE PESSOAS
Médico(a) infectologista - Executor(a)	03
Enfermeiro (a) - Executor(a)	03
Técnico (a) de enfermagem - Executor	01

FONTE: SCIH/HRAS

29

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SCIH

2.1 ROTINAS DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)

Os membros do SCIH desenvolvem suas rotinas conforme descrito abaixo:

TABELA 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SCIH/HRAS, FEVEREIRO- 2022

FREQUÊNCIA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
DIÁRIO	Emissão, entrega e recolhimento de documentos do SCIH	Técnica de Enfermagem Executora do SCIH
	Alimentar planilha de perfil de sensibilidade aos antimicrobianos dos germes isolados em culturas do hospital	Médico Executor do SCIH
	Atualização de planilha de pacientes em Medidas de Prevenção	Técnica de Enfermagem Executor do SCIH
	Busca Ativa nas Unidades de Terapia Intensiva e notificações de IRAS	Enfermeiras e Médicos Executores do SCIH
	Notificação de não conformidades e orientações in loco sobre prevenção de IRAS quando necessário.	Enfermeiras e Médicos Executoras do SCIH

	Auditoria de antimicrobianos;	Médicos Executores do SCIH
	Monitoramento e feedback para a equipe assistencial sobre resultados de culturas e necessidade de medidas de precaução.	Enfermeiras e Técnica de Enfermagem Executoras do SCIH
	Visita nas UTI's com orientações e discussão de casos.	Médicos Executores do SCIH
	Análise e classificação dos resultados de culturas e discussão com médicos assistentes.	Médicos Executores do SCIH
	Controle dos usuários em precaução.	Enfermeiras e Técnica de Enfermagem Executoras do SCIH
SEMANAL	Avaliação de necessidade de treinamentos específicos	Enfermeiras e Médicos Executores do SCIH
	Feedback para a equipe assistencial	Enfermeiras Executoras do SCIH
	Busca Ativa nas Unidades de Internação	Enfermeiras e Médicos Executores do SCIH
MENSAL	Treinamentos conforme cronograma anual	Enfermeiras e Médicos Executores do SCIH
	Alimentação dos indicadores	Médico e enfermeiro do SCIH

	Análise crítica dos indicadores de resultados	Médico do SCIH
	Reunião da CCIH	Membros Consultores e Executores da CCIH
	Relatório dos Indicadores de resultado e Processo.	Membros executores do SCIH
Semestral	Elaboração de perfil microbiológico de sensibilidade aos antimicrobianos dos germes isolados em culturas do hospital	Médicos Executores do SCIH
Conforme a necessidade do serviço	Elaboração e/ou atualização de protocolos de prevenção e controle de IRAS	Médicos e Enfermeiros Executores do SCIH

FONTE: SCIH/HRAS

2.2 PARECER TÉCNICO DO SCIH

O Serviço de Controle de Infecção emitiu os seguintes parecer técnicos:

- Material de uso único e reprocessamento (Parecer Técnico nº 05/2022);
- Uso de campos de algodão como embalagem para esterilização de LAP cirúrgico (Parecer Técnico nº 07/2022);
- Checagem de temperatura nos acessos de entrada do hospital (Parecer Técnico nº 06/2022);
- Presença de animais errantes na instituição (Parecer Técnico nº 04/2022).

2.3 ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO DO SCIH

Realizada orientação técnica com as recomendações de tempo de isolamento para os pacientes com Síndrome Gripal conforme atualizações da ANVISA. Aplicado in loco para as equipes de enfermagem das unidades de internação e unidades de terapia intensivas.

32

TABELA 3. TEMÁTICA EDUCACIONAL REALIZADO PELO SCIH/HRAS FEVEREIRO- 2022.

Nº	TEMA	PÚBLICO ALVO	Nº DE PARTICIPANTES
01	Integração institucional Princípios básicos de controle de iras – quem somos? O que fazemos?	Novos Colaboradores	26 participantes (01, 02 e 14/02/2022)
02	Capacitação In Loco: Prevenção de transmissão cruzada de germes (vide em anexo projeto).	Equipe assistencial das Unidades de Terapia Intensiva	85 participantes (15 a 18/02/2022)
03	Oficina de Medidas de Prevenção e Isolamento	Equipe assistencial	179 participantes (22 e 23/02/2022)

FONTE: SCIH/HRAS

2.4 INTER CONSULTA INFECTOLOGIA

O serviço presta interconsulta em Infectologia no hospital para oferecer auxílio e contribuições no reconhecimento de infecções ou doenças infecciosas, além de orientar com relação ao tratamento com antimicrobianos, antivirais, antifúngicos, antiparasitários entre outros.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

No mês de fevereiro foram 40 solicitações via sistema (PR). Além disso, a equipe assistencial conta com a presença dos infectologistas nos setores conforme escala interna e discussão de casos via contato telefônico ou aplicativo de mensagens.

4. INDICADORES DE INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (IRAS) – HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS (HRAS).

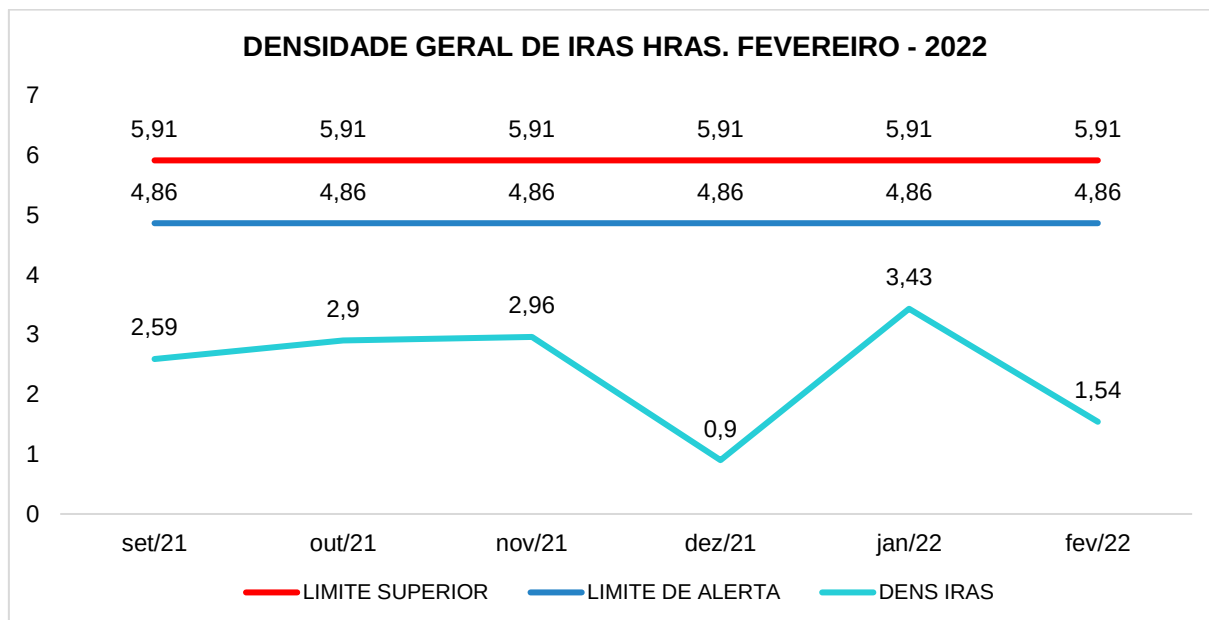
33

4.1. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA GERAL DE IRAS (DI de IRAS):

ANÁLISE CRÍTICA: Em fevereiro de 2022 a densidade de incidência geral de IRAS foi de 1,54, e foi a menor observada no último semestre. A equipe seguiu monitorando as infecções relacionadas à assistência, neste mês com otimização da equipe médica, atualmente atuando de forma presencial, com três colaboradores médicos executores.

A análise dos dados seguiu os mesmos critérios adotados e padronizados anteriormente. Observamos queda do número de pacientes dia em fevereiro (7.783), com taxa de ocupação geral de 86,25% e média de permanência de 7,84 dias.

GRÁFICO 1. DENSIDADE GERAL IRAS HOSPITAL REGIONAL ABELARDO SANTOS DE SETEMBRO/2021 A FEVEREIRO/2022



FONTE CCIH/HRAS

Foram notificadas 12 IRAS, correspondendo: **01 infecção de sítio cirúrgico (ISC), 0**

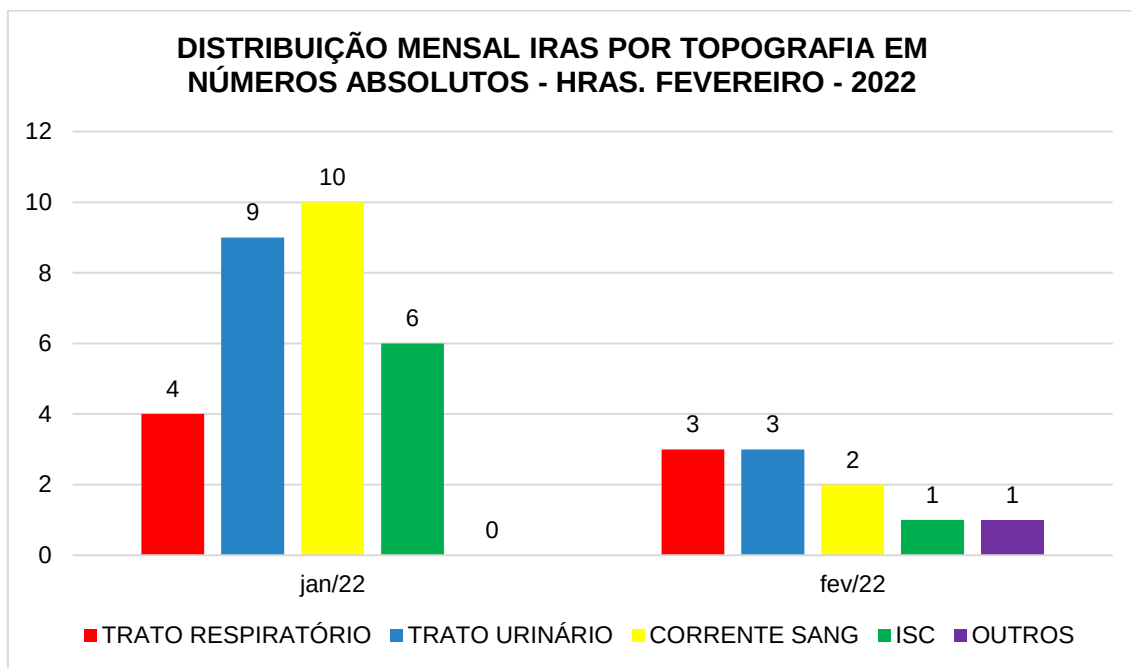
4 infecções de trato respiratório, 03 infecções de trato urinário, 02 infecções primárias

de corrente sanguínea, 01 infecção de Sistema Nervoso Central e 01 infecção ocular (Gráfico 2).

Os tratos respiratórios e urinários foram as topografias com maior número de casos de IRAS, observando-se que na metade dos casos (50%) a infecção estava relacionada a próteses (Ventilação Mecânica, Cateter Vesical e Cateter Venoso Central).

Usuários com internação hospitalar prolongada (>4 semanas) representaram 41,66% do total notificado.

GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DE IRAS POR TOPOGRAFIA EM NÚMEROS HRAS FEVEREIRO - 2022

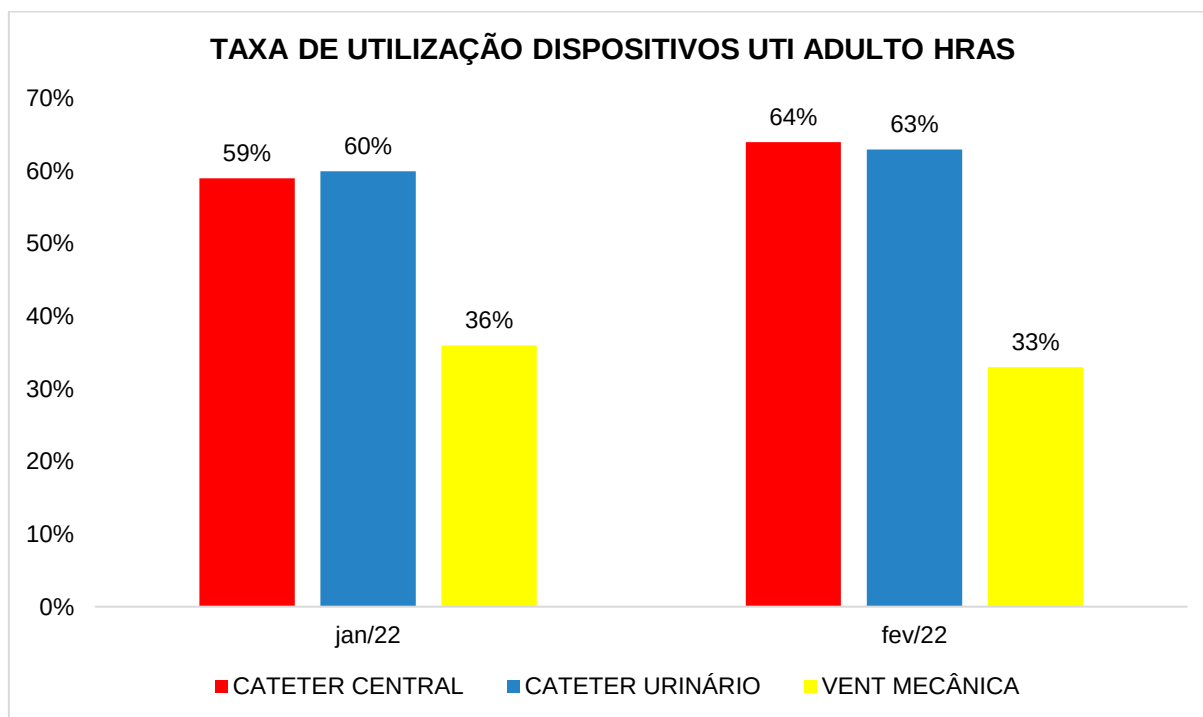


FONTE: SCIH/HRAS

3.2 TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVAS

3.2.1 UTI – ADULTO

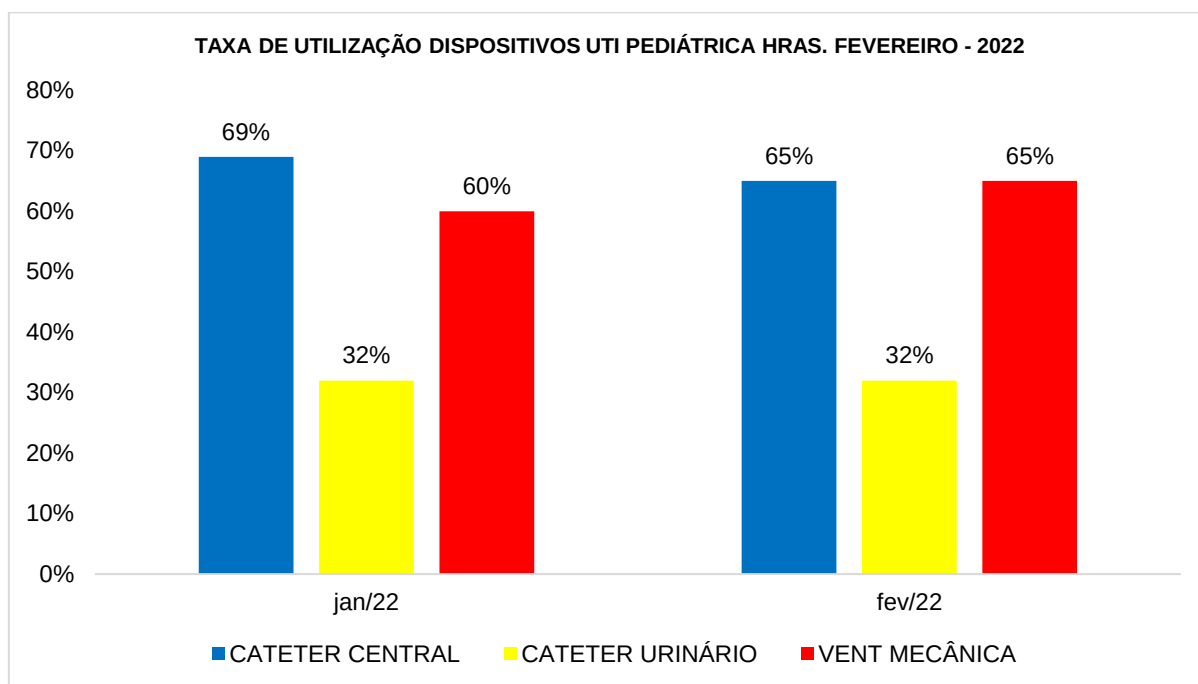
GRÁFICO 3. TAXA DE UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS UTI ADULTO HRAS FEVEREIRO – 2022.



Fonte: CCIH/HRAS.

3.2.2 UTI PEDIÁTRICA

GRÁFICO 4. TAXA DE UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS UTI ADULTO - HRAS FEVEREIRO – 2022.



Fonte: CCIH/HRAS.

Análise Crítica:

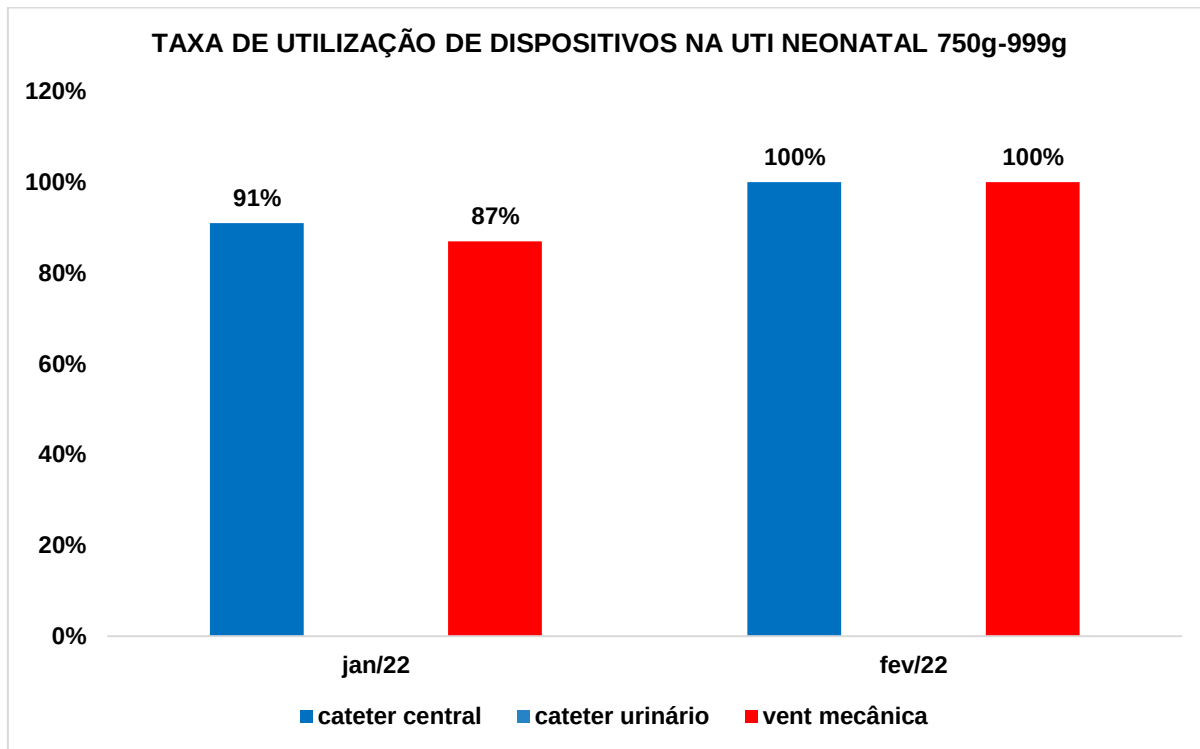
As taxas de utilização de dispositivos nas UTI's adulto e pediátrica do hospital se mantiveram na mesma média do mês anterior.

Os executores, em suas visitas diárias e participação nas visitas multidisciplinares, tem orientado a importância da vigilância dos dispositivos, bem como a verificação diária da necessidade de permanência.

3.2.3 UTI NEONATAL

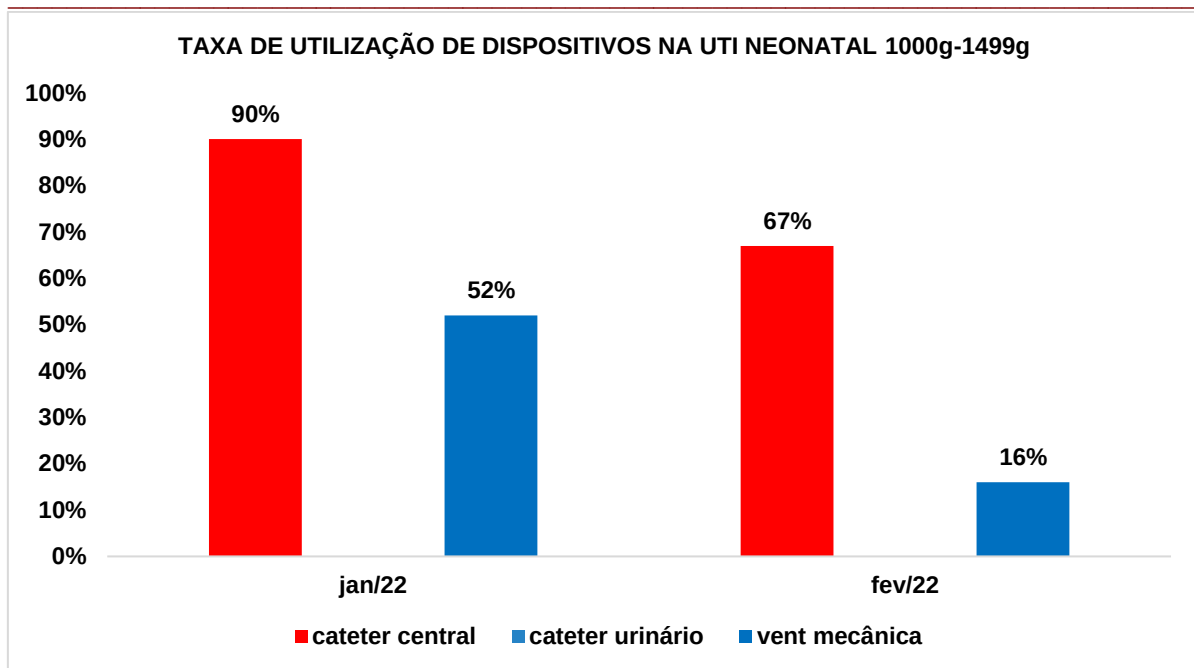
Nas UTI's Neonatais, a divisão por faixa de peso, recomendada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), auxilia na classificação das IRAS e estratifica as infecções de acordo com o peso ao nascimento do paciente, fato que pode influenciar no risco de desenvolver infecção.

**GRÁFICO 5. TAXA DE UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS UTI NEONATAL 750-999G - HRAS
FEVEREIRO – 2022**



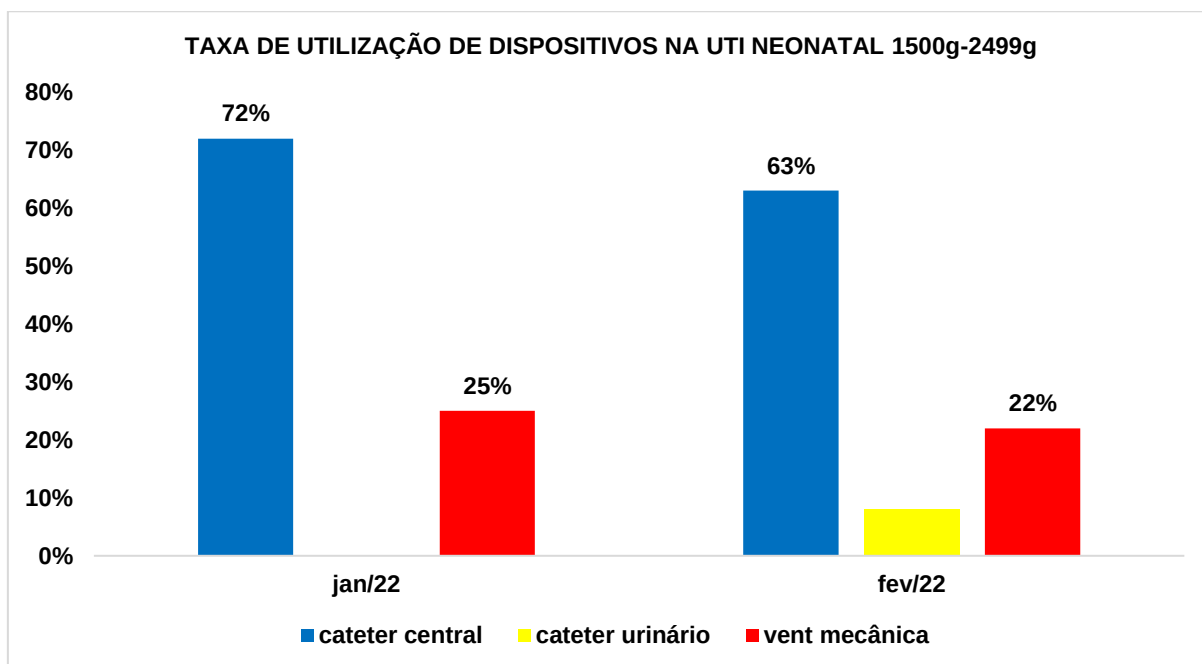
FONTE: SCIH/HRAS.

**GRÁFICO 6. TAXA DE UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS UTI NEONATAL 1000-1499G HRAS.
FEVEREIRO – 2022**



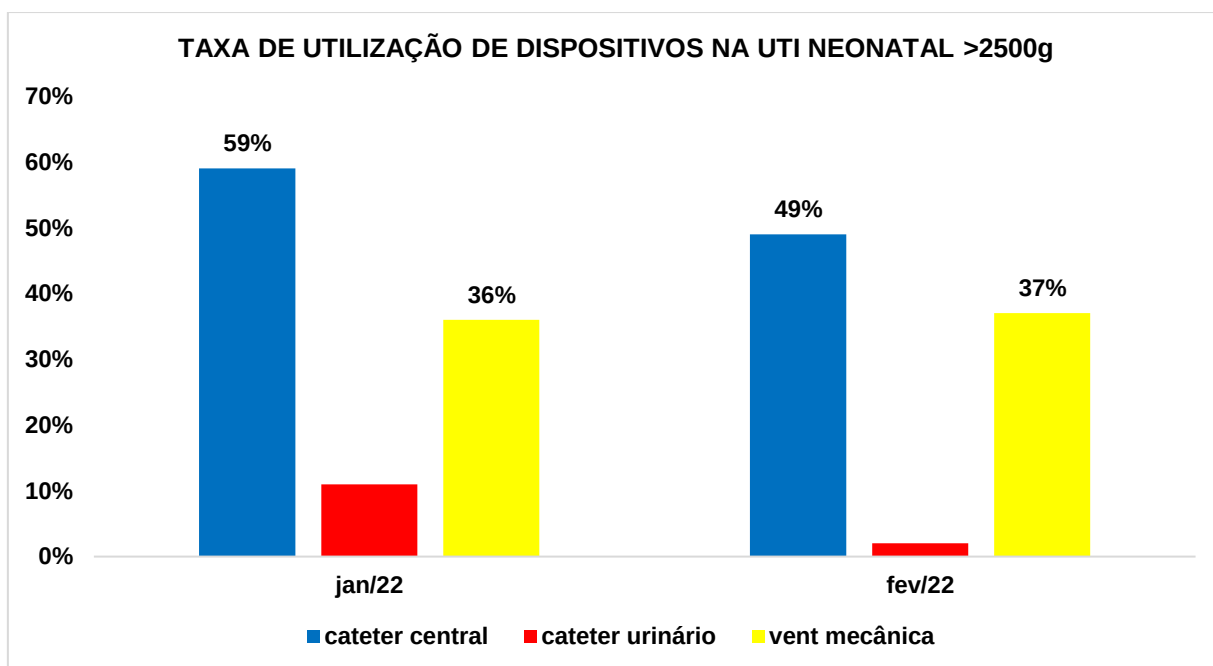
FONTE: SCIH/HRAS.

GRÁFICO 7 - TAXA DE UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS UTI NEONATAL 1500-2499G HRAS. FEVEREIRO - 2022



FONTE: SCIH/HRAS.

GRÁFICO 8 - TAXA DE UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS UTI NEONATAL >2500G HRAS. FEVEREIRO - 2022



FONTE: SCIH/HRAS.

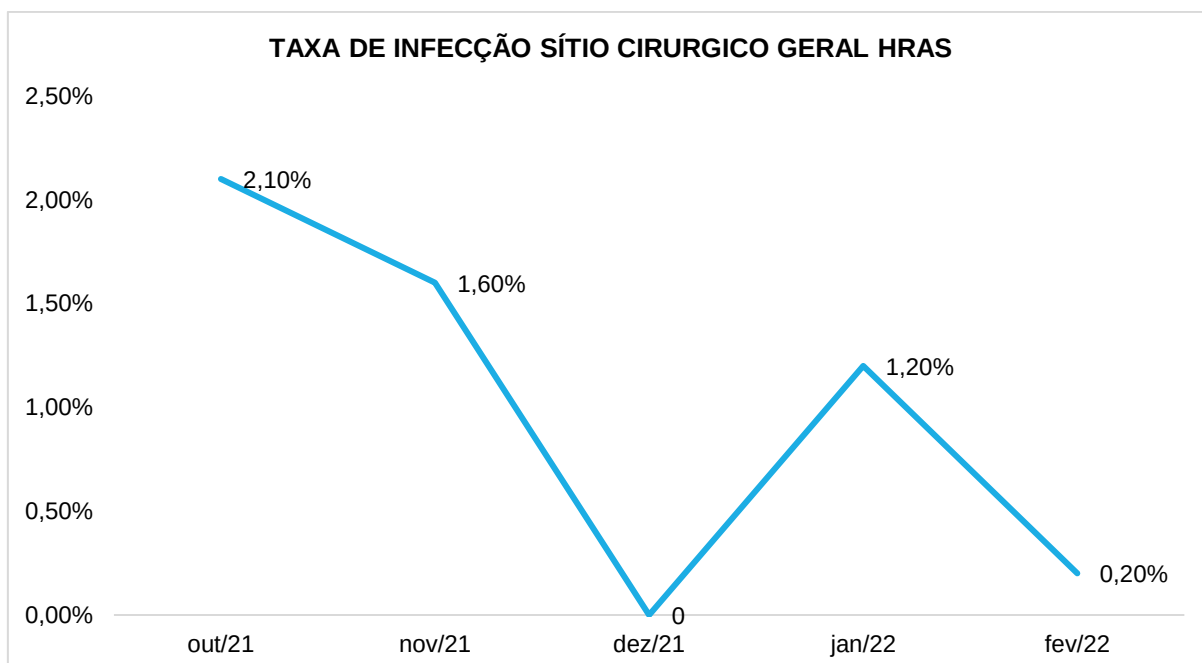
Análise Crítica:

Entre os neonatos de 750 – 999g observamos as maiores taxas de utilização de ventilação mecânica e cateter central. Neste mês a taxa foi de 100%. A faixa de peso entre 1000 – 1499g demonstrou queda em comparação ao mês anterior nas taxas de utilização, o que também ficou demonstrado nas demais faixas de peso.

5. INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC):

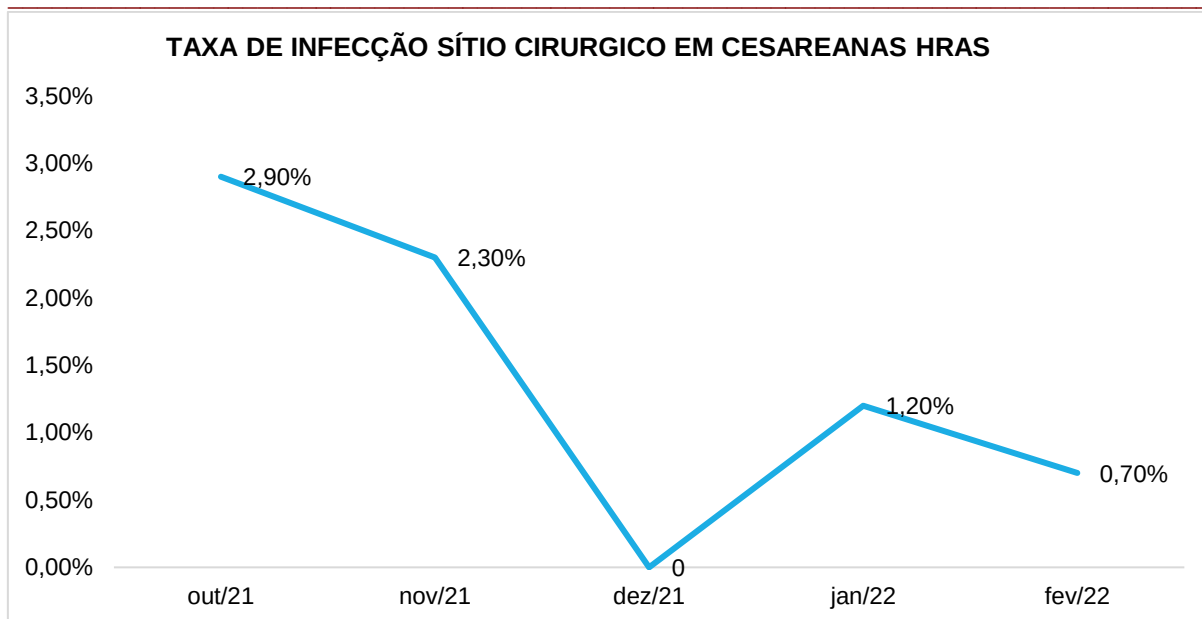
ANÁLISE CRÍTICA: A taxa de ISC geral foi de 0,2, representando queda em relação ao mês anterior. Foi notificada apenas uma infecção de sítio cirúrgico em parto cesareano (Figuras 5 e 6). O Serviço pretende adotar medidas de vigilância pós alta para detecção de Infecções de Sítio Cirúrgico e considera as taxas obtidas até o momento como uma fração da totalidade dos casos, que no momento estão subnotificados. Este mês não observamos nenhuma infecção em cirurgia limpa. As ISC's (eventos) serão notificadas aos órgãos reguladores e ao NQSP mensalmente para elaboração de plano de ação.

GRÁFICO 9 - TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO GERAL HRAS DE OUTUBRO DE 2021 A FEVEREIRO DE 2022.



FONTE: CCIH/HRAS.

GRÁFICO 10 - TAXA DE ISC EM PARTOS CESARIANOS HRAS DE OUTUBRO DE 2021 A FEVEREIRO-2022.

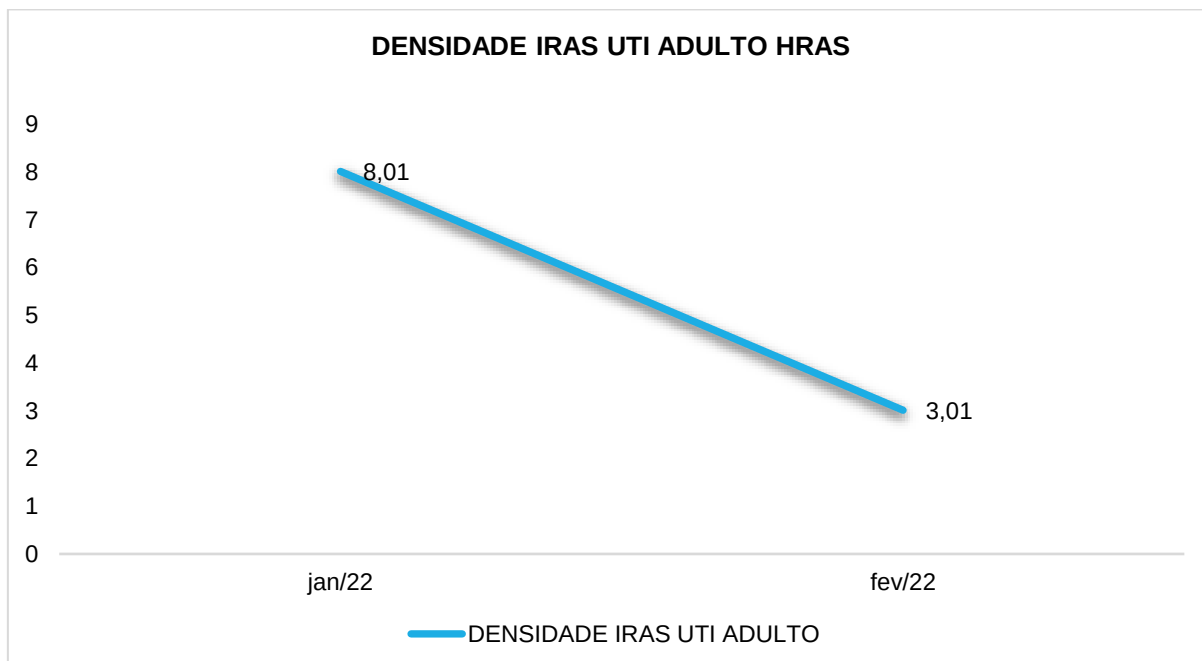


FONTE: SCIH/HRAS

6. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS

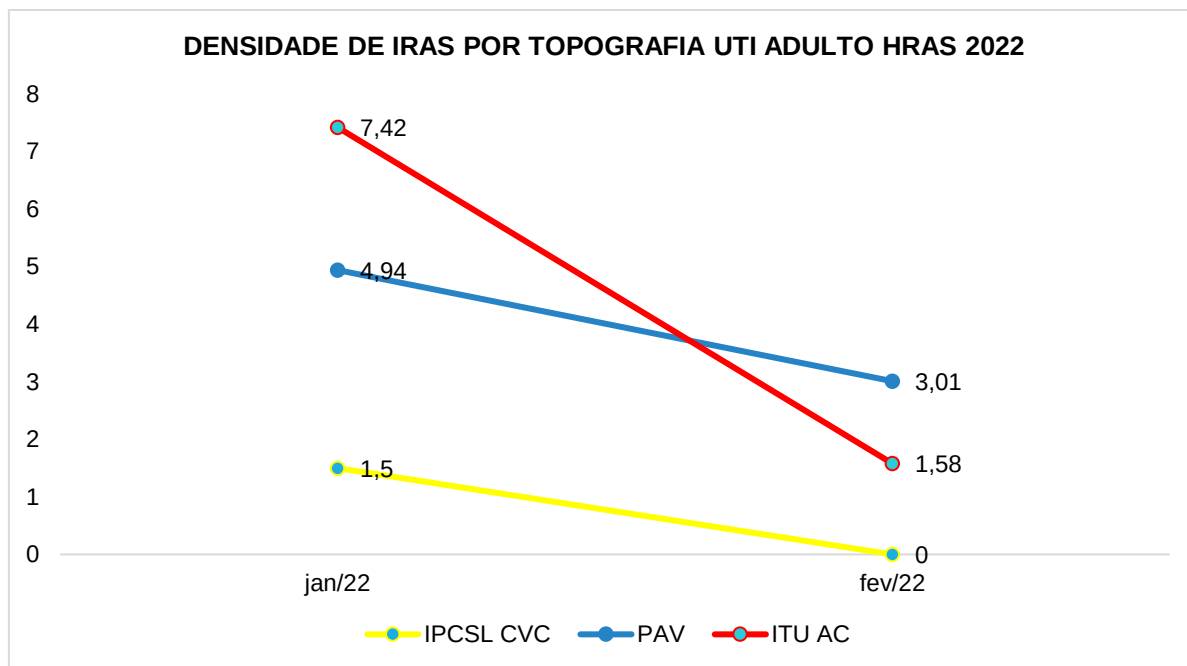
5.1 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI ADULTO:

GRÁFICO 11 – DENSIDADE DE IRAS NA UTI ADULTO HRAS. FVEREIRO 2022.



FONTE: SCIH/HRAS.

GRÁFICO 12 - DENSIDADE DE IRAS POR TOPOGRAFIA NA UTI ADULTO HRAS FEVEREIRO - 2022.



FONTE: SCIH/HRAS.

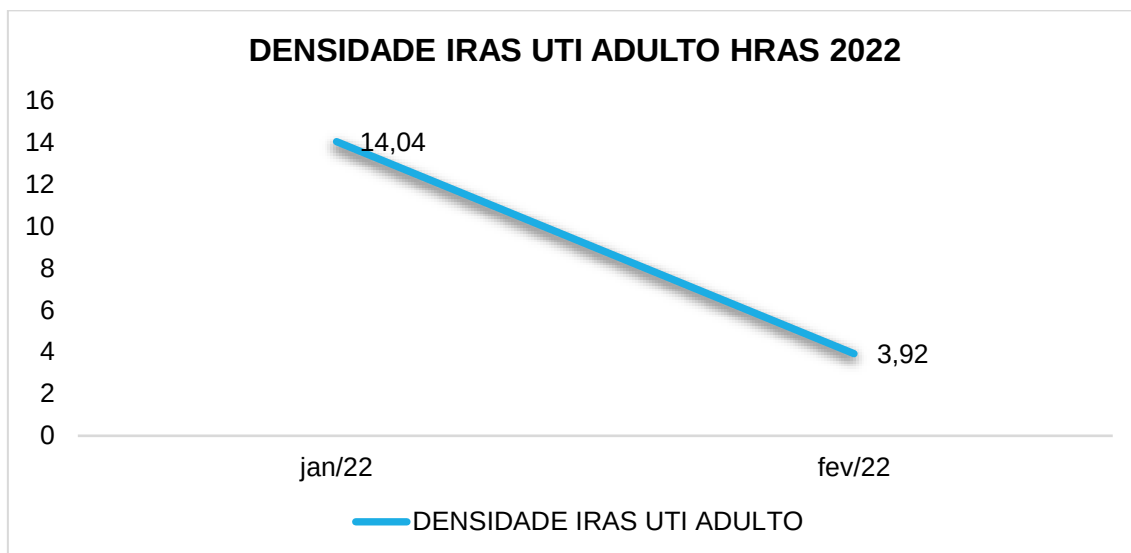
ANÁLISE CRÍTICA: No período analisado, observamos queda das densidades de IRAS no setor.

Foram notificadas nas unidades de terapia intensiva adultas: **02 infecções de trato respiratório, sendo 01 PAV (pneumonia associada à ventilação mecânica) e 01 Traqueíte (Outras Infecções do Trato Respiratório – OITR) e 01 ITU-AC (infecção do trato urinário associado ao cateter vesical de demora).** Mudanças na estruturação da equipe, bem como maior rigor no preenchimento dos critérios de IRAS para notificação, é um ponto a ser apontado como confundidor nesta análise dos casos. Porém, a presença do serviço nas UTI's de forma diária e frequente, é, sem dúvida, um ponto positivo na prevenção das IRAS e vem representando melhorias no atendimento aos usuários do HRAS. A taxa de letalidade relacionada a IRAS no mês de fevereiro na UTI Adulto foi de 33,33%. Tal dado passará a ser analisado mensalmente.

5.2 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI PEDIÁTRICA:

ANÁLISE CRÍTICA: A densidade de incidência de IRAS no período em análise foi de 3,92. Neste mês foi notificada apenas uma infecção de trato respiratório (PAV). A análise crítica está em conformidade com análise da UTI Adulto, com redução importante da densidade.

GRÁFICO 13 - DENSIDADE DE IRAS POR UTI ADULTO HRAS FEVEREIRO - 2022.



FONTE: SCIH/HRAS.

5.3 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA IRAS – UTI NEONATAL (PESO AO NASCER < 750G)

Não houveram diagnósticos de infecções relacionadas à assistência nos dois últimos meses.

5.4 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI NEONATAL (PESO AO NASCER ENTRE 750G E 999G)

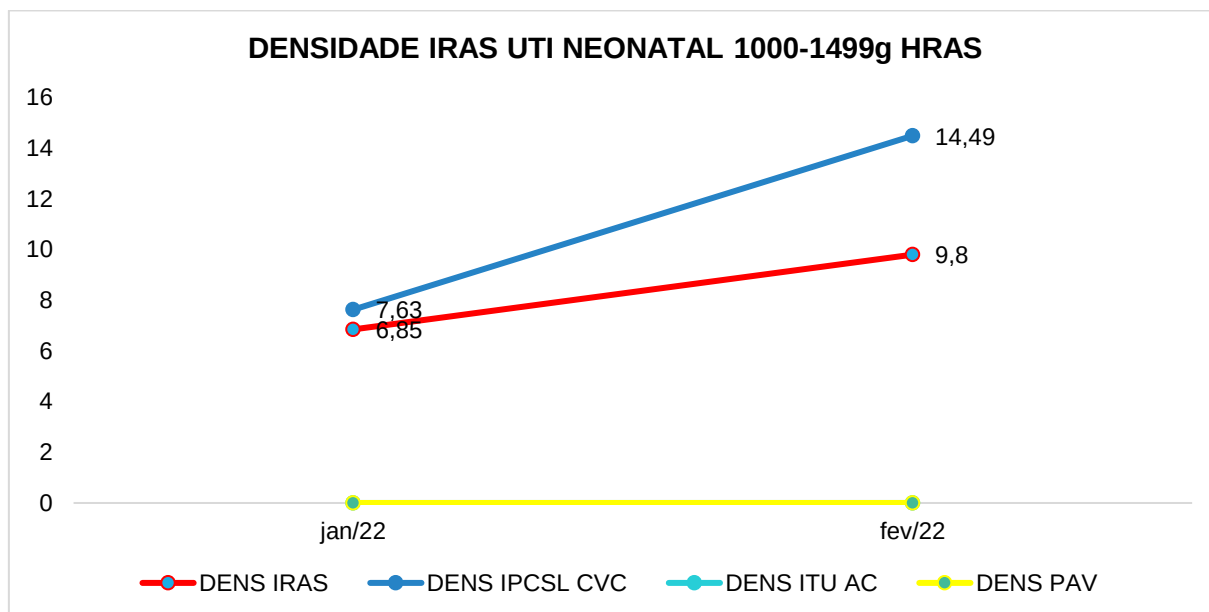
Não houveram diagnósticos de infecções relacionadas à assistência nos dois últimos meses.

5.5 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI NEONATAL (PESO AO NASCER ENTRE 1000G E 1499G)

ANÁLISE CRÍTICA:

Na referida faixa de peso, a densidade de incidência de IRAS foi de 9,8 sendo registrado apenas 01 IPCS-CVC (infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central). Não houve registro de PAV, nem ITU AC nessa faixa de peso.

GRÁFICO 14- DENSIDADE DE IRAS UTI NEONATAL HRAS, 1000-1499G, HRAS FEVEREIRO - 2022.



FONTE: SCIH/HRAS.

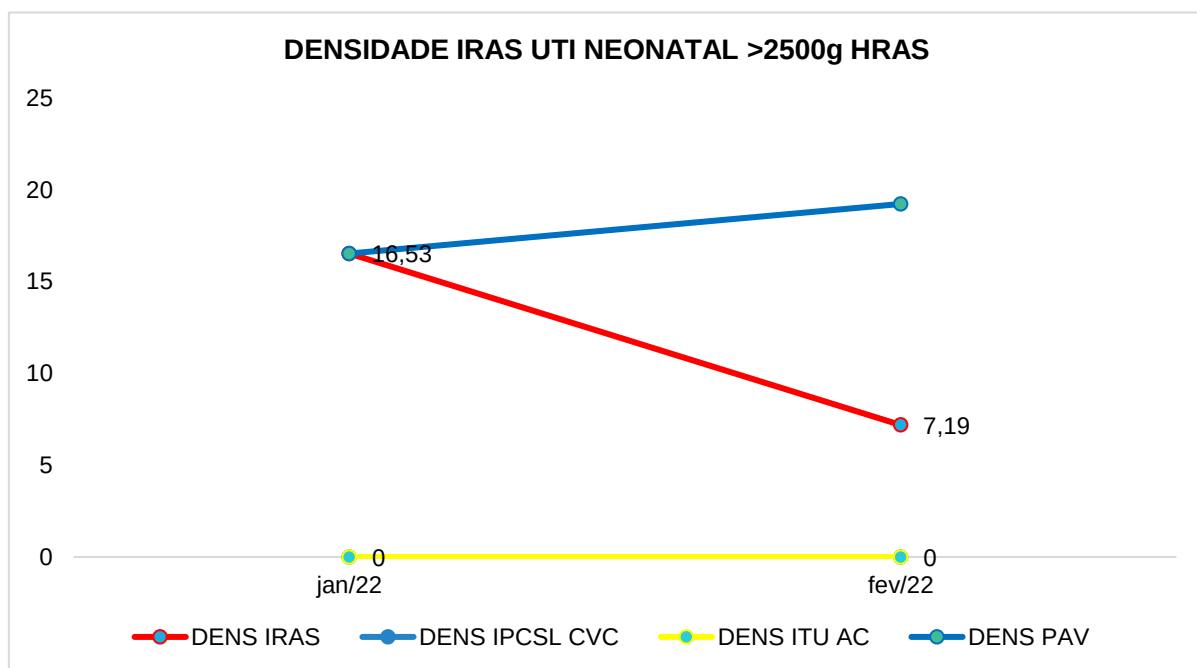
5.6 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS - UTI NEONATAL (FAIXA DE PESO AO NASCER ENTRE 1500G E 2499G)

Foram notificadas duas IRAS não relacionadas a dispositivos no período em análise, nessa faixa de peso. Uma de Sistema Nervoso Central (Meningite) e uma infecção ocular (Conjuntivite). Os neonatos evoluíram de forma satisfatória.

5.7 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS – UTI NEONATAL (FAIXA DE PESO AO NASCER > 2500G)

Nessa faixa de peso, no período em análise a densidade de IRAS ficou em 7,19. Sendo registrado apenas 01 PAV nessa faixa de peso.

GRÁFICO 15 - DENSIDADE DE IRAS UTI NEONATAL >2500G, HRAS FEVEREIRO - 2022.



FONTE: SCIH/HRAS.

5.8 Taxa de Letalidade relacionada IRAS UTI Neonatal

No mês de fevereiro a taxa de letalidade relacionada a IRAS na UTI Neonatal foi de 25%. Este dado passará a ser analisado mensalmente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência no mês de fevereiro apresentou redução considerável se comparado ao mês anterior. A melhora deve estar relacionada a intensificação das medidas de prevenção observadas nos setores, motivada pelo trabalho que o serviço vem realizando.

Com adequação da equipe e presença do médico junto a equipe assistencial, também foi possível maior rigor na utilização dos critérios de IRAS.

O SCIH segue no processo de apoio aos setores assistenciais para prevenção de IRAS junto a equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Ressalta-se que o SCIH é um órgão de consultoria da Diretoria, obedecendo a portaria nº 2616 do Ministério da Saúde (MS), voltando-se ao fornecimento de

indicadores, análise e interpretação que estão constadas neste relatório com encaminhamento à Diretoria.

A devolutiva das ações deve ser respaldada através da colaboração e apoio dos setores assistenciais, através do cumprimento de normas, regras e boas práticas voltadas a prevenção de infecções.

46

Projetos SCIH:

Projeto da capacitação in loco de terapia intensiva.

“ALBUM SERIADO” COMO INSTRUMENTO MEDIADOR DE AÇÃO EDUCATIVA

2.2.3 Qualidade da informação

Em fevereiro, houve 852 **internações**, todas com devidos laudos para autorização de internação hospitalar (AIH), alcançando **100% da qualidade da informação**.

Desenvolvimento

I. Produção Ambulatorial

Para registro dos atendimentos realizados em atenção ambulatorial, o setor de Faturamento utiliza o sistema PR, módulos recepção e faturamento como ferramentas de análise e registro. Realizados as devidas conferências e registros, uma exportação para o sistema BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) é realizada e por fim, encaminhada à SESP. Na competência de fevereiro de 2022, foram faturados 10.441 (Dez mil quatrocentos e quarenta e um) fichas de atendimentos, exames e SISCAN (Sistema de Câncer). Totalizando o valor de R\$ 366.566,27 (trezentos e sessenta e seis mil e quinhentos e sessenta e sei reais e vinte e seta centavos).

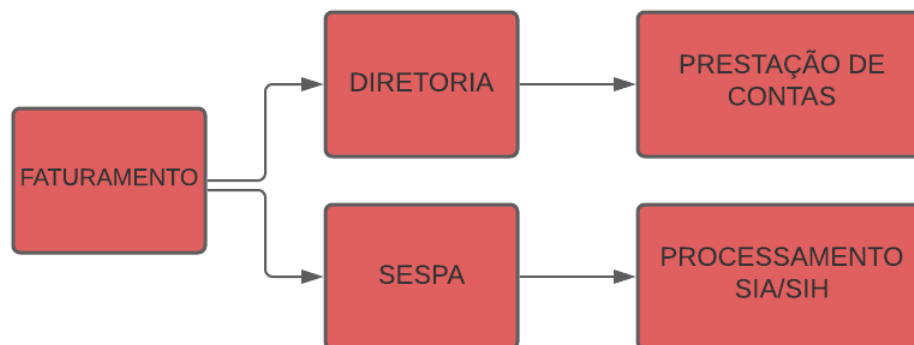
RELATÓRIO FATURAMENTO

1. INTRODUÇÃO

O setor de Faturamento do HRAS procede realizando os devidos registros dos atendimentos junto ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS) segundo os critérios da Secretaria de Saúde

Pública – SESPÁ e do Ministério da Saúde. Sendo assim, o setor é responsável por realizar o registro dos procedimentos e atividades estipuladas pelas metas contratuais do contrato vigente.

A rotina administrativa do setor vigora nos dias de segunda-feira à quinta-feira de 08:00 às 18:00 e às sextas-feiras de 08:00 às 17:00. O setor possui como clientes, conforme demonstrado a seguir, a Diretoria do HRAS e a SESPÁ:



O objetivo deste relatório é evidenciar as atividades do setor na competência de fevereiro de 2022 ao nosso cliente.

2. MEMBROS DA EQUIPE

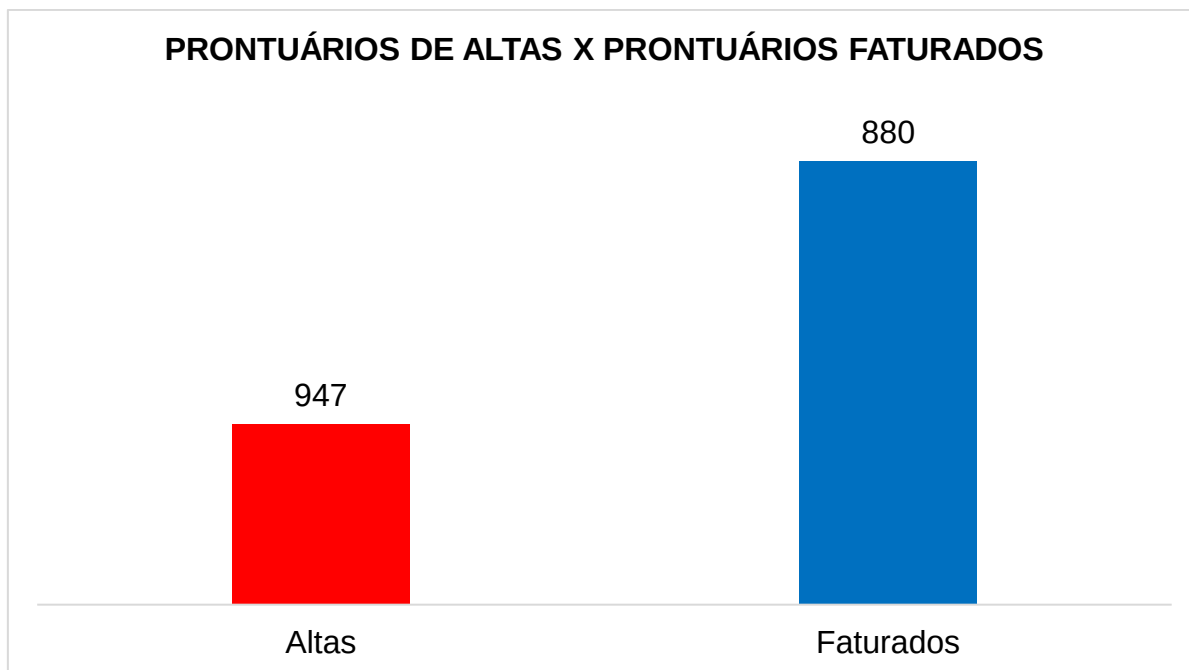
Atualmente o setor conta com 8 colaboradores, que se dividem nas tarefas e rotinas do setor.

Duas colaboradoras cuidam das contas de cobrança de nível ambulatorial e seis colaboradores cuidam dos faturamentos das contas em nível de internação.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

a) Altas de Fevereiro/2022

Na competência de fevereiro de 2022 foram contabilizados 880 prontuários de altas; forma faturados 947 prontuários na totalidade, informo que o valor superior ao de altas considera os prontuários de pacientes de longa permanência.

GRÁFICO 1: PRONTUÁRIO DE ALTA X PRONTUÁRIOS FATURADOS


FONTE: PR FATURAMENTO/PR SISTEMAS.

b) Valores da Competência de Fevereiro/2022

Os Valores de faturamento para a competência de fevereiro de 2022 foram de:

TABELA 1: VALORES DE FATURAMENTO

INTRUMENTO DE REGISTRO	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
AIH – PRONTUÁRIOS	947	1.626.470,38
BPA – PROCEDIMENTOS	10.200	355.721,27
SISCAN – PROCEDIMENTOS	241	10.845,00
APAC – PRONTUÁRIOS	12	2.400,00
TOTAL	11.400	1.995.436,65

FONTE: PR FATURAMENTO/PR SISTEMAS, SISAIH01, BPAMAG, APACMAG/DATASUS/MS.

A quantidade e valores de APAC compreendem as competências de janeiro e fevereiro.

c) Indicadores de Diárias de UTI/UCI

As diárias de UTI/UCI totais faturadas na competência de fevereiro de 2022 estão demonstradas conforme tabela a seguir:

TABELA 2: DIÁRIAS FATURADAS

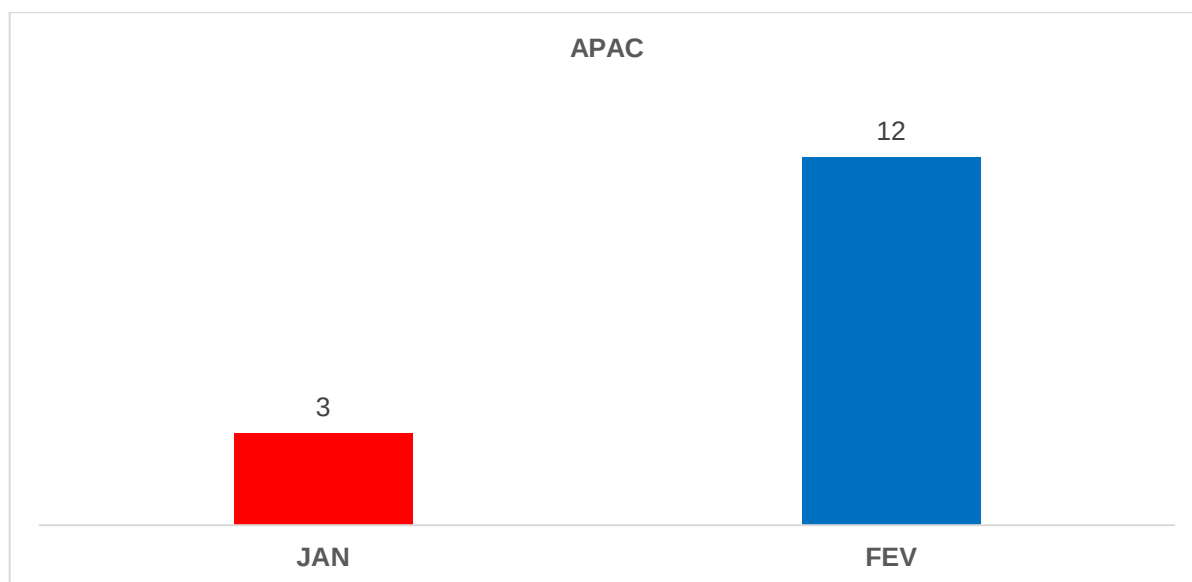
TIPO	META	FEV		
		PROD	%	R\$
UTI ADULTO	1.080	847	78	506.485,76
UTI PEDIÁTRICA	270	284	105	86.169,60
UTI NEONATAL	540	258	48	173.775,36
UCI NEONATAL	285	237	83	38.880,00
UCI CANGURU	285	150	53	17.100,00
TOTAL	2.460	1.776	72	822.410,72

FONTE: SISTEMA/PR E FATURAMENTO/PR

d) APAC

Os indicadores de APAC já apresentam volume superior ao mês de janeiro de 2022, conforme gráfico a seguir:

GRÁFICO 2: QUANTIDADE DE APAC'S



FONTE: APAC/DATASUS/IMS.

e) Mamografias do SADT

Para a competência de fevereiro de 2022 houve alteração do responsável médico no SISCAN (Sistema de Informação do Câncer), que para a competência de março de 2022 será estendido aos demais médicos responsáveis pelas mamografias no SADT.

4. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Cada atendimento realizado na unidade, quando finalizado, é encaminhado ao setor, as rotinas e fluxos estão desenhados e definidos, respeitando-se as instruções de trabalho e interações de processos.

As eventuais fragilidades encontradas durante o processo foram mapeadas; e para estas foram traçados planos de ações entre os setores envolvidos frente a possibilidade de melhorias levantadas.

2.2.4 Mortalidade hospitalar

A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO realizou, no mês de fevereiro/2022, a análise dos prontuários e discussão de 37,87% dos óbitos ocorridos na instituição

A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO realizou no mês de fevereiro/2022 a análise dos prontuários dos óbitos e levantou os dados estatísticos abaixo:

Houve 852 internações (anterior 948);

Total de 881 altas hospitalares;

Total de 66 óbitos;

37,87% dos óbitos foram analisados (anterior 37%);

45 óbitos foram classificados como internos;

21 foram classificados com externos (<24h)

3 óbitos analisados pelo SVO/IML devido a causa violenta, suspeita ou desconhecida;

4 óbitos ocorreram em enfermaria, observação ou sala vermelha (anterior 8);

Taxas:

- Taxa de mortalidade global: 5,78% (anterior 7,06%);
- A taxa de mortalidade cirúrgica dos óbitos analisados foi de 0,23% (anterior 0 %);
- A taxa de mortalidade perinatal foi de 2,49% (anterior 0,73 %);
- A taxa de mortalidade materna dos óbitos analisados foi 0 % (anterior 0,29%);
- A taxa de cirurgias de urgência foi de 15,57% (anterior 20%);
- A taxa de cirurgias de emergência foi de 0% (anterior 0,68 %).

Por evitabilidade (dos analisados):

- Justificados – 24;
- Não justificados – 1
- Não informado - 0

Por idade:

- Até 28 dias – 22 (anterior 10);
- De 29 dias a 11 meses – 03 (anterior 1);
- De 1 a 14 anos – 04 (anterior 4);
- De 15 a 29 anos – 01 (anterior 0);
- De 30 a 49 anos – 06 (anterior 6);
- De 50 a 64 anos – 14 (anterior 16);
- Maior ou Igual a 65 – 16 (anterior 29).

Por sexo:

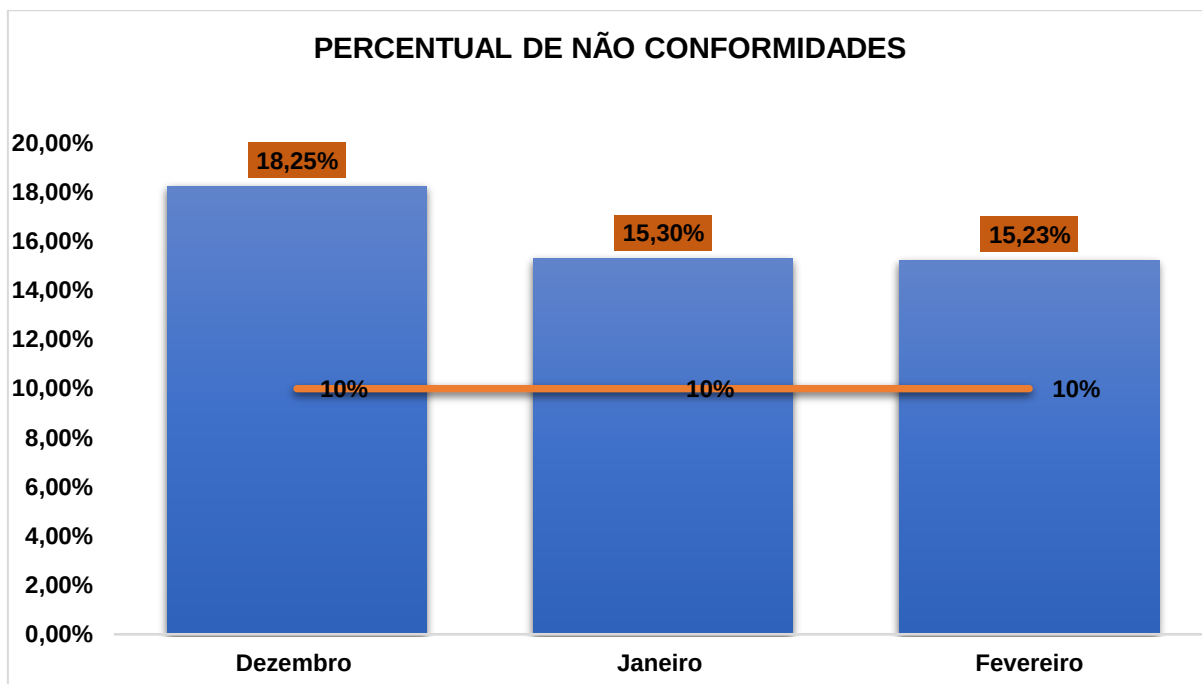
- Masculino – 19 (28,78%).
- Feminino – 23 (34,84%);
- Desconhecido – 24 (36,36%).

2.2.5 Análise e revisão de prontuários

Em fevereiro de 2022, foram **auditados 175 prontuários** qualitativamente, sendo 100 prontuários de pacientes clínicos e 75 prontuários de pacientes cirúrgicos, e o hospital obteve o número total de 880 saídas, o que corresponde à 19,88% do total de saída que foram avaliados.

Onde estes apresentaram **15,23%** de não conformidades onde o aceitável é de < 10% de não conformidades conforme contrato de gestão. Houve pequena melhora de 0,07% comparado ao mês anterior:

GRÁFICO 1. ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, DEZEMBRO Á FEVEREIRO/2022



FONTE: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, FEVEREIRO/2022

2.2.6 Horas de educação permanente

O Núcleo de Educação Permanente realizou no mês de Fevereiro/2022 o total de 3035:52 **horas** de capacitações, sendo 3003:30:00 **horas** de treinamentos e 32:22:00 **horas** de orientações técnicas. Com o total 2641 colaboradores treinados. Após monitoramento da Hora-Homem, pode-se analisar que a média de horas treinadas foi de **02:47 hora-homem** por colaborador.

LEGENDA	DIR. EXECUTIVA	COORD.ADM FINANCEIRA	DIR. ASSISTENCIAL	DIR. TÉCNICA	TOTAL
TREINAMENTOS	15	05	12	01	33
PARTICIPAÇÕES	824	601	980	179	2584
TOTAL DE HORAS POR DIRETORIA	1236:30:00	621:15:00	947:15:00	198:30:00	3003:30
TOTAL HORA-HOMEM	02:47				

2.2.7 Tempo resposta à regulação de leitos

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é responsável em acompanhar, monitorar a regulação interna e externa dos pacientes regulados através do Sistema de Regulação Estadual – SER II e toda demanda espontânea das urgências obstétricas, pediátricas e as que aparecerem.

O tempo de resposta à Regulação de leitos em Fevereiro/2022 foi de 01:34 min, neste indicador, mensura o tempo de resposta que o médico regulador do NIR leva para dar o desfecho dos casos que são direcionados pela CER – Central Estadual de Regulação, através do sistema SIR II, seja ele aceito ou recusado. Esse indicador está sendo aprimorado pelo NIR.

2.2.8 Índice de Turnover e Clima de Organizacional

Turnover

O índice de turnover segue em processo de construção, onde já se encaminha para o 5 (quinto) mês de coleta dados, desta forma no mês subsequente teremos uma previa para uma análise mais assertiva do dimensionamento proposto pelo instituto.

Parâmetro a ser utilizado:

$$\text{Fórmula: } N^{\circ} \text{ Adm} + n^{\circ} \text{ Desl} / 2 - \text{Resultado} / n^{\circ} \text{ de Func} \times 100$$

Bases em processo de construção.

TURNOVER HRAS				
Ano: 2022				
Mês	Número de admissões	Número de desligamentos	Número de Colaboradores ATIVOS	Turnover
Outubro	1196	0	1196	50%
Novembro	50	221	1028	13%
Dezembro	39	15	1067	3%
Janeiro	69	66	1079	6%
Fevereiro	42	17	1084	3%

2.2.9 Comissões

No mês de novembro, a Unidade deu seguimento as reuniões e ações das comissões obrigatórias. As reuniões transcorreram conforme o regimento interno das mesmas, conforme as orientações da Organização Mundial da Saúde – OMS.

Abaixo listamos as comissões existentes na Unidade:

- Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT);
- Grupo de Trabalho Humanizado (GTH);
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Comissão Revisão de Óbito (CRO);
- Comissão Revisão de Prontuário (CRP).
- Comissão Intra- Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)
- Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): No mês de janeiro foi realizada a contratação da engenheira do trabalho para que possa dar andamento no cronograma da CIPA

ANEXOS

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos – HRAS

Marcos Paulo Araújo Silveira
Hospital Regional Dr. Abelardo Santos – HRAS
direx@hras.institutomaissaude.org.br

	Formulário – CRP		
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

1. Introdução

A resolução CFM Nº 1638/2002 define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada.

Atendendo a esta mesma resolução, a Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos já implantada, tem por competência:

- I. Exigir que o médico elabore o prontuário para cada usuário a que assiste, conforme previsto no artigo 6º do Código de Ética Médica.
- II. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel).
- III. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários.
- IV. Recomendar formulários e sistemas bem como dar orientações para se obter um bom prontuário.
- V. Rever e avaliar os prontuários, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.
- VI. Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário.
- VII. Devolver os prontuários aos chefes de serviços e unidades para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso.
- VIII. Revisar os prontuários glosados e os demais por amostragem sob os seguintes aspectos.

De acordo com as informações supracitadas e em vista da aplicabilidade prática consequente comprimento contratual – Manual para Avaliação dos Indicadores e Metas Fixas e Variáveis do Contrato de Gestão (SESPA) –, auditamos qualitativamente 10% dos prontuários de alta de cada competência, considerando os onze itens de verificação dos prontuários constante no formulário de Avaliação Qualitativa de Prontuário, instrumento de avaliação dos indicadores

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 2 de 11	

de qualidade, podendo os prontuários apresentarem o limite máximo de até 10% de não conformidades.

2. Objetivo

A CRP (Comissão de Revisão de Prontuário) tem como objetivo a melhora contínua da qualidade dos registro e documentos do prontuário do paciente no HRAS .

Através da Comissão são realizadas as avaliações qualitativas de no mínimo 10% dos prontuários de saídas do hospital (alta , óbito e transferências) , são avaliados com os 11 itens de verificação obrigatório da tabela á seguir :

Itens de verificação	Média	Classificação	Peso
1. Identificação	5	Completo	5
		Incompleto	2
2. Evolução Multiprofissional	10	Elucidativa	10
		Não Elucidativa	2
		Ausente	0
3. Solicitação de Exames	5	Realizado	5
		Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
4. Relatório Operatório	5	Completo	5
		Incompleto	2
		Ausente	0
5. Ficha de RPA	5	Realizado	5

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 3 de 11	

		Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
		Completo	15
6. Prescrição Médica	15	Incompleto	5
		Ausente	0
		Legível	10
7. Letra	10	Legível em parte	5
		Illegível	0
		Realizado	10
8. Assinatura e Carimbo do Médico	10	Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
		Completo	10
9. Plano Assistencial de Enfermagem	10	Incompleto	2
		Ausente	0
		Realizado	10
10. Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional	10	Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
		Realizado	15
11. Resumo de Alta	15	Realizado parcialmente	5
		Não Realizado	0

3. Membros da Comissão/Equipe

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 4 de 11	

TABELA III – MEMBROS DA CRP, HRAS, DEZEMBRO/2021.

Membro	Cargo no HRAS	Função na Comissão
Paulo H. Ataíde Pereira	Diretor Técnico	Presidente
Marcelo Augusto da S. Santos	Supervisor do Faturamento	Secretário
Nayagra Baltazar Santana	Enfermeira Auditora	Membro
Alessandra Pereira Gomes	Enfermeira de NQSP	Membro
Vanessa Danielle Brito Gonçalves	Farmacêutica	Membro
Waldilene Rodrigues Tavares	Supervisora do Atendimento	Membro
Lauriane da Silva Barros	Supervisora do Ambulatório/SADT	Membro
Vera Lúcia Sousa Nunes	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Thalita Beltrão Lopes	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Karla Emanuelle Silva Luz	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Vanessa Cristina Sousa da Silva	SAME	Membro
Marcia Roberta da C. Oliveira	Enfª diarista do Setor de Internação	Membro

4. Atividades desenvolvidas

No mês de fevereiro foi realizado a reunião mensal da CRP, onde foram discutidas as ações que foram realizadas no mês anterior e as que seriam colocadas em prática no mês atual e posteriormente bem como as dificuldades enfrentadas para melhoria do prontuário.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – CRP		
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
Código:	Versão:	Página 5 de 11	

01

1. Identificação: ATA nº:

Tipo de reunião: ☐ Planejamento ☐ Acompanhamento ☐ Análise Crítica ☐ Outros

☒ Comissão ☐ Outros:

Interação de ☐ Processo ☐ entre comissões

Qualis?

Objetivo: Reunião mensal da Comissão

Local da Reunião: DEP 02

Responsável pela reunião: Nayara Galhaz Secretário(a): Marcela Santos

Data: 08/02/2022 Hora de início: 14:00 Hora de término: 15:00 Duração total: 1 Hora

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
	Leitura da ata da última reunião
	Treinamento Manual de Prontuários
	Quantidade de prontuários analisados
	Descarte de Prontuário
	Atas de pacientes

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 04/01/2022 Ata nº:

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Figura 1 ATA DE REUNIÃO CRP 08/02

02

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 04/01/2022 Ata nº:

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Leitura da ata da última reunião: a vice-presidente da Comissão leu a ata da última reunião e apresentou a reunião do plano de ação anterior, checklist de busca, checklist de busca, checklist de busca, tais documentos já chegaram a rede no dia 08/02/2022;

Treinamento Manual de Prontuários: as novas datas dos treinamentos são: 01/02 e 08/02;

Quantidade de prontuários analisados: para o mês de fevereiro serão analisados 15 prontuários por cada membro da comissão, distribuídos em 10 originais e 5 digitais;

Descarte dos prontuários: foi-se o parecer jurídico favorável ao descarte por ser a membro Helen Martins seguiu que o processo fosse suspenso até correção de fragilidades pontuais nesta reunião, e que concorre à paginação das folhas dos prontuários e encasernamento em volume único, situação que será passada à gestão do setor SAME;

Atas de pacientes: pontuou-se que as atas devem ser realizadas em tempo real e discute-se a fragilidade do documento de "ata controle a orientação médica" que tem sendo aplicado pelo serviço social.

Figura 2 ATA DE REUNIÃO CRP 08/02

	Formulário – CRP		
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

	Formação – Núcleo de Educação Permanente			
	Lista de Presença			
	Código: PO-HRAS-NEP-001	Versão: 002	Página 111	

Treinamento/Evento: <u>Revisão de Prontuário e Prática de Atendimento</u>		
Data: <u>08/02/2022</u>	Local: <u>Local 02/02</u>	Responsável: <u></u>
Horário de Início: <u>14:00</u>	Horário de Término: <u>15:00</u>	Carga horária: <u></u>
Instituição/Evento: <u>Novaquero</u>		
Situação: <u></u>		

Nº	Nome completo (para de login)	Fone	Sector	Telefone	Assinatura
1	MARCELO ALVES DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
2	WILSON ALVES DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
3	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
4	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
5	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
6	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
7	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
8	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
9	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
10	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
11	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
12	JOÃO LUIZ DE ALMEIDA	15111111	Administrativo	15111111	[Assinatura]
13					

Figura 3 LISTA DE PRESENÇA CRP 08/02

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 7 de 11	

Durante reunião mensal foi discutido com os membros ações a elaboração e implementação do checklist para documentos cirúrgicos do bloco e do C.O (centro obstétrico) com objetivo de aumentar a segurança e certificar a entrada e saída desses documentos obrigatórios no nosso bloco cirúrgico . A partir desta data as equipes assistências foram orientadas para o uso documento .

Foi divulgada para a comissão as datas do treinamento do Manual de Prontuários , evento que aconteceu nos dia 17/02 e 18/02 , treinamento voltado para toda equipe assistencial , que ao longo das 8 turmas contamos com a participação de mais 500 colaboradores . Aguardamos programação para repescagem .



Figura 4 Imagem do Treinamento de Manual de Prontuário .

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C54BA.D8363B73E02FB024



Figura 5 Imagem do Treinamento de Manual de Prontuário

Também foi pauta de análise e discussão o descarte dos prontuários já faturados e devidamente inseridos na plataforma Saludem , leu-se durante a reunião parecer favorável feito pelo juridico institucional porém , tal descarte segue suspenso a priori até resolução de fragilidades que foram apontadas pelo setor NQPS .

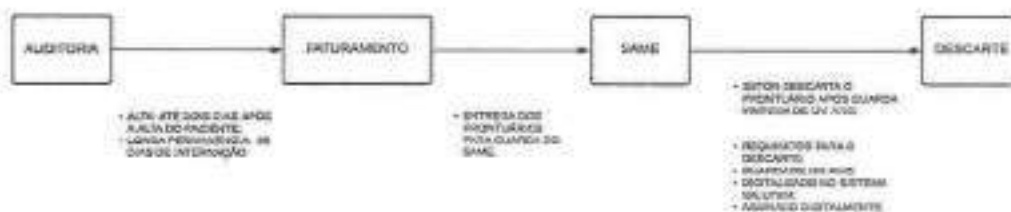


Figura 6 Fluxograma atual para descarte de prontuários.

5. Resultados esperados

5.1.1 Indicador e análise crítica*

No mês de fevereiro foram avaliados pela CRP 175 prontuários qualitativamente, sendo desses 100 prontuários de pacientes clínicos e 75 prontuários de pacientes cirúrgicos, e o hospital teve o número total de 880 saídas, o que corresponde à 19,88% do total de saída foram avaliados. Onde estes apresentaram 15,23% de não conformidades onde o aceitável é de < 10% de não conformidades conforme contrato de gestão. Houve pequena melhora de 0,07% comparado ao mês anterior:

GRÁFICO 01: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, DEZEMBRO À FEVEREIRO/2022.



Fonte: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Nosso gráfico comparativo com o meses anteriores segue apresentando queda mesmo que tímida, ocorreu no mês de fevereiro nos dias 17 e 18 o treinamento do manual de prontuário e acreditamos que irá afetar positivamente no aumento da queda na nossa taxa de não conformidades em prontuários nos meses a seguir, contudo, foi perceptível a ausência da equipe médica na participação do treinamento, tal informação foi evidenciada na lista de colaboradores que participaram do treinamento enviada pelo NEP. Uma vez que a equipe médica é quem elabora e é responsável por grande parte dos documentos que compõem os prontuários, acreditamos que a presença do

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 10 de 11	

corpo clínico durante o treinamento garantirá maior consciência sobre a importância e obrigatoriedade dos documentos no prontuário do paciente.

GRÁFICO 2: CLASSIFICAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS AVALIADOS, CRP FEVEREIRO/2022.



Fonte: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Como demonstrado no gráfico anterior, não houveram prontuários classificados como péssimos que são aqueles com menor valor de qualidade de informações, ou seja, prontuários com grandes ausências de documentos, com evoluções ilegíveis e etc.

Podemos observar também um aumento de 37,25% no número de prontuários classificados como ótimo, que são aqueles com alta qualidade de informação, preenchimento correto de documento, letra legível e etc. Tal dado demonstra aumento na qualidade dos nossos prontuários, refletindo assim a atuação desta comissão no dia a dia do colaborador, conscientizando o mesmo que o prontuário é ferramenta de saúde para o usuário e segurança para o profissional.

5.1.2 Plano de ação

Temos como ação para o mês de março instalar nos andares as "pastas de excessos diário" com objetivo de organizar e garantir a segurança dos documentos que são emitidos diariamente para serem anexados no prontuário dos usuários.

Nosso foco como comissão também é planejar ações de blitz de avaliação pontual nas evoluções de enfermagem e também a criação do comitê

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 11 de 11	

da SAE ,para garantir qualidade nas informações e garantir que este documento esteja sendo utilizado para o seu devido fim que é descrever os cuidados realizados e garantir a continuidade dos mesmo , e não como local para pedido de material ou outro fim , para isso a Coordenadora da farmácia Telma será convidada a participar da nossa próxima reunião de comissão que deverá acontecer nos dia 08/03 .

Outro objetivo próximo é alinhar com o serviço social e equipe médica um fluxo seguro tanto para o profissional quanto para os usuários nos casos de evasão hospitalar e "alta" contraria orientação médica.

6. Considerações Gerais*

Bom, com base em tudo que foi demonstrado a cima, houve pequena melhora na taxa de não conformidade e grande mudança na qualidade do prontuário em si , e seguimos otimistas como comissão em relação a continuidade das melhorias após a finalização o treinamento de Manual de prontuário , com objetivo na melhoria continua e fortalecendo os processos que cercam o prontuário do usuário .

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 1 de 8	

1. Introdução

A Comissão de Humanização (CH) do HRAS é formada por uma equipe multiprofissional, organizada de forma participativa e democrática, com o objetivo de empreender no Hospital Regional Abelardo Santos (HRAS) uma política institucional de atendimento humanizado na assistência à saúde, em benefício de pacientes, colaboradores, comunidade e de estudantes que atuam na Unidade. A Comissão de humanização do HRAS foi composta no dia 31/03/2021 onde as ações são idealizadas baseando nos preceitos da Política Nacional de Humanização que, desde 2003, busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocassolidárias entre gestores, colaboradores e pacientes.

2. Objetivo

- I. Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;
- II. Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na Humanização da Assistência Hospitalar;
- III. Melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos pacientes e colaboradores do HRAS;
- IV. Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os pacientes, colaboradores e acadêmicos de saúde;
- V. Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes no HRAS;
- VI. Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E0213024

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 2 de 8	

3. Membros da Comissão/Equipe

Nome do membro	Função na instituição
Suellen Maria da Silva Santos	Analista de Humanização
Marcos Paulo Araújo Silveira	Diretor Executivo
Mabelle Lorraine Borges Pereira	Supervisora do SAU
Renata Soares Nazaré	Assistente Social
Radharani do Nascimento Andrade	Psicóloga
Suzane Saraiva da Silva	Analista NEP
Jamily Cristina da S. Silva	Enfermeira NEP
Keliane Luz dos Reis	Analista DEP
Aline Valéria da S. Pereira	Psicóloga
Keiza Cristina Trindade	Enfermeira
Deyvison Renan Cabral Gomes	Analista de Recursos Humanos
Brenda Ramos de Souza	Enfermeira do SCIH
Shamira Yasmin Resque	Supervisora de Enfermagem
Thais Araújo	Supervisora de Nutrição
Amanda Vasconcelos	Psicóloga
Sofia Sousa Alves	Assistente Administrativo DASS
Bruna Monteiro	Assistente Social
Paula Pereira	Assistente Social
Monique Balma	Supervisora SESMT

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 ÀS 09:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.905261E1544BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 3 de 8	

4. Atividades desenvolvidas (*Tarefas do setor/comissão, capacitação, visita técnica, treinamentos, reuniões e afins, anexar evidências.*)

NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência

DATA: 03,04, 07 e 08/02/2022

ATUAÇÃO: Ambulatório do HRAS e leitos de internação

OBJETIVO: Alertar para a importância da prevenção do adoecimento mental

PÚBLICO ALVO: Usuários e colaboradores

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 350

DESCRIÇÃO: A ação em alusão a Semana Nacional de Prevenção a Gravidez na Adolescência, que reserva o mês para levantar discussões sobre a prevenção de uma gestação nesta fase da vida e o atendimento a essas jovens em unidades de saúde. A iniciativa contou com rodas de conversa sobre os riscos de uma gravidez precoce em escolas da rede pública e privada, tendo como facilitadores as profissionais do Serviço Social e Psicologia do HRAS e palestras para os colaboradores sobre o acolhimento no momento do parto e puerpério a essas adolescentes.



NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Acolhimento religioso

DATA: 02 e 16/02/2022

ATUAÇÃO: Setores Assistências do HRAS.

OBJETIVO: Levar acolhimento espiritual para os pacientes que se encontram internados ou estão em consulta no HRAS.

PÚBLICO ALVO: Colaboradores, Pacientes e Acompanhantes

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 900

DESCRIÇÃO: O projeto que conta com grupos de voluntários cadastrados no setor de humanização, e promove o acolhimento espiritual nos setores de internação para os colaboradores, pacientes e acompanhantes, durante o período de permanência no HRAS.



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut.: Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02F6044

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 5 de 8	

NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Diploma de Nascimento e Árvore da Vida.

DATA: 01 a 28/02/2022

ATUAÇÃO: PPP e 6º andar

OBJETIVO: Valorizar marcando para a eternidade o momento do nascimento de uma nova vida

PÚBLICO ALVO: Usuários.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 270

DESCRIÇÃO: O projeto é realizado pela equipe de enfermagem, no pós parto. Depois do parto, a placenta passa por um processo de higienização, para então, receber o trabalho artístico. Com tintas à base de água, o órgão é colorido, depois carimbado numa folha de papel cartão e é entregue para mãe juntamente com o diploma de nascimento.



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.241/2006)
EM 15/03/2022 ÀS 14:08 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96550B1F1E54BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 6 de 8	

NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Pronto Sorriso

DATA: 25, 26, e 27/02/2022

ATUAÇÃO: Pronto Socorro Pediátrico

OBJETIVO: Promover momentos de entretenimento e ações educativas para as crianças e pais em atendimento no setor de Urgência e Emergência pediátrico do HRAS

PÚBLICO ALVO: Usuários.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 338

DESCRIÇÃO: O projeto é focado nos setores de atendimento de urgência e emergência pediátrica onde as sextas-feiras ou em datas comemorativas, o ambiente é decorado e os colaboradores ficam fantasidos de acordo com o tema planejado. A ação envolve todos os colaboradores do setor e a equipe do GTH, cujo o foco é promover experiências positivas no atendimento, levando entretenimento e informações educativas para as crianças e pais. A ação auxilia a promoção de clima acolhedor, quebrando os "medos" e angústias das crianças e de seus pais durante o momento do atendimento.



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E932113090E5A1B5E73D4_96526B1F91C5A4BA_D8363B73E02FB024

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 7 de 8	

NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Aniversariante do mês

DATA: 25 e 28/02/2022

ATUAÇÃO: Setores Assistenciais do HRAS

OBJETIVO: Valorizar o colaborador

PÚBLICO ALVO: Colaboradores.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 91

DESCRIÇÃO: A ação ocorreu por meio da entrega de uma caixa de chocolate e um cartão institucional realizada pela equipe de Recursos Humanos, em dois dias e em dois turnos abrangendo assim os plantões ímpar e par. A valorização do colaborador reforça a ideia de time e a cultura de pertencimento à instituição, tomando o ambiente laboral mais agradável.



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Estimatura: 01E9E527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E0215024

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 8 de 8	

5. Resultados esperados

(Anexar ficha de indicadores e análise crítica em ANEXOS)

5.1.1 Indicador e análise crítica

5.1.2 Plano de ação

O que?	Quem?	Onde?	Por quê?	Quando?	Como?
Dia Internacional da Mulher	GTH e RH	4º andar e auditório	Para celebrar o empoderamento feminino	Dia 8/3	Por meio de oficinas de crochê e vestuário
Dia Mundial do Rim	GTH e Nefrologia	Ambulatório e 9º andar	Para alertar a sociedade sobre a prevenção dos rins	Dias 10 e 11/03	Orientação sobre a alimentação, aferição de PA e Glicemia
Implantar: Projeto Parabéns Pra Você	GTH e Equipe Assistencial	Todos os andares	Para celebrar o aniversário de pacientes internados	Março 2022	Por meio de vídeos chamadas

6. Considerações Gerais

No mês de fevereiro realizamos ações e projetos de Humanização que beneficiou de forma direta cerca de 1.949 pessoas entre pacientes, acompanhantes, colaboradores e estudantes do HRAS, pautadas nas diretrizes da PNH. Entre as ações realizadas no mês, “Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência” em prol da prevenção da Saúde Mental, valorização do momento da maternidade por meio da entrega da pintura da placenta e do diploma do recém-nascido para as puérperas, visitas religiosas e valorização dos colaboradores por meio da celebração da data de aniversário do profissional.

	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL			
	Lista de Membros da Comissão			
	Código:	Versão: 002	Página 1/1	

COMISSÃO **NMG**

Nome do membro	Função na instituição	Função na comissão	Telefone	E-mail
Lucas Albuquerque	Coordenador Eng Clínica	Presidente	91 988190903	Lucas.nazareno@orbisengenhariaclinica.com.br
Vinicius Carvalho	Coordenador manutenção	Vice Presidente		Vinicius.carvalho@orbisengenhariaclinica.com.br
Waleria Silva	Coordenadora Patrimônio	Secretaria	91 98	
Ligia Pereira	Coordenadora SCIH	Membro	91 991221102	scih@hras.institutomaissaude.org.br
Vera Lúcia	Coordenadora C.C	Membro	91 992293533	Super.complexocirurgico@hras.institutomaissaude.org.br
Rosinete Sieres	Enf Seg do Trabalho	Membro	91 980704679	Medicnia.trabalho@hras.institutomaissaude.org.br
Sandro Wilson	Coordenador Laboratório	Membro	91 982038364	gtenica@cdbdiagnostico.com.br
Vlamiir	Coordenador T.I	Membro	91 981796364	Super.ti@hras.institutomaissaude.org.br
Karla Emanuelle	Coordenadora UTI	Membro	91 991100555	Super.uti@hras.institutomaissaude.org.br
Adriela Brito	Coordenadora U.I	Membro	91 992947448	Super.uis@hras.institutomaissaude.org.br
Walber Edson	Coordenador tratamento d'gua	Membro	91 991682068	Walber.edson@selecta.com.br
Lauriane Barros	Coordenadora Ambulatório e SADT	Membro	91 980802816	Super.amb@hras.institutomaissaude.org.br
Leucineia Freitas	Coordenadora TRS	Membro	91 992138627	Coord.hemodialise@hras.institutomaissaude.org.br
Suzi Silveira	Coordenadora Lavanderia	Membro	91 999182997	Sineves16@gmail.com

Inclusão de novos membros				
Nome do membro	Função na instituição	Função na comissão	Telefone	Data inclusão

	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL			
	Lista de Membros da Comissão			
	Código:	Versão: 002	Página 2/1	

Eng. Lucas Andrade
 Coordenador
 CREA-PA: 181836/528

Presidente da Comissão

Eng. Helton Nogueira
 Coordenador NQSP/HRAS
 CREA-PA: 314.865-ENF

NQSP

Belém, 03/03/2022

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
 EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA			
	Relatório			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 1 de 3	

1. Introdução

O Hospital Dr. Abelardo Santos é uma entidade prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade de Belém, Estado Pará, administrada pelo Instituto Mais Saúde.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento da Comissão de Farmácia e Terapêutica, que normatiza e oferece diretrizes de organização e seu relacionamento com o Hospital Dr. Abelardo Santo.

2. Objetivo

A Comissão Farmácia e Terapêutica composta na data de 27/10/2021, formada, com intuito de formular e implementar políticas institucionais relacionadas com seleção, prescrição e uso racional de medicamentos, num processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, sendo de fundamental importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade.

3. Membros da Comissão/Equipe

Nome do membro	Função na instituição	Função na comissão
Telma Lúcia Araújo Ferreira	Coordenadora Farmacêutica	Presidente
Paulo Henrique Ataíde Pereira	Diretor Técnico	Vice-Presidente
Lucinéia Freitas Veloso	Coord. de Enfermagem	1º secretária
Thalita Beltrão Lopes	Coord. De Enfermagem	2º secretária
Tatiana Dias Oliveira	Farmacêutica	Membro
Lígia Dos Reis Pereira	Supervisora de Enfermagem	Membro
Hellen Karina Monteiro	Coord. Do NQSP	Membro
Marcelo Bentes Mendonça	Analista de Suprimento	Membro
Alessandra Dos Santos Neves	Supervisora do Compras	Membro

	Formulário – COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA			
	Relatório			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 2 de 3	

Axell Timotheo Lima Acioli Lins	Fisioterapeuta Equipe Multi	Membro
Daniel Tapajós De Freitas	Enfermeiro Diarista	Membro
Thais Araújo	Supervisora de Nutrição	Membro
Alessandra Gomes Pereira	Enfermeira do NQSP	Membro
Milene Monteiro de Leão Figueredo	Enfermeira Diarista	Membro

4. Atividades desenvolvidas

Este mês a CFT teve sua reunião no dia 15 de fevereiro às 15 horas com duração de uma hora.

Abertura da reunião pela presidente da comissão.

Foi apresentado ao grupo que após a padronização das placas de curativos houve uma redução de custos de 85.000 (Dezembro/2021) para 70.000 (Janeiro/2022).

Conforme estabelecido na reunião passada, o almoxarifado ficou de entregar sua padronização no dia 22/02 porém solicitou prorrogação de prazo até o dia 11/03.

A diretoria técnica, juntamente com a presidente da comissão e a CAF fizeram ajustes sobre alguns medicamentos finalizando a padronização de todos os medicamentos.

5. Resultados esperados

(Anexar ficha de indicadores e análise crítica em ANEXOS)

5.1.1 Indicador e análise crítica

5.1.2 Plano de ação

- Organização do almoxarifado:

Responsável: Marcelo – analista de suprimentos

Prazo: 11/03/2021

→ Com o auxílio da diretoria assistencial.

	Formulário – COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA			
	Relatório			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 3 de 3	

6. Considerações Gerais

Estudo dos indicadores que serão gerenciados pela comissão.

Reunir com a equipe do sistema PR para padronização dos códigos e nomes de todos os insumos e medicamentos utilizados no hospital.

Finalização da padronização dos materiais médico hospitalar.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 1 de 2

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Análise de Óbito

Local da Reunião: Sala 01 - DEP

Responsável pela reunião: Dr. Paulo Henrique e NQSP Secretário (a): Enf. Joicy

Data: 03/02/2022

Hora de início: 14h

Hora de término:

Duração total:

Joicy Guimarães
Enfermeira
COREN - PA 554.143

2. Pauta:

Nº Assuntos:

- 01 Protocolo de Londres
- 02 Análise de Óbito
- 03 Oficina de análise

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 07/02/22 Ata nº 02/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

As 10:40hs deu-se início à reunião pela Enfª Helen Karina que abordou juntamente com a comissão de Óbito o protocolo de Londres, Análise de Óbito e Oficina de análise e suas fases. Foram realizadas orientações do preenchimento do formulário que do Protocolo de Londres e exercitado com os profissionais e a importância deste protocolo. Como exemplo foi utilizado um caso onde foram realizado três notificações resultando em evento danoso por erro inicial de laudo e ausência de registro no prontuário ocasionando fragilidade em uma de registro médico. A passagem de plantão, a comunicação entre profissionais, a tomada de decisões juntos, tais eventos elevando a segurança do paciente. Os registros, a comunicação deve ser feita no prontuário e formulário para que haja uma boa assistência. Por fim, quanto mais se melhora a comunicação a implementação dos protocolos se tornam mais útil e eficaz.

	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo

6. Participantes*

1.	Wais Cleodis Santos Pinto - NEFROLOGIA - lcsantospinto@gmail.com
2.	FERNANDA MOREIRA - NIK - FERNANDA DE PAULA MOREIRA@hotmail.com
3.	Isisiana da Sousa Ramos - Clínica Médica - lscianaramos@hotmail.com
4.	Saume Saumy - Cirurgia Pediatrica - SALSAMY@HOTMAIL.COM
5.	Aron Diniz - Neurocirurgia + Neurologia - aron.diniz@hotmail.com
6.	Meirys de Souza Santos - Cirurgia Vascular - meiryscarvalho@outlook.com
7.	Luiz V.L. Araujo - Ex-Tóxico - luizvleca6@gmail.com
8.	Dr. Regina Gomes Peronzo - dermatologia - dreregina@uol.com.br
9.	Wagner Regina Cavalcante dos Santos - CC/H vanregisantos@hotmail.com
10.	Bernardo Nassu Silva - Urologia - bernardopa@yahoo.com.br
11.	Waleria de Silva Pileate - Obstetrice - waleriapileate@xexa.com.br
12.	
13.	
14.	Hellen karinna Monteiro
15.	Coordenação NQSP/HRAS
16.	COREN-PA 316.865-ENF
17.	Hospital Regional de Roraima-Santos
18.	
19.	
20.	

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: ☐ Planejamento ☐ Acompanhamento ☐ Análise Crítica ☐ Diretoria
☒ Comissão ☐ Outros:

Interações de ☐ Processo ☐ entre comissões
 Quais?

Objetivo: Comissão Ética Médica - CEM.

Local da Reunião: Sala DIRTEC

Responsável pela reunião: Dir. Dr. Paulo Athaide Secretário (a): Buf. Helen Monteiro

Data: 08/02/2022 Hora de início: 16h Hora de término: 10:30 Duração total: 30 min

2. Pauta:

Nº Assuntos: (ver anexo).

01. Acompanhamento da Homologação da CEM
02. Envio de Evento adverso para a CEM/HRAS.
03. Envio de Evento p/ jurídico e Contrato.

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: ____/____/____ Ata nº ____

4. Assuntos discutidos/Decisões:

5. Encaminhamentos via plano de ação:**

	FORMULÁRIO – CIHDOT: Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos.			
	Cronograma Anual de Reuniões da Comissão			
	Código:	Versão: 001	Página 1/1	

Comissão: CIHDOT: Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos **Ano: 2022**

Frequência: (x) Mensal () Bimestral () Semestral () Outros:

1º Semestre

Data programada	Data realizada	Observações
20/01/2022	25/01/2022	Reagendado reunião devido demanda do serviço
17/02/2022		Agendada
24/03/2022		Agendada
28/04/2022		Agendada
19/05/2022		Agendada
23/05/2022		Agendada

2º Semestre

Data programada	Data realizada	Observações
21/07/2022		Agendada
18/08/2022		Agendada
15/09/2022		Agendada
13/10/2022		Agendada
17/11/2022		Agendada
22/12/2022		Agendada

LUCINÉIA FREITA VELOSO
Presidente da Comissão

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 1 de 2

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião mensal da Comissão

Local da Reunião: DEP 02

Responsável pela reunião: Nayagra Baltazar

Secretário (a): Marcelo Santos

Data: 08/02/2022

Hora de início: 14:00

Hora de término:15:00

Duração total: 1 Hora

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
	Leitura da ata da última reunião
	Treinamento Manual de Prontuários
	Quantidade de prontuários auditados
	Descarte de Prontuário
	Altas de pacientes

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 04/01/2022 Ata nº _____

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Leitura da ata da última reunião: a vice-presidente da Comissão leu a ata da última reunião e apresentou a resolução do plano de ação anterior: checklist do bloco cirúrgico e checklist do centro obstétrico, tais documentos já começam a rodar no dia 08/02/2022;

Treinamento Manual de Prontuários: as novas datas dos treinamentos são: 17/02 e 18/02;

Quantidade de prontuários auditados: para o mês de fevereiro serão analisados 15 prontuários por cada membro da comissão, divididos em 10 cirúrgicos e 5 clínicos;

Descarte dos prontuários: leu-se o parecer jurídico favorável ao descarte, porém, a membra Hellen Monteiro sugeriu que o processo fosse suspenso até correção de fragilidades pontuadas nesta reunião, o que concerne à paginação das folhas dos prontuários e escaneamento em volume único, situação que será passada à gestão do setor SAME;

Altas de pacientes: pontuou-se que as altas devem ser realizadas em tempo real e discutiu-se a fragilidade do documento de "alta contraria a orientação médica" que vem sendo aplicado pelo serviço social.

	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

5. Encaminhamentos viam plano de ação:**

Item de Ação	Responsável	Prazo
Comitê SAE	Nayagra e Alessandra	08/03/2022
Convocação da Coordenadora da Farmácia: Telma	Nayagra	08/03/2022
Sala para guarda provisória de prontuários	Vanessa e Marcelo	08/03/2022
Ajustes do sistema SALUTEM	Vanessa e Marcelo	08/03/2022
Aplicação de orientação técnica para o assistencial	Nayagra	08/03/2022

6. Participantes*

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

	Formulário – Núcleo de Educação Permanente		
	Lista de Frequência		
	Código: FO.HRAS.NEP.001	Versão: 002	

Treinamento/evento: <i>Reunião de Comissão de Avaliação de Práticas Mestrado - Fev/22</i>		
Data: <i>08/02/2022</i>	Local: <i>Sala DEP 02</i>	Responsável: <i>Nayagra Santana</i>
Horário de início: <i>14:00</i>	Horário de término: <i>15:00</i>	Carga horária: <i>1h</i>
Instrutor/palestrante: <i>Nayagra Santana</i>		
Síntese:		

Nº	Nome completo (letra de forma)	Função	Setor	Telefone	Assinatura
1	MARCELO AUGUSTO DA SILVA SANTOS	Superior	Farmacologia	988406403	<i>[Assinatura]</i>
2	Wandellene Rodrigues Jovane	Superior	Atendimento	980908112	<i>[Assinatura]</i>
3	Yara Lacerda da Silva Almeida	Coordenadora	CC/Dep	992293533	<i>[Assinatura]</i>
4	Camila Borges	Superior	Ambulatório	980802816	<i>[Assinatura]</i>
5	Isabella Danielle Brito Gonçalves	Farmacêutica	Formação	988443185	<i>[Assinatura]</i>
6	Marcia Roberta da Conceição Oliveira	Enf. Diarista	Sie 9	984135405	<i>[Assinatura]</i>
7	Tyhalita Belliço Lopes	Coordenadora	Atendimento	981862814	<i>[Assinatura]</i>
8	Alexandra Pereira Gomes	Engenheira	NQSP	988568832	<i>[Assinatura]</i>
9	Hellen K. Monteiro	Coord.	NQSP	991366379	<i>[Assinatura]</i>
10	Marla Emmanuelle Silva Luz	COORD. ENF.	UTI/5	991100555	<i>[Assinatura]</i>
11	Nayagra Baltazar Santana	Enf. Auditoria	Auditoria	986624922	<i>[Assinatura]</i>
12	Kalméia Conceição Silva	Administradora	Auditoria	982539120	<i>[Assinatura]</i>
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

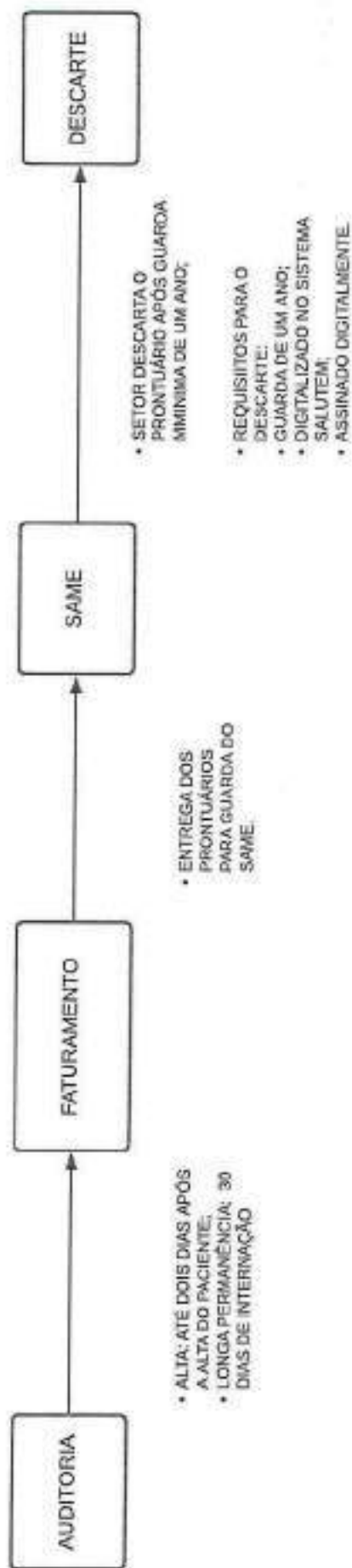
Nayagra Baltazar Santana
COREN-PA 336792-ENF

Responsável

Hellen Karinna Monteiro
Coordenação NQSP/HRAS
COREN-PA 316.865-ENF
Hospital Regional Dr. Abelardo Santos

Núcleo de Educação Permanente





NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

01 | Realizadas: FEVEREIRO

O NVE tem como principais atividades:

- Coleta e análise de dados dos pacientes, a recomendação das medidas de prevenção à equipe assistencial para haver o controle apropriado, inibindo assim a disseminação da doença e/ou agravo em saúde.
- Investigação e notificação das doenças de notificação compulsória e óbitos de agravo de interesse de saúde públicas conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, juntamente com a divulgação das informações em tempo adequado aos Órgãos responsáveis.
- Realização do direcionamento aos setores solicitantes, análise das informações preenchidas nos documentos e demandas de retificações, quando, solicitadas pelo órgão competente relacionados a Declaração de Óbito e Declaração de Nascidos Vivos.

02 | Previstas para: Mês Fevereiro

- Manter as mesmas atividades regulares do setor.
- Circular Interna e Orientação Técnica para reforço de critérios gerais para notificação de agravos e preenchimento de fichas SINAN.
- Relatório com balanço de dados a respeito da Campanha de testagem de Covid-19, realizada no mês de janeiro.

03 Projetos em Andamento													
Descrição	Imp	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Atualização dos dados de acesso aos programas de notificação e laboratoriais a serem disponibilizados pela SESMA-BELÉM		X	X	X									
Levantamento de dados mensais de causas de óbito para construção de indicadores de perfil epidemiológico		X	X	X									
Seguimento da Comissão de Vigilância Epidemiológica		X	X	X									
Implantação de fluxo com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico do hospital.		X	X	X									
Alinhamento de fluxo e treinamento referente as plataformas Sivep-Gripe e E-SUS Notifica, junto a equipe do setor NVE.			X										

Alinhamento de fluxo e treinamento referente as de notificações de doenças e agravos das fichas SINAN, junto a equipe do setor NVE.				X									
Considerações: Ainda seguimos no aguardo de devolutiva da SESMA-BELÉM quanto a atualização do serviço do NVE/HRAS nas plataformas de notificação (SINAN, SIVEP/GRIPE e E-SUS).													

04 Possibilidades de Melhorias		
Situação detectada	Áreas envolvidas	Sugestão proposta
1) Ausência de notificação dos casos suspeitos de Síndrome Gripal (assintomáticos respiratórios) recebidos na porta de entrada do HRAS e dos pacientes que foram solicitados testes rápidos como protocolo para descarte de possível infecção por SARSCoV-2	-Pronto Socorro -Laboratório -Núcleo de Vigilância Epidemiológica -Diretoria Técnica	-Fortalecimento e divulgação do fluxo de notificação; -Fortalecimento do protocolo de admissão de pacientes com suspeita de Síndrome Gripal;
2) Inconsistência de informações nas fichas de notificação compulsória	-Área assistencial	-Fortalecimento e divulgação do preenchimento correto das fichas de notificação;



3) Ausência de preenchimento do formulário de revisão de óbito.	-Diretoria Técnica -Corpo Clínico Assistencial - Médicos	-Fortalecimento e divulgação do fluxo e preenchimento do formulário supracitado;
4) Ausência de fluxo para destino de peças anatômicas e abortamentos	- Centro Obstétrico - SHL	-Elaboração e implementação de fluxo para destino de peças anatômicas e abortamentos
Considerações: A partir do alinhamento com os setores envolvidos serão planejadas intervenções em conjunto para melhoria nas situações identificadas pela atual gestão.		

05 I Principais Indicadores e Dados Estatísticos [Anexo]

Considerações:

- 1) Número e proporção de notificações de doenças de notificação compulsória (ANEXO A);
- 2) Óbitos ocorridos no HRAS (ANEXO A);
- 3) Retificações de Declarações de óbito e Declarações de Nascidos Vivos realizadas no HRAS.



06 | Pontos Relevantes e Considerações Gerais

- Após realização de reunião com a equipe e alinhamento de fluxos e processos de trabalho, foram retomadas as notificações de eventos por parte dos colaboradores do NVE, reforçando junto a equipe como ferramenta para melhorias de processos.
- Identificado que dentre as fichas SINAN com inconsistências de informação, há uma maior incidência nas fichas de notificação de Sarampo/Rubéola, gerando um pequeno volume de fichas de notificação com pendências de informação (campos não preenchidos) e ausência de solicitação de exame do profissional responsável pelo preenchimento da ficha juntamente ao laboratório, foram encaminhadas aos gestores de áreas para providencias.
- Identificado também no mês de fevereiro a ausência de solicitação de exames quando se trata de crianças expostas ao HIV, mesmo quando a gestante tem um resultado positivo, gerando inconsistências de dados nas fichas SINAN.

Data	Carimbo/Assinatura (Gestor)	Diretoria Executiva (Ciente)
03/03/2022		

ANEXO A – INDICADORES DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HRAS

Demonstrando abaixo o quantitativo de doenças, eventos e agravos em saúde notificados ao NVE do mês de janeiro.

Quadro 1 – Dados de Notificação Compulsória, HRAS.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CASOS DE DOENÇAS, EVENTOS OU AGRAVOS EM SAÚDE DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

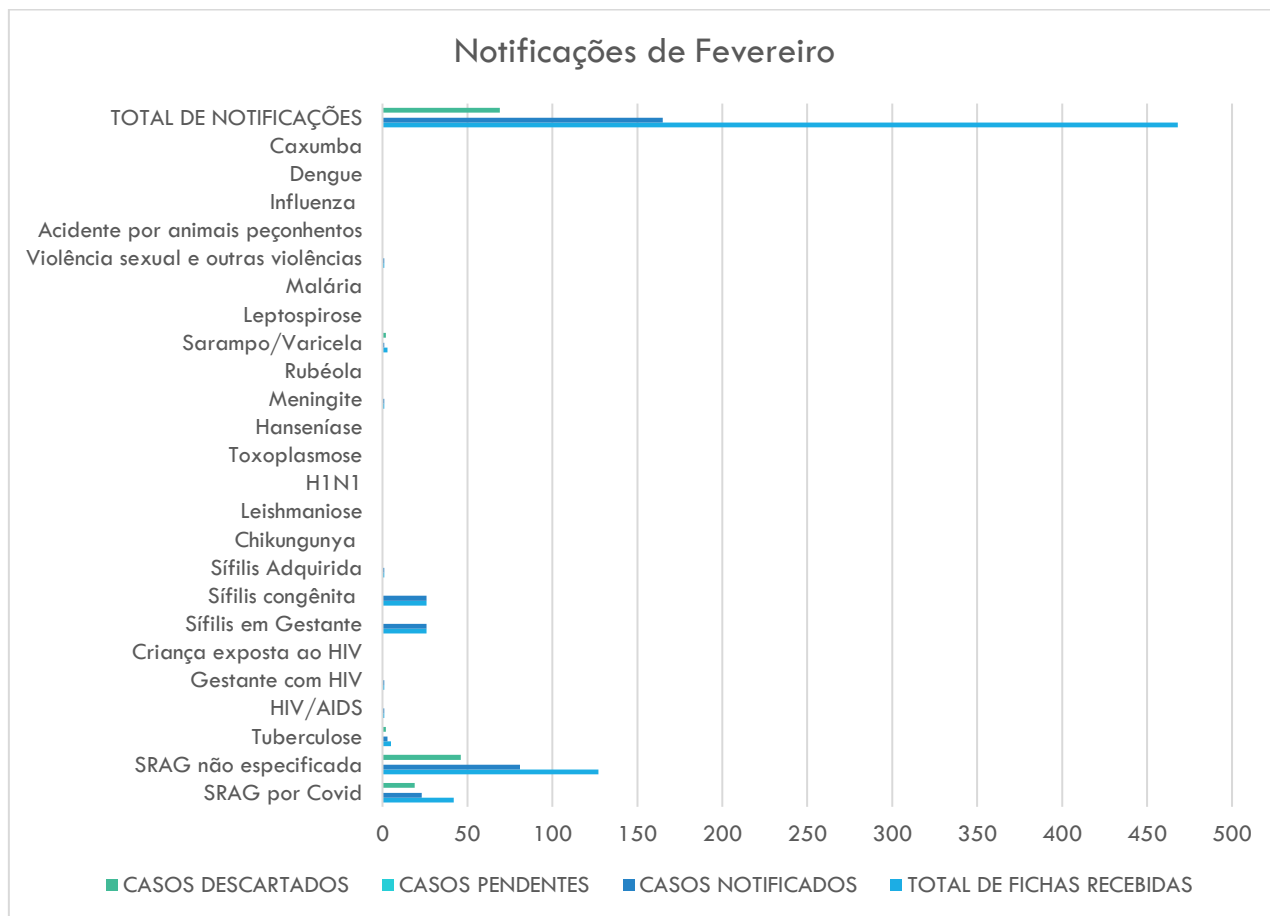
DOENÇAS, EVENTOS E AGRAVOS	TOTAL DE FICHAS RECEBIDAS	CASOS NOTIFICADOS	CASOS PENDENTES	CASOS DESCARTADOS
SRAG por Covid	42	23	0	19
SRAG não especificada	127	81	0	46
Tuberculose	5	3	0	2
HIV/AIDS	1	1	0	0
Gestante com HIV	1	1	0	0
Criança exposta ao HIV	0	0	0	0
Sífilis em Gestante	26	26	0	0
Sífilis congênita	26	26	0	0
Sífilis Adquirida	1	1	0	0
Chikungunya	0	0	0	0
Leishmaniose	0	0	0	0
H1N1	0	0	0	0
Toxoplasmose	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0
Meningite	1	1	0	0
Rubéola	0	0	0	0
Sarampo/Varicela	3	1	0	2
Leptospirose	0	0	0	0
Malária	0	0	0	0
Violência sexual e outras violências	1	1	0	0
Acidente por animais peçonhentos	0	0	0	0
Influenza	0	0	0	0
Dengue	0	0	0	0
Caxumba	0	0	0	0
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	468	165	0	69

Fonte: NVE HRAS, 2022.

Total de fichas, são consideradas todas as fichas SINAN recolhidas pelo NVE, sendo que destas, após análise, algumas fichas são concluídas como caso descartado onde os exames constam resultado negativo. Casos notificados são aqueles que fica confirmado o agravo por resultado de exame positivo e/ou critério clínico diagnosticado pelo médico assistente. Porém, temos os casos pendentes onde a ficha de notificação contem campos

não preenchidos pelo profissional responsável pela notificação. Tais fichas são encaminhadas ao responsável e/ou gestor do setor notificante para preenchimento das informações ausentes. Destacamos que as fichas pendentes são casos que não são notificados aos órgãos reguladores devido a falta das informações impedirem a conclusão do caso.

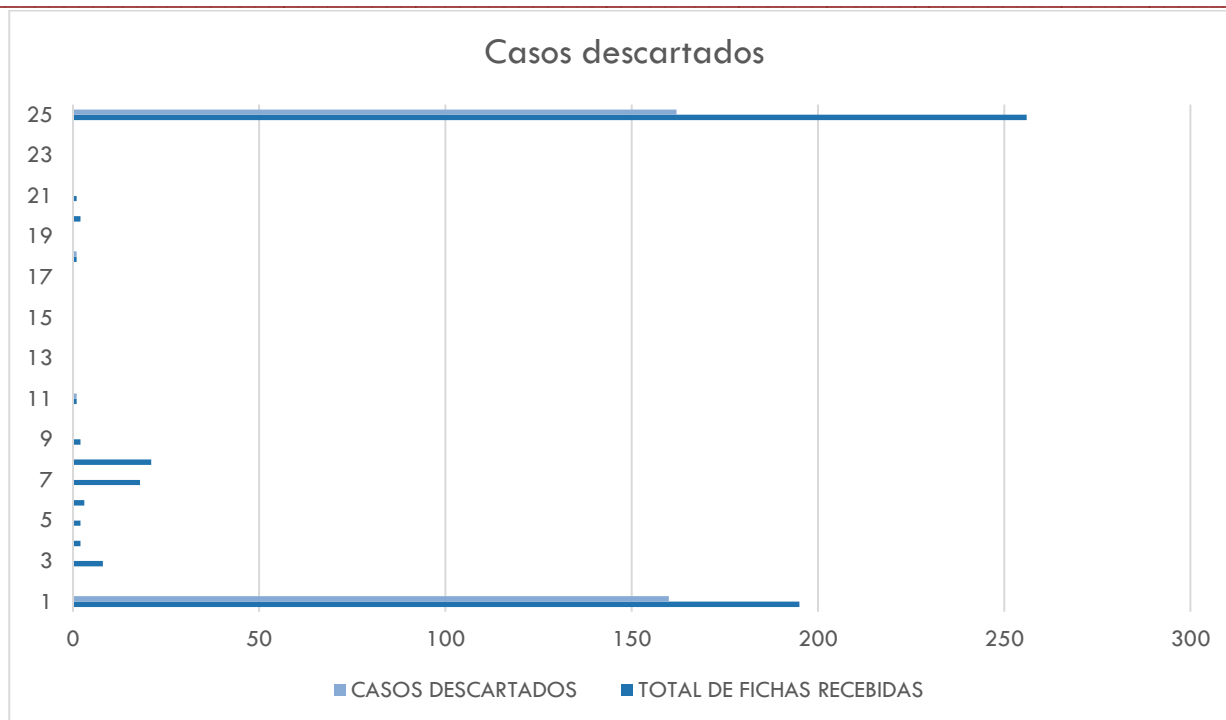
Gráfico 1 - Dados de Notificação Compulsória do mês de janeiro.



Fonte: NVE HRAS, 2022.

Casos que foram confirmados e notificados aos órgãos reguladores, por tipo de doença.

Gráfico 2 – Notificações com casos descartados por comprovações laboratoriais por tipo de doenças e agravos.



Fonte: NVE HRAS, 2022.

O gráfico 2 demonstra o quantitativo de casos que foram descartados por confirmação laboratorial.

Gráfico 3 - % de notificações descartadas.



Fonte: NVE HRAS, 2022.

O gráfico 3 se refere ao percentual de fichas que foram levantadas suspeitas de casos, porém descartadas por meio de comprovação de exames.

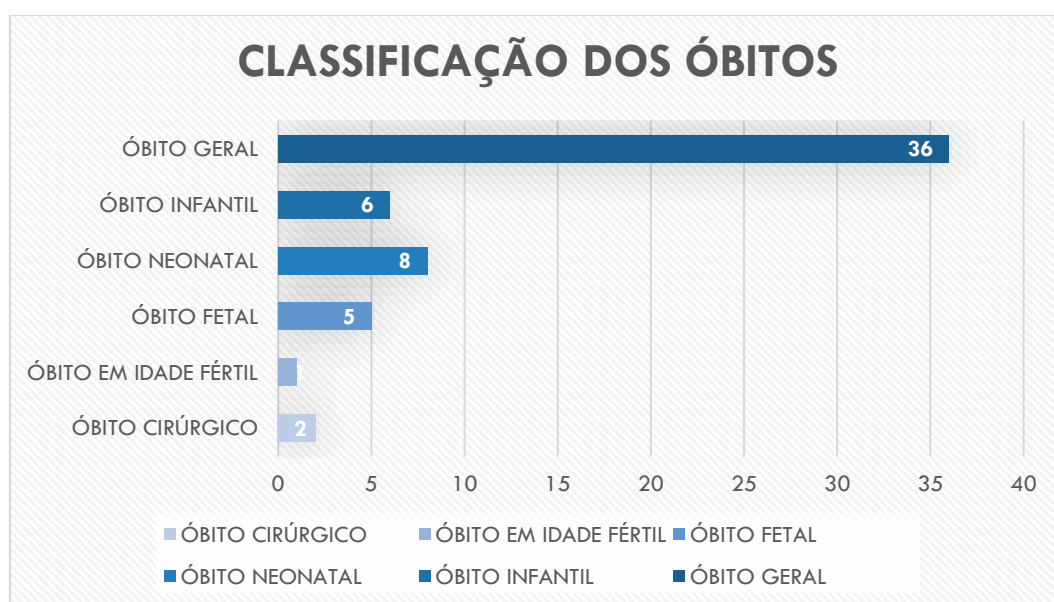
Quadro 2 – Dados de Óbitos referentes ao mês de janeiro.

ÓBITOS OCORRIDOS NO HRAS	
DOCUMENTOS EMITIDOS	JANEIRO
Declaração de Óbito	56
S.V.O	01
I.M.L	01
TOTAL	58

Fonte: NVE HRAS 2022. Nota: SVO: Serviço de verificação de óbito

Nos casos dos óbitos onde não se é possível atestar a causa é acionado o serviço de verificação de óbito (SVO) vinculado ao Instituto Médico Legal (IML). Óbitos encaminhados ao IML (Instituto Médico Legal) são aqueles constatados por sinais de violências.

O gráfico 4 - % dos tipos de óbitos ocorridos no mês de janeiro.



Quadro 3 – Retificações de Declaração de Óbito e declaração de Nascidos Vivos.

RETIFICAÇÕES REALIZADAS NO MÊS DE JANEIRO	
Declaração de Óbito	13
Declaração de Nascidos Vivos	27
TOTAL	40

Fonte: NVE HRAS 2021.

Das 56 declarações de óbito emitidas, foram retornadas da SESMA 13 para retificação, ou seja, as mesmas apresentavam inconsistência de informação. Sendo que as declarações de óbito que apresentaram inconsistência de informações e receberam tratativa em tempo hábil estão sendo contabilizadas para apresentação no mês subsequente.

O setor emitiu 246 Declarações de Nascido Vivo no mês de janeiro, sendo que dessas, retornaram 27 declarações para retificação por diversos motivos entre os quais haviam campos em branco e ausência de assinatura do profissional.

Tais situações refletem a necessidade de maior atenção ou mesmo compreensão da equipe assistencial (médicos e enfermeiros) sobre a importância do preenchimento correto dos documentos e/ou capacitação dos profissionais quanto aos critérios e informações que devem constar nas fichas de notificação, declarações de óbito e declarações de nascidos vivos.

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão: 003

Página 1 de 2

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento (x) Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão () Outros:

Interações de (x) Processo () entre comissões

Quais? Acompanhamento de Homologação da Comissão

Objetivo: Reunião Mensal CEENF

Local da Reunião: Sala da Pirass

Responsável pela reunião: Enf. Helen Monteiro

Secretário(a): Jean Lima

Data: 15/02/2022

Hora de início: 10h

Hora de término: 10:15

Duração total: 15min

2. Pauta:

Nº Assuntos:

01

Homologação

02

Recolhimento das CEENF

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: ___/___/___ Ata nº: ___

4. Assuntos discutidos/Decisões:

01 Aguardando homologação do Conen/PA, CEENF/HRAS em
etapa de formalização das documentações dos membros

1- Enf. Daniel

2- Enf. Lucilene Silva

3- Enf. Vitor Hugo

4- TE Barbara Di Paula

5- TE Rosilene

6- Enf. Jay Guimarães

2- Conforme orientação do Conen/PA, não incluem membros da ges-
tão. Portanto, revisado a lista de membros.

5. Encaminhamentos via plano de ação**:

Ofício nº: 49/2022-ABELARDO SANTOS/PA

À

Ilustríssima Senhora Danielle Cruz Rocha
Conselho Regional de Enfermagem do Pará

Assunto: Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos.

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com sede na Avenida Augusto Montenegro Km 13, S/N Agulha - Campina de Icoaraci, Belém - PA, 66811-000, devidamente inscrito no CNPJ/MF sob nº 18.963.002/0011-13, responsável pela gestão do HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS, por intermédio de seus representantes que este subscreve, informar que encontra-se sob a gestão do HRAS desde o dia 07/10/2021, publicação no diário oficial em anexo.

Outrossim, em cumprimento ao Art. 4º da Resolução COFEN nº 593/2018, cujo qual dispõe sobre a obrigatoriedade da implementação da Comissão de Ética em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores, segue acostado ao presente ofício, para os devidos fins legais, a lista de membros nomeados e o regimento norteador das atividades.

No mais, nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Belém/PA, 31 de janeiro de 2022.



Instituto Social Mais Saúde
Carla Soares Alves
Diretora Presidente



Hospital Regional Dr. Abelardo Santos
Marcos Paulo Araújo Silveira
Diretor Executivo

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

	HOSPITAL REGIONAL DR ABELARDO SANTOS			 GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ <i>Secretaria de Saúde Pública</i>
	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM – CEENF			
	LISTA DE MEMBROS DA COMISSÃO			
	Código: FOR.HRAS.CEENF.001	Versão: 001	Página 1 de 1	

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Integrante	Função do colaborador na instituição	Função na comissão
Daniel Tapajós de Freitas 618950 ENF	Enfermeiro diarista	Presidente
Lucilene Lima Moraes da Silva 609692 ENF	Enfermeira	Vice-presidente
Tatiana Macedo Costa 571000 ENF	Enfermeira	Secretária
Vitor Hugo Pantoja Souza 453845 ENF	Enfermeiro	Membro
Daiane da Silva Fonseca 1360261 TE	Técnica de Enfermagem	Membro
Bárbara DI Paula Alves Gomes 1454063 TE	Técnica de Enfermagem	Membro
Rosilene Trindade Maciel Garcia 417855 TE	Técnica de Enfermagem	Membro
Jocy Kelly Batista da Costa Guimarães 694793 ENF	Enfermeira	Membro

Renata Ferreira Gomes de Oliveira
CORÉEN-PA-290.482-ENF

Assinatura

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	

1. Identificação: Comissão de Farmácia e Terapêutica ATA nº: _____

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
☒ Comissão () Outros:

Interações de ☒ Processo () entre comissões
 Quais? Farmácia, Almoxearifado e Faturamento CFT

Objetivo: Reunião Mensal da CFT: Fev/2022.

Local da Reunião: DEP sala 01

Responsável pela reunião: Telma Araújo Secretário (a): Tatiana Dias

Data: 15/02/22 Hora de início: 15h Hora de término: 16h Duração total: 1h

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
1-	<u>Abertura da reunião pela presidente da comissão</u>
2-	<u>Pendências almoxearifado.</u>
3-	<u>Pendências CAF</u>
4-	<u>Prorrogação de prazo do almoxearifado para a entrega do padrão</u>
5-	<u>Redução de custo dos curativos após padronização.</u>

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 15/02/22 Ata nº _____

4. Assuntos discutidos/Decisões:

- Padronização dos produtos de almoxearifado até 22/02/22
- R\$ 900 p/ 70.000 → redução de custos de curativos após a padronização.
- O Hospital pediu prorrogação de prazo para entregar o padrão do almoxearifado.
- Dr. PH, juntamente com a presidente da comissão e a farmacêutica Tatiana fizeram ajustes sobre alguns medicamentos para padronizar.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo
- Prazo para entregar a padronização do almoxarifado.	Marcelo	até o dia 22/02/22.

6. Participantes*

1.	Stilane M. de L. Figueiredo
2.	Raulo Henrique de Ataide Pereira
3.	Carla dos Reis Pereira
4.	Alexandro Pereira Gouveas
5.	Lucimara Leite Veloso
6.	Thais Araújo
7.	Arall Lima
8.	Jayane Raposo dos Santos
9.	Marcelo B. Yndolanga
10.	Tatiana Dias Oliveira
11.	Fátima Lucia Araújo Ferreira
12.	Tibetika Beltrão Lopes
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 1 de 3

1. Identificação: Reunião ordinária GTH

ATA nº 04 02

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião Mensal do GTH, Fev/2022

Local da Reunião: SALA 2 NO DEP

Responsável pela reunião: Suelen

Secretário (a): Mabelle

Data: 15/02/2022

Hora de início: 14h

Hora de término:
15:30h

Duração total: 1h30min

2. Pauta:

Nº Assuntos:

01 Feedback sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência

02 Projeto Biblioteca Itinerante do HRAS

03 Dia internacional das mulheres

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 11/01/2022 Ata nº 04

4. Assuntos discutidos/Decisões:

1º pauta: Feedback sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência

- ✓ Atingimos 65 alunos das escolas públicas e privadas e um total de 235 colaboradores HRAS. (realização de palestras e roda de conversas)
- ✓ Escola municipal Avertano Rocha e Madre Celeste;

2º pauta: Projeto Biblioteca Itinerante do HRAS

- ✓ Suelen apresentou ao grupo o Carrinho que ficarão os livros;
 - Estratégia para a arrecadação de livros?
- ✓ Promover uma gincana interna até o dia 14/03.
- ✓ Haverá premiação para o setor que realizar mais doações de livros na gincana.
- ❖ Sugestão da premiação: um Coffe. (autorizado pela direção)
- ✓ Inauguração da biblioteca itinerante no dia 15/03?
- ✓ A Biblioteca será apresentada em todas as unidades de internação pelos membros do GTH.

	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

- Será definido metodologia e cronograma;
- ✓ O projeto acontecerá todas as terças-feiras, as 10h ou 15h, e contará com uma pessoa responsável por semana. (a definir)

3º pauta: Dia internacional das mulheres

- ✓ Radarani: irá contactar músicos (UFPA)
- ✓ Suelen: irá entrar em contato com os palhaços da alegria
- ✓ Mini palestra no ambulatório: Tema: saúde da mulher?

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo

6. Participantes*

Participante (s):

- 1- Suelen Santos- Analista de humanização/ Presidente
- 2- Mabelle Pereira – Supervisora SAU/1ª secretária
- 3- Keliane Luz– Supervisora DEP/ membro
- 4- Aline Pereira – Psicóloga/ membro
- 5- Jamily Silva- Enfermeira NEP/ membro
- 6- Radarany Andrade- Psicóloga /membro
- 7- Alessandra Gomes – Enfermeira NQSP/ Membro
- 8- Renata Soares – Assistente social/ 2º Secretário
- 9- Aline Pereira – Psicóloga/ Membro
- 10- Ana – enfermeira SCIH/ membro
- 11- Larissa- Psicóloga/ Membro

Ausente (s):

- 1- Brenda Ramos – enfermeira SCIH/ membro (sem justificativa)
- 2- Keiza Furtado – enfermeira ambulatório/ membro (sem justificativa)

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 3 de 3

- 3- Suzane Silva – analista NEP/ membro (sem justificativa)
- 4- Shamira Resque - supervisora da Urgência pediátrica/ membro (sem justificativa)
- 5- Deyvison Gomes- Analista de RH/ membro (sem justificativa)
- 6- Amanda Vasconcelos- Psicóloga/ Membro (sem justificativa)
- 7- Bruna Nazaré – Assistente social/ Membro (sem justificativa)
- 8- Paula Pereira – Assistente Social/ Membro (sem justificativa)
- 9- Monique Baima– Supervisora SESMT/Membro (sem justificativa) (sem justificativa)
- 10- Amalia – auxiliar adm do ambulatório/ Membro (sem justificativa)
- 11- Lucileia – supervisora hemodiálise/Membro (sem justificativa)
- 12- Marcos Silveira- Diretor executivo/ Vice presidente (sem justificativa)

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABERLADO SANTOS			
	Formulário – Núcleo de Educação Permanente			
	LISTA DE FREQUÊNCIA			
	Código: FO.HRAS.NEP.001	Versão: 003	Página 1/1	

☐ Treinamento	☐ Palestra	☐ Oficina	☒ Reunião	☐ Orientação
Tema/Assunto: <u>Reunião Ordinária GT 4</u>				
Data: <u>15.02.2022</u>		Local: <u>1º W 00</u>		
Horário de início: <u>14h</u>		Horário de término:		Carga horária:
Responsável: <u>Suelen</u>				
Instrutor/palestrante: <u>Suelen</u>				
Setores envolvidos:				

Nº	NOME COMPLETO (LETRA DE FORMA)	FUNÇÃO	SETOR	MATRICULA	ASSINATURA
1	<u>Valle L. B. Feijó</u>	<u>Supervisor SQU</u>			<u>Valle</u>
2	JAMILLY CRISTINA DA SILVA SILVA	<u>Enfermeira</u>	<u>NEP</u>	<u>1847</u>	<u>[Assinatura]</u>
3	RADHARAY DO NASCIMENTO ANDRADE	<u>Psicóloga</u>	<u>RH</u>	<u>1705</u>	<u>[Assinatura]</u>
4	<u>Heliana Luz dos Reis</u>	<u>Analista</u>	<u>DEP</u>		<u>[Assinatura]</u>
5	<u>Alvionda T. Gomes</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>NA SP</u>	<u>1713</u>	<u>[Assinatura]</u>
6	<u>Ana Carolina Almeida Ribeiro</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>SCIH</u>	<u>2866</u>	<u>[Assinatura]</u>
7	<u>[Assinatura]</u>				
8	<u>ALINE VALERIA DA S. FERREIRA</u>	<u>PSICÓLOGA</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>2905</u>	<u>[Assinatura]</u>
9	<u>Larissa Raquel V. Lima</u>	<u>Psicóloga</u>	<u>Hosp/Assist</u>	<u>2904</u>	<u>[Assinatura]</u>
10	<u>Renata Soares Nogueira</u>	<u>A. Social</u>	<u>Serviço Social</u>	<u>2914</u>	<u>[Assinatura]</u>
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

X Suelen Santo
Responsável



	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	Página 2 de 2	

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo

6. Participantes*

1.	Suellem Maria da Silva Santos
2.	Alcides Valéria da S. Pereira.
3.	Marisa Raquel J. Lima
4.	Renata Soares Menezes
5.	Albino S. Freire
6.	Jaminy Silva
7.	Rafaela do Nascimento Andrade
8.	Ana Carolina Almeida Ribeiro
9.	Alexsandra Pereira Gomes
10.	Keliane Luz dos Reis
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 1 de 2

1. Identificação: CIHDOTT

ATA nº: 02/22

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Implementação da CIHDOTT

Local da Reunião: Sala 2 do DEP.

Responsável pela reunião: Leucineia Veloso

Secretário (a):

Data: 17/02/22

Hora de início: 15h

Hora de término: 16h Duração total: 1h

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Abertura
02	Resultado do plano de ações do mês anterior
03	Legislação

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 24/01/22 Ata nº 01/22

4. Assuntos discutidos/Decisões:

01 - Enfª Leucineia realizou a abertura da reunião e leu os planos de ações da última reunião e relatando o desenvolvimento de cada um. O protocolo de ME já foi criado pelo Dr. Paulo Henrique, o mesmo informou que enviou o protocolo para o Dr. Erick Paschoal para análise. Rosana comunicou que nos tem retorno do Hospital Ophi Bayla sobre a rotina de formulários/abordagem, com isso a Enfª Brenda se prontificou de entrar em contato com o Hospital Metropolitano para viabilizar o plano de ações em questão. A Enfª Jamilly explicou que a escala de Glasgow não está no Sistema PR, desta maneira entrou em contato com a T.I para saber como fazer para sua introdução no Sistema. Por fim foi levantado a necessidade de fazer o plano de contingência que é criar um formulário da escala para UTI adulto, pediátrica e neo. Já sobre o tema da Enfª Leucineia relatou que entrou em contato com a CNCD e a deliberativa da data do andamento será no dia 18/02. Foi levantado a necessidade da aprovação da legislação que rege a CIHDOTT, posteriormente foi realizada a leitura e discussão da portaria nº 2600/2009 - Regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplante.

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 2 de 2

5. Encaminhamentos viam plano de ação:**

[illegible]

6. Participantes^a

1. Paulo Henrique de Almeida Pereira.
2. Roxane Ribeiro Carneiro
3. Marcia Roberta da C. Oliveira
4. ~~Isabela Gomes de Souza~~
5. Brenda Gomes de Souza
6. Sanyaz Wilson Gomes Pereira
7. Deborah Cristina F. Branco
8. Rosamaria Pereira Gomes - N.º 27.
9. Luciane Freire Veloso
10. Joa Luísa de Sousa Nunes
11. Amanda Ceres Vasconcelos Oliveira.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

* Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	

1. Identificação: Núcleo de Manutenção Geral ATA nº: 01

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão () Outros:

Interações de (x) Processo () entre comissões
Quais?

Reunião Mensal da NMG NMG

Objetivo: Sistematizar a abertura de Chamados.

Local da Reunião: Sala 3 de DEP

Responsável pela reunião: Lucas Andrade Secretário (a): Júlia

Data: 17/02/22 Hora de início: 14:00 Hora de término: 15:00 Duração total: 01:00

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
1	<u>Abertura de Chamados para engenharia elétrica e Manutenção Predial com indicadores e acompanhamento de QG.</u>

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: ____/____/____ Ata nº ____

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Pendências de equipamentos e estrutura com impacto no usuário, reuniões com fiscalizações voltadas para a qualidade com os SSBs e as Intalações do Hospital.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

5. Encaminhamentos via plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo

6. Participantes*

1.	Walcir Adriano Silva
2.	Samira Stela Gomes Pereira
3.	Cassabete Justina F. Franco
4.	Ricardo Ambrósio
5.	
6.	Milene M. de F. Figueiredo (Representante dos UI)
7.	Alessandra T. Gomes - NASP.
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

	Formulário – Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante			
	Relatório CIHDOTT			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 1 de 3	

1. Introdução

A comissão Intra-Hospitalar de doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT está subordinado à Diretoria Técnica e Assistencial e constituída de acordo com a portaria GM/MS nº 2.600 de outubro de 2009.

Considerando que o transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado) ou tecido (medula óssea, ossos, córnea, entre outros) de uma pessoa doente (receptor) por um outro órgão ou tecido normal de um doador, vivo ou morto.

É um tratamento que pode salvar e/ou melhorar a qualidade de vida de muitos pacientes, sendo muitas vezes a tão esperada resposta para milhares de pessoas com insuficiência orgânicas terminais, ou cronicamente incapacitantes.

2. Objetivo

Esta comissão foi criada com intuito de primário de assessorar a Diretoria Técnica e Diretoria Assistencial do Hospital regional Dr Abelardo Santos, através de orientação, coordenação e controle das atividades referente à captação, retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com fins terapêuticos, científicos e humanísticos.

3. Membros da Comissão/Equipe

Integrante	Registro conselho	Função na Organização	Função na Comissão
Paulo Henrique de Ataíde Pereira	CRM	Diretor Técnico	Responsável Técnico
Lucinéia Freita Veloso	COREN	Coordenadora de Enfermagem	Presidente
Marcia Roberta da Conceição Oliveira	COREN	Enfermeira Diarista	Vic-presidente
Amanda Ceres Vasconcelos Werneck	CRP	Psicóloga	Secretaria
Renata Ferreira Gomes de Oliveira	COREN	Diretora Assistencial	Membro
Hellen Karinna Monteiro	COREN	Enfermeira NQSP	Membro
Bruce Edmilson Souza da	COREN	Enfermeira Diarista	Membro

	Formulário – Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante			
	Relatório CIHDOTT			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 2 de 3	

Costa			
Daniel Tapajós de Freitas	COREN	Intensivista	Membro
Erick Romero Paschoal Albuquerque	CRM	Neurologista	Membro
Jamilly Cristina da Silva Silva	COREN	Enfermeira Educação Continuada	Membro
Rosana Ribeiro Carrera	COREN	Assistente Social	Membro
Vera Lúcia de Sousa Nunes	COREN	Supervisora do complexo cirúrgico	Membro
Brenda Ramos de Souza	COREN	Enfermeira da SCIH	Membro

4. Atividades desenvolvidas

Na reunião da comissão, realizada no dia 17/02/22 foi realizada leitura do plano de ação da primeira reunião, realizada no mês de janeiro.

O protocolo de ME já foi escrito e está para avaliação do Neurologista. Os impressos estamos contactando com a equipe do Hospital Metropolitano para realização de uma visita na Instituição. A escala de Glasgow não tem no sistema PR, iremos confeccionar um impresso e encaminhar para qualidade para avaliação e possível implantação no sistema PR. Entrado em contato com a equipe da CNCDO, que agendou o treinamento para o dia 08/03/22 nesta Instituição.

Nesta reunião foi levantada a necessidade de os membros terem conhecimento das legislações que norteia a CIHDOTT. Iniciamos a leitura da portaria 2.600/2009, capítulo III, sessão II "Das comissões Intra-Hospitalares de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTTs".

Nesta reunião tivemos a ausência de dois membros que enviaram representantes. Foi conversado sobre a inserção de dois novos membros na comissão que, iremos enviar o convite estarem presente na próxima reunião.

5. Resultados esperados

(Anexar ficha de indicadores e análise crítica em ANEXOS)

5.1.1 Indicador e análise crítica

5.1.2 Plano de ação

Item da ação	Responsável	Prazo
Protocolo de morte Encefálica	Dr. Paulo Henrique	Fevereiro/ Março
Habilitação da comissão	Dr. Paulo Henrique e Lucinéia Veloso	Fevereiro/ Março
Rotina de formulários/Abordagem	Amanda/Rosana/Brenda	Fevereiro/ março
Escalas de Glasgow e Rass no PR	Jamilly e Vera	Fevereiro
Verificar a agenda da CNCDO	Lucinéia Veloso	Agendado 08/03/22
Formulário da escala de Glasgow	Jamilly/Vera	Março
Neurocheck	Daniel/Marcia	Março

6. Considerações Gerais

A comissão é de suma importância para a nossa instituição, assim como os pacientes, que dependem do transplante, com este propósito iremos trabalhar arduamente para a habilitação da comissão e treinamentos, fornecido pela equipe da central estadual de transplante, que demonstra interesse na parceria.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	Página 1 de 2	

1. Identificação: Comissão do PGRISS ATA nº: 02

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião mensal do PGRISS

Local da Reunião: Sala 02 - DEP

Responsável pela reunião: Maurício Mangalho Secretário (a): Barissa Junes

Data: 21/02/2022 Hora de início: 15h Hora de término: 16:30 Duração total: 1 hora 30 min

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Atribuições do PGRISS
02	Consolidar o descarte correto
03	Cronogramas - visitas semanais
04	Descarte final dos resíduos
05	Treinamentos para Assistência

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 13/01/22 Ata nº 01

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Simar - Controle do MTR - Manifesto de transporte de resíduos
descontaminantes, do resíduo químico
realização de treinamentos para equipes
facilitar os treinamentos de descarte
elaboração de etiquetas

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	FORMULÁRIO – Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente			
	PLANO DE AÇÃO 5W2H			
Código: FO.HRAS.NQSP.005	Versão: 002	Página 1 de 1		

Título: Comissão do PG-RSS										Data: 21/08/22	
Objetivo: Reunião mensal do PG-RSS											
Setor: Comissões											
Responsável: Maurício Neogabho											
Ação	Para Quê?	Quem?	Como?	Quando?		Onde?	Custo?	Obs:	Status*		
				Início	Fim						
treinamentos	para a conscientização	Assistencial	treinamento	—	—	—	—	—	Em andamento		
Ativizações dos discentes	Ativizações	Assistencial	Ativizações	—	—	Local	—	—	Em andamento		
(Tombamentos)			Padrões								
Ativizações dos discentes	Padrões	Assistencial	Padrões	—	—	Local	—	—	Em andamento		
Ativizações											
(elaboração)											

	Formulário – SHL			
	Relatório Comissão do PGRSS			
	Código:	Versão:	Página 1 de 3	

1. Introdução

A administração dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, novos ou em funcionamento, sejam da administração pública ou privada, deverá apresentar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS) junto às autoridades municipais competentes. Define-se "prestadores de serviços de saúde" como qualquer estabelecimento prestador de serviços de assistência à saúde humana e animal que, devido à sua especificidade ou tipos de resíduos gerados, a autoridade sanitária e/ou ambiental considere que deva apresentar o PGRSS conforme definição da Resolução CONAMA nº358/2005 e RDC ANVISA nº 222/18 ou as que vierem a substituí-las.

2. Objetivo

A reunião realizada com os membros da comissão tem como o objetivo a ser discutido e desenvolvido as atribuições do PGRSS, planos de ações para conscientizar o descarte do resíduo, buscando melhorias e padronizações.

3. Membros da Comissão/Equipe

Integrante	Função na Organização	Função na Comissão
Mauricio Mesquita da Paixão	Supervisor do SHL	Presidente
Patrícia Araújo Quaresma	Coordenadora Administrativa/ Financeiro	Vice- Presidente
Larissa da Luz Nunes	Analista Administrativa	1ª Secretária
Rosana da Silva Fernandes	Enfermeira do Trabalho	2ª Secretária
Fernando Cardoso da Silva	Técnico de Segurança do Trabalho	Membro
Marco Aurélio Barroso de Souza	Encarregado Limpeza	Membro
Daniel Caridade dos Anjos	Técnico de Enfermagem	Membro
Vanessa Daniele B Gonçalves	Farmaceutica	Membro
Ligia dos Reis Pereira	Enfermeira da SCIH	Membro

	Formulário – SHL			
	Relatório Comissão do PGRSS			
	Código:	Versão:	Página 2 de 3	

Glauber Lucio das Neves Coelho	Enfermeiro	Membro
Alessandra Pereira Gomes	Enfermeira do NQSP	Membro
Kelly Cristiane Santos Rodrigues	Enfermeira NEP	Membro
Thais Araújo Soares	Supervisora Nutrição	Membro
Paula Rayra Neri Cardeal	Enfermeira CME	Membro
Adriela Crislene Araújo Brito	Supervisora de Enfermagem	Membro
Thalita Beltrão Lopes	Supervisora Enfermagem CO	Membro
Shamira Yasmin Resque Carvalho costa	Supervisora da Urgência	Membro
Tatiana Dias Oliveira	Farmacêutica	Membro
Rosinete Conceição Souza Soares	Enfermeira do Trabalho	Membro
Maggie de Cássia Lobo Lisboa	Téc. De Enfermagem do Trabalho	Membro
Suzi Lorena das Neves Silveira	Líder de Produção Lavanderia	Membro

4. Atividades desenvolvidas (*Tarefas do setor/comissão, capacitação, visita técnica, treinamentos, reuniões e afins, anexar evidencias.*)

A comissão discutiu a necessidade da divulgação junto a finalidade do PGRSS para todos os colaboradores do Hras, como funciona o controle do SINIR (Manifesto de Transporte de Resíduo), o acondicionamento do resíduo químico, ser realizado treinamentos para as equipes, a elaboração de etiquetas para lixeiras e a padronização dos tamanhos de descartables.

4.1.2 Plano de ação

Orientação de agregação dos resíduos
Treinamentos
Padronização dos descartables
Elaboração das etiquetas

	Formulário – SHL			
	Relatório Comissão do PGRSS			
	Código:	Versão:	Página 3 de 3	

5. Considerações Gerais

Reunimos com os membros da comissão junto a presença do Engenheiro Ambiental Renan Pascoal e a Engenheira Sanitarista Susana Kelli Aquino, os mesmos apresentaram as atribuições do PGRSSS e suas finalidades, sendo assim, criamos planos de ação, discutimos assuntos para melhorias.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

1. Identificação: Comissão do PGRSS

ATA nº: 02

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião mensal do PGRSS

Local da Reunião: Sala 02 - DEP

Responsável pela reunião: Maurício Marçalho Secretário (a): Baissa Jures

Data: 21/02/2022

Hora de início: 15h

Hora de término: 16:30

Duração total: 1 hora 30 min

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Atribuições do PGRSS
02	Conscientizar o descarte correto
03	Cronogramas - visitas semanais
04	Descarte final dos resíduos
05	Treinamentos para assistência

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 13/01/22 Ata nº 01

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Sinur - Controle do MTR - Manifesto de transporte de res
Disponibilização do resíduo químico
Realização de treinamentos para equipes
Identificar os membros de descarte
Laboratório de utiquetas

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	FORMULÁRIO – [SETOR DO DOCUMENTO]		
	RELATÓRIO [NOME DO DOCUMENTO]		
	Código: MOD.HRAS.NQSP.006	Versão: 001	

1. Introdução

Departamento responsável pelo planejamento, controle, organização e supervisão de toda a conservação, manutenção preventiva e corretiva da Estrutura Predial, incluindo todas as instalações elétricas, hidráulica e mecânica, bem como de todo o parque de equipamentos: eletromecânicos, hospitalares, incluindo o mobiliário clínico ou administrativo.

2. Objetivo

A Comissão de manutenção geral visa a comunicação intrasetorial do hospital afim de se ter a visão de vários setores a cerca dos problemas com equipamento e estrutura e realizar projetos e propostas para educar e orientar os colaboradores

3. Membros da Comissão/Equipe

NOME DO MEMBRO	FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO	FUNÇÃO NE COMISSÃO
LUCAS ALBUQUERQUE	COORDENADOR ENGENHARIA	PRESIDENTE
VINICIUS CARVALHO	COORDENADOR MANUTENÇÃO	VICE PRESIDENTE
WALERIA SILVA	COORDENADORA PATRIMONIO	1º SECRETÁRIA
LIGIA PEREIRA	COORDENADORA SCIH	2º SECRETÁRIO
VERA LÚCIA	COORDENADORA C.C	MEMBRO
ROSINETE SORES	ENF SEGURANÇA DO TRABALHO	MEMBRO
SANDRO WILSON	COORDENADOR LABORATÓRIO	MEMBRO
VLAMIR	COORDENADOR TI	MEMBRO
KARLA EMANUELE	COORDENADORA UTI	MEMBRO
ADRILÉIA BRITO	COORDENADORA UI	MEMBRO
WALBER EDSON	COORDENADOR ETA	MEMBRO
LAURIANE BARROS	COORDENADORA SADT	MEMBRO
LEUCIENE FREITAS	COORDENADORA TRS	MEMBRO
SUZI SILVEIRA	COORDENADORA LAVANDERIA	MEMBRO

4. Atividades desenvolvidas

Realizado reunião mensal dia 17-02-2022 – Assunto abordado: abertura de chamado pelo sistema de gestão das engenharias.

5. Resultados esperados

Obter dados para indicadores de performance.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	FORMULÁRIO – [SETOR DO DOCUMENTO]		
	RELATÓRIO [NOME DO DOCUMENTO]		
	Código: MOD.HRAS.NQSP.006	Versão: 001	

5.1.1 Indicador e análise crítica

5.1.2 Plano de ação

Implantar o sistema de chamado NEOVERO para abertura de chamada pela equipe assistencial.

6. Considerações Gerais

Conseguimos realizar a reunião e por diversos temas na mesa para analisar quais tarefas teriam maior impacto para a instituição.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	Página 1 de 2	

1. Identificação: CCP ATA nº: 02/2022

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Apresentar metas distribuídas entre os integrantes da comissão em reunião anterior.

Local da Reunião: Dep sala 02.

Responsável pela reunião: Milene Figueiredo

Secretário (a): Rafiana Medeiros

Data: 22/02/22

Hora de início: 10:00 Hora de término: 11:00 Duração total: 01:00

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Ficha de admissão da Comissão de pes.
02	Ferramenta de avaliação de nível e manutenção da pes.
03	Fluxo de acionamentos da Comissão
04	Falhas de orientação por alta.
05	Treinamento de curativo de vacas.

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 25/01/22 Ata nº 01/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Realizou-se apresentação das metas distribuídas entre os integrantes. Subseqüente decidiu-se: acrescentar características nutricionais a ficha de avaliação de nível e manutenção (tipo de dieta, consistência e suplementação); editar o fluxo de orientação por alta acrescentando mais informações e torná-lo mais intuitivo; manter a ficha de admissão da Comissão de pes; realizar acionamento da equipe CCP via PL. Apresentar metas pendentes em próxima reunião; realização de treinamento de curativo de vacas com os integrantes da Comissão.

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	

Item de Ação	Responsável	Prazo
Atualizar formulário de avaliação	Enfª Regiana	29/03/22
Ficha de avaliação de materiais	Enfª Milene	29/03/22
Atualizar Folheto de orientação	Enfª Quízia	29/03/22
Preparar Treinamento Qualificação	Enfª Brenda	29/03/22
Quadrante de Treinamento	Enfª Joel	29/03/22
Encaminhar formulário avaliação para a qualidade.	Enfª Regiana	29/03/22

6. Participantes*
1. Regiana Ramos Martins
2. Janniny C. da S. Silva
3. Flávia Lucio da Nova Coelho
4. Kley B. da Costa
5. Fabiana Marques T. Andrade
6. Dejenara Dália da Silva Costa
7. Van messer de A. Gonçalves
8. Joely Kelly Botelho da Costa Guimaraes
9. Keiza Cristina B. Fimidade
10. Milene M. de R. Figueiredo
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.
 ** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Alinhamento das tarefas e atualização da gestão documental do Comitê Transfusional (CT)

Local da Reunião: AGT

Responsável pela reunião: Coord. Hellen Monteiro Secretário (a): Assit. Idm Jean Lima

Data: 29/02/2022 Hora de início: 11:30 Hora de término: 11:45 Duração total: 15 min

2. Pauta:

Nº Assuntos:

- 01 Entrega de atas de Reunião do CT
- 02 Orientação de atualização documental do CT
- 03 Orientação do envio dos Relatórios do CT para o e-mail do NQSP.

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 13/12/2021 Ata nº 08

4. Assuntos discutidos/Decisões:

- ① Realizar atualização documental do CT e encaminhá-la via e-mail para o NQSP.
- Ter atenção ao preenchimento dos documentos e coleta das assinaturas.
- ② NQSP irá examinar os modelos padrões dos documentos: Ata Reunião, Lista de Presença, Relatório, Ficha de Inadmissibilidade.
- ③ Cumprimento dos prazos: 48h úteis entre Ata Reunião e envio Relatório; Planos de ações, tarefas e suas evidências anexados às atas de reunião e aos Relatórios.
- ④ Recebermos atualizado: Cronograma anual do CT (periodicidade a ocorrer a cada 3 meses, sendo 1ª reunião de 2022 a ocorrer em março)
- ⑤ Atualização das listas de membros do CT.

5. Encaminhamentos via plano de ação**:

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	Página 2 de 2	

Item de Ação	Responsável	Prazo
1. Atualizar Regimento do CI	Secretaria CI	02/03/2022
2. Envio via email dos Relatórios p/ NQSP		
3. Enviar documentos padronizados p/ CI	Jean	25/02/2022

6. Participantes*	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.
 ** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	

1. Identificação:

ATA nº: 01/2022

 Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
 (x) Comissão () Outros:

 Interações de () Processo () entre comissões
 Quais?

Objetivo: Reestruturação do Planejamento da Comissão CIPA

Local da Reunião: Sala do Sertão

Responsável pela reunião: Líder Ana Martins Secretário(a):

Data: 24/02/2022 Hora de início: Hora de término: Duração total:

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Revisão do Cronograma
02	Elaboração do Plano de Ação - CIPA

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 4-4 Ata nº -

4. Assuntos discutidos/Decisões:
5. Encaminhamentos viam plano de ação:**

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	FORMULÁRIO – SESMT/BOMBEIRO CIVIL			
	COMUNICADO			
	CÓDIGO:	VERSÃO: 001	PÁGINA 1 DE 1	

COMUNICADO

Venho através desta informar aos funcionários do **HOSPITAL REGIONAL DR ABELARDO SANTOS** que em virtude da renovação do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), iniciaremos a Seleção para Brigada de Incêndio que são grupos organizados de pessoas voluntárias ou não, segue abaixo para maiores informações:

Período de inscrição: 28/02/2022 a 23/03/2022

Local de inscrição: Setor de Segurança no Trabalho (SESMT)

Responsáveis: SESMT/BOMBEIRO CIVIL

Pré-requisitos:

- Permanecer na edificação;
- Possuir boa condição física e boa saúde;
- Ter responsabilidade legal;
- Ser alfabetizado.

NOTA – caso nenhum candidato atenda aos critérios básicos relacionados, serão selecionados aqueles que atendam ao maior número de requisitos, em concordância e ciente das atribuições do brigadista.

Observação:

1. Pedimos aos interessados procure o setor de segurança no trabalho;
2. Pedimos para os atuais brigadistas que compareçam ao setor do SESMT para atualizar cadastro.

Atenciosamente,

Diretor Executivo

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	FORMULÁRIO - SESMT		
	IMPLANTAÇÃO DA CIPA		
	CÓDIGO:	VERSÃO:	

BELÉM/PA, 24/02/2022.

De: SESMT

Para: EMPRESA

Ref: IMPLANTAÇÃO DE CIPA

GESTÃO: 2022/2023

Comunicamos que será implantado a "CIPA" em sua empresa, a partir do dia **03/03/2022**, conforme cronograma abaixo:

CALENDÁRIO DO PROCESSO ELEITORAL DA CIPA GESTÃO 2022/2023				
PROCESSO ELEITORAL DA CIPA	PRAZOS LEGAIS	*** DATA CORRIGIDA		DIAS ANTES POSSE
Edital de convocação para eleição	60 dias antes da posse (drt - acordo)	03/03/2022	quinta-feira	-60
Formação da comissão eleitoral	55 dias antes do término do mandato	07/03/2022	segunda-feira	-55
Enviar cópia do edital de convocação ao sindicato	5 dias após a convocação da eleição	08/03/2022	terça-feira	-60
Início inscrições candidatos	20 dias antes da eleição (acordo)	11/03/2022	sexta-feira	-45
Término inscrições candidatos	6 dias antes da eleição (acordo)	25/03/2022	sexta-feira	-30
Publicação edital de candidatos inscritos para eleição	Dia seguinte ao encerramento das inscrições	25/03/2022	sexta-feira	-38
Retirada do edital de convocação	No dia da eleição (drt - acordo)	01/04/2022	sexta-feira	-31
Realização da eleição (votação)	30 dias antes do término do mandato anterior	01/04/2022	sexta-feira	-31
Realização da eleição (votação)	30 dias antes do término do mandato anterior	02/04/2022	sábado	-30
Realização da apuração	Dia seguinte após a votação	01/04/2022	sexta-feira	-31
Resultado da eleição - ata da eleição	1 dia após a apuração	04/04/2022	segunda-feira	-28
Curso para cipeiros (data mínima)	Depois das eleições	05/04/2022	terça-feira	-27
Comunicar ao sindicato do resultado e data posse	15 dias após a eleição (acordo)	15/04/2022	sexta-feira	-17
Curso para cipeiros (data máxima)	Antes da posse	29/04/2022	sexta-feira	-3
Término do mandato anterior	1 ano depois da posse mandato anterior	29/04/2022	sexta-feira	-3
Realização da posse - ata de posse novos membros	1º dia depois do mandato anterior	02/05/2022	segunda-feira	0
Organização do calendário reuniões mensais	Na reunião da posse	02/05/2022	segunda-feira	0

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	FORMULÁRIO - SESMT			
	PLANO DE AÇÃO 5W2H			
	CÓDIGO:	VERSÃO: 002	PÁGINA 1 DE 1	

Título: Planejamento de Atividade do SESMT Data:22/02/2022									
Objetivo: Integração e alinhamento de divisão de tarefas do setor									
Setor: SESMT									
Responsável: Eng. Carmen Mendes									
Ação	Para Quê?	Quem?	Como?	Quando?		Onde?	Custo?	Obs.:	Status*
				Início	Fim				
Brigada de Incêndio	Preservar a vida dos funcionários e os bens da instituição	Bombeiro Civil/SESMT	Dimensionamento da Brigada de Incêndio	16/02/2022	23/02/2022	Hospital	0		
		Direção	Autorização da direção para execução do treinamento	24/02/2022	25/02/2022	Hospital	Direção		
		Bombeiro Civil/SESMT	Inscrição para brigadista	26/02/2022	23/03/2022	SESMT	0		
	Prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.	Bombeiro Civil/SESMT	Treinamento dos Brigadista	11/04/2022	15/04/2022	Auditório	Setor de compras		
			Cronograma	03/03/2022	30/04/2022	SESMT	0		
CIPA		SESMT	Inscrição da CIPA	11/03/2022	26/03/2022	SESMT	0		
			Eleição da CIPA	31/03/2022	01/04/2022	Hospital	0		
			Treinamento da CIPA	18/04/2022	22/04/2022	Auditório	0		

Assunto: ENC: ATIVIDADES SEG. TRABALHO

De: "Marcos Silveira" <diretoria@hras.institutomaissaude.org.br>

Data: 28/02/2022 09:47

Para: <eng.sesmt@hras.institutomaissaude.org.br>

CC: "Zilda Pereira" <gerencia@institutomaissaude.org.br>, <coord.nqsp@hras.institutomaissaude.org.br>, <comunicacao@institutomaissaude.org.br>, <juridico2@hras.institutomaissaude.org.br>

Bom dia,

Prezada Carmem, ótimo, vamos seguir acelerando.

Copio a Zilda para que tenha conhecimento acerca do cronograma da CIPA e da Brigada, além da Dra Jéssica pois trata-se de movimentos que deveremos sinalizar para Sindicatos e Ministério do Trabalho.

Prezada Kilane,

Peço apoio junto a Carmem do SESMT na confecção de artes para divulgação do processo eleitoral da CIPA (captação de candidatos) além do processo da Brigada de Incêndio (esse também precisamos captar candidatos mas acredito que no final precisaremos de indicações dos gestores).



Marcos Silveira
Diretor Geral | Ramal 800



Hospital Público Regional Dr. Abelardo Santos
Av. Augusto Montenegro, Km 13, S/Nº
Icoaraci - Belém/PA

De: eng.sesmt@hras.institutomaissaude.org.br <eng.sesmt@hras.institutomaissaude.org.br>

Enviada em: quinta-feira, 24 de fevereiro de 2022 16:51

Para: diretoria@hras.institutomaissaude.org.br

Assunto: ATIVIDADES SEG. TRABALHO

Boa tarde, Marcos.

Segue em anexo o cronograma, ata da nossa reunião e calendário da CIPA para eleição.

Atividades: participação nas reuniões de liderança, treinamentos, inspeção nos setores.

As proposta para curso da brigada (Formação) vc já decidiu. Precisamos startar esta pendência .

Att,

Carmen Mendes

Engª Seg. Trabalho

— Anexos: —

Convocação de BRIGADA.docx	2,8MB
Implantação da CIPA HRAS 2022.docx	66,8KB
Plano de Ação Mês de Fev 2022.docx	2,8MB

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão: 003

Página 1 de 2

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião Mensal da CCTA: Fev/2022

Local da Reunião: NEP (Sala 01)

Responsável pela reunião: Carla Pereira

Secretário (a): Ana Carolina

Data: 04/02/2022

Hora de início: 16h

Hora de término: 17h

Duração total: 1h

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Apresentação das atividades realizadas no mês de janeiro
02	Apresentação dos indicadores
03	Pendências (Plano de ação) de Janeiro

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 13/01/22 Ata nº 01/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

→ A reunião de comissão do controle de infecções hospitalares aconteceu na sala 2 do NEP às 16:15, onde foi discutido a respeito das atividades realizadas pelo SCIH no mês de janeiro dentro integração e visita técnica e liberação de parecer técnico.
Foi explanado os indicadores realizados pelo SCIH: Taxas de utilização de dispositivos e densidade de incidência de IRAS nas UTI's e Isb's.
Além disso, foi discutido o plano de ação de janeiro a respeito do cronograma de visitas multi nas UTI's adulto, Pediátrica e Neonatal, que foi está acontecendo de acordo com planejamento dos setores. Foi discutido também a respeito da criação do manual sobre as colitas de materiais para análise laboratorial, traçado como meta para a apresentação do documento no mês de março.

5. Encaminhamentos via plano de ação**:

[illegible]

6. Participantes*

1. Karla / Emanuel, Silva, Luiz
2. Tatiana Lúcia Araújo Ferreira.
3. Leucineia Freitas Veloso
4. Elizabeth Ristina F. Franco.
5. Jean Kallia
6. Vera Lúcia de Souza Nery
7. Naima Regina C. Santos
8. Marcia Rolanta de C. Oliveira
9. Maurício Mesquita do Vale
10. Bruna Roman de Souza
11. Jacqueline de Paula dos Santos
12. Ana Carolina Almeida Ribeiro
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.

⁴⁴ Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário anexo.

⁴⁴ Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

	Formulário – CRP		
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

1. Introdução

A resolução CFM Nº 1638/2002 define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada.

Atendendo a esta mesma resolução, a Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos já implantada, tem por competência:

- I. Exigir que o médico elabore o prontuário para cada usuário a que assiste, conforme previsto no artigo 69 do Código de Ética Médica.
- II. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel).
- III. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários.
- IV. Recomendar formulários e sistemas bem como dar orientações para se obter um bom prontuário.
- V. Rever e avaliar os prontuários, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.
- VI. Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário.
- VII. Devolver os prontuários aos chefes de serviços e unidades para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso.
- VIII. Revisar os prontuários glosados e os demais por amostragem sob os seguintes aspectos.

De acordo com as informações supracitadas e em vista da aplicabilidade prática consequente cumprimento contratual – Manual para Avaliação dos Indicadores e Metas Fixas e Variáveis do Contrato de Gestão (SESPA) –, auditamos qualitativamente 10% dos prontuários de alta de cada competência, considerando os onze itens de verificação dos prontuários constante no formulário de Avaliação Qualitativa de Prontuário, instrumento de avaliação dos indicadores de qualidade, podendo os prontuários apresentarem o limite máximo de até 10% de não conformidades.

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 2 de 12	

2. Objetivo

A CRP (Comissão de Revisão de Prontuário) tem como objetivo a melhora contínua da qualidade dos registros e documentos do prontuário do paciente no HRAS.

Através da Comissão são realizadas as avaliações qualitativas de no mínimo 10% dos prontuários de saídas do hospital (alta, óbito e transferências), são avaliados com os 11 itens de verificação obrigatório da tabela a seguir :

Itens de verificação	Média	Classificação	Peso
1. Identificação	5	Completo	5
		Incompleto	2
2. Evolução Multiprofissional	10	Elucidativa	10
		Não Elucidativa	2
		Ausente	0
3. Solicitação de Exames	5	Realizado	5
		Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
4. Relatório Operatório	5	Completo	5
		Incompleto	2
		Ausente	0
5. Ficha de RPA	5	Realizado	5
		Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
6. Prescrição Médica	15	Completo	15

	Formulário – CRP		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  GOVERNO DO PARÁ
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

		Incompleto	5
		Ausente	0
		Legível	10
7. Letra	10	Legível em parte	5
		Ilegível	0
		Realizado	10
8. Assinatura e Carimbo do Médico	10	Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
		Completo	10
9. Plano Assistencial de Enfermagem	10	Incompleto	2
		Ausente	0
		Realizado	10
10. Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional	10	Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
		Realizado	15
11. Resumo de Alta	15	Realizado parcialmente	5
		Não Realizado	0

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – CRP		
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

3. Membros da Comissão/Equipe

TABELA III – MEMBROS DA CRP, HRAS, DEZEMBRO/2021.

Membro	Cargo no HRAS	Função na Comissão
Paulo H. Ataíde Pereira	Diretor Técnico	Presidente
Marcelo Augusto da S. Santos	Supervisor do Faturamento	Secretário
Nayagra Baltazar Santana	Enfermeira Auditora	Membro
Alessandra Pereira Gomes	Enfermeira de NQSP	Membro
Vanessa Danielle Brito Gonçalves	Farmacêutica	Membro
Waldilene Rodrigues Tavares	Supervisora do Atendimento	Membro
Lauriane da Silva Barros	Supervisora do Ambulatório/SADT	Membro
Vera Lúcia Sousa Nunes	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Thalita Beltrão Lopes	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Karla Emanuelle Silva Luz	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Vanessa Cristina Sousa da Silva	SAME	Membro
Marcia Roberta da C. Oliveira	Enf ^a diarista do Setor de Internação	Membro

4. Atividades desenvolvidas

No mês de fevereiro foi realizado a reunião mensal da CRP, onde foram discutidas as ações que foram realizadas no mês anterior e as que seriam colocadas em prática no mês atual e posteriormente bem como as dificuldades enfrentadas para melhoria do prontuário.

	Formulário – CRP		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA 
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

1. Identificação: _____ ATA nº: _____

Tipo de reunião: ☐ Planejamento ☐ Acompanhamento ☐ Análise Crítica ☐ Decisão

☒ Comissão ☐ Outras: _____

Interação do ☐ Processo ☐ entre comissões

Qualis? _____

Objetivo: Reunião mensal da Comissão

Local da Reunião: DEP-02

Responsável pela reunião: Nayaga Baltazar _____ Secretário(a): Marcelo Santos _____

Data: 08/02/2022 Hora de início: 14:30 Hora do término: 15:00 Duração total: 1 Hora

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
1	Leitura de ata da última reunião
2	Treinamento Manual de Prontuários
3	Quantidade de prontuários auditados
4	Descarte de Prontuários
5	Altas de pacientes

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 04/01/2022 Ata nº: _____

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Figura 1 ATA DE REUNIÃO CRP 08/02

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 04/01/2022 Ata nº: _____

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Leitura da ata da última reunião: a vice-presidente da Comissão leu a ata da última reunião e apresentou a resolução do plano de ação anterior, checklist do bloco cirúrgico e checklist do centro obstétrico, tais documentos já começaram a rodar no dia 08/02/2022.

Treinamento Manual de Prontuários: os novos dados dos treinamentos são: 1782 e 1882.

Quantidade de prontuários auditados: para o mês de fevereiro serão auditados 15 prontuários por cada membro da comissão, divididos em 10 cirúrgicos e 5 clínicos.

Descarte dos prontuários: foi-se o parecer jurídico favorável ao descarte, porém, a senhora Helen Oliveira sugeriu que o processo fosse suspenso até correção de fragilidades pontuadas nesta reunião, a que concerne à paginação das folhas dos prontuários e encaminhamento em rubrica única, situação que será passada à gestão do setor SAME.

Altas de pacientes: pontuou-se que as altas devem ser realizadas em tempo real e discute-se a fragilidade de documento de "alta contrasta a orientação médica" que nem sendo aplicado pelo serviço social.

Figura 2 ATA DE REUNIÃO CRP 08/02

	Formulário – CRP		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

	Formulário - Núcleo de Educação Permanente			
	Lista de Presença			
	Código: FCI-HRAS-MEP-08/02	Versão: 002	Página 3/1	

Treinamento/Evento: <i>Reunião de Trabalho e Planejamento Mensal FCI/22</i>		
Data: <i>07/03/2022</i>	Local: <i>Salão de Atividade</i>	Responsável: <i>[Assinatura]</i>
Horário de início: <i>08:00</i>	Horário de término: <i>15:00</i>	Carga horária: <i>07h</i>
Instrutor/palestrante: <i>Nayara</i>		
Sistema:		

Nº	Nome completo (sob o nome)	Função	Síntese	Telefone	Assinatura
1	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
2	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
3	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
4	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
5	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
6	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
7	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
8	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
9	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
10	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
11	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
12	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
13	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>
14	<i>Adriano Augusto de Jesus Gomes</i>	<i>Coordenador</i>	<i>Supervisor</i>	<i>9111-1111</i>	<i>[Assinatura]</i>

Figura 3 LISTA DE PRESENÇA CRP 08/02

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
 EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – CRP		
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

Durante reunião mensal foi discutido com os membros ações a elaboração e implementação do checklist para documentos cirúrgicos do bloco e do C.O (centro obstétrico) com objetivo de aumentar a segurança e certificar a entrada e saída desses documentos obrigatórios no nosso bloco cirúrgico. A partir desta data as equipes assistências foram orientadas para o uso documento.

Foi divulgada para a comissão as datas do treinamento do Manual de Prontuários, evento que aconteceu nos dias 17/02 e 18/02, treinamento voltado para toda equipe assistencial, que ao longo das 8 turmas contamos com a participação de mais 500 colaboradores. Aguardamos programação para repescagem.



Figura 4 Imagem do Treinamento de Manual de Prontuário.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024



Figura 5. Imagem do Treinamento de Manual de Prontuário

Também foi pauta de análise e discussão o descarte dos prontuários já faturados e devidamente inseridos na plataforma Salutem , leu-se durante a reunião parecer favorável feito pelo jurídico institucional porém , tal descarte segue suspenso a priori até resolução de fragilidades que foram apontadas pelo setor NQPS .

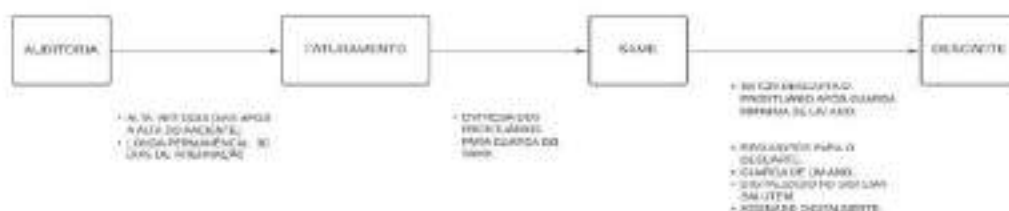


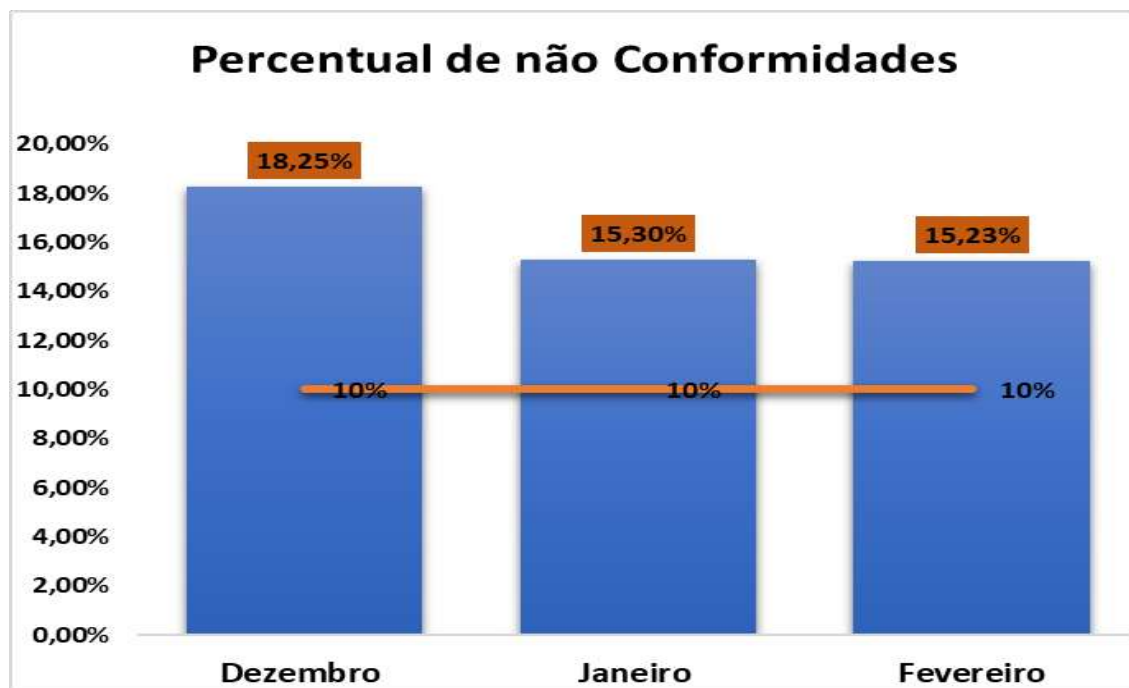
Figura 6 Fluxograma atual para descarte de prontuários.

5. Resultados esperados

5.1.1 Indicador e análise crítica*

No mês de fevereiro foram avaliados pela CRP 175 prontuários qualitativamente, sendo desses 100 prontuários de pacientes clínicos e 75 prontuários de pacientes cirúrgicos, e o hospital teve o número total de 880 saídas, o que corresponde à 19,88% do total de saída foram avaliados. Onde estes apresentaram 15,23% de não conformidades onde o aceitável é de < 10% de não conformidades conforme contrato de gestão. Houve pequena melhora de 0,07% comparado ao mês anterior:

GRÁFICO 01: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, DEZEMBRO À FEVEREIRO/2022.



	Formulário – CRP		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão: Página 10 de 12	

Nosso gráfico comparativo com o meses anteriores segue apresentando queda mesmo que tímida , ocorreu no mês de fevereiro nos dias 17 e 18 o treinamento do manual de prontuário e acreditamos que irá afetar positivamente no aumento da queda na nossa taxa de não conformidades em prontuários nos meses a seguir , contudo ,foi perceptível a ausência da equipe médica na participação do treinamento , tal informação foi evidenciada na lista de colaboradores que participaram do treinamento enviada pelo NEP . Uma vez que a equipe médica é quem elabora e é responsável por grande parte dos documentos que compõem os prontuários, acreditamos que a presença do

	Formulário – CRP		
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

corpo clínico durante o treinamento garantirá maior consciência sobre a importância e obrigatoriedade dos documentos no prontuário do paciente.

GRÁFICO 2: CLASSIFICAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS AVALIADOS, CRP FEVEREIRO/2022.



Fonte: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

5.1.2 Plano de ação

Temos como ação para o mês de março instalar nos andares as “pastas de excessos diário” com objetivo de organizar e garantir a segurança dos documentos que são emitidos diariamente para serem anexados no prontuário dos usuários.

Nosso foco como comissão também é planejar ações de blitz de avaliação pontual nas evoluções de enfermagem e também a criação do comitê da SAE ,para garantir qualidade nas informações e garantir que este documento esteja sendo utilizado para o seu devido fim que é descrever os cuidados realizados e garantir a continuidade dos mesmo , e não como local para pedido de material ou outro fim , para isso a Coordenadora da farmácia Telma será convidada a participar da nossa próxima reunião de comissão que deverá acontecer nos dia 08/03 .

	Formulário – CRP		SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA 
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão: Página 12 de 12	

Outro objetivo próximo é alinhar com o serviço social e equipe médica um fluxo seguro tanto para o profissional quanto para os usuários nos casos de evasão hospitalar e “alta” contraria orientação médica.

6. Considerações Gerais*

Bom, com base em tudo que foi demonstrado a cima, houve pequena melhora na taxa de não conformidade e grande mudança na qualidade do prontuário em si, e seguimos otimistas como comissão em relação a continuidade das melhorias após a finalização o treinamento de Manual de prontuário, com objetivo na melhoria continua e fortalecendo os processos que cercam o prontuário do usuário.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
 EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

1. Identificação: Núcleo de Segurança do Paciente ATA nº: 02/2022

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
☒ Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião mensal da Comissão NSP

Local da Reunião: DEP - Sala 2

Responsável pela reunião: Enfª Helen Monteiro Secretário (a): João Lima

Data: 24/02/2022 Hora de início: 15h Hora de término: 16:30 Duração total: 1:00h

2. Pauta:

Nº Assuntos:

01 Revisão dos Protocolos de Segurança do Paciente

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 31/01/22 Ata nº 01/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

- As 15:30 h - se iniciou a reunião, em formato Helen Monteiro começa citando as ocorrências da reunião passada (31.01.2022).
- A importância da revisão e atualização dos protocolos de segurança do paciente.
- Discussão das equipes e em seguida deu-se o tempo para a revisão dos protocolos de segurança do paciente pelas equipes.
- Atualização da lista de membros da comissão: Agnécio Adreia, Sônia e Elizabeth + Waldiane Tavares.
- As 16:30 o enfermeiro Helen Monteiro encerrou a reunião, deixando como dever de casa para as equipes finalizar as revisões, ficando acordado o prazo para entrega dos protocolos revisados dia 10/03 até 10:00h da manhã.

5. Encaminhamentos via plano de ação**:

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

Item de Ação	Responsável	Prazo
Revisar os protocolos de Segurança do Paciente.	EDN: PLS	20/03/22 até 10:00

6. Participantes*
1. <i>Thaísiane Barros</i>
2. <i>Ana Carolina Almeida Ribeiro</i>
3. <i>Marcos Mesquita do Nascimento</i>
4. <i>Marcos Augusto da Silva Santos</i>
5. <i>Waldilene Rodrigues Soares</i>
6. <i>Lucineia Faria Uelso</i>
7. <i>Thayana Baltazar Santana</i>
8. <i>Jamilly C. da Silva Silva</i>
9. <i>Fátima Lúcia Araújo Ferreira</i>
10. <i>Thais Araújo Soares</i>
11. <i>Thaís Baltazar Soares</i>
12. <i>Vanessa Lúcia da Silva Nunes</i>
13. <i>Elizabeth Cristina F. Franco</i>
14. <i>Liam Karlla F. Lima</i>
15. <i>Hellen Karinna Monteiro</i>
16. <i>Márcia Roberta da Conceição Oliveira</i>
17. <i>Elleu Cintia Costa de Figueiredo</i>
18. <i>Karla Emanuelle Silva Bez</i>
19. <i>José Mathew da Paolilha</i>
20.


 Hellen Karinna Monteiro
 Coordenação NQSP/HRAS
 COREN-PA 316.865-ENF
 Hospital Regional Dr. Abelardo Santos

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.
 ** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
 EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

	RELATÓRIO - Comissão de Revisão de Óbitos			
	Relatório Mensal			
	Código: REL.HRAS.CRO.001	Versão: 001	Página 1 de 5	

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO

Mês de referência: Fevereiro / 2022



	RELATÓRIO - Comissão de Revisão de Óbitos			
	Relatório Mensal			
	Código: REL.HRAS.CRO.001	Versão: 001	Página 2 de 5	

Membros da Comissão

- Paulo Henrique de Ataíde Pereira, médico – CRM 7856 – Presidente
- Carlos Henrique Vasconcelos de Menezes, médico – CRM 13440 – Vice-presidente
- Mary Lucy Ferraz Maia, médica – CRM 7499 – Secretária
- Salime Saraty Malveira, médica – CRM 11147 – Membro
- Marcos Rodrigo Pereira Eismann, médico – CRM 11655 – Membro
- Leciana de Souza Ramos, médica – CRM 15872 – Membro
- Fernanda de Paula Moreira, médica – CRM 15701 - Membro
- Renata Ferreira Gomes de Oliveira, enfermeira – COREN 270482 – Membro
- Núbia dos Santos Modesto Cardoso, enfermeira – COREN 399397 – Membro
- Telma Lúcia Araújo Ferreira, farmacêutica – CRF 2818 – Membro
- Thalita Lopes, enfermeira – COREN 528263 - Membro

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024



	RELATÓRIO - Comissão de Revisão de Óbitos			
	Relatório Mensal			
	Código: REL.HRAS.CRO.001	Versão: 001	Página 3 de 5	

01. Introdução

A Comissão de Revisão de óbitos do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos – HRAS elaborou esse relatório com o objetivo de atender a demanda contratual com a SESPA e irá analisar a Taxa de Mortalidade Operatória e Taxa de Cirurgia de Urgência além do panorama geral de óbitos na instituição.

02. Objetivo Geral

Analisar os óbitos gerais, operatórios e taxa de cirurgia de urgência ocorridos no Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, no mês de fevereiro de 2022.

03. Atividades Desenvolvidas Pelo Setor

A comissão de óbito se reúne na primeira segunda-feira de cada mês com seus membros com objetivo de realizar o levantamento de óbitos institucionais e analisá-los.

Dentre os óbitos gerais estudados, é filtrado os operatórios e os realizados de urgência com intuito de realizar ação efetiva no setor em questão e elaborar o relatório.

04. Próximas Atividades

Em março de 2022 a comissão irá:

- Analisar pelo menos 80% dos óbitos;
- Criar planos de ação para análise eficaz do óbito;
- Criar barreiras/ferramentas a fim de diminuir os óbitos evitáveis.

05. Relatório da Comissão de Revisão de Óbitos – fevereiro / 2022

A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO realizou no mês de fevereiro/2022 a análise dos prontuários dos óbitos e levantou os dados estatísticos abaixo:

- Houve 852 internações (anterior 948);
- Total de 881 altas hospitalares;
- Total de 66 óbitos;
- 37,87% dos óbitos foram analisados (anterior 37%);
- 45 óbitos foram classificados como internos;
- 21 foram classificados com externos (<24h);
- 3 óbitos analisados pelo SVO/IML devido a causa violenta, suspeita ou desconhecida;
- 4 óbitos ocorreram em enfermaria, observação ou sala vermelha (anterior 8);
- Taxas:
 - o Taxa de mortalidade global: 5,78% (anterior 7,06%);
 - o A taxa de mortalidade cirúrgica dos óbitos analisados foi de 0,23% (anterior 0 %);
 - o A taxa de mortalidade perinatal foi de 2,49% (anterior 0,73 %);
 - o A taxa de mortalidade materna dos óbitos analisados foi 0 % (anterior 0,29%);
 - o A taxa de cirurgias de urgência foi de 15,57% (anterior 20%);
 - o A taxa de cirurgias de emergência foi de 0% (anterior 0,68 %).

	RELATÓRIO - Comissão de Revisão de Óbitos			
	Relatório Mensal			
	Código: REL.HRAS.CRO.001	Versão: 001	Página 4 de 5	

- Por evitabilidade (dos analisados):
 - o Justificados – 24;
 - o Não justificados – 1
 - o Não informado - 0
- Por idade:
 - Até 28 dias – 22 (anterior 10);
 - De 29 dias a 11 meses – 03 (anterior 1);
 - De 1 a 14 anos – 04 (anterior 4);
 - De 15 a 29 anos – 01 (anterior 0);
 - De 30 a 49 anos – 06 (anterior 6);
 - De 50 a 64 anos – 14 (anterior 16);
 - Maior ou Igual a 65 – 16 (anterior 29).
- Por sexo:
 - o Masculino – 19 (28,78%).
 - o Feminino – 23 (34,84%);
 - o Desconhecido – 24 (36,36%).

6. Conclusão

Ainda permanecemos com baixa adesão ao preenchimento da Folha de Análise de Óbitos.

Realizado treinamento sobre o correto preenchimento da Declaração de Óbito por representante da SESP.

Para o mês de março já vamos contar com as subcomissões de obstetrícia e pediatria. O objetivo é dar um reforço técnico nestas análises.

Importante apresentar a devolutiva desta Diretoria sobre os apontamentos oriundos da Reunião da Comissão de Óbito:

- Notificação das empresas que cobrem o correto preenchimento da DO e parte 1 do Protocolo de Londres;

- Reunião com a equipe de obstetrícia e pediatria para debater causas adicionais ao aumento de óbitos perinatais;

- Não observo fragilidade do NIR sobre a questão das informações à equipe de pediatria, já que o hospital é “porta aberta” e tínhamos leito de sala vermelha disponível;

- Confirmado posteriormente que o hospital possui equipamentos adequados para esse tipo de problema. A equipe de EDA informou que as dificuldades foram técnicas mesmo;

- Melhoria da comunicação e reforço dos protocolos de segurança;

- Análise do caso com a equipe de Cirurgia Pediátrica sobre possível demora de atendimento.

Presidente da Comissão de Revisão de Óbitos
Paulo Henrique de Ataíde Pereira
CRM/PA 7856



ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 1 de 2

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de (X) Processo () entre comissões

Quais? NQSP e CRD

Objetivo: Análise de Óbito

Local da Reunião: Sala 01 - DEP

Responsável pela reunião: Dr. Paulo Henrique e NQSP Secretário (a): Enf. Joey

Data: 07/02/2022

Hora de início: 13h

Hora de término:

Duração total:

Joey Guisardo
Enfermeiro
COREN - PA 154.133

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Protocolo de Londres
02	Análise de Óbito
03	Oficina de análise
04	Ferimento.

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 07/02/22 Ata nº 02/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

As 10:40hs deu-se início a reunião pela Enfª Helen Karina que abordou juntamente com a comissão de óbito o protocolo de Londres, Análise de Óbito e Oficina de análise e suas funções. Foram realizadas orientações do preenchimento do formulário que do Protocolo de Londres e exercitado com os profissionais e a importância deste protocolo. Como exemplo foi utilizado um caso onde foram realizado três notificações resultando em evento danoso por uma inicial de laudo e ausência de registro no prontuário ocasionando fragilidade imensa de registro médico. A passagem de plantão, a comunicação entre profissionais, a tomada de decisões entram tais eventos elevando a segurança do paciente. Os registros, a comunicação deve ser feita no prontuário e formulário para que haja uma boa assistência. Por fim, quanto mais se melhora a comunicação a implementação dos protocolos tornam mais útil e eficaz.

	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	Página 2 de 2	

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo

6. Participantes*

1. Luis Claudio Santos Pinto - NEFROLOGIA - lcsantospinto@gmail.com
2. FERNANDA MOREIRA - NFR - FERNANDA DE PAULA MOREIRA@gmail.com - hotmail.com
3. Jeciana de Sousa Barros - Clínica Médica - JECIANA.BARROS@hotmail.com
4. Sálvia Salaty - Cirurgia Pediátrica - SALSALATY@HOTMAIL.COM
5. Aron Diniz - Neurocirurgia + Neurocirurgia - aron.diniz@hotmail.com
6. Marcos de Souza Santos - Cirurgia Vascular - marcosantos@bol.com
7. Luiz Vitor Araújo - Cir. Torácica (luizvitor66@gmail.com)
8. Li Regina Santos Parandys - Dermatologia - liceregina@hotmail.com
9. Hanover Regina Cavalcante dos Santos - CCIH vanregasantos@hotmail.com
10. Benedito Nogueira Silva - Urologia - benedito@yaho.com.br
11. Waléria de Siqueira Pilecki - Obstetrícia - waleriapilecki@xexa.com
- 12.
- 13.
14. 
Helen Karina Monteiro
15. Coordenação NQSP/HRAS
16. COREN-PA 316.865-ENF
17. Hospital Regional Abelardo Santos
- 18.
- 19.
- 20.

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 1 de 2

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião mensal da Comissão de Prontuário

Local da Reunião: DEP 02

Responsável pela reunião: Nayagra Baltazar

Secretário (a): Marcelo Santos

Data: 08/02/2022

Hora de início: 14:00

Hora de término: 15:00

Duração total: 1 Hora

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
	Leitura da ata da última reunião
	Treinamento Manual de Prontuários
	Quantidade de prontuários auditados
	Descarte de Prontuário
	Altas de pacientes

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 04/01/2022 Ata nº _____

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Leitura da ata da última reunião: a vice-presidente da Comissão leu a ata da última reunião e apresentou a resolução do plano de ação anterior: checklist do bloco cirúrgico e checklist do centro obstétrico, tais documentos já começam a rodar no dia 08/02/2022;

Treinamento Manual de Prontuários: as novas datas dos treinamentos são: 17/02 e 18/02;

Quantidade de prontuários auditados: para o mês de fevereiro serão analisados 15 prontuários por cada membro da comissão, divididos em 10 cirúrgicos e 5 clínicos;

Descarte dos prontuários: leu-se o parecer jurídico favorável ao descarte, porém, a membra Hellen Monteiro sugeriu que o processo fosse suspenso até correção de fragilidades pontuadas nesta reunião, o que concerne à paginação das folhas dos prontuários e escaneamento em volume único, situação que será passada à gestão do setor SAME;

Altas de pacientes: pontuou-se que as altas devem ser realizadas em tempo real e discutiu-se a fragilidade do documento de "alta contraria a orientação médica" que vem sendo aplicado pelo serviço social.

	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	Página 2 de 2	

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

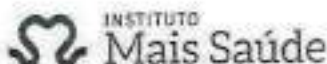
Item de Ação	Responsável	Prazo
Comitê SAE	Nayagra e Alessandra	08/03/2022
Convocação da Coordenadora da Farmácia: Telma	Nayagra	08/03/2022
Sala para guarda provisória de prontuários	Vanessa e Marcelo	08/03/2022
Ajustes do sistema SALUTEM	Vanessa e Marcelo	08/03/2022
Aplicação de orientação técnica para o assistencial	Nayagra	08/03/2022

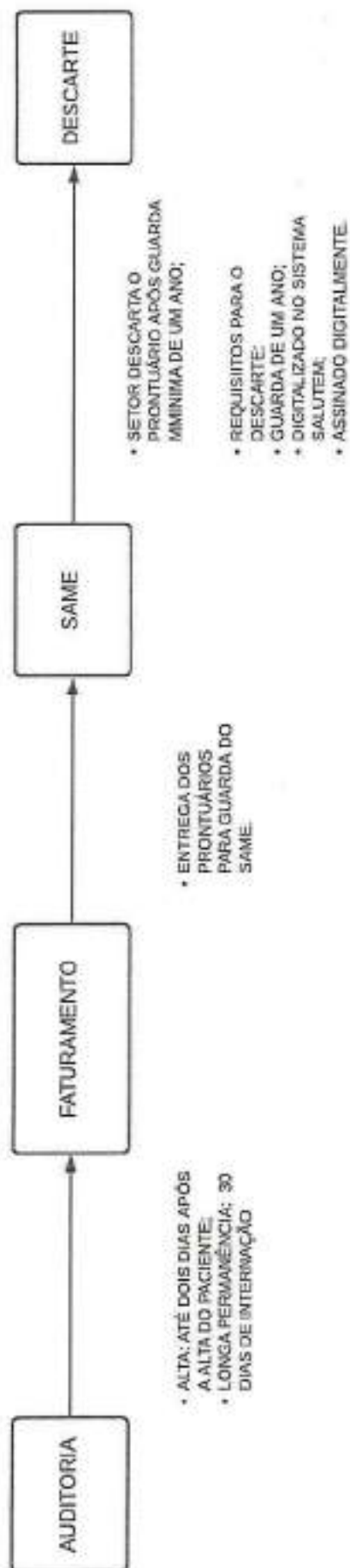
6. Participantes*

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.





EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

	Formulário – Núcleo de Educação Permanente			
	Lista de Frequência			
	Código: FO.HRAS.NEP.001	Versão: 002	Página 1/1	

Treinamento/evento: <i>Reunião de Comissão de Ensino e Avaliação Mensal - Fev/22</i>		
Data: <i>08/02/2022</i>	Local: <i>Sala DEP 02</i>	Responsável: <i>Nayagra Santana</i>
Horário de início: <i>14:00</i>	Horário de término: <i>15:00</i>	Carga horária: <i>1h</i>
Instrutor/palestrante: <i>Nayagra Santana</i>		
Síntese:		

Nº	Nome completo (letra de forma)	Função	Setor	Telefone	Assinatura
1	MARLENE AUGUSTO DA SILVA SANTOS	Supervisor	Formação	98340640	<i>[Assinatura]</i>
2	Wendelline Rodrigues Soares	Supervisor	Atendimento	98090811	<i>[Assinatura]</i>
3	Yara Lucia da Silva Nunes	Coordenadora	CC/Hero	99229353	<i>[Assinatura]</i>
4	Camila Borges	Supervisor	Atendimento	98090816	<i>[Assinatura]</i>
5	Imma Danielle Brito Gonçalves	Formadora	Formação	988413185	<i>[Assinatura]</i>
6	Marcia Belen da Conceição Oliveira	Enf.2.2.2.2.2	8.2.9	984133405	<i>[Assinatura]</i>
7	Tybalita Baltezer Soares	Coordenadora	Atendimento	981863814	<i>[Assinatura]</i>
8	Alexandra Pereira Gomes	Enfermeira	NQSP	938368832	<i>[Assinatura]</i>
9	Hellen K. Monteiro	Coord.	NQSP	991366379	<i>[Assinatura]</i>
10	Marla Emanuelle Silva Leuz	COORD. ENF.	UTI/1	891100555	<i>[Assinatura]</i>
11	Nayagra Baltezer Santana	Enf. Auditoria	Auditoria	986624922	<i>[Assinatura]</i>
12	Katucia Paralelante Silva	Administrativo	Auditoria	982539120	<i>[Assinatura]</i>
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Nayagra Baltezer Santana
COREN-PA 336792-ENF

Responsável

Hellen Karinna Monteiro
Coordenação NQSP/HRAS
COREN-PA 316.865-ENF
Hospital Regional Dr. Abelardo Santos

Núcleo de Educação Permanente



	Formulário – CRP		
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário		
	Código:	Versão:	

1. Introdução

A resolução CFM Nº 1638/2002 define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada.

Atendendo a esta mesma resolução, a Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos já implantada, tem por competência:

- I. Exigir que o médico elabore o prontuário para cada usuário a que assiste, conforme previsto no artigo 69 do Código de Ética Médica.
- II. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel).
- III. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários.
- IV. Recomendar formulários e sistemas bem como dar orientações para se obter um bom prontuário.
- V. Rever e avaliar os prontuários, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.
- VI. Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário.
- VII. Devolver os prontuários aos chefes de serviços e unidades para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso.
- VIII. Revisar os prontuários glosados e os demais por amostragem sob os seguintes aspectos.

De acordo com as informações supracitadas e em vista da aplicabilidade prática consequente cumprimento contratual – Manual para Avaliação dos Indicadores e Metas Fixas e Variáveis do Contrato de Gestão (SESPA) –, auditamos qualitativamente 10% dos prontuários de alta de cada competência, considerando os onze itens de verificação dos prontuários constante no formulário de Avaliação Qualitativa de Prontuário, instrumento de avaliação dos indicadores

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 2 de 11	

de qualidade, podendo os prontuários apresentarem o limite máximo de até 10% de não conformidades.

2. Objetivo

A CRP (Comissão de Revisão de Prontuário) tem como objetivo a melhora contínua da qualidade dos registros e documentos do prontuário do paciente no HRAS.

Através da Comissão são realizadas as avaliações qualitativas de no mínimo 10% dos prontuários de saídas do hospital (alta, óbito e transferências), são avaliados com os 11 itens de verificação obrigatório da tabela a seguir:

Itens de verificação	Média	Classificação	Peso
1. Identificação	5	Completo	5
		Incompleto	2
2. Evolução Multiprofissional	10	Elucidativa	10
		Não Elucidativa	2
		Ausente	0
3. Solicitação de Exames	5	Realizado	5
		Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
4. Relatório Operatório	5	Completo	5
		Incompleto	2
		Ausente	0
5. Ficha de RPA	5	Realizado	5

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 3 de 11	

		Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
		Completo	15
6. Prescrição Médica	15	Incompleto	5
		Ausente	0
		Legível	10
7. Letra	10	Legível em parte	5
		Illegível	0
		Realizado	10
8. Assinatura e Carimbo do Médico	10	Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
		Completo	10
9. Plano Assistencial de Enfermagem	10	Incompleto	2
		Ausente	0
		Realizado	10
10. Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional	10	Realizado parcialmente	2
		Não Realizado	0
		Realizado	15
11. Resumo de Alta	15	Realizado parcialmente	5
		Não Realizado	0

3. Membros da Comissão/Equipe

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 4 de 11	

TABELA III – MEMBROS DA CRP, HRAS, DEZEMBRO/2021.

Membro	Cargo no HRAS	Função na Comissão
Paulo H. Ataíde Pereira	Diretor Técnico	Presidente
Marcelo Augusto da S. Santos	Supervisor do Faturamento	Secretário
Nayagra Baltazar Santana	Enfermeira Auditora	Membro
Alessandra Pereira Gomes	Enfermeira de NQSP	Membro
Vanessa Danielle Brito Gonçalves	Farmacêutica	Membro
Waldilene Rodrigues Tavares	Supervisora do Atendimento	Membro
Lauriane da Silva Barros	Supervisora do Ambulatório/SADT	Membro
Vera Lúcia Sousa Nunes	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Thalita Beltrão Lopes	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Karla Emanuelle Silva Luz	Coordenadora de Enfermagem	Membro
Vanessa Cristina Sousa da Silva	SAME	Membro
Marcia Roberta da C. Oliveira	Enfª diarista do Setor de Internação	Membro

4. Atividades desenvolvidas

No mês de fevereiro foi realizado a reunião mensal da CRP, onde foram discutidas as ações que foram realizadas no mês anterior e as que seriam colocadas em prática no mês atual e posteriormente bem como as dificuldades enfrentadas para melhoria do prontuário.

1. Identificação: ATA nº:

Tipo de reunião: ☐ Planejamento ☐ Acompanhamento ☐ Análise Crítica ☐ Diversa

☒ Comissão ☐ Outros

Interações de ☐ Processo ☐ entre comissões

Qual?

Objetivo: Reunião mensal do Conselho

Local da Reunião: DEP 02

Responsável pela reunião: Nayagra Baltazar Secretário(a): Marcelo Santos

Data: 08/02/2022 Hora de início: 14:30 Hora de término: 15:30 Duração total: 1 hora

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
1	Leitura da ata da última reunião
2	Treinamento Manual de Prontuários
3	Quantidade de prontuários auditados
4	Descarte de Prontuário
5	Atas de pacientes
6	
7	
8	
9	
10	

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 04/01/2022 Ata nº:

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Figura 1 ATA DE REUNIÃO CRP 08/02

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 04/01/2022 Ata nº:

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Leitura da ata da última reunião: o vice-presidente do Conselho leu a ata da última reunião e apresentou a resolução do plano de ação anterior: checklist de bloco cirúrgico e checklist de centro cirúrgico, tais documentos já começaram a circular no dia 28/02/2022.

Treinamento Manual de Prontuários: os novos dados dos treinamentos são: 1702 e 1802.

Quantidade de prontuários auditados: para o mês de fevereiro serão analisados 15 prontuários por cada membro do conselho, divididos em 10 cirúrgicos e 5 clínicos.

Descarte dos prontuários: foi-se a parecer jurídico favorável ao descarte, porém, a membro Helen Riosalvo sugeriu que o processo fosse suspenso até correção de fragilidades pontuais nesta reunião, e que concorre à paginação das folhas dos prontuários e encaminhamento em volume único: situação que está presente à gestão do setor SAMU.

Atas de pacientes: propõe-se que as atas devam ser realizadas em tempo real e discutido se a fragilidade do documento de "ata contra a seleção de médicos" que vem sendo aplicado pelo serviço social.

Figura 2 ATA DE REUNIÃO CRP 08/02

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 6 de 11	

	Formulário – Modelo de Educação Permanente			
	Lista de Frequência			
	Código FO-HRAS-SEP-001	Versão: 002	Página 1º	

Treinamento/Evento: <u>Reunião de Comissão de Revisão de Prontuário - 08/02</u>		
Data: <u>08/02/2022</u>	Local: <u>Salão de Atos</u>	Responsável: _____
Horário de Início: <u>8:30</u>	Horário de Término: <u>15:00</u>	Carga Horária: _____
Instituição/Instituidor: <u>HRAS</u>		
Eletor: _____		

Nº	Nome completo (letra de forma)	Função	Setor	Telefone	Assinatura
1	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
2	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
3	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
4	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
5	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
6	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
7	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
8	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
9	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
10	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
11	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
12	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
13	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]
14	Wagner Augusto da Silva Martins	Coordenador	Enfermagem	99122-8888	[Assinatura]

Figura 3 LISTA DE PRESENÇA CRP 08/02

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

Durante reunião mensal foi discutido com os membros ações a elaboração e implementação do checklist para documentos cirúrgicos do bloco e do C.O (centro obstétrico) com objetivo de aumentar a segurança e certificar a entrada e saída desses documentos obrigatórios no nosso bloco cirúrgico . A partir desta data as equipes assistências foram orientadas para o uso documento .

Foi divulgada para a comissão as datas do treinamento do Manual de Prontuários , evento que aconteceu nos dia 17/02 e 18/02 , treinamento voltado para toda equipe assistencial , que ao longo das 8 turmas contamos com a participação de mais 500 colaboradores . Aguardamos programação para repescagem .



Figura 4 Imagem do Treinamento de Manual de Prontuário .

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)



Figura 5 Imagem do Treinamento de Manual de Prontuário

Também foi pauta de análise e discussão o descarte dos prontuários já faturados e devidamente inseridos na plataforma Salutem , leu-se durante a reunião parecer favorável feito pelo jurídico institucional porém , tal descarte segue suspenso a priori até resolução de fragilidades que foram apontadas pelo setor NQPS .

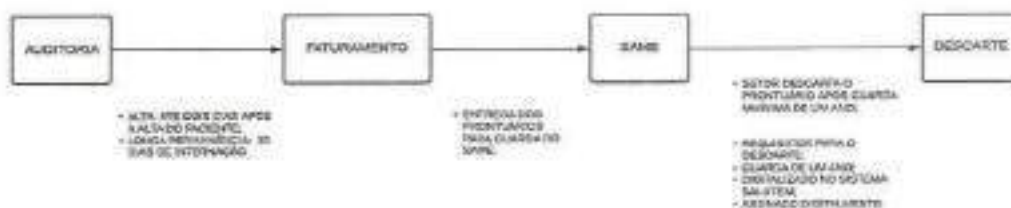


Figura 6 Fluxograma atual para descarte de prontuários.

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

5. Resultados esperados

5.1.1 Indicador e análise crítica*

No mês de fevereiro foram avaliados pela CRP 175 prontuários qualitativamente, sendo desses 100 prontuários de pacientes clínicos e 75 prontuários de pacientes cirúrgicos, e o hospital teve o número total de 880 saídas, o que corresponde à 19,88% do total de saída foram avaliados. Onde estes apresentaram 15,23% de não conformidades onde o aceitável é de < 10% de não conformidades conforme contrato de gestão. Houve pequena melhora de 0,07% comparado ao mês anterior.

GRÁFICO 01: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, DEZEMBRO À FEVEREIRO/2022.



Fonte: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Nosso gráfico comparativo com o meses anteriores segue apresentando queda mesmo que tímida, ocorreu no mês de fevereiro nos dias 17 e 18 o treinamento do manual de prontuário e acreditamos que irá afetar positivamente no aumento da queda na nossa taxa de não conformidades em prontuários nos meses a seguir, contudo, foi perceptível a ausência da equipe médica na participação do treinamento, tal informação foi evidenciada na lista de colaboradores que participaram do treinamento enviada pelo NEP. Uma vez que a equipe médica é quem elabora e é responsável por grande parte dos documentos que compõem os prontuários, acreditamos que a presença do

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 10 de 11	

corpo clínico durante o treinamento garantirá maior consciência sobre a importância e obrigatoriedade dos documentos no prontuário do paciente.

GRÁFICO 2: CLASSIFICAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS AVALIADOS, CRP FEVEREIRO/2022.



Fonte: ITENS DA TABELA DE VERIFICAÇÃO, CRP, HRAS, FEVEREIRO/2022.

Como demonstrado no gráfico anterior, não houveram prontuários classificados como péssimos que são aqueles com menor valor de qualidade de informações, ou seja, prontuários com grandes ausências de documentos, com evoluções ilegíveis e etc.

Podemos observar também um aumento de 37,25% no número de prontuários classificados como ótimo, que são aqueles com alta qualidade de informação, preenchimento correto de documento, letra legível e etc. Tal dado demonstra aumento na qualidade dos nossos prontuários, refletindo assim a atuação desta comissão no dia a dia do colaborador, conscientizando o mesmo que o prontuário é ferramenta de saúde para o usuário e segurança para o profissional.

5.1.2 Plano de ação

Temos como ação para o mês de março instalar nos andares as "pastas de excessos diário" com objetivo de organizar e garantir a segurança dos documentos que são emitidos diariamente para serem anexados no prontuário dos usuários.

Nosso foco como comissão também é planejar ações de blitz de avaliação pontual nas evoluções de enfermagem e também a criação do comitê

	Formulário – CRP			
	Relatório Comissão de Revisão de Prontuário			
	Código:	Versão:	Página 11 de 11	

da SAE ,para garantir qualidade nas informações e garantir que este documento esteja sendo utilizado para o seu devido fim que é descrever os cuidados realizados e garantir a continuidade dos mesmo , e não como local para pedido de material ou outro fim , para isso a Coordenadora da farmácia Telma será convidada a participar da nossa próxima reunião de comissão que deverá acontecer nos dia 08/03 .

Outro objetivo próximo é alinhar com o serviço social e equipe médica um fluxo seguro tanto para o profissional quanto para os usuários nos casos de evasão hospitalar e “alta” contraria orientação médica.

6. Considerações Gerais*

Bom, com base em tudo que foi demonstrado a cima, houve pequena melhora na taxa de não conformidade e grande mudança na qualidade do prontuário em si , e seguimos otimistas como comissão em relação a continuidade das melhorias após a finalização o treinamento de Manual de prontuário , com objetivo na melhoria continua e fortalecendo os processos que cercam o prontuário do usuário .

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

1. Identificação:

ATA nº: 01/2022

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão (x) Outros: Comitê Transfusional

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Alinhamento das tarefas e atualização da gestão documental do Comitê Transfusional (CT)

Local da Reunião: AGT

Responsável pela reunião: Coord. Helen Monteiro Secretário (a): Assit. Adm. Jean Lima

Data: 24/02/2022 Hora de início: 11:30 Hora de término: 11:45 Duração total: 15 min.

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Entrega de atas de Reunião do CT
02	Orientação de atualização documental do CT
03	Orientação do envio dos Relatórios do CT para o email do NQSP.

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 13/12/2021 Ata nº 08

4. Assuntos discutidos/Decisões:

- Realizar atualização documental do CT e encaminhá-la via email p/ o NQSP.
- Ter atenção aos preenchimento dos documentos e coleta das assinaturas.
- NQSP irá encaminhar os modelos padrões dos documentos: Ata Reunião, Lista de Presença, Relatório, Ficha de Incompatibilidade.
- Cumprimento dos prazos: 48h úteis entre Ata Reunião, Relatório e Plano de Ação. Planos de Ação, Tarefas e Relatórios devem ser anexados às atas de reunião e aos Relatórios.
- Recebemos atualizado: 1 Cronograma anual do CT (periodicidade a ocorrer a cada 3 meses, sendo 1ª reunião de 2022 a acontecer em março)
2 Atualização das listas de membros do CT.

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

Item de Ação	Responsável	Prazo
1. Atualizar Regimento do CI	Secretaria CI	02/03/2022
2. Envio via email dos Relatórios p/ NQSP		
3. Enviar documentos padronizados p/ CI	Jean	25/02/2022

6. Participantes*	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.
 ** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
 EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

1. Identificação: Comissão de Farmácia e Terapêutica ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de (X) Processo () entre comissões

Quais?

Farmácia, Almoxoarifado e Faturamento

CFT

Objetivo: Reunião Mensal da CFT: Fev/2022.

Local da Reunião: DEP sala 01

Responsável pela reunião: Telma Araújo

Secretário(a): Tatiana Dias

Data: 15/02/22

Hora de início: 15h

Hora de término: 16h Duração total: 1h

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
1-	Abertura da reunião pela presidente da comissão
2-	Pendências almoxoarifado.
3-	Pendências CAF
4-	Prorrogação de prazo do almoxoarifado para a entrega do padrão
5-	Redução de custo dos curativos após padronização.

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 15/02/22 Ata nº:

4. Assuntos discutidos/Decisões:

- Padronização dos produtos de Almoxoarifado até 22/02/22
- R\$ 900 p/ 70.000 → redução de custos de curativos após a padronização.
- O Marcelo pediu prorrogação de prazo para entregar o padrão do almoxoarifado.
- Dr. PH, juntamente com a presidente da comissão e a farmacêutica Tatiana fizeram ajustes sobre alguns medicamentos para padronizar.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo
- Prazo para entregar a padronização do almoço fixado.	Matheus	até o dia 22/02/22.

6. Participantes*

1. Etelene M. de B. Figueiredo
2. Paulo Henrique de Atade Luna
3. Lígia dos Reis Pereira
4. Alessandro Pereira Gomes
5. Neucineia Freite Veloso
6. Thais Araújo
7. Anell Lima
8. Janyne Tapyris dos Santos
9. Marcelo B. Yndolanga
10. Tairano Dias Vieira
11. Talma Lucia Araújo Ferreira
12. Thalita Beltrão Lopes
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

	Formulário – COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
	Relatório		
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 1 de 3

1. Introdução

O Hospital Dr. Abelardo Santos é uma entidade prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade de Belém, Estado Pará, administrada pelo Instituto Mais Saúde.

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento da Comissão de Farmácia e Terapêutica, que normatiza e oferece diretrizes de organização e seu relacionamento com o Hospital Dr. Abelardo Santo.

2. Objetivo

A Comissão Farmácia e Terapêutica composta na data de 27/10/2021, formada, com intuito de formular e implementar políticas institucionais relacionadas com seleção, prescrição e uso racional de medicamentos, num processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, sendo de fundamental importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade.

3. Membros da Comissão/Equipe

Nome do membro	Função na instituição	Função na comissão
Telma Lúcia Araújo Ferreira	Coordenadora Farmacêutica	Presidente
Paulo Henrique Ataíde Pereira	Diretor Técnico	Vice-Presidente
Lucinéia Freitas Veloso	Coord. de Enfermagem	1º secretária
Thalita Beltrão Lopes	Coord. De Enfermagem	2º secretária
Tatiana Dias Oliveira	Farmacêutica	Membro
Lígia Dos Reis Pereira	Supervisora de Enfermagem	Membro
Hellen Karina Monteiro	Coord. Do NQSP	Membro
Marcelo Bentes Mendonça	Analista de Suprimento	Membro
Alessandra Dos Santos Neves	Supervisora do Compras	Membro

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

Axell Timotheo Lima Acioli Lins	Fisioterapeuta Equipe Multi	Membro
Daniel Tapajós De Freitas	Enfermeiro Diarista	Membro
Thais Araújo	Supervisora de Nutrição	Membro
Alessandra Gomes Pereira	Enfermeira do NQSP	Membro
Milene Monteiro de Leão Figueiredo	Enfermeira Diarista	Membro

4. Atividades desenvolvidas

Este mês a CFT teve sua reunião no dia 15 de fevereiro às 15 horas com duração de uma hora.

Abertura da reunião pela presidente da comissão.

Foi apresentado ao grupo que após a padronização das placas de curativos houve uma redução de custos de 85.000 (Dezembro/2021) para 70.000 (Janeiro/2022).

Conforme estabelecido na reunião passada, o almoxarifado ficou de entregar sua padronização no dia 22/02 porém solicitou prorrogação de prazo até o dia 11/03.

A diretoria técnica, juntamente com a presidente da comissão e a CAF fizeram ajustes sobre alguns medicamentos finalizando a padronização de todos os medicamentos.

5. Resultados esperados

(Anexar ficha de indicadores e análise crítica em ANEXOS)

5.1.1 Indicador e análise crítica

5.1.2 Plano de ação

- Organização do almoxarifado:

Responsável: Marcelo – analista de suprimentos

Prazo: 11/03/2021

→ Com o auxílio da diretoria assistencial.

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

	Formulário – COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA			
	Relatório			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 3 de 3	

6. Considerações Gerais

Estudo dos indicadores que serão gerenciados pela comissão.

Reunir com a equipe do sistema PR para padronização dos códigos e nomes de todos os insumos e medicamentos utilizados no hospital.

Finalização da padronização dos materiais médico hospitalar.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 1 de 2

1. Identificação: **CIHDOTT**

ATA nº: **02/22**

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: **Implementação da CIHDOTT**

Local da Reunião: **Sala 2 do DEP**

Responsável pela reunião: **Leucineia Melo**

Secretário(a):

Data: **17/02/22**

Hora de início: **15h**

Hora de término: **16h** Duração total: **1h**

2. Pauta:

Nº Assuntos:

01	Abertura
02	Resultado do plano de ações do mês anterior
03	Legislação

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: **24/01/22** Ata nº **01/22**

4. Assuntos discutidos/Decisões:

01 - Enfª Leucineia realizou a abertura da reunião e leu os planos de ações da última reunião e relatando o desenvolvimento de cada um. O protocolo de ME já foi criado pelo Dr. Paulo Henrique, o mesmo informou que enviou o protocolo para o Dr. Buck Paschoal para análise. Roxana comunicou que não tem retorno do Hospital Ephraïm sobre a notina de formulários/abordagem, com isso a Enfª Bruna se prontificou de entrar em contato com o Hospital Metropolitano para viabilizar o plano de ações em questão. A Enfª Family explicou que a uscula de Glasgow não está no Sistema PR, desta maneira entrou em contato com a T.I para saber como seria para sua introdução no Sistema. Por fim foi levantado a necessidade de fazer o plano de contingência que é criar um formulário da uscula para UTI adulto, pediátrica e neo. Já sobre o encaminhamento a Enfª Leucineia relatou que entrou em contato com a CNCD e a conclusiva da data do agendamento será no dia 18/02. Foi levantado a necessidade de adequação da legislação que rege a CIHDOTT, posteriormente foi realizado a leitura e discussão da portaria nº 2000/2009 - Regulamento técnico do Sistema Nacional de transplante.

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 2 de 2

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

[illegible]

6. Participantes*

1. Paulo Henrique de Azevedo Pereira
2. Roxane Ribeiro Carneiro
3. Marcia Roberta da C. Oliveira
4. Amanda Tavares de Freitas
5. Brenda Romão de Souza
6. Sanyazir de Jesus Gomes Pereira
7. Cyroberto Cristina F. Franco
8. Alexsandra Pereira Gomes - NASP
9. Luciene Figueira Veloso
10. Thaís Lúcia de Sousa Mendes
11. Amanda Ceres Vasconcelos Oliveira

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

* Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	

1. Identificação: ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião mensal da CUE: Fev/2022

Local da Reunião: Sala 02 DEP

Responsável pela reunião: Enfª Regina Pereira Secretário(a): Alinne Ceito

Data: 17/02/2022 Hora de início: 10h Hora de término: Duração total:

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Leitura da ata da reunião anterior (mês de Janeiro)

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 21/01/22 Ata nº 01/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

- Realizado a leitura da ata de reunião de janeiro onde foi abordado sobre a falta de descarte de peças anatômicas, aberto e matriculado para descarte.
- Foi alinhado como prioridade de prioridade a construção do fluxo de descarte dos objetos perfurocortantes pelo Enfª Thalita e início do processo que vem no e.o.
- Foi acordado que os enfermeiros poderão fazer o reconhecimento dos objetos no momento de apresentação e identificação de descarte, considerando período mensal que dele se faz.
- Reforçado o fluxo de recebimento de D.O. com o encaminhamento do controlador de objeto após o recebimento no auto, para verificação do D.O. mediante as 3x e a família. Presente.
- Foi acordado que será feito multiplicação formal do fluxo através de orientações técnicas aos plantões e colaboradores dos setores, com multiplicar os controladores.
- Foi acordado com o laboratório e linha da Obstetrícia que será solicitados de imediato os exames de HB e HbL para os neonatos, de modo como plano de ação junto a recepção Obstétrica e cadastro imediato dos RN's no sistema PL.
- Alinhado com o laboratório ao final de cada plantão, enviar 11 Dir. III, NVE e 5 CUB. Itens dos exames solicitados, realizados e pendentes. Com a sugestão de enviar ao PL a lista das pendências de exames físicos e partir do E.O. de assistência de coleta e não partir para a hospitalar para permitir com pendências de coleta.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

 EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C54BA.D0363873E02FB024

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

5. Encaminhamentos via plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo
1. Controlar fluxo de entrada de peças e O.	Thalita	10/03/2022 (3 semanas)
2. Limpar ~~base~~ óxido visual p/ RN's	Thalita / Wal	30/03/2022 (3 semanas)
3. Lista de exames pendentes	Alga / Sandro / T	10/03/2022 (3 semanas)
4. Avaliação e gestão de Qualidade dos	Thalita e	10/03/2022 (3 semanas)
5. Testar la'vidas pelo laboratório	Sandro	segundo RDE n: 302
6. Multiplicação do fluxo de 10. pelo	Alga e Sandro	22/03/2022
NVE.	Alga (NVE)	

6. Participantes*

1. Jacy Kelly Batista da Costa Guimarães - NQSP
2. Sandro Wilson Gomes Pereira - Laboratório
3. Elizabeth Vithina F. Franco - Laboratório
4. Jomaira Geangira N. dos Santos - NVE
5. ALINE CRISTIANE OLIVEIRA LEME - NVE
6. Carlos Henrique Vasconcelos de Menezes - Diretoria Técnica
7. Thalita Beltrão Lopes
8. Renato F. J. Almeida
9. Alga de Almeida Pereira
10. Amanda Furtado
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	Formulário - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	Página 1 de 2	

1. Identificação: Comissão do PGRSS ATA nº: 02

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
☒ Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
 Quais?

Objetivo: Reunião mensal do PGRSS

Local da Reunião: Sala 02 - DEP

Responsável pela reunião: Maurício Marçalho Secretário (a): Carissa Nunes

Data: 21/02/2022 Hora de início: 15h Hora de término: 16:30 Duração total: 1 hora 20 min

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Atribuições do PGRSS
02	Conscientizar o descarte correto
03	Cronogramas - visitas semestrais
04	Descarte final dos resíduos
05	Treinamentos para Assistência

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 13/01/22 Ata nº 01

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Sinar - Controle do MTR - Manifesto de transporte de Resíduos
Descontaminação do Resíduo Químico
Realização de treinamentos para equipes
Implementar os treinamentos de descarte
Elaboração de relatórios

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	

5. Encaminhamentos via plano de ação**:

Item de Ação	Responsável	Prazo
Orientação de aquecimento dos enf.º. Rosinete Aparição do dia 13/02/22 resíduos.		

6. Participantes*

1.	Darissa da Cruz Gomes
2.	Josiane Dias Oliveira
3.	Joselin de Paula Santos
4.	Mauricio Mesquita da Cruz Marçal
5.	Adriana Lenore Araújo Brito
6.	Carmen Silva Macedo Mendes
7.	ANA PAULINA DE SOUZA MARTINS
8.	Suzana Kelli M. Aquino
9.	Rosinete Soares
10.	Alexandra Pereira Gomes
11.	Renan Rafael Elze
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

1. Identificação: Núcleo de Manutenção Geral ATA nº: 01

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão () Outros:

Interações de (X) Processo () entre comissões

Quais?

Reunião Mensal da NMG NMG

Objetivo:

Sistematizar a abertura de chamados.

Local da Reunião: Sala 2 de DEP

Responsável pela reunião: Lucas Andrade Secretário (a): Tibúlio

Data: 17/02/22 Hora de início: 14:00 Hora de término: 15:00 Duração total: 01:00

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
1	<u>Abertura de chamados para engenharia clínica e Manutenção Psiquiátrica com indicadores e acompanhamento de QG.</u>

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: ____/____/____ Ata nº ____

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Pendências de equipamentos e estrutura com impacto no usuário, sendo com fiscalizações realizadas para o cuidado com os bens e as instalações do Hospital.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	Formulário - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	Página 1 de 2	

1. Identificação: Núcleo de Segurança do Paciente ATA nº: 02/2022

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
☒ Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
 Quais?

Objetivo: Reunião mensal da Comissão NSP

Local da Reunião: DEP - Sala 2

Responsável pela reunião: Enfa Helen Monteiro Secretário(a): João Lima

Data: 24/02/2022 Hora de início: 15h Hora de término: 16:10 Duração total: 1:00h

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Revisão dos protocolos de segurança do paciente

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 31/01/22 Ata nº 01/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

- Às 15:10 h - se iniciou a reunião, em seguida Helen Monteiro começou citando as ocorrências da reunião passada (21.01.2022).
- A importância da revisão e atualização dos protocolos de segurança do paciente.
- Direção das equipes e em seguida deu-se o tempo para a revisão dos protocolos de segurança do paciente pelas equipes.
- Atualização da lista de membros da comissão: Agnécio Adreia, Sônia e Elizabeth + Waldilene Tavares.
- Às 16:10 em seguida Helen Monteiro encerrou a reunião, deixando como dever de casa para as equipes finalizar as revisões, ficando acordado o prazo para entrega dos protocolos revisados dia 10/03 até 10:00h da manhã.

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
 EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D0363B73E02FB024

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

Item de Ação	Responsável	Prazo
Revisar os protocolos de Segurança do Paciente.	Equipes	10/03/22 às 10:00

6. Participantes*	
1.	Auriane Barros
2.	Ana Carolina Almeida Ribeiro
3.	Marcos Mesquita da Paixão Mergulho
4.	Marcos Augusto da Silva Santos
5.	Waldirlei Rodrigues Soares
6.	Lucineia F. de Velloso
7.	Thayana Baltazar Fontana
8.	Jaminy C. da Silva Silva
9.	Fátima Lúcia Araújo Ferreira
10.	Thais Araújo Soares
11.	Thaís Baltazar Soares
12.	Lucas José da Silva Nery
13.	Elyzabeth Britina F. Franco
14.	Liam Gaudin F. Lima
15.	Hellen Karinna Monteiro
16.	Maria Roberta da Conceição Oliveira
17.	Elieir Cíntia Costa de Figueiredo
18.	Marta Emanuelle Silva Cruz
19.	José Mathew da Silveira
20.	


Helen Karinna Monteiro
Coordenadora NQSP/HRAS
COREN-PA 316.865-ENF
Hospital Regional Dr. Abelardo Santos

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.
** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(X) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reunião Mensal da CCTH: Fev/2022

Local da Reunião: NEP (Sala 01)

Responsável pela reunião: Wágia Pereira

Secretário (a): Jana Carolina

Data: 04/02/2022

Hora de início: 16h

Hora de término: 17h

Duração total: 1h

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Apresentação das atividades realizadas no mês de janeiro
02	Apresentação dos indicadores
03	Pendências (Plano de Ação) de Janeiro

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 13/01/22 Ata nº 01/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

→ A reunião de comissão do controle de infecções hospitalares aconteceu na sala 2 do NEP às 16:15, onde foi discutido a respeito das atividades realizadas pelo SCIT no mês de janeiro dentro integração e visita técnica e liberação de parecer técnico.

Foi replemado os indicadores realizados pelo SCIT: Taxas de utilização de dispositivos e densidade de incidência de IRAS nas UTI's e Isol's.

Além disso, foi discutido o plano de ação de janeiro a respeito do cronograma de visitas multi nas UTI's adulto, Pediátrica e Neonatal, que foi está acontecendo de acordo com planejamento dos setores. Foi discutido também a respeito da criação do manual sobre as coltas de materiais para análise laboratorial, traçado como meta para a apresentação do documento no mês de março.

5. Encaminhamentos viam plano de ação:

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

[illegible]

6. Participantes*

1. Karla Emanuelli Silva Cruz
2. Tatiana Lúcia Araújo Furtado
3. Leucineia Freitas Veloso
4. Isabella Righetto F. Franco
5. Jean Kallós
6. Vera Lúcia de Souza Nery
7. Naima Regina C. Santos
8. Marcia Roberto da C. Oliveira
9. Maurício Mesquita do Vale
10. André Ramon de Souza
11. Agneline de Paula dos Santos
12. Ana Carolina Almeida Ribeiro
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.

** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se uma exemplar de presença e anexar.

Plano de ação 5W2H.

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	

1. Identificação: CCP ATA nº: 02/2022

Tipo de reunião: ☐ Planejamento ☐ Acompanhamento ☐ Análise Crítica ☐ Diretoria
☒ Comissão ☐ Outros:

Interações de ☐ Processo ☐ entre comissões
 Quais?

Objetivo: Apresentar metas distribuídas entre os integrantes da comissão em reunião anterior.

Local da Reunião: Dep sala 02.

Responsável pela reunião: Milene Figueiredo

Secretário (a): Rafiana Medeiros

Data: 22/02/22

Hora de início: 10:00 Hora de término: 11:00 Duração total: 01:00

2. Pauta:

Nº Assuntos:

01	Ficha de admissão da comissão de pais
02	Fornecimento de avaliação de dieta e manutenção da dieta
03	Fluxo de acionamentos da comissão
04	Folhas de orientação por alta
05	Treinamento de curativo à vácuo

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 25/01/22 Ata nº 01/2022

4. Assuntos discutidos/Decisões:

Realizou-se apresentação das metas distribuídas entre os integrantes. Subsequente decidiu-se: apresentar características nutricionais a ficha de avaliação de dieta e manutenção (tipo de dieta, consistência e suplementação), editar o fluxo de orientações por alta acrescentando mais informações e torná-lo mais ilustrativo; manter a ficha de admissão da comissão de pais; realizar acionamento da equipe CCP via PR. Spuser metas pendentes em próxima reunião; realização de treinamento de curativo à vácuo com os integrantes da comissão.

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS		
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

Item de Ação	Responsável	Prazo
Atualizar formulário de avaliação	Enfª Regiana	29/03/22
Ficha de solicitação de materiais	Enfª Helene	29/03/22
Atualizar Folheto de orientação	Enfª Quiza	29/03/22
Preparar Treinamento Curativo à Voz	Enfª Brenda	29/03/22
Programa de Treinamento	Enfª Jael	29/03/22
Encaminhar formulário avaliação para a quimioterapia	Enfª Regiana	29/03/22

6. Participantes*
1. Regiana Ramos Martins
2. Jannine C. da S. Silva
3. Rauber Luis de Nova Galvão
4. Bruni B. da Costa
5. Fabiana Neyra T. Andrade
6. Dejenara Dalia da Silva Costa
7. Yan Marcos de A. Gonçalves
8. Joely Kelly Batista da Costa Guimaraes
9. Keiza Cristina B. Fimadoe
10. Milene M. de R. Figueiredo
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

* Assinar o nome completo – NÃO RUBRICAR. Se maior que 20 participantes utilizar lista de presença e anexar.
 ** Caso haja elaboração de Plano de Ação, recomenda-se usar formulário próprio de Plano de ação simplificado ou Plano de ação 5W2H.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
 EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	FORMULÁRIO COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE (CCP)			
	RELATÓRIO			
	Código: MOD.HRAS. NQSP.006	Versão: 001	Página 1 de 2	

1. Introdução

O hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS) é uma corporação estadual administrada pelo Instituto Mais Saúde que abrange mais de 10 especialidades compreendidas em serviços de apoio diagnóstico interno e externo, ambulatorial e internação de usuários provenientes da central de regulação do estado e egressos do hospital.

Nesse cenário a CCP (comissão de cuidados com a pele) visa propor a construção e reconstrução de conhecimentos, direcionar a padronização e validação dos produtos/coberturas para o tratamento e prevenções de feridas, uniformizar técnicas atualizadas para a realização, monitoramento e a avaliação da ferida por profissionais qualificados tecnicamente e cientificamente.

2. Objetivo

Construir práticas inovadoras que reduzam o custo e desperdício de materiais e coberturas de curativo e auxilie na condução do tratamento e prevenção de lesões afim de reduzir o prolongamento de internação do usuário.

3. Membros da Comissão/Equipe

Nome do membro	Função na instituição	Função na comissão
Milene Monteiro De Leão Figueiredo	Enfermeira diarista	Presidente
Renata Ferreira Gomes de Oliveira	Gerente de enfermagem	Vice-Presidente
Regiana Loureiro Medeiros	Enfermeira	1º Secretária
Jamilly C. da S. Silva	Enfermeira	Membro
Glauber das Neves Coelho	Enfermeiro diarista	Membro
Bruce Edmilson Souza da Costa	Enfermeiro	Membro
Fabiola Mayara Pereira Andrade	Enfermeira	Membro
Dejenane Dalva da Silva Costa	Enfermeira	Membro
Yan de A. Gonçalves	Nutricionista	Membro
Jacy Kelly Batista da Costa	Enfermeira	Membro
Kelza Cristina B. Trindade	Enfermeira	Membro
Cecilia do Socorro Souza da Silva	Fisioterapeuta	Membro
Bárbara Raelly Sampaio de Matos da Silva	Farmacêutica	Membro
Átila Santiago M. Carvalho	Enfermeiro	Membro
Joel Miranda Dos santos	Enfermeiro	Membro
Brenda Ramos de Souza	Enfermeira	Membro
Maria Raimunda Ferreira dos Santos	Enfermeira	Membro

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	FORMULÁRIO COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE (CCP)			
	RELATÓRIO			
	Código: MOD.HRAS. NQSP.006	Versão: 001	Página 2 de 2	

4. Atividades desenvolvidas

No dia 22 de fevereiro a CCP realizou a sua segunda reunião às 10 horas com duração de 1 hora, onde os assuntos em pauta foram a apresentação de metas distribuídas entre os integrantes em reunião anterior. As enfermeiras Regiana e Milene apresentaram os formulários de admissão e avaliação de lesões de pele onde em conjunto com os demais membros decidiu-se que o formulário de admissão não precisaria de nenhum ajuste e o formulário de avaliação necessitaria de acréscimo das características nutricionais (tipos de dieta, consistência, suplementação). A enfermeira Quezia apresentou o documento de orientação pós alta então decidiu-se que o mesmo necessitaria se tornar mais ilustrativo e ser introduzidas mais informações, enfermeira Milene salientou que reuniu com a TI do hospital e ficou acordado a possibilidade do acionamento da comissão ser solicitado via PR. As demais metas não foram apresentadas devido ausência dos integrantes responsáveis e ficaram pendentes para a próxima reunião. Ademais debateu-se sobre o desenvolvimento de treinamento de curativo a vácuo com os membros da comissão e introdução de novos materiais de curativo a instituição.

5. Resultados esperados

(Anexar ficha de indicadores e análise crítica em ANEXOS)

5.1.1 Indicador e análise crítica

5.1.2 Plano de ação

- Encaminhar ficha de admissão para setor de qualidade
Responsável: Enfermeira Regiana- Prazo 10/03
- Realizar ajuste de ficha de avaliação de cuidados com a pele e encaminhar para qualidade
- Responsável: Enfermeira Regiana- Prazo 10/03
- Construção de lista de padronização da farmácia
Responsável: Farmacêutica Bárbara- Prazo 29/02
- Ajuste de documento de orientação pós alta
Responsável: Enfermeira Quezia e Enfermeiro Bruce- Prazo 29/02
- Organização de Treinamento
Responsável: Enfermeiro Joel e enfermeira Jamilly- Prazo 29/02
- Definição da avaliação das feridas do hospital
Responsável: Enfermeira Brenda- Prazo 29/02

6. Considerações -Gerais

Apresentar formulário de admissão e avaliação na próxima reunião conforme aprovação da qualidade para ser realizada implementação nas unidades de internação hospitalar.

	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente		
	ATA DE REUNIÃO		
	Código: FOR.NQSP.001	Versão:003	

1. Identificação: Reunião ordinária GTH

ATA nº **04/02**

Tipo de reunião: ☐ Planejamento ☐ Acompanhamento ☐ Análise Crítica ☐ Diretoria
☒ Comissão ☐ Outros:

Interações de ☐ Processo ☐ entre comissões
 Quais?

Objetivo: **Reunião Mensal do GTH, Fev/2022**

Local da Reunião: SALA 2 NO DEP

Responsável pela reunião: Suelen

Secretário (a): Mabelle

Data: 15/02/2022

Hora de início: 14h

Hora de término:
15:30h

Duração total: 1h30min

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Feedback sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência
02	Projeto Biblioteca Itinerante do HRAS
03	Dia internacional das mulheres

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: **11/01/2022** Ata nº **04**

4. Assuntos discutidos/Decisões:

1ª pauta: Feedback sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência

- ✓ Atingimos 65 alunos das escolas públicas e privadas e um total de 235 colaboradores HRAS. (realização de palestras e roda de conversas)
- ✓ Escola municipal Avertano Rocha e Madre Celeste;

2ª pauta: Projeto Biblioteca Itinerante do HRAS

- ✓ Suelen apresentou ao grupo o Carrinho que ficarão os livros;
 - Estratégia para a arrecadação de livros?
- ✓ Promover uma gincana interna até o dia 14/03.
- ✓ Haverá premiação para o setor que realizar mais doações de livros na gincana.
- ❖ Sugestão da premiação: um Coffe. (autorizado pela direção)
- ✓ Inauguração da biblioteca itinerante no dia 15/03?
- ✓ A Biblioteca será apresentada em todas as unidades de internação pelos membros do GTH.

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.NQSP.001

Versão:003

Página 2 de 3

- Será definido metodologia e cronograma;
- ✓ O projeto acontecerá todas as terças-feiras, as 10h ou 15h, e contará com uma pessoa responsável por semana. (a definir)

3º pauta: Dia Internacional das mulheres

- ✓ Radarani: irá contactar músicos (UFPA)
- ✓ Suelen: irá entrar em contato com os palhaços da alegria
- ✓ Mini palestra no ambulatório: Tema: saúde da mulher?

5. Encaminhamentos viam plano de ação:**

[illegible]

6. Participantes*

Participante (s):

- 1- Suelen Santos- Analista de humanização/ Presidente
- 2- Mabelle Pereira – Supervisora SAU/1° secretaria
- 3- Kelliane Luz– Supervisora DEP/ membro
- 4- Aline Pereira – Psicóloga/ membro
- 5- Jamilly Silva- Enfermeira NEP/ membro
- 6- Radarany Andrade- Psicóloga /membro
- 7- Alessandra Gomes – Enfermeira NQSP/ Membro
- 8- Renata Soares – Assistente social/ 2° Secretario
- 9- Aline Pereira – Psicóloga/ Membro
- 10- Ana – enfermeira SCIH/ membro
- 11- Larissa- Psicóloga/ Membro

Ausente (s):

- 1- Brenda Ramos – enfermeira SCIH/ membro (sem justificativa)
- 2- Keiza Furtado – enfermeira ambulatorio/ membro (sem justificativa)

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 1 de 8	

1. Introdução

A Comissão de Humanização (CH) do HRAS é formada por uma equipe multiprofissional, organizada de forma participativa e democrática, com o objetivo de empreender no Hospital Regional Abelardo Santos (HRAS) uma política institucional de atendimento humanizado na assistência à saúde, em benefício de pacientes, colaboradores, comunidade e de estudantes que atuam na Unidade. A Comissão de humanização do HRAS foi composta no dia 31/03/2021 onde as ações são idealizadas baseando nos preceitos da Política Nacional de Humanização que, desde 2003, busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocassolidárias entre gestores, colaboradores e pacientes.

2. Objetivo

- I. Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;
- II. Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na Humanização da Assistência Hospitalar;
- III. Melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos pacientes e colaboradores do HRAS;
- IV. Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os pacientes, colaboradores e acadêmicos de saúde;
- V. Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes no HRAS;
- VI. Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área.



	Formulário – Humanização		
	Relatório Mensal		
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO] Página 2 de 8	

3. Membros da Comissão/Equipe

Nome do membro	Função na instituição
Suellen Maria da Silva Santos	Analista de Humanização
Marcos Paulo Araújo Silveira	Diretor Executivo
Mabelle Lorraine Borges Pereira	Supervisora do SAU
Renata Soares Nazarê	Assistente Social
Radharani do Nascimento Andrade	Psicóloga
Suzane Saraiva da Silva	Analista NEP
Jamily Cristina da S. Silva	Enfermeira NEP
Kellane Luz dos Reis	Analista DEP
Aline Valéria da S. Pereira	Psicóloga
Keiza Cristina Trindade	Enfermeira
Deyvison Renan Cabral Gomes	Analista de Recursos Humanos
Brenda Ramos de Souza	Enfermeira do SCIH
Shamira Yasmin Resque	Supervisora de Enfermagem
Thais Araújo	Supervisora de Nutrição
Amanda Vasconcelos	Psicóloga
Sofia Sousa Alves	Assistente Administrativo DASS
Bruna Monteiro	Assistente Social
Paula Pereira	Assistente Social
Monique Baima	Supervisora SESMT

EM 15/03/2022
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.140/2006)
Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.9052313151544BA.D8363B73E02FB024

4. Atividades desenvolvidas (*Tarefas do setor/comissão, capacitação, visita técnica, treinamentos, reuniões e afins, anexar evidências.*)**NOME DA AÇÃO OU PROJETO:** Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência**DATA:** 03,04, 07 e 08/02/2022**ATUAÇÃO:** Ambulatório do HRAS e leitos de internação**OBJETIVO:** Alertar para a importância da prevenção do adoecimento mental**PÚBLICO ALVO:** Usuários e colaboradores**NÚMERO DE BENEFICIADOS:** 350

DESCRIÇÃO: A ação em alusão a Semana Nacional de Prevenção a Gravidez na Adolescência, que reserva o mês para levantar discussões sobre a prevenção de uma gestação nesta fase da vida e o atendimento a essas jovens em unidades de saúde. A iniciativa contou com rodas de conversa sobre os riscos de uma gravidez precoce em escolas da rede pública e privada, tendo como facilitadores as profissionais do Serviço Social e Psicologia do HRAS e palestras para os colaboradores sobre o acolhimento no momento do parto e puerpério a essas adolescentes.



NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Acolhimento religioso

DATA: 02 e 16/02/2022

ATUAÇÃO: Setores Assistências do HRAS.

OBJETIVO: Levar acolhimento espiritual para os pacientes que se encontram internados ou estão em consulta no HRAS.

PÚBLICO ALVO: Colaboradores, Pacientes e Acompanhantes

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 900

DESCRIÇÃO: O projeto que conta com grupos de voluntários cadastrados no setor de humanização, e promove o acolhimento espiritual nos setores de internação para os colaboradores, pacientes e acompanhantes, durante o período de permanência no HRAS.



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. da assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B735021B34

NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Diploma de Nascimento e Árvore da Vida.

DATA: 01 a 28/02/2022

ATUAÇÃO: PPP e 6º andar

OBJETIVO: Valorizar marcando para a eternidade o momento do nascimento de uma nova vida

PÚBLICO ALVO: Usuários.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 270

DESCRIÇÃO: O projeto é realizado pela equipe de enfermagem, no pós parto. Depois do parto, a placenta passa por um processo de higienização, para então, receber o trabalho artístico. Com tintas à base de água, o órgão é colorido, depois carimbado numa folha de papel cartão e é entregue para mãe juntamente com o diploma de nascimento.



NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Pronto Sorriso

DATA: 25, 26, e 27/02/2022

ATUAÇÃO: Pronto Socorro Pediátrico

OBJETIVO: Promover momentos de entretenimento e ações educativas para as crianças e pais em atendimento no setor de Urgência e Emergência pediátrico do HRAS

PÚBLICO ALVO: Usuários.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 338

DESCRIÇÃO: O projeto é focado nos setores de atendimento de urgência e emergência pediátrica onde as sextas-feiras ou em datas comemorativas, o ambiente é decorado e os colaboradores ficam fantasidos de acordo com o tema planejado. A ação envolve todos os colaboradores do setor e a equipe do GTH, cujo o foco é promover experiências positivas no atendimento, levando entretenimento e informações educativas para as crianças e pais. A ação auxilia a promoção de clima acolhedor, quebrando os "medos" e angústias das crianças e de seus pais durante o momento do atendimento.



EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Aniversariante do mês

DATA: 25 e 28/02/2022

ATUAÇÃO: Setores Assistenciais do HRAS

OBJETIVO: Valorizar o colaborador

PÚBLICO ALVO: Colaboradores.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 91

DESCRIÇÃO: A ação ocorreu por meio da entrega de uma caixa de chocolate e um cartão institucional realizada pela equipe de Recursos Humanos, em dois dias e em dois turnos abrangendo assim os plantões ímpar e par. A valorização do colaborador reforça a ideia de time e a cultura de pertencimento à instituição, tornando o ambiente laboral mais agradável.



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

	Formulário – Humanização			
	Relatório Mensal			
	Código: [CÓDIGO]	Versão: [VERSÃO]	Página 8 de 8	

5. Resultados esperados

(Anexar ficha de indicadores e análise crítica em ANEXOS)

5.1.1 Indicador e análise crítica

5.1.2 Plano de ação

O que?	Quem?	Onde?	Por quê?	Quando?	Como?
Dia Internacional da Mulher	GTH e RH	4º andar e auditório	Para celebrar o empoderamento feminino	Dia 8/3	Por meio de oficinas de crochê e vestuário
Dia Mundial do Rim	GTH e Nefrologia	Ambulatório e 9º andar	Para alertar a sociedade sobre a prevenção dos rins	Dias 10 e 11/03	Orientação sobre a alimentação, aferição de PA e Glicemia
Implantar: Projeto Parabéns Pra Você	GTH e Equipe Assistencial	Todos os andares	Para celebrar o aniversário de pacientes internados	Março 2022	Por meio de vídeos chamadas

6. Considerações Gerais

No mês de fevereiro realizamos ações e projetos de Humanização que beneficiou de forma direta cerca de 1.949 pessoas entre pacientes, acompanhantes, colaboradores e estudantes do HRAS, pautadas nas diretrizes da PNH. Entre as ações realizadas no mês, "Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência" em prol da prevenção da Saúde Mental, valorização do momento da maternidade por meio da entrega da pintura da placenta e do diploma do recém-nascido para as puérperas, visitas religiosas e valorização dos colaboradores por meio da celebração da data de aniversário do profissional.

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	Formulário - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	Página 1 de 2	

1. Identificação:

ATA nº:

Tipo de reunião: () Planejamento (x) Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão () Outros:

Interações de (x) Processo () entre comissões

Quais? Acompanhamento de Homologação da Comissão

Objetivo: Reunião Mensal CEENF

Local da Reunião: Sala da Direção

Responsável pela reunião: Enf. Helen Monteiro Secretário(a): Jean Lima

Data: 15/02/2022 Hora de início: 10h Hora de término: 10:15 Duração total: 15min

2. Pauta:

Nº	Assuntos:
01	Homologação
02	Recolhimento das CEENF

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: ___/___/___ Ata nº: ___

4. Assuntos discutidos/Decisões:

01 Aguardando homologação do Coren/PA, CEENF/HRAS em etapa de formalização das documentações dos membros

- 1 - Enf. Daniel
- 2 - Enf. Lucilene Silva
- 3 - Enf. Vitor Hugo
- 4 - TE Barbara Di Paula
- 5 - TE Rosilene
- 6 - Enf. Joaz Guimarães.

2. Conforme orientação do Coren/PA, não incluem membros da gestão. Portanto, revisado a lista de membros.

5. Encaminhamentos via plano de ação**:

Ofício nº: 49/2022-ABELARDO SANTOS/PA

A

Ilustríssima Senhora Danielle Cruz Rocha
Conselho Regional de Enfermagem do Pará

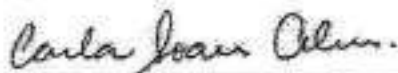
Assunto: Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos.

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com sede na Avenida Augusto Montenegro Km 13, S/N Agulha - Campina de Icoaraci, Belém - PA, 66811-000, devidamente inscrito no CNPJ/MF sob nº 18.963.002/0011-13, responsável pela gestão do **HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS**, por intermédio de seus representantes que este subscreve, informar que encontra-se sob a gestão do HRAS desde o dia 07/10/2021, publicação no diário oficial em anexo.

Outrossim, em cumprimento ao Art. 4º da Resolução COFEN nº 593/2018, cujo qual dispõe sobre a obrigatoriedade da implementação da Comissão de Ética em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores, segue acostado ao presente ofício, para os devidos fins legais, a lista de membros nomeados e o regimento norteador das atividades.

No mais, nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,
Belém/PA, 31 de janeiro de 2022.



Instituto Social Mais Saúde
Carla Soares Alves
Diretora Presidente



Hospital Regional Dr. Abelardo Santos
Marcos Paulo Araújo Silveira
Diretor Executivo

	HOSPITAL REGIONAL DR ABELARDO SANTOS			 GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ <i>Secretaria de Saúde/Público</i>
	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM – CEENF			
	LISTA DE MEMBROS DA COMISSÃO			
	Código: FOR.HRAS.CEENF.001	Versão: 001	Página 1 de 1	

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Integrante	Função do colaborador na instituição	Função na comissão
Daniel Tapajós de Freitas 618950 ENF	Enfermeiro diarista	Presidente
Lucilene Lima Moraes da Silva 609692 ENF	Enfermeira	Vice-presidente
Tatiana Macedo Costa 571000 ENF	Enfermeira	Secretária
Vitor Hugo Pantoja Souza 453845 ENF	Enfermeiro	Membro
Daiane da Silva Fonseca 1360261 TE	Técnica de Enfermagem	Membro
Bárbara Di Paula Alves Gomes 1454063 TE	Técnica de Enfermagem	Membro
Rosilene Trindade Maciel Garcia 417855 TE	Técnica de Enfermagem	Membro
Jocy Kelly Batista da Costa Guimarães 694793 ENF	Enfermeira	Membro


 Renato Ferreira Gomes de Oliveira
 COREN-PA-270.482-ENF
 Assinatura

15/03/2022 17:01

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	Formulário – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente			
	ATA DE REUNIÃO			
	Código: FOR.NQSP.001	Versão: 003	Página 1 de 2	

1. Identificação:

ATA nº: 01/2022

Tipo de reunião: () Planejamento () Acompanhamento () Análise Crítica () Diretoria
(x) Comissão () Outros:

Interações de () Processo () entre comissões
Quais?

Objetivo: Reestruturação do Planejamento da Comissão CIPA

Local da Reunião: Sala do Servm

Responsável pela reunião: Líder Ana Martins Secretário(a):

Data: 24/02/2022 Hora de início: Hora de término: Duração total:

2. Pauta:

Nº	Assuntos: (ver anexo)
01	Revisão do Cronograma
02	Elaboração do Plano de Ação - CIPA

3. Plano de ação de ATAs anteriores

Reunião data: 11/1 Ata nº 1

4. Assuntos discutidos/Decisões:

5. Encaminhamentos viam plano de ação**:

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	FORMULÁRIO – SESMT/BOMBEIRO CIVIL			
	COMUNICADO			
	CÓDIGO:	VERSÃO: 001	PÁGINA 1 DE 1	

COMUNICADO

Venho através desta informar aos funcionários do **HOSPITAL REGIONAL DR ABELARDO SANTOS** que em virtude da renovação do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), iniciaremos a Seleção para Brigada de Incêndio que são grupos organizados de pessoas voluntárias ou não, segue abaixo para maiores informações:

Período de inscrição: 28/02/2022 a 23/03/2022

Local de inscrição: Setor de Segurança no Trabalho (SESMT)

Responsáveis: SESMT/BOMBEIRO CIVIL

Pré-requisitos:

- Permanecer na edificação;
- Possuir boa condição física e boa saúde;
- Ter responsabilidade legal;
- Ser alfabetizado.

NOTA – caso nenhum candidato atenda aos critérios básicos relacionados, serão selecionados aqueles que atendam ao maior número de requisitos, em concordância e ciente das atribuições do brigadista.

Observação:

1. Pedimos aos interessados procure o setor de segurança no trabalho;
2. Pedimos para os atuais brigadistas que compareçam ao setor do SESMT para atualizar cadastro.

Atenciosamente,

Diretor Executivo

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	FORMULÁRIO - SESMT			
	IMPLANTAÇÃO DA CIPA			
	CÓDIGO:	VERSÃO:	PÁGINA 1 DE 1	

BELÉM/PA, 24/02/2022.

De: SESMT

Para: EMPRESA

Ref: IMPLANTAÇÃO DE CIPA

GESTÃO: 2022/2023

Comunicamos que será implantado a "CIPA" em sua empresa, a partir do dia **03/03/2022**, conforme cronograma abaixo:

CALENDÁRIO DO PROCESSO ELEITORAL DA CIPA GESTÃO 2022/2023				
PROCESSO ELEITORAL DA CIPA	PRAZOS LEGAIS	*** DATA CORRIGIDA		DIAS ANTES POSSE
Edital de convocação para eleição	60 dias antes da posse (drt - acordo)	03/03/2022	quinta-feira	-60
Formação da comissão eleitoral	55 dias antes do término do mandato	07/03/2022	segunda-feira	-55
Enviar cópia do edital de convocação ao sindicato	5 dias após a convocação da eleição	08/03/2022	terça-feira	-60
Início inscrições candidatos	20 dias antes da eleição (acordo)	11/03/2022	sexta-feira	-45
Término inscrições candidatos	6 dias antes da eleição (acordo)	25/03/2022	sexta-feira	-30
Publicação edital de candidatos inscritos para eleição	Dia seguinte ao encerramento das inscrições	25/03/2022	sexta-feira	-38
Retirada do edital de convocação	No dia da eleição (drt - acordo)	01/04/2022	sexta-feira	-31
Realização da eleição (votação)	30 dias antes do término do mandato anterior	01/04/2022	sexta-feira	-31
Realização da eleição (votação)	30 dias antes do término do mandato anterior	02/04/2022	sábado	-30
Realização da apuração	Dia seguinte após a votação	01/04/2022	sexta-feira	-31
Resultado da eleição - ata da eleição	1 dia após a apuração	04/04/2022	segunda-feira	-28
Curso para cipeiros (data mínima)	Depois das eleições	05/04/2022	terça-feira	-27
Comunicar ao sindicato do resultado e data posse	15 dias após a eleição (acordo)	15/04/2022	sexta-feira	-17
Curso para cipeiros (data máxima)	Antes da posse	29/04/2022	sexta-feira	-3
Término do mandato anterior	1 ano depois da posse mandato anterior	29/04/2022	sexta-feira	-3
Realização da posse - ata de posse novos membros	1º dia depois do mandato anterior	02/05/2022	segunda-feira	0
Organização do calendário reuniões mensais	Na reunião da posse	02/05/2022	segunda-feira	0

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

	HOSPITAL REGIONAL DR. ABELARDO SANTOS			
	FORMULÁRIO – SESMT			
	PLANO DE AÇÃO 5W2H			
	CÓDIGO:	VERSÃO: 002	PÁGINA 1 DE 1	

Título: Planejamento de Atividade do SESMT Data:22/02/2022									
Objetivo: Integração e alinhamento de divisão de tarefas do setor									
Setor: SESMT									
Responsável: Eng. Carmen Mendes									
Ação	Para Quê?	Quem?	Como?	Quando?		Onde?	Custo?	Obs.:	Status*
				Início	Fim				
Brigada de Incêndio		Bombeiro Civil/SESMT	Dimensionamento da Brigada de Incêndio	16/02/2022	23/02/2022	Hospital	0		
		Direção	Autorização da direção para execução do treinamento	24/02/2022	25/02/2022	Hospital	Direção		
	Preservar a vida dos funcionários e os bens da instituição	Bombeiro Civil/SESMT	Inscrição para brigadista	28/02/2022	23/03/2022	SESMT	0		
		Bombeiro Civil/SESMT	Treinamento dos Brigadista	11/04/2022	15/04/2022	Auditório	Setor de compras		
CIPA	Prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.		Cronograma	03/03/2022	30/04/2022	SESMT	0		
			Inscrição da CIPA	11/03/2022	25/03/2022	SESMT	0		
		SESMT	Eleição da CIPA	31/03/2022	01/04/2022	Hospital	0		
			Treinamento da CIPA	18/04/2022	22/04/2022	Auditório	0		

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

Assunto: ENC: ATIVIDADES SEG. TRABALHO

De: "Marcos Silveira" <diretoria@hras.institutomaissaude.org.br>

Data: 28/02/2022 09:47

Para: <eng.sesmt@hras.institutomaissaude.org.br>

CC: "Zilda Pereira" <gerencia@institutomaissaude.org.br>, <coord.nqsp@hras.institutomaissaude.org.br>, <comunicacao@institutomaissaude.org.br>, <juridico2@hras.institutomaissaude.org.br>

Bom dia,

Prezada Carmem, ótimo, vamos seguir acelerando.

Copio a Zilda para que tenha conhecimento acerca do cronograma da CIPA e da Brigada, além da Dra Jéssica pois trata-se de movimentos que deveremos sinalizar para Sindicatos e Ministério do Trabalho.

Prezada Kilane,

Peço apoio junto a Carmem do SESMT na confecção de artes para divulgação do processo eleitoral da CIPA (captação de candidatos) além do processo da Brigada de Incêndio (esse também precisamos captar candidatos mas acredito que no final precisaremos de indicações dos gestores).



Marcos Silveira
Diretor Geral | Ramal 800



Hospital Público Regional Dr. Abelardo Santos
Av. Augusto Montenegro, Km 13, S/Nº
Icoaraci - Belém/PA

De: eng.sesmt@hras.institutomaissaude.org.br <eng.sesmt@hras.institutomaissaude.org.br>

Enviada em: quinta-feira, 24 de fevereiro de 2022 16:51

Para: diretoria@hras.institutomaissaude.org.br

Assunto: ATIVIDADES SEG. TRABALHO

Boa tarde, Marcos.

Segue em anexo o cronograma, ata da nossa reunião e calendário da CIPA para eleição.

Atividades: participação nas reuniões de liderança, treinamentos, Inspeção nos setores.

As proposta para curso da brigada (Formação) vc já decidiu. Precisamos startar esta pendência .

Att,

Carmen Mendes

EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024
ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)

Eng^a Seg. Trabalho

— Anexos:

Convocação de BRIGADA.docx	2,8MB
Implantação da CIPA HRAS 2022.docx	66,8KB
Plano de Ação Mês de Fev 2022.docx	2,8MB

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B8E73D4.96526B1F91C544BA.D8363B73E02FB024

HUMANIZAÇÃO

Introdução

A Comissão de Humanização (CH) do HRAS é formada por uma equipe multiprofissional, organizada de forma participativa e democrática, com o objetivo de empreender no Hospital Regional Abelardo Santos (HRAS) uma política institucional de atendimento humanizado na assistência à saúde, em benefício de pacientes, colaboradores, comunidade e de estudantes que atuam na Unidade. A Comissão de humanização do HRAS foi composta no dia 31/03/2021 onde as ações são idealizadas baseando nos preceitos da Política Nacional de Humanização que, desde 2003, busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, colaboradores e pacientes.

Atribuições e Objetivos:

- I. Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;
- II. Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na Humanização da Assistência Hospitalar;
- III. Melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos pacientes e colaboradores do HRAS;
- IV. Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os pacientes, colaboradores e acadêmicos de saúde;
- V. Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes no HRAS;
- VI. Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área.

Resultados

No mês de fevereiro realizamos ações e projetos de Humanização que beneficiou de forma direta cerca de 1.949 pessoas entre pacientes, acompanhantes, colaboradores e estudantes do HRAS, pautadas nas diretrizes da PNH. Entre as ações realizadas no mês, “Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência” em prol da prevenção da Saúde Mental, valorização do momento da maternidade por meio da entrega da pintura da placenta e do diploma do recém-nascido para as puérperas, visitas religiosas e valorização dos colaboradores por meio da celebração da data de aniversário do profissional.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência

DATA: 03,04, 07 e 08/02/2022

ATUAÇÃO: Ambulatório do HRAS e leitos de internação

OBJETIVO: Alertar para a importância da prevenção do adoecimento mental

PÚBLICO ALVO: Usuários e colaboradores

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 350

DESCRIÇÃO: A ação em alusão a Semana Nacional de Prevenção a Gravidez na Adolescência, que reserva o mês para levantar discussões sobre a prevenção de uma gestação nesta fase da vida e o atendimento a essas jovens em unidades de saúde. A iniciativa contou com rodas de conversa sobre os riscos de uma gravidez precoce em escolas da rede pública e privada, tendo como facilitadores as profissionais do Serviço Social e Psicologia do HRAS e palestras para os colaboradores sobre o acolhimento no momento do parto e puerpério a essas adolescentes.



NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Acolhimento religioso

DATA: 02 e 16/02/2022

ATUAÇÃO: Setores Assistências do HRAS.

OBJETIVO: Levar acolhimento espiritual para os pacientes que se encontram internados ou estão em consulta no HRAS.

PÚBLICO ALVO: Colaboradores, Pacientes e Acompanhantes

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 900

DESCRIÇÃO: O projeto que conta com grupos de voluntários cadastrados no setor de humanização, e promove o acolhimento espiritual nos setores de internação para os colaboradores, pacientes e acompanhantes, durante o período de permanência no HRAS.



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D0363B73E02FB024

NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Diploma de Nascimento e Árvore da Vida.

DATA: 01 a 28/02/2022

ATUAÇÃO: PPP e 6º andar

OBJETIVO: Valorizar marcando para a eternidade o momento do nascimento de uma nova vida

PÚBLICO ALVO: Usuários.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 270

DESCRIÇÃO: O projeto é realizado pela equipe de enfermagem, no pós parto. Depois do parto, a placenta passa por um processo de higienização, para então, receber o trabalho artístico. Com tintas à base de água, o órgão é colorido, depois carimbado numa folha de papel cartão e é entregue para mãe juntamente com o diploma de nascimento.



NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Pronto Sorriso

DATA: 25, 26, e 27/02/2022

ATUAÇÃO: Pronto Socorro Pediátrico

OBJETIVO: Promover momentos de entretenimento e ações educativas para as crianças e pais em atendimento no setor de Urgência e Emergência pediátrico do HRAS

PÚBLICO ALVO: Usuários.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 338

DESCRIÇÃO: O projeto é focado nos setores de atendimento de urgência e emergência pediátrica onde as sextas-feiras ou em datas comemorativas, o ambiente é decorado e os colaboradores ficam fantasidos de acordo com o tema planejado. A ação envolve todos os colaboradores do setor e a equipe do GTH, cujo o foco é promover experiências positivas no atendimento, levando entretenimento e informações educativas para as crianças e pais. A ação auxilia a promoção de clima acolhedor, quebrando os “medos” e angústias” das crianças e de seus pais durante o momento do atendimento.



NOME DA AÇÃO OU PROJETO: Aniversariante do mês

DATA: 25 e 28/02/2022

ATUAÇÃO: Setores Assistenciais do HRAS

OBJETIVO: Valorizar o colaborador

PÚBLICO ALVO: Colaboradores.

NÚMERO DE BENEFICIADOS: 91

DESCRIÇÃO: A ação ocorreu por meio da entrega de uma caixa de chocolate e um cartão institucional realizada pela equipe de Recursos Humanos, em dois dias e em dois turnos abrangendo assim os plantões ímpar e par. A valorização do colaborador reforça a ideia de time e a cultura de pertencimento à instituição, tornando o ambiente laboral mais agradável.



Ações Futuras

Para o mês de Março estão programadas as ações em alusão ao Dia Internacional da Mulher, Dia Mundial do Rim, mês que chama a atenção para a prevenção de doenças renais e a implantação de um projeto para celebração do aniversário de pacientes internados, que não aconteceu no mês de fevereiro devido o tablet para a realização de videochamadas entre o paciente e seus familiares ter chegado ao setor de humanização na última semana do mês.

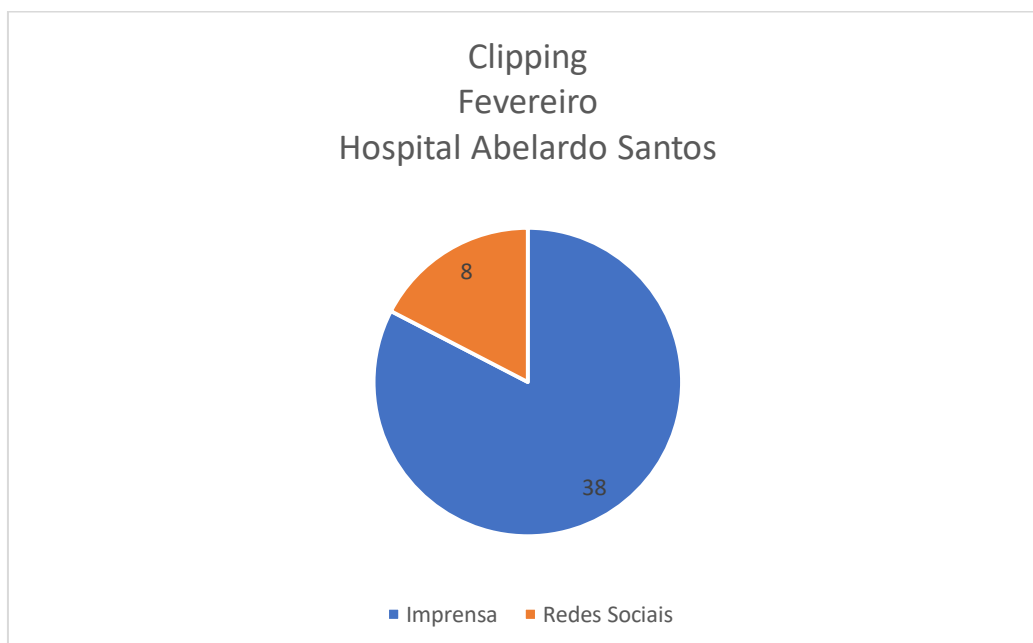
Suellen Maria da Silva Santos

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

RELATÓRIO DE COMUNICAÇÃO - FEVEREIRO DE 2022

O presente relatório de atividades do setor de Assessoria de Imprensa, apresenta os índices de notícias relacionadas ao Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS), no distrito de Icoaraci, em Belém, veiculadas do dia 1º a 28 de fevereiro de 2022. As publicações atendem matérias em redes sociais oficiais e canais de imprensa tradicional, como TV, Rádio, Portal e Jornal Impresso. Ao total, foram veiculadas 46 notícias sobre a instituição no período em questão.

Mídias	Clipping Hospital HRAS
Imprensa	38
Redes Sociais	8
Geral	46



POSITIVAS

02/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/34650/>



02/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/hospital-abelardo-santos-realiza-acoes-para-a-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia/>



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E552784E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

02/02/2022

ROTA DO LAGO

<https://www.rotadolago.com.br/noticia/9207/hospital-abelardo-santos-realiza-acoes-para-a-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>



A notícia, publicada em 08/02/2022 às 17h15, trata das ações realizadas pelo Hospital Abelardo Santos para a prevenção da gravidez na adolescência. O texto informa que, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a taxa é de 66,4 nascimentos por cada mil adolescentes entre 15 e 19 anos, o que representa quase 50% a mais do que a média mundial estimada em 45. Em Belém, o Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRA5), no âmbito da licença, segue o protocolo nacional em média 20 mil reais por mês, o que representa 12% dos parâmetros estabelecidos em 30 dias. Em 2021, esse número chegou a 433 entre cesáreas e a concepção natural.

Diante desses dados, o Hospital Regional Abelardo Santos, neste mês de fevereiro, integra a campanha nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, instituída pela Lei 13.799/2019. A iniciativa prevê uma carteira de programação no País, foi incorporada ao Instituto de Criança e do Adolescente (ICA) e está em vigor desde o ano de 2019, visando a orientar e conscientizar os jovens. A campanha possui 10 estratégias para as medidas preventivas e educativas que contribuem para a redução da incidência de gravidez nesta faixa de idade.

Local: Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRA5)
Tamanho: 411 x 616
Postagem: 1

08/02/2022 17h15 - 14:11
Por: Redação - Portal do Com. Pará

Foto: Reprodução/Secom Pará

A SUA AGÊNCIA DIGITAL

ATL

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

02/02/2022

A PROVINCIA DO PARÁ

<https://aprovinciadopara.com.br/hospital-abelardo-santos-realiza-aco-es-para-a-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia/>



02/02/2022

O CORRESPONDENTE

<https://www.ocorrespondente.com.br/noticia/29706/hospital-abelardo-santos-realiza-acoes-para-a-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>



A notícia, publicada em 15/03/2022, trata das ações realizadas pelo Hospital Regional Dr. Abelardo Santos em Belém para a prevenção da gravidez na adolescência. O texto destaca que, no Brasil, o índice de gravidez na adolescência é um dos mais altos do mundo, com cerca de 68 nascimentos por cada mil adolescentes entre 15 e 19 anos. Em Belém, o Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRA) realizou uma semana de prevenção no mês de fevereiro, com a participação de estudantes do Ensino Médio e do Instituto de Educação Superior (IES). A campanha, intitulada 'Onça aqui', teve como objetivo conscientizar os jovens sobre os riscos da gravidez precoce e oferecer informações sobre métodos contraceptivos. Durante a semana, foram realizadas palestras, distribuição de folhetos e atendimento individualizado. O texto também menciona que, em 2021, foram realizados 33 procedimentos de aborto na unidade, sendo 12% realizados no primeiro trimestre da gravidez.

03/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/34672/>

AGÊNCIA PARÁ

NOTÍCIAS | RÁDIO | TV | NOTÍCIAS | NOTÍCIAS | VÍDEOS | ÁUDIOS

Hospital Regional Abelardo Santos realiza cirurgia neurológica com paciente acordada

Procedimento complexo para tratar lesão cerebral rara, a cirurgia é possível devido aos investimentos em tecnologia e qualificação profissional feitos pelo governo do Estado

22/01/2022 10:02 - Atualizado em 02/02/2022 10:02

Reiterando o Governo do Pará em tratamento de alta complexidade, o Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRA5), no distrito de Icoaraci, em Belém, realizou nesta quinta-feira (03) mais um procedimento cirúrgico. Com previsão de mais de 14 horas de duração, a microcirurgia para resecção de malformação arteriovenosa cerebral trata doença neurológica considerada rara na medicina. Uma das particularidades da intervenção é que, durante a cirurgia, a paciente é acordada pela equipe médica para que suas reações sejam monitoradas no decorrer do procedimento.

O secretário de Estado de Saúde Pública, Rômulo Rodolfo, explicou que a unidade vem se modernizando com novas tecnologias para reduzir os riscos nos procedimentos e evitar sequelas aos pacientes. "Para a realização desse tipo de intervenção é preciso que a unidade hospitalar faça investimentos tanto em aparelhos tecnológicos, quanto em profissionais de saúde-qualificados. A equipe tem usado todos os recursos tecnológicos ofertados pelo governo do Estado, com o intuito de garantir mais benefícios durante os procedimentos e na recuperação", frisou o gestor.



Equipe multiprofissional do "Abelardo Santos", unidade que recebe investimentos em tecnologia e qualificação profissional.

Segundo ele, esse tipo de cirurgia, devido ao grau de complexidade, mostra a relevância do "Abelardo Santos" para os serviços de saúde oferecidos gratuitamente à população paraense. "HRA5 é uma unidade que atende desde as complexidades até os casos simples. Por isso, se torna um referencial à saúde da rede estadual", destaca Rômulo Rodolfo.

Tratamento - A paciente submetida ao procedimento é A. S. P., 24 anos, que tem um diagnóstico de epilepsia de difícil controle com o uso de medicações secundárias. A malformação arteriovenosa representa uma doença neurológica rara, encontrada em 0,05% da população, que se desenvolve nos vasos durante a formação do cérebro ainda na fase de embrião, podendo representar manifestações variadas, desde uma simples dor de cabeça até hemorragias cerebrais e crises convulsivas, assim como quadros de demência.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

03/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/hospital-regional-abelardo-santos-realiza-cirurgia-neurolgica-com-paciente-acordada/>



Hospital Regional Abelardo Santos realiza cirurgia neurológica com paciente acordada

Profissionais de saúde do Hospital Regional Abelardo Santos, em Marabá, realizaram uma cirurgia neurológica minimamente invasiva em um paciente acordado. O procedimento foi realizado no dia 14 de janeiro de 2022, com o paciente sob monitoramento contínuo e sem a necessidade de anestesia geral. A cirurgia foi realizada com o paciente acordado, permitindo que ele comunicasse qualquer desconforto durante o procedimento. O Hospital Regional Abelardo Santos é um dos principais hospitais de referência em Marabá e oferece uma ampla gama de serviços de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação.

03/02/2022

NOTICIA MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/hospital-regional-abelardo-santos-realiza-cirurgia-neurologica-com-paciente-acordada/>



04/02/2022

CONEXÃO CULTURA

Profissionais do ‘Abelardo Santos’ orientam estudantes sobre gravidez na adolescência



CONEXÃO CULTURA 04.02.22
castbox.fm

Bom dia equipe e galera do Conexão
o programa de hoje, 04.02, já está no
castbox, bom dia.

<https://castbox.fm/episode/CONEX%C3%83O-CULTURA-04.02.22-id4438994-id465178038?country=br>

11:50

08/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/34773/>

Profissionais do 'Abelardo Santos' orientam estudantes sobre prevenção à gravidez na adolescência

As atividades que buscam informar e conscientizar os jovens são desenvolvidas em escolas públicas e privadas, no distrito de Icoaraci.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como a fase iniciada aos 10 anos, com término aos 19, caracterizada como o período em que os jovens passam por muitas dúvidas e incertezas em diversas áreas, incluindo a vida sexual e reprodutiva. Um assunto que chama a atenção dos profissionais do Serviço Social e Psicologia do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (H-RAS), localizados em Icoaraci, distrito de Belém.

Em visita a escolas públicas e privadas do distrito, eles promovem rodas de conversas e dinâmicas para orientar os estudantes sobre os riscos de atividade sexual precoce e gravidez nesta fase da vida.

A programação da unidade integra o conjunto municipal de Prevenção à Gravidez na Adolescência, instituída pela Lei 11.758/2010. A iniciativa, que prevê uma semana de programação no País, foi incorporada ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e está em vigor desde 2019, para orientar e conscientizar os jovens. O objetivo da campanha é levar orientações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência de gravidez na adolescência.

Temática – A programação inclui todo o universo sobre as consequências da gravidez na adolescência. Dentro da temática, também foram discutidos questões físicas e emocionais nesta fase, os impactos nos estudos e o ingresso no mercado de trabalho. Também é enfatizada a conscientização do adolescente do sexo masculino sobre suas responsabilidades compartilhadas com a mulher.

A dinâmica ocorreu por meio da atividade "Câpsula do Tempo". A ação levou os alunos a escreverem uma carta ao seu "eu" do futuro, contendo seus desejos e anseios para os próximos anos, e a análise de um estudo de caso de uma jovem que engravidou precocemente.

08/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/profissionais-do-abelardo-santos-orientam-estudantes-sobre-prevencao-a-gravidez-na-adolescencia/>



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E4E73D4.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA. D0363B73E02FB024

08/02/2022

NOTÍCIAS MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/profissionais-do-abelardo-santos-orientam-estudantes-sobre-prevencao-a-gravidez-na-adolescencia/>



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

10/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/34823/>



10/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/em-icoaraci-o-hospital-abelardo-santos-adota-metodo-kanban-nas-unidades-de-internacao/>



10/02/2022

NOTÍCIA MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/em-icoaraci-o-hospital-abelardo-santos-adota-metodo-kanban-nas-unidades-de-internacao/>



14/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/34888/>

AGÊNCIA PARA+ 

NOTÍCIAS | MATÉRIAS | NOTAS | FOTOS | VÍDEOS | Áudios

Programa de Ensino do Abelardo Santos integra 100 estudantes de níveis técnico e superior

Com a integração dos novos alunos, neste primeiro semestre de 2022, a unidade hospitalar sobe para 432, o número de discentes em formação

REPORTAGEM - Assessoria de Comunicação



Momento de apresentação de integração aos novos alunos, com as palestras de unidade, agendada no ABL do SBC.

No primeiro semestre de 2022, cerca de 300 estudantes do ensino técnico e superior serão integrados no Programa de Integração de Ensino e Serviço do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRSAS), no distrito de Icoaraci, em Belém. Os alunos fazem parte do Instituto para o ensino especializado com a maior unidade hospitalar de RecicPúb (na data da administração pelo Instituto Mais Saúde, em parceria com

14/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/programa-de-ensino-do-abelardo-santos-integra-100-estudantes-de-niveis-tecnico-e-superior/>



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E95526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

14/02/2022

NOTICIA MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/programa-de-ensino-do-abelardo-santos-integra-100-estudantes-de-nivel-tecnico-e-superior/>

The screenshot shows the homepage of the Notícia Marajó website. At the top, there is a navigation bar with the site's logo and various menu items. The main headline reads "Programa de Ensino do Abelardo Santos integra 100 estudantes de nível técnico e superior". Below the headline, there is a large photograph of a classroom setting with students and a teacher. To the right of the main article, there are sections for "ÚLTIMAS NOTÍCIAS" and "CIDADES", each featuring small thumbnail images and headlines for other local news items.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

15/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/34921/>

AGÊNCIA PARÁ

NOTÍCIAS | PUBLICAÇÕES | NOTÍCIAS | FORUMS | VÍDEOS | Áudios

Após 50 dias de internação, paciente renal se despede com alta humanizada no Abelardo Santos

Profissionais do Hospital celebraram a recuperação e a volta pra casa do usuário do HRAS

15/02/2022 | 14h42 - Última atualização: 15/02/2022 13h42



"Quero agradecer de coração a todos. Deus abençoe a toda essa equipe", declarou o sr. Antônio Constantino Tanório, de 55 anos, após se despedir de uma longa jornada vivenciada no Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS), no distrito de Icoaraci, em Belém. Em tratamento inicial para os rins, foram 50 dias sendo acompanhado e recebendo cuidados de saúde de profissionais até receber a

15/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/apos-50-dias-de-internacao-paciente-renal-se-despede-com-alta-humanizada-no-abelardo-santos/>



15/02/2022

ROTA DO LAGO

<https://www.rotadolago.com.br/noticia/9700/apos-50-dias-de-internacao-paciente-renal-se-despede-com-alta-humanizada-no-abelardo-santos>



15/02/2022

NOTÍCIAS DO MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/apos-50-dias-de-internacao-paciente-renal-se-despede-com-alta-humanizada-no-abelardo-santos/>

30 de Fevereiro de 2022

QUESTÕES

POLÍTICA E ECONOMIA

COMENTÁRIO

Dólar Comercial: 5,1480

cel.br

29°C
 céu azul, sem nuvens

[home](#) [belém e região](#) [pará](#) [política](#) [política](#) [esportes](#) [variedades](#) [últimas notícias](#)

PARÁ

Após 50 dias de internação, paciente renal se despede com alta humanizada no Abelardo Santos

Publicado: 15 de fevereiro de 2022

De Da Redação

PARÁ

Da Redação Um paciente renal que passou por 50 dias de internação em um hospital de referência em Belém, se despede com uma alta humanizada no Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS), no distrito de Icoaraci, em Belém. Em tratamento intensivo para o câncer, foram 50 dias sendo acompanhado e atendido cuidados da equipe de profissionais ali receber a alta médica e retornar à sua casa, no município de São Carlos, no arquipélago do Marajó.

No interior do estado, o paciente renal faz o tratamento convencional, com exames e as medicações para controle da doença, que provavelmente foi progressiva. No dia 22 de dezembro de 2021, ele chegou no HRAS com alterações vitais e instável no corpo. No Abelardo, ficou 52 dias sob cuidados da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), passou do tratamento tradicional, transferido-se para unidade de hemodiálise e, ainda, foi tratado de câncer, com expectativa de neurologia.

Após passar por todos esses cuidados, na saída do hospital, o capelão se emocionou: "Não tenho palavras para expressar a Deus por isso. Foram 50 dias de luta, mas no final, tudo deu certo. Agradeço também a equipe, todos os profissionais se envolveram até minha recuperação", diz o paciente.

Alta

A recuperação do capelão foi comemorada pela equipe multiprofissional com uma celebração religiosa, na saída do paciente. "Com quinze dias mais vivendo batizados dentro de uma unidade de saúde. Essa conquista não é apenas para o paciente e sua família, mas para todos do Hospital que se empenham a dar o melhor ao paciente. Que é, de fato, o

ÚLTIMAS NOTÍCIAS

BRASIL - 15 de fevereiro de 2022
Campanha em Petrópolis: vacina 200 pessoas contra a covid-19 hoje

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Fifa impõe participação da Rússia na Copa do Mundo

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Petrópolis: total de mortos sobe para 221; há cinco desaparecidos

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Conheça o Super Gugu: o Turca convertido em maratonista

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Tribos indígenas: Guerra e pandemia dividem atenção com 52 em maior número de vítimas

COMENTÁRIOS

BRASIL - 15 de fevereiro de 2022
Campanha em Petrópolis: vacina 200 pessoas contra a covid-19 hoje

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Fifa impõe participação da Rússia na Copa do Mundo

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Petrópolis: total de mortos sobe para 221; há cinco desaparecidos

PARÁ

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Bom dia de educação do Detran alerta para fatores de risco e prevenir em Belém

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Tribos indígenas: Guerra e pandemia dividem atenção com 52 em maior número de vítimas

PARÁ - 15 de fevereiro de 2022
Fifa impõe participação da Rússia na Copa do Mundo

POLÍTICA

17/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/34972/>



Abelardo Santos sensibiliza usuários para doação de livros a Projeto Biblioteca Itinerante

Ação marca Dia Internacional da Doação de Livros, transcorrido em 14 deste mês, e o HRAS quer contribuir com a ampliação de conhecimento durante internação

Com o objetivo de estimular a leitura de adultos e crianças no ambiente hospitalar, como forma de amenizar a ansiedade e o estresse durante o tratamento de saúde, neste mês de fevereiro, o Hospital Regional Dr. Augusto Santos (HRAS), no distrito de Icoaraci, em Belém, lançou a Campanha "Dia Conhecimento". A ação estimula a sociedade a doar livros, revistas, jogos educativos, cadernos de caligrafia e de pinturas, para o Projeto Biblioteca Itinerante, que será inaugurado no próximo dia 20 de março.

Será um mês para a sensibilização dos materiais didáticos que serão doados, além de ser um momento de conexão, de recursos terapêuticos para crianças e adultos que estão em tratamento no hospital. Para doar, basta ir até a guarda principal de unidade, na avenida Augusto Montenegro, s/n, no bairro da Agulha, de 8h às 20h. Na hora da entrega, basta informar que o conteúdo é direcionado ao setor de Humanização do Abelardo Santos.

"Estamos convidando toda a sociedade paranaense, em especial os moradores de Icoaraci, os usuários, os colaboradores, todos que fazem parte do universo Abelardo Santos a se unir nesta campanha e doar"

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E95E527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

17/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/abelardo-santos-sensibiliza-usuarios-para-doacao-de-livros-a-projeto-biblioteca-itinerante/>



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

17/02/2022

O LIBERAL.COM

<https://www.oliberal.com/cultura/abelardo-santos-sensibiliza-usuarios-para-doacao-de-livros-a-projeto-biblioteca-itinerante-1.498332>



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024



17/02/2022

NOTICIA MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/abelardo-santos-sensibiliza-usuarios-para-doacao-de-livros-a-projeto-biblioteca-itinerante/>

The screenshot shows a news article on the website 'noticiamarajó'. The article is dated 17 de fevereiro de 2022 and is categorized under 'PARÁ'. The main headline is 'Abelardo Santos sensibiliza usuários para doação de livros a Projeto Biblioteca Itinerante'. Below the headline is a photograph of a woman in a white shirt standing next to a yellow bookshelf. The article text describes the initiative to encourage book donations to a mobile library project. It mentions that the project aims to stimulate reading and provide access to books for users, particularly in the context of the COVID-19 pandemic. The article also notes that the project is part of a larger effort to improve the quality of life for users and to promote social inclusion. On the right side of the article, there is a section titled 'ÚLTIMAS NOTÍCIAS' (Latest News) which lists several other articles, including one about a campaign in Petropolis and another about the impact of the COVID-19 pandemic on the world.

18/02/2022

A PROVINCIA DO PARÁ

<https://aprovinciadopara.com.br/hospital-aberlado-santos-incentiva-a-doacao-de-livros-a-projeto-biblioteca-itinerante/>



22/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/35103/>



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E557B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D0363B73E02FB024

22/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/profissionais-do-abelardo-santos-debatem-as-consequencias-da-gravidez-na-adolescencia/>



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E552784E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

22/02/2022

NOTICIA MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/profissionais-do-abelardo-santos-debaterem-as-consequencias-da-gravidez-na-adolescencia/>

Profissionais do Abelardo Santos debatem as consequências da gravidez na adolescência

Publicado: 22 de fevereiro de 2022
Por: Ca Falcão

PARÁ

Os riscos de uma gravidez na adolescência, tanto para a mãe quanto para o bebê, foram discutidos entre os profissionais do Hospital Abelardo Santos (HMAS), em Icoaraci, distrito de Belém, no longo dia 16 de fevereiro. A capacitação realizada pela equipe do Serviço Social e Psicologia da unidade reforçou o cuidado e a atenção que os profissionais de saúde devem ter no atendimento a essas mulheres, que nesta fase da vida, não estão completamente preparados fisicamente e psicologicamente para uma gestação.

Crédito: Desenvolva

A iniciativa da unidade integra a campanha nacional de prevenção da Gravidez na Adolescência, instituída em 15/10/2019, e que prevê orientações sobre as medidas preventivas e educativas que contribuem para a redução da incidência de gravidez nessa fase da vida. Desde então, a unidade trabalha, ainda, com ações educativas, em escolas públicas e particulares de Icoaraci.

Intervenções – As informações disseminadas durante o treinamento relacionam-se aos direitos, ao aborto, à prevenção e às medidas preventivas à mãe e ao bebê, o acompanhamento à essas mulheres no momento do parto e puerpério, bem como o estudo de métodos anticoncepcionais e o acesso a eles. Com o treinamento desses profissionais, estamos proporcionando uma assistência de qualidade e comprometida, o que é o nosso maior objetivo”, afirmou.

O debate ainda abordou sobre as principais complicações maternas e neonatais, que vão desde a prematuridade do bebê, anemia, aborto espontâneo, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, má formação fetal, depressão pós-parto, entre outros.

ÚLTIMAS NOTÍCIAS

- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Campanha em Pindópoli: vacina 240 pessoas contra a covid-19 hoje
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Fifa impede participação da Rússia na Copa do Mundo
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Pindópoli: total de mortes sobe para 221; há cinco desaparecidos
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Começa o SuperGoggin e Funchê comêdo em Maranhão
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Guerra e pandemia dividem atenção com 54 km mais de estrada de asfalto

CIDADES

- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Campanha em Pindópoli: vacina 240 pessoas contra a covid-19 hoje
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Fifa impede participação da Rússia na Copa do Mundo
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Pindópoli: total de mortes sobe para 221; há cinco desaparecidos
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Começa o SuperGoggin e Funchê comêdo em Maranhão
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Guerra e pandemia dividem atenção com 54 km mais de estrada de asfalto

PARÁ

- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Equipe de educação do Detran alerta para falantes de meio e crescer em Belém
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Iniciativa convoca estudantes de política pública no Pará
- BR/2021 - 20 de fevereiro de 2021**
Invenção e fiscalização reforçam parcerias em sistema de trânsito

22/02/2022

ROTA DO LAGO

<https://www.rotadolago.com.br/noticia/10057/profissionais-do-abelardo-santos-debatem-as-consequencias-da-gravidez-na-adolescencia>



24/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/35167/>



Abelardo Santos conta com tutoras do Método Canguru certificadas pelo Ministério da Saúde

Práticas do método serão replicadas para ao menos 115 profissionais do complexo hospitalar

De acordo com o comunicado, a equipe de profissionais que integram a equipe do Complexo Hospitalar do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRA5), no distrito de Icoaraci, em Belém, passaram por uma série de treinamentos voltados ao Método Canguru, que proporciona uma atenção humanizada ao cuidar a mãe e o bebê, com o bebê prematuro, até alcançar 2,5 quilos. As capacitações serão feitas por duas enfermeiras que receberam, nesta mês, a certificação pelo Ministério da Saúde como tutoras do método na instituição.

Um dos pilares do Método Canguru é o estímulo ao aleitamento materno, incentivando o contato precoce e a presença constante da mãe junto ao recém-nascido. Com a certificação, a enfermeira psicóloga Mariana Izama de Silva, garante que esses cuidados, a partir de então, serão intensificados. "O Hospital Abelardo Santos já trabalha com o projeto, mas, com a turma, tivemos a oportunidade de ampliar nossos conhecimentos e levar para outros profissionais do complexo. Vamos fazer diversas turmas e treiná-los para a realização das técnicas", explicou Izama de Silva.

Os tutores serão aptos a treinar a equipe multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, que podem ser formados como parceiros do Método Canguru. Atualmente, temos no complexo hospitalar 10 enfermeiras, 70 técnicos, 6 fisios e 20 médicos. Esses profissionais deverão ser contemplados nestes cursos, pois todos eles entram em contato com os bebês prematuros", enfatizou Karla Luz, coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

24/02/2022

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.saude.pa.gov.br/abelardo-santos-conta-com-tutoras-do-metodo-canguru-certificadas-pelo-ministerio-da-saude/>



24/02/2022

NOTÍCIAS MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/abelardo-santos-conta-com-tutoras-do-metodo-canguru-certificadas-pelo-ministerio-da-saude/>



24/02/2022

ROTA DO LAGO

<https://www.rotadolago.com.br/noticia/10204/abelardo-santos-conta-com-tutoras-do-metodo-canguru-certificadas-pelo-ministerio-da-saude>



Abelardo Santos conta com tutoras do Método Canguru certificadas pelo Ministério da Saúde

Profissionais do Hospital Regional de Abelardo Santos (HRAS) em Icoaraci, Belém, recebem uma série de treinamentos para aplicar o Método Canguru, visando uma abordagem humanizada ao colocar a mãe e o bebê em contato direto.

Um dos pilares do Método Canguru é o estímulo ao aleitamento materno.

Além disso, a equipe do Hospital Regional de Abelardo Santos (HRAS) em Icoaraci, Belém, também recebe treinamentos para aplicar o Método Canguru, visando uma abordagem humanizada ao colocar a mãe e o bebê em contato direto.

24/02/2022

AGÊNCIA PARÁ

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/35185/>



24/02/2022

NOTICIA MARAJÓ

<https://noticiamarajo.com.br/para/hospital-abelardo-santos-usa-telecaptacao-para-ampliar-doacao-de-sangue/>



REDES SOCIAIS

03/02/2022



03/02/2022



17/02/2022



Curtido por robertaparaense e outras 345

sespapara "Quero agradecer de coração a todos. Deus abençoe a toda essa equipe", declarou o carpinteiro Constantino Tenório, de 56 anos, após se despedir de uma longa jornada vivenciada no Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS), em Belém.

Em tratamento inicial para os rins, foram 50 dias sendo acompanhado e recebendo cuidados da equipe de profissionais até receber a tão esperada alta médica e retornar à sua casa, no município de Breves, no arquipélago do Marajó.

Ver todos os 11 comentários

17 de fevereiro · Ver tradução

**Sespa - Secretaria de Estado de
Saúde Pública do Pará**

17 de fev. ·

"Quero agradecer de coração a todos. Deus abençoe a toda essa equipe", declarou o carpinteiro Constantino Tenório, de 56 anos, após se despedir de uma longa jornada vivenciada no Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS), em Belém.

Em tratamento inicial para os rins, foram 50 dias sendo acompanhado e recebendo cuidados da equipe de profissionais até receber a tão esperada alta médica e retornar à sua casa, no município de Breves, no arquipélago do Marajó.

Saiba mais em:

<https://www.agenciapara.com.br/noticia/34921/>



18/02/2022



18/02/2022

 **Sespa - Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará**
18 de fev. · 🌐

Um livro pode fazer uma grande diferença.

A campanha 'Doe Conhecimento' tem o objetivo de estimular a leitura de adultos e crianças no ambiente hospitalar. A ação quer incentivar a sociedade a doar livros, revistas, jogos didáticos, cadernos de caligrafias e de pintura para abastecer a Biblioteca Itinerante, que será inaugurada no próximo dia 15 de março.

Será um mês para a arrecadação dos materiais didáticos que servirão, além de ser um extensor de conhecimento, de recursos terapêuticos para crianças e adultos que estão em tratamento no hospital.



NEGATIVAS

07/02/2022

<https://colunaolavodutra.com.br/funcionarios-denunciam-constante-troca-de-cnpj-da-os-que-administra-o-hospital-abelardo-santos/>



Funcionários do Hospital Abelardo Santos na peregrinação mensal a bancos para atualizar cadastros. A Organização Social que administra a unidade de saúde estaria trocando o CNPJ sistematicamente, não se sabe com que finalidade/Reitas Sociais.

Tem mais uma coisa muito esquisita acontecendo no Hospital Regional Abelardo Santos que se a Secretaria de Saúde do Estado não explicar ninguém haverá de fazer – loc não se tem, até agora, qualquer informação sobre renovação de contrato da Organização Social Mais Saúde para gestão do hospital, mas servidores, nos últimos três meses, têm sido obrigados a renovar cadastros e contas bancárias, não raro com prejuízo de salários, sob a justificativa de que a OS “fez mudança de CNPJ”. O que se diz no âmbito dessas empresas que atuam na administração de hospitais públicos no Pará é que a cada renovação de contrato é exigida a mudança de CNPJ, mas essa informação soa muito estranha para alguns advogados e até para a Junta Comercial. Então, o que tenta escamotear a OS, inda que mal pergunte?

Funcionários do Hospital Abelardo Santos ouvidos pela coluna denunciam que a suposta troca de CNPJ acontece “todo santo mês”, o que os obriga a enfrentar longas filas na agência bancária para atualizar dados à luz da nova identificação da empresa. O corre que, além dessa trabalhadeira toda, muitos deles veem o dinheiro desaparecer das contas desatualizadas, com reembolso nem do banco, nem do hospital e, pior, sem explicações convincentes. O misterioso modus operandi da OS Mais Saúde, contratada em substituição ao Instituto de Saúde Social e Ambiental da Amazônia, parece ter respaldo do Sindicato dos Hospitais e até do Sindicato dos Médicos. Dele não tomam conhecimento nem o Ministério da Saúde, nem o Ministério Público e muito menos da Secretaria de Saúde do Estado.

SETOR:

DEP – DEPARTAMENTO DE

ENSINO E PESQUISA

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

1. INTRODUÇÃO:

O presente relatório demonstra as atividades realizadas no Departamento de Ensino e Pesquisa de forma quantitativa, qualitativa e comparativa.

Constam neste relatório os seguintes documentos:

- 1.1 Sobre o departamento de ensino e pesquisa – DEP;
- 1.2 Projeto Calçadão estudantil;
- 1.3 Ação covid
- 1.4 Instituições conveniadas;
- 1.5 Quantitativo das instituições conveniadas;
- 1.6 Quantitativo dos alunos de janeiro;
- 1.7 Doações ao DEP;
- 1.8 Quantitativo de alimentação no HRAS;
- 1.9 Ambientação;
- 1.10 Considerações finais;
- 1.11 Anexos.

1. DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA – DEP

O Departamento de Ensino e Pesquisa tem como seu objetivo, interação do ensino e serviço junto às instituições conveniadas com o Hospital Regional Dr. Abelardo Santos.

O departamento de ensino e pesquisa está localizado no térreo, no anexo, corredor paralelo a diretoria do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, com horário de funcionamento de segunda-feira à sexta-feira, de 08:00 às 18:00.

O DEP também coordena e realiza visitas técnicas com estudantes e profissionais de diversas áreas, com o objetivo de apresentar a Instituição como um todo ou focar em um único departamento, conforme interesse do visitante. Para a realização de visita é necessário a elaboração de um memorando de solicitação e planejamento com os nomes dos visitantes, que deve ser enviada com pelo menos uma semana de antecedência assinada pelo coordenador ou diretor da instituição de origem.

1.1 Projeto calçado estudantil

Em outubro de 2021 o setor de Humanização juntamente com o Departamento de Ensino e Pesquisa criaram o projeto chamado “calçado estudantil” que foi aprovado pelo diretor técnico Dr. Paulo Henrique.

Em fevereiro não houve programação junto aos estudantes, visto que o a maioria das instituições de ensino só irão encaminhar alunos no mês de março.

2. INSTITUIÇÕES CONVENIADAS:

O DEP disponibiliza um campo de estágio para que os alunos coloquem em prática tudo que aprenderam ao longo da graduação das seguintes faculdades: CESUPA, UNAMA, UNIFAMAZ, ESAMAZ, ALBERT EINSTEIN, CETAM, UEPA e UFPA, totalizando 443 alunos.

No mês de dezembro foi realizado mudanças nos quantitativos das instituições conveniadas pela coordenação do departamento de ensino e pesquisa, com o objetivo de abrir mais vagas para novas instituições de ensino utilizarem nosso campo para estágio, como por exemplo a UEPA que aumentou o número de vagas e agregou novos cursos além dos que já estavam no planejamento (medicina e enfermagem). Além disso, algumas instituições parceiras irão doar algumas bolsas integrais e parciais aos colaboradores do hospital, projeto esse que será discutido em breve.

As planilhas abaixo demonstram a relação, o quantitativo e organização das instituições conveniadas. Em relação ao mês anterior foi mantido o quantitativo de vagas por instituição.

Anteriormente a indicação das preceptorias de enfermagem ficavam a critério das instituições, porém a partir de fevereiro foi estabelecido entre diretoria técnica e assistencial que os professores/preceptores ficariam a cargo do Abelardo Santos escolher profissionais do nosso corpo assistencial para as instituições de ensino Instituto Albert Einstein, Centro Educacional Tecnológico da Amazonia – CETAM e Universidade da Amazonia – UNAMA.

Tabelas 1: dimensionamento das instituições; fonte: DEP.

CESUPA	QUANTITATIVO DE ALUNOS
MEDICINA	
MANHÃ:	25 Divididos nas especialidades
TARDE:	25 Divididos nas especialidades
TOTAL: 50 alunos	

UNAMA	QUANTITATIVO DE ALUNOS
BIOMEDICINA	9 separados por turno Manhã: 3 Tarde: 3 Noite: 3
ENFERMAGEM - ALCINDO CACELA	20 divididos nas especialidades Manhã: 10, com 2 grupos de 5 alunos por setor Tarde: 10, com 2 grupos de 5 alunos por setor

ENFERMAGEM - BR	20 divididos nas especialidades Manhã: 10, com 2 grupos de 5 alunos por setor Tarde: 10, com 2 grupos de 5 alunos por setor
FARMÁCIA	8 divididos por turno Manhã: 4 Tarde: 4
FISIOTERAPIA	8 divididos por turno Manhã: 2 grupos de 4 alunos
NUTRIÇÃO	8 divididos por turno Manhã: 4 Tarde: 4
TOTAL: 73 alunos	

UNIFAMAZ	QUANTITATIVO DE ALUNOS
MEDICINA	
MANHÃ:	25 divididos nas especialidades
TARDE:	25 divididos nas especialidades
TOTAL: 50 alunos	

ESAMAZ	QUANTITATIVO DE ALUNOS
ENFERMAGEM	Sem turmas formadas
FISIOTERAPIA	Sem turmas formadas
FARMÁCIA	Sem turmas formadas
ADMINISTRAÇÃO	Sem turmas formadas
FONOAUDIOLOGIA	Sem turmas formadas
BIOMEDICINA	Sem turmas formadas
PSICOLOGIA	Sem turmas formadas
NUTRIÇÃO	Sem turmas formadas
TOTAL: alunos	

INSTITUTO ALBERT EINSTEIN	QUANTITATIVO DE ALUNOS
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	
MANHÃ:	3 divididos nas especialidades
TARDE:	3 divididos nas especialidades
TOTAL: 6	

INSTITUTO ALBERT EINSTEIN	QUANTITATIVO DE ALUNOS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
MANHÃ:	16 divididos nas especialidades, com grupos de 4 alunos por preceptor
TARDE:	16 divididos nas especialidades, com grupos de 4 alunos por preceptor
NOITE:	16 divididos nas especialidades, com grupos de 4 alunos por preceptor
TOTAL: 48	

CETAM	QUANTITATIVO DE ALUNOS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	20 alunos divididos nas especialidades Noite: com 4 grupos de 5 alunos por setor.
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	6 divididos nas especialidades Manhã: 3 Tarde: 3
TOTAL: 26 alunos	

UFPA	QUANTITATIVO DE ALUNOS
RESIDENTE ENFERMAGEM (OBSTETRÍCIA)	12 divididos nas especialidades Manhã: 6 Tarde: 6
ENFERMAGEM (internato)	Sem turmas formadas
TOTAL: 12	

UEPA	QUANTITATIVO DE ALUNOS
RESIDENTE ENFERMAGEM	8 residentes divididos nas especialidades
MEDICINA (internato)	55 divididos por especialidades Manhã: 30 divididos nas clínicas, com 6 grupos de 5 alunos por setor. Tarde: 25 divididos nas clínicas, com 5 grupos de 5 alunos por setor.
ENFERMAGEM	37 divididos por especialidades Manhã: 19, com 5 grupos de 3 alunos por setor e 1 grupo de 4 alunos. Tarde: 18, com 6 grupos de 3 alunos por setor.

TERAPIA OCUPACIONAL	30 divididos por especialidades Manhã: 15 divididos nas clínicas, com 3 grupos de 5 alunos por setor. Tarde: 15 divididos nas clínicas, com 3 grupos de 5 alunos por setor.
FISIOTERAPIA	30 divididos por especialidades Manhã: 15 divididos nas clínicas, com 3 grupos de 5 alunos por setor. Tarde: 15 divididos nas clínicas, com 3 grupos de 5 alunos por setor.
BIOMEDICINA	18 divididos por especialidades Manhã: 9 divididos nas clínicas, com 3 grupos de 3 alunos por. Tarde: 9 divididos nas clínicas, com 3 grupos de 3 alunos por.
TOTAL: 178 alunos	

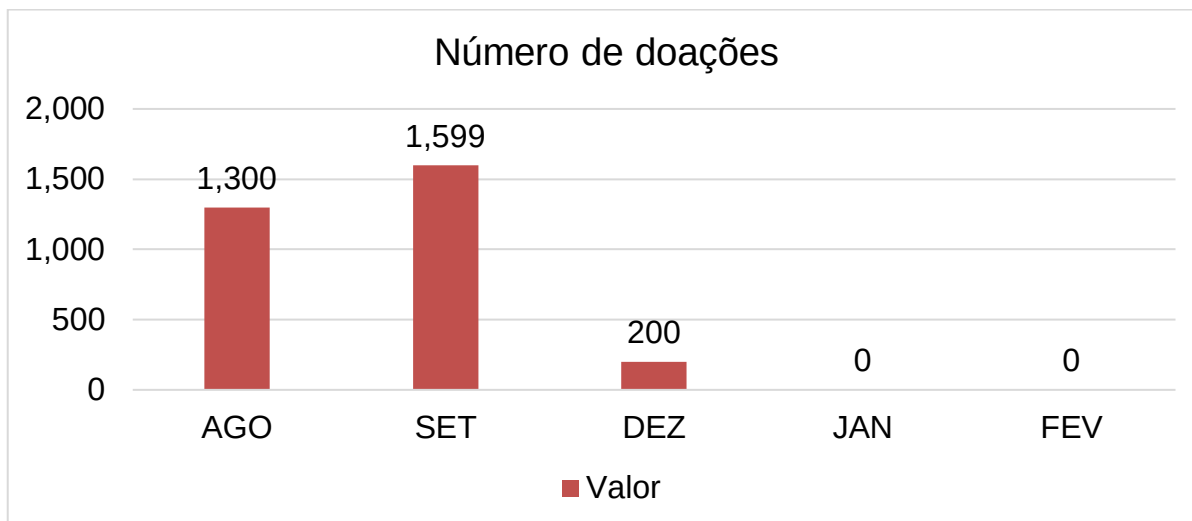
3. DOAÇÕES AO DEP REFERENTE A FEVEREIRO

Das instituições conveniadas, duas optaram por entrar no Abelardo Santos com contrapartida que são o Centro Universitário do Pará – CESUPA com o valor de trinta mil reais e Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ com o valor de vinte e cinco mil reais. As demais instituições optaram por fazer doações conforme contratos firmados entre doador e donatário para serem utilizados nas instalações pelos alunos. As doações tem como objetivo custear os alunos e garantir seu bem-estar no campo de estágio.

3.1 ALBERT EINSTEIN

No mês de referencia deste relatório o Instituto Albert Einstein doou no mês de fevereiro EPI'S aos estudantes.

Gráfico 1 – COMPARATIVO DE DOAÇÕES



Fonte: DEP.

4. QUANTITATIVO DE ALUNOS NO MÊS DE JANEIRO

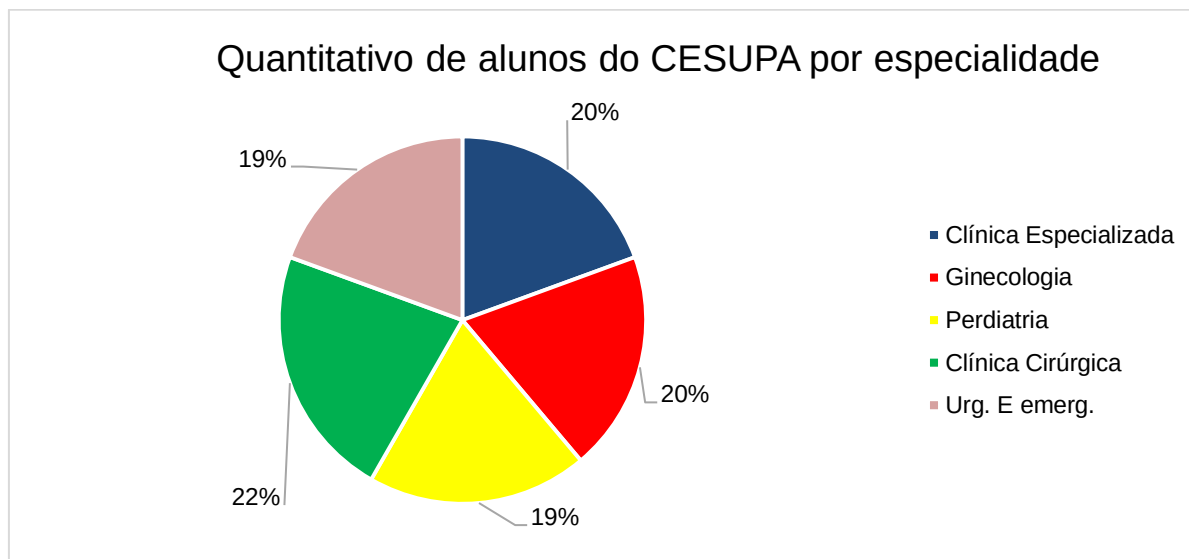
Atualmente o hospital Abelardo Santos conta com oito instituições de ensino conveniadas, totalizando quatrocentos quarenta e três alunos, segundo a atualização do dimensionamento de vagas por instituições. O quantitativo nos gráficos que serão demonstrados podem estar acima ou abaixo do que diz o dimensionamento das instituições, devido o período de início e término na maioria das vezes começar no mês anterior e termino em alguns dias do mês vigente porém, sempre respeitando o quantitativo do dimensionamento por grupos e turnos nos setores e seguindo as normas do SCIH.

A seguir mostra-se os gráficos dos quantitativos de alunos por especialidades e/ou por cursos, que estagiaram no mês de fevereiro.

4.1 CESUPA

O CESUPA percorre o hospital com o curso de medicina e em especialidades, que são pediatria (19% dos alunos), clínica cirúrgica (22% dos alunos), clínica especializada (20 % dos alunos), ginecologia (10% dos alunos) e na urgência e emergência (19% dos alunos).

Gráfico 2: QUANTITATIVO DE ALUNOS DO CESUPA POR ESPECIALIDADE

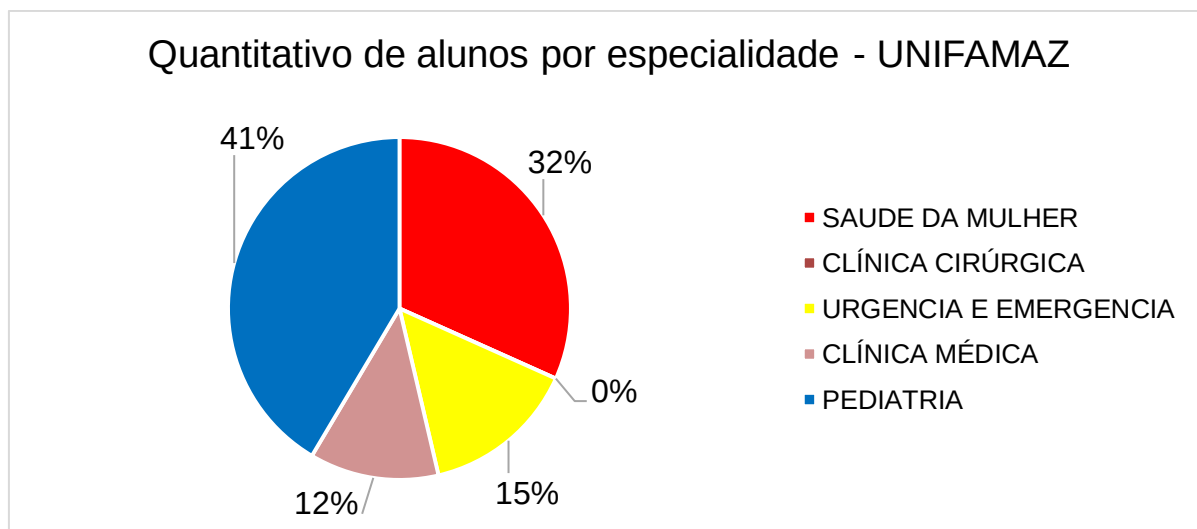


Fonte: DEP.

4.2 UNIFAMAZ

Esta universidade firmou contrato com o hospital somente com o curso de medicina e percorre o hospital nas especialidades de urgência e emergência (25% dos alunos), pediatria (41% dos alunos), clínica médica (12% dos alunos), saúde da mulher (32% dos alunos) e clínica cirúrgica (0% dos alunos), distribuídos entre manhã e tarde.

Gráfico 3: Quantitativo de alunos por especialidade - UNIFAMAZ



Fonte: DEP.

4.3 UNAMA

A unama conta com oito cursos de estágio no Abelardo Santos porém, em fevereiro, somente dois cursos estiveram presentes no hospital, que são farmácia (13% dos alunos) e enfermagem (87% dos alunos), divididos por turno e setores.

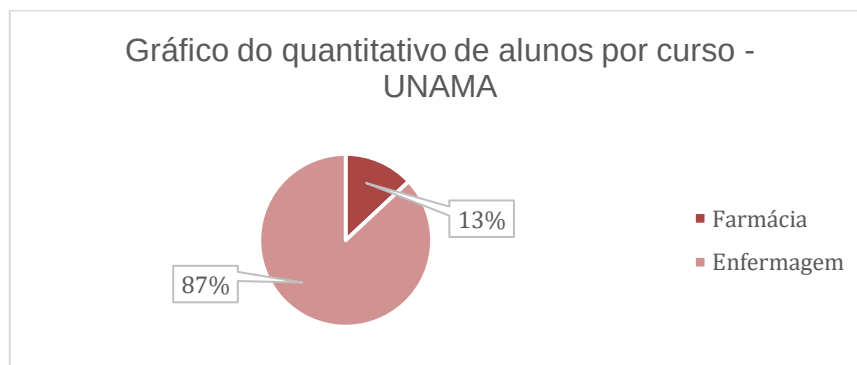


Gráfico 4 - Fonte: DEP.

4.4 INSTITUTO ALBERT EINSTEIN

O Instituto Albert Einstein conta com dois cursos no hospital Abelardo Santos, porém está ativo com os cursos de técnico em enfermagem (83% dos alunos), técnico em administração (7% dos alunos) e técnico em radiologia (10% dos alunos) no mês de fevereiro que foram distribuídos entre manhã, tarde e noite ao longo do mês.

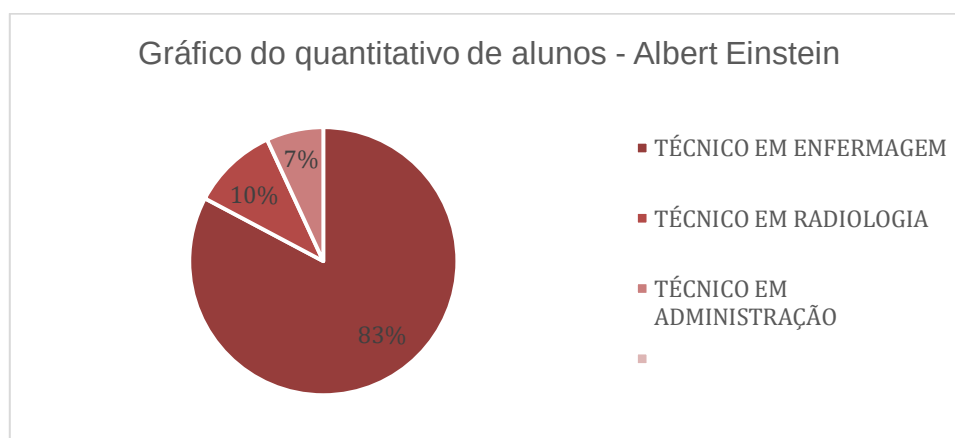


Gráfico 5 - Fonte: DEP.

4.5 UEPA

Neste mês, a UEPA esteve no hospital com os cursos de medicina na especialidade de pediatria (12 alunos) e enfermagem (9 alunos), porém a UEPA em reunião com o diretor técnico, alinhou um novo dimensionamento de vagas e cursos desta instituição para este ano, com um aumento de 170 vagas para os cursos de enfermagem, medicina, biomedicina, terapia ocupacional e fisioterapia.

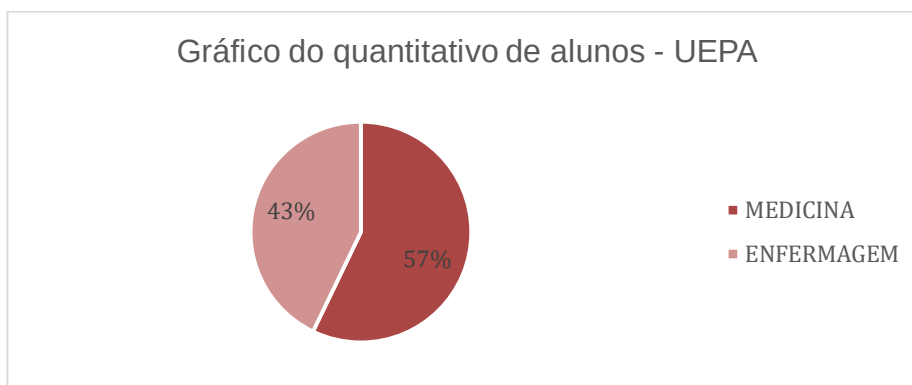


Gráfico 6 - Fonte: DEP.

4.6 CETAM

O CETAM conta com dois cursos técnicos ativos no hospital, que são técnico em enfermagem (19 alunos) e técnico em radiologia.

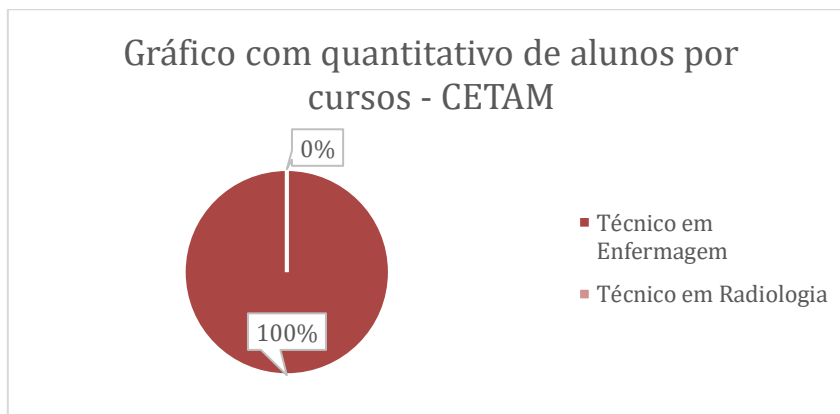


Gráfico 7 - Fonte: DEP.

5. QUANTITATIVO DE ALIMENTAÇÃO NO HRAS

Anteriormente no hospital Abelardo Santos, todos os alunos e preceptores

tinham direito a alimentação, porém devido ao aumento de gastos no hospital com alimentações, foi proibida para os alunos das instituições que não entram com contrapartida, em reunião realizada com a nutrição, diretoria técnica e DEP.

Foi estabelecido que somente a UNIFAMAZ, CESUPA, UEPA E UFPA tem direito a alimentação fornecida pelo hospital. As demais instituições trazem a sua comida e utilizam o espaço físico para alimenta-se.

Para termos o controle de alimentações pelos alunos, criou-se um fluxo. Os alunos pela manhã pegam tickets disponibilizados pelo DEP e dirigem-se ao refeitório e mediante identificação através do crachá e assinatura de uma listagem fornecida pela cozinha podem alimentar-se no espaço. No mês de referência deste relatório foram contabilizados 264 refeições pelos alunos

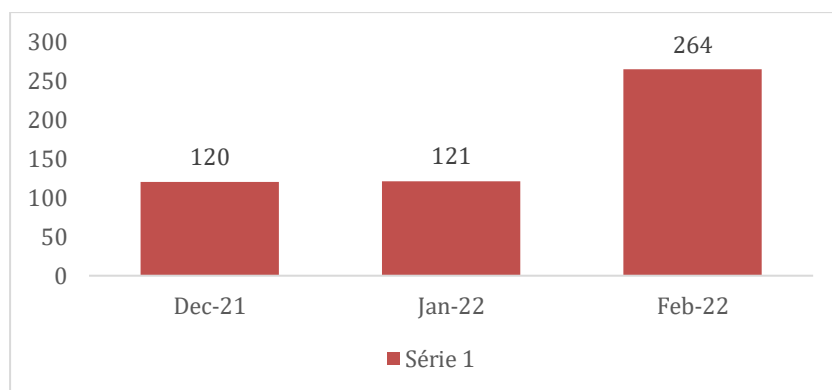


Gráfico 8 - Fonte: DEP.

6. AMBIENTAÇÃO

No dia 11 de fevereiro ocorreu a ambientação, que é uma evento que ocorre anualmente no Departamento de Ensino e Pesquisa, com a participação dos representantes de todos os coordenadores das instituições parceiras e dos alunos que iniciarão no primeiro semestre de 2022. Neste ano este evento contou com a participação de 34 alunos.

Dos Participantes do hospital, participaram o Diretor Técnico Dr, paulo Henrique, Diretora Assitencial enfermeira Renata Oliveira, e como representante do Diretor Executivo a Coordenadora Patricia, que deram as boas vindas aos

estudantes nesse semestre que inicia com direito a coffee break.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É objetivo do campo de estágio proporcionar aos alunos um espaço possível para que adquiram conhecimento prático das funções/situações profissionais compreendam e problematizem as situações observadas no contexto profissional, o que exige postura investigativa.

O Departamento de Ensino e Pesquisa oferece um campo para que o aluno possa colocar em prática a teoria vista em sala de aula e busca sempre fazer com excelência e humanização o seu trabalho.

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Samia Stela Silva Makino (Lei 11.419/2006)
EM 15/03/2022 17:01 (Hora Local) - Aut. Assinatura: 01E9E5527B4E1932.18090E5A1B5E73D4.96526B1F91C5A4BA.D8363B73E02FB024

8. ANEXOS

1. Fotos ilustrativas da ambientação dos alunos do DEP em 2022.

