

**RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL E QUALIDADE**  
Competência: Julho de 2021

<b>1. Introdução.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Produção Assistencial.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Internação.....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Clínica Médica .....	5
2.1.2. Clínica Pediátrica.....	7
2.1.3. Clínica Cirúrgica .....	7
2.1.3.1. UTI Adulta .....	7
2.1.4. UTI Pediátrica .....	8
<b>2.2. Atendimento Médico às Urgências .....</b>	<b>9</b>
<b>2.3. Atendimento Médico Ambulatorial.....</b>	<b>10</b>
2.3.1. Cardiologia.....	12
2.3.2. Pneumologia.....	12
2.3.3. Pediatria.....	13
2.3.4. Cirurgia Pediátrica .....	13
2.3.5. Cirurgia Geral .....	13
2.3.6. Ortopedia .....	14
2.3.7. Cirurgia Vascular .....	14
2.3.8. Ginecologia.....	14
2.3.9. Anestesiologia .....	15
<b>2.4. SADT Interno e Externo .....</b>	<b>15</b>
2.4.1. Diagnóstico em Laboratório.....	16
2.4.2. Diagnóstico em Radiologia.....	16
2.4.3. Diagnóstico em Ultrassonografia.....	17
2.4.4. Diagnóstico em Tomografia.....	17
2.4.5. Diagnóstico em Ressonância .....	18
2.4.6. Diagnóstico por Endoscopia.....	18
2.4.7. Métodos Diagnósticos em Especialidade.....	19
<b>2.5. Atendimento Não Médico Ambulatorial .....</b>	<b>19</b>
<b>2.6. Procedimento Cirúrgico.....</b>	<b>20</b>
<b>3. Indicadores de Qualidade.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2. Comissão de Ética Médica.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3. Comissão de Ética de Enfermagem .....</b>	<b>22</b>



3.4.	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários .....	22
3.5.	Comissão de Verificação de Óbitos .....	23
3.6.	Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional .....	24
3.7.	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA .....	24
3.8.	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT .....	25
3.9.	Comissão de Gerenciamento de Resíduos .....	26
3.10.	Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	26
3.11.	Comissão de Humanização .....	27
3.12.	Comissão Intra-Hospitalar de Doação e Tecidos Para Transplantes - CIHDOTT.....	28
4.	<b><i>Censo de Origem dos Pacientes Atendidos e Referenciados .....</i></b>	<b>28</b>
4.1.	Censo de origem por Cidade.....	28
4.2.	Censo de origem por Bairro – Aparecida de Goiânia .....	29
4.3.	Censo de origem por Bairro – Goiânia .....	32
4.4.	Censo de Origem por Bairro Demais .....	34
5.	<b><i>Pesquisa de Satisfação de Pacientes de Acompanhantes – julho/2021</i></b>	<b>35</b>
6.	<b><i>Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).....</i></b>	<b>35</b>
7.	<b><i>Monitoramento de Implantação de Diretrizes e Protocolos Clínicos .</i></b>	<b>36</b>
8.	<b><i>Monitoramento do Tempo de Espera na Urgência e Emergência .....</i></b>	<b>36</b>
9.	<b><i>Proporção de Readmissão em até 30 Dias da Última Alta Hospitalar</i></b>	<b>36</b>
10.	<b><i>Núcleo de Segurança do Paciente .....</i></b>	<b>37</b>
11.	<b><i>Núcleo de Vigilância Epidemiológica .....</i></b>	<b>38</b>

## 1. Introdução

Em consonância com o Contrato de Gestão 1095/2018 - SEL, firmado entre o Município de Aparecida de Goiânia e o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH, para a gestão do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP localizada na Avenida V-005, áreas 1- 4, Cidade Vera Cruz, Aparecida de Goiânia - GO, apresenta-se, nesta oportunidade, os relatórios e evidências das atividades executadas.

Este relatório possui dados referentes à produção dos atendimentos realizados na competência do mês em análise referente à produção assistencial, indicadores de qualidade, censo de origem dos pacientes atendidos e referenciados, pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes, análise crítica de cada item do conjunto.

## 2. Produção Assistencial

Durante o mês de julho de 2021 foram realizados os procedimentos listados abaixo, de acordo com o pactuado pelo contrato de gestão.

### 2.1. Internação

O indicador de internação é dividido em saída hospitalar, para as alas de clínicas médicas, e diária hospitalar, para as alas de UTI.

A saída hospitalar é contabilizada a partir da quantidade de pacientes egressos da unidade e é categorizada em alta por melhora, alta pedida, transferências externas e óbitos. A diária hospitalar ou paciente dia é contabilizada a partir da quantidade de pacientes assistidos por dia durante o mês.

A tabela 1 apresenta o resultado de saída hospitalar por tipo de leito em comparação com a meta pactuada e a tabela 2 o resultado de diária hospitalar.

Tipo de Leito	Meta	Realizado Não-Covid	Realizado Covid	% atingida
Clínica Médica	364	128	271	109,62%
Clínica Pediátrica	111	14	0	0,00%
Clínica Cirúrgica	376	0	0	0,00%
<b>Total:</b>	<b>851</b>	<b>142</b>	<b>271</b>	<b>48,53%</b>

**Tabela 1** - Saída Hospitalar de Julho de 2021

Tipo de Leito	Meta	Realizado Não-Covid	Realizado Covid	% Atingido
UTI Adulta	540	402	2.057	455,37%
UTI Pediátrica	270	93	0	34,44%
<b>Total:</b>	<b>810</b>	<b>495</b>	<b>2.057</b>	<b>315,06%</b>

**Tabela 2** - Diária Hospitalar de Julho de 2021

A seguir será abordado o detalhamento dos dados de cada tipo de leito existente na unidade.

#### 2.1.1. Clínica Médica

O contrato de gestão indica a existência de 90 leitos de clínica médica, porém, tendo em vista a pandemia, desde o início de 2020, parte destes leitos foram adequados para destinação aos pacientes diagnosticados com Covid-19 e que necessitam de tratamento em unidade intensivista. Neste mesmo período foram abertos leitos no Centro de Especialidades, aumentando a capacidade de leitos.

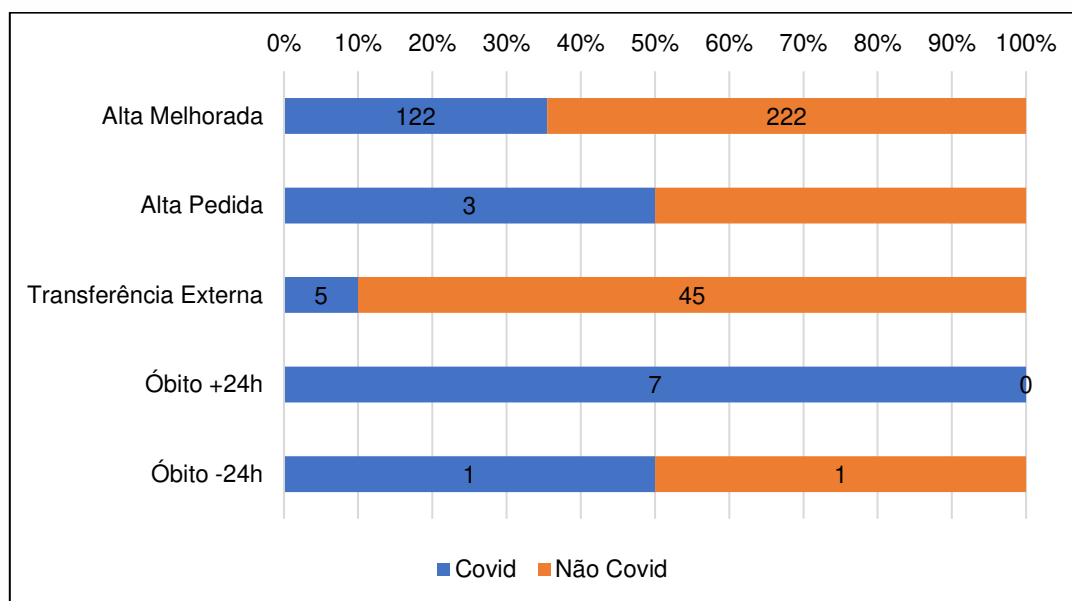
Durante o mês de julho de 2021 obteve-se 4.287 leitos/dia instalados, sendo 1.984 leitos não-covid e 2.303 leitos covid, correspondendo a média de 138 leitos instalados.

Neste período foram realizados 500 bloqueios por necessidade de isolamento, precauções e manutenções, 323 em leitos não-covid e 177 em leitos covid, e 73 reservas da regulação foram canceladas ou expiradas, 6 em leitos não-covid e 67 em leitos covid. Subtraindo estes valores encontra-se a quantidade de 3.714 leitos/dia operacionais. Vale lembrar que a Epimed não considera estes bloqueios e as reservas, explicando o motivo da divergência entre os dados apresentados por este relatório e os gerados por ela.

Ao longo de julho de 2021 foram contabilizados 2.752 pacientes/dia, 1.469 em leitos não-covid e 1.283 em leitos covid, correspondente a uma taxa de ocupação operacional de 73,91% e tempo médio de permanência de 6,89 dias. A taxa de ocupação dos leitos não-covid foi de 88,44% e dos leitos covid foi de 60,02%, o tempo médio de permanência foi de 11,47 e 4,71 dias respectivamente.

Nas alas não-covid realizou-se 128 saídas hospitalares, sendo 112 altas melhoradas, 3 altas pedidas, 5 transferências externas, 7 óbitos de pacientes internados a mais de 24 horas e 1 óbito de paciente internado a menos de 24 horas. Nas alas covid realizou-se 271 saídas hospitalares, sendo 222 altas melhoradas, 3 altas pedidas, 45 transferências externas e 1 óbito de paciente internado a menos de 24 horas.

Ao total foram realizadas 399 saídas hospitalares em julho de 2021. O gráfico 1 apresenta as saídas hospitalares por categoria de saída e por tipo de leito.



**Gráfico 1** – Saídas hospitalares da Clínica Médica em julho de 2021

### 2.1.2. Clínica Pediátrica

O contrato de gestão indica a existência de 30 leitos de clínica pediátrica, porém, tendo em vista a pandemia, desde o início de 2020, estes leitos foram adequados para destinação a pacientes diagnosticados com Covid-19 e foram abertos 6 leitos de clínica pediátrica em uma outra ala.

Neste período foram realizados 63 bloqueios por necessidade de isolamento, precauções e manutenções e 5 reservas da regulação foram canceladas ou expiradas. Subtraindo estes valores encontra-se a quantidade de 118 leitos/dia operacionais. Vale lembrar que a Epimed não considera estes bloqueios e as reservas, explicando o motivo da divergência entre os dados apresentados por este relatório e os gerados por ela.

Neste período foram contabilizados 49 pacientes/dia, correspondendo à taxa de ocupação operacional de 41,53% e tempo médio de permanência de 3,50 dias.

No mês de julho de 2021 houve 14 saídas hospitalares, todas por melhora, representando 12,61% da meta pactuada.

A redução de leitos para o combate ao Covid-19 e admissão de pacientes fora do perfil da unidade impossibilitaram o alcance da meta pactuada.

### 2.1.3. Clínica Cirúrgica

O contrato de gestão indica a existência de 60 leitos de clínica cirúrgica, porém, tendo em vista a pandemia, estes leitos foram adequados para destinação à pacientes diagnosticados com Covid-19 e as cirurgias eletivas foram paralisadas por tempo indeterminado, conforme a portaria nº 312/2021 - SES-GO, portanto não há a possibilidade de cumprir a meta pactuada em contrato.

#### 2.1.3.1. UTI Adulta

O contrato de gestão indica a existência de 20 leitos de UTI Adulta, porém, tendo em vista a pandemia enfrentada pelo país desde o início de 2020, leitos de outras alas foram destinados a pacientes diagnosticados com Covid-19 e que necessitam de tratamento em unidade intensivista, aumentando o número de leitos de UTI existente na unidade.

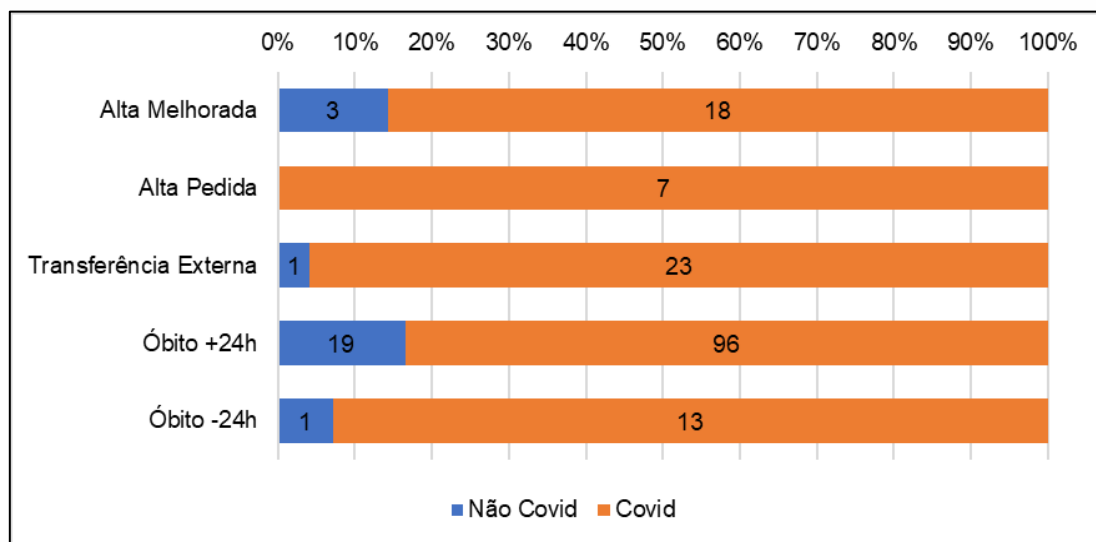
Durante o mês de julho de 2021 obteve-se 3.899 leitos instalados dia, sendo 620 leitos não-covid e 3.279 leitos covid, correspondendo a média de 126 leitos instalados.

Neste período foram realizados 299 bloqueios por necessidade de isolamento, precauções e manutenções, 32 em leitos não-covid e 267 em leitos covid, e 45 reservas da regulação foram canceladas ou expiradas, todas em leitos covid. Subtraindo estes valores encontra-se a quantidade de 3.555 leitos/dia operacionais. Vale lembrar que a Epimed não considera estes bloqueios e as reservas, explicando o motivo da divergência entre os dados apresentados por este relatório e os gerados por ela.

Ao longo de julho de 2021 foram contabilizados 2.459 pacientes/dia, 42 em leitos não-covid e 2.057 em leitos covid, equivalente a 455,37% da meta pactuada, uma taxa de ocupação operacional de 73,91% e tempo médio de permanência de 6,89 dias. A taxa de ocupação dos leitos não-covid foi de 68,37% e dos leitos covid foi de 68,29%, o tempo médio de permanência foi de 6,70 e 5,50 dias.

Nas alas não-covid realizou-se 60 saídas hospitalares, sendo 3 altas melhoradas, 1 transferências externas, 19 óbitos de pacientes internados a mais de 24 horas e 1 óbito de paciente internado a menos de 24 horas. Nas alas covid realizou-se 374 saídas hospitalares, sendo 18 altas melhoradas, 7 altas pedidas, 23 transferências externas, 96 óbitos de pacientes internados a mais de 24 horas e 13 óbitos de pacientes internados a menos de 24 horas.

Ao total foram realizadas 181 saídas hospitalares em julho de 2021. O gráfico 2 apresenta as saídas hospitalares por categoria de saída e por tipo de leito.



**Gráfico 2** – Saídas hospitalares da UTI Adulta em julho de 2021

#### 2.1.4. UTI Pediátrica

O contrato de gestão indica a existência de 10 leitos de UTI pediátrica, porém, tendo em vista a pandemia enfrentada pelo país desde o início

de 2020, estes leitos foram adequados para destinação a pacientes diagnosticados com Covid-19 e foram abertos 4 leitos de UTI pediátrica em uma outra ala.

Neste período foram realizados 2 bloqueios por necessidade de isolamento, precauções e manutenções. Subtraindo este valor encontra-se a quantidade de 122 leitos/dia operacionais. Vale lembrar que a Epimed não considera estes bloqueios e as reservas, explicando o motivo da divergência entre os dados apresentados por este relatório e os gerados por ela.

Neste período foram contabilizados 93 pacientes/dia, correspondendo a 34,44% da meta pactuada, uma taxa de ocupação operacional de 76,23% e tempo médio de permanência de 15,50 dias, período longo acarretado por dois pacientes internados a mais de 160 dias e aguardando decisão judicial para transferência para tratamento em regime de *home care*.

No mês de julho de 2021 houve 6 saídas hospitalares, sendo 5 transferências internas e 1 óbito de paciente internado a menos de 24 horas todas por melhora, representando 12,61% da meta pactuada.

A redução de leitos para o combate ao Covid-19 e admissão de pacientes fora do perfil da unidade impossibilitaram o alcance da meta pactuada.

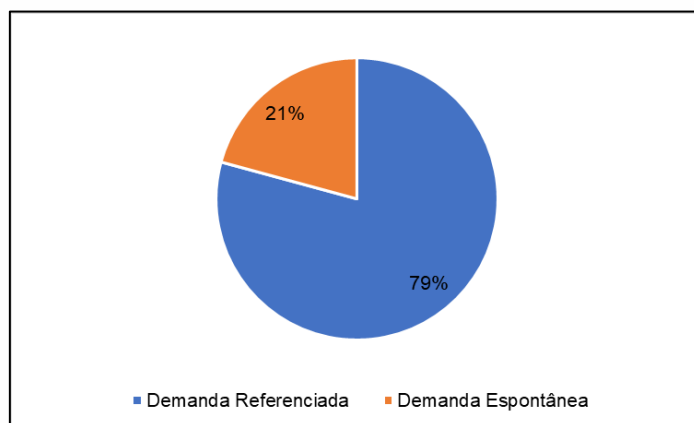
## **2.2. Atendimento Médico às Urgências**

O indicador de atendimento médico às urgências é a quantidade de atendimentos realizados durante o mês.

O contrato de gestão estipula a meta de 1.200 atendimentos mensais e indica que os pacientes devem ser referenciados pela central de regulação do município e a existência de 20 leitos para estes atendimentos, porém, tendo em vista a pandemia, parte destes leitos foram adequados para destinação à pacientes diagnosticados com Covid-19, reduzindo para 07 o número de leitos destinados para este atendimento.

No mês de julho de 2021 foram realizados 510 atendimentos médicos à urgência, representando 42,50% da meta global, sendo 404 por demanda referenciada e 106 por demanda espontânea. O gráfico 3 apresenta a proporção de atendimentos referenciados e espontâneos.





**Gráfico 3 –** Produção de atendimentos por tipo de demanda

Destes 510 atendimentos, 106 foram de demanda espontânea, 102 foram colaboradores e 4 foram de pessoas que procuraram a unidade sem encaminhamento. Dos pacientes atendidos por demanda espontânea, 10 necessitaram de internação e o restante foi encaminhado para outra unidade que realizam este tipo de atendimento espontâneo, como UPA's, UBS's e CAIS's.

No mês de julho de 2021 foi solicitado 807 vagas pelo complexo regulador. Destas, 466 foram liberadas e os pacientes entraram na unidade e 62 foram liberadas, mas os pacientes não deram entrada na unidade, seja por cancelamento do complexo regulador, óbito ou evasão.

As outras 279 AIH's (Autorização de Internação Hospitalar) foram negadas por não se tratar de pacientes do perfil da unidade, pela AIH estar incompleta ou com inconsistente, por falta de leitos destinados a pacientes diagnosticados com Covid-19 ou por falta de leitos clínicos. Os valores estão indicados por setores na tabela 3.

Motivo da Negação	Clínica Médica Não-Covid	Clínica Médica Covid	Clínica Pediátrica	UTI Não-Covid	UTI Covid	UTI Pediátrica
AIH Incompleta ou inconsistente	3	24	0	2	0	0
Falta de Leito	175	7	0	0	0	0
Falta de Leito de Isolamento	10	22	3	0	0	1
Falta de Leito de UTI	0	0	0	1	0	0
Falta de Leito de UTI Isolamento	2	0	0	0	0	0
Paciente Fora do Perfil da Unidade	16	6	5	2	0	0
<b>Total:</b>	<b>206</b>	<b>59</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

**Tabela 3 –** AIH's de julho de 2021 negadas

Diante do exposto, observa-se que não foram geradas demanda suficiente para o cumprimento da meta.

### 2.3. Atendimento Médico Ambulatorial

O indicador de atendimento médico ambulatorial é a quantidade de consultas ofertadas durante todo o mês.



É importante frisar o erro material constado no Anexo II do contrato de gestão, onde a especialidade de cirurgia pediátrica é apresentada em duplicidade na tabela de metas quantitativas de consulta e possui a quantidade indicada de 704 atendimentos. Excluindo a duplicidade, a soma de atendimentos pactuados pelo contrato passa de 11.264 para 10.560 atendimentos mensais.

Tendo em vista o quadro pandêmico que o Brasil enfrenta desde o início de 2020, foi publicada em Diário Oficial Eletrônico, Portaria Nº 02/2020 – GAB/SMS, dia 18 de março de 2020, onde diz:

“Restringe em 50% o agendamento de consulta eletiva para atendimento especializado, exceto nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Aparecida de Goiânia e dá outras providências”.

Em 28 de outubro de 2020, houve outra publicação no Diário Oficial da Portariaº 85/2020-GAB/SMS alterando a Portaria Nº 02/2020 -GAB/SMS e revogando Portaria nº074/2020-GAB/SMS, que versa:

Art. 1º Fica alterado o artigo 1º da Portaria nº 002/2020-GAB- SMS com a seguinte redação:

“Art.1º Fica restrito em 70% (setenta por cento) o agendamento de consultas eletivas para atendimento especializado”.

“Art.2º Fica expressamente revogada a Portaria Nº 074/2020-GAB/SMS”.

“Art.3º Essa Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Portanto, considerando as portarias publicadas, a meta de atendimento ambulatorial passou de 10.560 para 7.392 atendimentos por mês.

No mês de julho de 2021, 3.967 atendimentos foram ofertados, correspondendo a 53,67% da meta total de atendimentos. A tabela 4 apresenta a quantidade de atendimentos ofertados, agendados e realizados por especialidade médica indicada no contrato de gestão.

Grupo Indicador	Meta	70% da meta*	Ofertado	Agendado 1º Consulta	Agendado Retorno	Realizado	Per% (Ofertado)
Cardiologia	704	493	526	263	263	470	106,69%
Neurologia	704	493	0	0	0	0	0,00%
Gastroenterologia	352	246	0	0	0	0	0,00%
Pneumologia	352	246	206	92	114	185	83,74%
Pediatria	704	493	610	340	250	495	123,73%
Cirurgia Pediátrica	704	493	80	27	30	47	16,23%
Cirurgia Geral	1056	740	745	96	99	176	100,68%
Ortopedia	1408	986	735	12	94	87	74,54%
Urologia	704	493	0	0	0	0	0,00%
Cirurgia Cardiovascular	704	493	0	0	0	0	0,00%
Cirurgia Vascular	704	493	30	14	4	16	6,09%
Cirurgia do Aparelho Digestivo	352	246	0	0	0	0	0,00%
Cirurgia Torácica	352	246	0	0	0	0	0,00%
Ginecologia	1056	739	783	416	337	615	105,95%
Mastologia	352	246	0	0	0	0	0,00%
Anestesiologia	352	246	252	55	7	55	102,44%
<b>Total Geral</b>	<b>10.560</b>	<b>7.392</b>	<b>3.967</b>	<b>1.315</b>	<b>1.198</b>	<b>2.146</b>	<b>53,67%</b>

\*As metas foram arredondadas para cima

**Tabela 4 – atendimentos Médico Ambulatorial de julho de 2021**

De acordo com a decisão judicial do processo 0010700-63.2020.5.18.0016, foi impossibilitada novas contratações PJ de médicos. A partir desta decisão foi aberto o processo seletivo de médicos celetistas para as especialidades de neurologia, gastroenterologia, urologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica e mastologia, porém nenhum candidato teve interesse em preencher as vagas. Novos processos seletivos para estas vagas estão em andamento.

Os dados das especialidades que foram atendidas serão detalhados nos subitens em sequência.

### 2.3.1. Cardiologia

Foi ofertado à central de regulação do município 526 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 106,69% da meta relativa à especialidade, todas foram agendadas, sendo 263 de primeira consulta e 263 de consultas de retorno.

Dos atendimentos agendados, 470 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 10,65%.

### 2.3.2. Pneumologia

Foi ofertado à central de regulação do município 206 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 83,74% da meta relativa à especialidade, todas foram agendadas, sendo 92 de primeira consulta e 114 de consultas de retorno.

Dos atendimentos agendados, 185 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 10,19%.

A meta pactuada em contrato não foi atingida devido a escassez de profissionais desta especialidade no mercado, gerada pela alta procura deles no período de pandemia.

### 2.3.3. Pediatria

Foi ofertado à central de regulação do município 610 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 123,73% da meta relativa à especialidade, destas, 590 foram agendadas, sendo 340 de primeira consulta e 250 de consultas de retorno, preenchendo 96,72% da agenda disponibilizada.

Dos atendimentos agendados, 495 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 16,10%.

### 2.3.4. Cirurgia Pediátrica

Foi ofertado à central de regulação do município 80 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 16,23% da meta relativa à especialidade, destas, 57 foram agendadas, sendo 27 de primeira consulta e 30 de consultas de retorno, preenchendo 71,25% da agenda disponibilizada.

Dos atendimentos agendados, 47 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 17,54%.

A meta pactuada não foi alcançada, porém não houve impacto na demanda do complexo regulador do município, visto que das vagas disponibilizadas, apenas 71,25% foram agendadas.

As cirurgias eletivas foram suspensas, de acordo com as orientações técnicas dispostas pelo ofício 026/2020, reduzindo a necessidade de consultas desta especialidade e impossibilitando o alcance da meta.

### 2.3.5. Cirurgia Geral

Foi ofertado à central de regulação do município 745 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 100,68% da meta relativa à especialidade, destas, 195 foram agendadas, sendo 96 de primeira consulta e 99 de consultas de retorno, preenchendo 26,17% da agenda disponibilizada.

Dos atendimentos agendados, 176 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 9,74%.

As cirurgias eletivas foram suspensas, de acordo com as orientações técnicas dispostas pelo ofício 026/2020, reduzindo a necessidade de consultas desta especialidade e impossibilitando o alcance da meta.

### 2.3.6. Ortopedia

Foi ofertado à central de regulação do município 735 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 74,54% da meta relativa à especialidade, destas, 106 foram agendadas, sendo 12 de primeira consulta e 94 de consultas de retorno, preenchendo 14,42% da agenda disponibilizada.

Dos atendimentos agendados, 87 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 17,92%.

A meta pactuada não foi alcançada, porém não houve impacto na demanda do complexo regulador do município, visto que das vagas disponibilizadas, apenas 14,42% foram agendadas.

As cirurgias eletivas foram suspensas, de acordo com as orientações técnicas dispostas pelo ofício 026/2020, reduzindo a necessidade de consultas desta especialidade e impossibilitando o alcance da meta.

### 2.3.7. Cirurgia Vascular

Foi ofertado à central de regulação do município 30 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 6,09% da meta relativa à especialidade, destas, 18 foram agendadas, sendo 14 de primeira consulta e 4 de consultas de retorno, preenchendo 60,00% da agenda disponibilizada.

Dos atendimentos agendados, 16 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 11,11%.

A meta pactuada não foi alcançada, porém não houve impacto na demanda do complexo regulador do município, visto que das vagas disponibilizadas, apenas 60,00% foram agendadas.

As cirurgias eletivas foram suspensas, de acordo com as orientações técnicas dispostas pelo ofício 026/2020, reduzindo a necessidade de consultas desta especialidade e impossibilitando o alcance da meta.

### 2.3.8. Ginecologia

Foi ofertado à central de regulação do município 783 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 105,95% da meta relativa à especialidade, destas, 753 foram agendadas, sendo 416 de primeira consulta e 337 de consultas de retorno, preenchendo 96,17% da agenda disponibilizada.

Dos atendimentos agendados, 615 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 18,33%.

### 2.3.9. Anestesiologia

Foi ofertado à central de regulação do município 252 vagas no mês de julho de 2021, equivalente à 102,03% da meta relativa à especialidade, destas, 62 foram agendadas, sendo 55 de primeira consulta e 7 de consultas de retorno, preenchendo 24,60% da agenda disponibilizada.

Dos atendimentos agendados, 55 foram realizados, por conseguinte a taxa de absenteísmo foi 11,29%.

## 2.4. SADT Interno e Externo

O indicador do SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) é o somatório dos diagnósticos realizados durante todo o mês.

O contrato de gestão possui meta pactuada em 25.637 diagnósticos por mês, dividido em sete especialidades, sendo elas: diagnósticos em laboratório, em radiologia, por ultrassonografia, por tomografia, por ressonância, por tomografia, por endoscopia e métodos diagnósticos em especialidade.

No mês de julho foi realizado a quantia de 62.723 diagnósticos internamente e 6.864 diagnósticos foram ofertados à central de regulação, equivalente à 271,43% da meta pactuada. A tabela 5 mostra a quantidade de diagnósticos discriminado por especialidade.

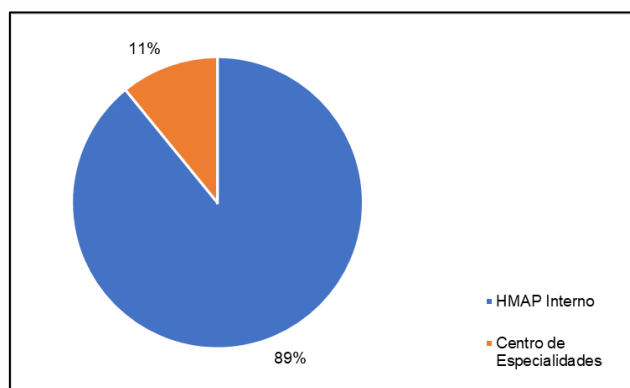
Especialidade	Meta	SADT Interno		SADT Externo		% Atingido
		HMAP Realizado	Centro de Especialidade Realizado	Ofertado	Realizado	
Diagnóstico em Laboratório	16.000	53.770	6.576	0	0	377,16%
Diagnóstico em Radiologia	2.880	627	2	2.880	1.766	121,84%
Diagnóstico por Ultrassonografia	2.640	580	5	1.352	887	73,37%
Diagnóstico por Tomografia	1.440	788	174	1.440	1.219	166,81%
Diagnóstico por Ressonância	792	110	0	792	340	113,89%
Diagnóstico por endoscopia	500	70	0	400	180	94,00%
Métodos diagnósticos em especialidade	1.385	21	0	0	0	1,52%
<b>Total:</b>	<b>25.637</b>	<b>55.966</b>	<b>6.757</b>	<b>6.864</b>	<b>4.392</b>	<b>271,43%</b>

**Tabela 5 –SADT de julho de 2021**

Nos subitens a seguir os dados de cada especialidade serão detalhados.

#### 2.4.1. Diagnóstico em Laboratório

Em julho de 2021 foi realizado um total de 60.346 diagnósticos, representando 377,16% da meta pactuada em contrato. 53.770 destes diagnósticos foram realizados pelo SADT interno do HMAP e 6.576 pelo SADT interno do centro de especialidades, o gráfico 4 mostra a proporcionalidade de exames por localidade.

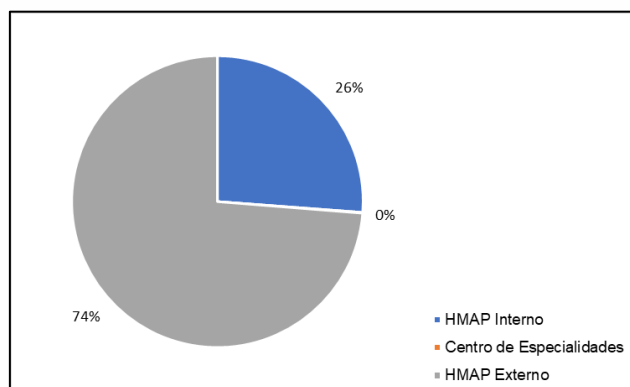


**Gráfico 4 – Diagnósticos em Laboratório de julho de 2021**

Não houve a oferta deste diagnóstico pois o ambulatório estava comprometido com a demanda de pacientes internados na unidade, não restando recursos estruturais e humanos para suprir a demanda do complexo regulador.

#### 2.4.2. Diagnóstico em Radiologia

Em julho de 2021 foi realizado um total de 2.395 diagnósticos, representando 83,16% da meta pactuada em contrato. 627 destes diagnósticos foram realizados pelo SADT interno do HMAP, 2 pelo SADT interno do centro de especialidades e 1.766 pelo SADT externo do HMAP, o gráfico 5 mostra a proporcionalidade de exames por localidade.



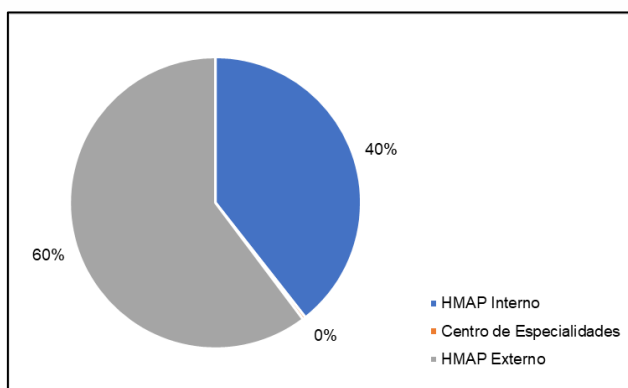
**Gráfico 5 – Diagnósticos em Radiologia de julho de 2021**



Apesar da oferta de exames ser o suficiente para atingir a meta pactuada em contrato, não houve demanda para preencher as vagas ofertadas.

#### 2.4.3. Diagnóstico em Ultrassonografia

Em julho de 2021 foi realizado um total de 1.472 diagnósticos, representando 55,76% da meta pactuada em contrato. 580 destes diagnósticos foram realizados pelo SADT interno do HMAP, 5 pelo SADT interno do centro de especialidades e 887 pelo SADT externo do HMAP, o gráfico 6 mostra a proporcionalidade de exames por localidade.

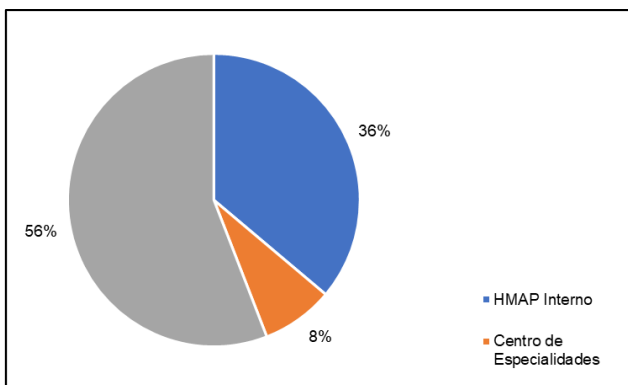


**Gráfico 6** – Diagnósticos em Ultrassonografia de julho de 2021

Apesar da oferta de exames não ser o suficiente para atingir a meta pactuada em contrato, não houve demanda para preencher as vagas ofertadas.

#### 2.4.4. Diagnóstico em Tomografia

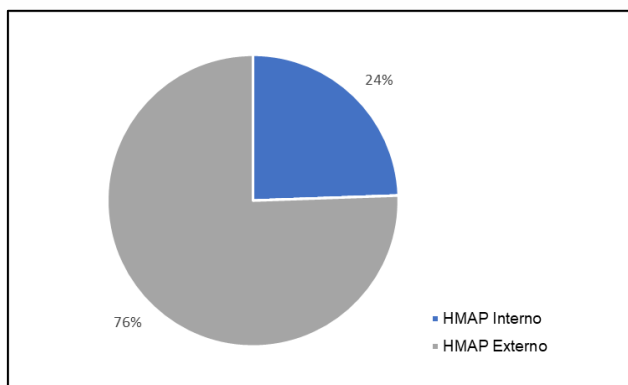
Em julho de 2021 foi realizado um total de 2.181 diagnósticos, representando 151,46% da meta pactuada em contrato. 788 destes diagnósticos foram realizados pelo SADT interno do HMAP, 174 pelo SADT interno do centro de especialidades e 1.219 pelo SADT externo do HMAP, o gráfico 7 mostra a proporcionalidade de exames por localidade.



**Gráfico 7** – Diagnósticos em Tomografia de julho de 2021

#### 2.4.5. Diagnóstico em Ressonância

Em julho de 2021 foi realizado um total de 450 diagnósticos, representando 56,82% da meta pactuada em contrato. 110 destes diagnósticos foram realizados pelo SADT interno do HMAP e 340 pelo SADT externo do HMAP, o gráfico 8 mostra a proporcionalidade de exames por localidade.

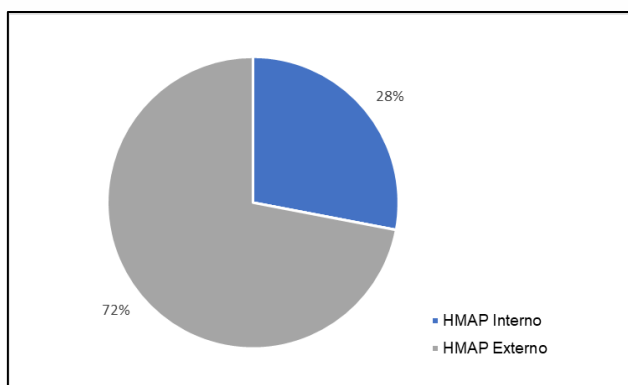


**Gráfico 8** – Diagnósticos em Ressonância de julho de 2021

Apesar da oferta de exames ser o suficiente para atingir a meta pactuada em contrato, não houve demanda para preencher as vagas ofertadas.

#### 2.4.6. Diagnóstico por Endoscopia

Em julho de 2021 foi realizado um total de 250 diagnósticos, representando 50,00% da meta pactuada em contrato. 70 destes diagnósticos foram realizados pelo SADT interno do HMAP e 180 pelo SADT externo do HMAP, o gráfico 9 mostra a proporcionalidade de exames por localidade.



**Gráfico 9** – Diagnósticos por Endoscopia de julho de 2021

Os exames endoscópicos foram suspensos no mês de março, atendendo a Portaria Nº1565, de 18 de junho de 2020 que dispõe sobre medidas de prevenção ao controle e a mitigação de transmissão da COVID-19, No dia 08 de julho de 2021 foi solicitado pela superintendência Regulação, controle e Avaliação via Memo:1.129/2021 o retorno do exames, foi ofertado então 400 exames a partir do dia 19/07/2021 e do dia 08/07/2021 a 18/07/202, tendo em



vista que o atendimento é feito em dias úteis, foram realizados a demanda reprimida que estava agenda no mês em que foi suspenso o atendimento.

Apesar da oferta de exames não ser o suficiente para atingir a meta pactuada em contrato, não houve demanda para preencher as vagas ofertadas.

#### 2.4.7. Métodos Diagnósticos em Especialidade

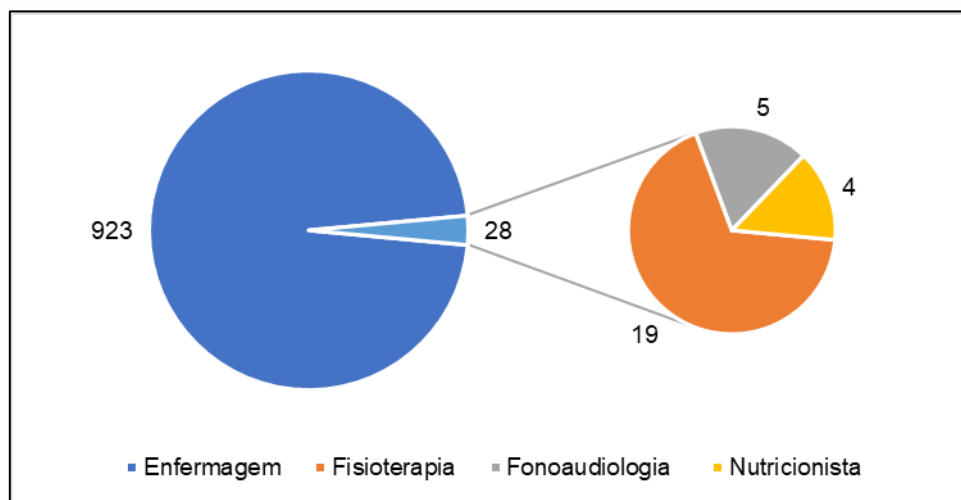
Em julho de 2021 foi realizado um total de 21 diagnósticos, representando 1,52% da meta pactuada em contrato, todos realizados pelo SADT interno do HMAP.

Devido à redução da capacidade dos ambientes de espera dos pacientes e acompanhantes para atender as normas de distanciamento social afim de diminuir a disseminação de Covid-19, não foi ofertado à central de regulação diagnósticos desta especialidade.

### 2.5. Atendimento Não Médico Ambulatorial

O atendimento não médico ambulatorial não possui meta pactuada pelo contrato de gestão. Porém, uma equipe multidisciplinar bem-estruturada é fundamental como estratégia para tornar o atendimento mais qualificado, efetivo e seguro para o paciente. Além de propiciar diferentes ações que resultem em benefícios clínicos, humanísticos e econômicos para a instituição. Todos estes atendimentos são agendados pela própria unidade para pacientes que estão em tratamento, ou seja, pacientes internos.

Em julho de 2021 foi realizado o agendamento de 951 atendimentos, categorizados em atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e enfermagem. O gráfico 9 apresenta a proporção dos atendimentos realizados.

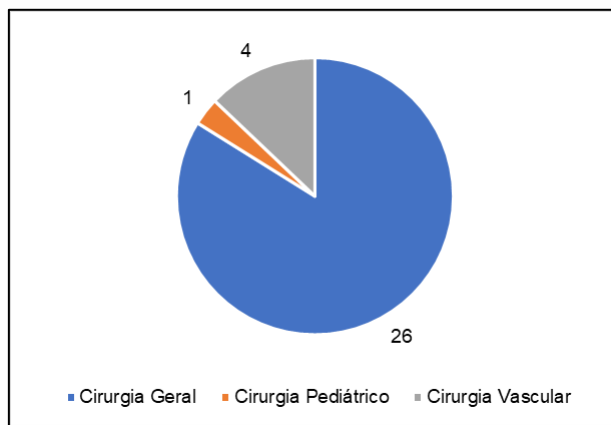


**Gráfico 9 – Atendimento Não Médico de julho de 2021**

## 2.6. Procedimento Cirúrgico

O contrato de gestão indica a abertura de nove salas cirúrgicas, porém, apenas três estão em operação, as seis outras salas cirúrgicas estão sem equipes necessárias para a sua operação, devido a falta de demanda para cirurgias eletivas devido a portaria 312/2021 – SES-GO que suspendeu o agendamento desta modalidade de cirurgia, dessa forma estão sendo realizadas apenas as demandas cirúrgicas encaminhadas pelos atendimentos de urgência.

No mês de julho de 2021 foram realizadas 31 cirurgias de urgência, totalizando 46 horas de tempo cirúrgico, com média de 1h48min por cirurgia. Neste período ainda houve a suspensão de quatro cirurgias, todas elas foram traqueostomias de pacientes extubados antes da realização dos procedimentos cirúrgicos. O gráfico 10 apresenta a proporção de procedimentos realizados.



**Gráfico 10** – Procedimentos Cirúrgicos realizados em julho de 2021

### 3. Indicadores de Qualidade

O Contrato de Gestão, no ANEXO TÉCNICO XVII, dispõe que os indicadores de qualidade serão apurados por meio da implantação e do funcionamento de comissões e Serviço de Atendimento ao Usuário.

Indicador	Meta	% de Alcance
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar – AIH	Apresentação 100% da solicitação de AIH	100%
Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos	Implantar protocolo clínico para todas as especialidades médicas implantadas	100%
Atenção ao Usuário – Resolução de Queixas e pesquisa de satisfação	Resolução de 80% das queixas recebidas e envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação até o dia 20 (vinte) do mês imediatamente subsequente	100%
Controle de Infecção Hospitalar	Envio do relatório até dia 20 do mês imediatamente subsequente	100%
Monitoramento do Tempo de espera na urgência e emergência	Atender os pacientes graves em tempo adequado	100%
Proporção de Readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar	≤ 20%	1,50%

**Tabela 6 - Indicadores de Qualidade Realizados em julho de 2021**

#### 3.1. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

<b>Data da constituição:</b>	15/03/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	16	<b>Presidente:</b>	Cintia de Oliveira

##### ◆ Indicador

Envio do relatório até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

##### ◆ Análise Crítica

A Comissão de Controle de Infecção hospitalar foi realizada, conforme ata reunião referente ao mês de Julho aconteceu no dia 03/08/2021.

Será apresentado em anexo a ata da “COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE”.

#### 3.2. Comissão de Ética Médica

<b>Data da constituição:</b>	24/09/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	02	<b>Presidente:</b>	Leonardo Vítor Gomes

◆ Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da comissão.

◆ Análise crítica

A comissão de Ética Médica teve eleição em junho do ano de 2019 e a posse dos membros no final de setembro de 2019. No mês de julho a Comissão de Ética Médica não realizou reunião, visto a ausência de solicitações ou demandas por parte do corpo clínico.

Devido ações estratégicas estipuladas, a comissão está em constante apoio ao acordo clínico do hospital.

Será apresentado em anexo o relatório da “COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.”

### 3.3. Comissão de Ética de Enfermagem

<b>Data da constituição:</b>	26/09/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	-	<b>Presidente:</b>	-

◆ Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da comissão.

◆ Análise crítica

No mês em análise a Comissão de Ética de Enfermagem está sendo reestruturada, foi encaminhado ao conselho regional de enfermagem o comunicado, aguardando um parecer para então dar continuidade nas atividades normais.

Será apresentado em anexo o relatório da “COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM”, assim como as evidências do andamento do processo junto ao COREN.

### 3.4. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

<b>Data da constituição:</b>	20/02/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	05	<b>Presidente:</b>	Éricka Vieira Ximenes Belo

◆ Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da comissão.

• Avaliação de Prontuário

Avaliar a porcentagem de prontuários revisados no referido mês de análise, avaliado por meio do número de prontuários revisados no mês, dividido pelo número total de saídas (altas, transferências externas), menos o total de óbitos no mês multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Nº de Prontuários Revisados}}{\text{Nº tde saídas hospitalares mês}} \times 100$$

Cálculo: 46/604\*100.

Resultado: 7,61%.

◆ Análise crítica

A Comissão de análise e revisão de prontuários reuniu-se no dia 05 de Agosto de 2021, com a seguinte pauta: análise e revisão dos prontuários referente ao mês de julho de 2021.

Será apresentado em anexo o relatório da “COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS”.

### 3.5. Comissão de Verificação de Óbitos

<b>Data da constituição:</b>	20/02/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	06	<b>Presidente:</b>	Éricka Vieira Ximenes Belo

◆ Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da comissão.

• Avaliação de óbitos

É evidenciado através do cálculo:

$$\frac{\text{Nº de óbitos avaliados}}{\text{Nº total de óbitos}} \times 100$$

Cálculo:  $141/141 \times 100$

Resultado: Sendo avaliado o total de 100% dos óbitos verificados pela Comissão.

◆ **Análise Crítica**

A Comissão de verificação de óbitos realizou reunião no dia 05 de Agosto de 2021, a qual abordou em ata apresentação das verificações dos óbitos referente ao mês de Julho de 2021 e as ações de melhoria no processo de preenchimento da DO.

Foram avaliados 139 óbitos, destes 114 DO's contém itens de conformidades, sendo 25 com errata 2 óbitos não possuem DOs sendo direcionado 01 ao SVO e 01 para o IML. Os óbitos são verificados através do formulário (FOR.097.DCM).

Será apresentado em anexo o relatório: "COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE OBITO".

### 3.6. Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

<b>Data da constituição:</b>	20/02/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	8	<b>Presidente:</b>	Amanda Inácia de Oliveira

◆ **Indicador**

Consta no relatório da comissão.

◆ **Análise Crítica**

A Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional realizou reunião no dia 04 de Agosto de 2021, tendo como pauta, apresentação dos indicadores, análises de resultados e pontos de melhorias, pendências da última reunião.

Será apresentado em anexo o relatório da "COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL".

### 3.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

<b>Data da constituição:</b>	30/08/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	15	<b>Presidente:</b>	Kátia Oliveira Nunes

◆ Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da Comissão.

◆ Análise crítica

A Comissão interna de prevenção de acidentes – CIPA realizou reunião no dia 10 de Agosto de 2021, com a seguinte pauta: Assuntos inerentes a comissão. No mês de referência não foram registradas nenhuma ocorrência de acidente de trabalho, uma vez que todos os colaboradores da unidade e Terceiros estão recebendo orientações diariamente com apoio do SESMET e CIPA.

Será apresentado em anexo o “RELATÓRIO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES”.

### **3.8. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT**

◆ Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da comissão.

◆ Análise crítica

O Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho realizou no mês de referência as seguintes atividades:

- ✓ Inspecionar o local, instalações, equipamentos e determinar fatores de risco e acidentes;
- ✓ Investigar riscos e causas de acidentes, analisando política de prevenção;
- ✓ Participar do programa de treinamento quando convocado;
- ✓ Participar de reuniões de trabalho relativas à sua área de atuação;
- ✓ Realizar mapeamento de riscos por setor;
- ✓ Identificar medidas de proteção individual;
- ✓ Elaboração de fluxograma de acidente de trabalho com agente biológico;
- ✓ Encaminhar colaboradores para realização de exames

admissionais;

- ✓ Elaboração de fichas de controle de entrega de EPI.

Será apresentado em anexo o “RELATÓRIO DO SESMT - SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE E MEDICINA DO TRABALHO.”

### 3.9. Comissão de Gerenciamento de Resíduos

<b>Data da constituição:</b>	06/08/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	04	<b>Presidente:</b>	Kassia Karolyne Oliveira

A Comissão de Resíduos realizou reunião no dia 29 de Julho de 2021, com a presença de 08 (oito) participantes.

No mês de julho apresentou um aumento parcial com um total de 27.278 kg de resíduos infectantes, comparado ao mês de Junho que somou um total de 20.791 kg.

Em parceria com a farmácia dia 19/07/2021 houve dispersa de medicamentos com data aspiradas, para incineração correta trazendo segurança e otimização do serviço.

Foi encaminhado para o aterro sanitário lâmpadas fluorescentes com defeito, para incineração correta.

Será apresentado em anexo o “RELATÓRIO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS.”

### 3.10. Comissão de Farmácia e Terapêutica

<b>Data da constituição:</b>	06/08/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	07	<b>Presidente:</b>	Glaciene Souza Silva

A Comissão de Farmácia e Terapêutica realizou reunião no dia 05 de Agosto de 2021, com a presença de 07 (sete) participantes.

No mês de julho de 2021 não foi registrada nenhuma queixa técnica a medicamentos. O Setor de Farmácia, juntamente com a setor de Suprimentos procura manter em estoque medicamentos padronizados cumprindo todas as especificações de armazenamento e qualidade.

Não houve também nenhum registro de queixa técnica a



equipamentos hospitalares. A CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) com o apoio do CCIRAS e Suprimentos procura monitorar a aquisição de equipamentos hospitalares de qualidade que atendam a demanda do setor.

Em julho de 2021 houve 01 (um) preenchimento do Formulário 333.CF para determinação da causalidade de reações adversas a medicamentos com adispensação de PROMETAZINA para a paciente LSBN, prontuário 26905 com uma POSSÍVEL reação adversa ao uso de DIPIRONA.

Será apresentado em anexo o “RELATÓRIO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.”

### 3.11. Comissão de Humanização

<b>Data da constituição:</b>	26/03/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	11	<b>Presidente:</b>	Renan Cardoso Mamedes

#### ◆ Indicador

Consta no relatório da comissão.

#### ◆ Análise crítica

A Comissão de humanização realizou reunião no dia 06 de Agosto de 2021, com a presença de 08 (oito) participantes, sendo abordado em ata as ações de humanização. No mês de referência a unidade realizou 08 ações de humanização sendo elas:

- ✓ Campanha “julho Amarelo”, luta contra as hepatites virais;
- ✓ Comemoração do Dia do Hospital;
- ✓ O setor de Ouvidoria em parceria com a Humanização, confeccionou certificados de reconhecimento aos profissionais elogiados por usuários no mês anterior;
- ✓ Comemoração do Dia do Amigo;
- ✓ Comemoração do Dia Nacional da Prevenção de Acidentes de Trabalho;
- ✓ Em parceria com o departamento de Recursos Humanos foram prestigiados os aniversariantes do mês;

- ✓ “Quem sou eu”?
- ✓ Juntamente com as equipes Multiprofissionais o retorno das altas Humanizadas com ações com foco na recuperação do paciente;

Será apresentado em anexo o relatório da “COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO.”

### 3.12. Comissão Intra-Hospitalar de Doação e Tecidos Para Transplantes - CIHDOTT

<b>Data da constituição:</b>	04/07/2019	<b>Periodicidade de reunião:</b>	Mensal
<b>Número de membros:</b>	10	<b>Presidente:</b>	Valdirene José da Costa

#### ◆ Indicador

A CIHDOTT avalia os seguintes indicadores:

- ✓ Taxa de notificação de morte encefálica (ME)
- ✓ Taxa de notificação de óbito por PCR

#### ◆ Análise crítica

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes– CIHDOTT realizou reunião no dia 27 de Julho de 2021 com a seguinte pauta: apresentação dos óbitos com foco no processo de doação de órgãos e tecidos do mês de Julho tivemos 3 provável ME, realizamos abertura de protocolo.

Será apresentado em anexo o relatório da “COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DEDOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT.”

## 4. Censo de Origem dos Pacientes Atendidos e Referenciados

### 4.1. Censo de origem por Cidade

<b>CIDADE</b>	<b>QUANT.</b>
ANAPOLIS	1
APARECIDA DE GOIANIA	408
ARAGOIANIA	1
BELA VISTA DE GOIAS	1
CEZARINA	3
CRISTIANOPOLIS	1

CROMINA	1
EDEIA	2
FORMOSA	1
GOIANIA	65
GOIANIRA	3
HIDROLANDIA	2
INDIARA	2
JANDAIA	1
ORIZONA	1
PIRACANJUBA	3
PONTALINA	2
PROFESSOR JAMIL	1
RIO VERDE	1
SENADOR CANEDO	20
SILVANIA	1
VARJAO	2
VIANOPOLIS	2
VICENTINOPOLIS	1
<b>TOTAL</b>	<b>526</b>

#### 4.2. Censo de origem por Bairro – Aparecida de Goiânia

SETOR	QUANT.
AEROPORTO SUL	4
ALTO PARAISO	4
ALVORADA SUL	1
AMERICAN PARK	1
ARCO IRIS	1
BALIZA	1
BELO HORIZONTE	1
CAMPOS ELISIOS	1
CENTRAL	1
CIDADE LIVRE	7
CIDADE SATELITE SAO LUIZ	5
CIDADE VERA CRUZ	14
CIDADE VERA CRUZ II	4
CHACARA SANTA LUZIA	2
CHACARA SANTO ANTONIO	
JD RIVIERA	1
CHACARA SAO PEDRO	3
CHACARA BELA VISTA	1
COLINA AZUL	5
COLONIAL SUL	3
COMENDADOR WALMOR	1

COND SANTA RITA	1
CONJUNTO CRUZEIRO DO SUL	3
CONJUNTO ESTELA DO SUL	2
CONJUNTO MORADA	2
CONJUNTO PLANICE	1
BAIRRO CARDOSO	4
BAIRRO CARDOSO II	3
BAIRRO CARDOSO CONTINUACAO	3
BAIRRO ILDA	4
BAIRRO INDEPEDENCIA	5
BAIRRO VERA CRUZ	1
CONDE DOS ARCOS	1
EXPANSUL	5
GARAVEL	15
GARAVEL RES PARK	8
GOIANIA PARL SUL	4
INDEPENDENCIA MANSOES	12
ITAPOA	6
JD BELA VISTA	6
JD BOA ESPERANÇA	5
JD BONANCIA	3
JD BURITI SERENO	20
JD CASCATA	1
JD CRISTAL	1
JD DOS BURITIS	1
JD DOM BOSCO	1
JD DOM BOSCO II	2
JD DAS ESMERALDAS	1
JD ESPLANADA	1
JD FLORENÇA	1
JD HELVECIA	4
JD IPANEMA	1
JD IPIRANGA	2
JD IMPERIAL	2
JD DAS OLIVEIRAS	4
JD IRACEMA	1
JD LUZ	4
JD MARIA INES	5
JD MARQUES DE ABREU	1
JD MIRAMAR	1
JD MIRABEL	1
JD MONT SERRAT	6

JD MONTE CRISTO	1
JD NOVA ERA	2
JD NOVA OLINDA	2
JD OLIMPICO	5
JD PROGRESSO	1
JD RIO DOURADO	1
JD RIVIERA	5
JD ROSA DO SUL	2
JD TIRADENTES	11
JD TROPICAL	6
JD ALTO PARAISO	8
JD OLIMPIO	1
JD RIVIERA	1
MARISTA SUL	1
MORADA DOS BOSQUES	1
MANSOES PARAISO	6
NOVA CIDADE	3
NOVA OLINDA	1
PAPILLON PARK	4
PARQUE ALVORADA	2
PARQUE SANTA CECILIA	1
PARQUE FLAMBOYANT	4
PARQUE HAYALA	2
PARQUE IBIRAPUERA	2
PARQUE ITATIAIA	1
PARQUE MONTREAL	1
PARQUE DAS NACOES	3
PARQUE PRIMAVERA	1
PARQUE SANTA CRUZ	1
PARQUE TRINDADE	1
PARQUE VEIGA JARDIM	3
PARQUE VEIGA JARDIM II	1
PONTAL SUL	4
REAL CONQUISTA	1
RECANTO DOS EMBOADAS	1
RES ARAGUAIA	3
RES CARAIBAS	1
RES JARDIM CANEDO	1
RES VILLAGE GARAVELO	5
RES BURITI	1
RES CANDIDO DE QUEIROZ	3
RES CAMPOS ELISIOS	1
RES JD CANEDO	1
RES GARAVELO PARK	1
RES NORTE SUL	1

RES SERRA DAS BRISAS	3
RES SOLAR CENTRAL PARK	1
RES PARK	1
RETIRO DO BOSQUE	3
RIO VERMELHO	1
ROSA DOS VENTOS	5
SETOR TOCANTINS	1
SETOR DOS AFONSO	6
SERRA DOURADA	5
SETOR TOCANTINS	1
SITIO SANTA LUZIA	5
SANTO ANDRE	3
TERRA PROMETIDA	1
VEIGA JARDIM	3
VEIGA JARDIM II	1
VALE DO SOL	3
VILA ALZIRA	3
VILA BRASILIA	6
VILA DELFIORE	2
VILA MARIA	2
VILA MARIANA	5
VILA OLIVEIRA	1
VILA SUL	1
VILA SANTOS DUMONT	2
VILA SAO JOAQUIM	1
VILA SAO MANOEL	1
VILA ROMANA	1
VIRGINHA PARQUE	1
<b>TOTAL</b>	<b>396</b>

#### 4.3. Censo de origem por Bairro – Goiânia

BAIRROS GOIANIA	QUANT
AEROVIARIO	1
AMIM CAMARGO	1
BELA VISTA	3
BRISA DO CERRADO	1
CIDADE JARDIM	1
COND DAS ESMERALDA	1
ESTRELA DALVA	1
CONJ SATA FE	1
CRISTINA	1
FAICALVILLE	1
GOIANIA 2	1
JD AMERICA	3
JD ATLANTICO	3
JD CARAVELAS	2

JD DAS ESMERALDAS	1
JD EUROPA	1
JD ITAIPU	2
JD MONIQUE	1
JARDIM GUANABARA	1
MARISTA	1
MOINHO DOS VENTOS	2
NOVO HORIZONTE	1
PARQUE AMAZONAS	4
PARQUE INDUSTRIAL	1
PARQUE MARACANA	1
RECANTO DAS MINAS GERAIS	1
RES BARCELONA	1
RES FORTEVILLE	1
RES ILHA DAS FLORES	1
RES ITAIPU	3
RES PORTO DOURADO	1
RES RECANTO DO CERRADO	2
RES SANTA FE	1
RESI CAPUAVA	1
RIO FORMOSO	1
SANTO HILARIO	1
SETOR AEROPORTO	1
SETOR BUENO	6
SOLAR BOUGANVILLE	1
SUDOESTE	1
PARQUE AMAZONAS	1
PARQUE ATHENEU	2
PARQUE DAS LARANJEIRAS	1
PARQUE REAL	1
PARQUE SANTA RITA	1
RECANTO DAS MINAS GERAIS	1
RETIRO DO BOSQUE	1
SETOR UNIVERSITARIO	2
SETOR VILA NOVA	1
SOLAR BOUGANVILLE	1
VALE DO SOL	1
VERA CRUZ	3
VILA DOS ALPES	2
VILA FINSOCIAL	1
VILA ROSA	2
VILA SAO TOMAZ	4
VILA SAO LUIS	1

VISTA BELA	1
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>

#### 4.4. Censo de Origem por Bairro Demais

BAIRRO DEMAIS	QUANT.
ALVORADA	2
ARACI AMARAL	1
BAIXA FRIA	1
BECO CENTRAL	1
BOA VISTA	2
BRASINOPOLIS	1
CENTRO	5
GARAVELO SUL 2	1
JD PRIMAVERA	1
JD LIBERDADE	1
JD FLAMBOYANT	1
JD TODOS OS SANTOS	2
JK	1
MANGUEIRAS	1
MARIA FRANÇA	2
MORADA DO BOSQUE	1
NORTE	1
PLANALTO	2
PQ IND DE SENADOR CANEDO	1
RES CONQUISTA	1
RES VALE DOS SONHOS	1
RES PEDRO MIRANDA	1
SETOR CENTRAL	1
SETRO DANIEL GOMES	1
SETOR MARIA FRANCOL	1
SANTA AGOSTINHO	1
SAO FRANCISCO	1
SAO VICENTE	1
VILA INDIARA	1
VILA SANTA ROSA	1
VILA SAO DOMINGOS RES MORUMBI	1
VILA SAO SEBASTIAO	2
ZONA RURAL	2



<b>TOTAL</b>	<b>44</b>
--------------	-----------

## 5. Pesquisa de Satisfação de Pacientes de Acompanhantes – julho/2021

O Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU é responsável por captar a percepção do usuário sobre o serviço prestado no HMAP.

### ◆ Indicador

O serviço de atendimento ao usuário monitora os indicadores, sendo:

- ✓ Pesquisa de satisfação;
- ✓ Índice de satisfação dos usuários;
- ✓ Quantidade de reclamações;
- ✓ Resolução das queixas recebidas.

### ◆ Análise crítica

O Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia- HMAP por meio do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU realizou no mês de Julho 1.681 pesquisas de satisfação nos setores de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, pronto socorro, ambulatório e SADT.

Do total pesquisado, 1.631 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando em 97% o índice de satisfação do usuário.

Foram registrados no mês de referência 133 elogios, correspondendo a 08% das pesquisas aplicadas e 13 reclamações, totalizando em 0,7% em relação as pesquisas aplicadas. Das 13 reclamações, ressalvo que 03 foram sem procedência os demais foram tratadas pelos gestores da unidade, totalizando um percentual de 100% de resolução de queixas.

Será apresentado em anexo o relatório da “PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES E ACOMPANHANTES”.

## 6. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

No mês de julho foram apresentadas 657 AIH's, importante

informar a necessidade de abertura de mais de uma AIH para alguns pacientes durante a internação devido a necessidade em realizar trocas de procedimentos, altas administrativas e encerramentos de AIH.

Será apresentado em anexo o “RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR AIH”.

## **7. Monitoramento de Implantação de Diretrizes e Protocolos Clínicos**

No mês de referência a unidade elaborou 5 novos documentos sendo:

### 1 Protocolo

- Protocolo para abordagem e tratamento dos pacientes com dor lombar aguda ou ciática no pronto-atendimento.

### 4 Formulários

- Descrição de cargos;
- Receita padronizada de atendimento ambulatorial pediátrico;
- Orientações sobre introdução alimentar pediátrica;
- Livro de registro no posto de enfermagem.

O monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos está sendo apresentada em anexo no relatório de “MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DE DIRETRIZES E PROTOCOLOS CLÍNICOS”.

## **8. Monitoramento do Tempo de Espera na Urgência e Emergência**

No mês de Julho foram atendidos 510 pacientes, destes 313 pacientes foram classificados como vermelho ou laranja, todos os pacientes classificados como emergência e muito urgente foram atendidos dentro do tempo preconizado, atingindo 100% da meta pactuada.

Ressalto que este mês foram atendidos 106 pacientes que vieram até a unidade por demanda espontânea.

Será apresentado em anexo o relatório do “MONITORAMENTO DO TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”.

## **9. Proporção de Readmissão em até 30 Dias da Última Alta Hospitalar**

A readmissão é considerada quando um paciente retorna ao

mesmo hospital depois de ter tido alta. Quando há muitos casos é preciso ter atenção, pois a alta pode ter sido dada de maneira equivocada ou o serviço prestado pode estar insatisfatório.

Para realizar a relação analítica do mês de Julho de 2021 do HMAP foram analisadas todas as AIH encaminhadas para o NIR. O método para essa coleta de informações se deu por meio da contabilidade dos pacientes internados que retornaram para a unidade após a primeira internação.

No mês de referência foram registradas 600 internações, das quais, 09 foram readmissões.

Para calculo utilizamos a seguinte formula:

$$\frac{\text{Nº total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar}}{\text{Nº total de internações}} \times 100$$

Cálculo: 09/600\*100

Resultado: apresentando uma taxa de 1,50%, com alcance de 100% da meta pactuada.

Será apresentado em anexo o “RELATÓRIO DE PROPORÇÃO DE READMISSÃO EM ATÉ 30 DIAS DA ÚLTIMA ALTA HOSPITALAR.

## 10. Núcleo de Segurança do Paciente

O Núcleo de Segurança do Paciente foi instituído através da RDC nº36/2013, em consolidação com a Portaria 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tem como objetivo fortalecer as práticas seguras nas Instituições de Saúde. Assim, também foi instituído os 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1.377/2013 e 2095/2013, são eles:

- ✓ Identificação do Paciente;
- ✓ Comunicação efetiva;
- ✓ Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- ✓ Cirurgia Segura;
- ✓ Higiene das Mãos;

- ✓ Prevenção de Quedas dos pacientes;
- ✓ Redução de Lesão por Pressão.

O Plano de Segurança do Paciente e os protocolos básicos de Segurança do Paciente já foram publicados e é de acesso a todos os colaboradores.

#### ◆ Indicadores

- Indicador relacionada as notificações;
- Indicadores do protocolo de identificação do paciente;
- Indicadores do protocolo de lesão por pressão;
- Indicadores do protocolo de queda;
- Indicadores do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamento;
- Indicadores do protocolo para a prática de higiene das mãos em Serviços de saúde;
- Indicadores do protocolo para a cirurgia segura

#### ◆ Análise Crítica

O Núcleo de Segurança do Paciente registrou 65 notificações no mês de Julho, 07 estavam sem dados básicos, sendo desconsiderada, totalizando assim 58 notificações. Das notificações realizadas, 39 foram consideradas toleráveis, 13 necessitaram de plano de ação relacionados a assistência, e 6 foram consideradas intoleráveis. O NSP realiza auditoria clínica para acompanhar a efetividade e possíveis fragilidades na composição dos processos de identificação do paciente.

Será apresentado em anexo o relatório do “NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE”.

### **11. Núcleo de Vigilância Epidemiológica**

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica registrou no mês de referência 466 notificações, sendo 460 referentes a COVID-19, 01 referente a Hepatite B, 01 referente a Tuberculose TB e 04 referentes a Violência Exógena e autoprozada.

Será apresentado em anexo o relatório do “NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

# Anexo I – Relatórios Qualitativos

# RELATÓRIO MENSAL COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

**Julho de 2021**

## Índice

1. Introdução .....	03
2. Indicadores Gerais .....	05
3. Indicadores Uti 01.....	09
4. Indicadores Uti 02.....	16
5. Indicadores Uti Pediátrica .....	23
6. Indicadores Uti A.....	30
7. Indicadores Uti B.....	37
8. Indicadores Uti C.....	44
9. Indicadores Uti F.....	51
10. Indicadores Uti RPA.....	58
11. Indicadores Uti TÉRREO.....	65
12. Considerações Finais .....	72
13. Ações Estratégicas .....	73

## 1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), por determinação do Regimento Interno do Hospital Municipal de Aparecida (HMAP) e Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998 (ANVISA) é um órgão de assessoria da *Diretoria Geral*, sendo de sua competência: Planejar, estudar e implementar ações de prevenção e controle de infecções hospitalares; implementar e desenvolver a melhoria da qualidade dos serviços e da assistência prestada ao paciente; racionalizar o uso de antimicrobianos no Hospital; Promover educação continuada e treinamentos dentre outras atividades de assessoria a unidade.

Contemplado no Programa De Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) que tem como objetivo: conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

No dia 15 de março de 2019, foi feita a nomeação dos membros da CCIRAS, e iniciado o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) e as atividades inerentes ao serviço, realizado o Cronograma anual de reuniões, com agendamento mensal das reuniões ordinárias. As reuniões extraordinárias, convocação com advento da necessidade.

As buscas ativas e passivas diárias nas UTI's I e II e UTI Pediátrica aos pacientes em uso de dispositivos invasivos, averiguando se há sinais e sintomas de infecção. Em 02 de Maio de 2019, deu-se início a busca ativa em relatos dos prontuários com critério de detectar possíveis IRAS para tratamento e notificação com atuação também quanto a solicitação para



retirada de dispositivos invasivos analisando e questionando a necessidade dos mesmos.

Em maio de 2020, o SCIRAS, iniciou as buscas ativas nas alas Covid19, observando e analisando todo o supracitado.

A CCIRAS trabalha em parceria com o laboratório de microbiologia dentro do processo, com o envio dos relatórios parciais e totais dos exames de cultura, para as ações de prevenção e controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde, a equipe da farmácia também é fundamental no processo do protocolo de antimicrobianos uma vez que é o setor que acompanha e tem controle da dispensação desses medicamentos aos setores assistenciais.

São respondidos todos os pareceres de Infectologia. Realizadas buscas ativas aos pacientes em uso de Antimicrobiano da Unidade, orientação ao corpo clínico quanto à prescrição dos Antimicrobianos pessoalmente nas visitas diárias e multiprofissional.

São feitas análises diárias das fichas de antimicrobianos pelos Médicos Infectologistas do SCIRAS reavaliando, indicando ou contraindicando tal ATB.

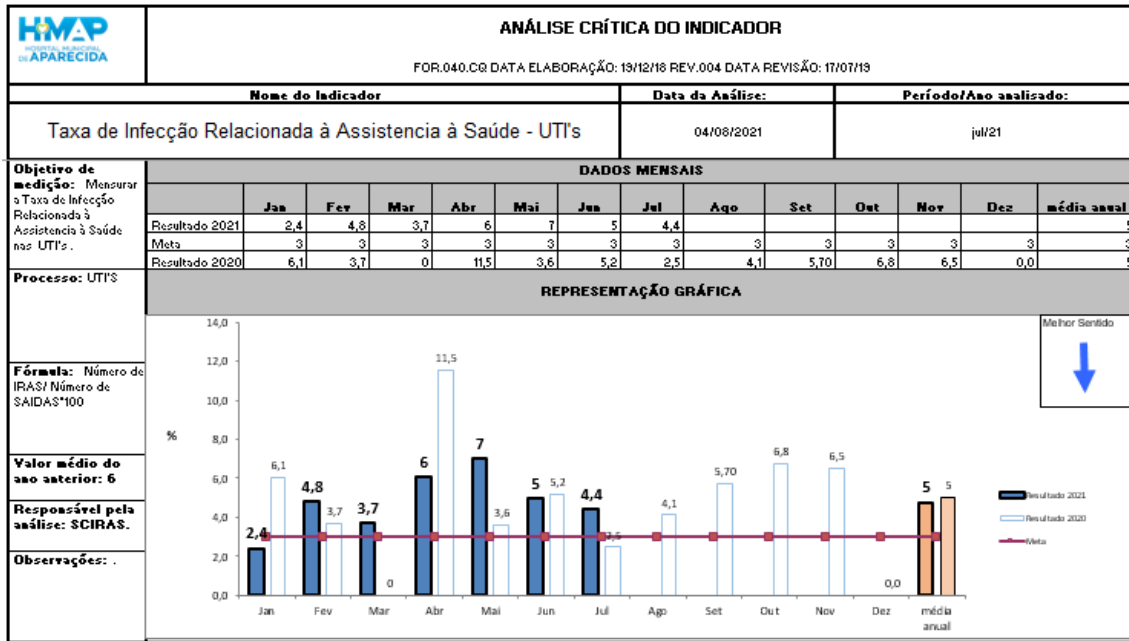
## 2. INDICADORES GERAIS

### TAXA DE INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE UTI'S ADULTO

**OBJETIVO:** Mensurar a taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS).

**FÓRMULA:** Número de IRAS/Número de saídas \*100.

**Resultado:**  $19/430 * 100 = 4,4 \%$



**Análise Crítica:**

Denota-se o gráfico uma discreta redução da taxa global de infecções hospitalares nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto em 0,6%. As IRAS causadas por dispositivos invasivos somam-se com um denominador total de dezenove IRAS, aumento de uma infecção e elevação no número de saídas hospitalares

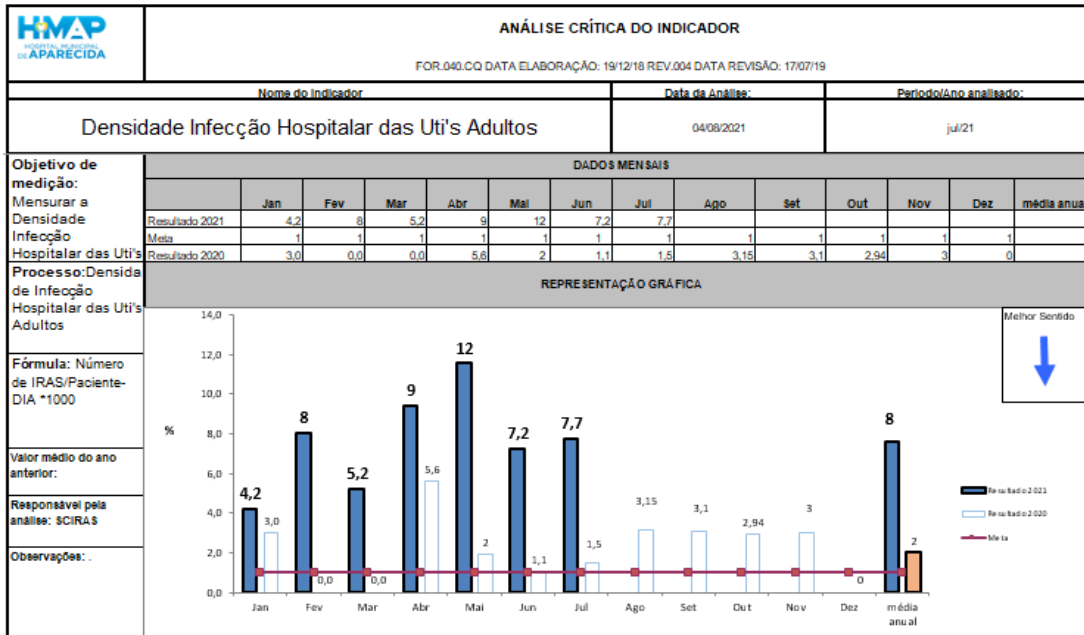
**DENSIDADE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

**OBJETIVO:** Mensurar Densidade de Infecção Hospitalar das UTI's Adulto

**FÓRMULA:** Número de IRAS/Número de pacientes dia nas UTI's Adulto \*1000.

**Resultado:** 19/2460\*1000 = 7,7

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/simprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 217210 e o código verificador 24960.



### Análise Crítica:

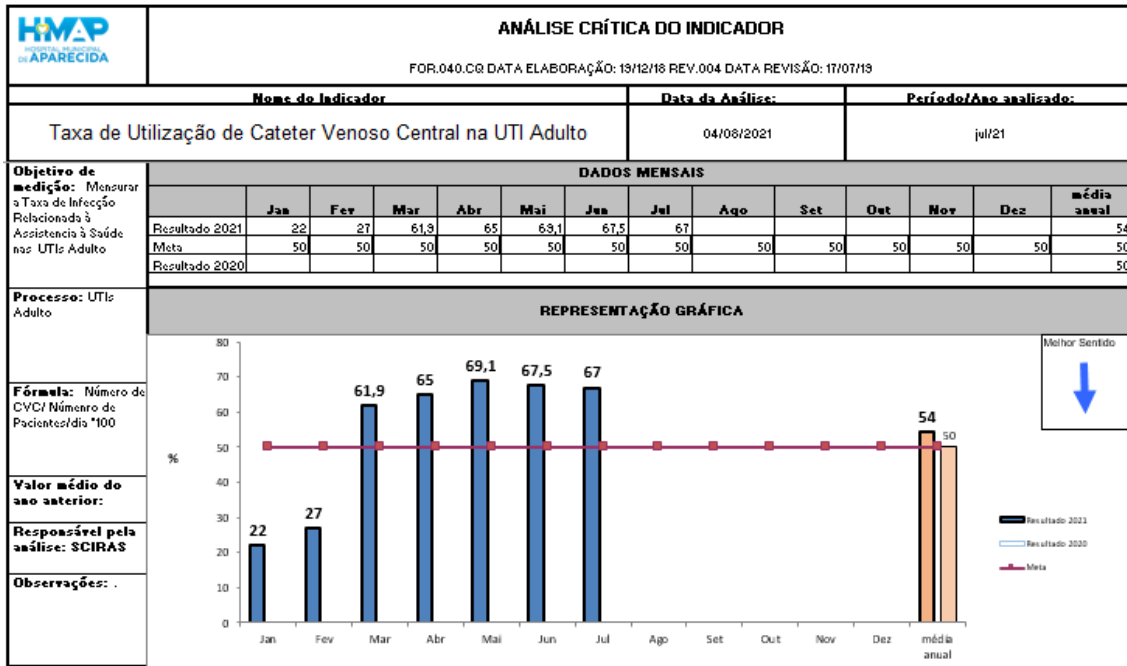
Denota-se que o indicador se manteve em 7, porém ao aumento de 0,5 está corroborando com uma infecção sobressalente ao mês de Junho. É válido ressaltar que a meta para Densidade é sempre será 0.

### TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL UTI'S ADULTO

**OBJETIVO:** Mensurar a taxa de utilização de cateteres centrais das UTI's Adulto

**FÓRMULA:** Número de CVC/Número de pacientes dia nas UTI's Adulto \*100.

**Resultado:**  $1647/2460 * 100 = 67 \%$



### Análise Crítica:

No mês de referência observamos que o indicador se sustentou em 67% na utilização de Cateteres venosos centrais.

Esse resultado está relacionado ao perfil do paciente em Terapia Intensiva e a criticidade clínica do mesmo.

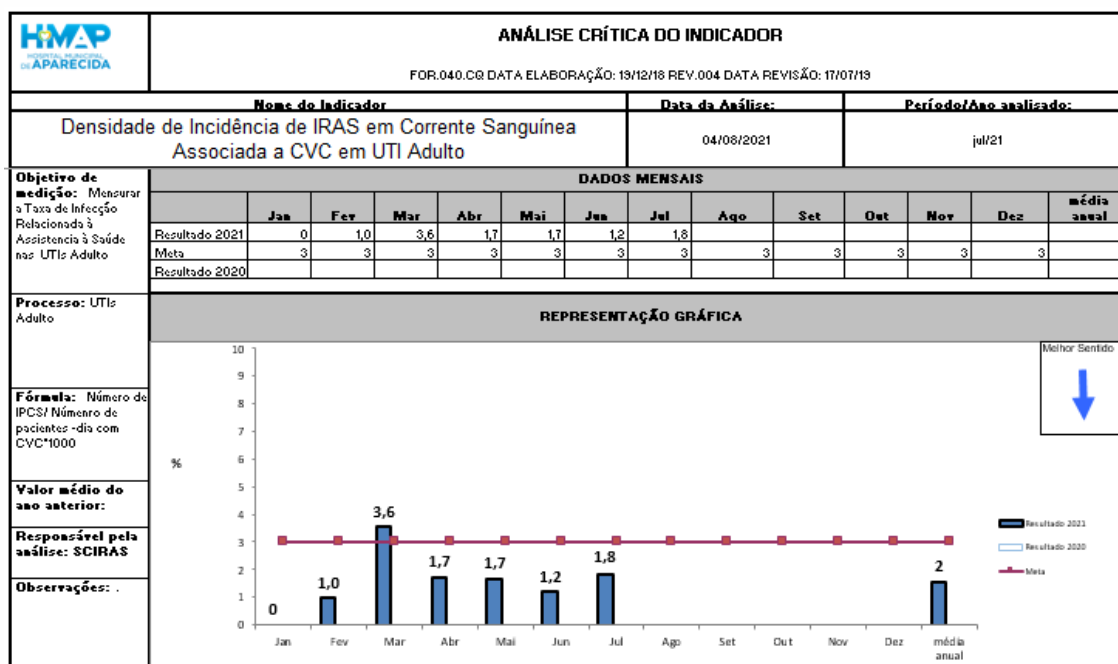
### DENSIDADE DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA

**OBJETIVO:** Densidade Infecção Primária de Corrente Sanguínea

relacionado ao uso de cateres centrais em UTI's Adulto

**FÓRMULA:** Número de IPCS/ Número de cateter-dia UTI's Adulto \*1000

**Resultado:** 3/1647\*1000 = 1,8



### Análise Crítica:

Denota-se no gráfico que a densidade elevou discretamente em 0,6 esse aumento está relacionado ao número de 3 IPCS, aumento de 1 caso referente ao mês de junho.

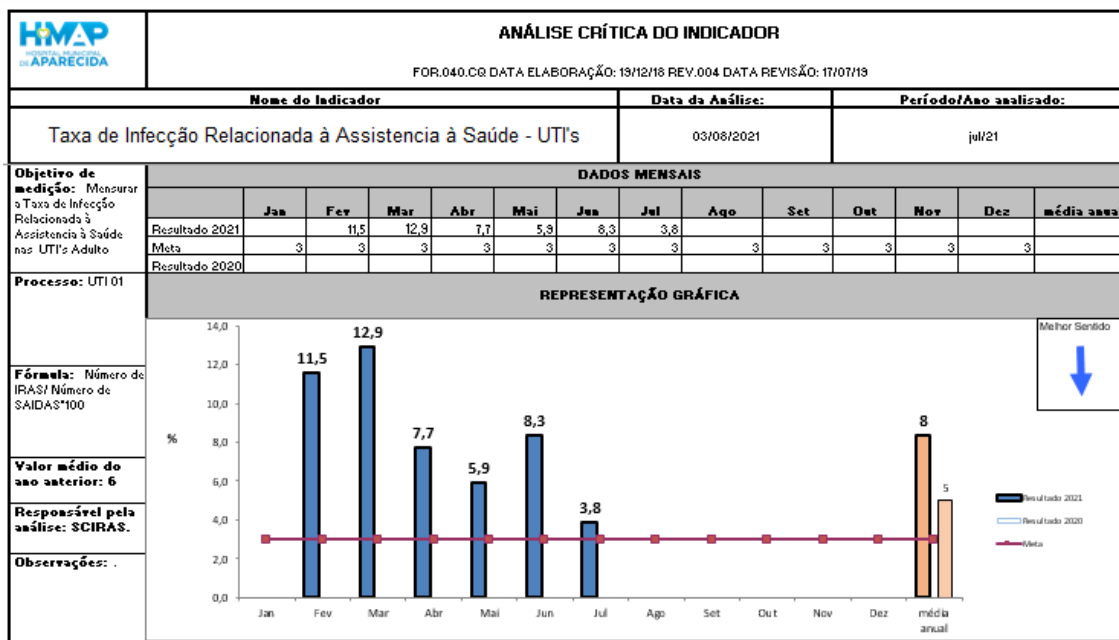
### 3. INDICADORES UTI Adulto 01

#### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO 01

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da Uti 01 \* 100

**Resultado:**  $1/26 * 100 = 3,8 \%$



### Análise Crítica:

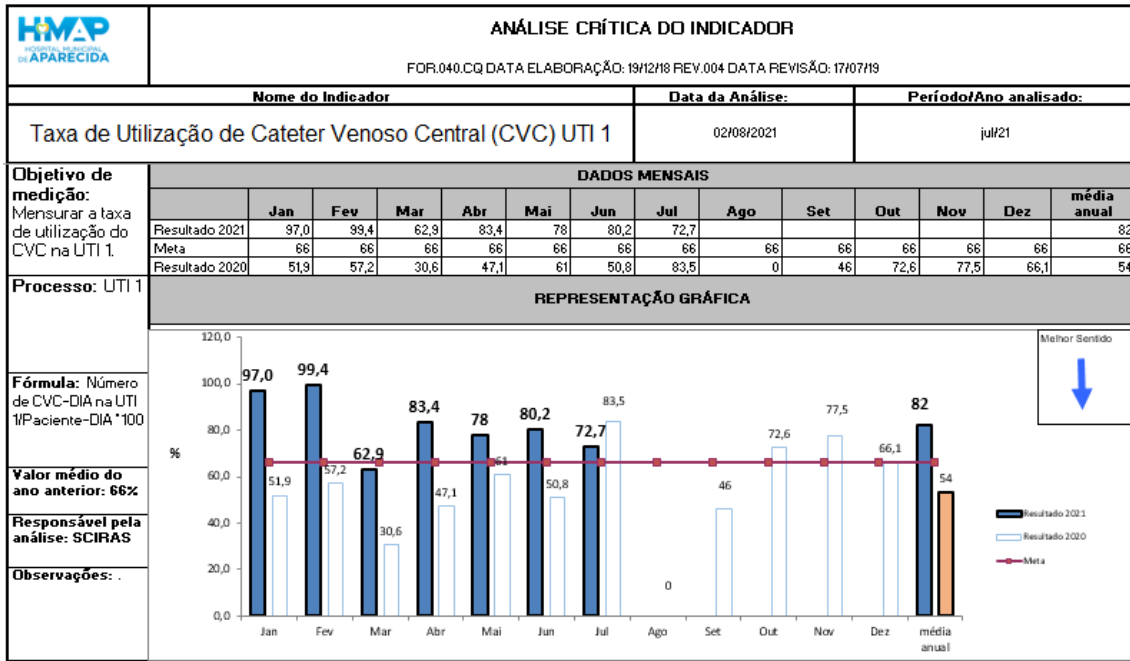
As infecções hospitalares são resultados de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções diversas dentro do ambiente hospitalar. Houve uma redução de 4,5% esse resultado está relacionado a redução para uma infecção e o aumento discreto de saídas hospitalares.

### Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto 01

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI Adulto 01

**Fórmula:** Número de CVC/ Paciente dia \* 100.

**Resultado:**  $136/187 \times 100 = 72,7\%$



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma redução de 7,5 % no que concerne o mês anterior. Os cateteres centrais são utilizados na infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso a hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, dá-se então a justificativa da variância quanto a utilização de cateteres centrais em unidades de terapia intensiva.

### Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea

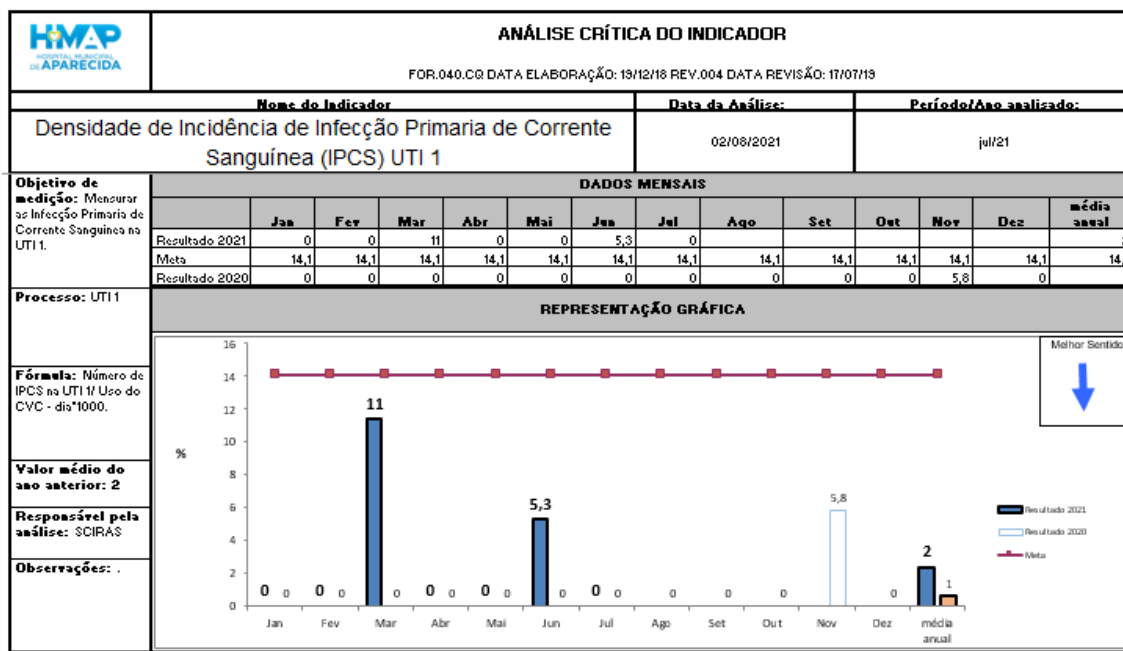
#### UTI Adulto 01

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Adulto 01.

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:** 0/136\*1000 = 0





### Análise Crítica:

As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estas infecções em sua maioria são identificadas laboratorialmente quando há um agente etiológico presente em hemocultura. Não houve IPCS, esse resultado é positivo e o esperado.

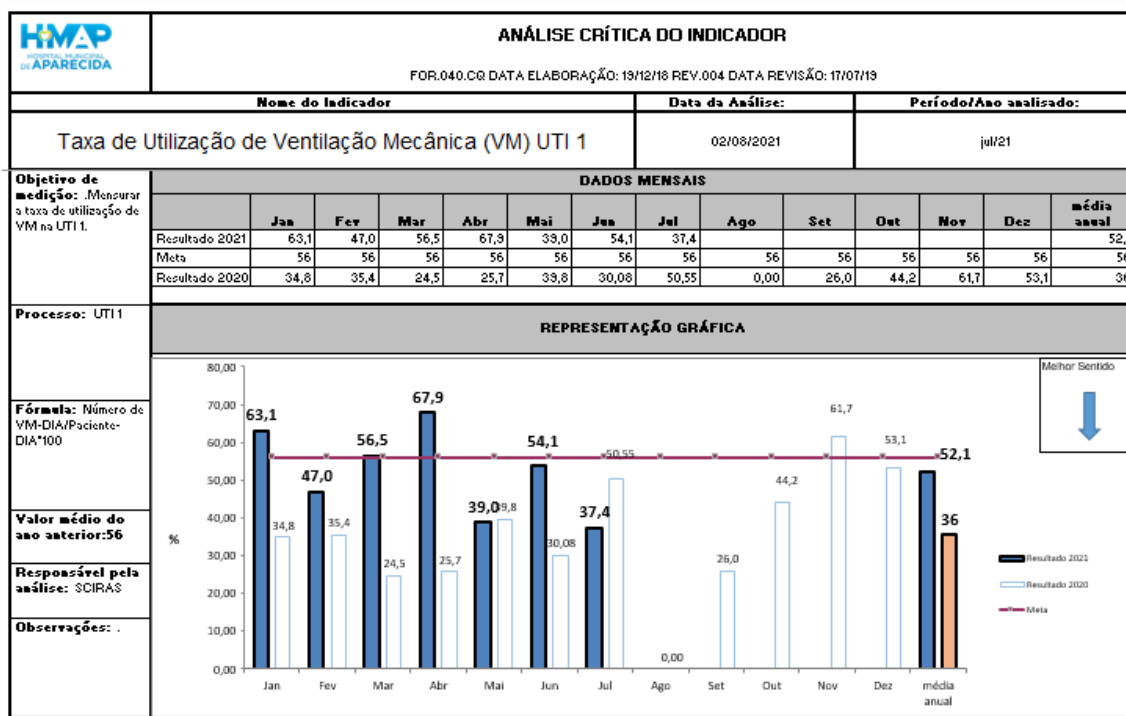
### Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto 01

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI 01 Confirmados.

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 70/187\*100 = 37,4%





### Análise Crítica:

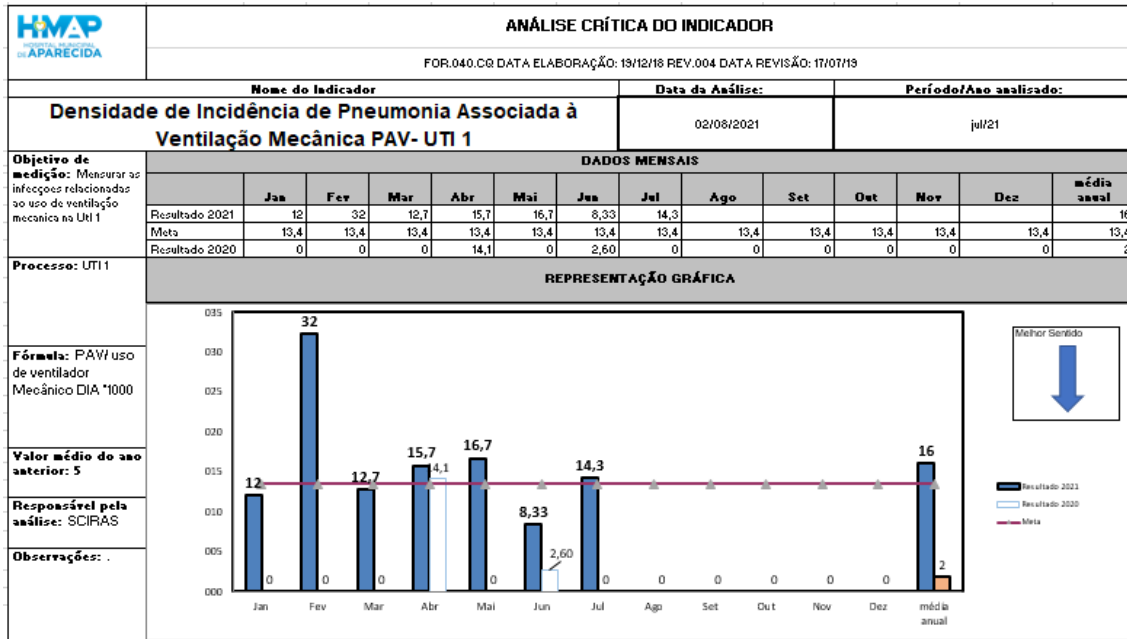
Denota-se o gráfico uma redução de 16,7% no que concerne o mês anterior. Valor considerável abaixo da média. Esse resultado está atrelado a redução do número de pacientes em VM. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

### Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto 01

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto 01

**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

**Resultado:** 1/70\*1000 = 14,3



### Análise Crítica:

A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Salienciamos que não existe um padrão ouro para seu diagnóstico, mas através de ações preventivas é possível reduzir o risco de deste evento.

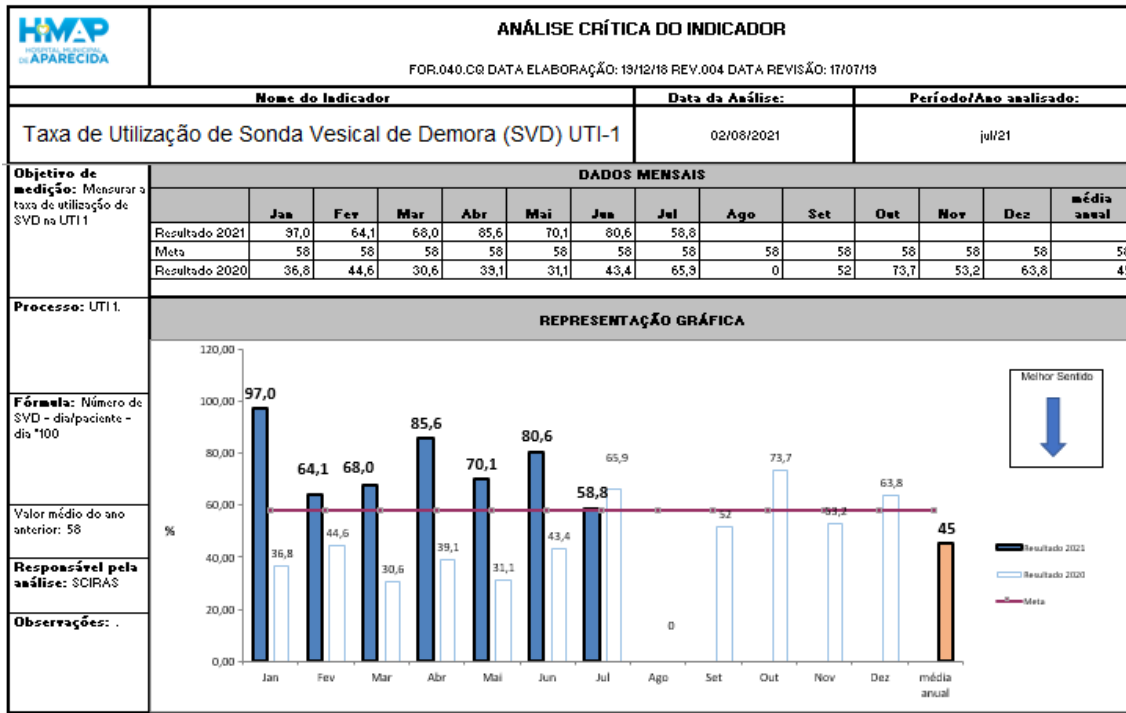
Observamos que o número de PAV teve um aumento de 5,97 o número de dias de VM reduziu quase em 50% em relação ao mês de junho.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto 01

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto 01

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:**  $110/187*100 = 58,8\%$



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico uma redução de 21,8% no que concerne o mês anterior e acima da média 0,8%. Observamos uma redução no nº de paciente dia e o uso do cateter vesical de demora.

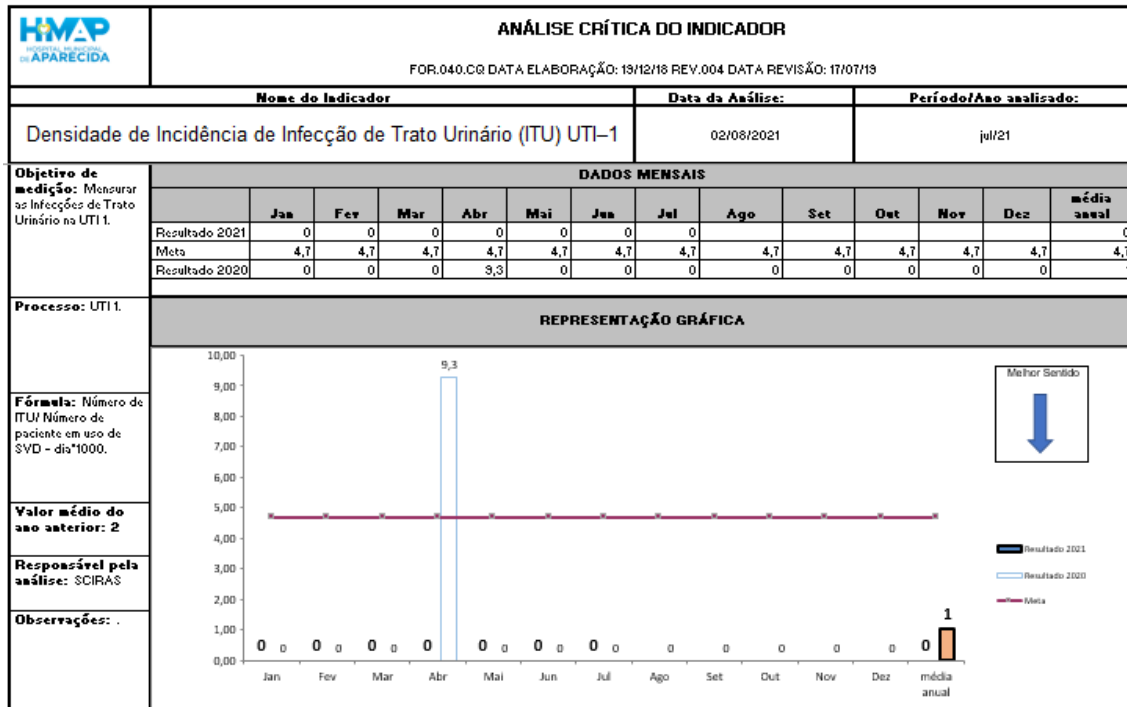
Indicações para o Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, fatores neurológicos, como lesões medulares ou bexiga neurogênica; manifestações crônicas de déficits cognitivos; incontinência ou deficiência física; cirurgia de bexiga ou obstrução urinária. Para alguns pacientes, outros métodos de drenagem vesical devem ser considerados, como: cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condons). A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto 01

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto 01

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado:** 0/110\*1000 = 0



**Análise Crítica:**

Observa-se a manutenção do indicador em zero, desde janeiro, o que indica boa adesão às ações de prevenção de ITU.

O uso de sistema fechado de drenagem para prevenir o refluxo pode adiar o aparecimento de infecção, mas não a previne. Acredita-se ações como Educação continuada, aplicação dos check list de inserção, uso do Bundle de monitoramento, uso das precauções adequadas durante o manuseio ao pacientes, higiene íntima adequada, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica e esvaziamento do saco coletor em tempo hábil são ações que resultam uma incidência zerada.

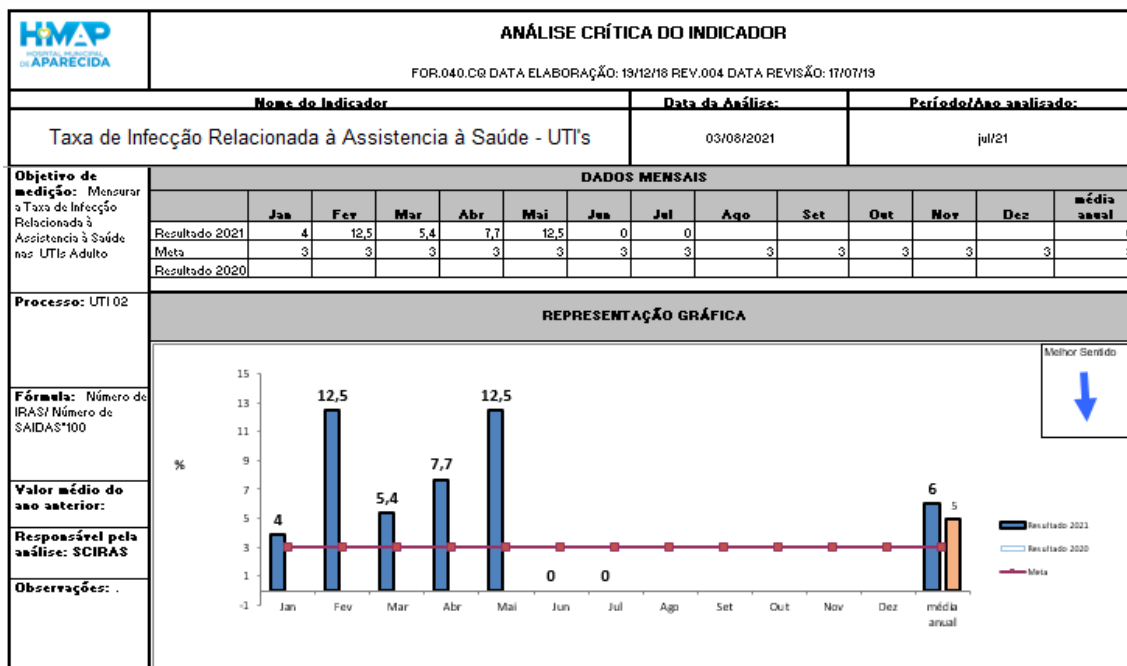
#### 4. INDICADORES UTI Adulto 02

##### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO 02

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da Uti 02 \* 100

**Resultado:** 0 /26\*100 = 0



##### Análise Crítica:

No mês avaliado, não foi identificada a ocorrência de IRAS nesta UTI pelo segundo mês consecutivo, o que significa que a equipe está esforçando para cumprimento dos protocolos de prevenção de IRAS, associado ao trabalho multidisciplinar.

Além disso, houve queda na taxa de utilização de dispositivos invasivos no geral (como se observa nos demais gráficos), fator que contribui para diminuição do risco de aquisição de IRAS relacionadas a dispositivos.

As infecções hospitalares são resultados de interações complexas e múltiplas

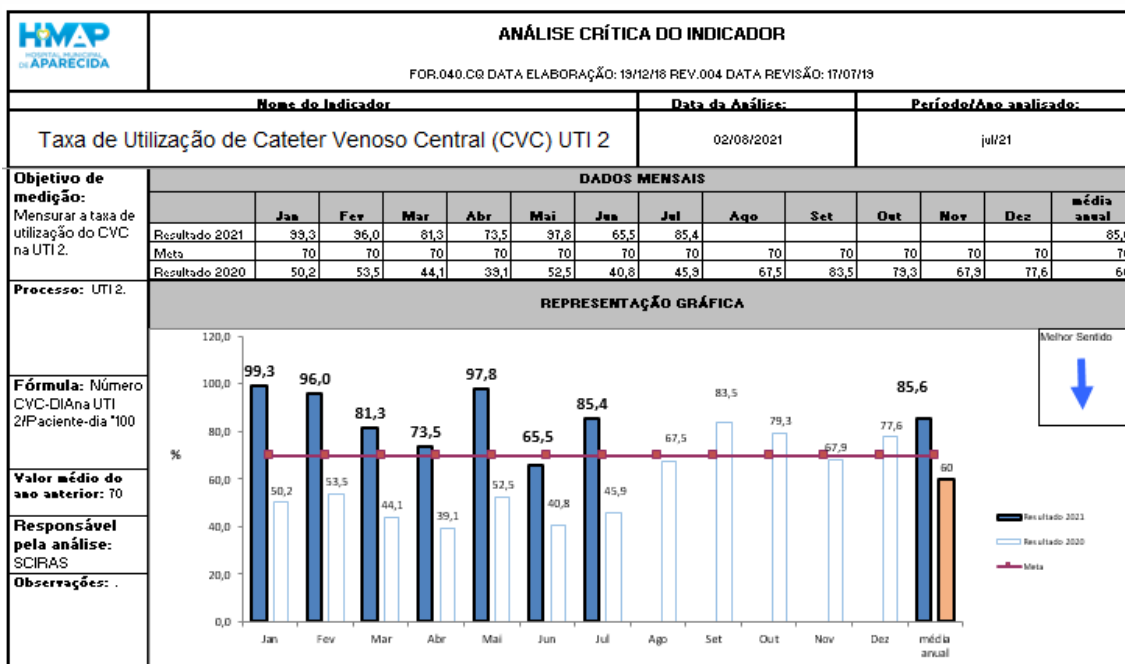
fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções diversas dentro do ambiente hospitalar. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível fazer uma avaliação dos serviços saúde quanto a assistência prestada e identificar fatores para a prevenção das IRAS.

### Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto 02

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI Adulto 02

**Fórmula:** Número de CVC/ Paciente dia \* 100.

**Resultado:**  $182/213 \times 100 = 85,4 \%$



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico um aumento de 19,9% no que concerne o mês anterior. É importante mencionar que houve redução do número de pacientes dia e aumento no nº de dias de uso de CVC.



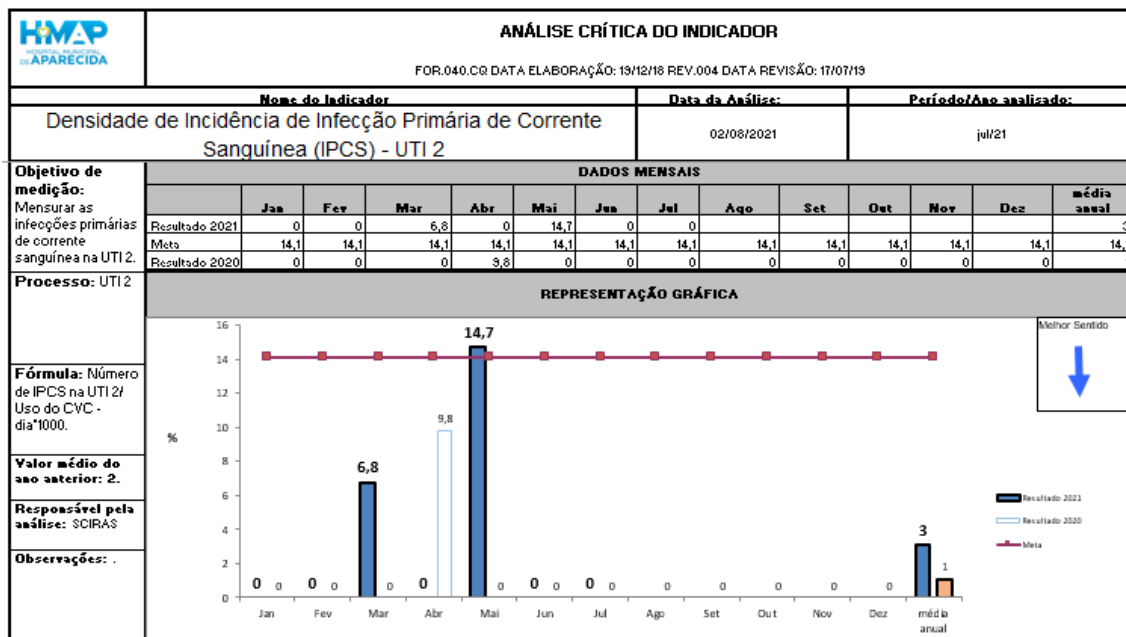
Utiliza-se os cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso a hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, dá-se então a justificativa da variância quanto a utilização de cateteres centrais em unidades de terapia intensiva.

## Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea UTI Adulto 02

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Adulto 02.

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:** 0/182\*1000 = 0



### Análise Crítica:

Não houve casos de IPCS no mês referido pelo segundo mês consecutivo. Este é um resultado esperado, pois mesmo com o aumento da taxa de utilização, uma exposição maior para os pacientes para IPCS.

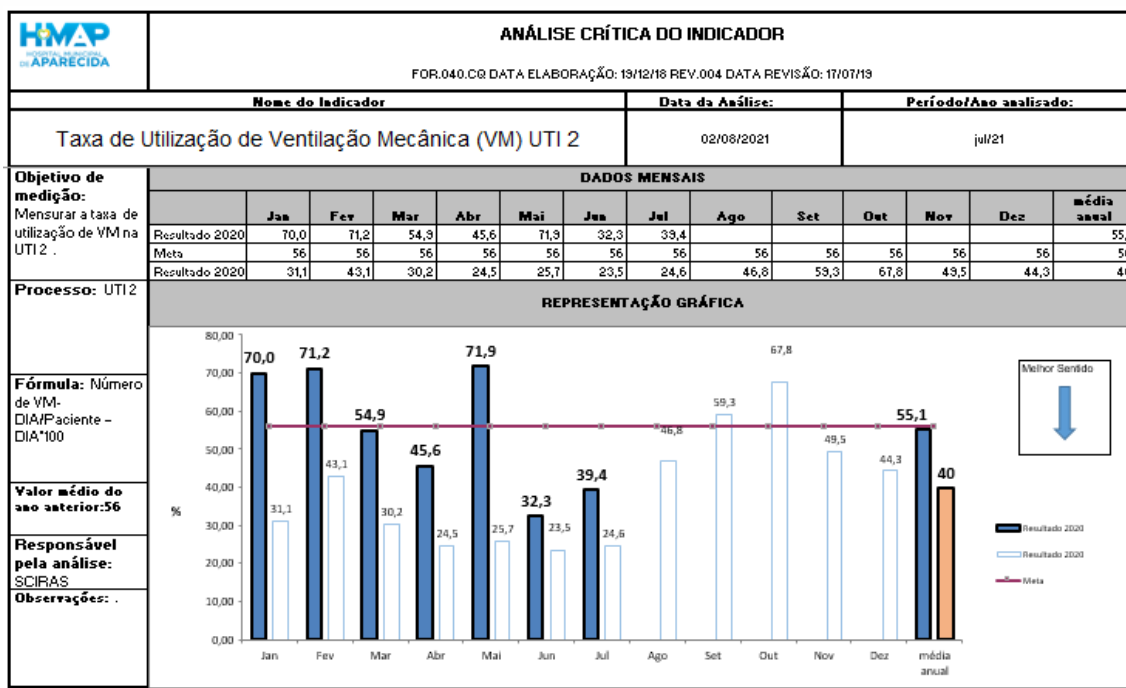
As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estas infecções em sua maioria são identificadas laboratorialmente quando há um agente etiológico presente em hemocultura. As medidas de prevenção e controle da infecção primária da corrente sanguínea estão diretamente relacionadas a sua patogênese, fatores predisponentes e cuidados na prestação da assistência.

### Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto 02

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI 02

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 84/213\*100 = 39,4 %



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico um aumento de 7,1% no que concerne o mês anterior. Explica-se pelo aumento da VM redução paciente dia. A ventilação mecânica é



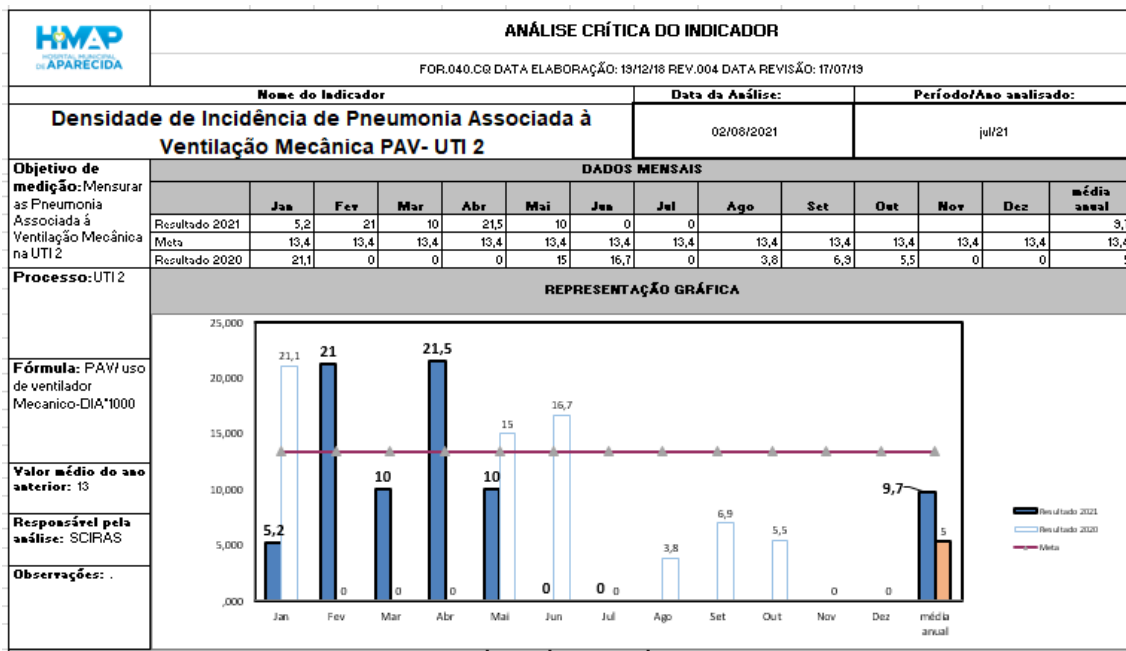
uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

## Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto 02

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto 02

**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

**Resultado:** 0/84\*1000 = 0



### Análise Crítica:

Não houve casos de PAV nesta UTI no período pelo segundo mês consecutivo. Resultado positivo mesmo com a elevação da taxa de utilização.

A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o

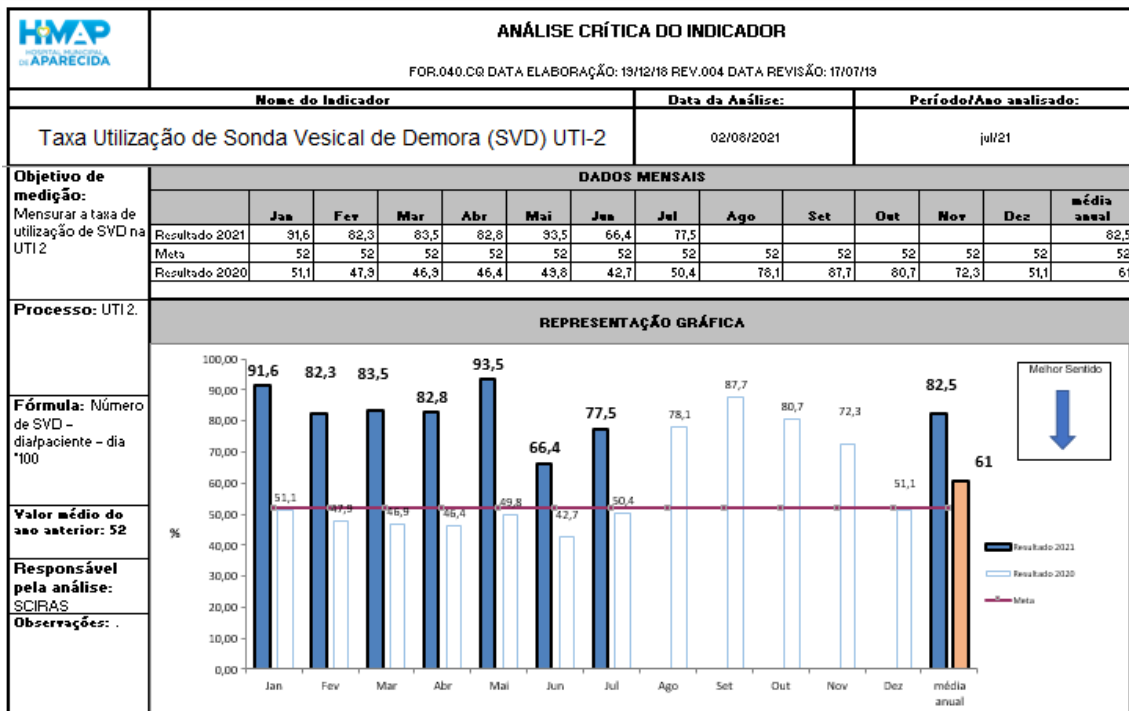
infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Saliencamos que não existe um padrão ouro para seu diagnóstico, mas através de ações preventivas é possível reduzir o risco de deste evento.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto 02

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto 02

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 165/213\*100 = 77,5%



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico um aumento de 11,1%, constatou uma elevação do uso do dispositivo e redução do paciente dia no que concerne o mês anterior.

Indicações para o de Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, Pacientes com problemas neurológicos, como lesões medulares ou

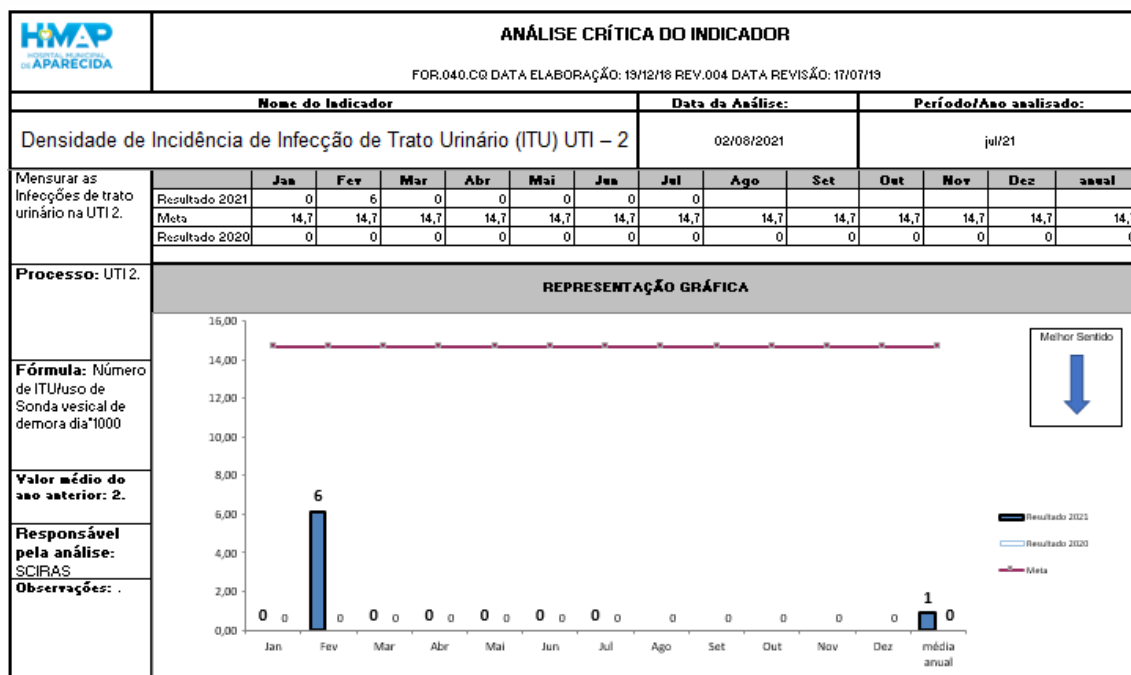
bexiga neurogênica, Pacientes com manifestações crônicas de déficits cognitivos, incontinência ou deficiência física; Pacientes que necessitam de cirurgia de bexiga ou com obstrução urinária. Para alguns pacientes, outros métodos de drenagem vesical devem ser considerados, como: cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condons). A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto 02

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto 02

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado:** 0/165\*1000 = 0



### Análise Crítica:

Observa-se a manutenção do indicador em zero, conforme os cinco meses

consecutivos, o que indica boa adesão às ações de prevenção de ITU nesta unidade.

O tempo de permanência da cateter vesical é o fator crucial para colonização e infecção. Acredita-se ações como educação continuada, aplicação dos check-list de inserção, uso do Bundle de monitoramento, e estabelecimento das precauções adequadas durante o manuseio ao pacientes, higiene íntima adequada, assim como inserção do dispositivo em técnica asséptica e esvaziamento do saco coletor em tempo hábil são ações que resultam uma incidência zerada.

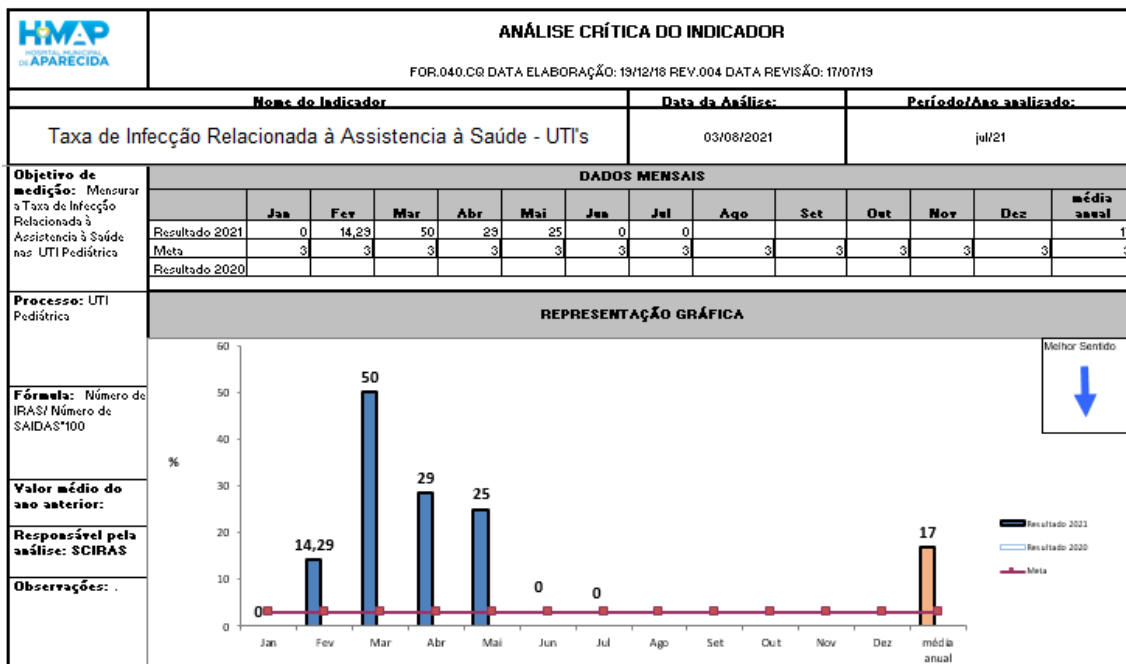
## 5. INDICADORES UTI PEDIÁTRICA

### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI PEDIÁTRICA

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da UTI PEDIÁTRICA\*100

**Resultado:** 0/6\*100 = 0 %



**Análise Crítica:**

Nota-se ausência de IRAS nesta unidade por dois meses consecutivos, um resultado positivo e esperado.

Entende-se que houve melhora da adesão às ações de prevenção de IRAS pelos profissionais assistentes.

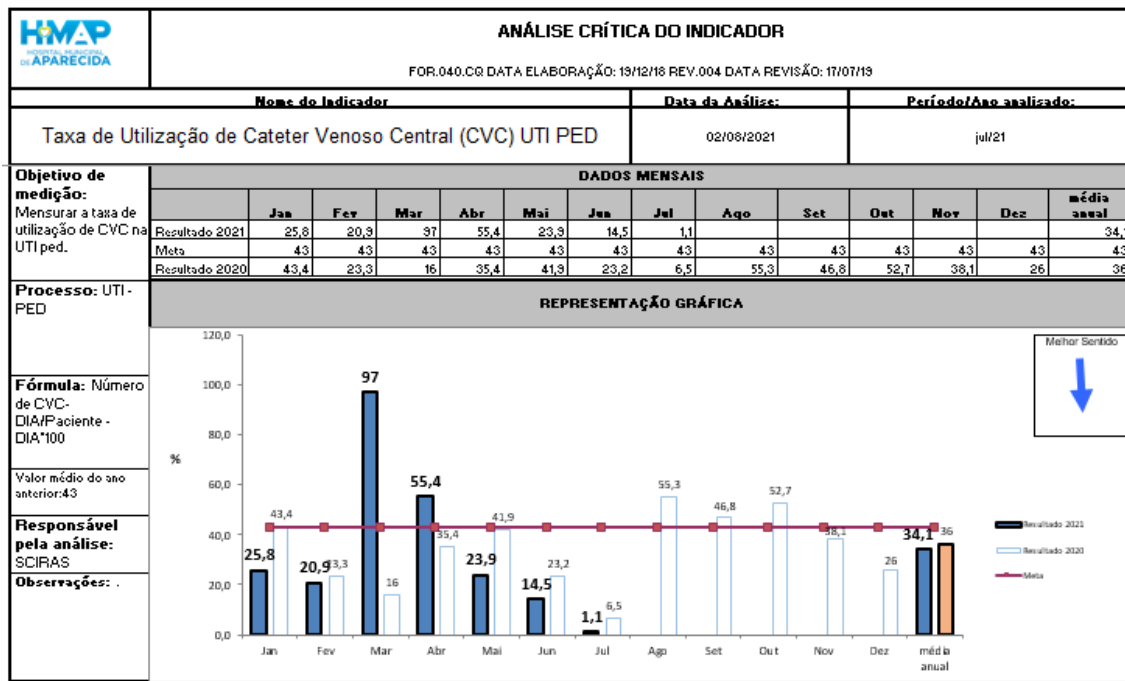
As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores determinantes a doenças e permitir sua prevenção.

**Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI PEDIÁTRICA**

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI PEDIÁTRICA

**Fórmula:** Número de CVC/ Paciente dia \* 100.

**Resultado:** 1/93\*100 = 1,1 %



**Análise Crítica:**

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/simp processo/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 217210 e o código verificador 24960.

Denota-se o gráfico uma diminuição 9,4 % no que concerne o mês anterior, se mantendo dentro da meta nesses dois últimos meses. A diminuição desse indicador tem relação com a retirada temporária do cateter central dois pacientes com internação prolongada nesta unidade.

Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue e hemoderivados, nutrição parenteral total, hemodiálise e monitoramento hemodinâmico. Dessa forma, justifica-se a variância da utilização de cateteres centrais em unidades de terapia intensiva.

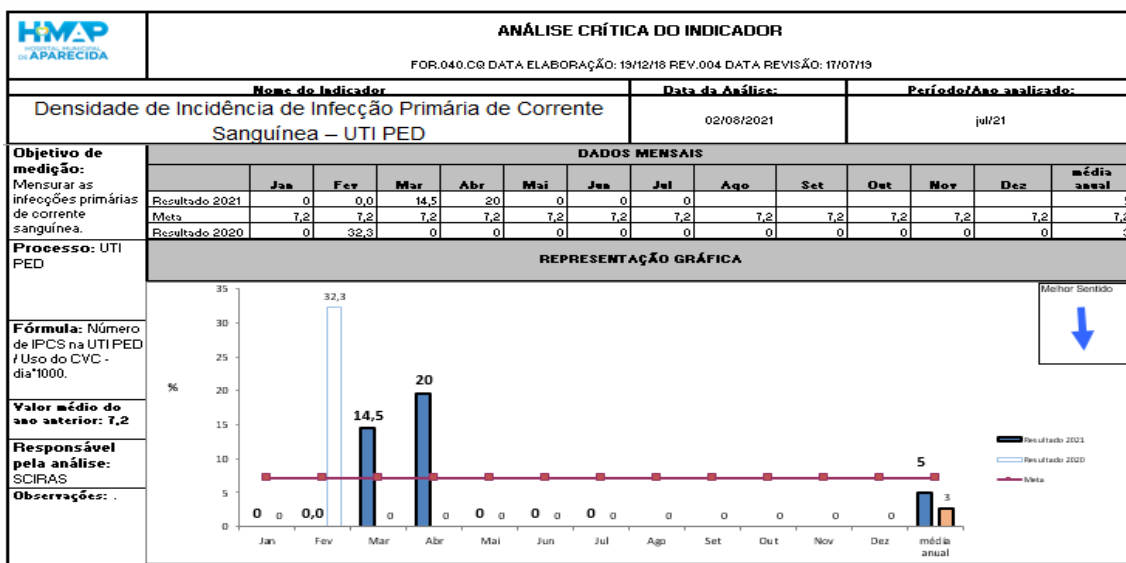
Aumento do número de paciente dia e redução no uso do CVC.

## Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea UTI PEDIÁTRICA

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI PEDIÁTRICA.

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:** 0/1\*1000 = 0





### **Análise Crítica:**

Não houve casos de IPCS na unidade neste período, este resultado se mantém por três meses consecutivos. Um resultado satisfatório, considerando o mês de abril.

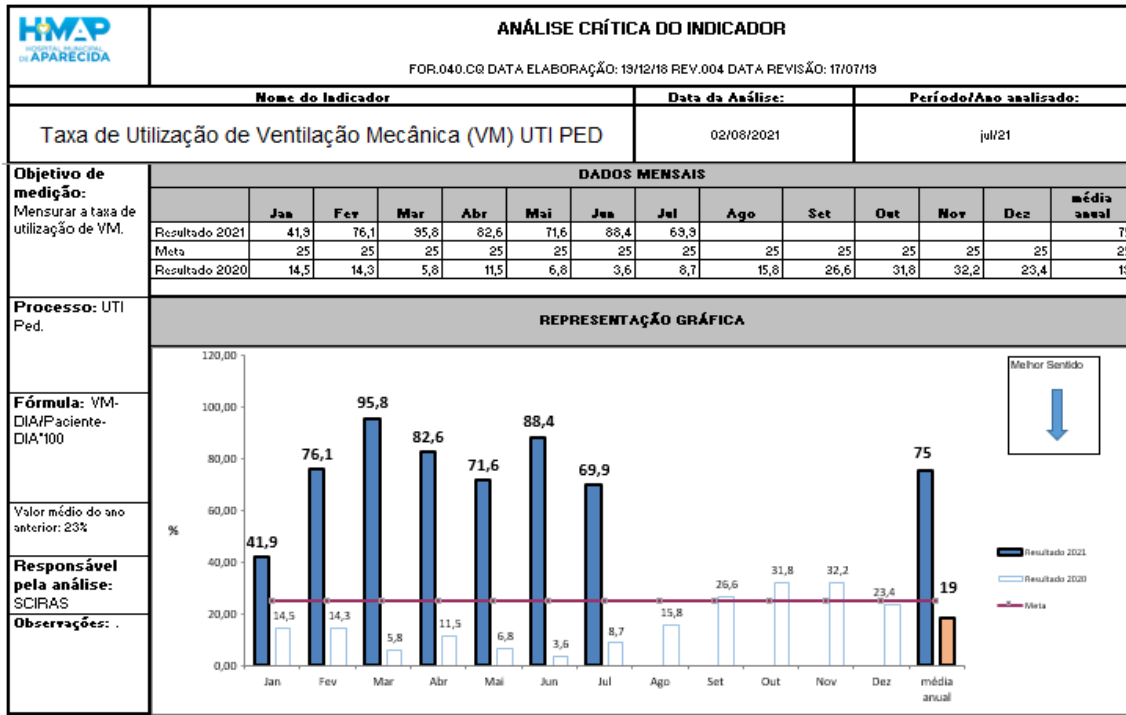
As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. As medidas de prevenção e controle da infecção primária da corrente sanguínea estão diretamente relacionadas a sua patogênese, fatores predisponentes e cuidados na prestação da assistência.

### **Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI PEDIÁTRICA**

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI PEDIÁTRICA

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:**  $65/93*100 = 69,9 \%$



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma redução de 18,5% no que concerne o mês anterior. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

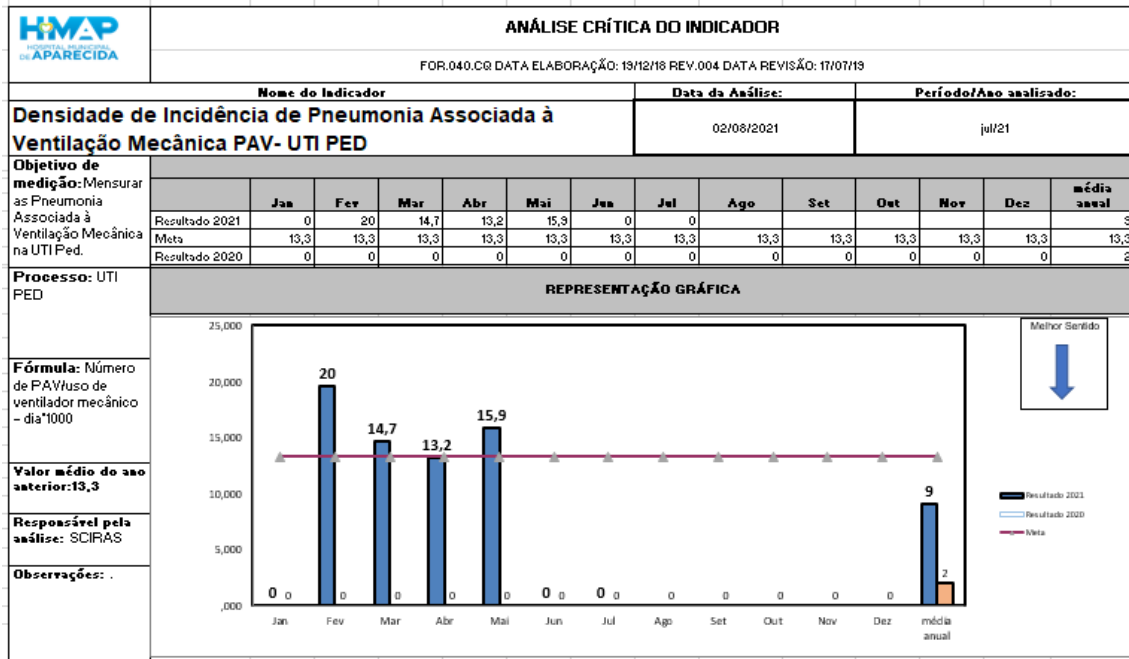
### Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI PEDIÁTRICA

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI PEDIÁTRICA

**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

**Resultado:** 0/65\*1000 = 0





### Análise Crítica:

Não houve PAV há dois meses consecutivos. Este resultado está relacionado as boas práticas de prevenção de infecção.

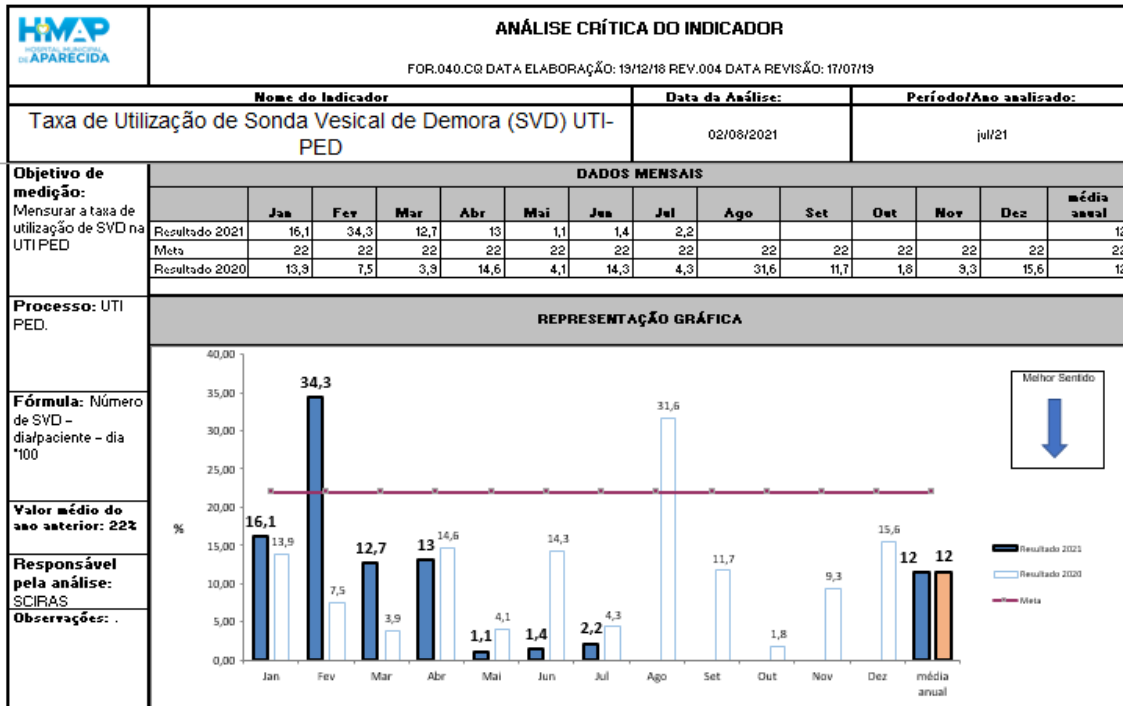
A PAV é caracterizada mediante presença de um novo infiltrado pulmonar em pacientes com VM, com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa, como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos, como opacidades e infiltrações.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI PEDIÁTRICA

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI PEDIÁTRICA

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:**  $2/93 * 100 = 2,2 \%$



### Análise Crítica:

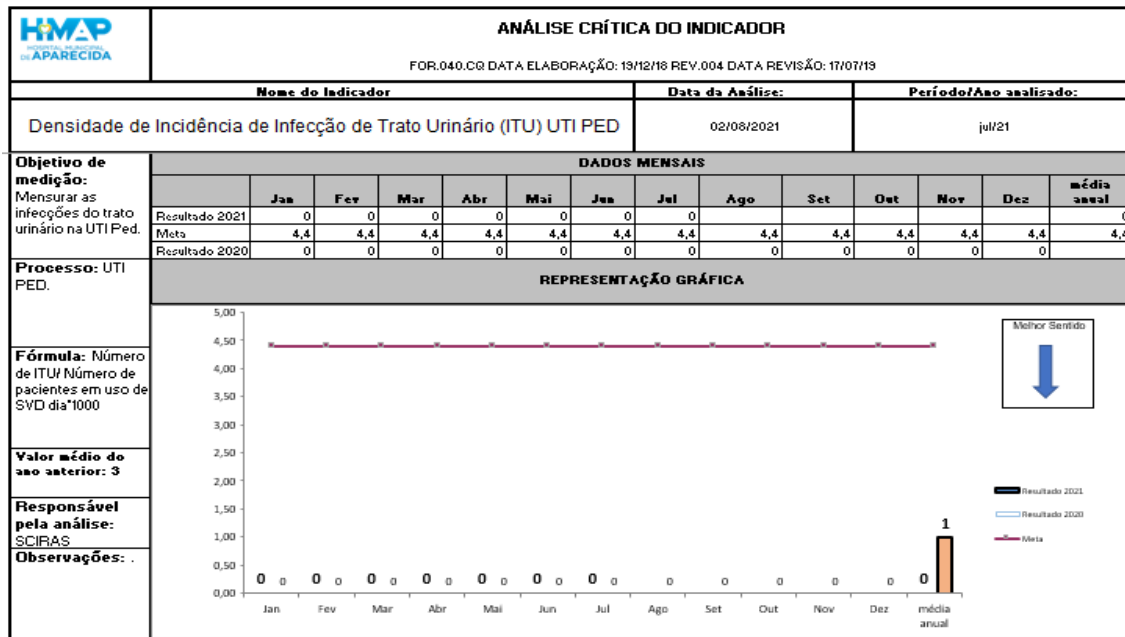
Demonstra-se no gráfico um aumento discreto de 0,8% em relação a junho. O quantitativo de utilização do cateter vesical se manteve (um paciente em uso).

### Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI PEDIÁTRICA

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI PEDIÁTRICA

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado:** 0/2\*1000 = 0



### Análise Crítica:

Assim como nos meses anteriores, não houve casos de ITU nesta unidade. Este fato tem relação com a baixa taxa de utilização do cateter vesical.

O tempo de permanência do cateter vesical é o fator crucial para colonização e infecção. Acredita-se ações como educação continuada, aplicação dos check-list de inserção, uso do Bundle de monitoramento e estabelecimento das precauções adequadas durante o manuseio aos pacientes, higiene íntima adequada, assim como inserção do dispositivo em técnica asséptica e esvaziamento do saco coletor em tempo hábil são ações que resultam uma incidência zerada.

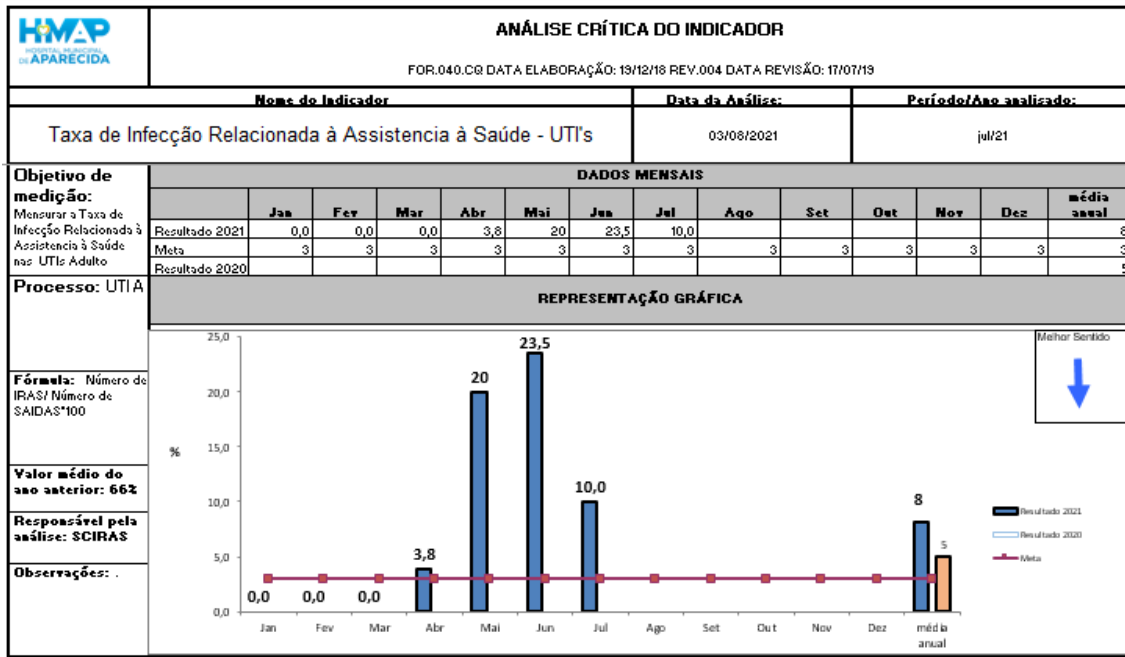
### INDICADORES UTI Adulto A

#### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO A

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da Uti A \*100

**Resultado:** 2/20\*100 = 10%



### Análise Crítica:

Observa-se uma redução de 13,5% se comparado ao mês anterior, número de IRAS reduziu pela metade e um aumento discreto do número de saídas.

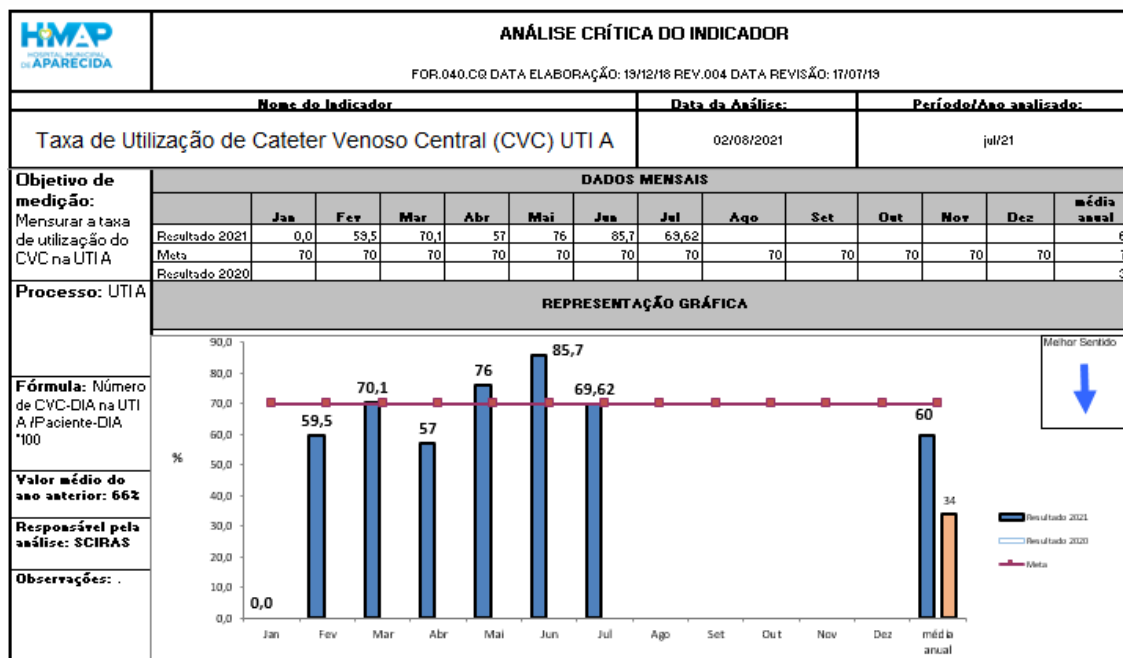
As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores determinantes a doenças e permitir sua prevenção.

### Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto A

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI Adulto A

**Fórmula:**  $\frac{\text{Número de CVC}}{\text{Paciente dia}} \times 100$ .

**Resultado:**  $165/237 \times 100 = 69,6 \%$



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma redução de 16,1 % no que concerne o mês anterior. Houve também uma redução nos dias de utilização de CVC e um discreto aumento de pacientes dia na unidade.

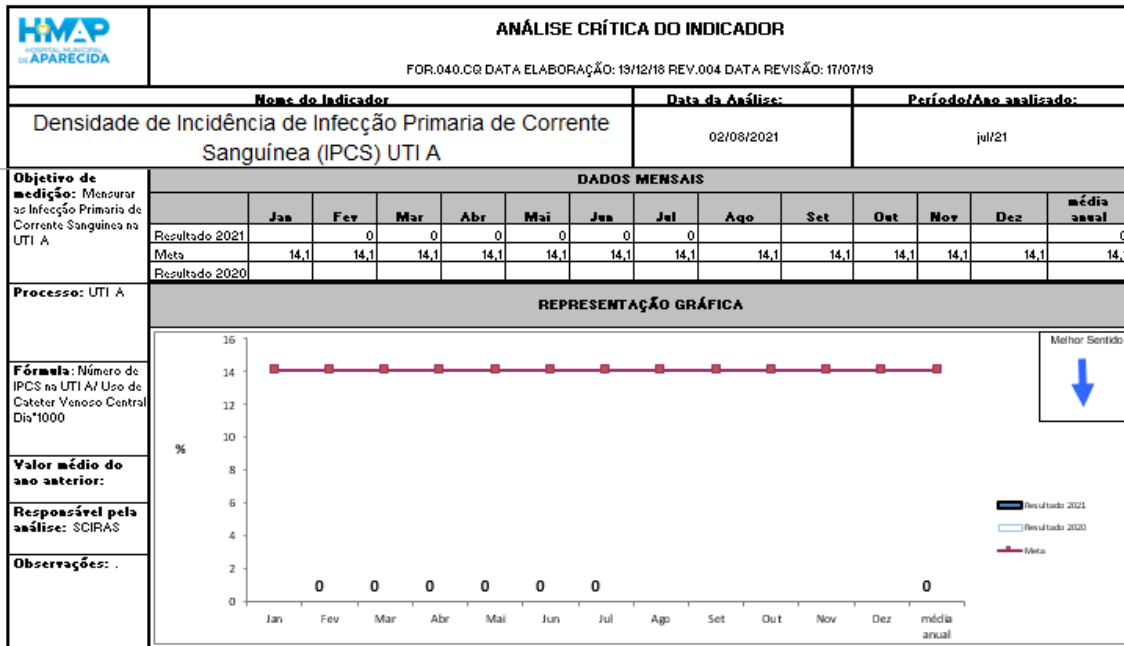
Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue e hemoderivados, nutrição parenteral total, hemodiálise e monitoramento hemodinâmico. Dessa forma, justifica-se a variância da utilização de cateteres centrais em unidades de terapia intensiva.

### Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea UTI Adulto A

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Adulto A

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:** 0/165\*1000 = 0



### Análise Crítica:

Assim como nos meses anteriores, a número de casos se mantém nulo desde o início do ano.

As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estas infecções em sua maioria são identificadas laboratorialmente quando há um agente etiológico presente em hemocultura. As medidas de prevenção e controle da infecção primária da corrente sanguínea estão diretamente relacionadas a sua patogênese, fatores predisponentes e cuidados na prestação da assistência.

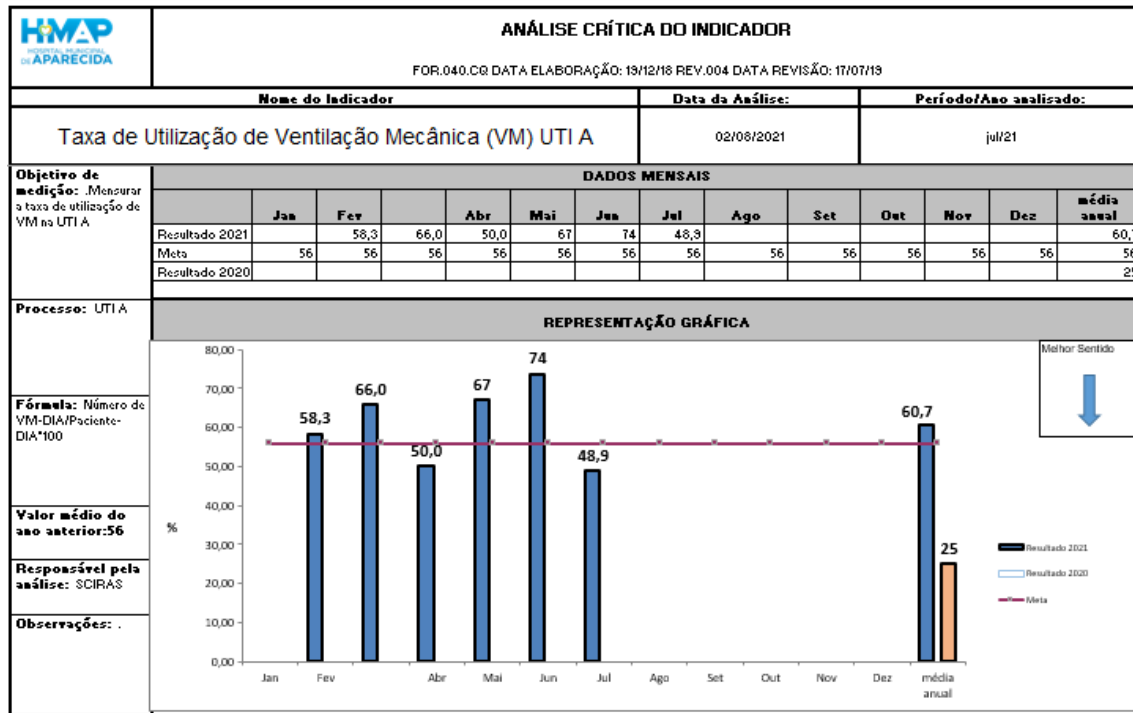
### Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto A

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI A

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:**  $116/237*100 = 48,9\%$





### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma redução de 25,1% no que concerne o mês anterior. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

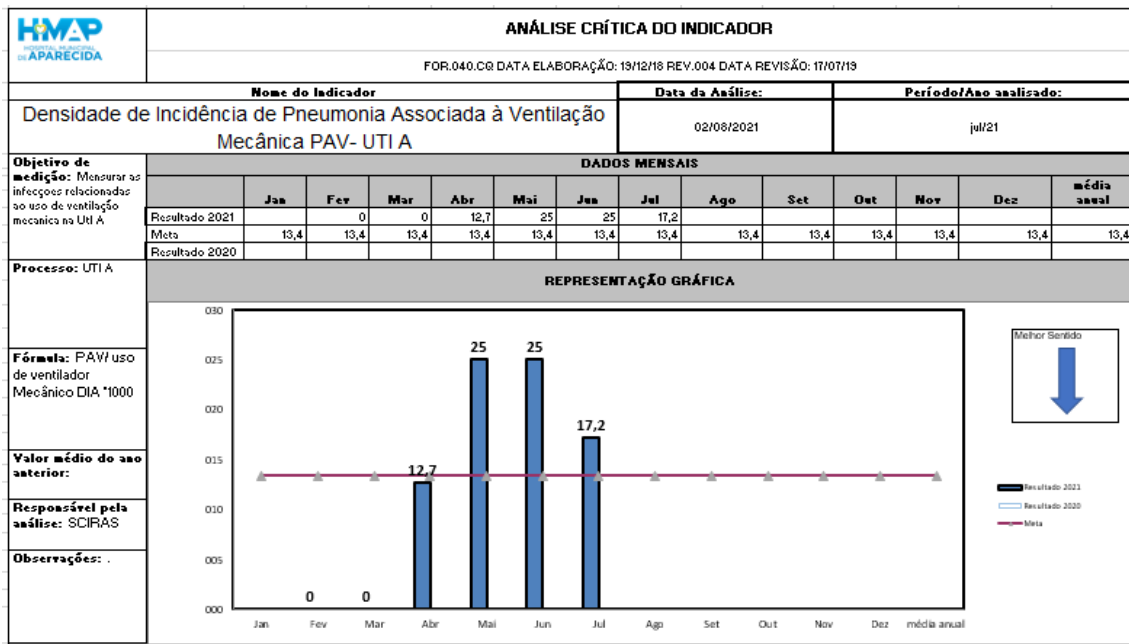
### Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto A

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto A

**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

**Resultado:** 2/116\*1000 = 17,2





### Análise Crítica:

O gráfico demonstra uma redução da taxa de PAV na unidade no período mencionado, em comparativo com mês anterior, uma redução de 7,8.

A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Salientamos que não existe um padrão ouro para seu diagnóstico, mas através de ações preventivas é possível reduzir o risco de deste evento.

Ações de monitoramento diário:

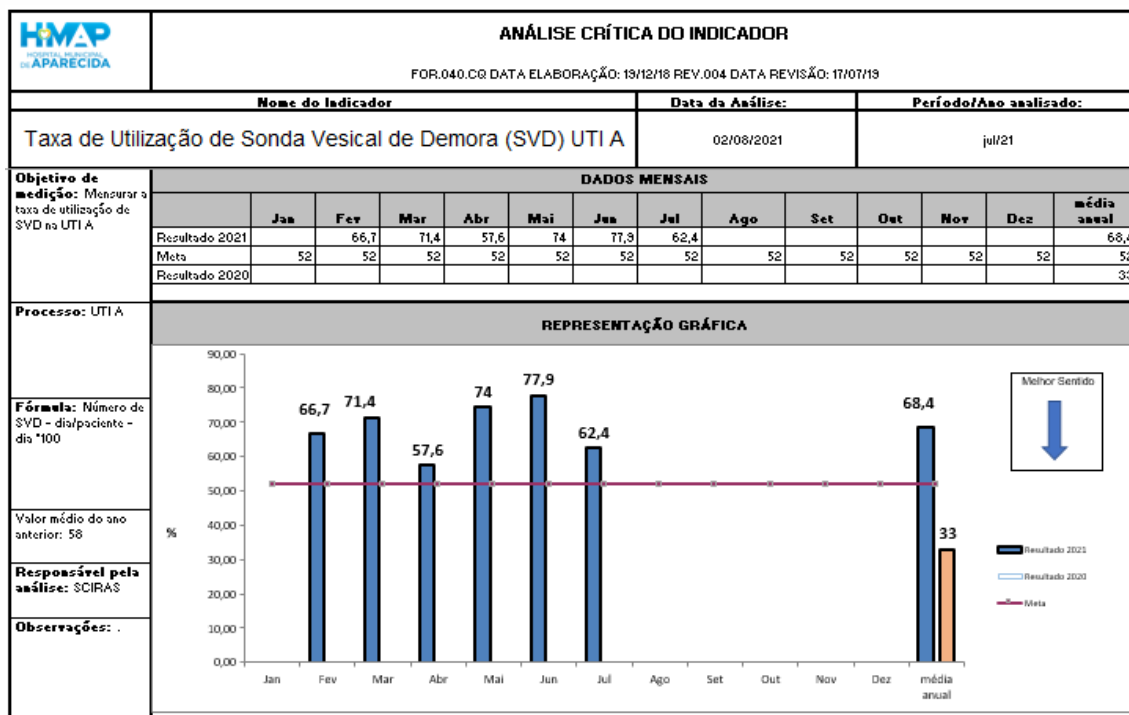
- 1) Aspiração de secreção subglótica; 2) Avaliação diária de extubação e interrupção diária da sedação; 3) Elevação da cabeceira entre 30 a 45°; 4) Realizar higiene oral 03 vezes ao dia com antissépticos; 5) manter circuito ventilatório elevado para não acumular condensados; 6) Manter tubo centralizado; 7) Manter pressão do cuff entre 25 a 30 cm h2O. 8) Educação continuada constante.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto A

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto A

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 148/237\*100 = 62,4 %



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico uma redução de 15,5% no que concerne o mês anterior, com um aumento do número de pacientes dia.

Indicações para o de Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, Pacientes com problemas neurológicos, como lesões medulares ou bexiga neurogênica, Pacientes com manifestações crônicas de déficits cognitivos, incontinência ou deficiência física; Pacientes que necessitam de cirurgia de bexiga ou com obstrução urinária. Para alguns pacientes, outros

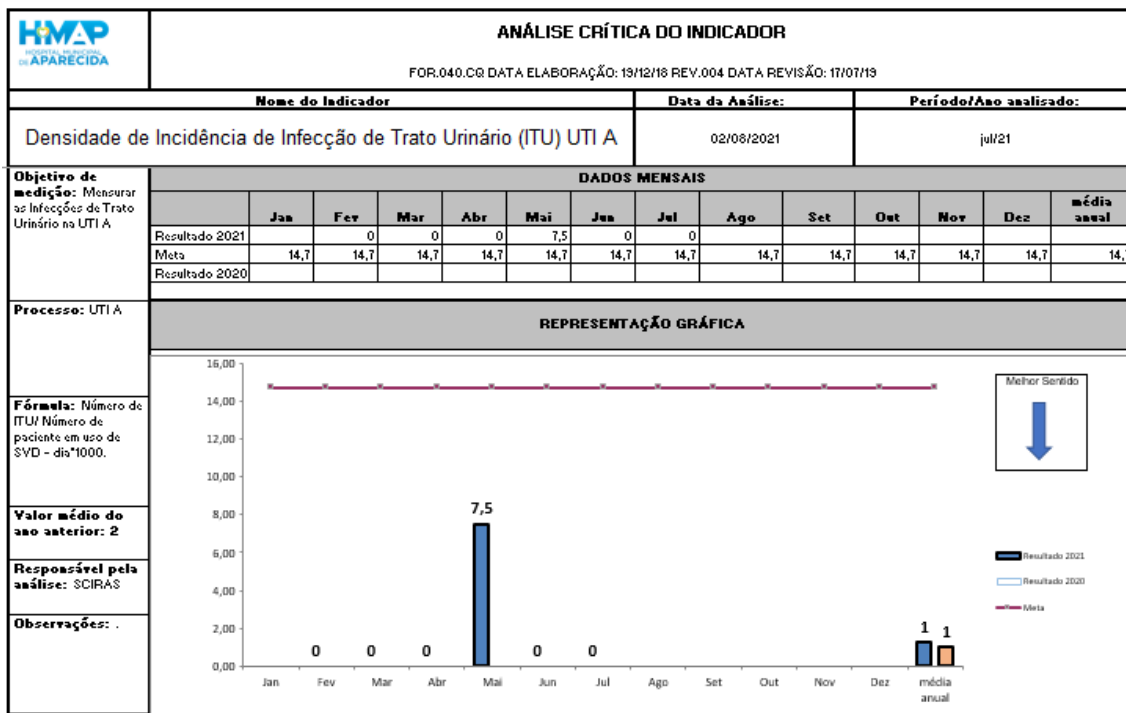
métodos de drenagem vesical devem ser considerados, como: cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condons). A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto A

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto A

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado:** 0/148\*1000= 0



### Análise Crítica:

Não infecção de trato urinário relacionado a cateter, este é um bom resultado comparado com o mês de maio.

Acredita-se ações como educação continuada, aplicação dos check-list de inserção, uso do Bundle de monitoramento e estabelecimento das precauções adequadas durante o manuseio ao pacientes, higiene íntima adequada, assim

como inserção do dispositivo em técnica asséptica e esvaziamento do saco coletor em tempo hábil são ações que resultam uma incidência zerada.

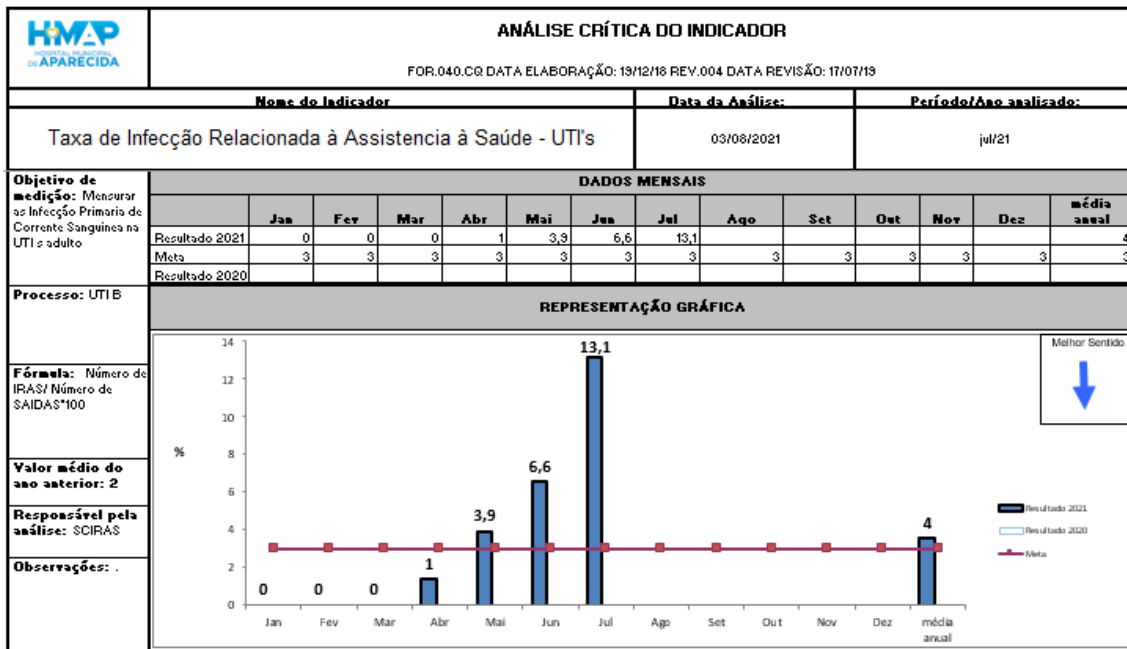
## 6. INDICADORES UTI Adulto B

### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO B

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da Uti B \* 100

**Resultado:**  $8/61 * 100 = 13,1 \%$



### Análise Crítica:

Nota-se um aumento de 6,5 % em relação ao mês anterior, esse número representa 8 IRAS, 6 pneumonias associadas a ventilação mecânica e 2 infecções de corrente sanguínea.

As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores

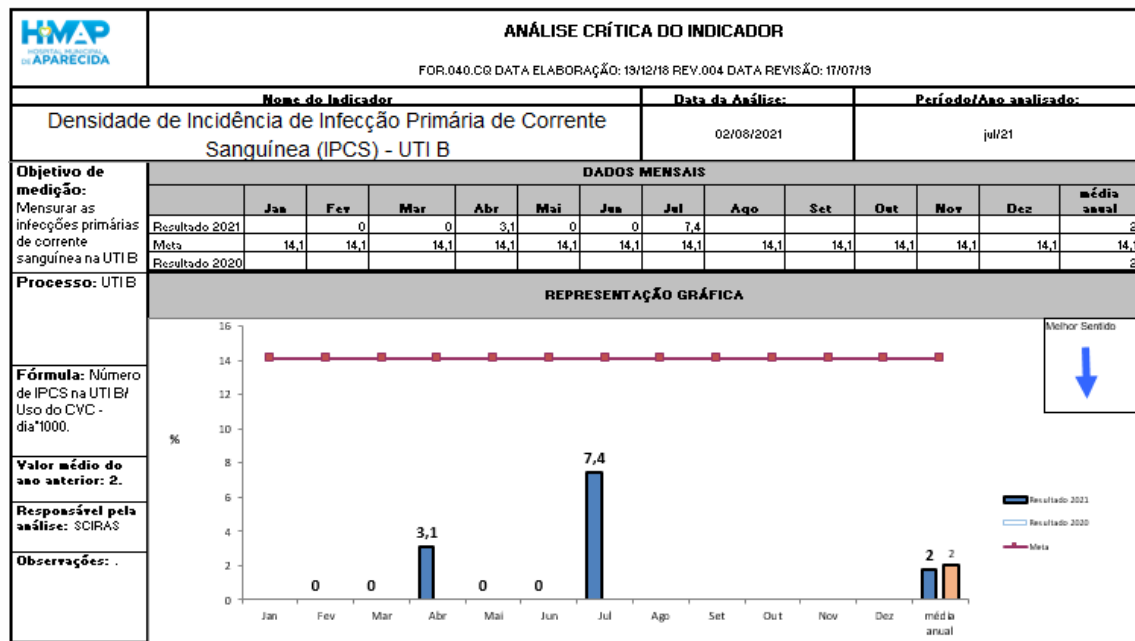


## Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea UTI Adulto B

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Adulto B

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:**  $2/269*1000 = 7,4$



### Análise Crítica:

Conforme representado, a densidade está em 7,4 um resultado que representa duas IPCS.

Este não é um resultado esperado, visto que é a infecção relacionada a assistência com maior potencial preventivo. E este resultado pode estar relacionado ao não cumprimento dos itens do pacote de prevenção de IPCS.

As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde. Estas infecções em sua maioria são identificadas laboratorialmente quando há um agente etiológico presente em hemocultura. As medidas de prevenção e controle



da infecção primária da corrente sanguínea estão diretamente relacionadas a sua patogênese, fatores predisponentes e cuidados na prestação da assistência. Ações de monitoramento para prevenção de IPCS:

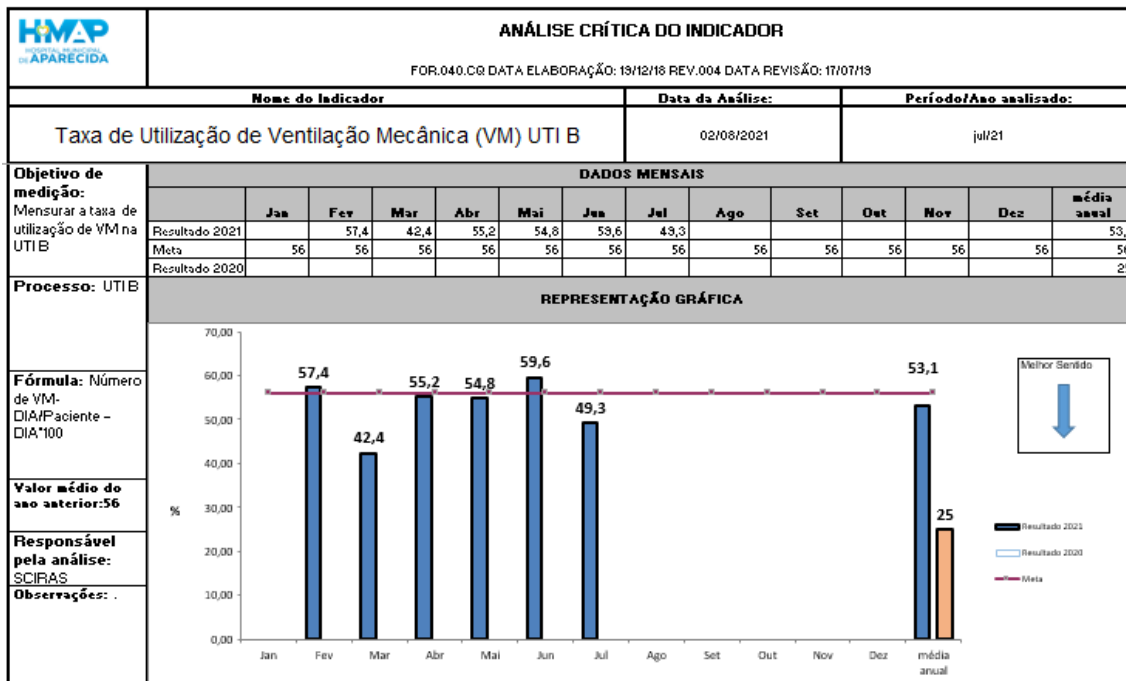
- 1) Utilizar Bundle de Monitoramento / 2) Registrar a indicação de permanência do dispositivo / 3) Realizar a desinfecção das conexões e portas de adição de medicamentos com álcool a 70% por 5-15 segundos / 4) Sítio de inserção sem sinais flogísticos / 5) Curativo com troca adequada Via exclusiva para infusão de sangue, derivados ou nutrição parenteral / 6) Troca do sistema de infusão a cada 96 horas e/ou presença de sangue coagulado aderido no interior do sistema. 7) Aplicação do check list de inserção / 8) Educação continuada

### Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto B

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI B

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 204/414\*100 = 49,3%





**Análise Crítica:**

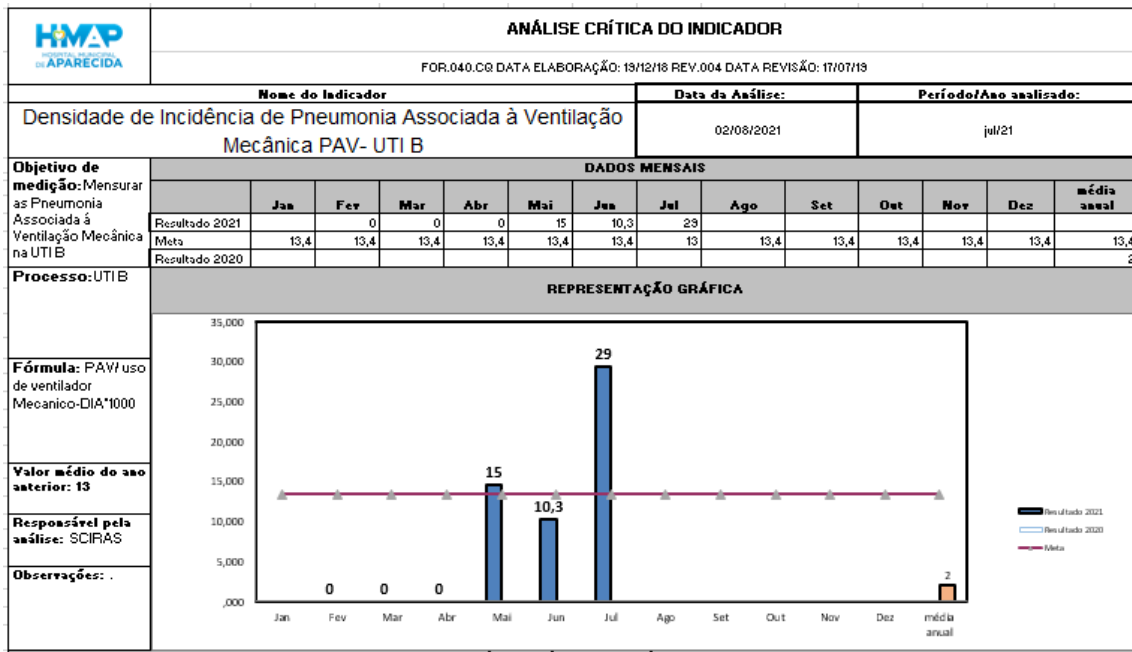
Denota-se o gráfico uma redução de 10,3 % no que concerne o mês anterior, este resultado está relacionado a redução do uso do ventilador mecânico e paciente dia. É importante mencionar que a ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com insuficiência respiratória, fator considerado comum em se tratando de pacientes COVID-19, perfil desta unidade.

**Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto B**

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto B

**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

**Resultado:** 6/204\*1000 = 29



### Análise Crítica:

Houve um aumento de 18,7% se comparado ao mês anterior, se mantendo dentro da meta estabelecida mesmo diante do aumento da taxa de utilização de PAV, o que demonstra uma oportunidade de melhoria no indicador. Esse resultado se dá por 6 PAVS no período.

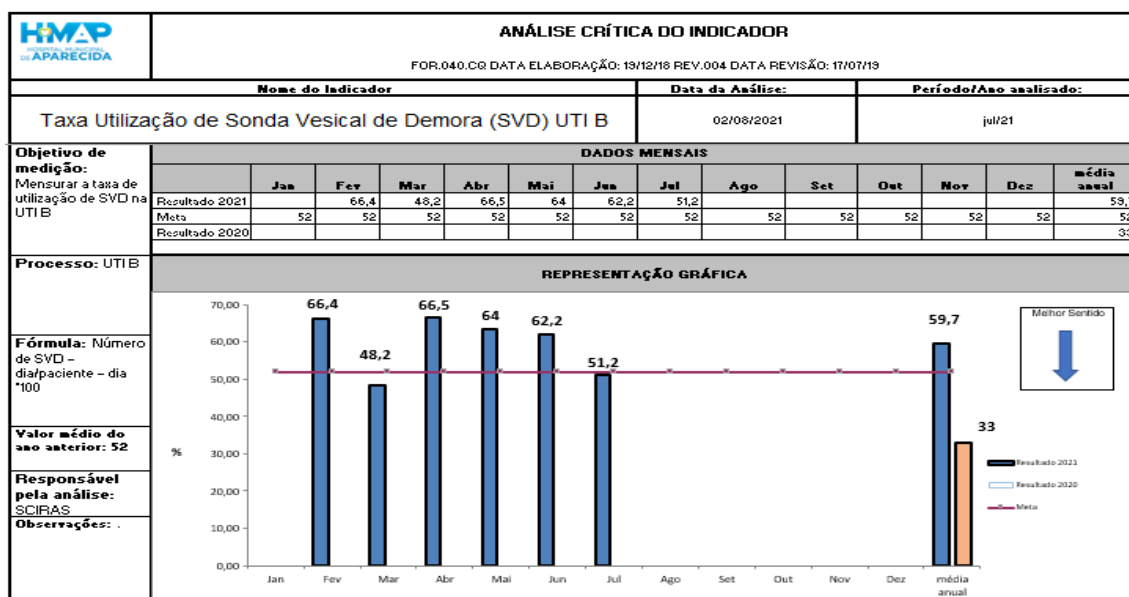
A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Salientamos que não existe um padrão ouro para seu diagnóstico, mas através de ações preventivas é possível reduzir o risco de deste evento.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto B

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto B

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 212/414\*100 = 51,2%



**Análise Crítica:**

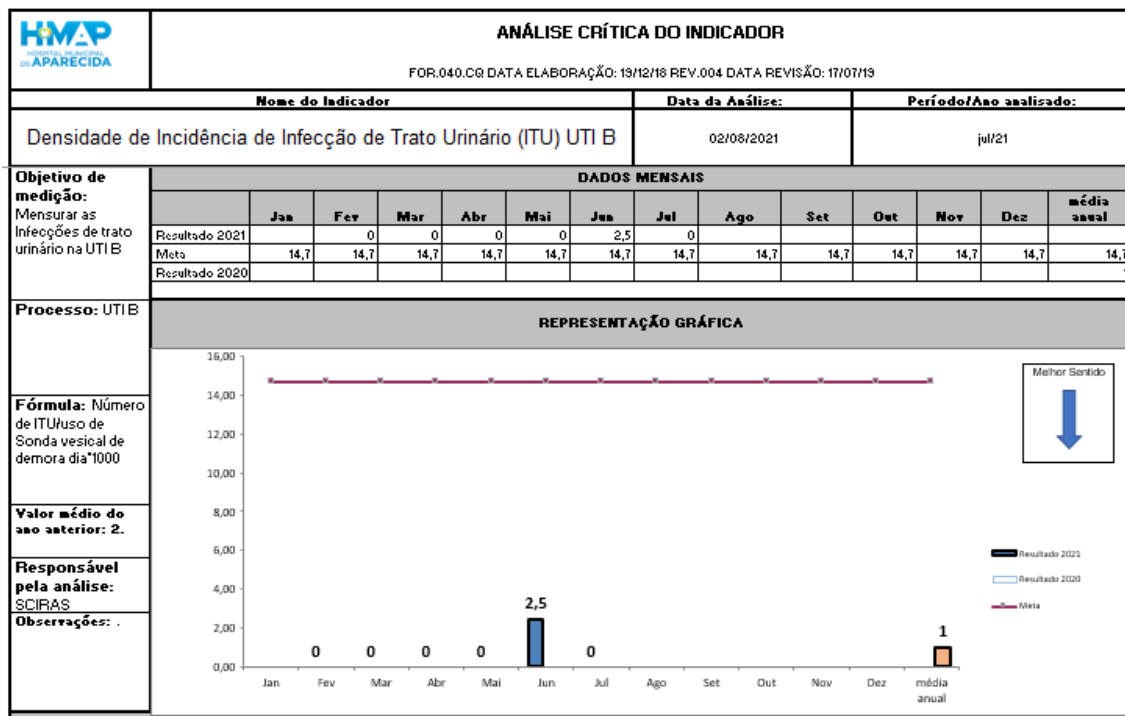
Demonstra-se o gráfico uma redução de 12,8 % no que concerne o mês anterior. Este pode ter relação com o tempo de internação e gravidade dos pacientes. A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

**Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto B**

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto B

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado** 0/212 \*1000 = 0



**Análise Crítica:**

Observa-se que neste mês não houve ITU, um resultado positivo e esperado. Visto que a prevenção da ITU se dá tanto na Inserção quanto na manutenção do

cateter.

O uso de sistema fechado de drenagem pode adiar o aparecimento de uma infecção, mas não previne. Acredita-se ações como educação continuada, aplicação dos check list de inserção, uso do Bundle de monitoramento, uso das precauções adequadas durante o manuseio ao pacientes, higiene íntima adequada, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica e esvaziamento do saco coletor em tempo hábil são ações que resultam uma menor incidência.

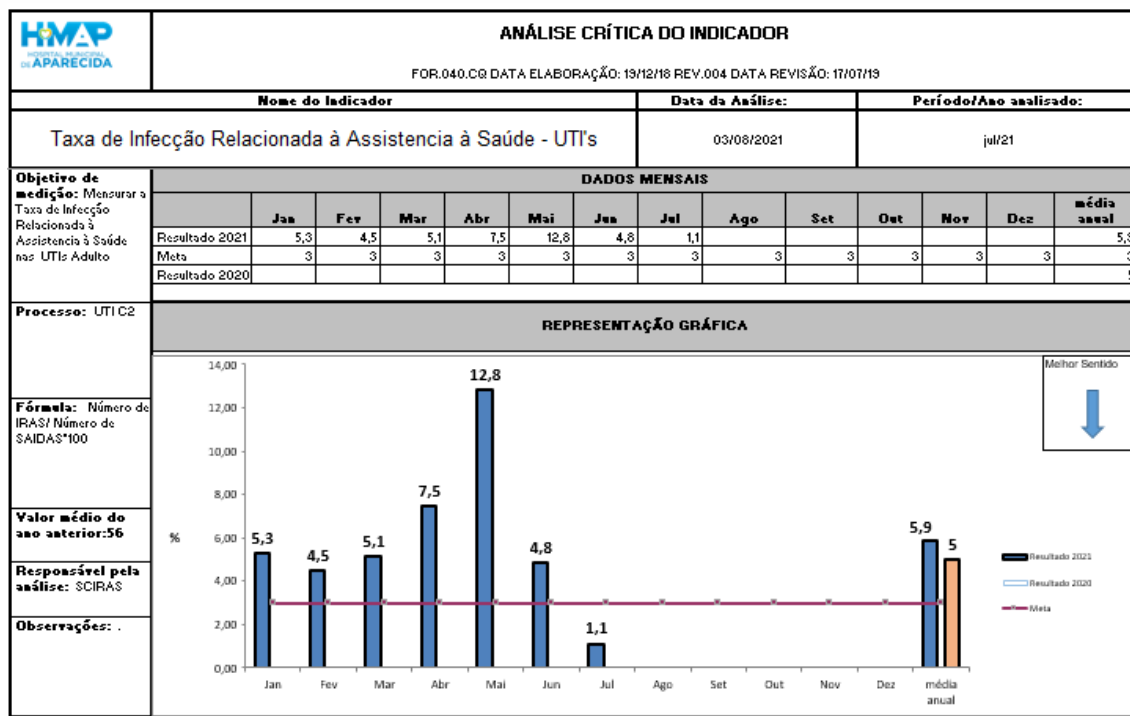
## 7. INDICADORES UTI Adulto C

### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO C

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da Uti C\*100

**Resultado:**  $1/91 * 100 = 1,1\%$



### Análise Crítica:

Denota se no gráfico uma redução de 3,7% nas infecções hospitalares, uma

IRAS diagnosticada neste período.

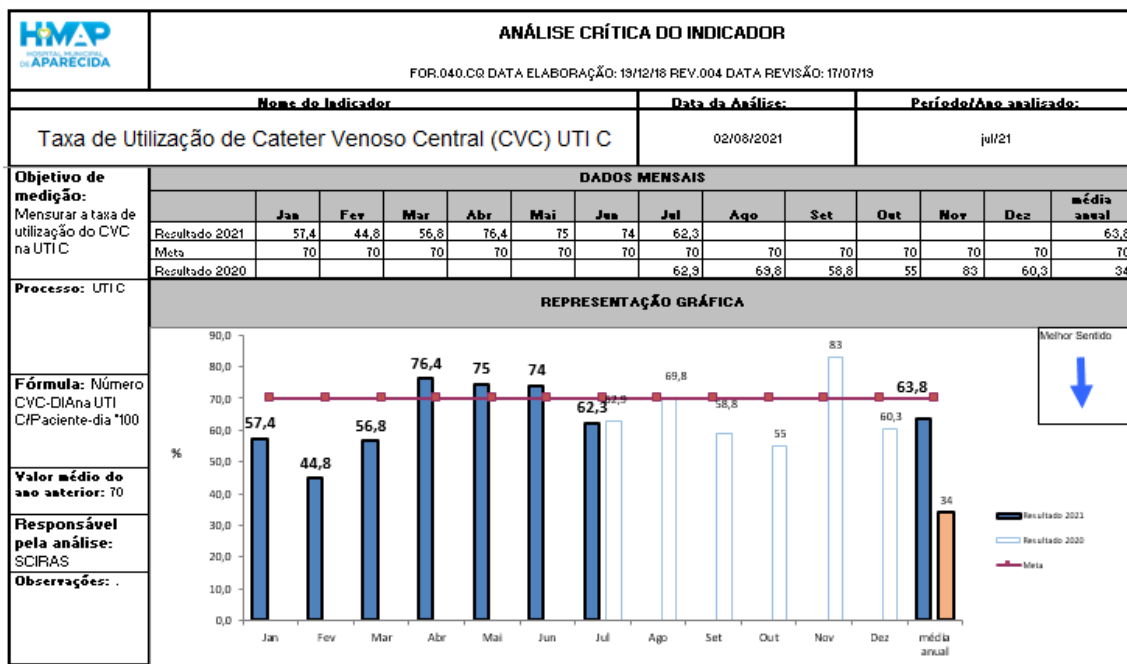
Essa são resultados de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções diversas dentro do ambiente hospitalar. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível fazer uma avaliação dos serviços saúde quanto a assistência prestada e identificar fatores para a prevenção das IRAS.

### Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto C

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI Adulto C

**Fórmula:** Número de CVC/ Paciente dia \* 100.

**Resultado:** 231/371\*100 = 62,3 %



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico um decréscimo de 11,7% no que concerne o mês anterior. Esse resultado está relacionado ao aumento de dias de CVC e o número de paciente dia. Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos,

soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, dá-se então a justificativa da variância quanto a utilização de cateteres centrais em unidades de terapia intensiva.

## Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea

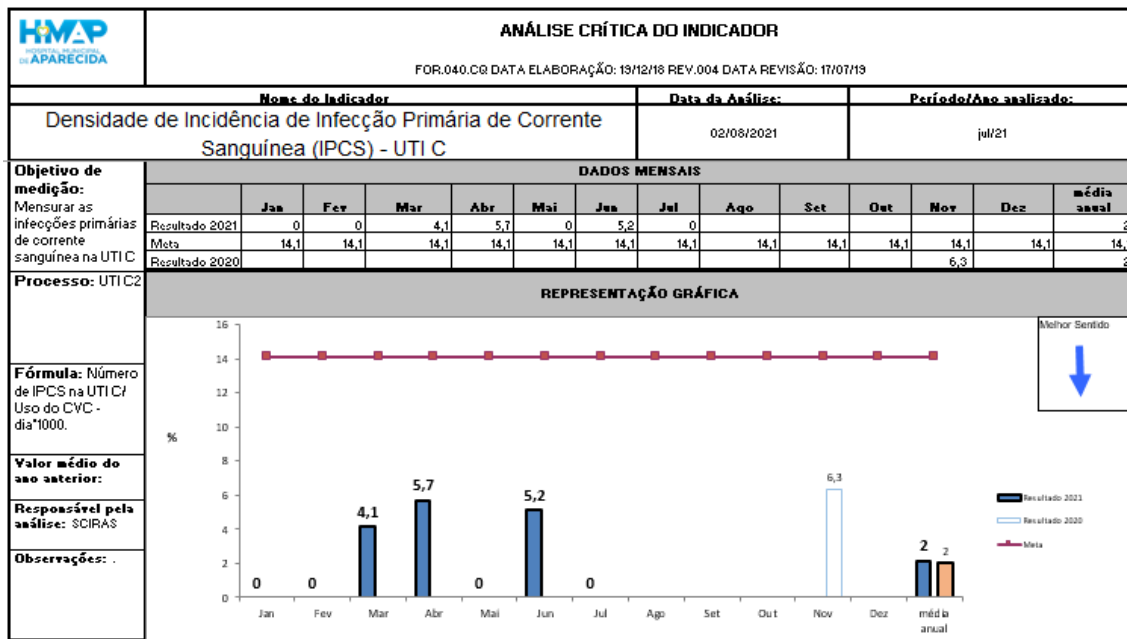
### UTI Adulto C

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI

Adulto C2

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:** 0/231\*1000 = 0



### Análise Crítica:

As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estas infecções em sua



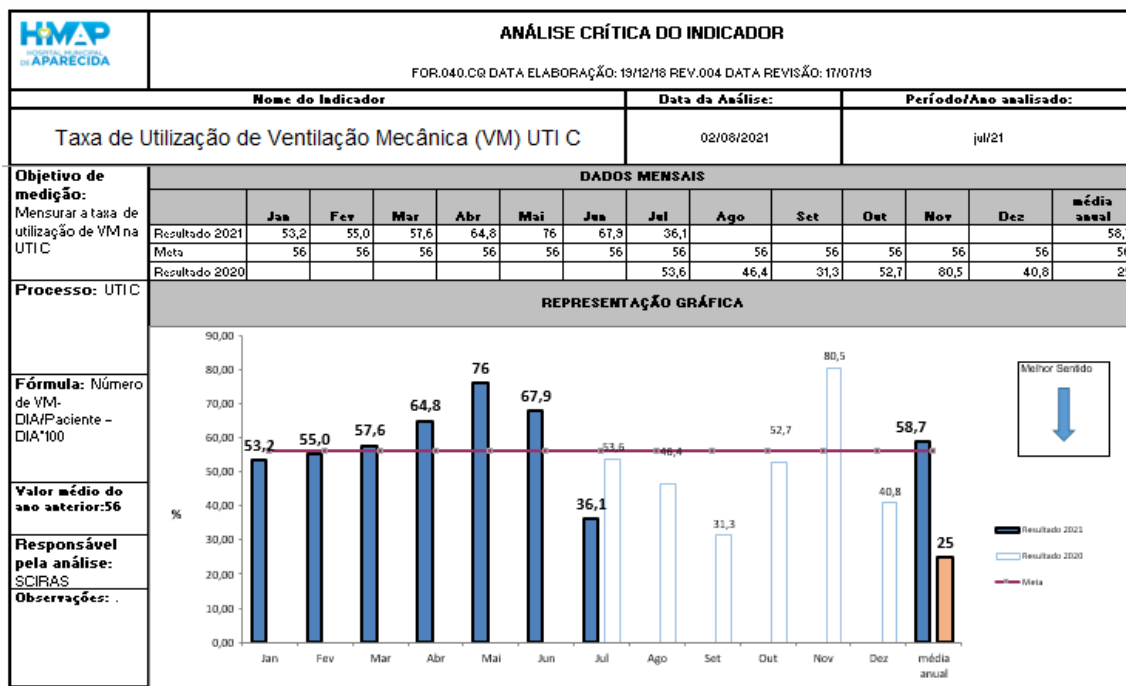
maioria são identificadas laboratorialmente quando há um agente etiológico presente em hemocultura. As medidas de prevenção e controle da infecção primária da corrente sanguínea estão diretamente relacionadas a sua patogênese, fatores predisponentes e cuidados na prestação da assistência. Este mês não houve IPCS isso que a equipe conseguiu aderir o pacote de prevenção de IPCS que estão nas ações a seguir. Um resultado satisfatório.

### Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto C

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI C2

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:**  $134/371 * 100 = 36,1 \%$



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma redução de 31,8% no que concerne o mês anterior. Esse resultado está relacionado a redução dos dias de ventilação mecânica.



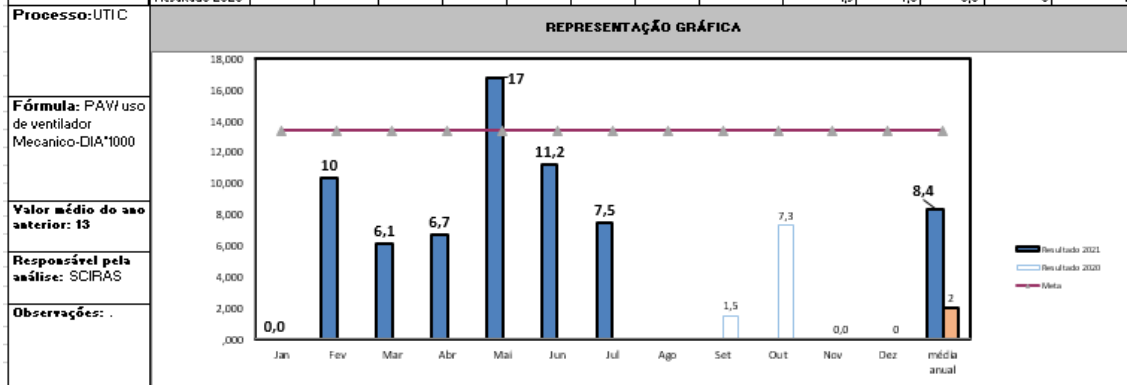
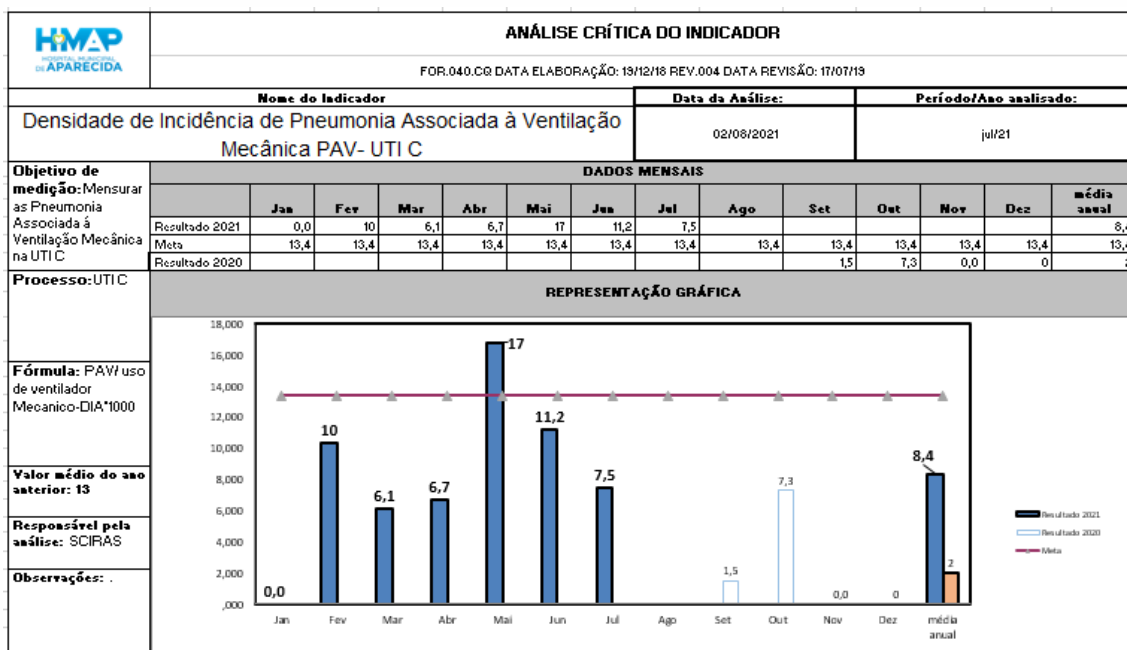
A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

## Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto C

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto C

**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

**Resultado:**  $1/134 \times 1000 = 7,5$



### Análise Crítica:

A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Salientamos que não existe um

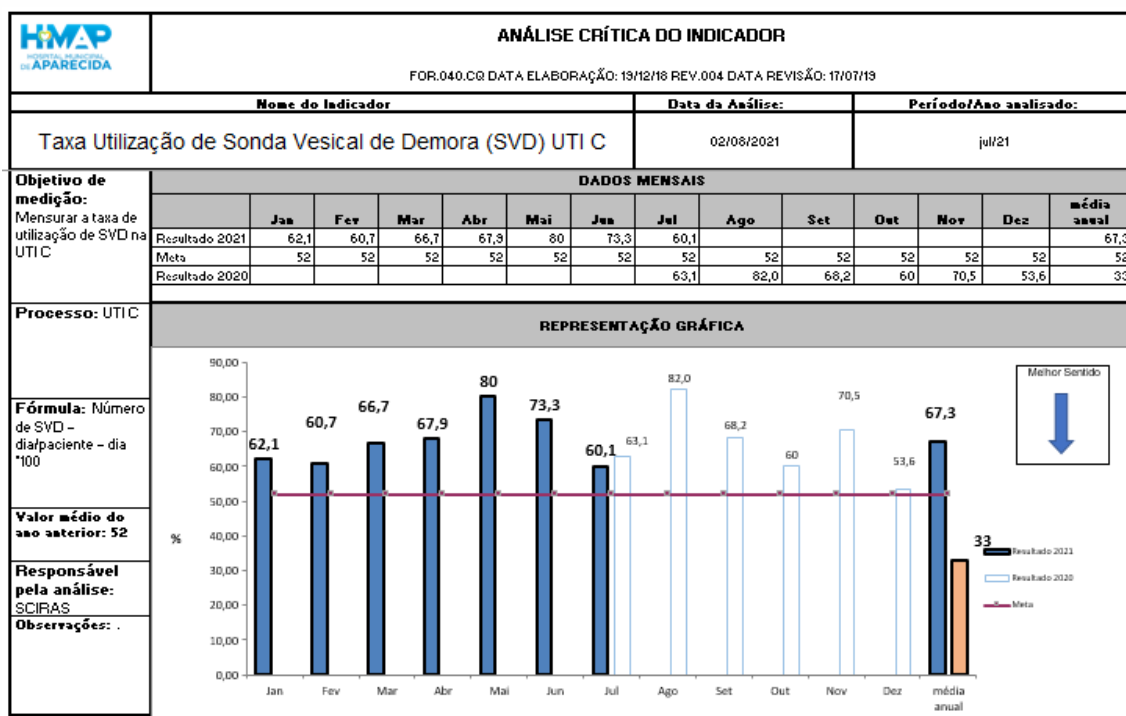
padrão ouro para seu diagnóstico, mas através de ações preventivas é possível reduzir o risco de deste evento. Houve uma redução 3,7 na incidência, houve uma redução acreditamos que o treinamento pode ter contribuído para a melhora dos processos.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto C

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto C

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 223/371\*100 = 60,1%



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico uma discreta diminuição 13,2%. Indicações para o de Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, Pacientes com problemas neurológicos, como lesões medulares ou bexiga neurogênica, Pacientes com manifestações crônicas de déficits cognitivos, incontinência ou deficiência física; Pacientes que necessitam de cirurgia de bexiga ou com

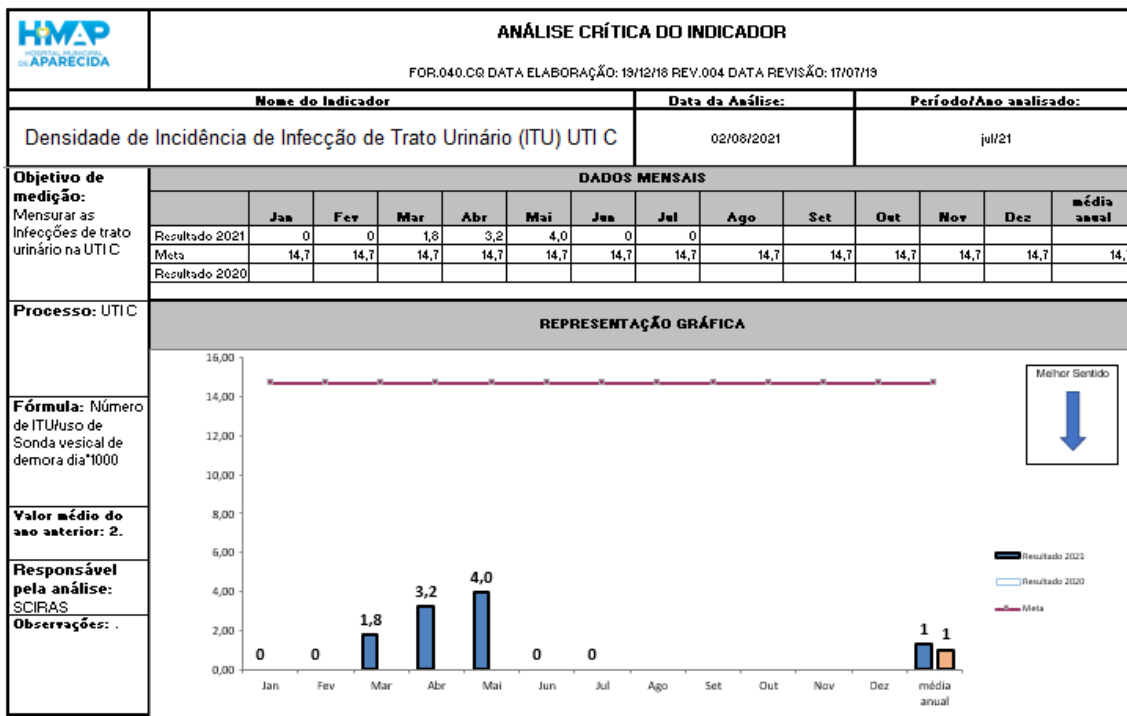
obstrução urinária. Para alguns pacientes, outros métodos de drenagem vesical devem ser considerados, como: cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condons). A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto C

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto C

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado:** 0/223\*1000 = 0



### Análise Crítica:

O uso de sistema fechado de drenagem incluindo uma válvula para prevenir o refluxo pode adiar o aparecimento de uma infecção, mas não previne. Resultado pode ser explicado pelas ações como: Educação continuada, aplicação dos check list de inserção, uso do Bundle de monitoramento, uso das precauções adequadas durante o manuseio ao paciente, Higiene íntima na técnica correta, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica, esvaziamento do

saco coletor em tempo hábil são ações que podem ter resultado numa incidência zerada pelo segundo mês consecutivo.

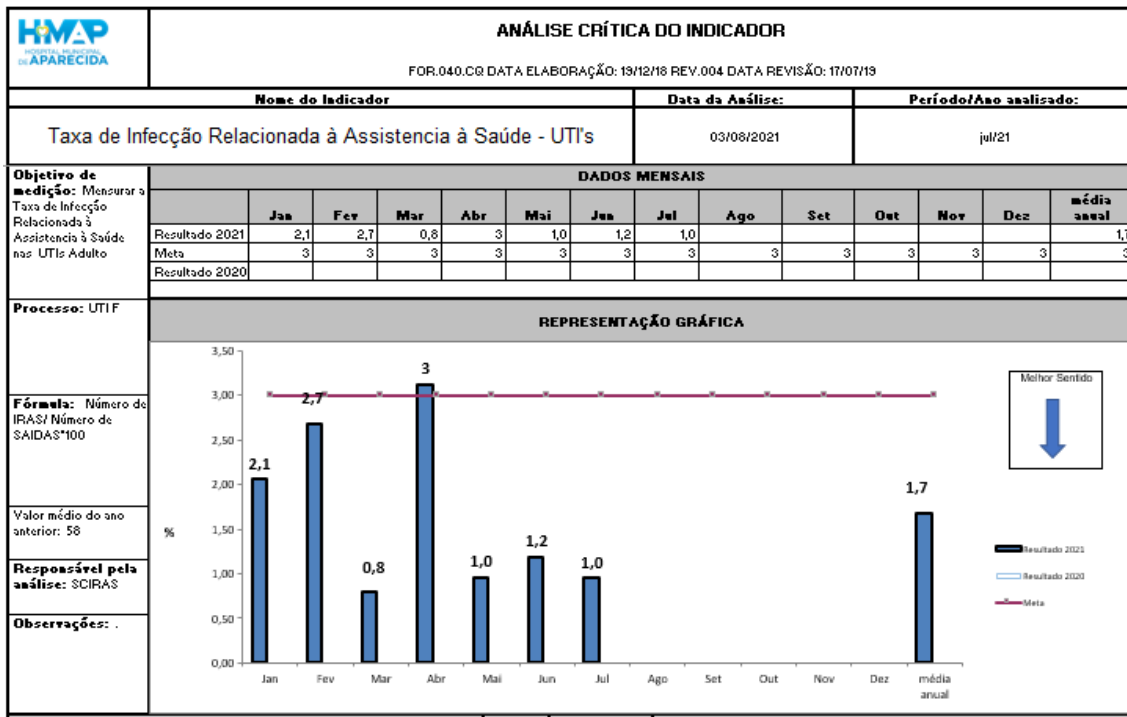
## 8. INDICADORES UTI Adulto F

### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO F

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da Uti F \* 100

**Resultado:** 1/105\*100 = 1,0 %



### Análise Crítica:

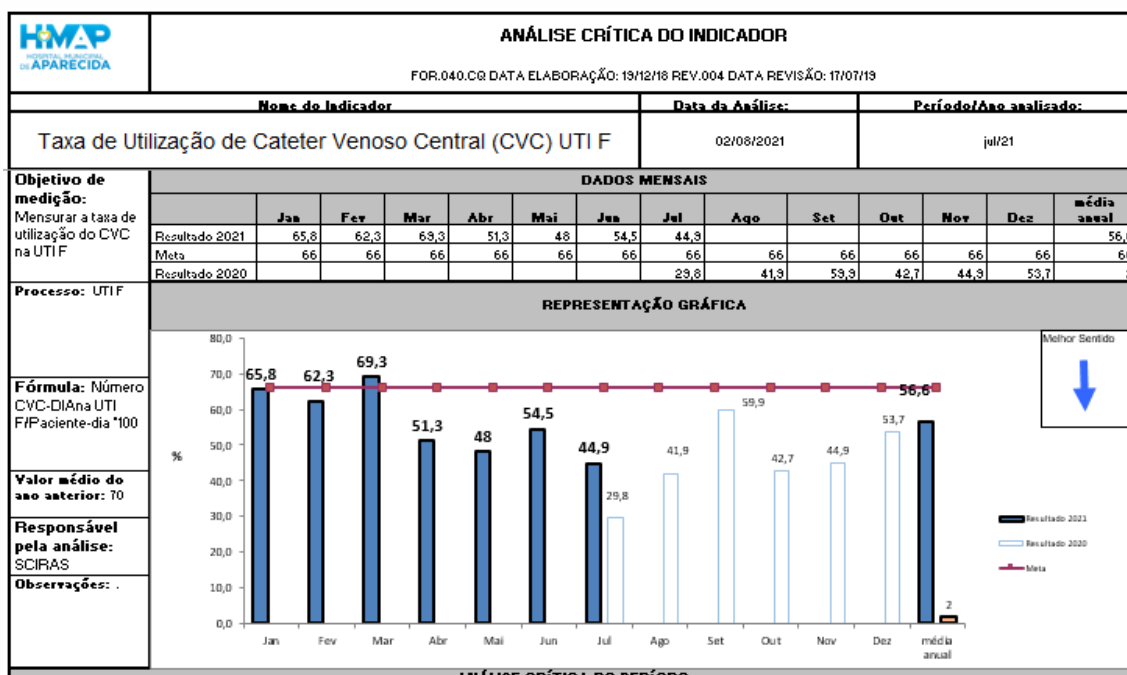
As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores determinantes a doenças e permitir sua prevenção. Identificado uma IRAS por dispositivo e o aumento de saídas, relacionado ao mês passado.

## Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto F

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI Adulto F

**Fórmula:** Número de CVC/ Paciente dia \* 100.

**Resultado:** 164/365\*100 = 44,9%



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma redução no uso de CVC em 9,6% no que concerne o mês anterior. Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso hemodialis e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exames laboratoriais, dá-se então a justificativa da variância quanto a utilização de cateteres centrais em unidades de terapia intensiva. Outro fator para essas variações na taxa é o tempo de permanência dos pacientes, em sua maioria maior que seis dias na unidade devido perfil de gravidade.

### Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea

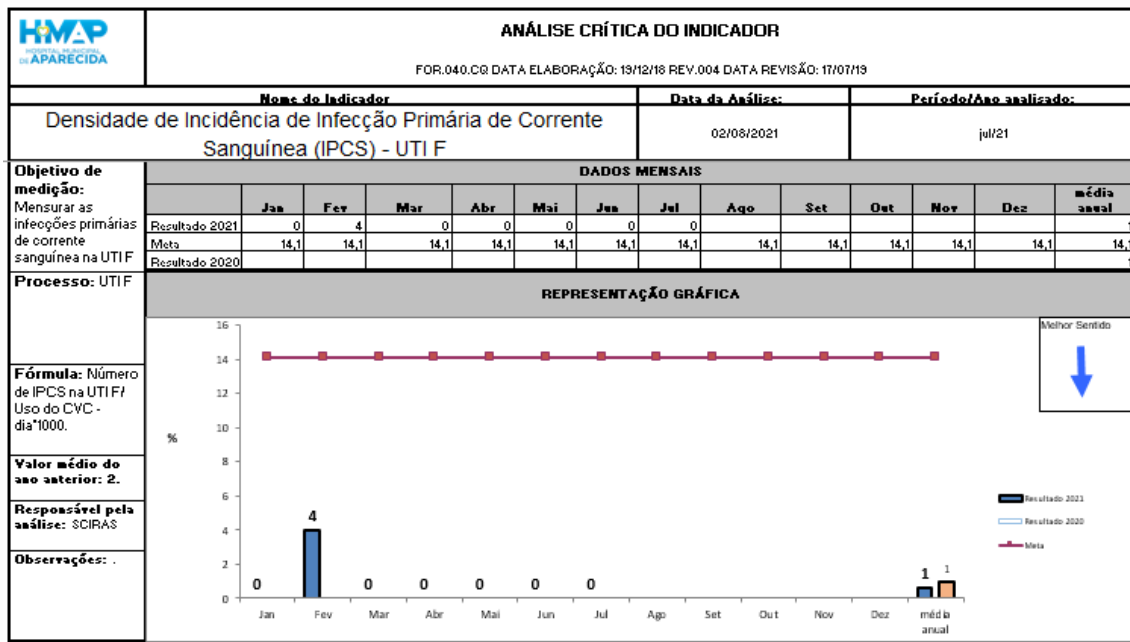
UTI Adulto F

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI

Adulto F

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:** 0/164\*1000 = 0



### Análise Crítica:

As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estas infecções em sua maioria são identificadas laboratorialmente quando há um agente etiológico presente em hemocultura. As medidas de prevenção e controle da infecção primária da corrente sanguínea estão diretamente relacionadas a sua patogênese, fatores predisponentes e cuidados na prestação da assistência. Tivemos uma incidência de zero em julho resultado este que se mantém por cinco meses consecutivos, um ótimo resultado. Que a equipe continue seguindo as ações de prevenção de IPCS.

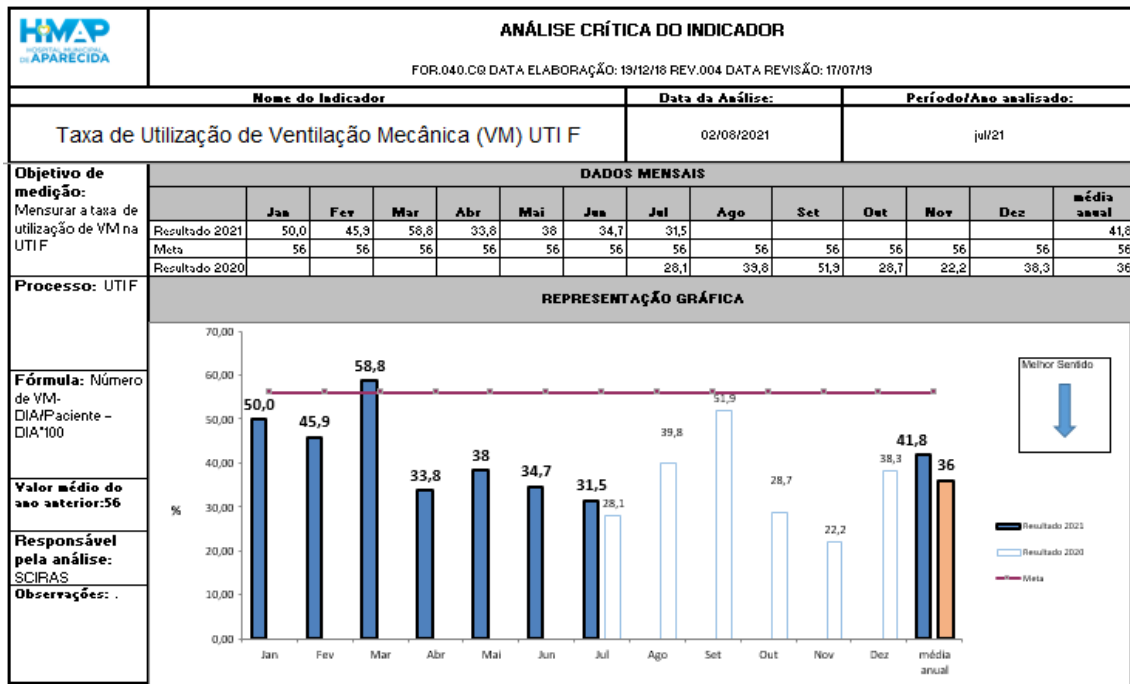


## Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto F

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI F

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 115/365\*100 = 31,5%



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma diminuição de 3,2% no que concerne o mês anterior. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

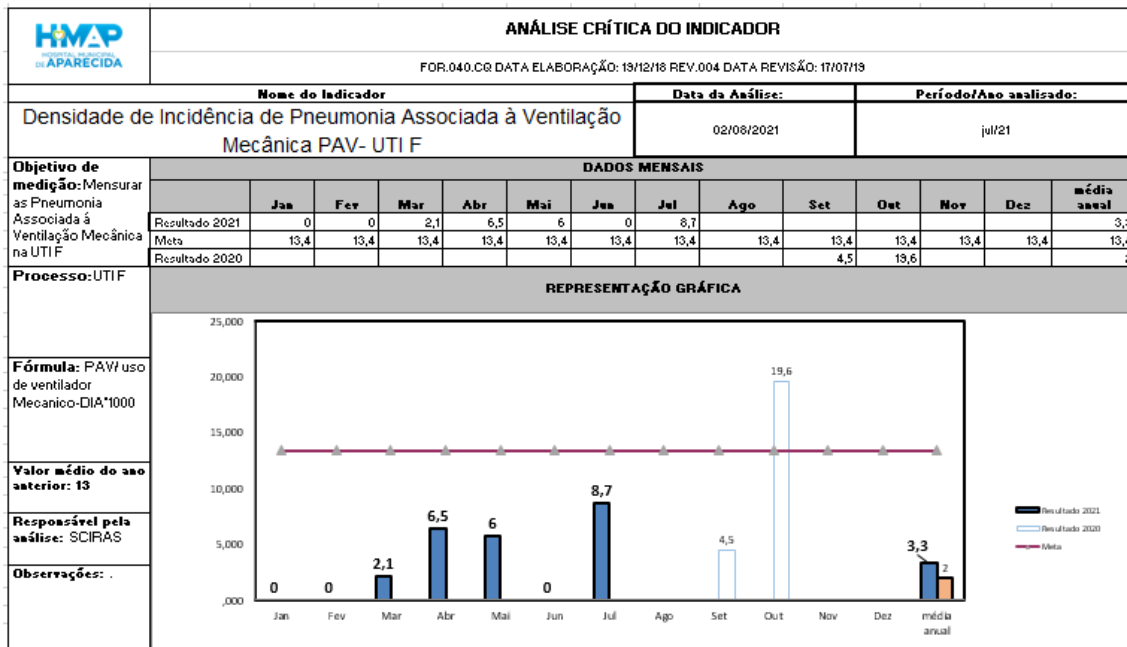
### Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto F

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto F



**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

**Resultado:** 1/115\*1000 = 8,7



### Análise Crítica:

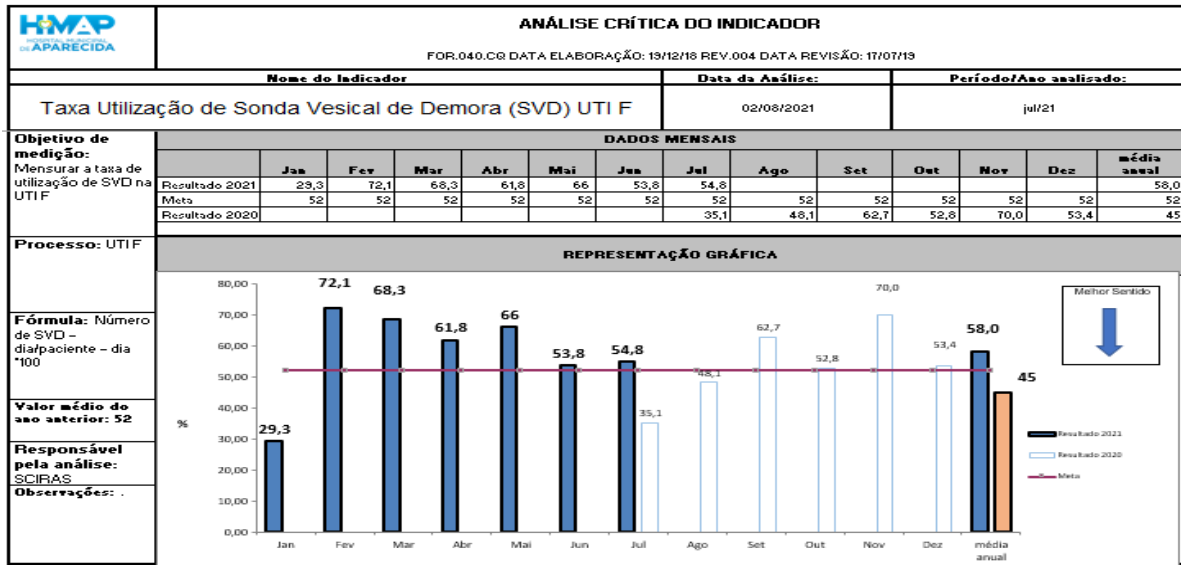
A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Salientamos que não existe um padrão ouro para seu diagnóstico, mas através de ações preventivas é possível reduzir o risco de deste evento. Neste mês houve uma PAV relacionamos os resultados a oportunidade de melhoria em aderir as ações de monitoramento diário contidas no Bundle de PAV.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto F

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto F

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 200/365\*100 = 54,8%



### Análise Crítica:

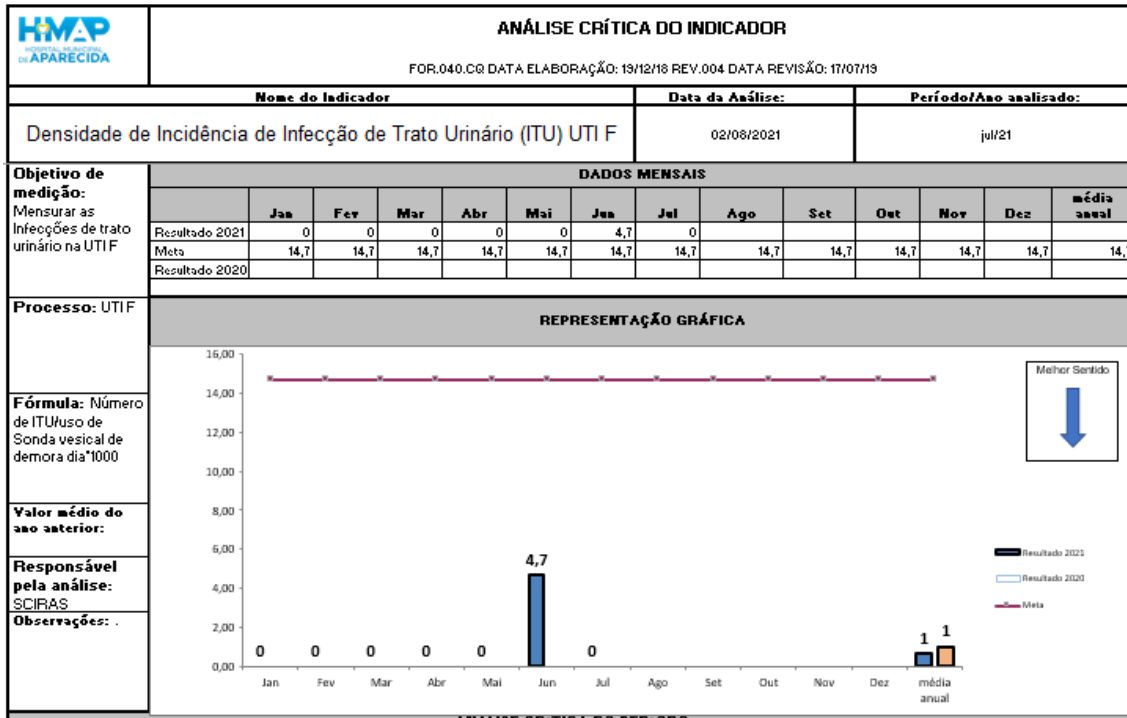
Demonstra-se o gráfico uma manutenção na taxa e utilização de sonda vesical de demora. Indicações para o de Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, Pacientes com problemas neurológicos, como lesões medulares ou bexiga neurogênica, Pacientes com manifestações crônicas de déficits cognitivos, incontinência ou deficiência física; Pacientes que necessitam de cirurgia de bexiga ou com obstrução urinária. Para alguns pacientes, outros métodos de drenagem vesical devem ser considerados, como: cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condons). A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto F

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto F

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado:** 0/200\*1000 = 0



### Análise Crítica:

O uso de sistema fechado de drenagem incluindo uma válvula para prevenir o refluxo pode adiar o aparecimento de uma infecção, mas não previne.

Este mês não houve ITU. Isso está relacionado a prevenção relacionado ao pacote de medidas para prevenir a ITU.

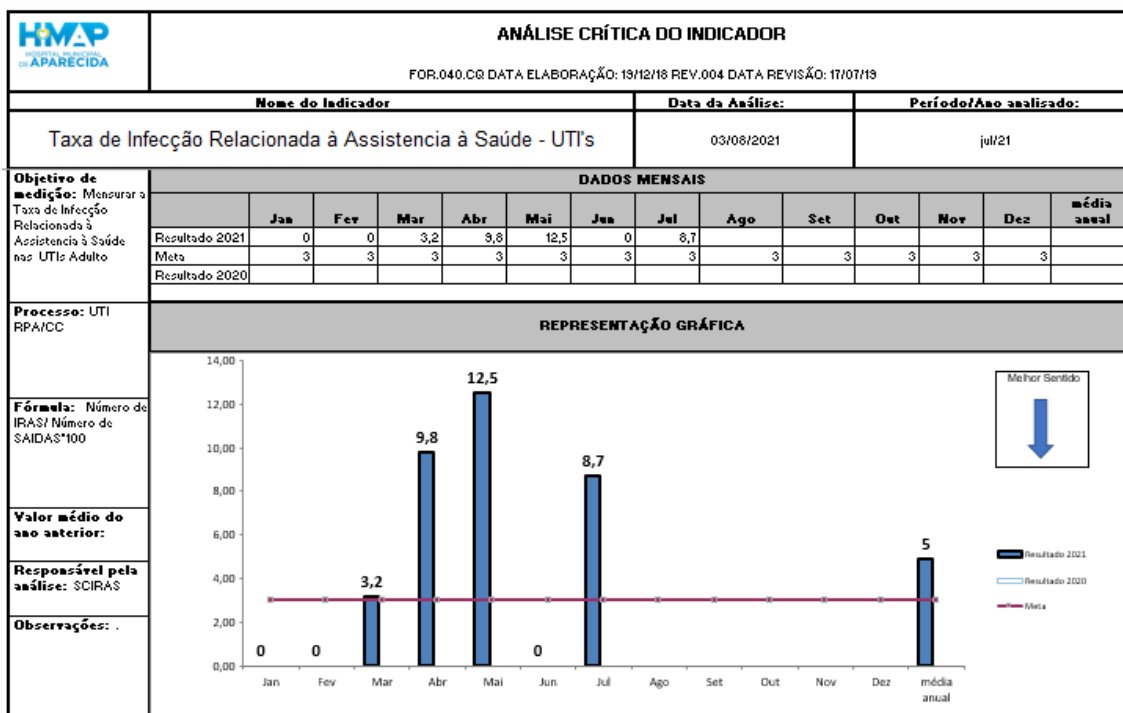
## 9. INDICADORES UTI Adulto RPA/CC

### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO RPA/CC

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da Uti RPA/CC

**Resultado:**  $2/23 * 100 = 8,7\%$



### Análise Crítica:

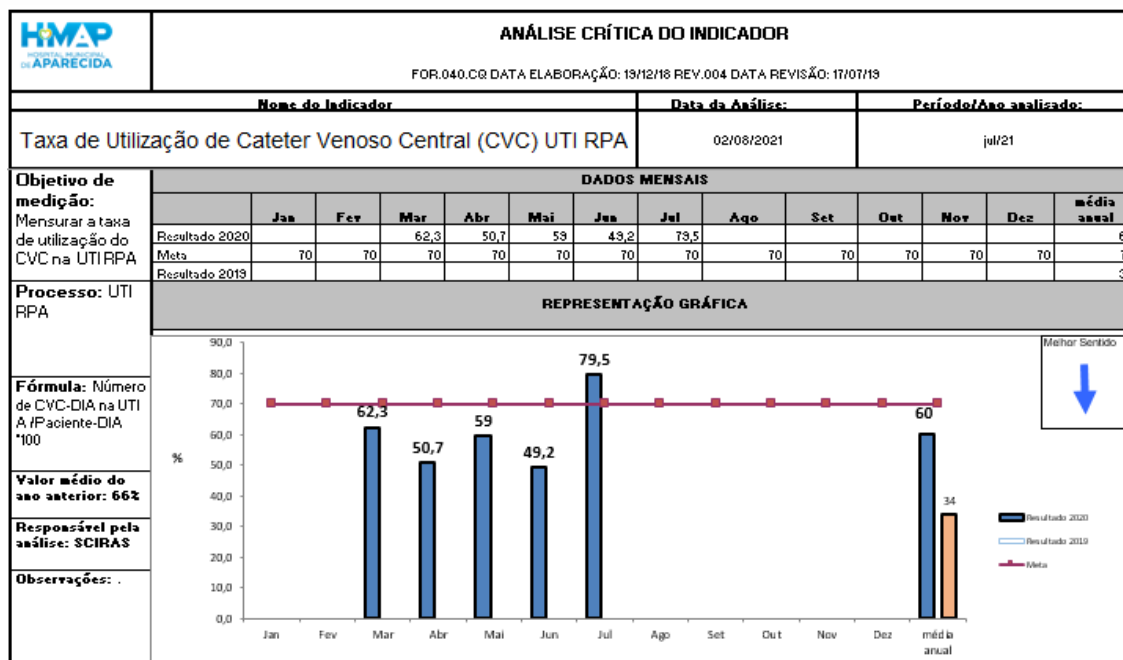
As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores determinantes a doenças e permitir sua prevenção. Houveram duas IRAS: PAV no período a mesma foi reaberta para o tratamento de pacientes Covid confirmado.

### Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto RPA/CC

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI Adulto RPA/CC

**Fórmula:** Número de CVC/ Paciente dia \* 100.

**Resultado:**  $182/229 * 100 = 79,5\%$



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico que a taxa de utilização de CVC na UTI RPA/CC aumento de 30,3% em relação ao mês anterior.

Tal ocorrência está ligada ao aumento de internações no período analisado.

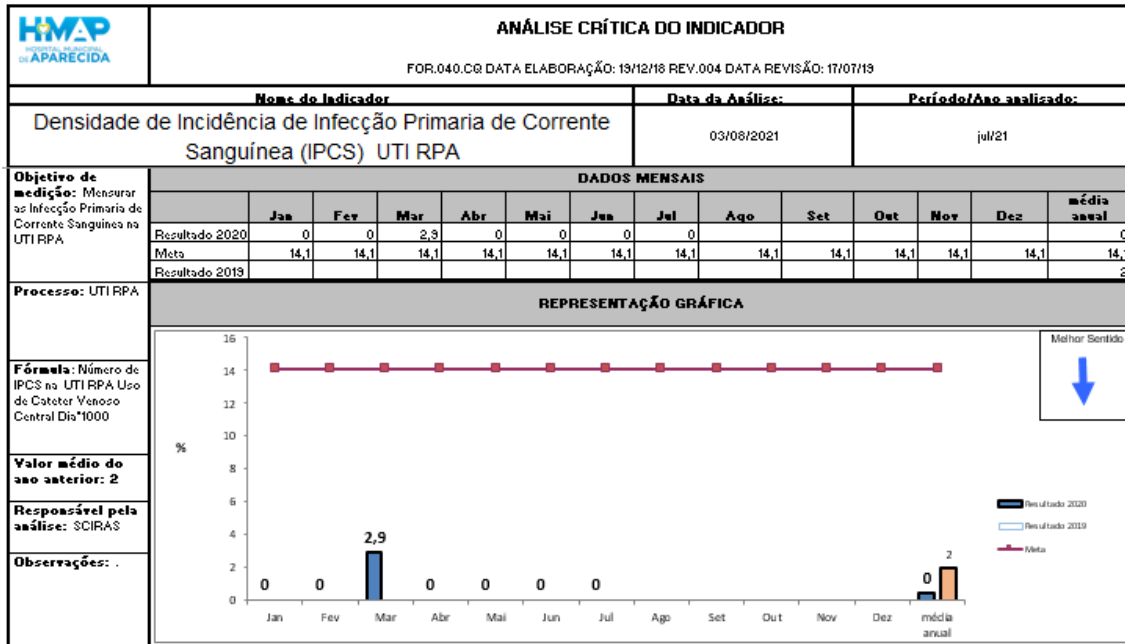
Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, dá-se então a justificativa da variância quanto a utilização de cateteres centrais em unidades de terapia intensiva. Outro fator para essas variações na taxa é o tempo de permanência dos pacientes, em sua maioria maior que seis dias na unidade devido perfil de gravidade

### Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea UTI Adulto RPA/CC

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Adulto RPA/CC

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:** 0/182\*1000 = 0



### Análise Crítica:

As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estamos mantendo um bom resultado há quatro meses consecutivos, esperamos que o resultado se mantenha e que as ações de prevenção de IPCS sejam mantidas.

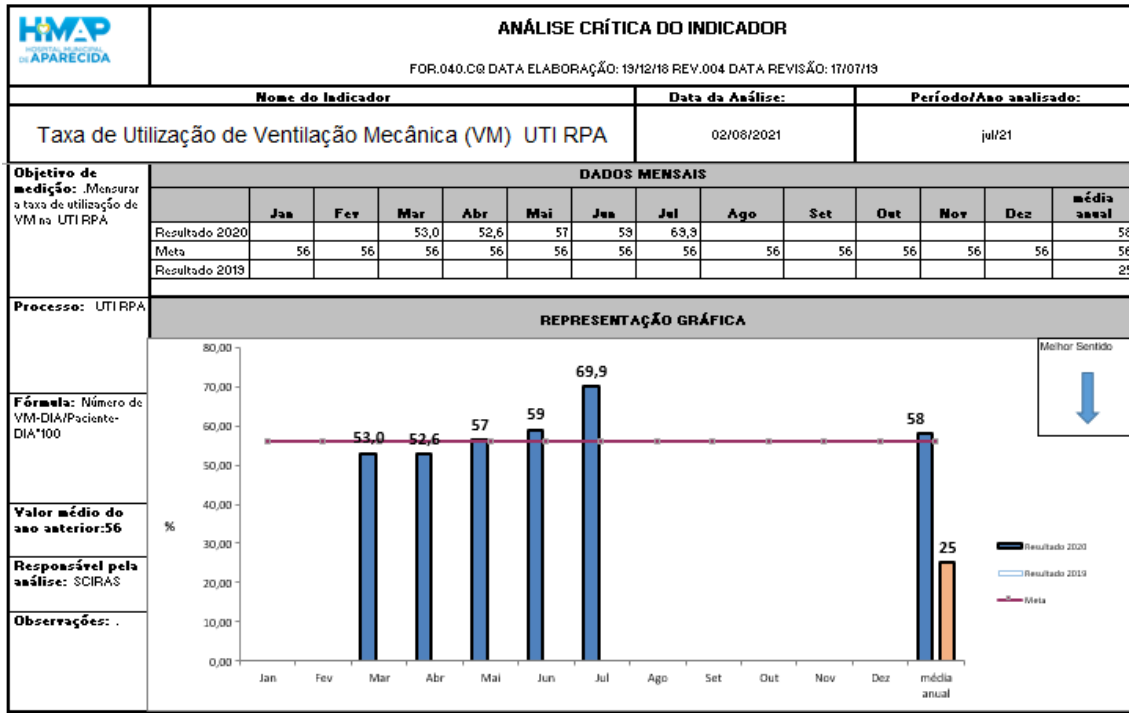
### Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto RPA/CC

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI RPA/CC

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:**  $160/229 * 100 = 69,9 \%$





### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico um aumento de 10,9% no que concerne o mês anterior quanto a utilização de ventilação mecânica. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

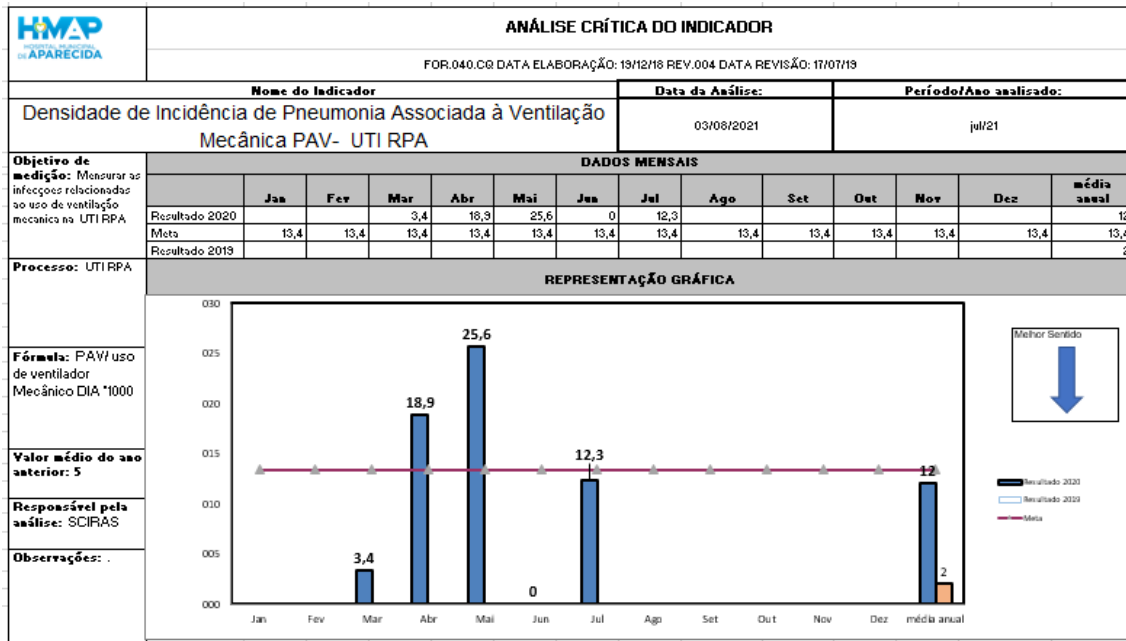
### Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto RPA/CC

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto RPA/CC

**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

**Resultado:** 2/162\*1000 = 0





### Análise Crítica:

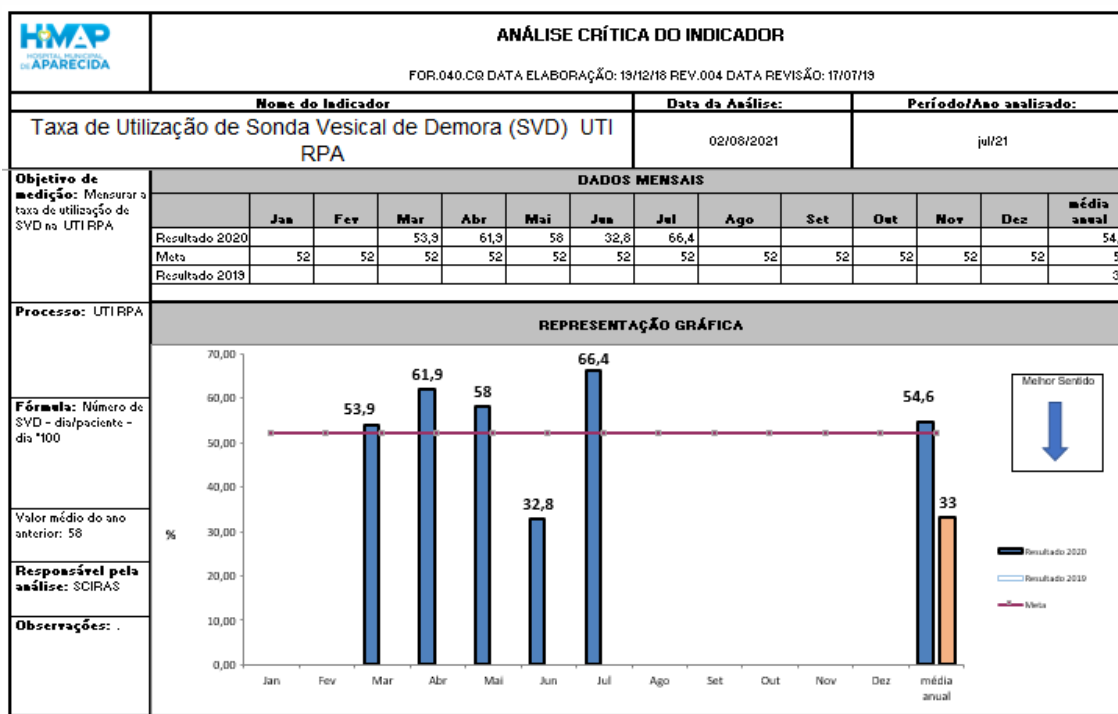
A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Este mês houveram duas PAV, esperamos que haja melhorias no próximo mês.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto RPA/CC

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto RPA/CC

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:**  $152/229 * 100 = 66,4\%$



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico um aumento de 33,6 % na taxa de utilização de sonda vesical de demora em relação ao mês anterior na UTI RPA/CC, isso se deve ao aumento no número de internações.

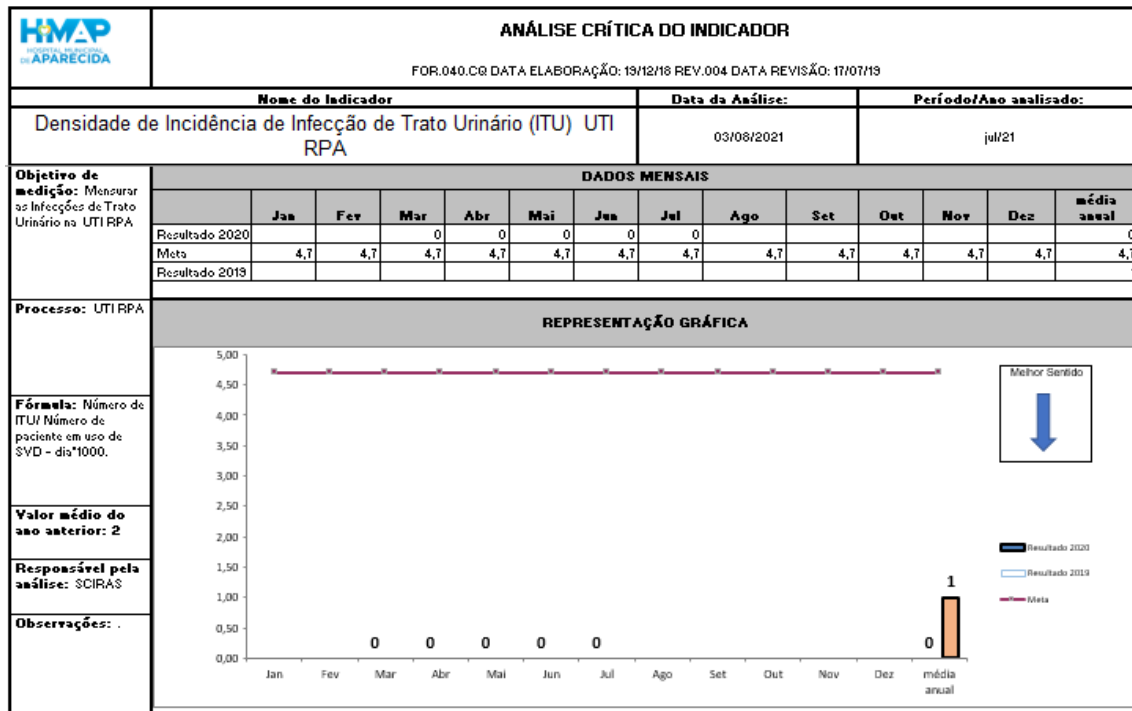
Indicações para o de Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, Pacientes com problemas neurológicos, como lesões medulares ou bexiga neurogênica, Pacientes com manifestações crônicas de déficits cognitivos, incontinência ou deficiência física; Pacientes que necessitam de cirurgia de bexiga ou com obstrução urinária. Para alguns pacientes, outros métodos de drenagem vesical devem ser considerados, como: cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condons). A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

## Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto RPA/CC

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto RPA/CC

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado:** 0/152\*1000 = 0



### Análise Crítica:

O uso de sistema fechado de drenagem incluindo uma válvula para prevenir o refluxo pode adiar o aparecimento de uma infecção, mas não previne. Acreditam-se ações como Educação continuada, aplicação dos check list de inserção, uso do Bundle de monitoramento, uso das precauções adequadas durante o manuseio ao paciente, Higiene íntima na técnica correta, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica, esvaziamento do saco coletor em tempo hábil são ações que resultam em uma incidência zero por cinco meses consecutivos.

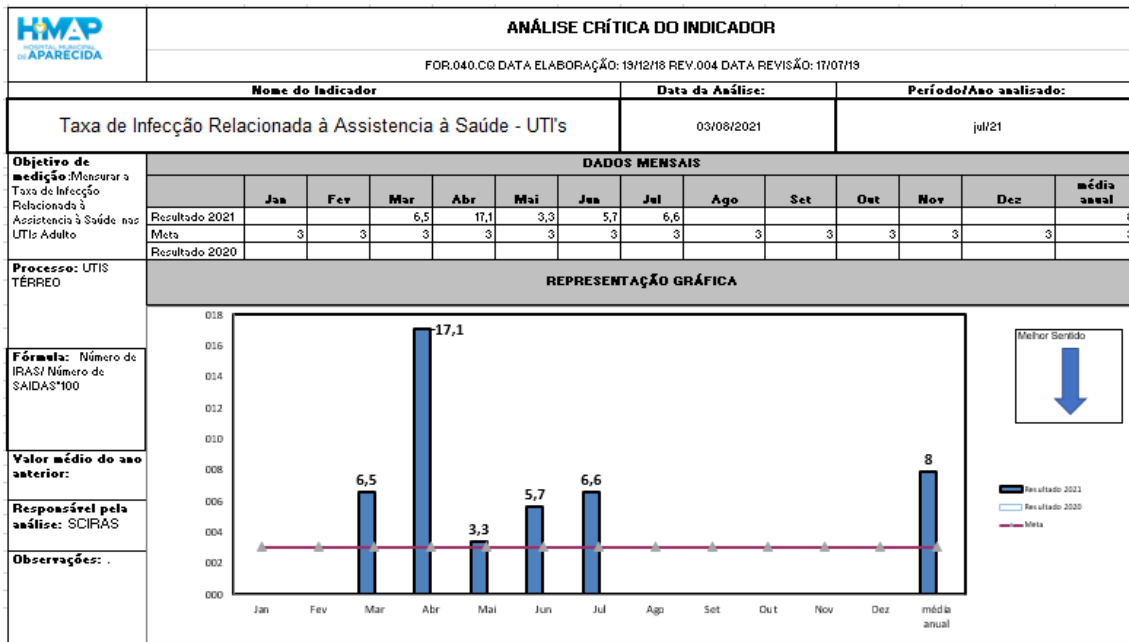
## INDICADORES UTI Adulto TÉRREO

### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO TÉRREO

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da UTI TÉRREO

**Resultado:**  $4/61 * 100 = 6,6\%$



### Análise Crítica:

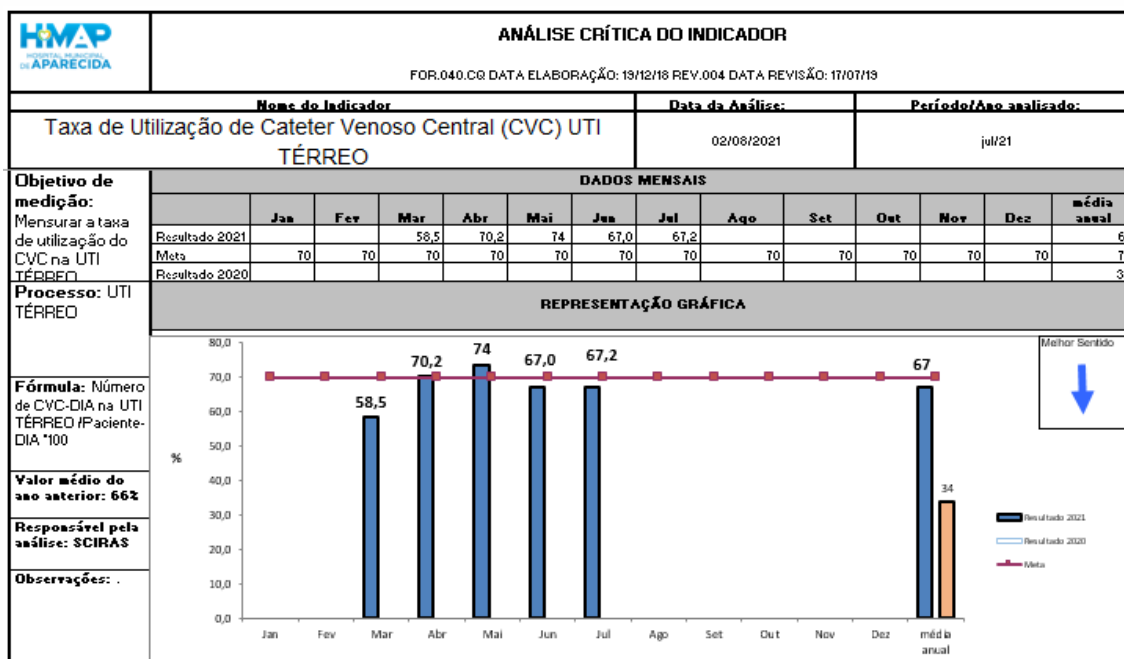
As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores determinantes a doenças e permitir sua prevenção. Houve um discreto aumento de de 0,9% em relação ao mês anterior, este número corresponde a 3 IRAS.

## Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto TÉRREO

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI Adulto TÉRREO

**Fórmula:** Número de CVC/ Paciente dia \* 100.

**Resultado:** 297/442\*100 = 67,2%



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico que a taxa de utilização de CVC na UTI TÉRREO se manteve em 67,2% discreto 0,2% de aumento relacionado ao mês anterior.

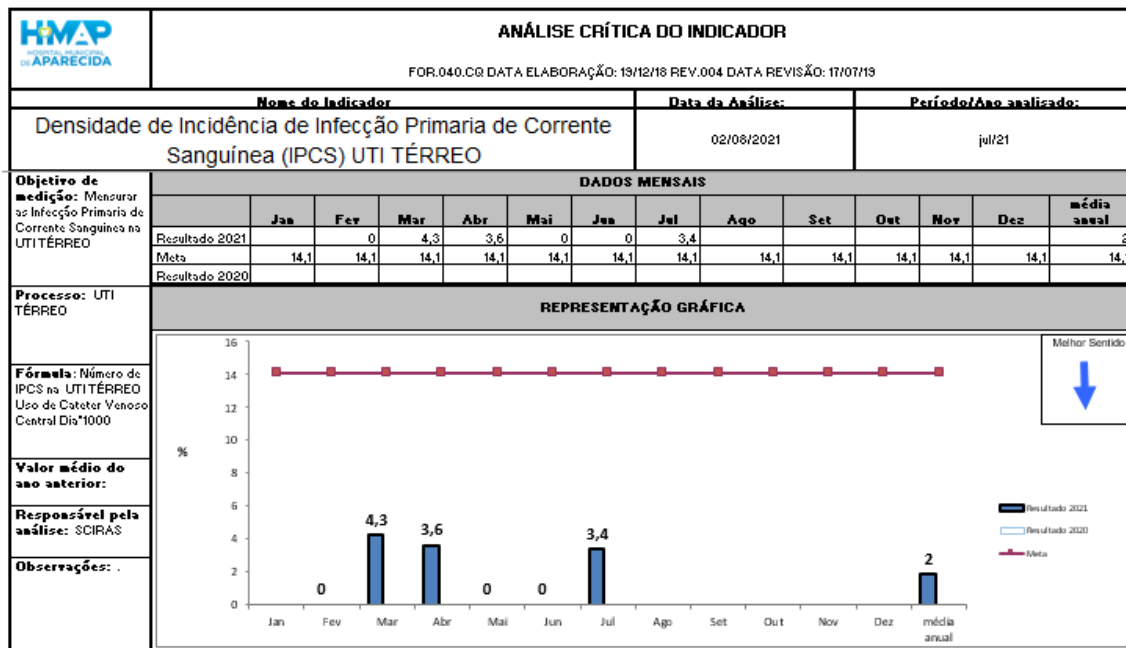
Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso a hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, dá-se então a justificativa da variância quanto a utilização de cateteres centrais em unidades de terapia intensiva. Outro fator para essas variações na taxa é o tempo de permanência dos pacientes e o perfil de gravidade dos pacientes que necessitam do uso de CVC.

## Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea UTI Adulto TÉRREO

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Adulto TÉRREO

**Fórmula:** Número de IPCS / Uso do CVC – dia\*1000.

**Resultado:** 1/297\*1000 = 3,4



### Análise Crítica:

As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estas infecções em sua maioria são identificadas laboratorialmente quando há um agente etiológico presente em hemocultura. As medidas de prevenção e controle da infecção primária da corrente sanguínea estão diretamente relacionadas a sua patogênese, fatores predisponentes e cuidados na prestação da assistência. Este resultado corresponde a uma IPCS, isso é um bom resultado e significa que a equipe está conseguindo realizar as ações de prevenção.

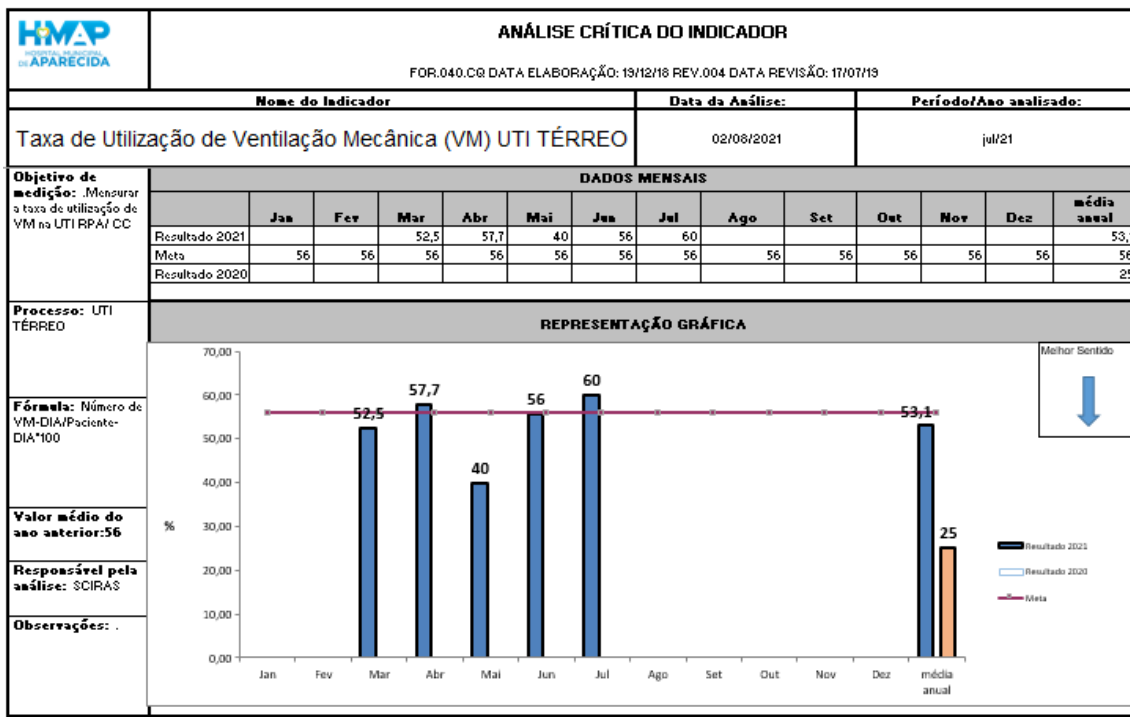


## Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto TÉRREO

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Ventilação Mecânica na UTI TÉRRO

**Fórmula:** Número de VM – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:** 265/442\*100 = 60%



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico que a taxa de ventilação mecânica um aumento discreto de 4% em relação ao mês anterior.

A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

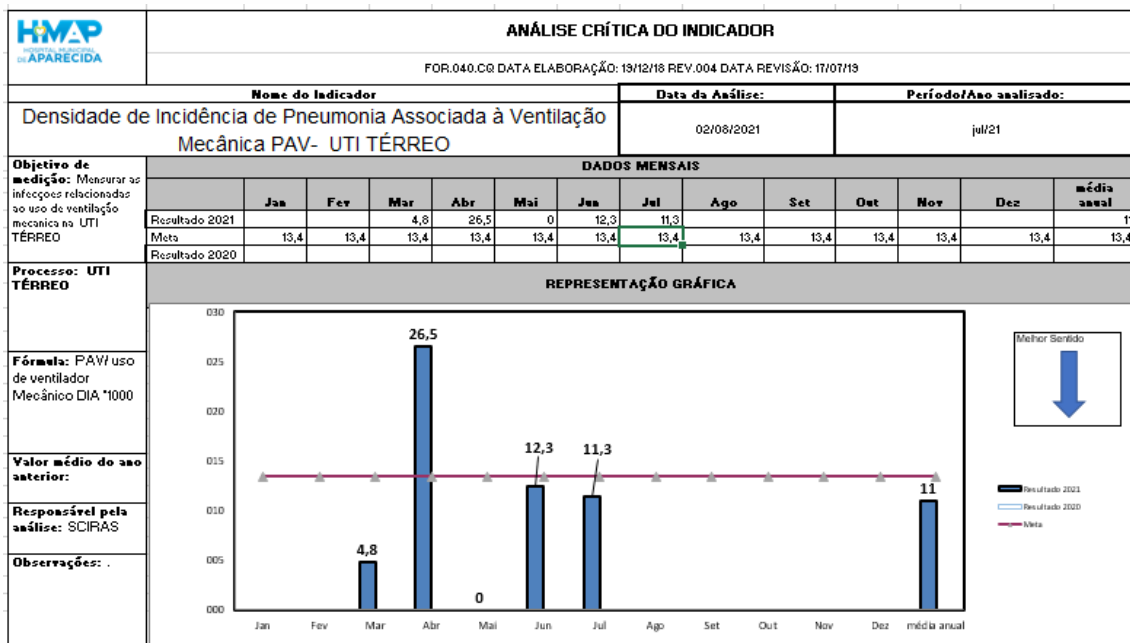


## Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto TÉRREO

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto TÉRREO

**Fórmula:** Número de PAV / Uso de VM – dia\*1000.

Resultado:  $3/265 * 1000 = 11,3$



### Análise Crítica:

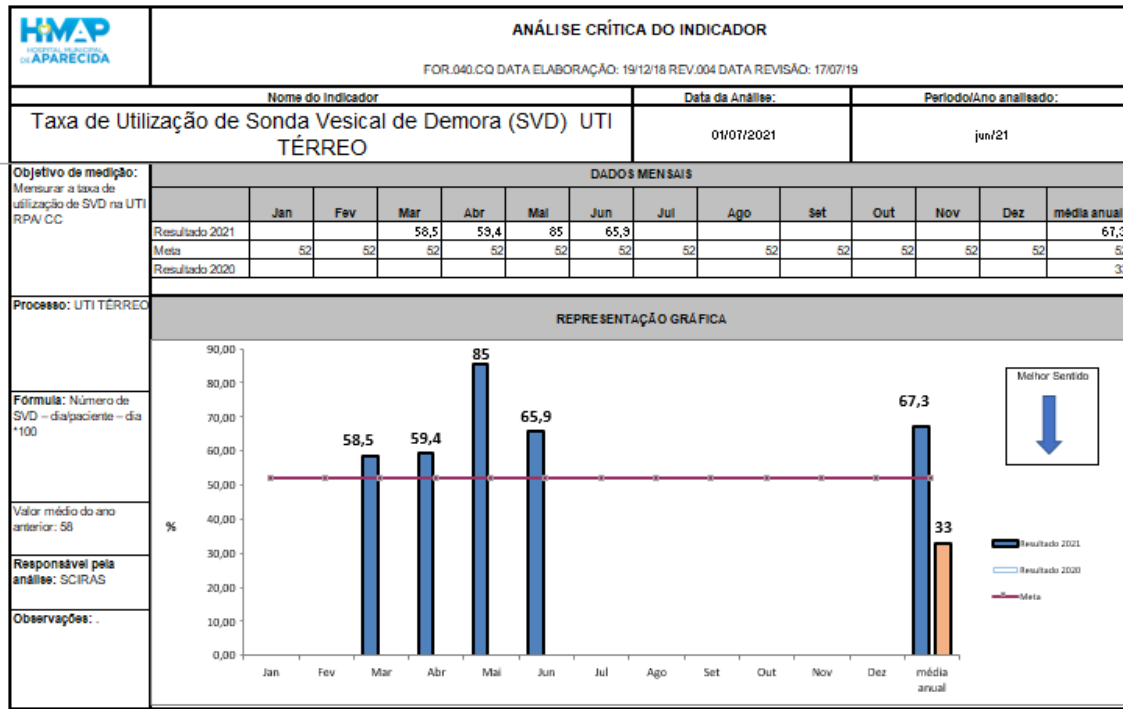
A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Salientamos que não existe um padrão ouro para seu diagnóstico, mas através de ações preventivas é possível reduzir o risco de deste evento. Este mês o número de PAV se manteve em três como em junho, mesmo após o treinamento para prevenção de PAV que foi realizado o número não reduziu.

## Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto TÉRREO

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto TÉRREO

**Fórmula:** Número de SVD – dia/Paciente dia\*100

**Resultado:**  $288/442*100 = 65,9 \%$



### Análise Crítica:

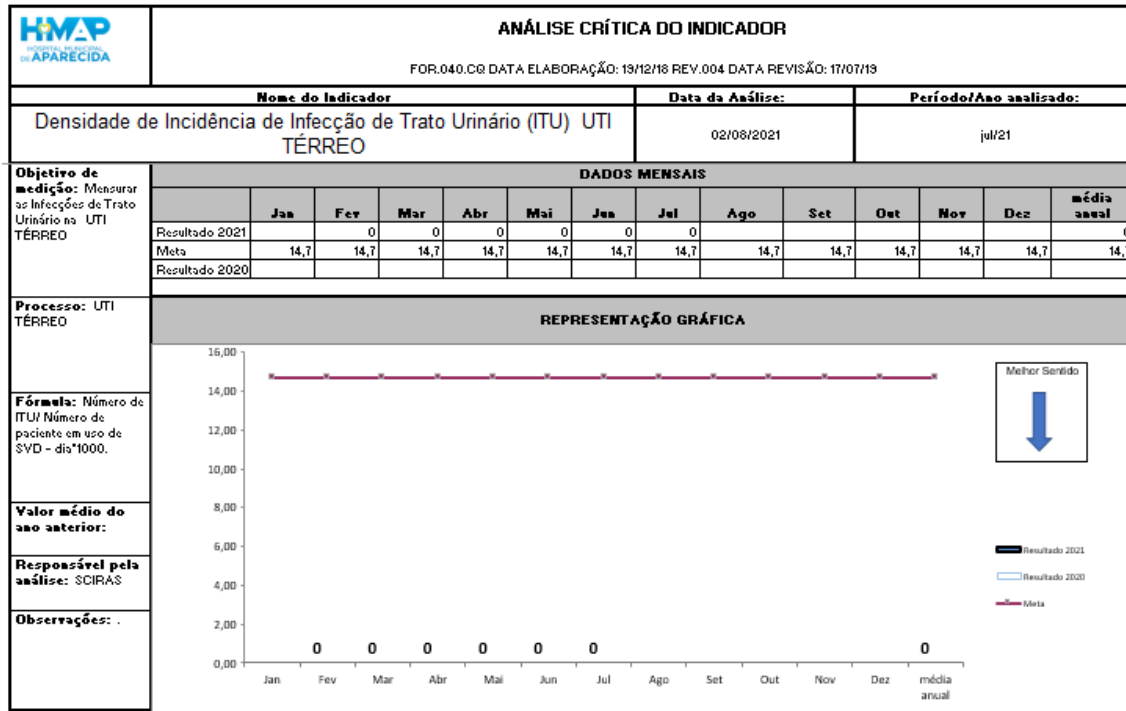
Demonstra-se o gráfico redução de 19,1 % na taxa e utilização de sonda vesical de demora. Indicações para o de Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, Pacientes com problemas neurológicos, como lesões medulares ou bexiga neurogênica, Pacientes com manifestações crônicas de déficits cognitivos, incontinência ou deficiência física; Pacientes que necessitam de cirurgia de bexiga ou com obstrução urinária. Para alguns pacientes, outros métodos de drenagem vesical devem ser considerados, como: cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condons). Acreditamos que as indicações estão sendo seguidas e por isso a redução da taxa de utilização.

## Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto TÉRREO

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto TÉRREO

**Fórmula:** Número de ITU / Uso de SVD – dia\*1000.

**Resultado:** 0/288\*1000 = 0



### Análise Crítica:

O uso de sistema fechado de drenagem incluindo uma válvula para prevenir o refluxo pode adiar o aparecimento de uma infecção, mas não previne. Acredita-se ações como Educação continuada, aplicação dos check list de inserção, uso do Bundle de monitoramento, uso das precauções adequadas durante o manuseio aos pacientes, Higiene íntima na técnica correta, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica, esvaziamento do saco coletor em tempo hábil são ações que resultam uma incidência zerada pelo sexto mês consecutivo.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No mês de Julho foram mantidas as ações do SCIRAS nas UTIS e clínicas médicas, as auditorias setoriais no quesito controle de infecção, além de avaliação dos bundles o pacote de prevenção de IRAS (PAV, ITU e IPCS), reunião diária de gestão de leitos auxiliando no manejo dos leitos e nas UTIS de Decisão UTI F e UTI C, avaliação de precauções e isolamentos, resposta aos pareceres para especialidade de infectologia, Emissão de pareceres a EPIs dentre outras atividades.

Realizado ação: Treinamento com a equipe de enfermagem para prevenção de Infecção de Corrente sanguínea nos dias 27 e 28 de Julho, no auditório.

Detectada 19 Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde por dispositivos invasivos, dessas 16 PAV e 3 IPCS.

São notificadas de todas as IRAS na nova plataforma FormSus até o dia 15 de todo mês.

A reunião da CCIRAS referente ao mês de Julho aconteceu no dia 03/08/2021 (Em anexo Ata com pautas e tratativas).

**Cíntia Queiroz de Oliveira**  
**Coordenadora SCIRAS / HMAP**



*Enf<sup>da</sup>. Cíntia Queiroz de Oliveira*  
COREN-GO 469 273  
Coordenadora do SCIRAS  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

### 13. AÇÕES ESTRATÉGICAS

O que?	Por quê?	Como?	Responsável	Quanto/Quantidade	Data Início	Data Fim	Local	Status	Como mensurar a efetividade?
Manter a prevenção de IRAS.	Para seguridade nas ações de prevenção de IRAS.	Realizar visitas observacionais para detecção de comportamento e atitudes inseguras quanto ao controle de infecção. Após a visita orientação sobre atitudes seguras para prevenir e controlar infecção.	SCIRAS	2x/semana	Setembro	Contínuo	UTIS	Andamento	Através dos Indicadores
Observar de Higienização das mãos para construção de Indicador.	Necessidade de verificar como está a adesão da equipe a essa prevenção de infecção.	Apoiar a UTI no processo de conscientização da Higiene das Mãos.	SCIRAS	2x/semana	Fevereiro	Contínuo	UTIS	Andamento	Através das fichas de observação da OMS e do Indicador de adesão da HM.
Treinamento do higiene das mãos	Educação continuada.	Realizar in loco o processo.	SCIRAS	2X	Maior	06/05 07/05	Equipe assistencial	Andamento	Lista de presença e fotos.
Manter normas, rotinas e protocolos relacionados aos dispositivos CVC, VM e SVD.	Assegurar que os documentos estejam disponíveis para uso.	Disponibilizado pela rede de comunicação do HMAP (Drive)	SCIRAS	Diário	Setembro	Contínuo	UTIS	Concluído	Google Drive
Manter normas, rotinas e protocolos	Garantir que os protocolos sejam seguidos para a prevenção de IRAS.	Manter normas, rotinas e protocolos relacionados aos dispositivos CVC, VM e SVD.	SCIRAS	Diário	Setembro	Contínuo	UTIS	Andamento	Através de indicadores e a conferência das atividades para prevenção de IRAS.
Manter o monitoramento dos <u>bundles</u> e <u>check-list</u> de inserção de CVC e SVD.	Através dessa atividade verifica se as ações e cuidados com os pacientes e vigilância de casos de IRAS.	Conferência semanal do preenchimento dos bundles e ação in loco para impactar na redução das IRAS nas UTIS adultas.	SCIRAS	1x/semana	Setembro	Contínuo	UTIS	Andamento	Conferência das ações dos bundles.

**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 1/3

**Título:** REUNIÃO MENSAL CCIRAS

**Responsável:** CCIRAS / SCIRAS

**Data:** 03/08/2021

**Local:** SALA DE REUNIÃO

**Horário:** 09:00

Às 10:00

**Caráter da Reunião:** ( X ) Ordinária ( ) Extra

**Pauta:**

**Participantes:**

**Nome**

**Assinatura**

Em Anexo

**Follow up da reunião anterior:**

SIM

**Desenvolvimento da Reunião**

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Desfalque de infectologistas e contratação de novos infectologistas até setembro.	Em andamento
2.	Cumprimento do prazo de 72h para resposta dos pareceres da infectologia. Coordenadores médicos das clínicas devem dar suporte aos plantonistas na resolutividade das condutas assistenciais de rotina dos pacientes.	Concluído
3.	Envio diário pela farmácia para as infectologistas da lista de antimicrobianos disponíveis no hospital.	Em andamento
4.	Treinamento equipe do laboratório (INAC), juntamente ao SCIRAS.	Em andamento
5.	Equipe médica das unidades suspeitas, fazer o pedido de exames laboratoriais corretamente e ter mais atenção às orientações repassadas pelos relatórios diário das infectologistas.	Em andamento
6.	Uso de Clorexidina 2% para higiene das mãos nas Unidades Críticas.	Concluído
7.	Discussão sobre o aumento de PAV no mês de julho e criação de um plano de ação para diminuir a PAV.	Em andamento
8.	Instituir nas UTI's os times de prevenção às IRAS, e premiar as unidades que apresentarem menos casos de infecções relacionadas a assistência à saúde.	Em andamento

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos



**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 2/3

**Plano de ação**

<b>Nº</b>	<b>Ação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
1.	Contratar médico infectologista para o SCIRAS.	Diretoria Geral Diretoria Técnica	Agosto/2021
2.	Foi realizada a contratação de médicos diaristas para todas as clínicas médicas (CMA, CME, CMD), para dar suporte aos plantonistas na resolutividade das condutas assistenciais a serem tomadas.	Diretoria Técnica Coordenadores médicos	Concluída
3.	Reforçar para as equipes que o prazo de resposta de pareceres da infectologia é de até 72h.	Infectologistas SCIRAS.	Concluída
4.	Encaminhar memorando com lista de antimicrobianos para substituição dos que estão em falta.	Coordenação Farmácia	Concluída
5.	Programar treinamento com equipe de coleta do laboratório quanto ao uso de EPI's, precauções e isolamentos. Equipe do laboratório deve entrar em contato com o SCIRAS e núcleo de ensino e pesquisa, para alinhar conteúdo do treinamento e registrar com lista de presença.	Coordenação Laboratório	Agosto/2021
6.	Coordenação médica deve orientar plantonistas sobre a forma correta dos pedidos dos exames, para que não ocorra desperdício de materiais e diminua o tempo de resultados dos exames.	Coordenadores médicos	Agosto/2021

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos



**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 3/3

7.	Implementar o uso de Clorexidina 2% para higiene das mãos nas Unidades Críticas devido ao elevado número de microorganismos multirresistentes.	Coordenação de serviços	Agosto/2021
8.	Avaliar juntamente com a equipe assistencial quais causas estão contribuindo para o aumento da PAV e traçar um plano de ação para diminuir essa ocorrência.	SCIRAS Coordenadores das unidades assistenciais	Agosto/2021
9.	Programar juntamente com as equipes assistenciais a formação dos times prevenção às IRAS.	SCIRAS Coordenadores das unidades assistenciais	Agosto/2021
10.	Marcar uma reunião com a coordenação do laboratório para as pendências que estão ocorrendo quanto ao cadastro de exames e demora na liberação do resultado	Coordenadores das unidades assistenciais	Agosto/2021

Sem mais a relatar, eu Laryssa Martins Mendes Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Assinatura do relator:

Imprimir frente e verso

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos

Título: Reunião Mensal  
 Responsável: Sciras  
 Data: 04-08-2021 Horário: 09:00 as 10:00 hs Carga H. Total:  
 Local: Tipo:  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião

Pauta:

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	<u>Mônica Azevedo de Oliveira</u>	<u>Coord</u>	<u>Sciras</u>	<u>[Assinatura]</u>
2	<u>Maylen Olombrada Muniz de Santa</u>	<u>D.T.</u>	<u>Dir.</u>	<u>[Assinatura]</u>
3	<u>Aparelina da S. Araújo</u>	<u>Coord</u>	<u>Divisão</u>	<u>[Assinatura]</u>
4	<u>Thaysa Martins Mendes Silva</u>	<u>Enf.</u>	<u>SCIRAS</u>	<u>[Assinatura]</u>
5	<u>Alexandra Aparecida Silva Camata</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>Sciras</u>	<u>[Assinatura]</u>
6	<u>Mara Helena f. B.R. Borges</u>	<u>Gerência</u>	<u>Enf.</u>	<u>[Assinatura]</u>
7	<u>Analu Alves dos Santos</u>	<u>Coord. Enf.</u>	<u>UTI</u>	<u>[Assinatura]</u>
8	<u>Priscilla Franco</u>	<u>CCM</u>	<u>Adm G</u>	<u>[Assinatura]</u>
9	<u>Ana Lígia Lima Otton Leite</u>	<u>Infectologista</u>	<u>SURTI</u>	<u>[Assinatura]</u>
10	<u>Guilherme Rodrigues dos Santos</u>	<u>COORD. ENF</u>	<u>CCIPA</u>	<u>[Assinatura]</u>
11	<u>Jenaynna Rodrigues P. Silva</u>	<u>Coord. Enf</u>	<u>UTIF</u>	<u>[Assinatura]</u>
12	<u>Carla de Almeida Silva</u>	<u>Supervisora</u>	<u>SETS</u>	<u>[Assinatura]</u>
13	<u>Glaurine Souza Silva</u>	<u>Coord.</u>	<u>Fama</u>	<u>[Assinatura]</u>
14	<u>Alana Aluana da Silva</u>	<u>Coord.</u>	<u>MGSA</u>	<u>[Assinatura]</u>
15	<u>Vilân Baura Braga</u>	<u>Coord. Enf</u>	<u>Red</u>	<u>[Assinatura]</u>
16	<u>Adriano Pereira Santiago</u>	<u>Coord. Enf.</u>	<u>UTIF/H</u>	<u>[Assinatura]</u>
17	<u>Daiane Nunes de Sales</u>	<u>Fisioterapeuta</u>	<u>UTIA ICSMED</u>	<u>[Assinatura]</u>
18	<u>Humberto Chare</u>	<u>Laboratório</u>	<u>INOC</u>	<u>[Assinatura]</u>
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Total de Participantes: 18

Visto do Instrutor/Responsável: \_\_\_\_\_

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE MÉDICA

**JULHO DE 2021**

## ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 AÇÕES ESTRATÉGICAS.....	4

## 1 INTRODUÇÃO:

O Conselho Federal de Medicina (CFM), com a Resolução CFM n.º 2.152/2016, tornou-se obrigatório que todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina em todo o território nacional devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico.

Cabe à Comissão de Ética Médica fiscalizar o exercício da atividade médica na instituição a qual se encontra vinculada, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão; instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício; colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica; atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético; orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica; atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

A escolha dos membros das Comissões é feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno. Não poderão integrar as Comissões os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o CRM.

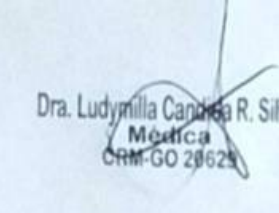
A eleição da Comissão de Ética Médica do HMAP deu-se no mês de junho e a posse dos membros eleitos pelo CREME-GO iniciou-se no final do mesmo.



## 2 AÇÕES ESTRATÉGICAS

A Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia, no mês de Julho não realizou reunião, visto a ausência de solicitações ou demandas por parte do corpo clínico.

Conforme nossas atribuições, nos colocamos a disposição e aguardamos a posse dos novos integrantes.



Dra. Ludymilla Candia R. Silva  
Médica  
CRM-GO 28629



# CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS



**OFÍCIO CREMEGO N.º 3410/2020 – COCEM**  
**Ref: Processo Eleitoral COCEM N.º 027/19**

Goiânia, 18 de março de 2020.

Prezado (a) Doutor (a),

De ordem do Coordenador das Comissões de Ética Médica – COCEM, Dr. Marcelo Fortunato Macioca, encaminhamos as cédulas das Dra(s). Debora Ferreira Barros Moreira e Luiza Fenelon Ferreira, juntamente com os Termos de Compromisso e Sigilo Profissional, Cédulas e Termo de Posse a serem assinados pelos Dr(s). Ricardo Augusto Martins Bueno da Costa e Isac Jonas Lopes. Solicitamos no prazo de **15 (quinze) dias**, contados a partir do recebimento deste, a devolução via ofício dos documentos citados. Informamos que a CEM do (a) **Hospital Mun. de Aparecida de Goiânia - HMAP** e está em vigor até o dia 24 de março de 2022 e fica assim constituída (até a assinatura dos demais membros):

- Presidente: **Dr. Leonardo Vitor Gomes;**
- Secretária: **Dra. Luiza Fenelon Ferreira;**
- Membro Efetivo: **Dra. Rosana Souza Ferreira;**
- Membro (s) Suplente(s): **Dra. Debora Ferreira Barros Moreira.**

Qualquer dúvida poderá ser sanada em contato com a COCEM – Coordenação das Comissões de Ética Médica – deste CREMEGO, pelo telefone (62) 3250-4907 com Hedra ou Albano.

Atenciosamente,

**HEDRA DO CARMO RODRIGUES**  
**Coordenadora do Dpto. Fiscal/CREMEGO**

Ao

**DR. LEONARDO VITOR GOMES**

Presidente da Comissão de Ética Médica do (a) HMAP

Av. V-5, Qd. Área Lt. 1-E – Cidade Vera Cruz

APARECIDA DE GOIÂNIA/GO 74.936-600 Albano





# CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS




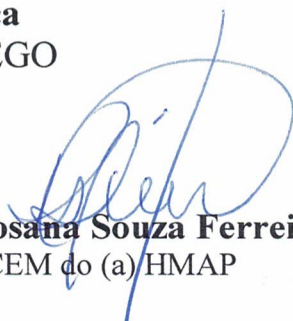
## TERMO DE POSSE

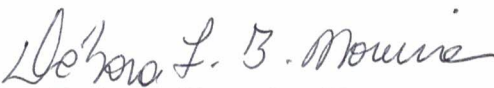
Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezenove (24/09/2019) no Auditório do CREMEGO, sito à Rua T-27, nº 148, Setor Bueno – Goiânia/GO, estiveram presentes, entre outros, o Dr. Marcelo Fortunato Macioca (Coordenador da COCEM/CREMEGO), Dr. Antônio Carlos de Oliveira e Ribeiro (Secretário da COCEM/CREMEGO) e Dr. Erso Guimarães (Membro da COCEM/CREMEGO), bem como os membros da Comissão de Ética Médica do (a) **Hospital Mun. de Aparecida de Goiânia - HMAP**, com vigência do mandato de 24/09/2019 a 24/03/2022, eleitos sob forma de eleição secreta e direta, os Doutores: **Luiza Fenelon Ferreira, Debora Ferreira Barros, Leonardo Vitor Gomes, Rosana Souza Ferreira, Isac Jonas Lopes e Ricardo Augusto Martins Bueno da Costa**; os quais foram empossados. Os membros da Comissão obrigam-se, no ato da posse, ao desempenho dos seus deveres legais, na forma do disposto na Resolução CFM Nº 2.152/2016 e no Código de Ética Médica.

Goiânia, 24 de setembro de 2019.


  
**Dr. Marcelo Fortunato Macioca**  
Coordenador da COCEM/CREMEGO

  
**Dra. Luiza Fenelon Ferreira**  
CEM do (a) HMAP

  
**Dra. Rosana Souza Ferreira**  
CEM do (a) HMAP

  
**Dra. Debora Ferreira Barros**  
CEM do (a) HMAP

**Dr. Isac Jonas Lopes**  
CEM do (a) HMAP

  
**Dr. Leonardo Vitor Gomes**  
CEM do (a) HMAP

**Dr. Ricardo Augusto M. B. da Costa**  
CEM do (a) HMAP



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE GOIÁS

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

HOSPITAL MUN DE APARECIDA DE  
GOIÂNIA - HMAP

NOME DO MEMBRO

LARISSA SILVA DE SABOYA

CRM

22507

DATA INSCRIÇÃO

01/12/2017

ELEITO PARA O PERÍODO

21/06/2021 a 24/03/2022

O portador da presente cédula está habilitado a fiscalização do exercício ético da profissão na referida instituição, de acordo com a Resolução CFM 2.152/2016.

LOCAL E DATA

Aparecida de Goiânia, 21 de junho 2021.

PORTADOR

PRESIDENTE DO CREMEGO

  
PAULO ROBERTO CUNHA VENCIO

Eu, **DR(A). LARISSA SILVA DE SABOYA - CRM/GO 22507**, estou ciente de todo o conteúdo da **RESOLUÇÃO CFM n° 2.152/2016**, **assumo o compromisso de manter sigilo absoluto** a respeito das atividades da **COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA** do (a) **Hospital Mun. de Aparecida de Goiânia - HMAP**.

Declaro, ainda, estar ciente das normas e impedimentos fixados no Art. 154 do Código Penal.\*

Por ser verdade, firmo o presente termo de compromisso, sob as penas da lei.

Goiânia, de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

**DR(A). LARISSA SILVA DE SABOYA**  
**CRM/GO 22507**

**\* Art. 154 do Código Penal - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.**





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE GOIÁS

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

HOSPITAL MUN. DE APARECIDA DE  
GOIÂNIA - HMAP

NOME DO MEMBRO

DANDARA FERREIRA DE ALMEIDA  
OLIVEIRA

CRM

21586

DATA INSCRIÇÃO

03/01/2017

ELEITO PARA O PERÍODO

21/06/2021 a 24/03/2022

O portador da presente cédula está habilitado a fiscalização do exercício ético da profissão na referida instituição, de acordo com a Resolução CFM 2.152/2016.

LOCAL E DATA

Aparecida de Goiânia, 21 de junho 2021.

PORTADOR

PRESIDENTE DO CREMEGO

  
PAULO ROBERTO CUNHA VENCIO

Eu, DR(A). DANDARA FERREIRA DE ALMEIDA OLIVEIRA - CRM/GO 21586, estou ciente de todo o conteúdo da RESOLUÇÃO CFM nº 2.152/2016, **assumo o compromisso de manter sigilo absoluto** a respeito das atividades da COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA do (a) **Hospital Mun. de Aparecida de Goiânia - HMAP.**

Declaro, ainda, estar ciente das normas e impedimentos fixados no Art. 154 do Código Penal.\*

Por ser verdade, firmo o presente termo de compromisso, sob as penas da lei.

Goiânia, de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

**DR(A). DANDARA FERREIRA DE ALMEIDA OLIVEIRA**  
**CRM/GO 21586**

**\* Art. 154 do Código Penal - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.**



# CREMEGO

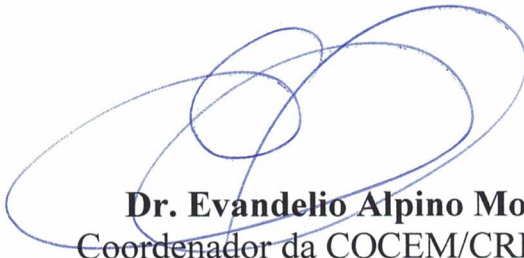
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS



## TERMO DE POSSE

Aos vinte e um dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e um (21/06/2021) no Hospital Mun. de Aparecida de Goiânia - HMAP, sito à Av. V-5, Qd. Área Lt. 1-E, Cidade Vera Cruz – Aparecida de Goiânia/GO, , por deliberação do Dr. Evandelio Alpino Morato (Coordenador da COCEM/CREMEGO) foi homologada a posse dos membros da Comissão de Ética Médica do (a) **Hospital Mun. de Aparecida de Goiânia - HMAP**, com vigência do mandato de 21/06/2021 a 24/03/2022, eleitos sob forma de eleição secreta e direta, os Doutores: **Dandara Ferreira de Almeida Oliveira, Ludymilla Candida Ribeiro da Silva, Larissa Silva De Saboya e Joice Chiarele Pereira**; os quais foram empossados. Os membros da Comissão obrigam-se, no ato da posse, ao desempenho dos seus deveres legais, na forma do disposto na Resolução CFM N° 2.152/2016 e no Código de Ética Médica.

Goiânia, 21 de junho de 2021.



**Dr. Evandelio Alpino Morato**  
Coordenador da COCEM/CREMEGO

**Dra. Dandara F. de Almeida Oliveira**

CEM do (a) HMAP

*Drª Ludymilla Cândida*

Pediatra

CRM-GO 20629 / RQE: 12977

**Dra. Ludymilla C. Ribeiro da Silva**

CEM do (a) HMAP

**Dra. Larissa Silva de Saboya**

CEM do (a) HMAP

*Joice Chiarele Pereira*

**Dra. Joice Chiarele Pereira**

CEM do (a) HMAP





# CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS



## TERMO DE COMPROMISSO DE SIGILO FUNCIONAL

Eu, **DR(A). JOICE CHIARELE PEREIRA - CRM/GO 25957**, estou ciente de todo o conteúdo da RESOLUÇÃO CFM nº 2.152/2016, **assumo o compromisso de manter sigilo absoluto** a respeito das atividades da COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA do (a) **Hospital Mun. de Aparecida de Goiânia - HMAP**.

Declaro, ainda, estar ciente das normas e impedimentos fixados no Art. 154 do Código Penal.\*

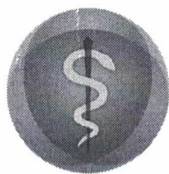
Por ser verdade, firmo o presente termo de compromisso, sob as penas da lei.

Goiânia, 03 de julho de 2021.

*Joice Chiarele Pereira*

**DR(A). JOICE CHIARELE PEREIRA**  
**CRM/GO 25957**

**\* Art. 154 do Código Penal - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.**



# CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS



## TERMO DE COMPROMISSO DE SIGILO FUNCIONAL

Eu, **DR(A). LUDYMILLA CANDIDA RIBEIRO DA SILVA - CRM/GO 20629**, estou ciente de todo o conteúdo da RESOLUÇÃO CFM nº 2.152/2016, **assumo o compromisso de manter sigilo absoluto** a respeito das atividades da COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA do (a) **Hospital Mun. de Aparecida de Goiânia - HMAP**.

Declaro, ainda, estar ciente das normas e impedimentos fixados no Art. 154 do Código Penal.\*

Por ser verdade, firmo o presente termo de compromisso, sob as penas da lei.

Goiânia, 18 de junho de 2021.

*Ludymilla Candida R. da Silva*

**DR(A). LUDYMILLA CANDIDA RIBEIRO DA SILVA**  
**CRM/GO 20629**

**\* Art. 154 do Código Penal - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.**

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

**JULHO DE 2021**



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. AÇÕES ESTRATÉGICAS.....	4

## 1. INTRODUÇÃO:

A Resolução n.172, de 15 de junho de 1994, normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde, e tem como **Objetivo:** Garantir ou pelo menos, tentar garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição, zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao COREN de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas. A Comissão de Ética de Enfermagem seguiu todos os trâmites legais estabelecidos pelo COREN e a posse da Comissão de Ética de Enfermagem do HMAP foi no dia 19 de setembro de 2019.

## 2. AÇÕES ESTRATÉGICAS

Seguimos na reestruturação da Comissão de Ética de Enfermagem do HMAP, sendo que no dia 28 de junho de 2021, o COREN-Goiás solicitou novamente o envio do Ofício para reestruturação da Comissão de Ética de Enfermagem, sendo executado prontamente.

No dia 08 de julho de 2021, a Gerência de Enfermagem esteve presencialmente, na sede do COREN-Goiás, para certificação do recebido do Ofício, em decorrência de nenhuma manifestação por parte do COREN para o seguimento da reestruturação. O mesmo afirmou o recebimento, e orientou que na mesma semana encaminharia o Edital para realização da eleição da comissão.

Em decorrência a paralisação do processo, a Gerência de Enfermagem encaminhou novamente um e-mail, no dia 21 de julho de 2021, conforme documento em anexo, para solicitar um posicionamento a respeito do andamento da comissão e no dia 23 de julho, COREN-Goiás entrou em contato telefônico, informando o não recebimento do Ofício.

Mediante dos fatos, esclareci para Sra. Cristina todo o andamento do processo, e

a mesma informou que entraria em contato futuramente.

Desta forma, aguardamos as próximas orientações do COREN-Goiás, para darmos seguimento na comissão.

Mara Helena J.B.H. Borges  
Gerente de Enfermagem  
COREN-GO 101765  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

Mara Helena J. B. H. Borges  
Gerente de enfermagem, COREN-GO: 101.765

## Criação de uma nova comissão de ética de enfermagem do HMAP



**De** <marajardim@hmap.org.br>

**Para** <cticeenf@corengo.org.br>

**Data** 07/05/2021 14:06

Boa tarde enfermeira Cristina

Meu nome é Mara, sou Gerente de Enfermagem do HMAP - Hospital Municipal de Aparecida, e gostaria de esclarecer algumas dúvidas sobre o encerramento da atual Comissão de Ética de Enfermagem do HMAP.

O enfermeiro Guilherme, presidente da comissão, encaminhou um e-mail para câmara técnica do COREN, no dia 05/05/2021, informando a desistências dos integrantes da comissão e seus respectivos motivos.

O mesmo informou que a câmara técnica irá dar seu parecer.

Gostaria de confirmar essa informação, e orientações como proceder para a nova comissão.

Fico no aguardo.

Att

Mara Helena J. B. H. Borges

Gerente de Enfermagem do HMAP

COREN-GO 101765

Memorando nº. 108/2021-GE/HMAP

Aparecida de Goiânia, 25 de maio de 2021.

**De:** Gerência de Enfermagem

**Para:** Diretoria Técnica

**Assunto:** Solicitação de Implantação da CEEnf

Senhor Diretor,

A Gerência de Enfermagem vem por meio deste solicitar o envio de um ofício para o COREN – GOIÁS, referente a implantação da Comissão de Ética de Enfermagem, pois a anterior foi extinguida por desistência dos membros.

Segue em anexo, o modelo de ofício conforme orientação do COREN-GOIÁS.

E informamos que o nosso quantitativo de profissionais de Enfermagem é de 201 colaboradores celetistas e 449 colaboradores terceirizados.

Atenciosamente,

Mara Helena J. B. H. Borges  
Gerente de Enfermagem  
COREN-GO 101765  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

Mara Helena J. B. H. Borges  
Gerente de Enfermagem  
Coren-GO 101765

**Recebido**

Data: 24 / 05 / 2021  
Hora: 15 : 07  
Ass.: Camilla



Memorando nº. 115/2021-GE/HMAP

Aparecida de Goiânia, 27 de maio de 2021.

**De:** Gerência de Enfermagem

**Para:** Setor da Qualidade – NQSP/HMAP

C/C: Diretoria Geral e Diretoria Técnica

**Assunto:** Comissão de Ética de Enfermagem

Prezada Senhora,

Em resposta ao memorando nº 035/2021, do Setor da Qualidade, a Gerência de Enfermagem vem por meio deste informar que no dia 06 de maio havia encaminhado e-mail para Coren-Goiás, solicitando orientações sobre fluxograma para criação da comissão de ética de enfermagem, aguardando validação e autorização pela Câmara técnica do Conselho Regional de Enfermagem.

Posteriormente, a gerência solicitou via memorando nº 108/2021 para Diretoria Técnica, o envio de ofício para COREN-GOIÁS, solicitando a implementação da Comissão de Ética de Enfermagem para HMAP. No mesmo dia a diretoria Técnica encaminhou o Ofício nº 014/2021 – DT/HMAP, solicitando abertura para implantação da comissão.

Enfim, aguardamos o retorno do COREN-GOIÁS para darmos seguimento no processo em questão.

Atenciosamente,

Mara Helena J.B.H. Borges  
Gerente de Enfermagem  
COREN-GO 101765  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP  
Mara Helena J. B. H. Borges  
Gerente de Enfermagem

Alana Oliveira da Silva  
Coordenadora da Qualidade - COREN-GO 481209  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

**Recebido**

Data: 26/05/2021  
Hora: 08 : 30  
Ass.: Camila



Ofício nº 014/2021 – DT/HMAP

Aparecida de Goiânia, 25 de maio de 2021

A Ilustríssima Senhora  
Edna de Souza Batista  
Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás  
Conselho Regional de Enfermagem de Goiás  
Rua 38, nº 645 - Setor Marista  
Goiânia - Goiás

Assunto: Abertura para implantação da Comissão de Ética de Enfermagem

Ilustríssima Senhora Presidente,

Ao cumprimentá-la, vimos por meio deste, solicitar a abertura para implantação da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia.

Ressaltamos que a solicitação se faz necessária visto que a Comissão anterior foi extinguida por desistência dos membros.

Diante do exposto, informamos que o nosso quantitativo de profissionais no Hospital se dá da seguinte forma:

- Celetistas 201 (duzentos e um) colaboradores, sendo 53 (cinquenta três) enfermeiros e 148 (cento e quarenta oito) técnicos de enfermagem.
- Terceirizados 449 (quatrocentos e quarenta e nove), sendo 82 (oitenta e dois) enfermeiros e 367 (trezentos e sessenta sete) técnicos de enfermagem.

Sem mais para o momento, colocamos a disposição e reiteramos protestos de alta estima e distinta consideração

Atenciosamente,

Mayler Olombrada N. de Santos  
Diretor Técnico - CRM 10.326  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP



**MAYLER OLOMBRADA NUNES DE SANTOS**  
Diretor Técnico / HMAP  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia – HMAP

DT/HMAP-CDCAL



# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

**JULHO 2021**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>2. INDICADORES</b> .....	3
<b>2.1 Taxa De Prontuários Revisados</b> .....	3
2.1.1 Objetivo .....	3
2.1.2 Fórmula.....	3
2.1.3.Resultado:.....	3
2.1.4 Análise Crítica .....	4
<b>2.1 Taxa De Itens em Conformidades</b> .....	4
2.2.1.Objetivo .....	4
2.2.2.Fórmula.....	4
2.2.3.Resultado .....	5
2.1.4 Análise Crítica .....	5
<b>3. AÇÕES ESTRATÉGICAS</b> .....	6
<b>3. ANEXO DA ATA DE REUNIÃO</b> .....	6

## 1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários tem por finalidade detectar possíveis falhas no preenchimento do documento, determinando, de imediato, a correção necessária; garantindo a qualidade das informações contidas no prontuário desta Instituição.

Esta comissão segue a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário médico como um 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 ao indivíduo.

## 2. INDICADORES

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do Hospital Municipal de Aparecida – HMAP analisou os seguintes indicadores;

- Taxa de prontuários revisados;
- Taxa de itens não conformes.

### 2.1 Taxa De Prontuários Revisados

#### 2.1.1 Objetivo

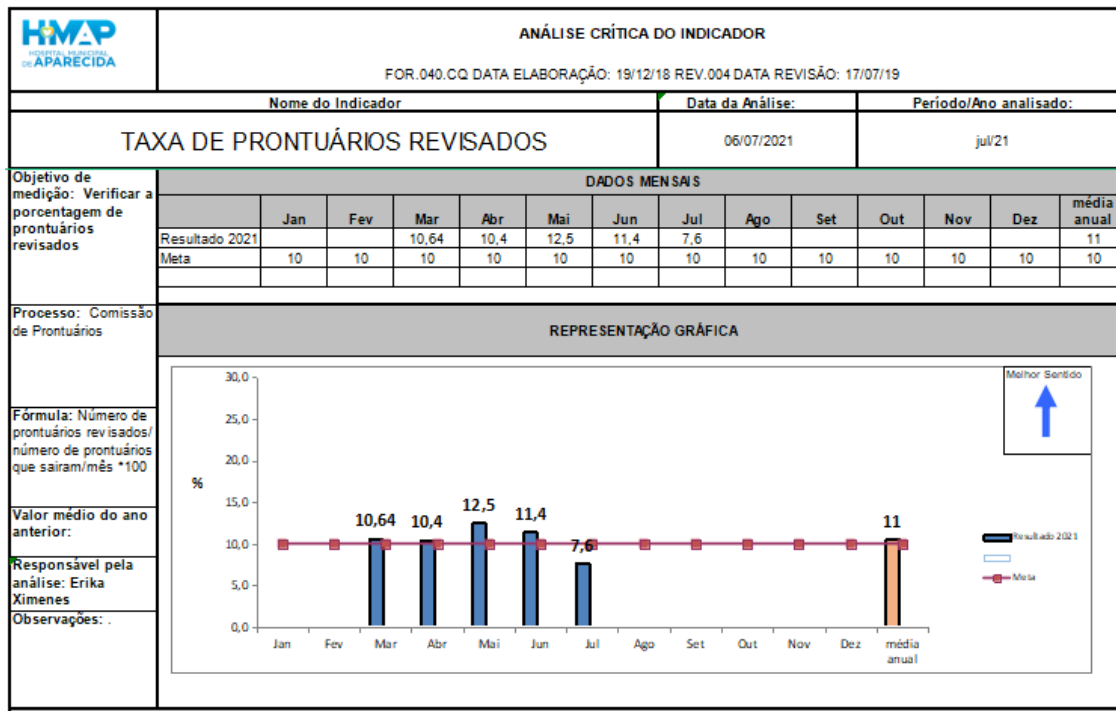
Avaliar a porcentagem de prontuários revisados no referido mês de análise.

#### 2.1.2 Fórmula

$$\frac{N^{\circ} \text{ de prontuários revisados}}{N^{\circ} \text{ de saídas hospitalares mês}} \times 100$$

#### 2.1.3. Resultado:

$$\frac{46}{604} \times 100 = 7,6\%$$



### 2.1.4 Análise Crítica

O mês de junho foram analisados e revisados 46 prontuários sendo 12 clínicas médica, 13 das UTIs e enfermarias COVID, 02 da pediatria e 19 do Centro Clínico, totalizando 604 saídas hospitalares.

### 2.1 Taxa De Itens em Conformidades

#### 2.2.1. Objetivo

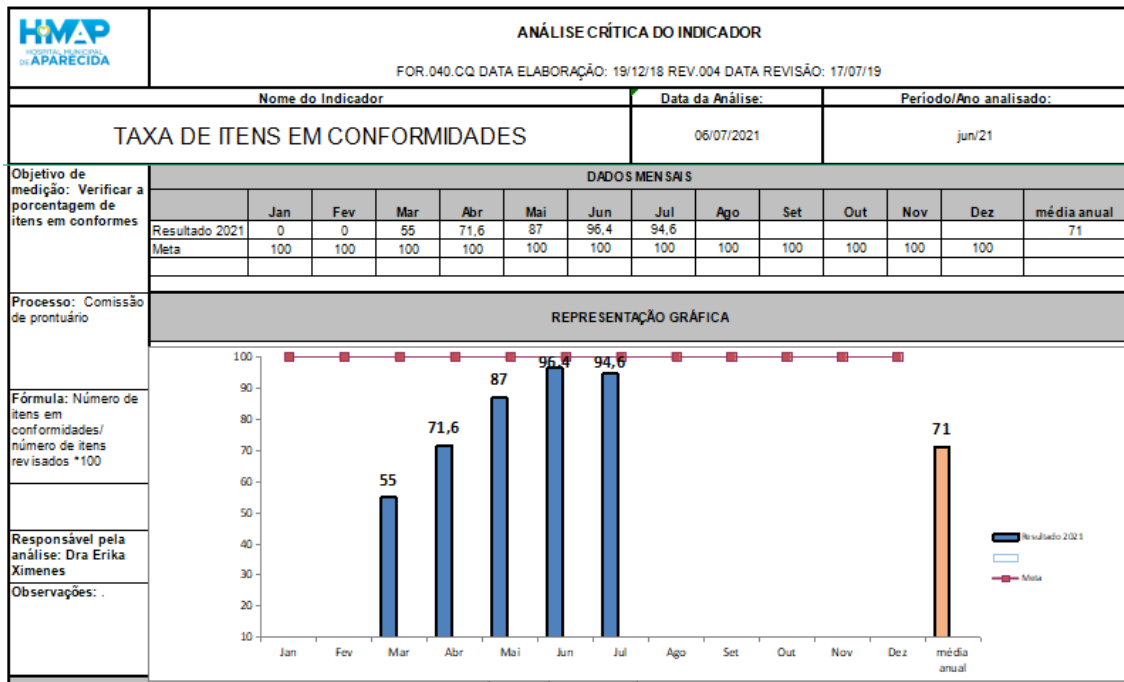
Avaliar a porcentagem de itens em conformes no referido mês de análise.

#### 2.2.2.Fórmula

$$\frac{N^{\circ} \text{ de itens em conformidades}}{N^{\circ} \text{ de itens revisados}} \times 100$$

### 2.2.3. Resultado

$$\frac{1305}{1380} \times 100 = 94,6\%$$



### 2.1.4 Análise Crítica

Foram analisados e revisados 46 prontuários, destes, apresentaram 1.167 conformidades, 75 itens não conformes, 138 itens que não se aplica (somado às conformidades) totalizando 1.380 itens verificados.

Os prontuários são revisados através dos formulários (FOR.098.SAME e FOR.407 SAME) e neste contém 24 itens médico e 30 itens para análise de enfermagem, um total de 54 itens.



### AÇÕES ESTRATÉGICAS

O que?	Por quê?	Como?	Responsável	Quanto/ Quantidade	Data Início	Data Fim	Local	Status	Como mensurar a efetividade?
Emitir relatório para a comissão de ética, diretoria técnica e superintendência.	Melhorar a organização dos prontuários referente as evoluções medicas, prescrições e multi.	Relatório	Presidente da comissão	Homem-hora	01/07/2021	05/08/2021	HMAP	Em andamento	Através dos indicadores e do formulário.
Emitir relatório para a gerente de enfermagem	Melhorar a organização dos prontuários referente as evoluções de enfermagem, checagem das medicações e identificação dos profissionais	Relatório	Enfermeira auditora	Homem-hora	01/07/2021	05/08/2021	HMAP	Em andamento	Através do indicadores e formulário

Erika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo  
Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Dra. Erika Ximenes Belo  
CRM - GO 10216

### 3. ANEXO DA ATA DE REUNIÃO

**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 1/3

**Título: Reunião Mensal da Comissão de Análise e Revisão do Prontuário**

**Responsável:** Érika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo

**Data:** 05/08/2021

**Local:** SALA DE REUNIÃO

**Horário:** 17h00

às 17h50

**Caráter da Reunião:** ( X ) Ordinária ( ) Extra

**Pauta:** Análise e revisão dos prontuários referentes ao mês de JULHO de 2021.

**Participantes:**

Nome	Assinatura
1. Érika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo (Presidente)	
2. Kátia Oliveira Nunes (Secretaria)	
3. Analu Alves dos Santos (convidada)	
4. Eliene Rosa da Silva (Membro)	-
5. Alana Oliveira da Silva (Membro)	
6. Leilia Cristiane Martins (convidada)	
7. Mara Helena Jardim Bittes Henrique Borges (Membro)	

**Follow up da reunião anterior:**

NÃO CONSTA;

**Desenvolvimento da Reunião**

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Foram avaliados o total de 27 prontuários no mês de julho: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 12 da Clínica Médica Adulta;</li> <li>➢ 13 das UTI's e enfermarias COVID;</li> <li>➢ 02 da UTI/Clínica Pediátrica;</li> </ul>	Finalizado
2.	Os prontuários foram avaliados através do FOR.098. SAME, com 24 itens de verificação do prontuário médico e FOR.407 SAME. Com 30 itens de verificação prontuário de enfermagem. Dos prontuários avaliados, identificou-se <b>668 Conformidades ; 61 NCs (Não Conformidades) e 81 Não se Aplica (somado às conformidades).</b>  <b>CONFORMIDADES:</b> <b>Quanto aos setores / itens:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Clínica Médica: 293</li> <li>➢ UTI's e enfermarias covid: 325</li> <li>➢ UTI e Clínica Pediátrica: 50</li> </ul> <b>Quanto aos prontuários:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Identificação do paciente: 27</li> <li>➢ Anamnese médica: 21</li> <li>➢ Exame físico: 02</li> <li>➢ Prescrição médica: 27</li> <li>➢ Evolução médica: 27</li> </ul>	Finalizado

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos



**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 2/3

- Multidisciplinar: 27
- Prescrição de enfermagem: 05
- Evolução de enfermagem: 27
- Anamnese de enfermagem: 21
- Registro de triagem: 17
- Anotação de enfermagem: 27
- Exames complementares: 27
- Identificação profissional: 27
- Boletim cirúrgico: 00
- Recuperação anestésica: 00
- Resumo de alta: 25

**NÃO CONFORMIDADES**

**Quanto aos setores / itens:**

- Clínica Médica: 31 NCs
- UTI's e enfermarias covid: 26 NCs
- UTI e Clínica Pediátrica: 04 NCs
- 

**Quanto aos prontuários:**

- Identificação do paciente: 00 NCs
- Anamnese médica: 25 NCs
- Exame físico: 22 NCs
- Prescrição médica: 00 NCs
- Evolução médica: 00 NCs
- Prescrição de enfermagem: 22 NCs
- Evolução de enfermagem: 00 NCs
- Anamnese de enfermagem: 06 NCs
- Registro de triagem: 10 NCs
- Anotação de enfermagem: 00 NCs
- Exames complementares: 00 NCs
- Identificação profissional: 00 NCs
- Boletim cirúrgico: 00 NCs
- Recuperação anestésica: 00 NCs
- Resumo de alta: 02 NCs

Os principais itens não conformes foram:

**Parte Médica:** Anamnese e exame físico;

**Parte de Enfermagem:** Identificação do profissional no registro de triagem, SAE, anamnese completa, checagem das medicações e evolução de alta.

**Plano de ação**

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Emitir relatório para a comissão de ética, diretoria técnica e superintendência .	Érika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo	10/08/2021
2.	Emitir relatório para a gerente de enfermagem	Juliana Oliveira Pacheco	10/08/2021

Sem mais a relatar, eu Kátia Oliveira Nunes lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Coletores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

**JULHO 2021**

## ÍNDICE

1. Introdução.....	2
2. Indicador.....	3
2.1.2. Fórmula.....	3
2.1.3. Resultado.....	5
2.1.4. Análise crítica.....	5
2.2.2. Fórmula.....	5
2.2.3. Resultado.....	5
2.2.4. Análise crítica.....	6
2.3.2. Fórmula.....	6
2.3.3. Resultado.....	7
4. Ata de reunião.....	10

## 1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Verificação de Óbitos do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP segue a Resolução Interministerial MEC/MS n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, da Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis e da Resolução CFM nº 2.171/2017, que regulamenta e normatiza as Comissão de Óbito, tornando-a obrigatória na instituição hospitalar e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

## 2. INDICADOR

A Comissão de Verificação de Óbito do HMAP analise os seguintes indicadores:

- Taxa de avaliação de óbitos;
- Taxa de não conformidade de declaração de óbitos (DO);
- Perfil epidemiológico de óbito por Código Internacional de Doenças (CID)

### 2.1. Taxa De Avaliação De Óbitos

#### 2.1.1. Objetivo

Avaliar a porcentagem de óbitos avaliados no referido mês de análise.

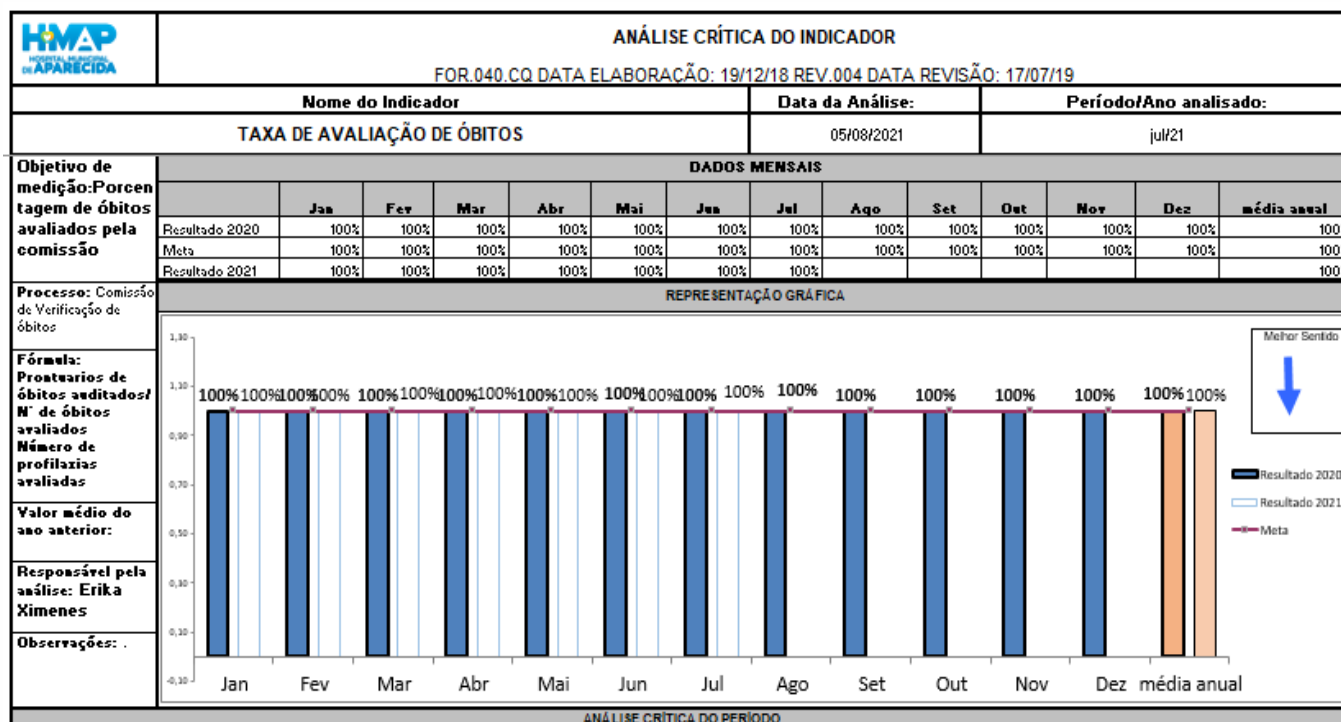
#### 2.1.2. Fórmula

$$\frac{N^{\circ} \text{ de prontuários de óbitos avaliados}}{N^{\circ} \text{ total de óbitos}} \times 100$$

#### 2.1.3. Resultado

$$\frac{141}{141} \times 100 = 100$$





### 2.1.4. Análise Crítica

No mês julho tivemos um total de 141 óbitos, destes foram verificados 139 (98,6%) óbitos com declaração de óbitos, 1 (0,7%) para SVO, 1 (0,7%) para IML. Sendo dos óbitos na 12,1 % Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 81% UTI/enfermaria COVID, 5.8% nas enfermarias e 1.4% na Reanimação, 0,7% UTI pediatria. Sendo necessário encaminhar um (1) óbito SVO, e um (1) para IML avaliação a esclarecer.

Os óbitos são verificados através do formulário (FOR.097.DCM) e neste

ITEM AVALIADO	QUANTITATIVO	PERC. %
Óbitos sexo feminino	59	42%
Óbitos sexo masculino	82	59%
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100%</b>

contém as seguintes classificações:

ITEM AVALIADO	QUANTITATIVO	PERC. %
Óbitos justificados	139	100%
Óbitos com necessidade de avaliação	0	0%

ITEM AVALIADO	QUANTITATIVO	PERC. %
Óbitos mulheres em idade fértil <sup>1</sup>	02	1,4%
Óbitos de crianças <sup>2</sup>	01	07%
Óbitos menor de 24 horas <sup>2</sup>	15	10,7%

<sup>1</sup> Referente ao total de óbitos do sexo feminino

<sup>2</sup> Referente ao total de óbitos

## 2.2. Taxa de Conformidade de Declaração de Óbito (DO)

### 2.2.1. Objetivo

Avaliar a porcentagem de conformidade no preenchimento das DO's no referido mês de análise.

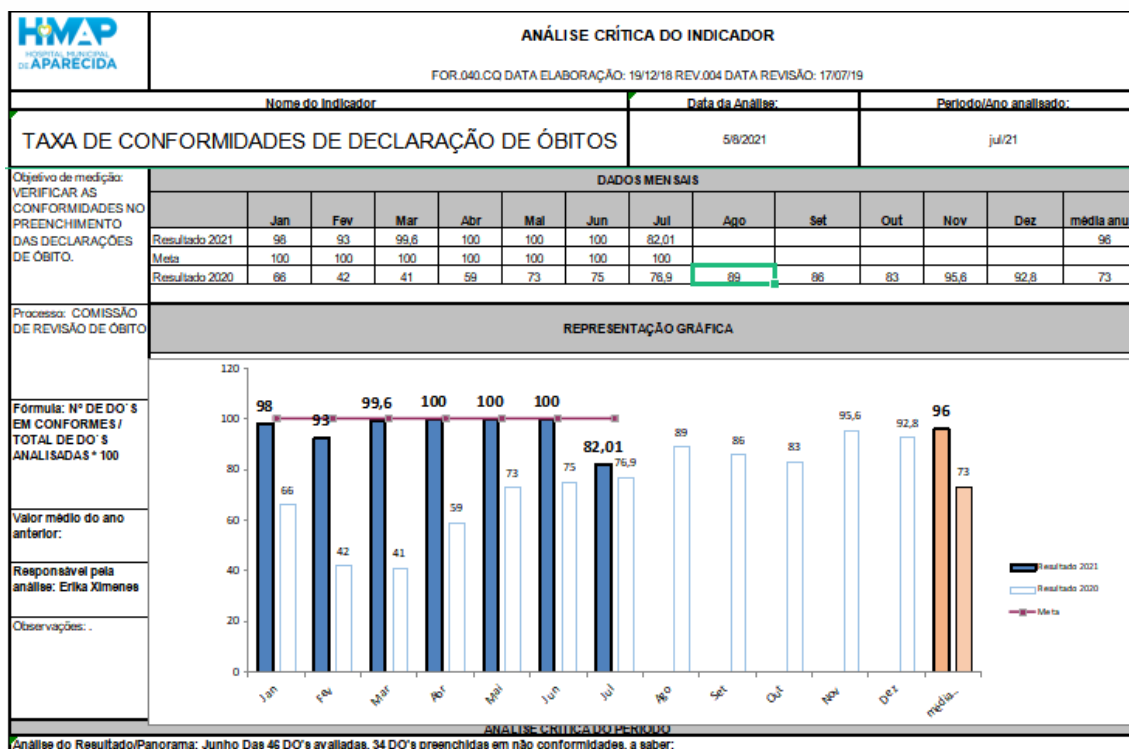
### 2.2.2. Fórmula

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de DO's sem conformidades}}{N^{\circ} \text{ total de DO's verificados}} \times 100$$

### 2.2.3. Resultado

$$\frac{114}{139} \times 100 = 82,01$$

## 2.2.4. Análise Crítica



Foram avaliados 139 óbitos, destes 114 DO's contém itens de conformidades, 25 com errata, 2 óbitos não possuem DOs sendo direcionado 01 ao SVO e 01 para o IML. Os óbitos são verificados através do formulário (FOR.097.DCM) e neste contendo o total de não conformidades.

## 2.3. Perfil epidemiológico de óbito por CID

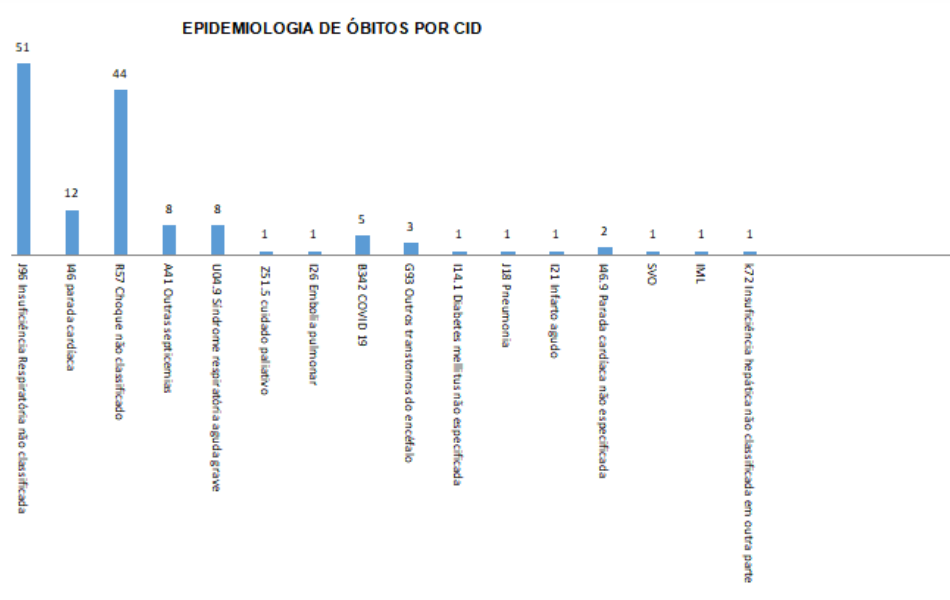
### 2.3.1. Objetivo

Avaliar o perfil epidemiológico dos óbitos por CID.

### 2.3.2. Fórmula

$$N^{\circ} \text{ de perfil epidemiológico dos óbitos por CID}$$

### 2.3.3. Resultado



### 2.3.4. Análise crítica

O perfil epidemiológico dos óbitos por CID conforme o gráfico acima, obtivemos, 31,8% Choque não classificado (R57), 37,0% Insuficiência Respiratória não classificado (J96), 6,0%. Outras septicemias (A41), 6,0% Síndrome respiratória aguda grave (U04.9), 3,6% Infecção por Coronavírus (B342), 8,7% parada cardíaca (I46), 1,4% Parada cardíaca não especificada (I46.9) 2,0% Outros transtornos do encéfalo (G93). 0,7% cuidado paliativo (Z51.5), 0,7% Embolia pulmonar (I26), 0,7% Diabetes mellitus não especificada (I14.1). 0,7% Pneumonia (J18). 0,7% Infarto agudo (I21), 0,7% (k72) Insuficiência hepática não classificado em outra parte

### 3. AÇÕES ESTRATÉGICAS

O que?	Por quê?	Como?	Responsável	Quanto/ Quantidade	Data Início	Data Fim	Local	Status	Como mensurara Efetividade?
Definir mensalmente metas de melhorias e estratégias buscando a qualidade nos prontuários	Para melhorar e viabilizar no quesito do preenchimento da DO e evolução do óbito.	Orientação aos Profissionais	Presidente da comissão e diretoria da instituição	Homem-hora	05/08/2021	30/08/2021	HMAP	Iniciado	Indicador de conformidade
Fiscalizar conjuntamente com a comissão o adequado registo do óbito no D.O.	Para melhorar e viabilizar no quesito do preenchimento da DO e evolução do óbito.	Observação e análise	Presidente e membros da Comissão	Homem-hora	05/08/2021	30/08/2021	HMAP	Iniciado	Indicador de conformidade

Dr.ª Erika Ximenes Belo  
CRM - 3310216

Erika Vieira Ximenes Belo

Presidente da CVO

### 4. ATA DE REUNIÃO



**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 1/2

**Título:** Reunião da Comissão de Verificação de Óbitos

**Responsável:** Érika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo

**Data:** 05/08/2021

**Local:** Sala de Reunião


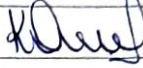
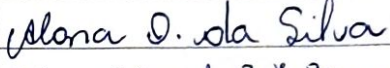
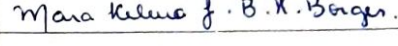
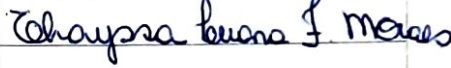
**Horário:** 16h00

às 16h58

**Caráter da Reunião:**    ( X ) Ordinária    ( ) Extra

**Pauta:** Apresentação dos óbitos referentes ao mês de Julho de 2021;

**Participantes:**

Nome	Assinatura
1. Érika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo (Presidente)	
2. Kátia Oliveira Nunes (secretária)	
3. Eliene Rosa da Silva (membro)	-
4. Alana Oliveira da Silva (membro)	
5. Mara Helena Jardim Bittes Henrique Borges ( convidada)	
6. Lara Gomes Rego (membro)	-
7. Thayssa Luana F.Moraes (membro)	
8. Júlio Resplande de Araújo Filho (Gerente Médico)	-
9. Mayler Olombrada N. Santos (Diretor Técnico)	-

**Follow up da reunião anterior:**

Não consta;

**Desenvolvimento da Reunião**

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Foram avaliados <b>140</b> óbitos na instituição. Utilizando o FOR.097.DCM, e destes avaliados verificamos: <b>02</b> de mulher em idade fértil <b>15</b> óbitos em menos que 24 horas ( <b>10</b> masculino, <b>05</b> feminino).	Finalizado
2.	Quanto ao sexo: <b>59</b> pacientes do sexo feminino; <b>81</b> pacientes do sexo masculino.	Finalizado
3.	Quanto ao local do óbito: <b>17</b> pacientes faleceram na UTI adulto sendo <b>09</b> UTI 1 e <b>08</b> UTI 2 <b>112</b> paciente faleceram nas UTI's covid19 sendo <b>22</b> na C2 e <b>20</b> na F, <b>05</b> UTI A; <b>26</b> UTI B; <b>11</b> UTI RPA <b>28</b> UTI Térreo sendo: <b>16</b> UTI 1 e <b>12</b> UTI 2 <b>02</b> Paciente faleceu PAREANIMAÇÃO; <b>03</b> Paciente faleceu na Enfermaria A <b>03</b> Paciente na Enfermaria D <b>02</b> Paciente na Enfermaria E <b>01</b> Paciente faleceu na UTI Pediatrica	Finalizado

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos



**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 2/2

4. 136 DO's preenchidas em conformidades; 00 Em Fragilidades  
02 DO's onde a hipótese diagnóstica não é coerente (Não conformidade);  
25 DO com errata  
01 direcionado ao SVO  
01 Direcionado ao IML

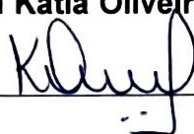
Finalizado

**Plano de ação**

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Definir mensalmente metas de melhorias e estratégias buscando a qualidade nos prontuários.	Comissão	30/08/2021
2.	Emitir relatório para a diretoria técnica e coordenadores.	Érika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo	11/08/2021
3.	Fiscalizar conjuntamente com a comissão o adequado registo do óbitos na D.O.	Comissão	30/08/2021
4.	Solicitar que a epidemiologia informe a comissão via memorando sobre as fragilidades que os setores sinalizam após a entrega do prontuário.	Epidemiologia	30/08/2021

Sem mais a relatar, eu **Kátia Oliveira Nunes** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Assinatura do relator:



Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos

# RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL (EMTN)

**JULHO DE 2021**

## ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	3
2.	INDICADORES.....	4
2.1	INDICADOR DE FREQUÊNCIA DE J EJUM > 24H EM PACIENTES EM TNO, TNE, TNP	4
2.1.1	DEFINIÇÃO.....	4
2.1.2	FÓRMULA.....	4
2.1.3	RESULTADO TNO.....	5
2.1.4	ANÁLISE CRÍTICA.....	5
2.1.5	RESULTADO TNE.....	6
2.1.6	ANÁLISE CRÍTICA.....	6
2.1.7	RESULTADO TNP.....	7
2.1.8	ANÁLISE CRÍTICA.....	7
2.2	INDICADOR DE PACIENTES COM TNP PERIFÉRICA (TNPP) POR MAIS DE 7 DIAS DE DURAÇÃO.....	7
2.2.1	DEFINIÇÃO.....	7
2.2.2	FÓRMULA.....	8
2.2.3	RESULTADO.....	8
2.2.4	ANÁLISE CRÍTICA.....	8
2.3	INDICADOR DE PACIENTES COM TNP CENTRAL (TNPC) POR MAIS DE 7 DIAS DE DURAÇÃO.....	9
2.3.1	DEFINIÇÃO.....	9
2.3.2	FÓRMULA.....	9
2.3.3	RESULTADO.....	9
2.3.4	ANÁLISE CRÍTICA.....	10
2.4	INDICADOR DE PACIENTES COM FREQUÊNCIA DE EPISÓDIOS DE DIARREIA EM PACIENTES EM TNE.....	10
2.4.1	DEFINIÇÃO.....	10
2.4.2	FÓRMULA.....	10
2.4.3	RESULTADO.....	10
2.4.4	ANÁLISE CRÍTICA.....	11
2.5	NÚMERO TOTAL DE PERDA DE ACESSO ENTERAL NA UTI.....	11
2.5.1	DEFINIÇÃO.....	11
2.5.2	FÓRMULA.....	11
2.5.3	RESULTADO.....	12
2.5.4	ANÁLISE CRÍTICA.....	12
3.	AÇÕES ESTRATÉGICAS.....	13
4.	ATA DE REUNIÃO.....	15

## 1. INTRODUÇÃO

Considerando a prevalência da desnutrição em âmbito hospitalar elege-se um cenário negativo e bastante complexo devido a potencialização das complicações associadas a internação. Consideramos como complicação associada a desnutrição o aumento do risco de infecções, a dificuldades na cicatrização, menor resposta imunológica e as terapêuticas aplicadas, o que eleva a taxa de permanência hospitalar e concomitantemente a taxa de morbimortalidade.

Analisando este cenário faz-se necessário medidas multidisciplinares a fim de prevenir e ou tratar a incidência da desnutrição em âmbito hospitalar com a finalidade de diminuir a taxa de permanência assim como a mortalidade de nossos usuários. De modo que fica evidenciada a instituição de uma Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN).

De acordo com a ANVISA, a EMTN deverá ser minimamente constituída pelos seguintes membros: médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista que tenham cursos específicos em terapia nutricional. Essa regulamentação é regida pela Portaria nº 272, de 08/04/1998 e a RDC nº 63, de 06/07/2000.

## 2. INDICADORES

- Indicador de frequência de Jejum > 24h em pacientes em TNO, TNE, TNP.
- Indicador de frequência de pacientes com TNP periférica (TNPP) por mais de 7 dias de duração.
- Indicador de frequência de pacientes com TNP central (TNPC) por mais de 7 dias de duração.
- Indicador de frequência de episódio de diarreia em pacientes em TNE.
- Indicador de número total de perda de acesso enteral na UTI.

### 2.1. Indicador de frequência de Jejum > 24h em pacientes em TNO, TNE, TNP

#### 2.1.1. Definição

Identificar pacientes com tempo de jejum > 24h visto que os pacientes hospitalizados apresentam alto catabolismo durante longos períodos de jejum.

#### 2.1.2 Fórmulas

$$= \frac{\text{Nº de pacientes com Jejum > 24h TNE}}{\text{Total de pacientes em TNO + TNE}} \times 100$$

$$= \frac{\text{Nº de pacientes com Jejum > 24h TNO}}{\text{Total de pacientes em TNE + TNO}} \times 100$$

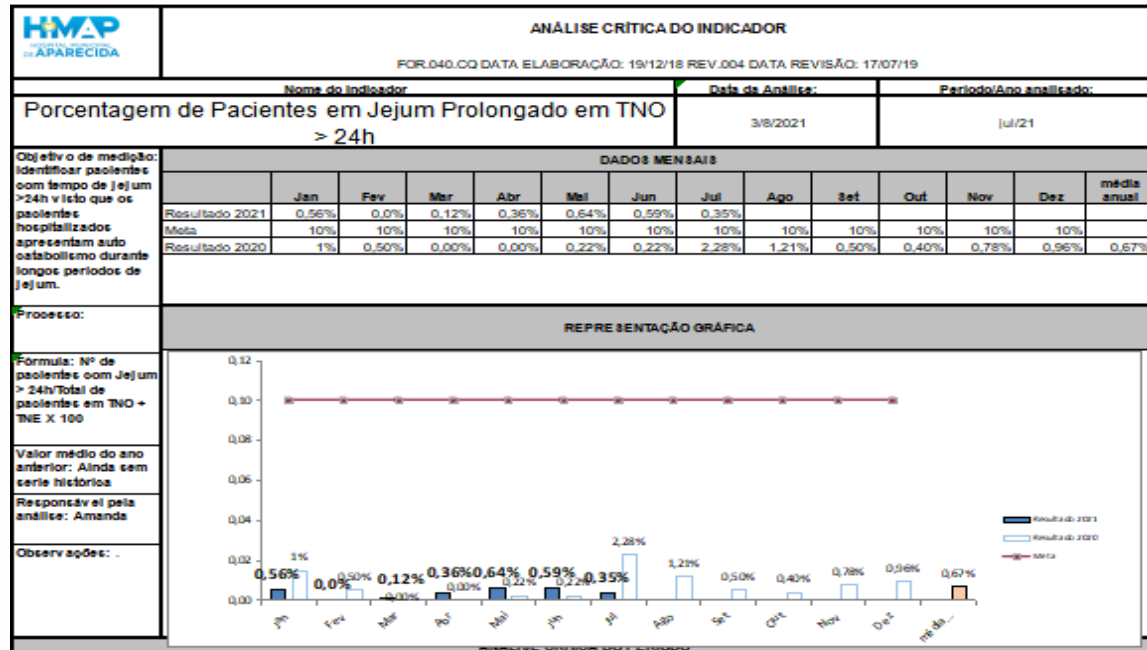
$$= \frac{\text{Nº de pacientes com Jejum > 24h TNP}}{\text{Total de pacientes em TNP}} \times 100$$



### 2.1.3 Resultado Pacientes em Jejum prolongado em TNO > 24h

2

$$\frac{2}{389+175} \times 100 = 0,35\%$$



### 2.1.4 Análise Crítica

No mês de Julho tivemos 564 pacientes internos na unidade, onde 389 estavam em benefício de TNO (Terapia Nutricional Oral). Neste período houveram 02 casos de jejum maior que 24 horas, 01 devido a quadro de abdômen agudo inflamatório (UTI ADULTO) e 01 por instabilidade hemodinâmica na UTI COVID B.

Nota-se uma pequena diminuição em relação ao mês anterior, no qual os casos de jejum maior que 24 horas estão todos relacionados ao quadro clínico do paciente.

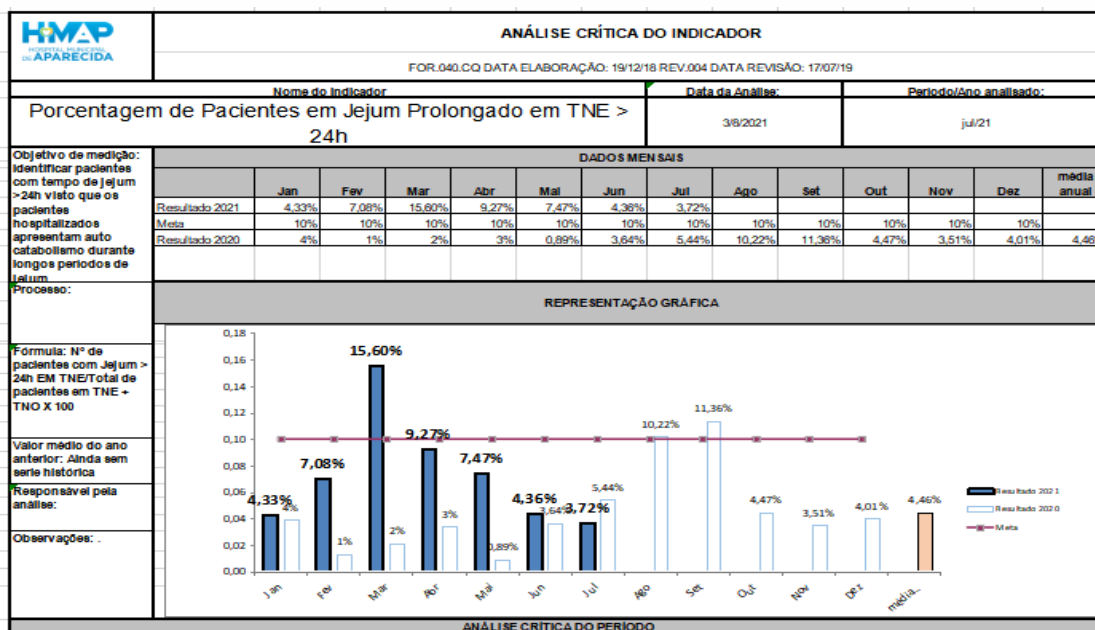
**Plano de ação:** Continuar o monitoramento.



## 2.1.5 Resultado Pacientes em Jejum prolongado em TNE > 24h

21

$$\frac{389+175}{\quad} \times 100 = 3,72\%$$



## 2.1.6 Análise Crítica

No mês de Julho 175 pacientes estavam em benefício da Terapia Nutricional Enteral (TNE), dos quais 21 permaneceram em jejum por tempo superior a 24h, destes, 19 foram por instabilidade hemodinâmica (UTI ADULTO, UTI COVID F, UTI COVID C2, UTI COVID RPA, UTI COVID B, UTI COVID A, UTI TERREO 1 e ENFERMARIA COVID B).

Houve 01 caso por aguardo de passagem de sonda (UTI COVID C2) e 01 caso por aguardo de exame de raio X (UTI COVID A).

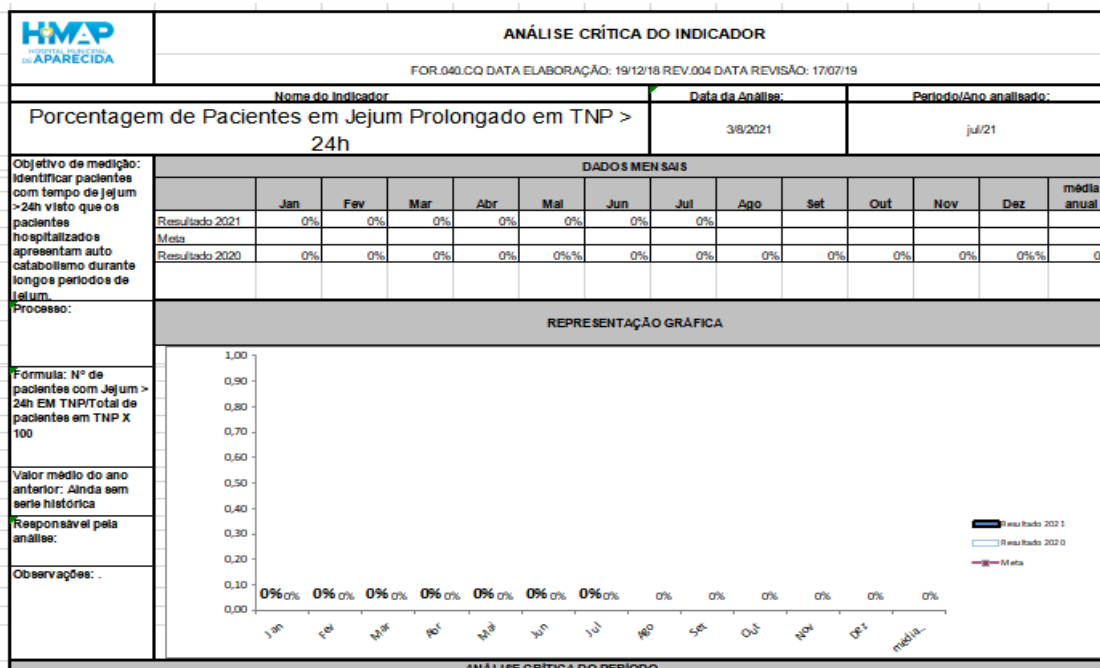
Nota-se que em relação ao mês anterior houve uma diminuição significativa 4,36% para 3,72%, o que se deve ao acompanhamento e prevenção das causas pela EMTN.

Contudo, observa-se á importância de continuar o monitoramento e trabalhar medidas educativas e preventivas diariamente entre as equipes assistenciais para diminuir a incidência do jejum maior que 24h sem que haja indicação clínica.

**Plano de ação:** Continuar o monitoramento.

### 2.1.7 RESULTADO PACIENTES EM JEJUM PROLONGADO EM NPT > 24H

$$= \frac{0}{0} \times 100 = 0\%$$



### 2.1.6 Análise Crítica

No mês de julho não tivemos nenhum caso de jejum maior que 24 horas em NPT.

## 2.2. INDICADOR DE PACIENTES COM TNP PERIFÉRICA (TNPP) POR MAIS DE 7 DIAS DE DURAÇÃO.

### 2.2.1. Definição

Monitorar a assertividade do acesso escolhido para infusão da nutrição parenteral e prevenir complicações causadas pela escolha do acesso, como flebites.

## 2.2.2. Fórmula

$$= \frac{\text{Nº de indicações de não conformidade em TNPP}}{\text{Total de pacientes em TNPP}} \times 100$$

## 2.2.. Resultado

$$\frac{0}{0} \times 100 = 0,00\%$$

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																						
FOR.040.CO DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19																																																																						
Nome do Indicador										Data da Análise:			Período/Ano analisado:																																																									
Número de indicações de não conformidades de TNPP										3/8/2021			jul/21																																																									
Objetivo de medição: Monitorar a assertividade do acesso escolhido para infusão na nutrição parenteral.																																																																						
B																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resultado 2021</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Meta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resultado 2020</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>																Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	Resultado 2021	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Meta														Resultado 2020	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																																									
Resultado 2021	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%																																																									
Meta																																																																						
Resultado 2020	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%																																																									
Processo: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																						
Fórmula: Nº de indicações de não conformidades em TNPP por menos de 7 dias																																																																						
Valor médio do ano anterior: Ainda sem série																																																																						
Responsável pela análise: NUTRIÇÃO																																																																						
Observações:																																																																						
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																						

## 2.2.4 Análise Crítica

Indicador sem resultados pois não tivemos nenhum paciente em benefício da TNPP na unidade.

## 2.3. INDICADOR DE PACIENTES COM TNPC CENTRAL (TNPC) POR MENOS DE 7 DIAS DE DURAÇÃO)

### 2.3.1. Definição

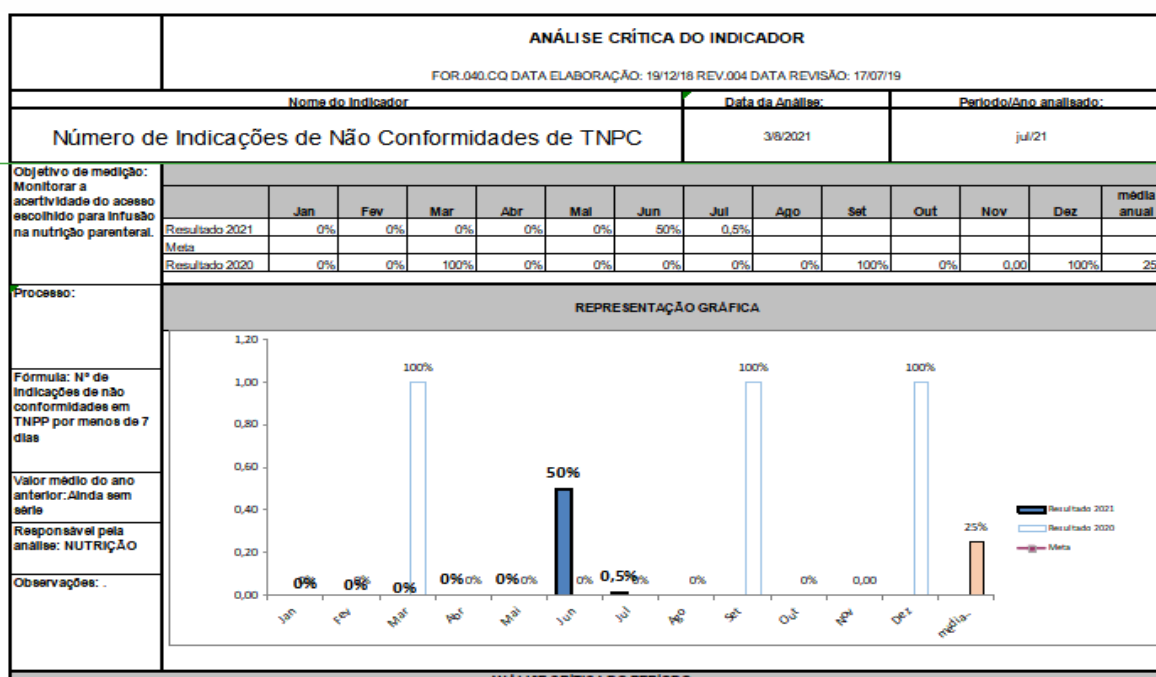
Monitorar a assertividade do acesso escolhido para infusão da nutrição parenteral.

### 2.3.2. Fórmula

$$= \frac{\text{Nº de indicações de não conformidade em TNPC}}{\text{Total de pacientes em TNPC}} \times 100$$

### 2.3.3. Resultado

$$= \frac{1}{2} \times 100 = 0,5\%$$



### 2.3.4 Análise Crítica:

No mês de julho tivemos 02 pacientes em uso de Terapia Nutricional Parenteral, um na UTI COVID B, o mesmo segue internado com acesso central desde o dia 30 de julho, devido um quadro de pancreatite agudo seguido de fístula entérica, apresentando boa tolerância e progressão rápida da dieta.

O outro está na UTI adulto, no qual fez uso de dieta parenteral com acesso central por apenas 7 dias, devido quadro de diarreia crônica, esse paciente poderia ter utilizado um acesso periférico já que o tempo de

permanência foi menor que 7 dias, porém não havia disponibilidade de dietas parenterais para acesso periférico.

**Plano de Ação:** Padronização de dietas parenterais para acesso periférico.

## 2.4. INDICADOR DE FREQUÊNCIA DE EPISÓDIOS DE DIARREIA EM PACIENTES EM TNE

### 2.4.1. Definição

Identificar a incidência de diarreia em pacientes em TNE, visto que a incidência pode chegar a 95% e nos pacientes em UTI pode ser maior do que 95%.

### 2.4.2. Fórmula

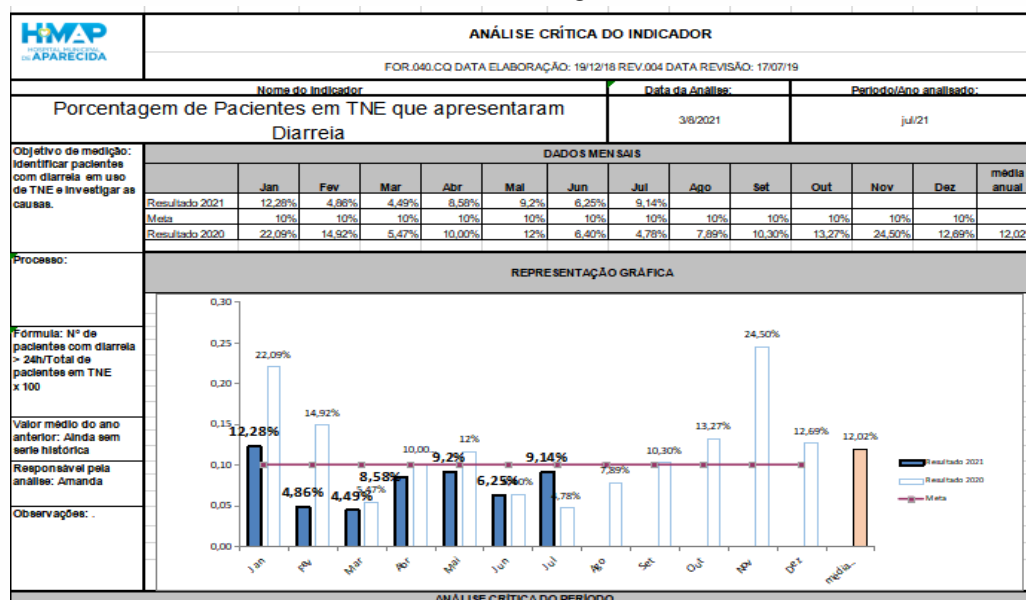
$$= \frac{\text{Nº de pacientes com diarreia}}{\text{Total de pacientes TNE}} \times 100$$

### 2.4.2 Resultado

16

X 100 = 9,14%

175



### 2.4.4 Análise Crítica

No mês de Julho 16 pacientes evoluíram com quadro de diarreia quando utilizavam dietas enterais, dentre os quais 12 estavam em uso de antibióticos (UTI ADULTO, UTI PED, CLINICA MEDICA E, UTI COVID RPA, UTI COVID C2, UTI COVID A).

Houveram 03 casos de colite pseudomembranosa (UTI ADULTO, CLINICA MEDICA E e UTI TERREO 1) e 01 caso por disbiose intestinal (CLINICA MEDICA D).

Ao analisarmos os resultados nota-se que houve um aumento ao compararmos ao mês anterior, contudo não ultrapassamos a meta de 10%, porém é importante reforçar o monitoramento afim de prevenir a incidência de diarreias nos pacientes em uso de TNE.

**Plano de ação:** Continuar o monitoramento.

## 2.5. NÚMERO TOTAL DE PERDA DE ACESSO ENTERAL NA UTI

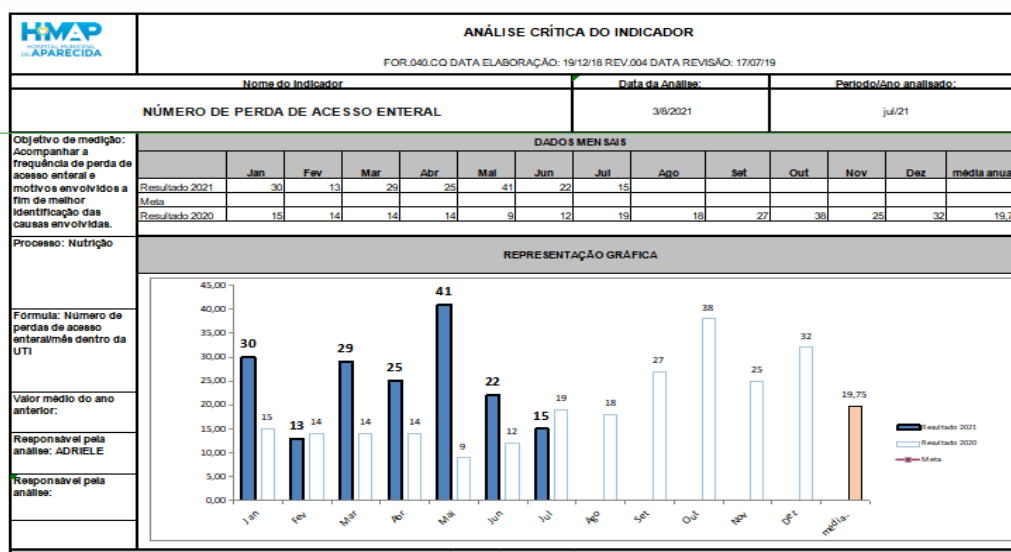
### 2.5.1. Definição

Identificar e acompanhar a perda de acesso enteral e os motivos.

### 2.5.2. Fórmula

$N^{\circ}$  de Total de perdas de acesso enteral dos pacientes internos nas UTI adulto.

### 2.5.3 Resultado:





#### 2.5.4 Análise Crítica

No mês de julho a presente análise foi realizada dentro dos ambientes da UTI ADULTO, e das UTIs Covid (UTI C2, UTI B, UTI-F, RPA, UTI A, UTI TERREO 1 e 2), nos quais 175 pacientes estavam em benefício da TNE.

Foram observadas 15 perdas de acesso enteral, envolvendo 13 pacientes, dos quais 11 casos por saque do próprio paciente por agitação, confusão mental ou saque acidental, (UIT ADULTO, UTI COVID C2, UTI COVI B, UTI COVID A, UTI COVID TERREO 1 e UTI COVID TERREO 2).

Houveram 03 perdas de sonda por obstrução, (UTI ADULTO, UTI COVID B UTI COVID TERREO 2), 01saque acidental durante a pronação (UTI COVID RPA).

Observa-se que houve uma diminuição do número de perdas de acesso enteral quando comparado com o mês anterior, porém o número de saque pelo próprio paciente continua sendo um ponto a melhorar.

**Plano de ação:** Detalhamento das causas de saque de sonda para tratativas individuais de acordo com o motivo.

### 3. AÇÕES ESTRATÉGICAS


O que?	Por quê?	Como?	Responsável	Quanto/ Quantidade	Data Início	Data Fim	Local	Status	Como mensurar a efetividade?
Apresentação de indicadores	Para discussão dos resultados	Durante a reunião	EMTN	Hora-Homem	Durante a reunião	Durante a reunião	Sala de reunião	Realizado mensalmente	Através das análises dos indicadores.
Gráfico de esferas com principais antibióticos associados aos casos de diarreia.	Para identificar os mais incidentes	Através de Auditoria em prontuário	Farmácia	Hora-Homem	04/08/2021	Próxima reunião	HMAP	Em andamento	Através do acompanhamento das prescrições/evoluções.
Definição do fluxograma de diarreia.	Para padronização de condutas.	Através da adesão ao fluxograma.	EMTN	Hora-Homem	06/07/2021	Próxima reunião	Sala de reuniões e auditório	Realizado	Através do acompanhamento das prescrições
Lista com prebióticos e probióticos a serem utilizados na unidade	Para padronização	Através da inclusão na lista de insumos padronizados	Amanda e Adriele	Hora-Homem	06/07/2021	Próxima reunião	Sala de reuniões e auditório	Realizado	Através da inclusão dos itens na unidade.
Detalhamento das causas de saque de sonda para tratativas individuais de acordo com o motivo.	Para identificar os mais incidentes	Através de Auditoria em prontuário	EMTN	Hora-Homem	04/08/2021	Próxima reunião	Sala de reuniões	Em andamento.	Através da análise do indicador.
Revisar a portaria.	Para incluir novos membros.	Através de alteração	EMTN	Hora-Homem	04/08/2021	Próxima reunião	HAMP	Em andamento.	Através da alteração.
Incluir dietas parenterais periféricas e deita enteral 2.0.	Para padronização	Através da inclusão na lista de insumos padronizados	Amanda	Hora-Homem	04/08/2021	05/08/2021	Sala de reuniões.	Realizado	Através da inclusão dos itens na unidade.
Apresentar projeto para divulgação dos dados da EMTN.	Para motivar equipe	Através da divulgação	EMTN	Hora-Homem	04/08/2021	Próxima reunião	Sala de reuniões.	Em andamento.	Através da análise do indicador.
Continuar o monitorar os indicadores que não estouraram o limite permitido.	Para controle	Através das análises dos indicadores.	EMTN	Hora-Homem	Realizado mensalmente	Realizado mensalmente	Sala de reunião	Realizado mensalmente	Através das análises dos indicadores.





05	Fora apresentado o indicador de nutrição sobre volume prescrito x volume infundido, ocorre que infundimos mais de 90% do prescrito, dentre as causas para não obtenção da infusão esperada destacou-se a restrição hídrica, desta forma sugiro encaminhar para padronização da dieta 2,0 kcal para obtenção de necessidades aumentadas em pouco volume.	Amanda	04/08/2021	
06	A diretora multidisciplinar Mara solicita um projeto para divulgação dos resultados da EMTN para as demais equipes.	Amanda	Próxima Reunião	Próxima Reunião
07	Em análise aos indicadores de saque de sonda Dr Mayler sugere que seja realizada comunicação imediata aos coordenadores atuantes na UTI e solicita que seja realizado um detalhamento das causas para tratativas individuais de acordo com o motivo.	EMTN	Próxima Reunião	Próxima Reunião
08	Revisão da portaria para alteração de membros, Analu passara ser membro representante da enfermagem.	EMTN	05/08/2021	

Sem mais a relatar, às 16:59h encerrou-se a reunião. Eu, Amanda Inácio de Oliveira lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião na lista de presença em anexo.

  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura Responsável

# RELATÓRIO DA CIPA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

**JULHO DE 2021**

1

## INDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. INDICADORES .....	3
2.1. NÚMERO DE ACIDENTES DE TRABALHO .....	3
2.1.1 OBJETIVO .....	3
2.1.2 FÓRMULA .....	3
2.1.3 RESULTADO .....	4
2.1.4 ANÁLISE CRÍTICA .....	4
3. AÇÕES ESTRATÉGICAS .....	4
4. ATA DE REUNIÃO .....	5



## 1. INTRODUÇÃO

A CIPA é composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto, ressaltadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos. A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças **ocupacionais**, e auxiliar o SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. A diferença principal entre esses dois órgãos internos da empresa consiste no fato de que o SESMT é composto exclusivamente por profissionais especialistas em segurança e saúde no trabalho, enquanto a CIPA é um comitê partidário constituído por empregados normalmente leigos em prevenção de acidentes.

O incremento das ações preventivas por parte da CIPA consiste, fundamentalmente, em observar e expor as condições de riscos nos ambientes de trabalho; solicitar medidas para diminuir e extinguir os riscos existentes ou até mesmo neutralizá-los; debater os acidentes ocorridos, solicitando medidas que previnam acidentes parecidos e ainda, guiar os demais trabalhadores quanto à prevenção de futuros acidentes.

A CIPA do HMAP teve sua primeira gestão de agosto de 2019 a agosto de 2020, após o processo eleitoral que ocorreu conforme legislação.

## 2. INDICADORES

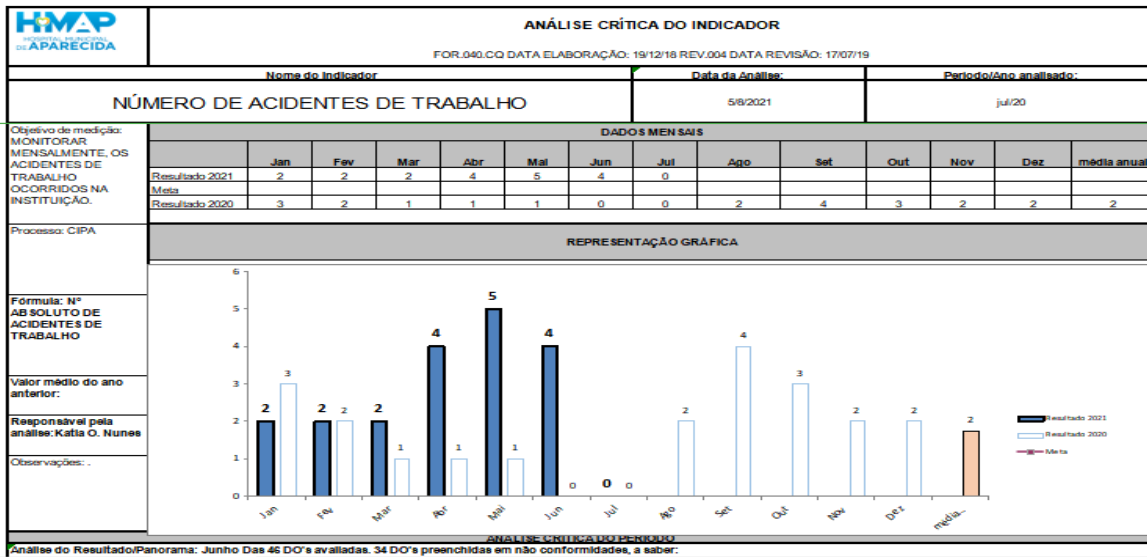
### 2.1. NÚMERO DE ACIDENTES DE TRABALHO

**2.1.1. Objetivo:** Monitorar mensalmente, os acidentes de trabalho ocorridos na instituição.

**2.1.2. Fórmula:** Número absoluto de Acidentes de trabalho

Julho: 0

### 2.1.3. Resultado



### 2.1.4. Análise Crítica

2.1.5. Não foram registradas nenhuma ocorrência durante o mês de julho, uma vez que todos os colaboradores do HMAP e Terceiros estão recebendo orientações diariamente com apoio do SESMET e CIPA.

## 3. AÇÕES ESTRATÉGICAS

AÇÃO	O QUE?	QUEM?	QUAND O?	POR QUE?	ONDE?	COMO?
01	Realizar a ação	CIPA SESMT	Julho	Propor medidas de eliminação ou atenuação dos riscos relacionados as atividades laborais	Terceiros/ HMAP	Treinamento in loco E orientações as equipes

**Katia Oliveira Nunes**  
Presidente da CIPA

*Katia Oliveira Nunes*  
COORDENADORA DE RISCOS  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA

## 4. ATA DE REUNIÃO

**LISTA DE PRESENÇA**

Código: FOR.159

Setor: GERH

Revisão: 003

Página: 1/1

Título: Pipa  
 Responsável: Presidente  
 Data: 30/08/2021 Horário: 9: Carga H. Total:  
 Local: Sala de Reunião Tipo:  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião  
 Pauta: Assuntos inerentes a Comissão

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Kátia Oliveira Nunes	Coord.	same	Kátia
2	Alessandro Martins	Analista	RH	[Assinatura]
3	Shylanny Silva Bezerra	Analista	RH	[Assinatura]
4	Chayssa Luana F. Moraes	Enfermeira	Nir	Chayssa
5	[Assinatura]	[Assinatura]	Adm	[Assinatura]
6	Mario Augusto Melo R. Costeno	Adm	Adm	Mario
7	Wanderson Alves Pires	Adm	Adm	[Assinatura]
8	Ronaldo Alex dos Santos	Coord. Enf	UTI	[Assinatura]
9	Guilherme Rodrigues dos Santos	COORD. ENF	CC/PA	[Assinatura]
10	Roberto Mido de Oliveira	Maq. Dcm	CIC	Roberto
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Número de participantes: 10

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

**Kátia Oliveira Nunes**  
Coordenadora de Faturamento  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA - GOIÁS

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos



Título: Reunião **CIPA**

Data: 10/08/2021

Caráter da Reunião:

( x ) Ordinária ( ) Extraordinária

Horário:

Início: 9:10 Fim: 10:59

Responsável: PRESIDENTE

Local: **SALA DE REUNIÃO**

Pendências da última reunião: ( x ) Sim ( ) Não

Pauta: ASSUNTOS INERENTES A COMISSÃO

Planejamento:

Nº	Assuntos/ Decisões	Responsável	Data	
			Prevista	Realizada
01	A reunião iniciou às 9:10 hs com a presença de 10 cipeiros.	CIPA	10/08/2021	10/08/2021
02	<p>1-Iniciamos a reunião para tratar os assuntos pertinentes a comissão:</p> <p>2- Mês de julho não houve nenhum acidente envolvendo os colaboradores Hmap.</p> <p>3-Referente a eleição para o mandato de 2021 a 2022 ocorreu tudo conforme o protocolo. Os ciperios indicados pela diretoria já foram definidos. Informo que não houve reeleição de nenhum ciperio.</p> <p>4-Curso para os novos ciperios ocorrerá conforme calendário do Sesmet.</p> <p>5- Entrega dos coletes acontecerá no último dia do mandato referente ao período de 2020 a 2021, sendo entregue a presidente para encaminhar a nova comissão.</p> <p>6-Data da posse será dia 30/08 com solenidade entre a diretoria os ciperios eleitos e os indicados .</p> <p>7-Referente as demandas que envolve a comissão no que se diz a norma NR 32 todos as condutas e orientações esta sendo informada aos colaboradores, principalmente a equipe médica no que diz respeito ao uso de adornos. Quanto ao descarte de unissex no local indevido esta sendo feito um trabalho de orientação para que estas condutas sejam revistas e evitadas.</p> <p>8- Será realizado uma ação de conscientização para verificação quanto ao uso de adorno,cabelo solto etc no refeitório em dias alternados.</p> <p>9- Será realizado uma reunião para apresentar os indices da comissão vigente a qual será encaminhado á proxima comissão para conhecimento do trabalho executado no periodo de 30 de agosto de 2020 a 30 de agosto de 2021.</p>	CIPA	10/08/2021	10/08/2021

Sem mais a relatar, às 10:59 encerrou-se a reunião. Eu Thayssa Luana lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião na lista de presença em anexo.

Thayssa Luana F. Moraes  
Assinatura  
COREN-RO.663.606

Katia Oliveira Nunes  
Coordenadora de Faturamento  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA

Assinatura Responsável

# **RELATÓRIO SESMT SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE E MEDICINA DO TRABALHO**

**JULHO-2021**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>4</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Conforme descrito em **NR 4 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO**.

As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela consolidação das leis do trabalho –CLT,manterão, obrigatoriamente, serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho,com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho (Alterado pela portaria SESMT N° 33,de 27 de outubro de 1983).

Especializados em Engenharia de segurança e em Medicina do trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao numero total de empregados do estabelecimento, constantes dos Quadros I E II, Anexos, observadas as exceções previstas nesta NR. (Alterado pela portaria SSMT N° 33 de 27 de outubro e 1983)

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser integrados por médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, técnico de segurança do trabalho, enfermeiro do trabalho e auxiliar de enfermagem do trabalho.

O SESMT, por sua vez tem como principal objetivo trabalhar em conjunto com outras áreas a fim de traçar estratégias para evitar os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. A finalidadee objetivo do SESMT é avaliar a segurança dos setores e elaborar projetos de melhorias que vão deixar o ambiente mais seguro e agradável para o trabalho.

Porém, para que seja alcançado há uma série de atribuições específicas nas quais o profissional de segurança do trabalho do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia – HMAP, descrevo as atividades que vem sendo realizadas diariamente:

- Inspecionar o local, instalações, equipamentos e determinar fatores de riscos e acidentes;
- Investigar riscos e causas de acidentes, analisando política de prevenção;
- Participar do programa de treinamento quando convocado;
- Participar de reuniões de trabalho relativas à sua área de atuação. Examinar os locais de trabalho, identificar e propor providências cabíveis;
- Realizar mapeamento de riscos por setor;
- Identificar medidas de proteção individual;
- Elaboração de fluxograma de acidente de trabalho com agente biológico;
- Encaminhar colaboradores para realização de exames admissionais;
- Elaboração de fichas de controle de entrega de EPI's.

## 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O departamento do SESMT está acompanhando os Atestados de Saúde Ocupacional – ASO, conforme recomendado pela NR-07 que dá base para elaboração do PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. No mês de Julho recebemos 126 atestados, totalizando 255 dias perdidos.

NOME	FUNÇÃO	DATA	DIAS	CID
A.S.F	NUTRICIONISTA	28/07/2021	1	D75
A.S.F	NUTRICIONISTA	14/07/2021	COMP. VESPERTINO	Z00
A.A.S	ENFERMEIRA	09/07/2021	14	F41.1
A.M.S	ANALISTA IV	26/07/2021	3	B34.2
A.M.S	ANALISTA IV	07/07/2021	2	M54.5
A.M.S	ANALISTA IV	06/07/2021	1	M54.9
A.A.S.C	ENFERMEIRA	13/07/2021	3	J06
A.S.C	COORDENADORA DE FONOAUDIOLOGIA	15/07/2021	4	B34.2
A.CF	FISIOTERAPEUTA	15/07/2021	5	B34.2
A.C.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	21/07/2021	30	S32
A.C.S.	ENFERMEIRA	27/07/2021	1	Z76.3
A.C.S	ENFERMEIRA	31/07/2021	1	Z76.3
A.K.C.L.R	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	15/07/2021	1	B97.2
A.C.C	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	09/07/2021	10	I86.1
B.D.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	04/07/2021	1	G44
C.A.S.F	ENFERMEIRA	02/07/2021	3	B34.2
C.A.S.F	ENFERMEIRA	05/07/2021	14	B34.2
C.S. M	ENFERMEIRA	06/07/2021	1	B34.2
C.P.R	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	05/07/2021	10	L20.9

C.J.M	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	14/07/2021	1	F41.1
C.Q.O	COORDENADORA DE ENFERMAGEM	05/07/2021	5	J069
C.Q.O	COORDENADORA DE ENFERMAGEM	08/07/2021	2	SEM CID
C.R.J	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	13/07/2021	2	Z29.0
C.F.S	TECNICA DE SEGURANÇA	22/07/2021	2	B34.1
D.J.C	NUTRICIONISTA	02/07/2021	7	SEM CID
D.H.C.I	ANALISTA I	20/07/2021	1	B34.9
D.H.C.I	ANALISTA I	15/07/2021	4	J11
D.T.L	ENFERMEIRA	17/07/2021	COMP. MATUTINO	SEM CID
D.R.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	30/07/2021	10	Z54
D.F.A	ENFERMEIRA	15/07/2021	1	SEM CID
D.F.A	ENFERMEIRA	12/07/2021	1	Z76.1
E.S.C.R	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	13/07/2021	3	Z29.0
E.F.A	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	21/07/2021	120	O821
E.M.D	ENFERMEIRA	01/07/2021	7	K80.8
E.M.D	ENFERMEIRA	09/07/2021	5	Z54
E.M.D	ENFERMEIRA	14/07/2021	6	Z54
E.A.S.Q.	AUXILIAR DE FARMACIA	30/07/2021	4	SEM CID
E.A.S.Q.	AUXILIAR DE FARMACIA	12/07/2021	1	Z04
E.S.A.F	AUXILIAR ADM	12/07/2021	5	J06
E.P.C	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	20/07/2021	3	B34.2
E.O.P	COORDENADORA DE ENFERMAGEM	09/07/2021	3	SEM CID
E.O.P	COORDENADORA DE ENFERMAGEM	28/07/2021	COMP. VESPERTINO	SEM CID
F.B.R.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	08/07/2021	1	SEM CID
F.G.M	ENFERMEIRA	23/07/2021	1	SEM CID
F.G.M	ENFERMEIRA	31/07/2021	1	SEM CID
G.A.R	AUXILIAR ADM	20/07/2021	4	B34.9
G.M.I	AUXILIAR DE FARMACIA	30/07/2021	8	SEM CID
G.M.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	17/07/2021	2	R13
G.M.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	05/07/2021	5	K08
G.M.S	ENFERMEIRA	08/07/2021	1	R51
G.S.C	SUPERVISOR	06/07/2021	2	J069
I.L.F	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	18/07/2021	1	SEM CID
I.L.R.S	FONOAUDIOLOGA	06/07/2021	2	B97.2
J.F.A.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	01/07/2021	3	B34.9
J.S.A	COORDENADOR(A) DE SERVIÇOS	31/07/2021	1	SEM CID
J.M.S	ENFERMEIRA	16/07/2021	1	B34.9
J.F	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	29/07/2021	2	B34.2
J.P	ENFERMEIRA	12/07/2021	1	Z00
J.N.M.G	ASSESSOR(A) TECNICO(A)	01/07/2021	2	S810
J.N.M.G	ASSESSOR(A) TECNICO(A)	05/07/2021	5	S810
J.N.M.G	ASSESSOR(A) TECNICO(A)	13/07/2021	2	S810
J.P.F.B	ENFERMEIRO	05/07/2021	13	SEM CID
J.P.R.R	PSICOLOGA HOSPITALAR	25/07/2021	2	B34.2
J.A.M	NUTRICIONISTA	15/07/2021	3	SEM CID
J.G.N	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	15/07/2021	2	B34.2
J.S.P	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	01/07/2021	1	B97.2
J.R.L	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	16/07/2021	1	J03
K.R.G	COORDENADORA DE ENFERMAGEM	07/07/2021	COMP. VESPERTINO	SEM CID

L.A.B	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	15/07/2021	2	B34.1
L.S.B	AUXILIAR ADM	05/07/2021	3	B34.9
L.A	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	16/07/2021	2	K52
L.A.M.N.M	NUTRICIONISTA	02/07/2021	14	B34.1
L.L.B.P	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	06/07/2021	30	F31.4
L.A.F	ENFERMEIRA	14/07/2021	COMP. MATUTINO	Z00
L.P.M	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	12/07/2021	3	SEM CID
L.S.B	PSICOLOGA HOSPITALAR	14/07/2021	3	J06
L.P	LACTARISTA	05/07/2021	3	B34.9
L.P	LACTARISTA	31/07/2021	4	J069
L.H	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	29/07/2021	3	SEM CID
L.A.R.S	COORDENADORA DE RH	14/07/2021	1	Z20
M.S.F.S	ENFERMEIRA	03/07/2021	5	ISOLAMENTO
M.S.F.S	ENFERMEIRA	03/07/2021	5	Z29.0
M.C.B	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	29/07/2021	1	G43
M.G.L	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	17/07/2021	1	Z04
M.P.D	ANALISTA TI	05/07/2021	12	SEM CID
M.AN.V	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	14/07/2021	3	B34.2
M.AN.V	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	14/07/2021	3	B34.2
M.AN.V	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	12/07/2021	5	Z29.0
M.N.P.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	03/07/2021	1	Z76.3
M.C.G.M	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	28/07/2021	1	Z76.3
MARIA SANTA PEREIRA MARTINS ESCOBAR	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	05/07/2021	2	R96
M. C.N.N	FONOAUDIOLOGA	06/07/2021	1	J069
M.V.L	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	13/07/2021	1	K80
M.S.B	PSICOLOGA HOSPITALAR	07/07/2021	14	B34.2
M.S.B	PSICOLOGA HOSPITALAR	01/07/2021	5	SEM CID
M.R. M. C	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	20/07/2021	1	SEM CID
N.C. B	FISIOTERAPEUTA	14/07/2021	3	J06
N.C. B	FISIOTERAPEUTA	22/07/2021	1	SEM CID
N.C. B	FISIOTERAPEUTA	28/07/2021	COMP. MATUTINO	SEM CID
N.O.C.N	FISIOTERAPEUTA	04/07/2021	1	R10
N.O.C.N	ENFERMEIRA	06/07/2021	6	R10
P.P.M.B	PSICOLOGO HOSPITALAR	28/07/2021	1	SEM CID
R.A.O	ENFERMEIRO	12/07/2021	10	F41.1
R.A.O	ENFERMEIRO	01/07/2021	3	M54.5
R.C.M	COORDENADOR DE HUMANIZAÇÃO	01/07/2021	2	B34.9
R.R.R	FISIOTERAPEUTA	31/07/2021	1	SEM CID
R.R.R	ENFERMEIRA	30/07/2021	5	B34.2
S.A.S.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	25/07/2021	5	B34.2
S.T.O.A	ENFERMEIRA	19/07/2021	6	SEM CID
S.M.O	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	14/07/2021	2	B34.1
S.S.A	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	11/07/2021	3	B34.9
S.S.A	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	08/07/2021	3	M54.5
S.F.C	ENFERMEIRA	15/07/2021	3	M54.5
S.G.R	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	08/07/2021	4	R10
T.P.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	02/07/2021	1	SEM CID
T.P.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	02/07/2021	1	SEM CID
V.A.M	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	12/07/2021	2	R96
V.A.M	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	23/07/2021	1	R96
V.M.S.C	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	03/07/2021	1	SEM CID

V.M.S.C	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	26/07/2021	3	Z00
V.G.A.S	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	08/07/2021	4	R10
V.C.B	ASSISTENTE SOCIAL	13/07/2021	1	SEM CID
W.A.T	ANALISTA III	16/07/2021	3	B34.9
W.A.M	AUXILIAR DE FARMACIA	05/07/2021	5	M77
W.F.S.G	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	22/07/2021	2	B34.1
W.F.S.G	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	24/07/2021	3	Z29.0

Durante o período de Pandemia, estamos realizando monitoramento constante dos profissionais da Unidade e diante da apresentação de sintomas do COVID-19 o colaborador está sendo encaminhado para avaliação e exames, até a obtenção do resultado o mesmo permanece afastado das atividades.

Fechamos o mês sem nenhum registro de acidente de trabalho.

A disposição para qualquer esclarecimento.

Aparecida de Goiânia, 07 de julho de 2021



Larissa Rosa Farage  
Coordenadora de Recursos Humanos  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP



Rafael C. O. Santos  
Técnico em Segurança do Trabalho  
Reg. MTE - 0004729/60  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP



# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

**JULHO DE 202**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. INDICADORES.....	4
2.1.VARIAÇÃO DA PROPORÇÃO DE RESÍDUOS DOS GRUPOS A E .....	4
2.2.VARIAÇÃO DA PROPORÇÃO DE RESÍDUOS DO GRUPOS B .....	5
2.3.VARIAÇÃO DA PROPORÇÃO DE RESÍDUOS DO GRUPOS D .....	6
3. AÇÕES ESTRATÉGICAS .....	7
4. ATA DE REUNIÃO .....	9

## 1. INTRODUÇÃO

A comissão de gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde existe para regulamentar quanto ao manejo adequado dos resíduos gerados no HMAP, bem como implantar o PGRSS, norteado pela regulamentação vigente no Brasil (RESOLUÇÃO RDCNº222, de 28 de março de 2018; RESOLUÇÃO CONAMA nº358, de 29 de abril de 2005; e a LEI FEDERAL Nº12.305, de agosto de 2010). Monitorar os resíduos dos serviços de saúde é de suma importância para sustentabilidade da unidade.

O acompanhamento da geração de resíduos no hospital dar-se-á por meio de indicadores, sendo eles:

- Variação da Proporção de resíduos dos Grupos A e E (%)
- Variação da Proporção de resíduos do Grupos B (%)
- Variação da Proporção de resíduos do Grupos D (%)

O gerenciamento é visto como um sistema que permite manejar adequadamente os RSS ( Resíduo Sólido Serviços de Saúde) em todas as fases, pois considera a parte operacional, de execução de rotinas e procedimentos, da geração à disposição final dos RSS. Dessa forma, para geração de dados estatísticos, foram feitas estimativas no modo de contagem, utilizando a metodologia quantitativa de resíduos sólidos gerados no HMAP.

Os resíduos antes de ser colocados no abrigo de resíduos são pesados de acordo com seu tipo (Grupo A, Grupo B, Grupo D, Grupo E).

## 2. INDICADORES

### 2.1. Variação da Proporção de resíduos dos Grupos A e E (%)

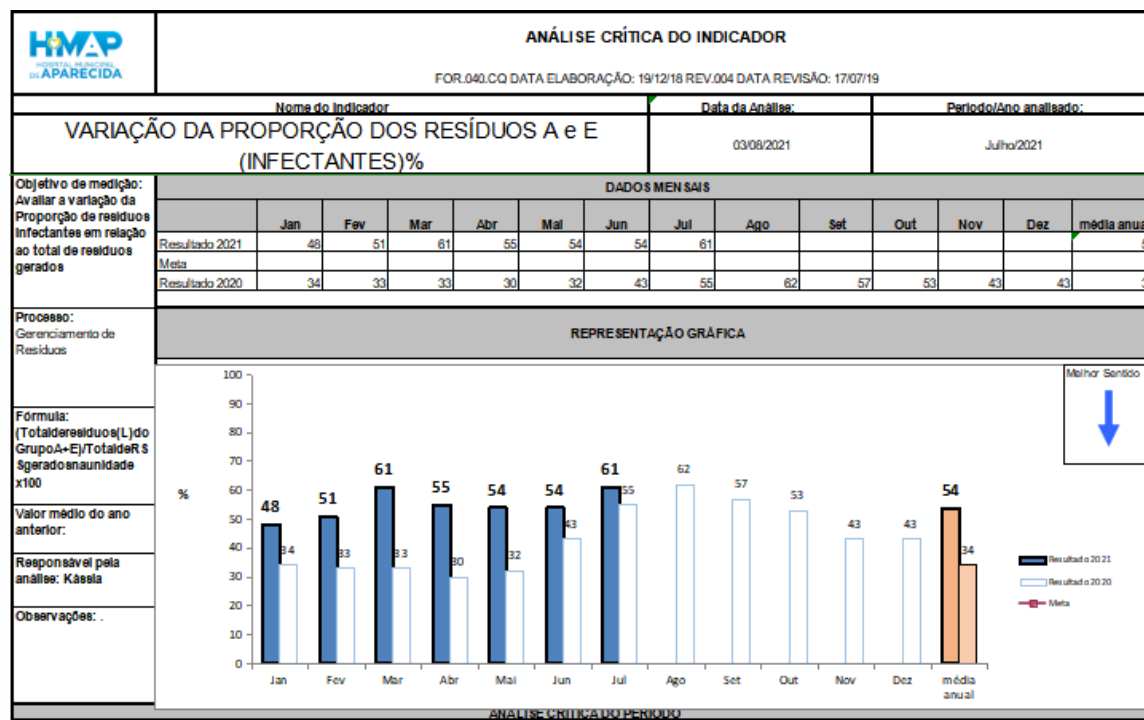
**2.1.1. Objetivo:** Avaliar a variação da Proporção de resíduos dos Grupos A e E no referido mês de análise.

**2.1.2. Fórmula:**

$$\frac{\text{Total de resíduos (Kg) do Grupo A + E}}{\text{Total de RSS gerados na unidade}} \times 100$$

**2.1.3. Resultado:**

$$\frac{(27.278 + 546)}{45.683} \times 100 = 61\%$$



#### 2.1.4. Análise Crítica

No mês de Julho foi dada continuidade ao monitoramento dos resíduos através da pesagem. O resíduo com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção, são resíduos constituintes do grupo A. No mês de julho apresentou um aumento parcial com um total de 27.278 kg de resíduos infectantes, comparado ao mês de Junho que somou um total de 20.791 kg. Os materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidros, brocas, limas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos, e todos os utensílios de vidros quebrados no laboratório são classificados resíduo do grupo E. Apresentou um total de 546 kg. Com aumento da demanda em alguns setores do COVID 19, gerou valor residual de 45.683 kg, representando um percentual de 61% do grupo A e E.

#### 2.2. Variação da Proporção de resíduos do Grupos B (%)

**2.2.1. Objetivo:** Avaliar a variação da Proporção de resíduos do Grupo B no referido mês de análise.

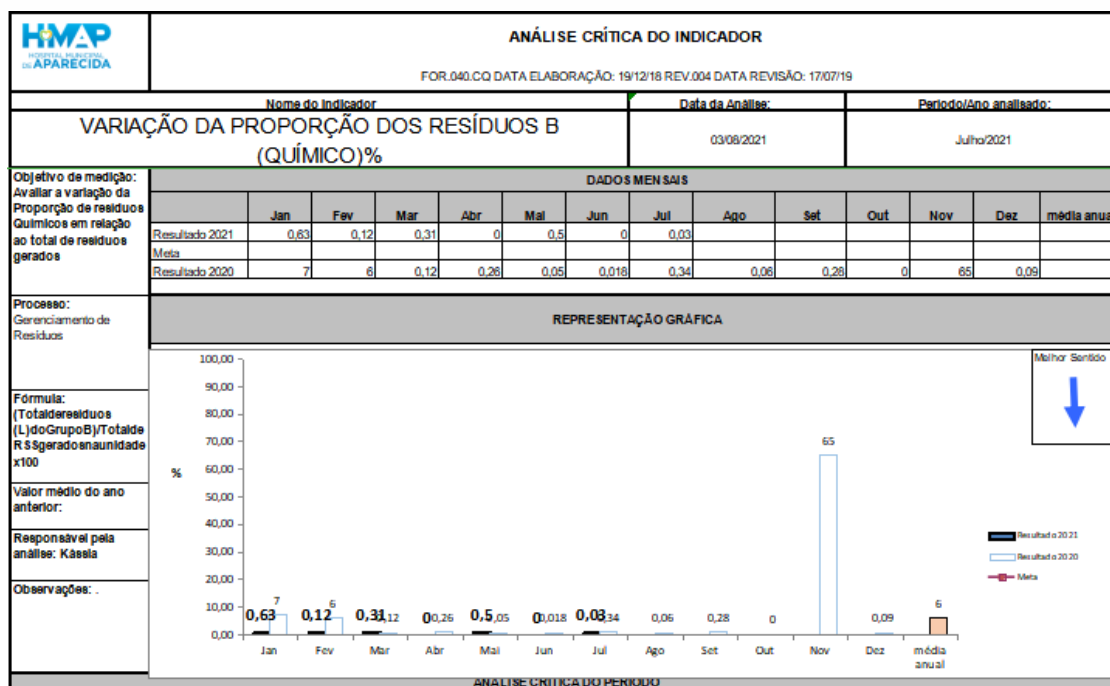
**2.2.2. Fórmula:**

$$\frac{\text{Total de resíduos (kg) do Grupo B}}{\text{Total de RSS gerados na unidade}} \times 100$$

**2.2.3. Resultado**

$$\frac{16}{45.683} \times 100 = 0.03 \%$$





## 2.2.4. Análise Crítica

Os resíduos químicos, são resíduos do grupo B, contém substâncias químicas que podem apresentar risco a saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade segundo RDC 222/18.

No mês de Julho teve o descartes de medicamentos com data aspiradas, são resíduo considerados de risco potencial á saúde pública e ao meio ambiente. Assim teve um total de 16 kg resíduo químico, comum percentual de 0,03% produzido nessa unidade hospitalar.

### Variação da Proporção de resíduos do Grupos D (%)

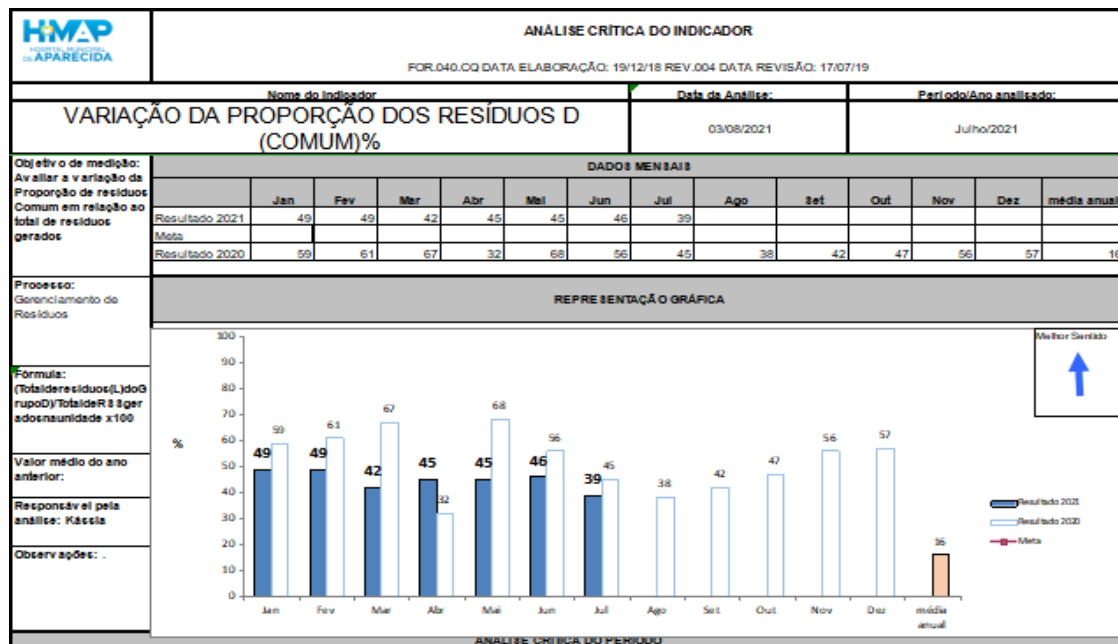
**2.2.5. Objetivo:** Avaliar a variação da Proporção de resíduos do Grupo D no referido mês de análise.

**2.2.6. Fórmula:**

$$\frac{\text{Total de resíduos (Kg) do Grupo D}}{\text{Total de RSS gerados na unidade}} \times 100$$

### 2.2.7. Resultado:

$$\frac{17.843}{45.683} \times 100 = 39\%$$



### 2.2.8. Análise Crítica

A geração de resíduos do grupo D que não apresentem risco biológicos, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares, o mais produzido em instituição hospitalar. Papel de uso sanitário e fraldas, absorvetes, peças descatáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em anti-sepsico e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1. Sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resto alimentar de refeitório, resíduos provenientes das áreas administrativas, varrição, flores, podas e jardins. Apresentou um aumento com um total de 17.843 kg. Gerando um valor residual de 45.683 kg, representando um percentual de 39% do grupo D.

### 3. AÇÕES ESTRATÉGICAS

O gerenciamento adequado de RSS contribui para a redução da geração de resíduo, proporciona proteção ao meio ambiente, além de minimizar os riscos aos profissionais envolvidos no manejo. Dessa forma foi instalada uma rotina de supervisão no manejo adequado de resíduos nos setores para efetividade na segregação e descarte correto.

Com sobras de alimentos e do preparo de alimentos gerado pela cozinha, resto alimentar de refeitório, o resíduo orgânico esta sendo destinado para compostagem, gerando a possibilidade da parceria que integra a produção vegetal na alimentação de suínos. Gerou valor residual de 5.720 kg.

Em parceria com a farmácia dia 19/07/2021 houve dispersa de medicamentos com data aspiradas, para incineração correta trazendo segurança e otimização do serviço.

Foi encaminhado para o aterro sanitário lâmpadas fluorescentes com defeito, para incineração correta.

Segue monitoramento dos resíduos em todos os setores da unidade através de check list, oportunamente segue em soluções de fluxo diário e orientações com resolutividades abrangendo a segurança e normativas pertinentes.

Apresentação e Inclusão de novos membros da comissão, Alana Oliveira de Souza, Jackeline da Silva Araújo, Laryssa Martins Mendes Silva e Vanessa Evangelista dos santos sendo secretaria da comissão.

Kássia Karolyne Oliveira,  
Encarregada da Epidemiologia- HMAP

Ciente:

Alana Oliveira da Silva  
Coordenadora de Qualidade/HMAP

O Que?	Por quê?	Como?	Responsável	Quanto/Quantidade	Data Início	Data Fim
Realizar nova solicitação de bombonas devido processo.	Para atender as normas vigentes de armazenamento de resíduos gerados na unidade	Realizar abertura solicitação para compras das bombonas e container.	Kassia	20 bombonas e 4 container	31/01/21	..
Auditorias dos processos de resíduos	Garantir a efetividade do processo	Realizar cronograma de atividades e estruturar a rotina das auditorias.	Kassia	Hora Homem	01/07/21	31/08/21
Realizar evento para comemorar o dia da higienização hospitalar	Incentivar a importância do profissional na unidade hospitalar	Através de palestra sobre assuntos relevantes, sorteios de brindes, gincanas	Kassia E Wilma	Hora homem	01/08/21	31/09/21
Realizar orientação sobre sustentabilidade e sua importância	Incentivar os colaboradores sobre sustentabilidade	Através de treinamento no auditório	Kassia e Joerley	Hora-Homem	01/08/21	30/09/21
Realizar treinamento de segregação e descarte correto.	Para melhorar o Descartes dos resíduos;	Através de palestra	Kassia	Hora homem	01/08/21	30/09/21

Kássia Karolyne Oliveira

#### 4. ATA DE REUNIÃO

**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 1/2

**Título: Comissão de Resíduos**

**Responsável: Kássia Karolyne Oliveira**

**Data:** 29/07/2021

**Local:** Sala de Reunião

**Horário:** 09:00h às 10:00h

**Caráter da Reunião:** (x) Ordinária ( ) Extra

**Pauta:**

-Reunião Ordinária da Comissão de Resíduos

- Venda Materiais Recicláveis

- Dispersão de lâmpadas

- Dispersão de medicação aspiradas

- Aguardando Liberação das Palestras

- Inclusão de novos membros

**Participantes:**

**Nome**

**Assinatura**

Lista de Presença em Anexo

**Follow up da reunião anterior:**

Mencionar se existem pendências ou respostas para assuntos tratados anteriormente;

**Desenvolvimento da Reunião**

Item	Assuntos tratados	Status
1.	O colaborador Renan não compareceu à reunião	
2.	- Inclusão de novos membros da comissão, Alana Oliveira de Souza, Jackeline da Silva Araújo, Laryssa Martins Mendes Silva. Secretaria da comissão Vanessa Evangelista dos santos;	Concluído
3.	Realiza a dispersão de Lâmpadas com defeito da unidade, para incineração correta (Resíduos Zero);	Concluído
4.	- Realiza a dispersão de Medicamentos com datas aspiradas da Farmácia, para incineração correta (Resíduos Zero);	Concluído

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos



**ATA DE REUNIÃO**

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 2/2

5.	- Foi repassado a venda dos materiais resíduos recicláveis, que deu entrada no fundo do valor de 509,00 reais, sendo que o mesmo será revestido para investimento de contrapartida para a Unidade.	Concluído
6.	- Alinhamento de Treinamento.	Andamento

**Plano de ação**

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.			
2.			
3.			

Sem mais a relatar, eu **(nome)** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.  
Assinatura do relator:

Imprimir frente e verso

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos

**TÍTULO: LISTA DE PRESENÇA**

**Código: FORM.HMAP.159**

**Revisão: 04**

**SETOR: GERH**

**Data de elaboração:**  
28/07/2021

**Data de  
revisão: 28/07/2021**

**Página: 1 de 2**

**Título:** Comissão de Resíduos

**Responsável:** Kássia K. Oliveira

**Data:** 29/07/21

**Horário:** 09:00 as 10:00h

**Carga H. Total:** 1h

**Local:** Sala de Reunião

**Tipo:**  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião

**Pauta:**

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Glauziane Souza Silva	Coordenadora	Família	Glauziane
2	Isaryssa Martins M. Silva	Enf.	SCIRAS	Isaryssa
3	Regelaine da S. Araújo	Coordenadora	Divisão	Regelaine
4	Kellyane Ramos Silva	Enfer. CCIH	CCIH	Kellyane
5	Zamira Evangelina dos Santos	Anal. Adm.	NVEH	Zamira
6	Alana Oliveira da Silva	Coordenadora	USP	Alana
7	Kássia K. Oliveira	Enc. Epidemiol.	NVEH	Kássia
8	Valolirou e Jose da Costa	Arquiteta	E.	Valolirou
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

**Número de participantes:** 08

**Assinatura do Responsável:** 

## RELATÓRIO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.

**JULHO DE 2021**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES.....	4
2.1. NÚMERO DE QUEIXAS TÉCNICAS A MEDICAMENTOS.....	4
2.1.1.OBJETIVO.....	4
2.1.2.FÓRMULA.....	4
2.1.3.RESULTADO.....	4
2.1.4. ANÁLISE CRÍTICA.....	5
2.2. NÚMERO DE QUEIXAS TÉCNICAS A MATERIAIS HOSPITALARES.....	
2.2.1.OBJETIVO.....	5
2.2.2.FÓRMULA.....	5
2.2.3. RESULTADO.....	5
2.2.4. ANÁLISE CRÍTICA.....	5
2.3. NÚMERO DE QUEIXAS TÉCNICAS A EQUIPAMENTOS HOSPITALARES.....	6
2.3.1.OBJETIVO.....	6
2.3.2.FÓRMULA.....	6
2.3.3.RESULTADO.....	6
2.3.4.ANÁLISE CRÍTICA.....	6
2.4. NÚMERO DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS.....	7
2.4.1.OBJETIVO.....	7
2.4.2.FÓRMULA.....	7
2.4.3.RESULTADO.....	7
2.4.4.ANÁLISE CRÍTICA.....	7
2.5.TAXA DE PRODUTO ENTREGUE FORA DO PRAZO PELO FORNECEDOR E RANKING DE FORNECEDORES .....	8
2.5.1OBJETIVO .....	8
2.5.2 FÓRMULA .....	8
2.6.TAXA DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA.....	9
2.6.1OBJETIVO.....	9
2.6.2.FÓRMULA.....	10
2.6.3 RESULTADO.....	10
3. AÇÕES ESTRATÉGICAS.....	11
4. ATA DE REUNIÃO.....	13

## 1. INTRODUÇÃO:

A escolha dos medicamentos a serem utilizados é uma das atividades mais importantes da Assistência Farmacêutica, pois é a partir dela que são desenvolvidas as demais atividades do serviço. A escolha deve contemplar as características epidemiológicas, econômicas, geográficas e culturais do município, além de ser acompanhada de formulários terapêuticos, documentos estes que reúnem informações relevantes e atualizadas sobre os medicamentos escolhidos, servindo de subsídio aos prescritores. De acordo com o artigo 2º da Resolução nº 449/06 do Conselho Federal de Farmácia, o farmacêutico pode ser o presidente da CFT, por ter plena capacidade técnico-científica para desempenhar esse papel. A CFT deve discutir quais medicamentos são importantes para o tratamento das patologias no município (levando-se em consideração fatores como o custo para sua aquisição), para elaborar, apresentar e divulgar a todos os profissionais de saúde do município de Aparecida de Goiânia - GO, a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), baseada na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

O apoio dos prescritores é fundamental para adesão à REMUME. Para isto, a CFT estabelecerá estratégias que garantam esta adesão, como palestras, reuniões e boletins informativos como um modo de informar e sensibilizar esses profissionais. Além da atividade de seleção de medicamentos e da elaboração dos formulários terapêuticos, a CFT irá atuar de forma permanente em diversas atividades, tais como assessoramento técnico à gerência de Assistência Farmacêutica, investigação sobre a utilização de medicamentos e ações educativas.



## 2. INDICADORES

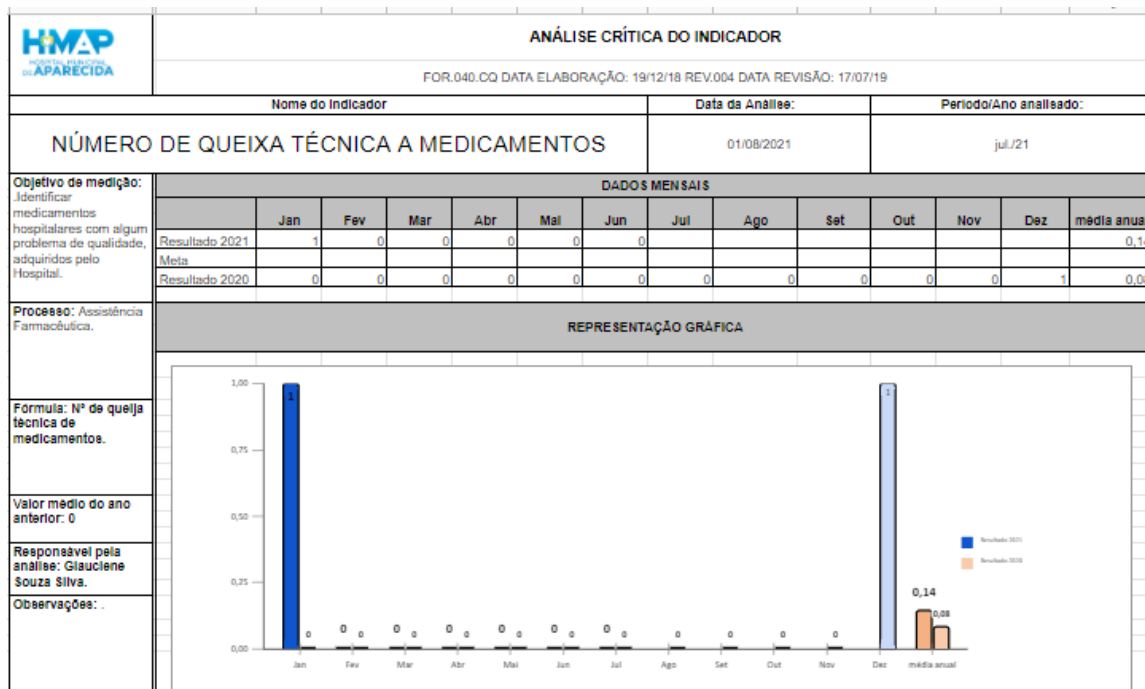
A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Municipal de Aparecida – HMAP analisou os seguintes indicadores;

### 2.1. Número de Queixas Técnicas a Medicamentos.

**2.1.1 Objetivo:** Identificar casos onde envolva ampolas com material particulado (partículas visíveis); rótulo descolando; solução que deveria ser incolor e apresenta outra coloração; ausência do número de autorização de funcionamento da empresa, número de registro do produto e/ou prazo de validade no rótulo; produto comercializado por empresa diferente da que detém o seu registro; frascos incompatíveis com a indicação do volume expresso no rótulo; produto irregular ou clandestino; presença de corpo estranho; defeito na tampa; alterações na consistência do produto,

**2.1.2 Fórmula:** Nº de queixas técnicas a medicamentos.

**2.1.3 Resultado:** Resultado Julho: 0.



### 2.1.4 Análise Crítica:

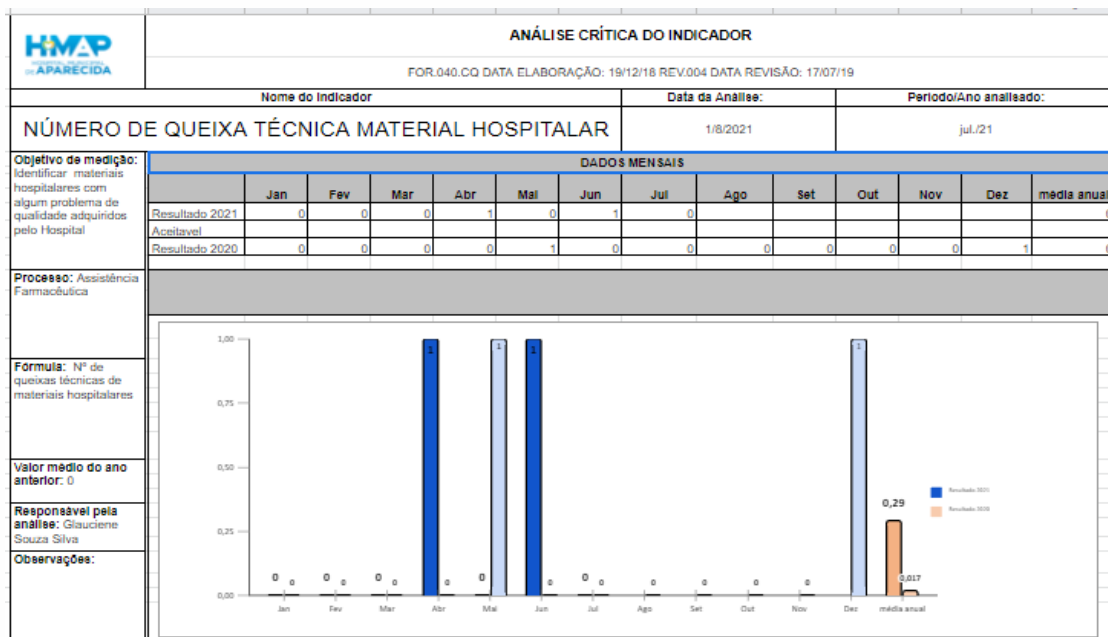
No mês de julho de 2021 não foi registrada nenhuma queixa técnica a medicamentos. O Setor de Farmácia, juntamente com a setor de Suprimentos procura manter em estoque medicamentos padronizados cumprindo todas as especificações de armazenamento e qualidade.

### 2.2 Número de Queixas Técnicas à Materiais Hospitalares.

**2.2.1 Objetivo:** Identificar materiais hospitalares de má qualidade adquiridos pelo HMAP.

**2.2.2 Fórmula:** Nº de queixas técnicas de materiais hospitalares.

## 2.2.3 Resultado: Resultado Julho: 0



## 2.2.4 Análise Crítica:

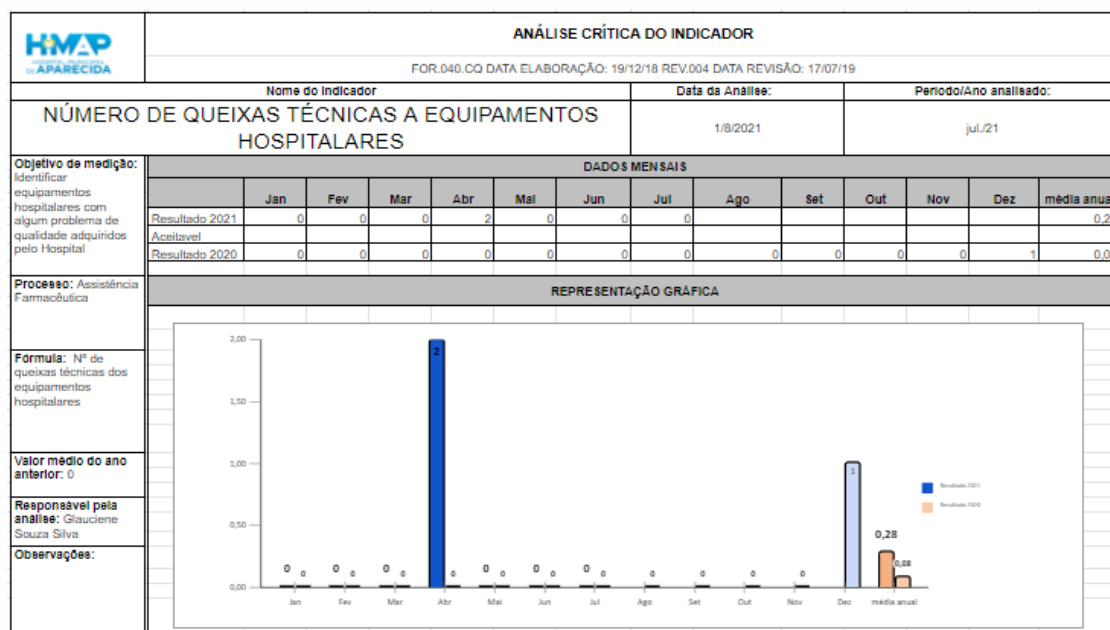
Em julho de 2021 não houve queixa técnica a material hospitalar.

## 2.3. Número de Queixas Técnicas a Equipamentos Hospitalares.

**2.3.1 Objetivo:** Identificar equipamentos hospitalares de má funcionalidade e operabilidade adquiridos pelo HMAP.

**2.3.2 Fórmula:** N° de queixas técnicas de equipamentos hospitalares.

**2.3.3 Resultado:** Resultado Julho: 0



### 2.3.4 Análise Crítica:

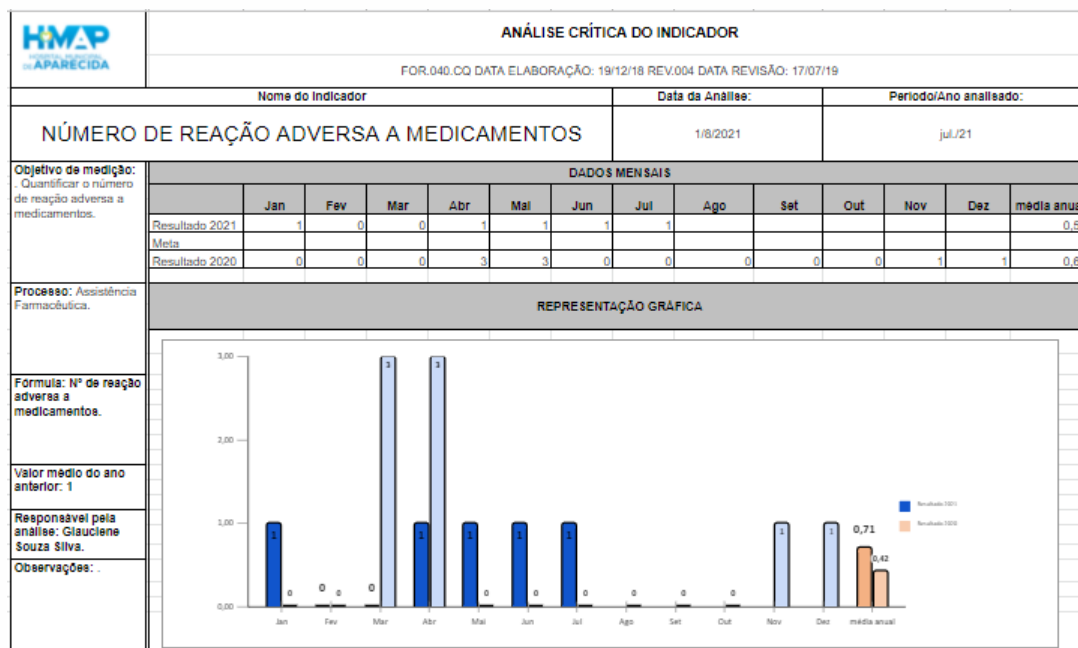
No mês de julho de 2021 não houve nenhum registro de queixa técnica a equipamentos hospitalares. A CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) com o apoio do CCIRAS e Suprimentos procura monitorar a aquisição de equipamentos hospitalares de qualidade que atendam a demanda do setor.

### 2.4. Número de Reações Adversas a Medicamentos.

**2.4.1 Objetivo:** Identificar e relatar toda e qualquer Reação Adversa a Medicamento acometida em pacientes no HMAP.

**2.4.2 Fórmula:** Nº de RAM's.

**2.4.3 Resultado:** Resultado Julho: 1



#### 2.4.4 Análise Crítica:

Em julho de 2021 houve 01 (um) preenchimento do Formulário 333.CF para determinação da causalidade de reações adversas a medicamentos com a dispensação de PROMETAZINA para a paciente LSBN, prontuário 26905 com uma POSSÍVEL reação adversa ao uso de DIPIRONA.

### 2.5 TAXA DE PRODUTO ENTREGUE FORA DO PRAZO PELO FORNECEDOR E RANKING DE FORNECEDORES

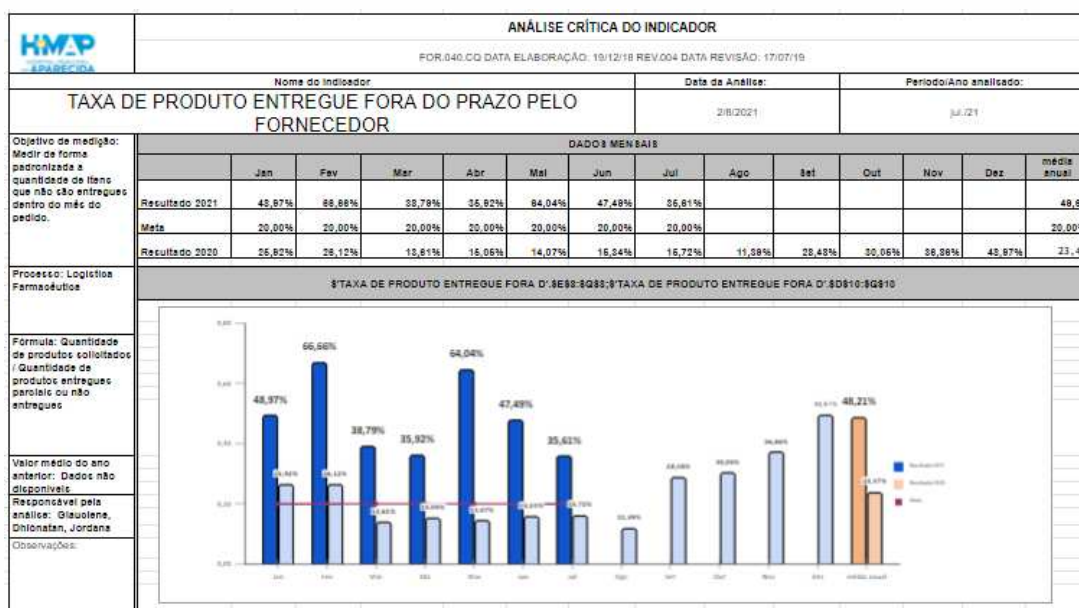
**2.5.1 Objetivo:** Medir de forma padronizada a quantidade de itens que não são entregues ou que foram entregues parcialmente dentro do planejamento mensal, realizando Gestão de Suprimentos de forma consciente qualificando e



otimizando fornecedores com ajustes periódicos e acompanhando próximo mediante oscilações de demandas.

**2.5.2 Fórmula:** Quantidade de produtos com entregas parciais ou não entregues / Quantidade de produtos solicitados \* 100

**2.5.3 Resultado:** julho: 35,61%.



#### 2.5.4 Análise Crítica:

No Mês de Julho 2021, foram solicitados 205 itens no planejamento mensal, entre medicamentos, correlatos e EPI's, dos quais 132 foram entregues totalmente, 20 produtos entregues de maneira parcial e 53 itens não foram entregues. Somando a quantidade dos itens não entregues e de itens entregues parcialmente, tem-se uma porcentagem de 35,61%. Em julho tivemos uma redução de 11,81% em relação ao mês de junho. A taxa de 35,61% ainda é considerada alta, sendo necessário manter de forma contínua o processo de melhora deste índice, através de implantação de novos fluxos e monitoramento

constante dos pedidos, por parte do setor da CAF em parceria com o setor de compras.

## 2.6. CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Em julho foi iniciado, indicador de Conciliação Medicamentosa, através do qual será possível acompanhar o desenvolvimento do serviço, a proposta deu início em 18/06/2021.

Em julho/21 foi registrado 682 novas internações, dentre elas foi realizado o recebimento de medicamentos de uso próprio de 13,04% (89) pacientes, com registro de Conciliação Medicamentosa em prontuário de 11,23% (10). Ressalta-se ainda que, esse serviço clínico foi implementado com o quadro atual de farmacêuticos fazendo-se necessário conciliar com as demais atividades desenvolvidas no setor. Atualmente não é possível realizar busca ativa devido a implementação das ações está em fase de análise (todo paciente admitido deverá passar por uma entrevista de medicamento de uso próprio) e de ações para realização da conciliação medicamentosa, sendo o mesmo obtido conforme demanda da equipe assistencial.

### 2.6.1 Objetivo

O indicador tem como objetivo a harmonização dos planos terapêuticos dos pacientes, desde a admissão até a alta, incluindo todas as mudanças de nível assistencial, e é considerada uma ferramenta estratégica para a segurança do paciente pelos principais programas de qualidade em saúde.

**2.6.2 Fórmula:** Número de recebimento de medicamentos de uso próprio/ Número de registros de Conciliação Medicamentosa em prontuário \*100

**2.6.3 Resultado:** julho: 64,4%

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																					
FOR.040.CQ DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19																					
Nome do Indicador							Data da Análise:			Período/Ano analisado:											
<b>CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA</b>							2/8/2021			jul./21											
<p>Objetivo de medição: A harmonização dos planos terapêuticos dos pacientes, desde a admissão até a alta, incluindo todas as mudanças de nível assistencial, e é considerada uma ferramenta estratégica para a segurança do paciente pelos principais programas de qualidade em saúde.</p> <p>Processo: Assistência Farmacêutica</p> <p>Fórmula: <math>\frac{\text{Número de recebimento de medicamentos de uso próprio}}{\text{Número de registros de Conciliação Medicamentosa em prontuário}} \times 100</math></p> <p>Valor médio do ano anterior:</p> <p>Responsável pela análise: Marcela Gonçalves de Jesus</p> <p>Observações:</p>																					
DADOS MENSIAIS																					
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual								
Resultado 2021						11,23%	64,40%						33,23								
Meta																					
Resultado 2020																					
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																					
<table border="1"> <caption>Gráfico de Dados Mensiais</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jun</td> <td>11,23%</td> </tr> <tr> <td>Jul</td> <td>64,40%</td> </tr> <tr> <td>média anual</td> <td>37,82%</td> </tr> </tbody> </table>														Mês	Resultado	Jun	11,23%	Jul	64,40%	média anual	37,82%
Mês	Resultado																				
Jun	11,23%																				
Jul	64,40%																				
média anual	37,82%																				

### 2.6.4 Análise Crítica:

No mês de Julho/21 foi registrado 828 novas internações, dentre elas foi realizado o recebimento de medicamentos de uso próprio de 14,25% (118) pacientes, com registro de Conciliação Medicamentosa em prontuário de 64,40% (76). Ressalta-se ainda que esse serviço clínico foi implementado com o quadro atual de farmacêuticos fazendo-se necessário conciliar com as demais atividades desenvolvidas no setor. Assim, é realizado o recebimento dos medicamentos e informado ao prescritor através do registro em prontuário e, quando possível, também via telefone, porém no momento não é verificado a adesão médica e a continuidade da terapia durante a internação. Atualmente não é possível realizar busca ativa para realização da conciliação medicamentosa, sendo o mesmo obtido conforme demanda da equipe assistencial.

## 3. AÇÕES ESTRATÉGICAS

O QUE SERÁ REALIZADO	COMO SERÁ REALIZADO	QUANTO /QUANTIDADE	ONDE	RESPONSAVEL	QUANDO	REALIZADO
Controle de qualidade dos equipamentos entregues	Acompanhamento dos itens cotados pelo setor de compras, com entrega de amostras a serem encaminhadas ao CCIRAS/SESMT para aprovação prévia antes que seja efetuada a compra.	HORA/HOMEM	HMAP	Setor de compras e almoxarifado CAF	01/08/21	Em andamento
Treinamento sobre registro de conciliação medicamentosa em prontuário	Treinamento em reunião mensal	HORA/HOMEM	Sala de reuniões / HMAP	Glauciene e Marcela	07/2021	Em andamento

A CFT, está atuando de forma ativa em padronizar os insumos adequados levando sempre em consideração o custo efetividade, custo-benefício, minimização de custos e perfil epidemiológico conforme PORTARIA Nº 13, DE 05 DE JANEIRO DE 2011 para a instituição, executando as adequações necessárias e cabíveis para o enfrentamento do COVID-19.

O Setor de Farmácia tem se empenhado e acompanhado os processos da assistência como um todo e reforçando com todos da assistência comunicação de quaisquer eventos adversos ou queixas a materiais, medicamentos e equipamentos. Os setores também vêm acompanhamento e gerenciando os estoques e alertando sempre a diretoria sobre quaisquer tipos de rupturas devido as dificuldades econômicas enfrentadas na atualidade.



**Glauciene Souza Silva**  
Coordenadora da Farmácia  
CRF-GO 4579  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

#### **4. ANEXOS:**

##### **4.1 ATA DE REUNIÃO JULHO DE 2021.**

**ATA DE REUNIÃO**

FOR.038.CQ DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.003. DATA REVISÃO: 17/07/19

**Título: Reunião de Comissão de Farmácia e Terapêutica e Comitê de Crise.**

**Data: 05/08/2021.**

**Caráter da Reunião:** (X) Ordinária ( ) Extraordinária

**Horário:** Início: 09:30h Fim: 10:30 h

**Responsável: Glauciene Souza Silva.**

**Local: Sala de reuniões – HMAP**

**Participantes:**

Nome/Cargo	Assinaturas
Glauciene Souza Silva /Coordenadora de Farmácia.	Presidente em FOR 159.GERH
Marcela Gonçalves de Jesus / Farmacêutica.	Membro em FOR 159.GERH
Mayler Olombrada / Diretor Técnico	Membro em FOR 159.GERH
Dr. Júlio Resplande de Araújo Filho / Gerente Médico	Membro em FOR 159.GERH
Renato Divino Alves Neto/ Diretor Administrativo	Falta Justificada
Karla Azeredo R. de Castro / Diretora Operacional	Falta Justificada
Jordana Magalhães Rosa/Encarregado do Almoxarifado	Falta Justificada
Alexandra Aparecida Silva Canuto/Enfermeira SCIRAS	Membro em FOR 159.GERH
Eliene Rosa /Coordenadora da Fisio	Falta Justificada
Amanda Inácia de Oliveira /Coordenadora da Nutrição	Membro convidado em FOR 159.GERH
Mara Helena J.B.H. Borges /Gerente de Enfermagem	Membro em FOR 159.GERH
Rafael Carvalho de Oliveira Santos/SESMT	Falta Justificada
David Vasques Batista/Coordenador de Suprimentos	Falta Justificada

**Pendências da última reunião:** (X) Sim ( ) Não

**Pauta:**


- Falta de antimicrobianos;
- Queixa técnica - KIT P/ GASTROSTOMIA PEG 3 VIAS SILICONE 22 FR;
- Mudança no fluxo do controle de itens da CAF;
- Central de EPI – Dispensação com o SESMT
- Destino de medicação de uso de próprio;
- Compra de Nutrição Parenteral;
- Padornização da Mirtazapina;
- Sugestão de padronização de Probiótico;

*Glauciene Souza Silva*  
Coordenadora da Farmácia  
CRF-GO 4579  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

Assinatura Responsável




Planejamento:				
Nº	Assuntos/ Decisões	Responsável	Data	
			Prevista	Realizada
1	<p>Falta de Antimicrobianos:</p> <p>MICAFUNGINA PÓ PARA SOL. INJ. 100 MG – Em falta ainda nos fornecedores e não conseguimos ainda</p> <p>ANIDALAFUNGINA PÓ P/ SOL. INJ. 100 mg</p> <p>POLIMIXINA B PÓ PARA SOL. INJ. 500.000UI - Estoque de 890 unidades no dia 04/08/2021</p> <p>TIGECICLINA PO LIOFILO INJETAVEL 50 MG - Dificuldade de compra, fornecedor está limitando venda, média de 50 unidades por comprador. Farmácia informa estoque reduzido com a finalidade de garantir tratamento completo do paciente.</p>	Glaciene Jordana Davi	JULHO	Em andamento
2	<p>Queixa técnica - KIT P/ GASTROSTOMIA PEG 3 VIAS SILICONE 22 FR - Falta um item – Clamp Ocluser de Fluxo – Novo contato por e-mail, enviado fotos, dos Kits e lotes com dados do fornecedor. Aguardando novo retorno.</p>	Glaciene	Agosto.	Em andamento
3	<p>Foram realizadas mudança no fluxo do controle de itens da CAF, com o objetivo de diminuir as rupturas. Farmácia, CAF e Suprimentos estão realizando o monitoramento dos pedidos junto com o departamento de compras.</p> <p>Foi definido um cronograma de pedidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1ª semana do mês – itens críticos;</li> <li>- 2ª semana do mês – itens gerais (semi - críticos);</li> <li>- 3ª semana do mês – pedidos emergenciais.</li> </ul>	Glaciene Jordana Davi	Agosto	Em andamento
4	<p>A partir do dia 02/08/2021 a Dispensação dos EPI passará a ser feita pelo SESMT.</p> <p>O Setor de Farmácia ficará somente com um estoque mínimo de 20 unidades de PFF2, para fins de semana e emergenciais no turno noturno. Farmácia Satélite da UTI.</p>	Rafael	Agosto	Concluso.
5	<p>A Farmácia Central está com um grande volume de medicações de uso próprio, de pacientes que receberam alta ou foram a óbito. Mesmo após contato, familiares não retornam para receber a devolução e autorizam o descarte.</p> <p>No FOR.COFAR.140 de Conciliação de Medicamentos a o familiar já assina o campo informando que após 30 dias de alta o medicamento será descartado.</p> <p>* Psicotrópicos são encaminhados para incineradora, seguindo o fluxo padrão – Auto de inutilização.</p> <p>Recebemos a sugestão para entrar em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, para alinhar possível doação.</p>	Marcela Glaciene	Contínuo	

  
**Glaciene Souza Silva**  
 Coordenadora da Farmácia  
 CRF-GO 4579  
 Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAJ

Assinatura Responsável

6	<p>Pedido mensal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 unidades - NUTRIÇÃO PARENTERAL, SISTEMA FECHADO (MÍNIMO 50G DE PTN) BOLSA – INFUSÃO CENTRAL. BOLSA DE 986 A 1250 ML. N9E</li> <li>- 06 unidades - NUTRIÇÃO PARENTERAL, SISTEMA FECHADO (MÍNIMO 50G DE PTN) BOLSA – INFUSÃO CENTRAL. BOLSA DE 1875 A 2000 ML. NUTRIFLEX</li> <li>- 24 unidades - NUTRIÇÃO PARENTERAL, SISTEMA FECHADO (MÍNIMO 38G DE PTN) BOLSA– INFUSÃO CENTRAL. BOLSA DE 1000 A 1250 ML. N7E</li> <li>- 06 unidades - NUTRIÇÃO PARENTERAL, SISTEMA FECHADO (MÍNIMO 38G DE PTN) BOLSA – INFUSÃO CENTRAL. BOLSA DE 2000 ML. N7E.</li> </ul> <p>Recebemos da Coordenação da Nutrição o Memorando 104/2021, com sugestão de padronização de dietas parenteral e enteral. Será feito a análise e posterior aquisição.</p>	Jordana Glauciene Amanda	Agosto	Em andamento
7	<p>Farmácia recebeu a sugestão de Padronização da <b>Mirtazapina</b> 30 mg- antidepressivo tetracíclico que atua no sistema nervoso central, aumentando o efeito da noradrenalina e serotonina, substâncias importantes que estimulam o sistema nervoso.</p> <p>Houve também a sugestão de padronização da <b>Amitriptilina</b> como alternativa para tratamento da dor neuropática.</p>	Glauciene Marcela Jordana	Agosto	Em andamento
8	<p>Sugestão de padronização de Probiótico – A Farmácia recebeu do setor de nutrição, através do memorando 104/2021, sugestão de probióticos e simbióticos que será analisada para posterior aquisição.</p>			
<p>Sem mais a relatar, às 10:05 h encerrou-se a reunião. Eu Glauciene Souza Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião na lista de presença em anexo.</p>				

  
**Glauciene Souza Silva**  
 Coordenadora da Farmácia  
 CRF-GO 4579  
 Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAH

Assinatura Responsável

TÍTULO: LISTA DE PRESENÇA

Código: FORM.HMAP.159

Revisão: 04

SETOR:GERH

Data de elaboração:  
28/07/2021

Data de  
revisão:28/07/2021

Página: 1 de 2

Título: Reunião de Comissão de Farmácia e Terapêutica e Comitê de Crise

Responsável: Glauciene Souza Silva

Data: 05/08/2021

Horário: 9:30h

Carga H. Total:  
30 min

Local: Sala de Reunião

Tipo:  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião

Pauta:

- Falta de antimicrobianos;
- Queixa técnica - KIT P/ GASTROSTOMIA PEG 3 VIAS SILICONE 22 FR;
- Mudança no fluxo do controle de itens da CAF;
- Central de EPI – Dispensação com o SESMT
- Destino de medicação de uso de próprio;
- Compra de Nutrição Parenteral;
- Padornização da Mirtazapina;
- Sugestão de padronização de Probiótico;

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Alexandra Aparecida Silva Camilo	Enfermeira	Elvira	
2	Mara Kelma f.B.K.Borges	Dirutora Multiamst.		
3	Imanda Inacia de Oliveira	Coordenadora	Nutricao	
4	Marcela Gonçalves de Jesus	Farmacêutica	Farmacia	
5	Mayler Diombrada N. Santos	DT	Dir.	
6	Julio Rorfenze	Medico	Dir	
7	Glauciene Souza Silva	Coord. Farm.	Farm	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

Glauciene Souza Silva  
Coordenadora da Farmácia  
CRF-GO 4579  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - 1937

Número de participantes: 07

Assinatura do Responsável:

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

**JULHO DE 2021**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>03</b>
<b>2. INDICADORES .....</b>	<b>03</b>
<b>2.1 Objetivo .....</b>	<b>03</b>
<b>2.2 Fórmula .....</b>	<b>03</b>
<b>2.3 Resultado .....</b>	<b>03</b>
<b>2.4 Análise Crítica .....</b>	<b>04</b>
<b>3. ATA DE REUNIÃO .....</b>	<b>11</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Humanização do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia foi estruturada no mês de abril de 2019 com a participação de diversos setores do hospital. A comissão está pautada nas orientações da Política Nacional de Humanização - PNH, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003. Tal política tem como finalidade efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão. A Comissão de Humanização do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia atua com os pacientes e familiares, trabalhadores e gestores. Tendo por objetivo assessorar a Direção, desenvolvendo políticas e práticas de Humanização em benefício dos usuários e trabalhadores da saúde em conjunto com as diversas áreas da unidade.

A área de Humanização adota os seguintes objetivos para todas as práticas de atenção e gestão:

- I – Valorização da vida;
- II – Compromisso com a qualidade do trabalho;
- III – Valorização da dimensão subjetiva e social das pessoas;
- IV – Estímulo ao trabalho em equipe e à construção de redes cooperativas;
- V – Estímulo à participação, autonomia e responsabilidade.

## 2. INDICADORES

### 2.1 Objetivo

Acompanhar as ações de humanização realizadas e comparar com as previstas.

### 2.2 Fórmula

(Ações de Humanização Realizadas/Ações de Humanização Previstas) \*100

**Resultado Julho: (08/08)\*100 = 100%**

### 2.3 Resultado:



ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																					
FOR.040.CQ DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19																																																																					
Nome do Indicador							Data da Análise:			Período/Ano analisado:																																																											
Taxa de realização de ações de Humanização							01/08/2021			jul21																																																											
Objetivo de medição: Acompanhar realizações de ações de Humanização	DADOS MENSAIS																																																																				
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																																								
	Resultado 2021	100,00	100,00	92,30	100,00	100,00	100,00	100,00						99																																																							
	Meta	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00	83,00																																																							
Resultado 2020	85,71	90,00	92,85	70,00	80,00	77,70	100,00	100,00	92,30	100,00	100,00	100,00	90,71																																																								
Processo: Comissão de Humanização	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																				
Fórmula: Ações realizadas/Ações planejadas x 100	<p>Gráfico de barras comparando o resultado de 2021 (barras azuis) e 2020 (barras brancas) com a meta (linha vermelha) para cada mês. O eixo Y representa a porcentagem de realização, variando de 0,00 a 120,00. O eixo X mostra os meses de Janeiro a Dezembro e a média anual. Os dados são os seguintes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Resultado 2021 (%)</th> <th>Resultado 2020 (%)</th> <th>Meta (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>100,00</td><td>85,71</td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Fev</td><td>100,00</td><td>90,00</td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>92,30</td><td>92,85</td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Abr</td><td>100,00</td><td>70,00</td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>100,00</td><td>80,00</td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>100,00</td><td>77,70</td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Ago</td><td>100,00</td><td></td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Set</td><td>100,00</td><td>92,30</td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Out</td><td>100,00</td><td></td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>100,00</td><td></td><td>83,00</td></tr> <tr><td>Dez</td><td>100,00</td><td></td><td>83,00</td></tr> <tr><td>média anual</td><td>99</td><td>90,71</td><td>83,00</td></tr> </tbody> </table>													Mês	Resultado 2021 (%)	Resultado 2020 (%)	Meta (%)	Jan	100,00	85,71	83,00	Fev	100,00	90,00	83,00	Mar	92,30	92,85	83,00	Abr	100,00	70,00	83,00	Mai	100,00	80,00	83,00	Jun	100,00	77,70	83,00	Jul	100,00	100,00	83,00	Ago	100,00		83,00	Set	100,00	92,30	83,00	Out	100,00		83,00	Nov	100,00		83,00	Dez	100,00		83,00	média anual	99	90,71	83,00
Mês	Resultado 2021 (%)	Resultado 2020 (%)	Meta (%)																																																																		
Jan	100,00	85,71	83,00																																																																		
Fev	100,00	90,00	83,00																																																																		
Mar	92,30	92,85	83,00																																																																		
Abr	100,00	70,00	83,00																																																																		
Mai	100,00	80,00	83,00																																																																		
Jun	100,00	77,70	83,00																																																																		
Jul	100,00	100,00	83,00																																																																		
Ago	100,00		83,00																																																																		
Set	100,00	92,30	83,00																																																																		
Out	100,00		83,00																																																																		
Nov	100,00		83,00																																																																		
Dez	100,00		83,00																																																																		
média anual	99	90,71	83,00																																																																		
Valor médio do ano anterior: 90,71																																																																					
Responsável pela análise: Renan Cardoso Mamedes																																																																					
Observações:																																																																					

## 2.4 Análise Crítica

No mês de julho estavam previstas 08 ações, sendo realizadas 08, obtendo a taxa de 100% de efetividade. As ações realizadas foram: começamos o mês com a campanha Julho Amarelo, mês de luta contra as hepatites virais. A campanha “Julho Amarelo” foi instituída no Brasil pela Lei nº 13.802/2019 e tem por finalidade reforçar as ações de vigilância, prevenção e controle das hepatites virais. A hepatite é uma inflamação do fígado que pode ser causada por vírus ou pelo uso de alguns medicamentos, álcool e outras drogas, assim como por doenças autoimunes, metabólicas ou genéticas. Nem sempre a doença apresenta sintomas, mas quando aparecem, estes se manifestam na forma de cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

No caso específico das hepatites virais, que são o objeto da campanha Julho Amarelo, estas são inflamações causadas por vírus classificados pelas letras do alfabeto em A, B, C, D (Delta) e E.

Com o intuito de conscientização acerca do tema, foram afixados cartazes nos murais da unidade, solicitado post nas redes sociais do HMAP e foi realizada

ação em parceria com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica com a distribuição de panfletos aos usuários do ambulatório contendo informações sobre as formas de transmissão e prevenção das hepatites.



No dia 02 de julho, comemoramos o Dia do Hospital. Em parceria com o setor de Monitoramento, colhemos alguns dados bastante positivos sobre o HMAP e solicitamos post em rede social. Até o começo do mês de julho, já contabilizávamos 1.040 altas de pacientes curados da Covid-19, além da realização de 11.975 mil consultas ambulatoriais e 23.486 mil exames médicos.

**195** LEITOS COVID \*

**1.040** ALTAS DE PACIENTES POR COVID

**23.486** EXAMES

02 de Julho

**DIA NACIONAL do HOSPITAL**

*Parabéns a todos os profissionais que fazem deste e dos outros dias do ano uma homenagem à vida.*

\* 111 UTIs e 84 Enfermaria  
(ESTATÍSTICAS REFERENTES AO ANO DE 2021)

**HMAP** HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA

SUS

PREFEITURA DE APARECIDA

Em parceria com a área de Recursos Humanos, foram prestigiados os aniversariantes do mês com afixação de cartazes de congratulação nos diversos setores da unidade.

No início do mês, o setor de Ouvidoria em parceria com a Humanização, confeccionou certificados de reconhecimento aos profissionais elogiados por usuários no mês anterior





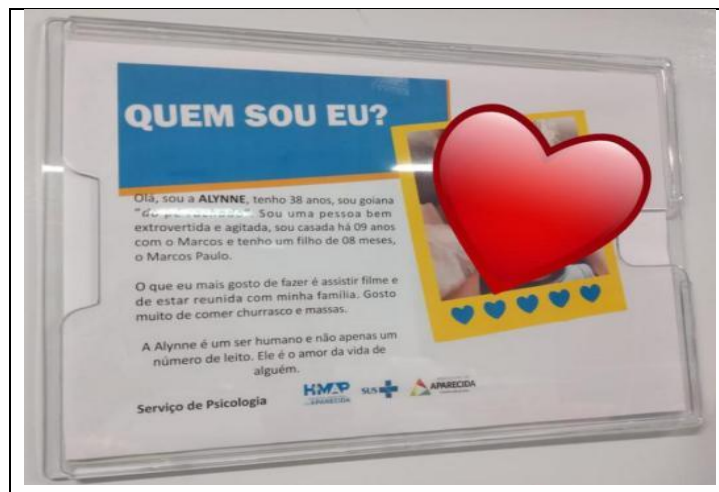
Em comemoração ao Dia do Amigo, comemorado no dia 20 de julho, foi idealizada ação direcionada aos colaboradores com a criação de um formulário online para que pudessem acessar e enviar uma mensagem para o amigo que trabalha na unidade. As mensagens foram transcritas para um cartão e depois entregues aos destinatários.



Em referência ao Dia Nacional da Prevenção de Acidentes de Trabalho, 27 de julho, foi realizada ação em parceria com o SESMT e Comunicação. Entramos em contato com os familiares de alguns colaboradores que vieram à unidade para fazer uma surpresa aos seus entes queridos. Em determinado momento, os colaboradores foram acionados via rádio ou telefone e, quando atendiam, seus familiares questionavam se estavam usando os equipamentos de proteção individual da forma correta e se protegendo contra a Covid-19. Após isso, todos foram convocados ao auditório da unidade para encontrar seus familiares e houve um momento com café da manhã especial. A ação gerou um vídeo que pode ser acessado no Instagram da unidade através do link <https://www.instagram.com/p/CR1csaGF44a/>.



Ainda, ao longo do mês, foram realizadas diversas ações de humanização direcionadas tanto aos pacientes quanto colaboradores da unidade. Seguiu-se com a ação “Quem Sou Eu? ”, direcionada aos pacientes das UTIs, onde são afixados cartazes à beira-leito contendo textos sobre suas histórias, suas famílias, seus hobbies etc.



Durante o período de pandemia, o trabalho de Humanização no enfrentamento a COVID – 19 vem sendo realizado através de campanhas e ações de incentivos para as equipes que estão trabalhando na unidade. O sucesso na recuperação dos pacientes se deve ao empenho da equipe multiprofissional do HMAP que está na linha de frente de combate à doença,



levando assistência segura aos internados. Profissionais que trabalham incansavelmente, com agilidade e competência sempre com foco na recuperação e nas Altas Humanizadas.



Passatempos do Bem

Altas Humanizadas




Aniversário de Paciente

Comfort Food

#### 4. ATA DE REUNIÃO

Renan Cardoso Mamedes  
Coordenador de Humanização  
Hospital Municipal de Ap. de Goiânia - HMAP

Coordenador de Humanização  
Renan Cardoso Mamedes

		<b>GESTÃO DA QUALIDADE FORMULÁRIO</b>			
<b>ATA DE REUNIÃO</b>					
Código: FOR.038		Setor: COQUA		Revisão: 004	Página: 1/1
<b>Título: Reunião da Comissão de Humanização</b>					
<b>Responsável: Renan</b>					
Data: 06/08/2021		Local: Sala de Reuniões		Horário: 15h00	às 15h30
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra					
<b>Pauta: Deliberação para as ações de Humanização de Agosto/2021</b>					
<b>Follow up da reunião anterior:</b>					
Ações do mês de Julho/2021 concluídas 100%					
<b>Desenvolvimento da Reunião</b>					
<b>Item</b>	<b>Assuntos tratados</b>				<b>Status</b>
1.	Deliberação para as ações de Humanização de Agosto/2021 conforme Cronograma de Ações.				OK
<b>Plano de ação</b>					
<b>Nº</b>	<b>Ação</b>			<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
1.	Afixação de cartazes de aniversariantes do mês nos murais da unidade.			RH	05/08
2.	Entrega de certificados em reconhecimento aos profissionais elogiados por usuários no mês anterior.			OUVIDORIA	05/08
3.	Agosto Dourado - mês de conscientização sobre o aleitamento materno			HUMANIZAÇÃO	05/08
4.	Dia Nacional da Saúde			HUMANIZAÇÃO COMUNICAÇÃO	05/08
5.	Dia dos Pais			HUMANIZAÇÃO COMUNICAÇÃO EQUIPE MULTI	08/08
6.	Dia do Psicólogo			HUMANIZAÇÃO PSICOLOGIA	27/08
7.	Dia Nacional de Combate ao Fumo			HUMANIZAÇÃO EPIDEMIOLOGIA	29/08
8.	Dia do Nutricionista			HUMANIZAÇÃO NUTRIÇÃO	31/08
9.	Projeto Cuidado Centrado no Paciente (QUEM SOU EU / ALTA HUMANIZADA / BANHO DE SOL / ANIVERSÁRIOS)			HUMANIZAÇÃO	Ação contínua
Sem mais a relatar, eu <b>Renan Cardoso Mamedes</b> lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.					
Assinatura do relator:		 <b>Renan Cardoso Mamedes</b> Coordenador de Humanização Hospital Municipal de An. de Goiânia - HMAP			

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos



# RELATÓRIO DA COMISSÃO INTRA- HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES - CIHDOTT

**JULHO 2021**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. INDICADORES.....	4
2.1. Taxa de notificações de Morte Encefálica (ME).....	4
2.1.1. Objetivo.....	4
2.1.2. Fórmula.....	4
2.1.3. Resultado.....	4
2.1.4. Análise Crítica.....	5
2.2. Taxa de notificação de óbito por parada cardiorrespiratória (PCR) para doação de tecido ocular.....	7
2.2.1. Objetivo.....	7
2.2.2. Fórmula.....	7
2.2.3. Resultado.....	7
2.2.4. Análise Crítica.....	8
3. ANEXO ATA DE REUNIÃO.....	8

## 1. INTRODUÇÃO

A implantação de comissões para a doação de órgãos teve início em 2005, com a Portaria nº 1.752/2005, na qual ficou estabelecido que todos os hospitais acima de 80 leitos obrigatoriamente terão que instituir uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

A CIHDOTT deverá ser composta de pelo menos três membros, e o coordenador necessariamente deverá ter participado de um curso de formação de coordenadores intra-hospitalares de transplantes com certificado emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) ou pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do Estado.

Em 2006, a Portaria nº 1.262 aprovou o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, os deveres e os indicadores de eficiência e o potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

Com a Portaria nº 2.600 classificou as CIHDOTT, de acordo com o perfil do hospital:

- I. CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivíssimo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatra, integrantes de seu corpo clínico.
- II. CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1.000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não oncológico, com 200 (duzentos) a 1.000 (mil) óbitos por ano.
- III. CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não oncológico com mais de (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgãos.

Atualmente, seguimos a Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017



que estabelece os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS).

A CIHDOTT-HMAP foi consolidada pela Superintendência Geral através da Portaria nº. 35/2020-HMAP, nomeado a coordenadora desta comissão e a Portaria nº. 31/2020-HMAP de nomeação dos membros desta comissão.

## 2. INDICADORES

A CIHDOTT avalia os seguintes indicadores:

- Taxa de notificação de morte encefálica (ME)
- Taxa de notificação de óbito por PCR

### 2.1. Taxa de notificações de Morte Encefálica (ME)

#### 2.1.1. Objetivo

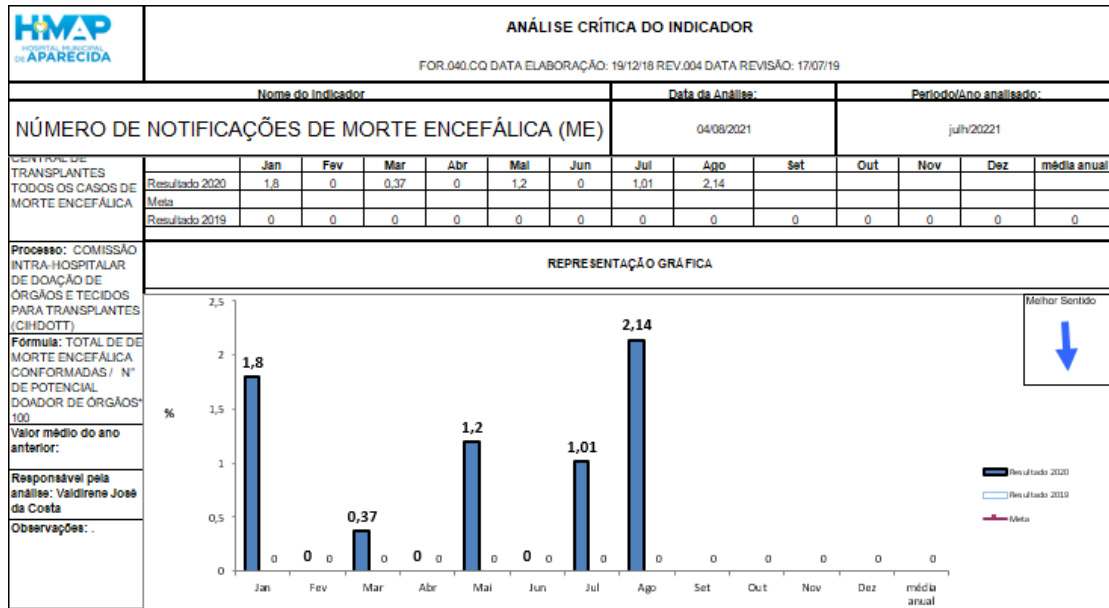
Avaliar a porcentagem de morte encefálica (ME) no referido mês de análise.

#### 2.1.2. Fórmula

$$\frac{\text{Nº de ME confirmadas}}{\text{Nº de potencial doador de órgãos}} \times 100$$

#### 2.1.3. Resultado

$$\frac{3}{140} \times 100 = 2,14\%$$



### 2.1.4. Análise Crítica

Diariamente, durante a busca ativa do provável Morte Encefálica (ME) é realizado orientações com as equipes assistenciais de enfermagem e médicas sobre o provável doador.

No mês de julho foram realizadas buscas ativas de possíveis ME, nos seguintes setores:

- UTI ADULTA 1
- UTI ADULTA 2
- UTI A COVID
- UTI RPA COVID
- UTI F COVID SUSPEITO
- UTI C COVID SUSPEITO
- UTI B COVID
- UTI TÉRREO I COVID
- UTI TÉRREO II COVID

No mês de julho através da busca ativa junto com equipes assistenciais, identificado três (3) potencial doador, onde foi realizado abertura do protocolo de ME- Morte Encefálica dos pacientes, notificado à Central de Transplantes para acompanhar a manutenção hemodinâmica do potencial doador e entrevista familiar junto com Psicólogos e toda equipe da Organização de Procura de Órgãos (OPO), com finalidade de acolher esses familiares até sua determinação final. Destes pacientes dois (2) optaram pela não doação, o outro hemodinamicamente não era apto para doação.

Indicados e notificados casos de potenciais doadores (PD) de órgãos, realizado coleta de dados.

A capacitação da Comissão CIHDOTT é contínua, objetivando toda equipe terem a habilidade de identificar e detectar o provável ME, o intuito de garantir esses profissionais integrados em todos protocolos.

Em 27/07/2021, qualificação ministrada pelo membro da comissão da CIHDOTT/HMAP, Dr. Júlio Resplande palestra sobre captação dos rins, orientando quanto a importância da preservação dos órgãos, evidenciado a potencialização, e o crescimento do Estado de Goiás em captação dos renal.

Em consonância com a Portaria nº 2.600, a Notificação de Óbitos, desta unidade hospitalar, tendo como média de 105 óbitos mensais, classificando unidade HMAP com CIHDOTT *porte II*.

## 2.2. Taxa de notificação de óbito por parada cardiorrespiratória (PCR) para doação de tecido ocular

### 2.2.1. Objetivo

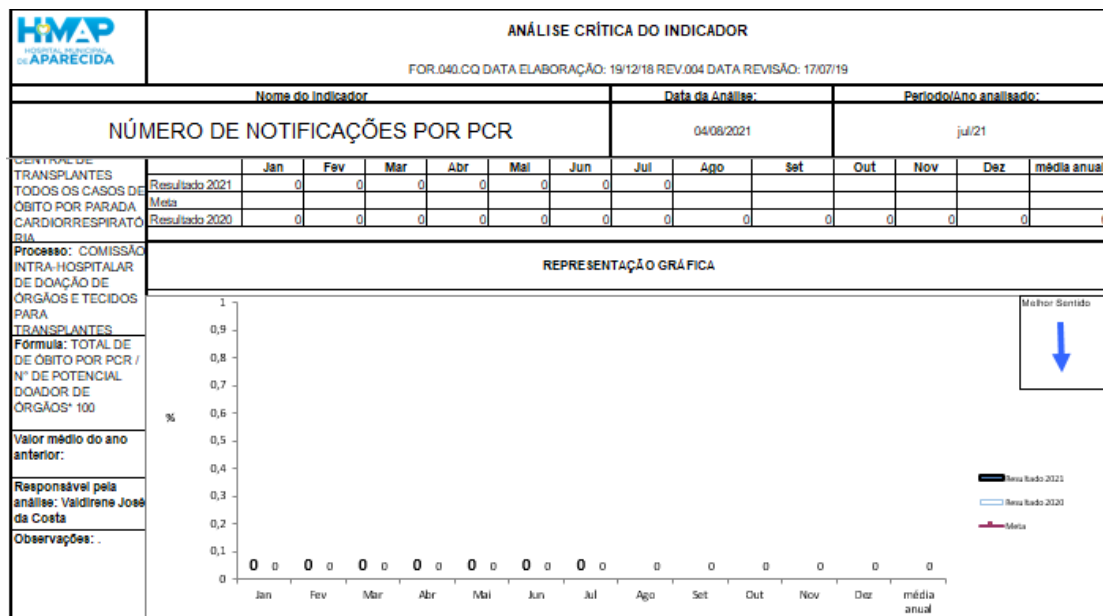
Avaliar a porcentagem de óbito por parada cardiorrespiratória (PCR) no referido mês de análise.

### 2.2.2. Fórmula

$$\frac{\text{Nº de óbito viável para doação de tecido ocular}}{\text{Nº total de óbito por PCR}} \times 100$$

### 2.2.3. Resultado

$$\frac{0}{0} \times 100 = 0\%$$



#### 2.2.4. Análise Crítica

No mês de julho foram constatadas 140 declarações de óbitos na unidade HMAP, evidenciada em planilha abaixo descrita.

- 71 = Paciente com Coronavírus Positivo
- 00 = Paciente com Covid curado (alta hosp)
- 38 = Paciente Negativo teste Covid19
- 06 = Óbitos - Pacientes fora da faixa etária
- 25 = Óbitos-Pacientes que tiveram choque não classificado, septicemia ou leucocitose.
- 00 = Óbito Paciente portador de neoplasia
- 00 = Paciente não realizado PCR
- 00 = Óbito sorologia positiva HIV
- 00 = Número de notificações por PCR- legível para Córnea.

Valdirene José da Costa  
COREN-GO 305260  
Analista da Qualidade  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA

**Valdirene José da Costa**  
**Coordenadora da CIHDOTT**

### 3. ANEXO ATA DE REUNIÃO



ATA DE REUNIÃO

Código: FOR.038

Setor: COQUA

Revisão: 004

Página: 1/2

**Título:** CIHOTT- COMISSÃO INTRA- HOSPITAL DE TRANSPLANTES E TECIDOS

**Responsável:** VALDIRENE JOSÉ DA COSTA

**Data:** 27/07/2021

**Local:** Sala De Reunião

**Horário:** 09:00

às

**10:00**

**Caráter da Reunião:** (x) Ordinária ( ) Extra

**Pauta:**

- Apresentação dos óbitos com foco no processo de doação de órgãos e tecidos do mês de Julho, tivemos 3 provável ME, realizamos abertura de protocolo.

**Participantes:**

**Nome**

**Assinatura**

Segue em Anexo lista de Presença

**Follow up da reunião anterior:**

Mencionar se existem pendências ou respostas para assuntos tratados anteriormente;

**Desenvolvimento da Reunião**

Item	Assuntos tratados	Status
1.	<p>No mês de Julho foram notificados um total de 140 óbitos. Destes óbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 140 óbitos via declaração de óbito.</li> <li>• 02 óbito encaminhado para SVO</li> <li>• Toda contra indicação para doação de córneas. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4 óbitos fora da faixa etária;</li> <li>✓ 25 óbitos (choque não classificado, septicemia ou leucocitose),</li> <li>✓ 0 óbitos por neoplasia;</li> <li>✓ 71 Óbitos testaram positivo Covid-19;</li> <li>✓ 38 Óbitos testaram negativo Covid- 19;</li> <li>✓ 0 óbito sorologia positiva HIV</li> </ul> </li> <li>• 59 Pacientes eram do sexo feminino;</li> <li>• 81 Pacientes do sexo masculino.</li> </ul>	

**Plano de ação**

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Ministrar palestra com toda comissão e equipe multidisciplinar com Dr. Julio Resplandes, tema captação Renal.	Valdirene José da Costa	28/07/2021

Sem mais a relatar, eu (Valdirene José da Costa) lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião. Assinatura do relator:

Imprimir frente e verso

Valdirene José da Costa  
CORÉTI-GO 305260  
Analista da Qualidade  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos

**LISTA DE PRESENÇA**

Código: FOR.159      Setor: GERH      Revisão: 003      Página: 1/1

**Título:** Comissão CINDOTT  
**Responsável:** Valdirene José da Costa  
**Data:** 27.07.21      **Horário:** 09:00 às 10:00      **Carga H. Total:**  
**Local:** Auditório      **Tipo:**  Palestra     Treinamento/Curso     Reunião  
**Pauta:**

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Fabúcia Luiz Barbosa	Enfermeiro	Auditor	
2	Mário Vinícius Melo R. Cardoso	Adm	NO SP	
3	João Paulo Rocha Ribeiro	Psicólogo	mult	
4	Elaine Rose da Silva	Gerencia	mult	
5	Amalú Alves	Coord Eng	UM	
6	Carla James Rege	Coord	EP	
7	Guilherme Rodrigo dos Santos	Coord. Enf	CC/PA	
8	Mara Helena f. B. R. Borges	Gerência	Enf.	
9	Erica D. Romão	Coord. Eng	CMA	
10	Alana Oliveira da Silva	Coordenadora	NO SP	
11	Chloé Ferreira Santiago	Coord. Enf	COPTA	
12	Dayane Alves Magalhães	Coord. Eng	UTPA	
13	Ana Lúcia Pinheiro de Lencastre	Coord. Eng	UTIC	
14	Renata Cardoso Mendes	Coord.	Humani	
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Número de participantes: 14      Assinatura do Responsável: Valdirene Costa

Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
Pasta do Setor	Pasta/Colaboradores do Setor	Por data	5 anos	Resíduos

# RELATÓRIO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO OUVIDORIA

**JULHO DE 2021**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>2. INDICADORES</b> .....	3
<b>2.1. Pesquisa de Satisfação</b> .....	3
<b>2.2. Índice de Satisfação ao Usuário</b> .....	4
<b>2.2.1. Taxa de índice de satisfação dos usuários internos estratificado:</b> .....	6
<b>2.2.2. Taxa de índice de satisfação dos usuários externos estratificado:</b> .....	7
<b>3. MANIFESTAÇÕES:</b> .....	8
<b>3.1. Índice de Elogios</b> .....	8
<b>3.2. Índice de Reclamações</b> .....	9
<b>3.3. Índice de queixas que não se aplica</b> .....	10
<b>3.4. Resolução das Queixas</b> .....	11
<b>3.5. Descrição das manifestações</b> .....	12



## 1. INTRODUÇÃO

A pesquisa de satisfação ao usuário é destinada a avaliação do acompanhante e paciente referente a qualidade do atendimento prestado na unidade. Esta meta possui a **valoração de 25%** em cada trimestre, e deve atingir 80% da resolução das queixas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação, sendo 10% do atendimento total a ser avaliado no setor de internação e 10% do atendimento total do ambulatório.

A aplicação da pesquisa ocorre de segunda a sexta pelo profissional do S.A.U./Ouvidoria realizando a entrevista pessoalmente com os pacientes internados e acompanhantes, com apoio do formulário FOR.182.SAUO PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO INTERNO. Ao final da pesquisa de satisfação a ouvidora deve perguntar ao paciente se o mesmo deseja registrar um elogio, reclamação ou sugestão, no caso de registro de reclamação deve proceder tratamento conforme fluxo tratamento das reclamações. Nos demais dias (sábados, domingos e feriados) ou no caso de alguma eventualidade da profissional do S.A.U./Ouvidoria, a equipe de enfermagem ou multidisciplinar entregará o formulário para o paciente e acompanhante quando houver, e a profissional que estiver fazendo a pesquisa não pode deixar em branco a penúltima pergunta. Já para os pacientes externos, após a consulta médica, realização de exame ou procedimento, as recepcionistas entregam o formulário FOR.183.SAUO PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EXTERNO para o usuário, o orienta a identificar o tipo de atendimento (Ambulatório/Diagnóstico por imagem/Outros) e para não deixar em branco a penúltima pergunta. A ouvidora deverá recolher os formulários que estão dentro das caixas de sugestão que se localiza na recepção do hospital, no posto de enfermagem e na recepção do laboratório e reabastecer o local com novos formulários para serem preenchidos pelos usuários. Conforme reunião realizada no mês de setembro/2020, a orientação



da equipe da Comissão de Avaliação e Fiscalização, em cumprimento ao do Contrato de Gestão nº 1095/2018 - SEL quanto ao Índice de Satisfação do Usuário Interno/Externo fica alinhado a utilização da fórmula da ANS, utilizando apenas as respostas da pergunta - padrão.

## 2. INDICADORES

O serviço de atendimento ao usuário monitora os indicadores, sendo:

- Pesquisa de satisfação;
- Índice de satisfação dos usuários;
- Quantidade de reclamações;
- Resolução das queixas recebidas.

### 2.1. Pesquisa de Satisfação

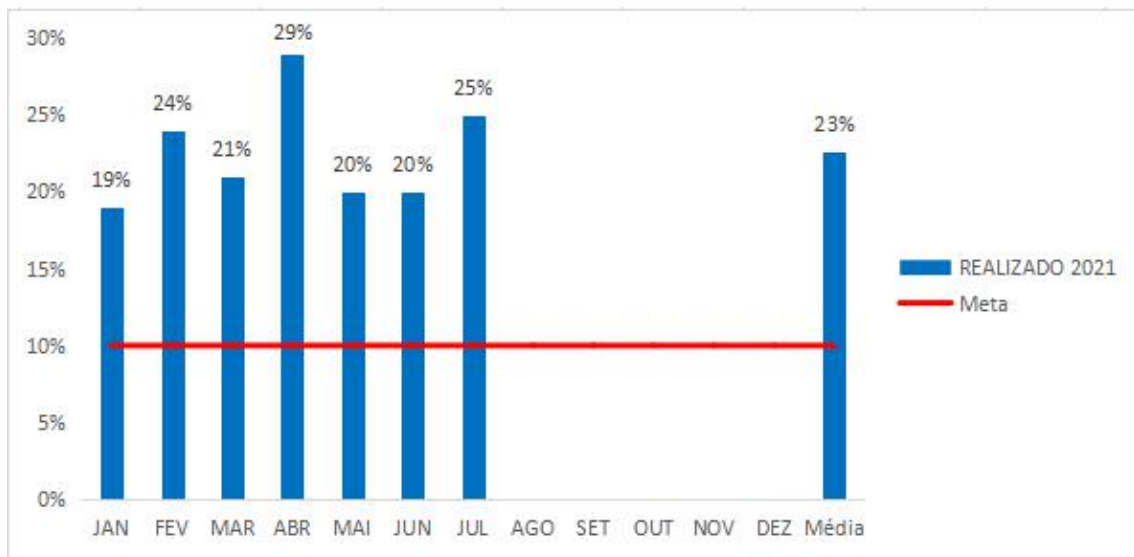
**Objetivo:** Avalia o total de pesquisa de satisfação do usuário aplicada nos setores de internação, pronto socorro, ambulatório e SADT, **meta 10% para cada setor.**

**Fórmula:**

**Resultado:**  $(1.681/6.715) * 100 = 25\%$

Tabela 01: Pesquisa de satisfação

PESQUISA DE SATISFAÇÃO											
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
19%	24%	21%	29%	20%	20%	25%					



### Análise Crítica do Período:

No mês de julho tiveram 6.715 atendimentos. Foram realizadas 1.681 pesquisas de satisfação, totalizando 25% de pacientes pesquisados no mês. Sendo:

- Saída hospitalar= tiveram 177 saídas e foram realizadas 92 pesquisas, correspondendo a 51%.
- Ambulatório= tiveram 2.146 pacientes atendidos no ambulatório e foram realizadas 747 pesquisas, correspondendo a 34%.
- SADT Externo = tiveram 4.392 pacientes atendidos e foram realizadas 842 pesquisas, correspondendo a 19%

### 2.2. Índice de Satisfação ao Usuário

**Objetivo:** Avalia a satisfação do usuário mediante a assistência prestada no setor de internação, pronto socorro, ambulatório e SADT **meta 80%**.

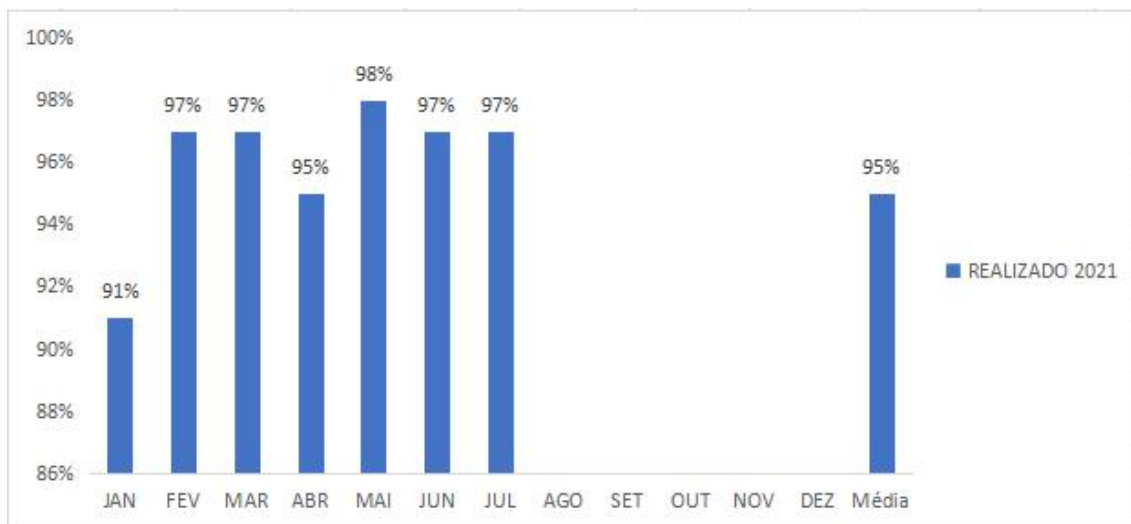
**Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{total de respostas Ótimo e bom}}{\text{Total de respostas das pesquisadas}} \times 100$$

**Resultado:**  $(1.631/1.681)*100 = 97\%$

Tabela 02: Índice de Satisfação

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO											
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
91%	97%	97%	95%	98%	97%	97%					



### Análise Crítica do Período:

No mês de julho foram realizadas 1.681 pesquisas de satisfação, nos setores: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, pronto socorro, ambulatório e SADT, do total pesquisado 1.631 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando 97% o índice de satisfação.

### **2.2.1. Taxa de índice de satisfação dos usuários internos estratificado:**

Taxa de satisfação interno =  $(76/92) \times 100 = 82\%$

#### **Análise Crítica do Período:**

No mês de julho foram realizadas 92 pesquisas de satisfação do usuário interno, referente aos setores de internação: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e pronto socorro, do total pesquisado 76 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando 82% da satisfação dos usuários internos.

Ressaltamos que 0 respostas ficaram em branco e/ou “não sabe”, o que equivale a 0% do total das respostas aplicadas.

### **2.2.2. Taxa de índice de satisfação dos usuários externos estratificado:**

Taxa de satisfação usuário externo =  $(1.555/1.589) \times 100 = 97\%$

#### **Análise Crítica do Período:**

No mês de julho foram realizadas 1.589 pesquisas de satisfação do usuário externo, referente ao setor ambulatorial e SADT, do total pesquisado 1.555 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando 97% da satisfação dos usuários externos.

Ressaltamos que 0 respostas ficaram em branco e/ou “não sabe”, o que equivale a 0% do total das respostas aplicadas.

### 3. MANIFESTAÇÕES:

As manifestações foram evidenciadas através dos questionários os quais foram realizados por buscas ativas e receptivas, onde os setores pronto atendimento, internação, ambulatório e SADT evidenciam os elogios, as sugestões e reclamações, conforme demonstrado abaixo.

#### 3.1. Índice de Elogios

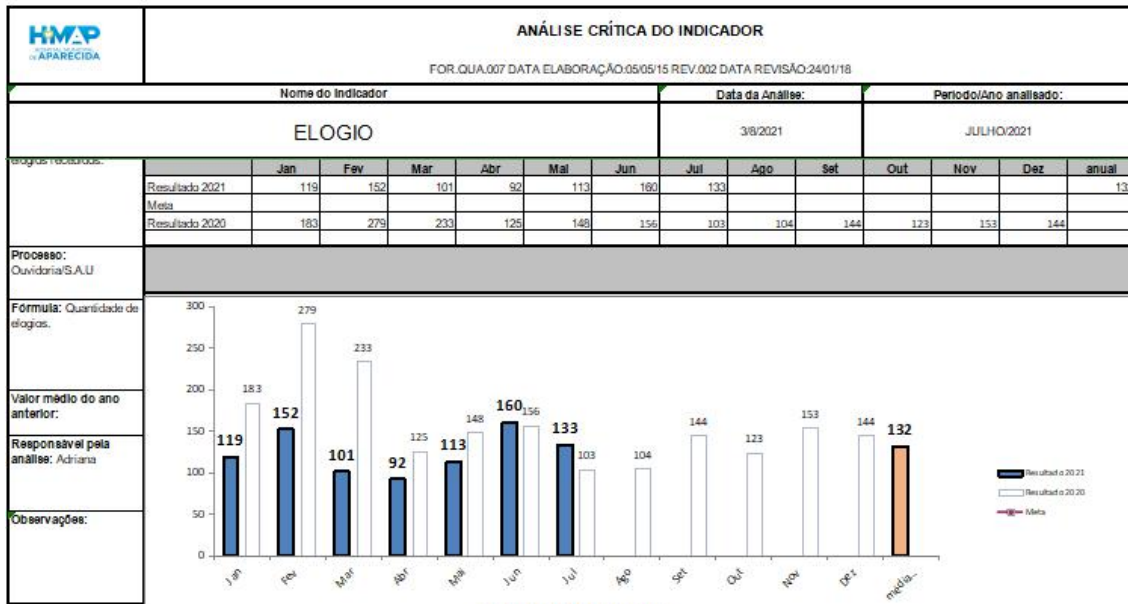
**Definição:** Avalia o total de elogios relatados através da pesquisa aplicada ao usuário mediante a assistência prestada no setor de internação, pronto socorro, ambulatório e SADT.

#### Equação para cálculo:

Total de Elogio = *N. totalde elogios*

Total de Elogio = 133 elogios





### Análise Crítica do Período:

No mês de julho foram evidenciados 133 elogios para os seguintes setores: 04 para equipe medica, 13 para a equipe de enfermagem, 04 para equipe multidisciplinar, 10 para a equipe de colaboradores terceirizados e 102 elogios para toda equipe do hospital. Os elogios totalizaram 8% em relação as pesquisas aplicadas.

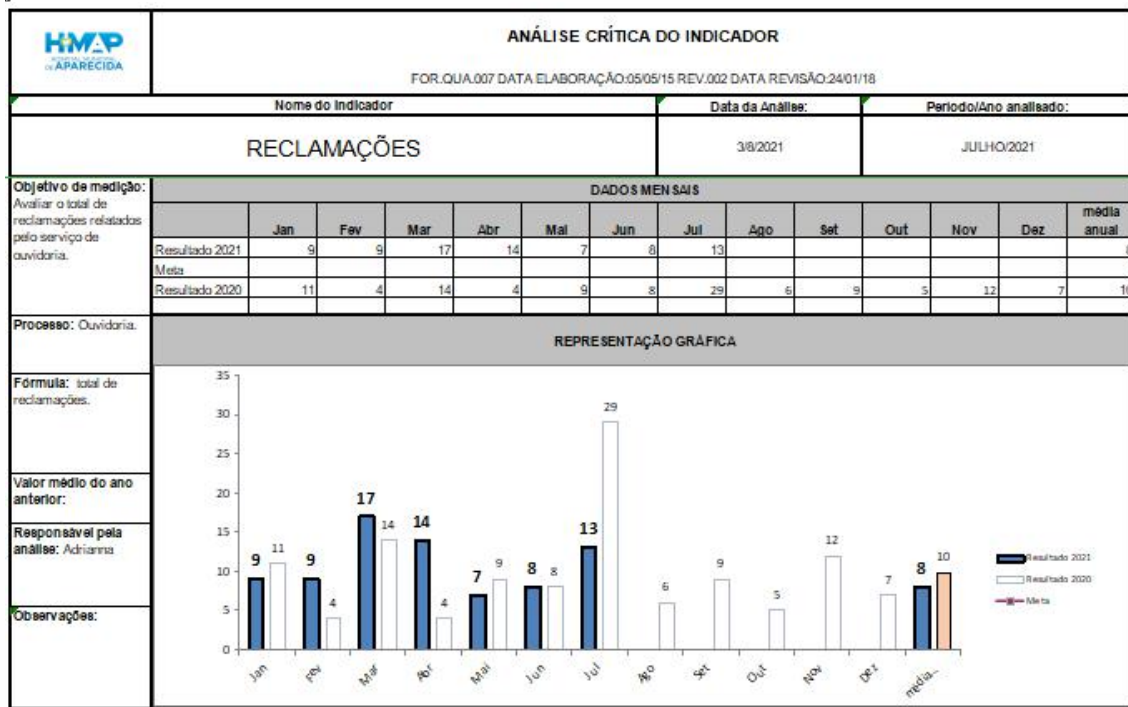
### 3.2.Índice de Reclamações

**Definição:** Avalia o total de reclamações realizadas pelo usuário mediante a assistência prestada no setor de internação, pronto socorro, ambulatório, laboratório.

**Equação para cálculo:**

$$\text{Total de reclamações} = \frac{N^{\circ} \text{total de reclamações}}{\text{Total de pesquisas aplicadas}}$$

Total de reclamações = 13 *reclamações*



### Análise Crítica do Período:

No mês de julho das 1.681 pesquisas de satisfação realizadas, foram evidenciadas 13 reclamações. Das quais se refere a insatisfação do atendimento médico, enfermagem, equipe multidisciplinar, exames e boletim eletrônico. Ressalto que 03 reclamações é sem procedência. As reclamações totalizaram 0,7% em relação as pesquisas aplicadas.

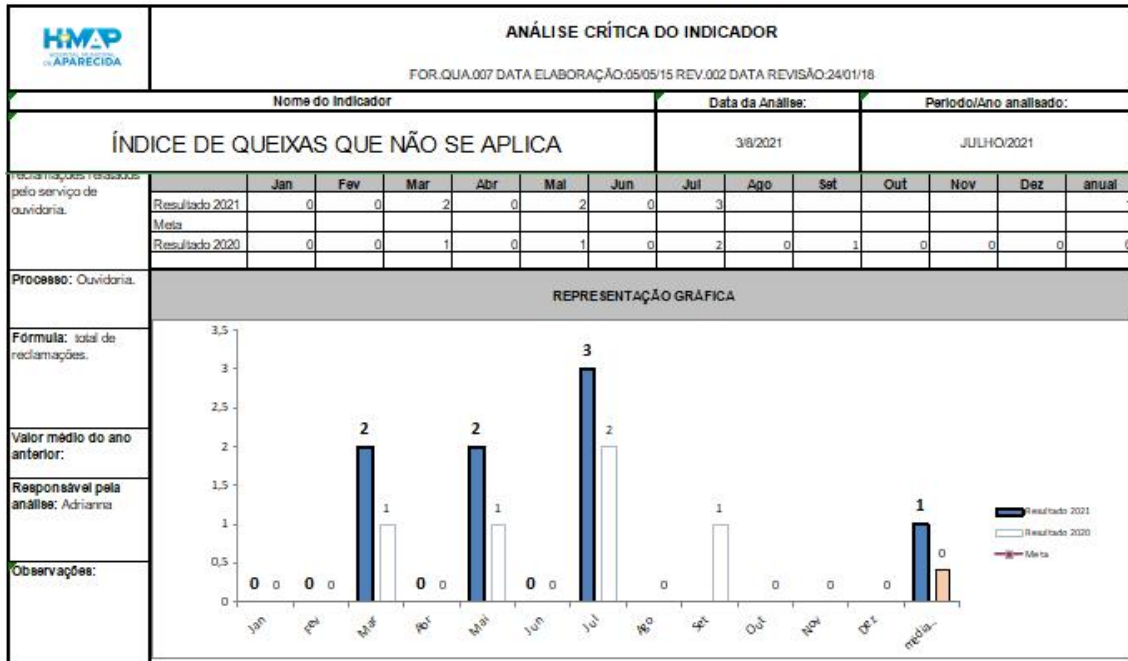
### 3.3.Índice de queixas que não se aplica

**Definição:** Avaliar o quantitativo de queixas realizadas pelos pacientes e acompanhantes que não se aplica aos processos da unidade ou não tem coerência com o serviço prestado.

### Equação para cálculo:

Total de queixas que não se aplicam = *Nº total de queixas que não se aplicam*

Total de queixas que não se aplicam = 03 *queixas*



### Análise Crítica do Período:

No mês de julho das 1.681 pesquisas de satisfação realizadas, foram evidenciadas 03 queixas que não se aplicam.

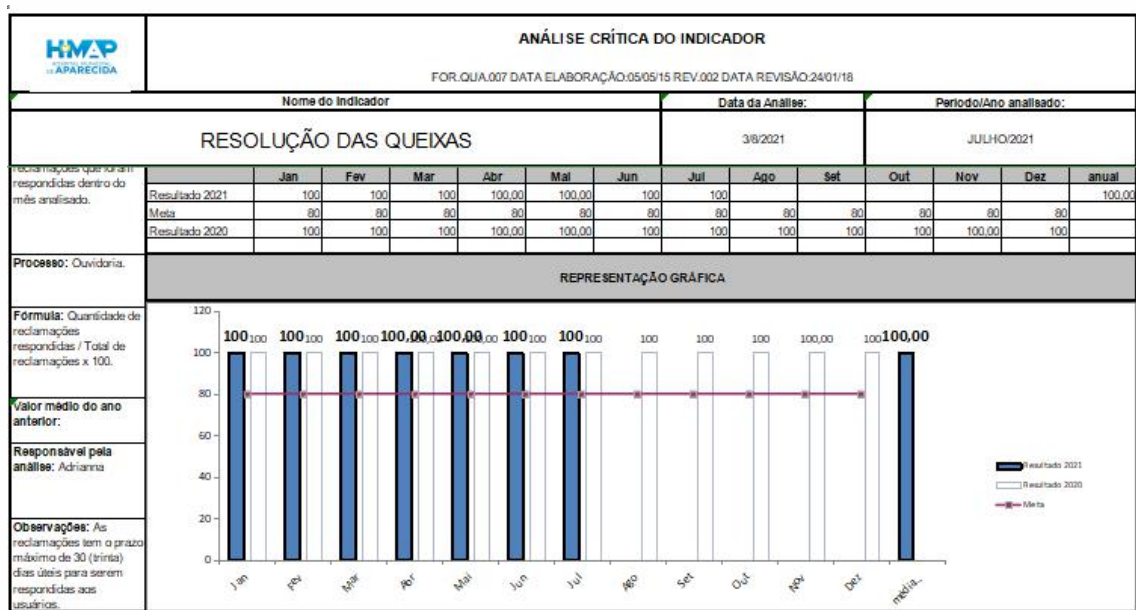
### 3.4. Resolução das Queixas

**Definição:** Avalia as devolutivas que devem ocorrer para o paciente/acompanhante referente as queixas prestadas através das pesquisas de satisfação prestada nos setores de internação, pronto socorro, ambulatório, laboratório a **valoração deste indicador é 25% e a meta é de 80%.**

**Equação para cálculo:**

$$\text{Taxa de resolução das queixas} = \frac{\text{Nº total de reclamações respondidas}}{\text{Total de reclamações}} \times 100$$

Taxa de resolução das queixas = 100%



**Análise Crítica do Período:**

No mês de julho tiveram 13 reclamações, todas foram tratadas pelos gestores totalizando um percentual de 100% de resolução das queixas e devolutivas aos usuários.

**3.5. Descrição das manifestações**

No período em análise foram evidenciadas pelo Serviço Atendimento ao Usuário – SAU, 13 manifestações, 03 sugestões e 133 elogios, conforme descritas abaixo:

Tabela 03: Descrições das Manifestações

Ouvidoria / Pesquisa de Satisfação	Setor	Data da Manifestação	Tipo de Manifestação	Descrição da Manifestação	Responsável pela Tratativa	Ocorrência	Data da Resposta	Retorno
Ouvidoria/ Receptivo	Enfermaria Covid	01/07/2021	Reclamação.	Familiar relata que já tem 1 dia que aguarda notícias da paciente.	Coordenação de Humanização	Primária	02/07/21	A Coordenação informa que no dia de hoje (02/07/2021) foi realizada vídeo-chamada com familiar da paciente. O boletim informativo encontra-se atualizado. A equipe do HMAP se solidariza com a família nesse momento de angústia e reforçamos com a equipe assistencial e administrativa a importância de se manter os dados atualizados a fim de deixar seus familiares cientes do status da paciente.



Ouvidoria Receptivo	UTI Covid	01/07/2021	Reclamação	Familiar relata que o paciente recebeu alta hospitalar, ficou intubado quatorze dias, está muito debilitado a médica deu um atestado de somente dois dias, o paciente não está em condições de retornar ao trabalho.	Diretoria Técnica.	Primária	02/07/21	A Diretoria informa que devido a gravidade do caso foi solicitou revisão sobre o atestado, sendo realizado novo atestado com duração de 15 dias, momento em que o paciente deve ser reavaliado e possivelmente receba novo atestado, inclusive com possibilidade de afastamento das atividades laborais por um período ainda maior, até que esteja com sua saúde completamente reestabelecida.
Ouvidoria Receptivo	UTI Covid	07/07/2021	Reclamação	Familiar relata que até o momento o boletim não foi registrado e o médico também não ligou para passar as notícias.	Coordenação de Humanização.	Primária	09/07/21	A Coordenação informa que pedimos desculpas pelos transtornos causados pelos atrasos dos boletins. Informo que a situação foi repassada à Coordenação Médica do setor que cobrou a atualização. Checado no sistema, verifico que o boletim foi atualizado.
Ouvidoria Receptivo	UTI Covid	09/07/2021	Reclamação	Familiar relata que gostaria de saber qual exame a médica pediu para informar na DO que o paciente	Diretoria Técnica	Primária	13/07/21	A Diretoria informa que tantos os exames solicitados quanto todas as evoluções e prescrições formam o arcabouço do prontuário do paciente que fica arquivado no hospital à

				era suspeita de Covid.				disposição do representante legal. Orientamos fazer a solicitação que a responsável pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME) irá disponibilizar.
Ouvidoria Receptivo	UTI Covid	13/07/2021	Reclamação	Familiar relata que o último boletim eletrônico foi registrado dia 11/07, o médico também não ligou.	Coordenação de Humanização	Primária	14/07/21	A Coordenação informa que em primeiro lugar, pedimos desculpas pelos transtornos causados pelos atrasos/faltas de boletins. Estamos estabelecendo um novo fluxo com o objetivo de melhorarmos esse processo, que deverá ser implantado o quanto antes. Informo que, ainda ontem, o caso foi repassado ao Coordenador do Setor e o mesmo cobrou a equipe médica. Em resposta, relatou que a médica informou que ontem (13/07) tentou realizar contato telefônico por duas vezes sem sucesso. Checado sobre boletim online, foi realizado na madrugada de hoje (14/07) às 00:47. Iremos acompanhar o caso para garantir que as informações sejam repassadas diariamente.

Ouvidoria Receptivo	Ambulatório	15/07/2021	Reclamação	Paciente relata que precisa fazer uma cirurgia no pé direito, cita que está andando somente com um pé, está desempregado e morando de favor. Gostaria de saber onde as cirurgias estão sendo feitas?	Diretoria Técnica	Primária	15/07/21	A Diretoria informa que as cirurgias eletivas no HMAP estão suspensas por decreto da Secretaria Municipal de Saúde, como medida de enfrentamento à pandemia de Covid-19, tendo em vista a criação de inúmeras novas UTI destinadas a essa finalidade. Procedimentos de urgência têm sido realizados em outras unidades e recomendamos que entre em contato com a Secretaria para uma orientação mais assertiva. Esperamos que o Sr. possa ser atendido o quanto antes. Nos solidarizamos com sua angústia e necessidade de resolução e informamos que tão logo o Hospital possa retornar a executar esses procedimentos, uma equipe dedicada estará a postos para atender os pacientes.
Ouvidoria Receptivo	SADT	16/07/2021	Reclamação	Familiar relata que o paciente é cadeirante, idoso faz uso de	Coordenação do Ambulatório/SADT.	Primária	22/07/21	A Coordenação informa que os protocolos dos exames de ressonância são minuciosos e

				GTT, chegou cedo e até o momento não foi chamado para fazer o exame de Ressonância.				demorados, qualquer movimentação do paciente o protocolo precisa ser reiniciado, o que gera mais demora. O paciente deu entrada na recepção do SADT às 10:04h da manhã, onde já haviam pessoas aguardando para o exames, inclusive a maioria idosos acima de 70 anos, priorizamos os atendimentos á deficientes físicos, idosos e gestantes, porém neste dia estávamos com a demanda alta de exames e com demora na realização devido a dificuldade dos paciente em ficarem estáticos dentro do aparelho. Orientamos o paciente sobre a situação e o conduzimos a sala assim que finalizou o exame anterior. Qualquer dúvida estou a disposição.
Ouvidoria Receptivo	UTI Covid	23/07/2021	Reclamação	Familiar relata que o boletim não está sendo postado todos os dias, cita que o médico não ligou para informar sobre a intubação da	Diretoria Técnica/ Coordenação de Humanização	Primária	27/07/21	A Coordenação informa que o boletim online existe para que possamos informar às famílias de pacientes internados sobre o quadro de saúde de seus entes queridos, porém, conforme alinhado com a Diretoria Técnica, apesar de o ideal ser

				paciente, ficou sabendo pelo boletim eletrônico.				conversar sempre com a família, não existe necessariamente obrigatoriedade em comunicar antes de um procedimento de intubação, pois muitas vezes trata-se de uma emergência e não se pode esperar. Diante desses casos, a obrigação é sempre cuidar do paciente.
Ouvidoria Receptivo	Ambulatório	26/07/2021	Reclamação	Paciente relata que chegou às 06:26 para marcar a consulta de retorno, agora são 09:03 a agenda não foi liberada, pelo telefone não consegui marcar a consulta.	Coordenação do Ambulatório/SA DT.	Primária	30/07/21	A Coordenação informa que as agendas médicas abrem a partir do dia 25 de cada mês, e são inúmeros pacientes ligando para agendamento causando congestionamento na linha telefônica, para este mês a secretaria teve atrasos na liberação da agenda, o que causou demora no atendimento. Visto essas situações, já tomamos medidas necessárias para que o não ocorra novamente e o paciente possa ser atendido com qualidade e presteza. Qualquer dúvida estou a disposição.
Ouvidoria Receptivo	Ambulatório	26/07/2021	Reclamação	Paciente relata dificuldade em marcar a consulta de retorno pelo telefone, cita que quando as	Coordenação do Ambulatório/SA DT.	Primária	30/07/21	A Coordenação informa que são inúmeros pacientes ligando para agendamento causando congestionamento na linha telefônica, que por sua vez em algum momento apresenta



				receptionistas atendem pedem para aguardar ou desligam a ligação.					falhas que acredito que seja pelas intensas ligações. Visto essas situação já tomamos medidas necessárias para que não ocorra novamente tal situação. Qualquer dúvida estou a disposição.
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

Tabela 04: Descrições das Manifestações - Reclamação não Procedente

Setor	Data da Manifestação	Tipo de Manifestação	Descrição da Manifestação	Responsável pela Tratativa	Ocorrência	Retorno
UTI - Covid	02/07/2021	Reclamação não Procedente	Familiar relata que entregou para a equipe do hospital dois medicamentos de uso pessoal da paciente e durante a chamada de vídeo a paciente disse que não estava tomando os medicamentos e por isso não está conseguindo dormir.	Diretoria Técnica	05/05/21	O Diretoria informa que diante do vosso relato verificamos sobre as medicações da paciente. Nossa equipe de farmácia recebeu as medicações Duloxetine 30mg e Pregabalina 75mg que ficam armazenadas na Farmácia, sendo dispensadas juntamente às demais medicações prescritas pelos médicos do hospital. Confirmamos que a paciente está utilizando normalmente as medicações

UTI - Covid	09/07/2021	Reclamação não Procedente	Familiar relata que na DO do paciente está escrito suspeito de Covid, por esse motivo o cartório não libera o velório, solicita a correção da DO.	Diretoria Técnica	09/07/2021	A Diretoria informa que mediante a reclamação, o Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP, esclarece que considerando os termos do artigo 14 do Decreto "N" n.º 115, de 16 de março de 2020, da Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia, que veda a realização de eventos em que ocorram a aglomeração de pessoas, e estabelece, no art. 2.º, condutas que devem ser suspensas como medida de enfrentamento ao Coronavírus, <b><u>ficam vedadas, por tempo indeterminado: (...) II- Os velórios de pacientes confirmados ou suspeitos de COVID-19.</u></b> No caso específico em questão, o paciente estava internado em UTI destinada a casos suspeitos de COVID e em acompanhamento pelo serviço de infectologia, tendo a internação sido solicitada pela Regulação Municipal.
-------------	------------	---------------------------	---	-------------------	------------	--

UTI 2	17/07/2021	Reclamação não Procedente	Familiar relata que a paciente está internada na UTI, solicita liberação para visita lá, cita que tem mais de 60 anos, sabe dos riscos de contaminação, mas quer visitar a paciente.	Diretoria Técnica	19/07/2021	A Diretoria informa que o HMAP segue a PORTARIA Nº 080/2020-GAB-SMS publicada em 20 de outubro de 2020 onde diz que, fica vedado a entrada de visitantes menores de 18 anos e maiores de 59 anos. Seguimos também a PORTARIA INTERNA Nº010/2021-HMAP, na qual fica vedado todas as visitas por tempo indeterminado dentro da instituição. Tais medidas se dão devido ao alto risco de transmissão e contaminação do corona vírus dentro das unidades hospitalares. A equipe do HMAP se solidariza com a família nesse momento de angústia e dor e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.
-------	------------	---------------------------	--	-------------------	------------	--

Tabela05:DescriçõesdasManifestações-Sugestão

Setor	Data da Manifestação	Tipo de Manifestação	Registro	Descrição da Manifestação	Responsável pela Tratativa	Ocorrência	Retorno
SADT	01/07/21	Sugestão	Pesquisa de Satisfação	Acompanhante sugere trocador no banheiro para bebês.	Diretoria Administrativa	Primária	A Diretoria agradece a sugestão e informa que será analisada.

Ambulatório	01/07/21	Sugestão	Pesquisa de Satisfação	Acompanhante sugere que seja fornecido café quente e pão de queijo.	Coordenação de Nutrição	Primária	A Coordenação agradece a sugestão e informa que será analisada.
Clínica Médica	20/07/21	Sugestão	Pesquisa de Satisfação	Paciente sugere o aumento da quantidade das refeições	Coordenação de Nutrição	Secundária	A Coordenação agradece a sugestão e informa que será analisada.



Tabela 06: Descrições das Manifestações - Elogios

Setor	Tipo de Manifestação	Registro	Descrição da Manifestação	Responsável pela Tratativa	Retorno
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Josiene enfermeira maravilhosa, atenciosa e muito eficiente, Pablo enfermeiro muito paciente e cuidadoso. Parabéns a todos os enfermeiros.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Equipe muito competente Paulina e Emilene e Lucinere são ótimas.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Elogio ao atendimento aos técnicos de enfermagem que foi muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostei muito do atendimento da técnica de enfermagem Emilene Pimentel e técnica de enfermagem Paulina, o condutor Fábio Silva um excelente condutor.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de	Meus especiais agradecimentos as pessoas que cuidaram com todo carinho e profissionalismo	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

		Satisfação	tanto da minha filha como de mim! Enfermeira Helena, psicóloga Daniela, nutricionista Jordana e principalmente Dr. Willer que encontrar não só o caminho para equilibrar a diabetes descompensada como também nos tratou de maneira tão leve e alegre com suas orientações. Obrigada.		
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento ótimo vocês são especiais.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Obrigada a todos. Técnica de enfermagem Válber, Janayna.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Ana paula, André, Cidinha, Dra. Juliane excelentes.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Fiquei muito satisfeita com o cuidado e atenção de cada profissional desta unidade, minha filha está muito bem agora agradeço a todos vocês, não me recordo o nome de cada profissional que passou por esse quarto, mais sou muito grata a	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			todos. Que Deus abençoe grandemente a cada um de vocês.		
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns a toda equipe de médicos enfermeiros e limpeza, são todos organizados e atenciosos vais ser show obrigada a todos. Janaina e Valber, todos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Obrigada por todo cuidado com meu filho, a Dra. Beatriz e enfermeira Janainae Valber gratidão.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Equipe maravilhosa Janayna, Viviane, Cida.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Agradecer a todos profissionais por nós tratar muito bem. Estão todos de parabéns. Obrigada a todos por tudo que Deus abençoe todos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento foi ótimo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Quero deixar aqui meu muito obrigada a todos os profissionais que com responsabilidade profissionalismo, doação, amor, dedicação,	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			gentileza cuidado nos ajudou a passar essa fase desde a direção aos funcionários da limpeza. Gratidão.		
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Obrigada a toda equipe, enfermagem Janayna e os técnicos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Quero agradecer a todos desde a limpeza aos médicos, pelo atendimento e carinho.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Agradeço a toda equipe de psicólogos e assistentes sociais que sempre nos deram suporte que precisamos. Muito Obrigada!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Eu e minha família estamos muito satisfeitos com o atendimento tantos dos médicos quando nós ligam, quanto da psicóloga.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Já internei aqui logo quando esse hospital foi inaugurado, fiquei muito feliz em ver que ele continua sendo muito bem cuidado, nossa cidade merece um hospital como esse.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Agradeço primeiramente a Deus, em segundo a todos os profissionais que aqui trabalham.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estou satisfeito com todo o atendimento, dos médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Que Deus abençoe cada um de vocês e suas famílias que também correm risco.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Que maravilha esse hospital, nem parece ser público.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Fui muito bem atendida desde a portaria até a equipe médica e de enfermagem.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O Hmap está de parabéns gostei muito vim a primeira vez amei e agora meu retorno e como sempre top.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Obrigada pelo bom atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom o atendimento de todos parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabenizo a equipe da recepção pelo atendimento e orientação.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Obrigada por nos atender com tanta presteza e atenção. Que Deus abençoe todos vocês e os livre de todo mal.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estão de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	São ótimo. Parabéns pela equipe. Não tenho do que reclamar.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Todas as vezes que precisei de atendimento, deu tudo certo. Estão de parabéns. Obrigado.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Continue com este atendimento, antes tinha Unimed durante 25 anos, o atendimento daqui superou ao atendimento em todas as áreas. Parabéns a toda equipe equipe. Que Deus os abençoe.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Os médicos possuem um atendimento muito humanizado , o que faz com que o paciente se	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.



			sinta mais confortável nas consultas. As recepcionistas trabalham muito e mantêm o bom humor e a paciência.		
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Só elogios nos atendimentos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns pelo atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Sim. Excelente atendimento, desde a portaria ao médico. Educação, esclarecimento e atenção dada antes da consulta. A preocupação em continuar a consulta.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Amei maravilhosa muito atenciosa.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Não tem palavras estão todos de parabéns o atendimento é ótimo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom o atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O pessoal da recepção é nota 10.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostaria de elogiar o pessoal da recepção.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Profissionais incríveis que Deus abençoe vocês.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Só agradeço.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Agradecer a todos do hospital por ter nos ajudado nos dias em que meu filho ficou no Hmap. Estou satisfeita com tudo nada a reclamar tudo perfeito. Obrigada a todos por tudo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Nada a reclamar de ruim porque é um bom hospital.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom o atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Continuem com este atendimento humano. Vocês estão de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O hospital de modo geral é ótimo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostaria de parabenizar a todos os funcionários pelo atendimento e gentileza começando pelos	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			que ficam na guarita. São todos muito atenciosos e educados. Meu muito obrigada!		
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento excelente, tanto na recepção quanto no momento do exame.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Fui muito bem atendida, recepcionistas muito educadas e atenciosas. Parabéns a todos os profissionais do HMAP. Que Deus abençoe todos, continue assim.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns a toda equipe que foi imensamente prestativa com muito desempenho e profissionalismo junto não só a mim, mas a todos pacientes que pude observar o atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Ótimo atendimento	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Que continue com esse atendimento nunca deixar a humanização continuada. Vocês estão de parabéns!!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Ótimo atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Até aqui muito satisfeita com o atendimento de todos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Foi espaço que veio para melhoria da saúde em Aparecida de Goiânia ótimos profissionais. Parabéns	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estão de parabéns esse hospital.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Um bom atendimento gostei muito.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Continue sempre assim!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito boa estrutura	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento é ótimo!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostei um ótimo atendimento. Parabéns	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Ótimo atendimento em geral.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Tudo ótimo, atendimento, exames etc. Muito obrigado.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom em tudo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Está tudo muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns pelo atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Ótimo atendimento!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Não tenho o que sugerir. Eu que agradeço pela atenção.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estão de parabéns pelo o atendimento!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns atendimento muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns para toda equipe maravilhosos. Deus	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			abençoe vocês!!!		
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito satisfeita.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Bom atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Achei tudo muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estão de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Excelente hospital, um avanço para a saúde de Aparecida, equipamentos de última geração, deixando nós pacientes mais seguros quanto a eficiência dos exames e diagnósticos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Que continue assim.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Sem comentários tudo perfeito.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Por enquanto só elogios. Obrigado.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Hospital muito bom parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.



SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Continue dessa forma no atendimento e estrutura. Tem feito a diferença!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Até o presente está tudo dentro dos padrões.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento muito bom, profissionais muito simpáticos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Perfeito.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito excelente sem reclamação alguma somente elogio. Que Deus abençoe cada um de vocês que tenham sempre esse carinho pelas pessoas. Obrigado por tudo!!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estou satisfeita com atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento é ótimo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estão trabalhando bem.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns pelo atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Excelente atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Vocês são demais! Atendimento ótimo!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostei de todo atendimento desde a primeira recepção! Parabéns a todos os profissionais! Obrigado!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Todos que me atenderam são muito educados.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostei de tudo aqui. Atendimento muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Satisfeita.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estão de parabéns, em meio a tantos problemas entre doenças e vírus conseguem atender a todos de forma precisa.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Excelente atendimento, moças muito educadas.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de	Fui muito bem atendida. Não tenho nem uma	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

		Satisfação	reclamação por sinal por onde passei todos muito educados e prestativos. Obrigada.		
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Eu fico muito feliz com o atendimento de todos vocês! Todos estão de parabéns!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Eu gostei muito do atendimento, os profissionais são bem atenciosos. Parabéns	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Quero parabenizar o HMAP, pelo atendimento, limpeza, organização e pelo atendimento excelente.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Amei o atendimento tanto nas recepções com os médicos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento é muito bom eu gostei muito fui muito bem atendido.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento excelente!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Os funcionários são muito gentis.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns a todos os funcionários pela dedicação a sua função.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Os profissionais trata muito bem os pacientes.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Fomos bem atendidas, o atendimento foi rápido.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento no hospital no meu ponto de vista é excelente.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento muito bom a equipe boa.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns pela organização.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Um ambiente muito bom, nos faz sentir melhor.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Fui muito bem recepcionado nada a reclamar, tão de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom, minha 1 <sup>o</sup> vez aqui, gostei muito...	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Nada a reclamar estão de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Consulta aqui várias vezes e o atendimento e os médicos são excelentes.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostei do atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	É um ambiente muito limpo e organizado.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostaria de parabenizar o HMAP, sempre que precisei fui muito bem atendida, profissionais competentes, atenciosos. E também por ser perto da minha casa. Que continue assim!!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Hospital muito bom, equipe médica boa!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento muito bom, excelente higiene recomendo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Ótimo atendimento parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Só agradeço pela oportunidade de ser atendida aqui.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom o atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.



ADRIANNA SILVA  
 Coordenadora da Ouvidoria



# APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

JULHO DE 2021

## 1. INTRODUÇÃO

A autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento que compõe todos os registros do paciente que chega até o Hospital regulado pelo sistema SISREG com o código de solicitação e todos os dados necessários para realizar a admissão na Unidade.

## 2. METODOLOGIA

Para realizar a relação analítica do mês de Julho de 2021 do HMAP foram analisadas todas as AIH encaminhadas para o NIR. O método para essa coleta de informações se deu por meio da contabilidade das AIH que foram recebidas via e-mail na Regulação do NIR. Dentre os e-mails recebidos, analisamos todos, autorizamos/cedemos as vagas que se enquadraram no perfil e as que foram fora do perfil, negamos. O número total de AIHs apresentadas na competência do mês é retirada por meio de um relatório emitido pelo sistema SISREG.

Tabela 1. Relação Analítica - Competência de Julho de 2021

AIH'S	Total
Encaminhadas pela SMS	1105
Perc. (%) de AIH analisadas	1105
AIH's negadas	305
AIH's aceitas	719
AIH's devolvidas para Central de Regulação para atualizar informações	98
AIH's cancelada pela Central de Regulação	85
AIH's de pacientes que foram liberados, não vieram e não justificaram	42
Pacientes que deram entrada por demanda espontânea e foram contra-referenciados para outras unidades.	106
Pacientes internados por demanda espontânea	06
Pacientes internados para demanda de cirurgia	02
Pacientes regulados que deram entrada no Pronto Atendimento	592
Total de pacientes internados no mês	600

### 3. INDICADOR

**3.1. Total de AIHs apresentadas em um determinado período.**

**3.2. EQUAÇÃO PARA CÁLCULO:**

Taxa de AIH's apresentadas =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de AIHs apresentadas}}{\text{Total de saídas}} \times 100$

Taxa de AIH's apresentadas =  $657/604 \times 100 = 108,8\%$

**Responsável pelo dado:** Gerência NIR

**Frequência de levantamento:**

( ) Diário ( ) Semanal (X) Mensal ( ) Semestral ( ) Anual

**Dimensão da coleta:**

(X) Em todas as unidades da instituição.

( ) Em unidades específicas. Quais?

#### 3.2.1. Análise crítica

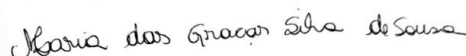
No mês de Julho de 2021 tivemos AIHs apresentadas. Enfatizamos que alguns pacientes tem a necessidade de abertura de mais de uma AIH durante a Internação no Hmap devido a necessidade de realizar trocas de procedimentos, altas administrativas e encerramentos de AIH

#### 3.2.2 RELAÇÕES POR PACIENTES

Tabela 2. Relação por paciente - Competência de Julho de 2021

**TOTALIZANDO 657 AIH'S APRESENTADAS**

Aparecida de Goiânia, 02 de Agosto de 2021



Dr<sup>a</sup>. Maria das Graças Silva de Sousa  
Gerente de Hospital Interno  
Código: 536.589  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

**MARIA DAS GRAÇAS SILVA DE SOUSA**  
Gerente NIR – HMAP

**CENTRO CLINICO MUNICIPAL**  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

DATA: 12/08/2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
ABENILTON FERREIRA DE SOUZA	03.03.01.022-3	09/07/2021	10/07/2021	980016276867085	26503	
ABENIZ PEREIRA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	13/07/2021	16/07/2021	980016276867085	26650	
ADAO SOUZA DE NOVAIS	03.03.01.022-3	17/07/2021	22/07/2021	980016276867085	26845	
ADELI FAGUNDES DE SOUZA	03.03.01.022-3	22/07/2021	24/07/2021	980016276867085	27012	
ADETE ARANTES VIEIRA	03.03.01.022-3	23/07/2021	31/07/2021	980016276867085	27064	
ADILSON DE ABREU	03.03.01.022-3	15/07/2021	16/07/2021	980016276867085	26720	
ADIMAR CORDEIRO VIEIRA	03.03.01.022-3	16/07/2021	19/07/2021	980016276867085	26825	
ADRIANO GOMES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	17/07/2021	19/07/2021	980016276867085	26838	
AGUIMAR DE SOUSA MORAIS	03.03.01.022-3	14/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26699	
ALEX SOARES BESSA	03.03.01.022-3	26/06/2021	02/07/2021	980016276867085	25936	
ALINE LIBERA CARDOSO DE ALMEIDA	03.03.01.022-3	24/07/2021	27/07/2021	980016276867085	27106	
ANDERSON BATISTA LEITE	03.03.01.022-3	30/06/2021	06/07/2021	980016276867085	26071	
ANDREA DE LIMA SILVA JUSTINO	03.03.01.022-3	18/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26864	
ANTERO DE OLIVEIRA SANTOS	03.03.01.022-3	10/07/2021	14/07/2021	980016276867085	18643	
ANTONIA DE SOUSA MARCELINO	03.03.01.022-3	13/07/2021	18/07/2021	980016276867085	19007	
ANTONIA LINA BARBOSA DA SILVA	03.03.01.022-3	14/07/2021	20/07/2021	980016276867085	25742	
ANTONIO BENTO DA SILVEIRA	03.03.01.022-3	09/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26489	
ANTONIO COSTA DOURADO FILHO	03.03.01.022-3	03/07/2021	07/07/2021	980016276867085	26207	
ANTONIO EVANGELISTA CAETANO	03.03.01.022-3	17/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26837	
ANTONIO JOSE PEREIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	24/07/2021	26/07/2021	980016276867085	27107	
ANTONIO MARCOS DUQUES DOS SANTOS	03.03.01.022-3	05/07/2021	07/07/2021	980016276867085	26238	
ANTONIO RAFAEL LACERDA DE MOURA	03.03.01.022-3	27/07/2021	30/07/2021	980016276867085	27203	
APARECIDA GONCALVES RAMOS MARQUES	03.03.01.022-3	15/07/2021	19/07/2021	980016276867085	26750	
ARGEL FRANCISCO DOURADO	03.03.01.022-3	19/07/2021	24/07/2021	980016276867085	26870	
BELMIRA RODRIGUES VIDIGAL	03.03.01.022-3	15/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26772	
CAIO CEZAR DA SILVA COSTA	03.03.01.022-3	10/07/2021	15/07/2021	980016276867085	26516	
CARMINDA AUGUSTA DA SILVA	03.03.01.022-3	10/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26513	
CLAUDIA MARIA DIAS	03.03.01.022-3	11/07/2021	14/07/2021	980016276867085	26524	
CLEITON OLIVEIRA SILVA	03.03.01.022-3	23/06/2021	03/07/2021	980016276867085	25741	
CLENILDA MARTINS DE SOUSA LUCENA	03.03.01.022-3	09/07/2021	10/07/2021	980016276867085	26459	
CLESIO FRANCISCO HIPOLITO	03.03.01.022-3	27/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27102	
CONCEICAO BARBOSA DE AMORIM	03.03.01.022-3	13/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26510	
CRISTIANE DE JESUS SOBRINHO ROQUE	03.03.01.022-3	17/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26836	
DARCI SANTANA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	13/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26608	

CENTRO CLINICO MUNICIPAL  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

DATA: 12/08/2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
DELCIMAR DA CONCEICAO MACHADO	03.03.01.022-3	30/07/2021	30/07/2021	980016276867085	27435	
DHANILO BATISTA DA SILVA	03.03.01.022-3	08/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26206	
DIEGO AUGUSTO SOUZA DA SILVA	03.03.01.022-3	19/07/2021	20/07/2021	980016276867085	587	
DIOLINA MARIA FIRMINO	03.03.01.022-3	17/07/2021	24/07/2021	980016276867085	26839	
DIVINA MARIA GONCALVES	03.03.01.022-3	27/06/2021	01/07/2021	980016276867085	25956	
DIVINO ALVES RODRIGUES	03.03.01.022-3	25/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27130	
DJALMA ARAUJO MORAIS	03.03.01.022-3	27/06/2021	01/07/2021	980016276867085	25953	
DJALMA JOAQUIM FERREIRA	03.03.01.022-3	13/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26594	
DOMINGAS DE OLIVEIRA BISPO	03.03.01.022-3	11/07/2021	15/07/2021	980016276867085	26521	
DONIZETH APARECIDO DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	01/07/2021	11/07/2021	980016276867085	26125	
DOUGLAS DE OLIVEIRA PADILHA BORGES	03.03.01.022-3	12/07/2021	14/07/2021	980016276867085	26571	
EDILSON RODRIGUES DA SILVA	03.03.01.022-3	03/07/2021	06/07/2021	980016276867085	26209	
EDMO ALAN DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	17/07/2021	18/07/2021	980016276867085	26833	
EDVAN JOSE FERREIRA	03.03.01.022-3	05/07/2021	09/07/2021	980016276867085	26241	
EDVANE OLIVEIRA SILVA	03.03.01.022-3	18/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26855	
ELCI DA SILVA WINDER	03.03.01.022-3	21/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26962	
ELIANA CESAR DE DEUS	03.03.01.022-3	07/07/2021	09/07/2021	980016276867085	26362	
ELIANE TOME DA SILVA DE DEUS	03.03.01.022-3	29/06/2021	01/07/2021	980016276867085	25986	
ELIANNE BORGES FERREIRA	03.03.01.022-3	14/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26536	
ELIO SUPRIANO DOS SANTOS	03.03.01.022-3	19/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26896	
ELUITAMAR FONSECA DA SILVA	03.03.01.022-3	19/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26913	
EMANOEL SILVA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	15/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26718	
EMANOEL SILVA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	21/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26718	
EMERSON GOMES DOS SANTOS	03.03.01.022-3	11/07/2021	14/07/2021	980016276867085	26539	
ETELVINA MARQUES SANTANA	03.03.01.022-3	19/07/2021	21/07/2021	980016276867085	26869	
EUNICE DOS SANTOS FERREIRA	03.03.01.022-3	23/07/2021	28/07/2021	980016276867085	27084	
EUNICE FERREIRA DOS ANJOS	03.03.01.022-3	17/07/2021	18/07/2021	980016276867085	26843	
EURIPEDES DIVINO VIEIRA DE SOUZA	03.03.01.022-3	07/07/2021	11/07/2021	980016276867085	26376	
FABRICIO GOMES DE ALMEIDA	03.03.01.022-3	27/06/2021	01/07/2021	980016276867085	25950	
GERALDO MENDES DA SILVA	03.03.01.022-3	27/07/2021	30/07/2021	980016276867085	16575	
GERATIVA IDALINA FERNANDES	03.03.01.022-3	19/07/2021	24/07/2021	980016276867085	26884	
GILMAR BUENO SOUZA	03.03.01.022-3	14/07/2021	22/07/2021	980016276867085	26611	
GILMAR RODRIGUES DE FARIA	03.03.01.022-3	10/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26507	
GILMAR ZANCANARO	03.03.01.022-3	20/07/2021	28/07/2021	980016276867085	26917	

CENTRO CLINICO MUNICIPAL  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

DATA: 12/08/2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
HILDA MARTINS DA SILVA	03.03.01.022-3	18/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26852	
ILZA LOBO DA SILVA	03.03.01.022-3	15/07/2021	21/07/2021	980016276867085	26774	
INALDO SILVA DE AQUINO FILHO	03.03.01.022-3	26/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27142	
IRAILDO GOMES JUNIOR	03.03.01.022-3	25/07/2021	27/07/2021	980016276867085	27129	
IRLANDA DA CRUZ DOS SANTOS VIEIRA	03.03.01.022-3	15/07/2021	19/07/2021	980016276867085	11807	
IVAN JULIANO BAIOCCHI	03.03.01.022-3	26/07/2021	30/07/2021	980016276867085	27190	
JACQUELINE CARLA DA SILVA	03.03.01.022-3	26/06/2021	01/07/2021	980016276867085	22643	
JAIRO FERREIRA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	06/07/2021	10/07/2021	980016276867085	26325	
JAIRO FERREIRA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	24/07/2021	25/07/2021	980016276867085	26325	
JENIFER DELVINA CAMARGO	03.03.01.022-3	29/06/2021	02/07/2021	980016276867085	22829	
JERONIMO MONTEIRO DO AMARAL	03.03.01.022-3	15/07/2021	24/07/2021	980016276867085	26716	
JOANA DARC DE ALMEIDA	03.03.01.022-3	23/07/2021	30/07/2021	980016276867085	27094	
JOAO AMERICO ARAUJO	03.03.01.022-3	21/07/2021	27/07/2021	980016276867085	26988	
JOAO DE PAULA FERREIRA	03.03.01.022-3	27/06/2021	04/07/2021	980016276867085	25939	
JOAO LUIS VIEIRA DE MORAIS	03.03.01.022-3	04/07/2021	08/07/2021	980016276867085	26225	
JOAQUIM DA SILVA RAMOS	03.03.01.022-3	12/07/2021	14/07/2021	980016276867085	26570	
JORCELINO JOAO SOARES	03.03.01.022-3	05/07/2021	06/07/2021	980016276867085	26277	
JORGE PEREIRA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	29/07/2021	31/07/2021	980016276867085	27384	
JOSE CANDIDO MARINHO DAS NEVES	03.03.01.022-3	23/07/2021	25/07/2021	980016276867085	27093	
JOSE CARLOS SANTOS NETO	03.03.01.022-3	16/07/2021	18/07/2021	980016276867085	26778	
JOSE DOMINGOS CALDEIRA DE MOURA	03.03.01.022-3	23/06/2021	06/07/2021	980016276867085	9177	
JOSE FLORENCIO DA CRUZ	03.03.01.022-3	23/07/2021	25/07/2021	980016276867085	27085	
JOSE LUIZ DE ANDRADE	03.03.01.022-3	19/07/2021	24/07/2021	980016276867085	26894	
JOSE SILVA SANTOS	03.03.01.022-3	25/07/2021	28/07/2021	980016276867085	27127	
JOSE WARLLEY GOMES SILVA	03.03.01.022-3	26/07/2021	31/07/2021	980016276867085	27143	
JOSENIL BRITO DE SOUZA	03.03.01.022-3	04/07/2021	09/07/2021	980016276867085	26226	
JOSENILSON NOGUEIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	13/07/2021	14/07/2021	980016276867085	26637	
JOSIE DE SOUSA TEIXEIRA	03.03.01.022-3	27/06/2021	01/07/2021	980016276867085	25951	
JOVELINO JUNQUEIRA BARROS	03.03.01.022-3	10/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26458	
JOVENITO ELIAS TEIXEIRA	03.03.01.022-3	14/07/2021	18/07/2021	980016276867085	26651	
JULIO ALBINO CACCIOLARI	03.03.01.022-3	09/07/2021	11/07/2021	980016276867085	11698	
JUNIOR FERREIRA SANTOS	03.03.01.022-3	09/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26496	
LAURI REZENDE DA SILVA	03.03.01.022-3	15/07/2021	18/07/2021	980016276867085	26760	
LAZARO EDUARDO DA SILVA	03.03.01.022-3	29/06/2021	01/07/2021	980016276867085	26008	



**CENTRO CLINICO MUNICIPAL**  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

DATA: 12/08/2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
LAZARO MARTINS PRETO	03.03.01.022-3	04/07/2021	08/07/2021	980016276867085	26230	
LEANDRO GIOVANELLI RANZONI	03.03.01.022-3	26/07/2021	30/07/2021	980016276867085	27181	
LEONORA RODRIGUES DA CUNHA	03.03.01.022-3	30/06/2021	06/07/2021	980016276867085	26093	
LUCIENE RUFINO LEITE	03.03.01.022-3	12/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26590	
LUCIVANIA PORFIRIO MARQUES DANTAS	03.03.01.022-3	02/07/2021	03/07/2021	980016276867085	15513	
LUIZ RODRIGUES DA SILVA	03.03.01.022-3	17/07/2021	22/07/2021	980016276867085	26834	
LUZIA DE FATIMA ARAUJO PIRES	03.03.01.022-3	23/07/2021	27/07/2021	980016276867085	27082	
MADALENA NUNES DOS REIS	03.03.01.022-3	21/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26987	
MANOEL ALEXANDRE GOMES NETO	03.03.01.022-3	27/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27204	
MANOEL DOS REIS ALVES DA SILVA	03.03.01.022-3	01/07/2021	06/07/2021	980016276867085	26097	
MANOEL PAULINO DE MELO NETO	03.03.01.022-3	16/07/2021	18/07/2021	980016276867085	26823	
MANOEL PEREIRA LINO	03.03.01.022-3	26/07/2021	31/07/2021	980016276867085	27193	
MANOEL RODRIGUES DE ARAUJO	03.03.01.022-3	08/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26392	
MARCELO PIMENTA SILVA	03.03.01.022-3	07/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26334	
MARCIO JOSE DOS SANTOS	03.03.01.022-3	23/07/2021	28/07/2021	980016276867085	14269	
MARCO AURELIO MAIA DE AMORIM LIMA	03.03.01.022-3	28/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27283	
MARCOS AURELIO DO CARMO ALVARENGA	03.03.01.022-3	26/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27141	
MARIA CECILIA FENTANES E ARAUJO MOTTA RODRIGUES	03.03.01.022-3	26/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27194	
MARIA DA CONCEICAO DOS REIS	03.03.01.022-3	27/07/2021	27/07/2021	980016276867085	27196	
MARIA DAS DORES MOREIRA DE OLIVEIRA MATOS	03.03.01.022-3	05/07/2021	08/07/2021	980016276867085	26265	
MARIA DAS NEVES DOS SANTOS MARCELINO	03.03.01.022-3	19/07/2021	29/07/2021	980016276867085	26877	
MARIA DE FATIMA DE SOUZA VIEIRA SILVA	03.03.01.022-3	06/07/2021	07/07/2021	980016276867085	26281	
MARIA DIVINA FERNANDES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	25/07/2021	28/07/2021	980016276867085	27124	
MARIA GOMES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	13/07/2021	13/07/2021	980016276867085	26614	
MARIA JOSE MARQUEZ	03.03.01.022-3	18/07/2021	21/07/2021	980016276867085	26859	
MARIA LAURA MARTINS	03.03.01.022-3	03/07/2021	08/07/2021	980016276867085	26212	
MARIA LUCIA PEIXOTO LUCIANO	03.03.01.022-3	09/07/2021	11/07/2021	980016276867085	26501	
MARIA ZULMIRA DE JESUS	03.03.01.022-3	25/07/2021	30/07/2021	980016276867085	27119	
MARLENE MIGUEL DOS SANTOS	03.03.01.022-3	24/07/2021	26/07/2021	980016276867085	27111	
MURILO LEMES DA SILVA	03.03.01.022-3	23/07/2021	28/07/2021	980016276867085	27061	
NATANAEL DA SILVA SOBRINHO	03.03.01.022-3	19/07/2021	20/07/2021	980016276867085	26871	
NATANAEL LIMA DA SILVA	03.03.01.022-3	24/07/2021	26/07/2021	980016276867085	27114	
NELSON ALVES RODRIGUES JUNIOR	03.03.01.022-3	13/07/2021	22/07/2021	980016276867085	26642	
NEUCY FERREIRA CRUVINEL	03.03.01.022-3	01/07/2021	04/07/2021	980016276867085	26162	

CENTRO CLINICO MUNICIPAL  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

DATA: 12/08/2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
NILSON MAIA FERREIRA FERNANDES	03.03.01.022-3	25/07/2021	27/07/2021	980016276867085	22358	
NIVIA MARTINS DA SILVA BRITO	03.03.01.022-3	10/07/2021	15/07/2021	980016276867085	26515	
ODANTES INACIO DE ARAUJO	03.03.01.022-3	23/07/2021	26/07/2021	980016276867085	27004	
ODORICO PEREIRA TOLEDO	03.03.01.022-3	05/07/2021	08/07/2021	980016276867085	26272	
ORLINDA CANDIDA BAHIA	03.03.01.022-3	12/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26512	
OSMAR ALVES RABELO	03.03.01.022-3	25/07/2021	26/07/2021	980016276867085	27136	
OSMAR SALU DE LIMA	03.03.01.022-3	07/07/2021	08/07/2021	980016276867085	26335	
OTAVIO ROSA DE FREITAS	03.03.01.022-3	15/07/2021	24/07/2021	980016276867085	26719	
PATRICIA AUGUSTA DA SILVA SOUZA	03.03.01.022-3	01/07/2021	05/07/2021	980016276867085	26164	
PAULO PRATES DE SOUZA	03.03.01.022-3	01/07/2021	05/07/2021	980016276867085	26126	
PRISCILA DE SOUZA ALVES	03.03.01.022-3	23/07/2021	26/07/2021	980016276867085	27051	
RAFAEL GOMES DE SOUZA	03.03.01.022-3	14/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26713	
REGINALDO JESUS DA SILVA	03.03.01.022-3	18/07/2021	27/07/2021	980016276867085	26853	
REINALDO ROSANO EVANGELISTA	03.03.01.022-3	01/07/2021	04/07/2021	980016276867085	26163	
REUMARCIA TEIXEIRA RODRIGUES	03.03.01.022-3	26/07/2021	31/07/2021	980016276867085	27144	
RHUAN PABLO FERNANDEZ BARBADO	03.03.01.022-3	11/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26523	
ROBERIO JOSE DA SILVA	03.03.01.022-3	07/07/2021	12/07/2021	980016276867085	26385	
RUTH BATISTA DE CARVALHO	03.03.01.022-3	12/07/2021	16/07/2021	980016276867085	24932	
RUTH MASCARENHAS SANTANA LEMOS	03.03.01.022-3	04/07/2021	05/07/2021	980016276867085	26222	
SEBASTIAO DONIZETTI MENDES	03.03.01.022-3	24/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27105	
SEBASTIAO JUSTINO DE CASTRO	03.03.01.022-3	23/07/2021	25/07/2021	980016276867085	27088	
SEBASTIAO MARQUES DA SILVA	03.03.01.022-3	06/07/2021	07/07/2021	980016276867085	26330	
SERGIO DA SILVA SOUZA	03.03.01.022-3	20/07/2021	27/07/2021	980016276867085	26946	
SEVERINO PEREIRA FRANCA	03.03.01.022-3	18/07/2021	20/07/2021	980016276867085	26773	
SILVIO MESQUITA DE PAULA	03.03.01.022-3	27/07/2021	29/07/2021	980016276867085	27227	
TAINIMAR VIEIRA DE PAIVA	03.03.01.022-3	13/07/2021	16/07/2021	980016276867085	26597	
TANIA MARIA SANTANA	03.03.01.022-3	20/07/2021	22/07/2021	980016276867085	26918	
TERCINA MACEDO DE SOUZA	03.03.01.022-3	08/07/2021	08/07/2021	980016276867085	26391	
TERESINHA ALBUQUERQUE DE LIMA	03.03.01.022-3	21/07/2021	24/07/2021	980016276867085	27003	
TEREZA BARBOSA DE SOUSA SANTOS	03.03.01.022-3	09/07/2021	10/07/2021	980016276867085	26492	
THIAGO CARDOSO MARQUES	03.03.01.022-3	13/07/2021	17/07/2021	980016276867085	26592	
TIAGO MELO SILVA	03.03.01.022-3	28/07/2021	31/07/2021	980016276867085	27284	
TIAGO SOARES DO NASCIMENTO	03.03.01.022-3	17/07/2021	18/07/2021	980016276867085	26771	
VALDECY RAMOS PEREIRA	03.03.01.022-3	03/07/2021	04/07/2021	980016276867085	26204	

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
**CENTRO CLINICO MUNICIPAL**  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
VALDELUCE PAIXAO TEIXEIRA	03.03.01.022-3	05/07/2021	09/07/2021	980016276867085	19205	
VALDEMIR BARBOSA DE AMORIM	03.03.01.022-3	16/07/2021	23/07/2021	980016276867085	26828	
VALDIMARIA DAMASCENA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	07/07/2021	09/07/2021	980016276867085	26333	
VALSONI NUNES DA COSTA FRANCA	03.03.01.022-3	15/07/2021	16/07/2021	980016276867085	26749	
VANDO VIANA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	10/07/2021	15/07/2021	980016276867085	26506	
VILMA PINHEIRO MACHADO CABRAL	03.03.01.022-3	25/07/2021	31/07/2021	980016276867085	27126	
VILSON MARQUES PEREIRA	03.03.01.022-3	19/07/2021	27/07/2021	980016276867085	26914	
WALDEUS BORGES FERREIRA	03.03.01.022-3	11/07/2021	14/07/2021	980016276867085	26529	
WALNUCE RODRIGUES MAIA DE LIMA	03.03.01.022-3	15/07/2021	15/07/2021	980016276867085	26715	
WANDA FERREIRA DOS SANTOS MACHADO	03.03.01.022-3	25/07/2021	27/07/2021	980016276867085	27122	
WILLIAN CLEITON CAVALCANTE SILVA	03.03.01.022-3	23/07/2021	27/07/2021	980016276867085	27066	
YURI VITOR ALVES DA COSTA	03.03.01.022-3	13/07/2021	13/07/2021	980016276867085	26607	
ZAINE OLIVEIRA SOUZA	03.03.01.022-3	28/06/2021	05/07/2021	980016276867085	25980	
ZULMIRA ROSA DA SILVA	03.03.01.022-3	19/07/2021	24/07/2021	980016276867085	26902	

**Total de Paciente:** 184

R\$ 0,00

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
ABADIA ANTONIA MARQUES	03.03.01.022-3	13/07/2021	16/07/2021	700606425342160	26646	
ABADIA DA SILVA SANTOS DO NASCIMENTO	03.03.06.021-2	26/06/2021	07/07/2021	980016289744653	25128	
ABADIA LUCIA DA CONCEICAO	03.03.15.005-0	25/06/2021	04/07/2021	980016297647572	25705	
ABENILTON FERREIRA DE SOUZA	03.03.01.022-3	10/07/2021	15/07/2021	700008391862504	26503	
ABENIZ PEREIRA DOS SANTOS	03.03.14.013-5	16/07/2021	29/07/2021	210176259230000	26650	
ABIMAEEL JOSE DA SILVA	03.03.14.015-1	18/07/2021	23/07/2021	980016276688482	26857	
ABRAO LIMA SOUTO	03.03.01.022-3	23/06/2021	02/07/2021	980016000457133	25783	
ACACIO DA SILVA PEREIRA	03.03.01.022-3	27/06/2021	28/07/2021	210176259230000	25946	
ADAO ALVES BARBOSA	04.07.03.006-9	25/06/2021	07/07/2021	980016284141047	25921	
ADAO LUIZ DA SILVEIRA	03.05.02.004-8	05/06/2021	06/07/2021	702402042806320	24942	
ADAO LUIZ DA SILVEIRA	03.05.02.004-8	06/07/2021	11/07/2021	980016289744653	24942	
ADAO TRANQUEIRA DA SILVA	03.03.15.005-0	06/07/2021	18/07/2021	980016297647572	26323	
ADEJAIR DA SILVA GOUVEIA	03.03.01.022-3	19/07/2021	27/07/2021	134168363150002	26912	
ADEMIR NOGUEIRA DE OLIVEIRA	03.03.14.015-1	25/06/2021	25/07/2021	705707467424530	25892	
ADEVALDO MACHADO SOARES	03.05.02.005-6	13/06/2021	01/07/2021	980016297647572	25299	
ADEVALDO MACHADO SOARES	03.03.06.013-1	26/07/2021	30/07/2021	980016297647572	25299	
ADRIANA MARIA DE MORAIS	03.03.03.003-8	05/07/2021	07/07/2021	704607675693320	26278	
ADRIANO GOMES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	19/07/2021	25/07/2021	980016297647572	26838	
AGENITA FRANCISCA ROSA	03.03.04.014-9	22/06/2021	01/07/2021	980016000457133	25729	
AGUIMAR DE SOUSA MORAIS	03.03.01.022-3	17/07/2021	27/07/2021	705007606231953	26699	
AILTON ALEIXO DA SILVA JUNIOR	03.03.01.022-3	20/06/2021	01/07/2021	704607675693320	25644	
ALCIDES CANDIDO RODRIGUES	03.03.01.022-3	17/06/2021	01/07/2021	980016000457133	25546	
ALDEMIR ALMEIDA DOS SANTOS	03.03.14.015-1	17/07/2021	25/07/2021	980016297647572	26840	
ALECIO BATISTA DE SOUZA	03.03.07.010-2	12/06/2021	02/07/2021	702402042806320	25280	
ALECIO BATISTA DE SOUZA	04.15.04.002-7	02/07/2021	18/07/2021	980016280174668	25280	
ALESSANDRA CUSTODIO DA SILVA	03.03.03.003-8	01/07/2021	10/07/2021	980016295791641	26063	
ALESSANDRO ANTONIO DA SILVA	03.03.01.022-3	14/07/2021	16/07/2021	700606425342160	26712	
ALEXANDRE CESAR GOMES BARROS	03.03.01.022-3	18/06/2021	05/07/2021	980016289744653	25585	
ALEXANDRE CESAR GOMES BARROS	04.04.01.037-7	05/07/2021	09/07/2021	980016280174668	25585	
ALEXANDRE CESAR GOMES BARROS	04.15.04.002-7	09/07/2021	27/07/2021	980016284141047	25585	
ALEXANDRINA SILVA NASCIMENTO DE PAULO	03.05.02.004-8	13/07/2021	15/07/2021	700008391862504	26647	
ALEXANDRO ALVES SANTOS	03.03.01.022-3	11/07/2021	19/07/2021	980016289744653	26532	
ALICE FERREIRA DA MATA	03.03.01.022-3	20/07/2021	25/07/2021	702402042806320	26924	
ALICE MOREIRA DA SILVA	03.03.04.016-5	19/07/2021	24/07/2021	980016295277484	11030	

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
ALINE CAIXETA BRANDAO	03.03.01.022-3	19/07/2021	22/07/2021	704607675693320	26915	
ANA CAROLINE NOVAIS DOS SANTOS	03.03.01.003-7	23/07/2021	30/07/2021	704607675693320	27059	
ANA CRISTINA CEZARIO DE OLIVEIRA	03.08.02.003-0	11/07/2021	21/07/2021	708008315696823	26526	
ANA LOPES DO NASCIMENTO	03.05.02.004-8	24/06/2021	01/07/2021	702402042806320	24444	
ANA MARCIO NILA DE JESUS	03.03.01.022-3	28/07/2021	28/07/2021	980016000457133	27255	
ANA MARIA DE SOUZA CANDIDO	03.03.01.022-3	02/07/2021	08/07/2021	702402042806320	26200	
ANA VICTORIA NUNES OLIVEIRA	03.03.14.015-1	29/06/2021	04/07/2021	204314447780006	25988	
ANALENA PEREIRA DA SILVA	03.03.04.014-9	21/07/2021	30/07/2021	704607675693320	27007	
ANDRE DE ASSIS NASCIMENTO	03.03.01.022-3	20/07/2021	24/07/2021	704607675693320	26954	
ANGELINA DA SILVA	03.03.01.003-7	04/07/2021	17/07/2021	700606425342160	26234	
ANGELINA DE ALMEIDA DUARTE	03.03.14.015-1	08/07/2021	13/07/2021	980016289439095	26389	
ANGELINA DE ALMEIDA DUARTE	03.03.14.015-1	21/07/2021	21/07/2021	700800956839085	26389	
ANGELO MARIA FERREIRA DO PARAIZO	03.03.01.022-3	23/07/2021	28/07/2021	702402042806320	17827	
ANTHONNY GABRIEL ALVES DE ARRUDA	03.03.04.020-3	10/06/2021	06/07/2021	204314447780006	16722	
ANTONIA ALVES DA SILVA	04.07.03.003-4	18/07/2021	20/07/2021	980016280174668	17205	
ANTONIA FIRMINO DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	19/06/2021	03/07/2021	980016289744653	25612	
ANTONIA LINA BARBOSA DA SILVA	03.03.01.022-3	23/06/2021	14/07/2021	702402042806320	25742	
ANTONIO AFONSO DE QUEIROZ	03.03.04.014-9	24/07/2021	28/07/2021	705007606231953	27116	
ANTONIO ALVES DE SOUSA	03.05.02.004-8	24/07/2021	27/07/2021	980016297647572	27101	
ANTONIO DE MORAES SOARES	03.03.01.022-3	27/06/2021	06/07/2021	702402042806320	25945	
ANTONIO DOS SANTOS	03.03.01.022-3	20/07/2021	24/07/2021	980016276688482	26937	
ANTONIO IVO DE ANDRADE	03.03.04.014-9	11/07/2021	14/07/2021	980016297647572	26528	
ANTONIO IVO DE ANDRADE	03.03.14.015-1	22/07/2021	30/07/2021	980016297647572	26528	
ANTONIO MARCOS DUQUES DOS SANTOS	03.03.01.022-3	07/07/2021	14/07/2021	702402042806320	26238	
ANTONIO SIMAO VAZ SOBRINHO	03.03.01.022-3	30/07/2021	30/07/2021	704607675693320	27423	
ANTONIO VALDIVINO DA SILVA	03.03.07.010-2	04/07/2021	11/07/2021	980016295791641	26221	
APARECIDA ABAIDA DA SILVA	03.03.01.003-7	12/07/2021	15/07/2021	980016289744653	26563	
APARECIDA ALVES DOS SANTOS	03.03.07.007-2	08/07/2021	18/07/2021	702402042806320	26386	
APARECIDA MARCAL	03.03.07.010-2	06/07/2021	13/07/2021	980016289439095	23268	
APARICIO MORI	03.03.07.006-4	31/07/2021	31/07/2021	980016289744653	27452	
ARCOLINO CORDEIRO DOS SANTOS	03.03.01.022-3	27/07/2021	30/07/2021	702402042806320	27202	
ARGEMIRO ALVES DA SILVA	03.03.06.021-2	06/07/2021	10/07/2021	980016295791641	10348	
ARIELLY VITORIA SOUSA DE SA	03.03.14.015-1	25/07/2021	28/07/2021	204314447780006	27131	
ARLENE CRISTINA GOMES ALFAIATE	03.03.01.022-3	07/07/2021	09/07/2021	980016295450488	26380	

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
ARLINDO DAVID DE MELO JUNIOR	03.03.01.022-3	06/07/2021	17/07/2021	980016297647572	26279	
ARSENIO CANDIDO FERREIRA	03.03.15.005-0	08/07/2021	09/07/2021	702402042806320	26457	
ARTENIO HENRIQUE MENDES DO NASCIMENTO	03.03.07.010-2	13/07/2021	19/07/2021	980016297647572	14702	
AURENILDO SANTOS	04.04.01.037-7	21/06/2021	07/07/2021	980016284141047	24711	
AURENILDO SANTOS	04.07.01.022-0	07/07/2021	27/07/2021	134168363150002	24711	
AVELINO JOSE DA SILVA	03.03.14.015-1	11/07/2021	22/07/2021	704607675693320	26534	
BARBARA MARINHO DAS NEVES	03.03.14.015-1	12/07/2021	20/07/2021	704607675693320	26585	
BENEDITO CIPRIANO DA SILVA	03.03.15.005-0	10/07/2021	19/07/2021	980016289744653	26505	
BERNARDO ROSA DE MORAIS	04.04.01.037-7	25/06/2021	20/07/2021	704607675693320	24198	
BRUNO HENRIQUE MIRANDA LIMA	03.03.14.015-1	07/07/2021	09/07/2021	204314447780006	26332	
CACILDA FERREIRA GARCEZ	03.03.07.010-2	06/07/2021	07/07/2021	702402042806320	16618	
CARLOS DIVINO BARBOSA E SILVA	03.03.01.022-3	08/06/2021	03/07/2021	980016297647572	25047	
CARLOS ROBERTO DE ALMEIDA	03.03.07.012-9	04/07/2021	27/07/2021	134168363150002	26220	
CARLOS ROSA MEDEIROS	04.08.05.001-2	17/06/2021	05/07/2021	980016295450488	23975	
CARLOS ROSA MEDEIROS	04.15.04.003-5	05/07/2021	25/07/2021	980016284141047	23975	
CARMELITA DE SOUZA VENANCIO	03.03.01.022-3	23/07/2021	29/07/2021	210176259230000	27065	
CARMONDES MARTINS GONCALVES	03.03.06.021-2	15/06/2021	05/07/2021	210176259230000	25384	
CELIA FERREIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	27/06/2021	05/07/2021	980016295042665	25958	
CELIA FERREIRA DA SILVA	03.03.14.015-1	05/07/2021	15/07/2021	704607675693320	25958	
CELSO AUGUSTO MONTEIRO DE GODOY	03.03.01.022-3	19/06/2021	21/07/2021	705401477049594	25630	
CHARLES LINZ DE MELO	03.03.01.022-3	14/07/2021	17/07/2021	700606425342160	26683	
CICERO LOPES DE MEDEIROS	03.03.04.014-9	22/07/2021	31/07/2021	980016297647572	27056	
CIRCERIO DE SOUZA	03.03.07.007-2	17/07/2021	21/07/2021	700800956839085	26847	
CLARICE ANTUNES DE SOUSA	03.03.03.002-0	09/07/2021	20/07/2021	704607675693320	26475	
CLAUDIO XAVIER DE BASTOS FILHO	03.03.03.004-6	13/07/2021	15/07/2021	700008391862504	26643	
CLEBER SILVA DE SOUSA	03.03.01.022-3	22/06/2021	09/07/2021	980016295450488	25736	
CLEBER SILVA DE SOUSA	04.04.01.037-7	09/07/2021	23/07/2021	980016280174668	25736	
CLEIDE BARROS DA SILVA	03.03.01.022-3	05/07/2021	13/07/2021	704607675693320	26275	
CLENILDA MARTINS DE SOUSA LUCENA	03.03.01.022-3	10/07/2021	12/07/2021	980016289744653	26459	
CLESIO FRANCISCO HIPOLITO	03.03.01.022-3	24/07/2021	27/07/2021	705007606231953	27102	
CLEYDE NAIR DE ASSIS	03.03.01.022-3	20/06/2021	02/07/2021	980016000457133	25633	
CONCEICAO BARBOSA DE AMORIM	03.03.01.022-3	10/07/2021	13/07/2021	980016297647572	26510	
CRISTIANNE FERREIRA BRITO	03.05.02.005-6	02/07/2021	04/07/2021	704607675693320	26199	
DAGMAR MARIA DE JESUS	03.03.06.021-2	16/07/2021	26/07/2021	704607675693320	24946	



PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP**  
 RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
DALGIZA DE SOUZA FERREIRA	03.03.06.021-2	13/06/2021	06/07/2021	702402042806320	25306	
DAMACILDO SIQUEIRA DA SILVA	03.03.14.015-1	11/07/2021	29/07/2021	210176259230000	26538	
DAMIAO OLIVEIRA SOUSA	03.03.07.007-2	19/07/2021	27/07/2021	980016000457133	26878	
DANIEL VITOR FERREIRA	03.03.15.002-5	25/06/2021	07/07/2021	704607675693320	25310	
DANILO MARTINS FRANCO	03.03.01.022-3	28/07/2021	28/07/2021	704607675693320	27332	
DAURO GABRIEL DA SILVA	03.03.01.022-3	05/07/2021	07/07/2021	980016289744653	26271	
DAVINA FERREIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	26/06/2021	06/07/2021	980016297647572	25933	
DEOLINDO LEITE DA SILVA	03.03.06.021-2	19/07/2021	28/07/2021	134168363150002	23902	
DHANILLO BATISTA DA SILVA	03.03.01.022-3	03/07/2021	08/07/2021	700909926334497	26206	
DIEGO FERNANDO SALAZAR GAVIRIA	03.03.01.022-3	19/07/2021	21/07/2021	708008315696823	26911	
DIEGO ROSA RODRIGUES	03.03.01.022-3	24/06/2021	01/07/2021	980016289744653	25814	
DIOGO AZEVEDO RODRIGUES	03.03.01.022-3	25/07/2021	29/07/2021	210176259230000	27132	
DIOGO JESUS DIAS	03.03.01.022-3	16/07/2021	21/07/2021	700800956839085	26816	
DIVA OLIVEIRA DOS SANTOS	03.03.06.023-9	16/07/2021	23/07/2021	700800956839085	26821	
DIVINO LUIZ DA MATA	03.03.01.022-3	21/06/2021	12/07/2021	702402042806320	25697	
DJALMA JOAQUIM FERREIRA	03.03.06.027-1	17/07/2021	29/07/2021	210176259230000	26594	
DOMINGAS DE OLIVEIRA BISPO	03.03.01.022-3	15/07/2021	20/07/2021	705401477049594	26521	
DONIZETE FERNANDES DO COUTO	03.03.01.022-3	25/06/2021	04/07/2021	980016289744653	25900	
DONIZETE FERNANDES DO COUTO	04.12.04.016-6	04/07/2021	20/07/2021	980016284141047	25900	
DONIZETE FERNANDES DO COUTO	04.04.01.037-7	20/07/2021	24/07/2021	980016288458304	25900	
DOUGLAS DE OLIVEIRA PADILHA BORGES	03.03.01.022-3	14/07/2021	24/07/2021	980016289744653	26571	
DURCE LUIZA DE ABREU REIS	03.03.07.010-2	18/07/2021	26/07/2021	704607675693320	26851	
DURVAL GONSALVES DE BRITO	03.03.07.010-2	10/06/2021	09/07/2021	704607675693320	25208	
EDMO ALAN DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	18/07/2021	23/07/2021	705707467424530	26833	
EDSON CORCINO DA SILVA	04.07.03.002-6	13/06/2021	13/07/2021	702000369394586	25302	
EDSON DE SOUZA CARDOSO	03.03.01.022-3	04/07/2021	10/07/2021	702402042806320	26215	
EDSON JOVELINO DE SOUZA	03.03.06.013-1	09/07/2021	23/07/2021	705707467424530	26481	
EDUARDO HENRIQUE NOGUEIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	16/07/2021	21/07/2021	700800956839085	26827	
EDVAM MOREIRA DE SOUZA	03.03.01.022-3	05/07/2021	14/07/2021	702402042806320	26264	
ELCINA ROSA DE OLIVEIRA	03.03.15.005-0	05/07/2021	07/07/2021	980016297647572	26274	
ELCO XAVIER DE SOUZA	03.03.01.022-3	02/07/2021	05/07/2021	210176259230000	26198	
ELENICE VIEIRA DA CUNHA DE JESUS	03.03.06.013-1	12/07/2021	16/07/2021	700606425342160	26588	
ELEUZA TEIXEIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	27/06/2021	15/07/2021	704607675693320	18878	
ELIANNE BORGES FERREIRA	03.03.01.022-3	11/07/2021	14/07/2021	704607675693320	26536	

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
ELIAS LUIZ GOMIDES	03.03.01.022-3	02/07/2021	07/07/2021	980016297647572	21912	
ELISANGELA ALVES CARDOSO	03.03.07.012-9	04/07/2021	08/07/2021	704607675693320	26223	
ELPIDIO AQUINO DA SILVA	03.03.14.004-6	23/07/2021	29/07/2021	210176259230000	13024	
ELVIRA CANDIDA DO AMARAL	03.03.15.005-0	02/07/2021	04/07/2021	210176259230000	26167	
EMANOEL SILVA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	17/07/2021	21/07/2021	708008315696823	26718	
ERGINIO TORRES QUINTANILHA	03.03.07.010-2	11/07/2021	25/07/2021	980016276688482	26535	
ERIVAN FREIRE DA SILVA	03.03.06.021-2	16/06/2021	14/07/2021	702402042806320	25461	
ESTER JERONCIO BARROS	03.03.07.010-2	14/07/2021	22/07/2021	980016289744653	26674	
ESTER SANTOS MOREIRA	03.03.03.004-6	04/07/2021	13/07/2021	980016289439095	26217	
ESTER SANTOS MOREIRA	04.07.01.021-1	13/07/2021	20/07/2021	700103977829312	26217	
ETELVINA MARQUES SANTANA	03.03.06.027-1	21/07/2021	27/07/2021	980016000457133	26869	
EUDETE SILVA XAVIER	03.03.04.014-9	15/06/2021	02/07/2021	980016297647572	18097	
EUDETE SILVA XAVIER	04.07.01.021-1	02/07/2021	03/07/2021	700103977829312	18097	
EUVALDO PERILO NETO	03.03.01.022-3	25/06/2021	26/07/2021	980016000457133	25922	
EVA BUENO FERNANDES	03.03.01.022-3	12/07/2021	19/07/2021	705401477049594	26586	
FABIO PEREIRA DA SILVA	03.03.07.006-4	17/07/2021	20/07/2021	702402042806320	26850	
FERNANDA GARCIA DA SILVA	03.05.02.001-3	16/07/2021	22/07/2021	980016289744653	26805	
FERNANDO MORAES DE CARVALHO	03.05.02.004-8	20/06/2021	01/07/2021	702402042806320	25641	
FERNANDO MORAES DE CARVALHO	04.15.04.002-7	01/07/2021	24/07/2021	980016284141047	25641	
FLAVIA OLIVEIRA GONCALVES	03.03.01.022-3	13/07/2021	17/07/2021	700606425342160	26593	
FLORIANO VINHAS RIBEIRO	03.03.01.022-3	12/07/2021	15/07/2021	700008391862504	26541	
FLORIANO VINHAS RIBEIRO	03.03.06.021-2	15/07/2021	27/07/2021	980016297647572	26541	
FLORISVALDO DE JESUS	03.03.06.021-2	25/06/2021	09/07/2021	980016289744653	25700	
FLORISVALDO VIEIRA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	24/07/2021	30/07/2021	705007606231953	27118	
FRANCIELLE NOGUEIRA DE SOUSA	03.03.07.010-2	27/06/2021	03/07/2021	980016289744653	25948	
FRANCISCA PAIVA CIRILO	03.03.01.022-3	10/06/2021	03/07/2021	704607675693320	25211	
FRANCISCO DA SOLIDADE	03.03.15.005-0	09/07/2021	20/07/2021	708008315696823	26495	
FRANCISCO DA SOLIDADE	03.03.01.022-3	20/07/2021	23/07/2021	705707467424530	26495	
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DE LUCENA	03.03.14.015-1	21/06/2021	01/07/2021	980016000457133	24938	
FRANCISCO JOSE ALVES	03.03.01.022-3	19/06/2021	04/07/2021	980016297647572	25631	
FRANCISCO JOSE DA ROCHA	03.05.02.001-3	01/07/2021	04/07/2021	980016297647572	26095	
FRANCISCO MARINHO PESSOA	03.03.01.022-3	28/06/2021	06/07/2021	702402042806320	12973	
FRANCISCO MARINHO PESSOA	03.05.02.005-6	06/07/2021	22/07/2021	980016276688482	12973	
FREDERICO ROMANO DE GOUVEIA	03.03.01.022-3	06/07/2021	07/07/2021	980016289744653	26282	

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
FREIDSTON OLIVEIRA GONCALVES	03.05.02.004-8	28/07/2021	31/07/2021	702402042806320	24367	
GABRIEL NASCIMENTO DA CUNHA	03.03.01.022-3	18/07/2021	22/07/2021	702402042806320	26862	
GABRIELLY NOGUEIRA SANTANA	03.03.15.005-0	19/07/2021	30/07/2021	204314447780006	20947	
GAEL COIMBRA DE PAULA	03.03.04.016-5	11/07/2021	17/07/2021	204314447780006	26527	
GENILSON VICENTE DE SOUZA	03.03.01.022-3	23/06/2021	05/07/2021	210176259230000	25706	
GENILTON MARTINS DE SA	03.03.01.022-3	27/06/2021	01/07/2021	704607675693320	25944	
GERACI PIRES ROSA	03.05.02.004-8	20/07/2021	27/07/2021	134168363150002	13380	
GERALDA GOMES MONCAO	03.03.01.022-3	23/07/2021	30/07/2021	705007606231953	27096	
GERALDO CORREIA DA SILVA	03.03.01.022-3	25/06/2021	05/07/2021	980016289744653	25737	
GERALDO GONCALVES PEREIRA LADINHO	04.04.01.037-7	26/06/2021	11/07/2021	700105443451220	25460	
GERALDO LIMA DA SILVA	03.03.06.021-2	16/06/2021	18/07/2021	705401477049594	25464	
GILDEMAR SANTOS DA CRUZ	04.04.01.037-7	07/06/2021	07/07/2021	980016284141047	24087	
GILDEMAR SANTOS DA CRUZ	04.15.04.002-7	13/07/2021	15/07/2021	700103977829312	24087	
GILDEMAR SANTOS DA CRUZ	03.03.01.006-1	07/07/2021	13/07/2021	704607675693320	24087	
GILMAR BUENO SOUZA	03.03.01.022-3	13/07/2021	14/07/2021	704607675693320	26611	
GILSON PEREIRA LOPES JUNIOR	03.03.01.022-3	04/07/2021	24/07/2021	980016000457133	26214	
GLACIANE RODRIGUES DE AMORIM	03.03.08.009-4	11/07/2021	31/07/2021	980016297647572	13349	
GLACIANE SANTOS E SILVA	03.03.01.022-3	01/07/2021	04/07/2021	980016289744653	26088	
GLAUCIA DA SILVA SANTOS	03.03.01.022-3	15/07/2021	23/07/2021	705707467424530	7318547	
GLEIDSON LOPES DE SOUZA	03.03.01.022-3	13/07/2021	22/07/2021	700800956839085	26596	
GLEIDSON PEREIRA JULIO	03.03.01.022-3	16/07/2021	25/07/2021	705707467424530	26824	
GLERIA CANDIDA PEREIRA DE OLIVEIRA	03.03.14.015-1	04/06/2021	05/07/2021	704607675693320	24920	
GRACILENE MARIA DA SILVA VALADAO	03.05.01.017-4	04/07/2021	04/07/2021	980016000457133	24579	
HEITOR SOUZA LINHARES	03.03.06.007-7	25/07/2021	25/07/2021	204314447780006	24687	
HELENA BORGES	03.03.15.005-0	17/06/2021	05/07/2021	980016289744653	25544	
HELENA BORGES	03.03.01.022-3	25/07/2021	27/07/2021	980016000457133	25544	
HELENA MARIA MIRANDA DE FREITAS	03.05.02.004-8	21/07/2021	31/07/2021	700008843249309	27006	
HELOISA FERREIRA DA SILVA	04.07.01.021-1	11/06/2021	06/07/2021	980016284993124	20004	
HEMILLY MIRANDA LIMIRIO DOS SANTOS	03.03.14.004-6	04/07/2021	13/07/2021	204314447780006	26216	
IRACEMA DA SILVA	03.03.01.022-3	27/06/2021	12/07/2021	980016295791641	25938	
IRACEMA DOS SANTOS CHAVES	03.03.02.005-9	16/07/2021	20/07/2021	704607675693320	26776	
IRAIDES PEREIRA FRANCO	03.03.01.022-3	20/06/2021	16/07/2021	704607675693320	17015	
IRANI EPIFANIA DE JESUS	03.03.14.015-1	01/07/2021	05/07/2021	210176259230000	26068	
IRANI FELIX DE SANT ANA	04.04.01.037-7	29/06/2021	01/07/2021	980016280174668	25300	

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
IRANI FELIX DE SANT ANA	04.15.04.002-7	01/07/2021	06/07/2021	980016284141047	25300	
IRENE ANTONIA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	05/07/2021	08/07/2021	700909926334497	26268	
IRLANDA DA CRUZ DOS SANTOS VIEIRA	03.03.01.022-3	29/06/2021	14/07/2021	704607675693320	11807	
ISAIAS LEAL DA SILVA	03.03.07.006-4	28/07/2021	30/07/2021	980016289744653	27286	
ITERON JUNIOR BORGES DE BESSA	04.04.01.037-7	30/06/2021	17/07/2021	700105443451220	25027	
IVAN ARAUJO DE JESUS	03.03.07.007-2	14/07/2021	16/07/2021	700606425342160	26680	
IVANILDA MARIA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	27/06/2021	01/07/2021	980016000457133	25901	
IVANIR MIRANDA DA SILVA	03.03.01.022-3	13/06/2021	04/07/2021	702402042806320	25286	
IVONE NICOLAU MEIRA LOPES	03.03.01.022-3	22/07/2021	24/07/2021	702402042806320	27058	
IZABEL CASTRO CABRAL COSTA	03.03.01.022-3	13/07/2021	29/07/2021	210176259230000	26649	
JAILTO GOMES DA SILVA	03.03.01.022-3	17/07/2021	19/07/2021	980016289744653	26848	
JAIME MOREIRA DE SOUZA	03.03.02.003-2	21/07/2021	23/07/2021	705707467424530	26960	
JANIO BATISTA DE MENEZES	03.03.01.022-3	30/06/2021	07/07/2021	980016297647572	25987	
JENNIFER DOS SANTOS RODRIGUES	03.03.01.022-3	11/06/2021	08/07/2021	702402042806320	25220	
JEOVA RODRIGUES DE ALMEIDA	03.03.06.021-2	18/07/2021	21/07/2021	705707467424530	15530	
JESUALDO SIMAO DA SILVA	03.03.14.015-1	16/07/2021	29/07/2021	210176259230000	26826	
JOAB CORDEIRO DE CARVALHO	04.04.01.037-7	15/07/2021	22/07/2021	980016277480605	26769	
JOANA DARC FRANCISCO BRITO	03.03.01.022-3	29/06/2021	03/07/2021	980016000457133	25983	
JOANIS MARTINS DA SILVA	03.03.01.022-3	25/06/2021	05/07/2021	210176259230000	25919	
JOAO BATISTA DA SILVA	03.03.06.021-2	28/06/2021	08/07/2021	980016289744653	25701	
JOAO CEZAR DE DEUS	03.03.01.022-3	07/07/2021	11/07/2021	980016295450488	26361	
JOAO FRANCISCO SANTANA	03.03.06.021-2	07/07/2021	13/07/2021	980016289439095	26378	
JOAO GOMES CAVALCANTE	03.03.01.022-3	25/06/2021	11/07/2021	980016295450488	25650	
JOAO MARTINS RIBEIRO	03.03.01.022-3	10/07/2021	19/07/2021	704607675693320	26509	
JOAO PEREIRA	03.05.02.004-8	14/07/2021	18/07/2021	705401477049594	26682	
JOAO SILVANO INACIO	03.05.02.004-8	11/07/2021	19/07/2021	702402042806320	26531	
JOAO VYTHOR DA SILVA BARROS	03.03.03.003-8	03/07/2021	11/07/2021	204314447780006	26210	
JOAQUIM RIBEIRO DE SOUSA	03.03.01.022-3	02/07/2021	08/07/2021	702402042806320	26196	
JOAQUINA EUGENIA DE MORAIS	03.03.01.022-3	28/06/2021	13/07/2021	980016297647572	17218	
JOEL BATISTA GOMES	03.03.01.022-3	27/07/2021	29/07/2021	708406766061169	27254	
JORGE DONIZETE DE AZEVEDO	03.03.14.015-1	24/07/2021	28/07/2021	705007606231953	27103	
JOSE ADELSON FERRAZ BEZERRA	03.03.01.022-3	05/07/2021	06/07/2021	704607675693320	26237	
JOSE APARECIDO DOS SANTOS	03.03.01.022-3	27/06/2021	01/07/2021	980016289744653	25942	
JOSE CARLOS GONCALVES DE FREITAS	03.03.01.022-3	25/06/2021	06/07/2021	704607675693320	25916	

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP**  
 RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
JOSE CARLOS SANTOS NETO	03.03.01.022-3	18/07/2021	28/07/2021	704607675693320	26778	
JOSE CAVALCANTE LIMA	03.03.01.022-3	14/07/2021	23/07/2021	980016289744653	26652	
JOSE DO CARMO DUTRA	03.03.14.015-1	19/07/2021	30/07/2021	702402042806320	26909	
JOSE DOS REIS RODRIGUES CARDOSO	03.03.01.003-7	09/07/2021	27/07/2021	705007606231953	26476	
JOSE FERNANDES DA SILVA	04.04.01.037-7	17/06/2021	05/07/2021	980016284141047	24954	
JOSE FLORENCIO DA CRUZ	03.03.01.022-3	25/07/2021	27/07/2021	980016000457133	27085	
JOSE LUIZ DE ANDRADE	03.03.06.027-1	24/07/2021	28/07/2021	134168363150002	26894	
JOSE LUIZ LOPES DE SOUSA AGUIAR	03.03.01.022-3	24/07/2021	31/07/2021	705007606231953	27108	
JOSE MIGUEL RABELO	03.03.14.015-1	16/07/2021	19/07/2021	980016297647572	21730	
JOSE NUNES DE ANDRADE	03.05.02.005-6	21/06/2021	05/07/2021	980016289744653	23527	
JOSE PAULO DE ALMEIDA	03.03.01.022-3	12/07/2021	14/07/2021	704607675693320	26564	
JOSE PIRES MACIEL	04.07.01.022-0	30/06/2021	10/07/2021	700000126407104	24398	
JOSE RAIMUNDO NONATO	03.03.01.022-3	11/07/2021	13/07/2021	704607675693320	26522	
JOSE RIBEIRO DE SOUZA	03.03.04.014-9	21/06/2021	05/07/2021	980016295042665	25648	
JOSE ROSA DE MAGALHAES	03.03.01.022-3	28/06/2021	14/07/2021	980016289744653	25959	
JOSE SANCHES PRADA	03.03.01.022-3	27/07/2021	27/07/2021	980016000457133	27199	
JOSE SILVESTRE DA CONCEICAO SILVA	03.03.04.016-5	29/06/2021	06/07/2021	980016297647572	26031	
JOSELITO RIBEIRO RODRIGUES SANTOS	03.03.01.022-3	16/06/2021	06/07/2021	704607675693320	25458	
JOSIMA BORGES DE MELO JUNIOR	03.03.06.014-0	08/07/2021	13/07/2021	980016289439095	26453	
JOSIMAR MENDES DA SILVA	03.03.04.014-9	26/06/2021	03/07/2021	980016289744653	25924	
JOSUE CARVALHO DA SILVA	03.03.01.022-3	27/06/2021	16/07/2021	700606425342160	25954	
JOVELINO JUNQUEIRA BARROS	03.03.01.022-3	08/07/2021	10/07/2021	980016295791641	26458	
JULIA MACEDO LIMA	03.03.03.003-8	12/07/2021	20/07/2021	980016297647572	26566	
JULIANA GOMES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	15/06/2021	08/07/2021	702402042806320	25347	
JULIO ALBINO CACCIOLARI	03.03.06.021-2	11/07/2021	28/07/2021	210176259230000	11698	
JUNIO RODRIGUES DA SILVA	03.03.01.022-3	19/07/2021	25/07/2021	702402042806320	26881	
JURACI PIRES DA SILVA	03.03.01.022-3	20/07/2021	24/07/2021	980016297647572	26920	
JURACY RODRIGUES DOS REIS	03.03.03.004-6	07/07/2021	11/07/2021	980016295450488	26382	
JUVENTINA SANTANA DE CAMRGOS	03.03.14.015-1	27/06/2021	04/07/2021	980016289744653	25947	
KEVEN LUCAS DE SENA	03.03.01.022-3	14/07/2021	18/07/2021	204314447780006	26714	
LAZARO ALBERTO FERREIRA	03.03.01.022-3	02/07/2021	08/07/2021	980016297647572	26166	
LAZARO EDUARDO DA SILVA	03.03.01.022-3	09/07/2021	13/07/2021	980016295791641	26008	
LAZARO MARTINS DE SOUZA	03.03.01.022-3	06/07/2021	15/07/2021	704607675693320	18776	
LEANDRO MARANHA FERREIRA	03.03.01.022-3	01/07/2021	08/07/2021	702402042806320	26158	

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
LEIDIANE ALVES CIRQUEIRA	04.07.03.006-9	03/07/2021	08/07/2021	980016284823237	26211	
LEOCELIO DO REGO CARDOSO	03.03.01.022-3	01/07/2021	04/07/2021	980016289744653	25949	
LIDIANE CAETANO BAPTISTA	03.03.01.022-3	17/06/2021	03/07/2021	980016297647572	25545	
LINDAMAR GUERRA DE CARVALHO OLIVEIRA	03.03.01.022-3	24/07/2021	28/07/2021	210176259230000	27112	
LIVERSINO SOARES DA SILVA	03.03.07.007-2	10/06/2021	07/07/2021	704607675693320	25217	
LOURDES MARIA FRANCISCA BENTO	03.03.14.004-6	01/07/2021	04/07/2021	980016297647572	26160	
LOURIVAL CANDIDO DE SOUSA	03.03.01.022-3	29/06/2021	02/07/2021	702402042806320	26001	
LOURIVAL CANDIDO DE SOUSA	03.05.02.004-8	02/07/2021	05/07/2021	210176259230000	26001	
LUCELIA TARCISIA LOPES ALVES	03.03.01.003-7	09/07/2021	12/07/2021	980016295791641	26502	
LUCIANO GOMES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	08/07/2021	12/07/2021	702402042806320	26448	
LUCIO KUBITSCHKEK RODRIGUES DOS SANTOS	03.03.01.022-3	17/07/2021	20/07/2021	705401477049594	26846	
LUCIO MATIAS DO AMARAL	03.03.01.022-3	27/07/2021	28/07/2021	204314447780006	27249	
LUCIO SOARES UCHOA	03.03.01.022-3	01/07/2021	11/07/2021	980016295791641	26127	
LUCIVANIA PORFIRIO MARQUES DANTAS	03.03.01.022-3	03/07/2021	23/07/2021	705707467424530	15513	
LUIS GUSTAVO DA SILVA MARANHÃO	03.03.01.022-3	06/07/2021	15/07/2021	704607675693320	26319	
LUIZ MARQUES DE SOUSA	03.03.01.022-3	02/07/2021	12/07/2021	980016295791641	26197	
LUZIA DE LOURDES DO CARMO	03.03.01.022-3	08/07/2021	30/07/2021	700008843249309	26424	
LUZIA MARTINS DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	26/07/2021	28/07/2021	704607675693320	15515	
MAIRA COSTA RIBEIRO	03.03.01.022-3	17/07/2021	25/07/2021	702402042806320	26844	
MANOEL AFONSO PEREIRA NETO	03.03.01.022-3	25/07/2021	29/07/2021	708406766061169	27140	
MANOEL LOBATO DOS SANTOS	03.03.06.010-7	26/06/2021	03/07/2021	980016289744653	25930	
MARA RUBIA DA SILVA	03.03.01.022-3	25/06/2021	15/07/2021	704607675693320	25917	
MARCELINO INACIO DE CARVALHO	03.03.01.022-3	04/07/2021	08/07/2021	702402042806320	26233	
MARCELO CARVALHO DE OLIVEIRA RAMOS	03.03.01.022-3	22/06/2021	06/07/2021	702402042806320	25637	
MARCIA REGINA DA SILVA	03.03.07.010-2	16/07/2021	21/07/2021	708008315696823	26779	
MARCIO PEREIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	21/07/2021	28/07/2021	702402042806320	26961	
MARIA ABADIA LAUREANO	03.03.14.004-6	05/06/2021	06/07/2021	704607675693320	10647	
MARIA ANTONIA DA MACENA SILVA	03.03.01.022-3	19/06/2021	08/07/2021	700909926334497	25618	
MARIA ANTONIA DA MACENA SILVA	03.03.06.014-0	08/07/2021	17/07/2021	700008391862504	25618	
MARIA ANTONIA DA SILVA	03.03.01.022-3	11/07/2021	20/07/2021	704607675693320	26533	
MARIA APARECIDA CARDOSO	03.03.07.007-2	26/06/2021	05/07/2021	980016295042665	25937	
MARIA APARECIDA DA SILVA	03.03.06.006-9	15/06/2021	08/07/2021	704607675693320	24094	
MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA ALVES	03.03.01.022-3	10/07/2021	21/07/2021	702402042806320	26519	
MARIA BATISTA DA SILVA	03.03.01.022-3	23/07/2021	30/07/2021	705007606231953	27095	



Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
MARIA D ABADIA FREIRE DOS SANTOS	03.03.01.022-3	10/07/2021	10/07/2021	980016295450488	26511	
MARIA DA LUZ DOS SANTOS DA SILVA	03.05.02.005-6	13/06/2021	05/07/2021	980016289744653	25298	
MARIA DAS GRACAS DA SILVA	04.12.04.016-6	21/07/2021	30/07/2021	980016288458304	27009	
MARIA DE FATIMA DE SOUZA VIEIRA SILVA	03.03.01.022-3	07/07/2021	12/07/2021	980016289439095	26281	
MARIA DE FATIMA DE SOUZA VIEIRA SILVA	03.03.14.015-1	12/07/2021	27/07/2021	704607675693320	26281	
MARIA DE LOURDES CASTRO LOPES SILVA	03.03.01.022-3	30/07/2021	31/07/2021	705007606231953	27437	
MARIA DE LOURDES SOARES	03.03.01.022-3	18/07/2021	27/07/2021	980016000457133	26867	
MARIA DE LOURDES SOARES DA CRUZ	03.05.02.004-8	09/06/2021	08/07/2021	702402042806320	25120	
MARIA DE LOURDES SOARES DA CRUZ	03.05.02.004-8	08/07/2021	15/07/2021	980016289744653	25120	
MARIA DE NAZARE PEREIRA SOUSA	03.03.01.022-3	06/07/2021	08/07/2021	702402042806320	19003	
MARIA DE PAULO CARDOZO	03.03.06.021-2	13/07/2021	23/07/2021	980016276688482	26640	
MARIA DE SANTANA PONCIANA	03.03.01.022-3	06/07/2021	10/07/2021	980016295791641	26280	
MARIA DE SANTANA PONCIANA	03.03.06.021-2	10/07/2021	14/07/2021	980016297647572	26280	
MARIA DIVINA ALVES DE LIMA	03.03.01.022-3	09/07/2021	14/07/2021	704607675693320	26499	
MARIA DO AMPARO BARROS FERNANDES	03.03.01.022-3	23/06/2021	01/07/2021	702402042806320	25778	
MARIA DO AMPARO FREIRE FERREIRA	03.03.01.022-3	10/07/2021	21/07/2021	700800956839085	26518	
MARIA DO CARMO HENRIQUE CAVALCANTE	03.03.14.015-1	05/07/2021	13/07/2021	704607675693320	26239	
MARIA EDUARDA FERREIRA DA GUIA	03.03.01.022-3	08/07/2021	17/07/2021	705401477049594	26454	
MARIA GOMES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	13/07/2021	22/07/2021	980016297647572	26614	
MARIA GORETE RODRIGUES DA SILVA	03.03.01.022-3	28/06/2021	03/07/2021	704607675693320	25982	
MARIA JOSE BORGES	03.03.04.016-5	04/07/2021	09/07/2021	700909926334497	26231	
MARIA JOSE DOS SANTOS NOVAES	04.04.01.037-7	17/06/2021	05/07/2021	980016284141047	24707	
MARIA JOSE FEITOSA DE CARVALHO SILVA	03.03.01.022-3	17/06/2021	03/07/2021	980016297647572	25550	
MARIA LAURA MARTINS	03.03.14.015-1	08/07/2021	10/07/2021	980016295791641	26212	
MARIA LUIZA DA SILVA	03.03.15.005-0	20/07/2021	27/07/2021	980016289744653	21948	
MARIA LUNGUINHA DA SILVA	03.03.01.022-3	23/06/2021	09/07/2021	980016295791641	25815	
MARIA LUZIA DE JESUS	03.03.14.004-6	07/07/2021	07/07/2021	980016289744653	26384	
MARIA NUNES DE MOURA	04.15.04.002-7	25/06/2021	02/07/2021	706505386320490	25506	
MARIA ODETE DE JESUS	03.03.14.015-1	07/07/2021	14/07/2021	700606425342160	26381	
MARIA PEREIRA NUNES	03.03.01.022-3	04/07/2021	07/07/2021	704607675693320	26236	
MARIA PROCOPIA BARBOSA	03.03.15.005-0	26/06/2021	02/07/2021	702402042806320	24377	
MARIA REGINA FRANCA	03.03.01.022-3	02/07/2021	17/07/2021	700606425342160	26201	
MARIA SANDRA DE SOUSA FIALHO	03.03.01.022-3	21/06/2021	04/07/2021	210176259230000	25699	
MARIA SARDINHA PEREIRA	03.03.14.015-1	04/07/2021	14/07/2021	704607675693320	26229	

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
MARIA TEREZA MACHADO DOS SANTOS	03.03.15.005-0	16/07/2021	22/07/2021	980016297647572	26807	
MARINALVA LIMA DA COSTA	03.03.04.016-5	08/07/2021	19/07/2021	704607675693320	26388	
MARIO SATO	04.07.03.006-9	30/06/2021	18/07/2021	980016280174668	26089	
MARLENE RODRIGUES	03.03.01.022-3	07/07/2021	09/07/2021	980016295450488	21663	
MARLI PINHEIRO DE LIMA	03.03.06.002-6	25/06/2021	04/07/2021	980016289744653	25885	
MARTA MOREIRA DO NASCIMENTO	03.03.01.022-3	29/06/2021	08/07/2021	700909926334497	25940	
MATILDE MELO DE ANDRADE SOBRAL	03.03.06.021-2	19/07/2021	23/07/2021	704607675693320	26906	
MAURICIO RIBEIRO	03.03.01.022-3	23/06/2021	20/07/2021	704607675693320	25809	
MAURO DE OLIVEIRA BORGES	03.03.01.022-3	30/06/2021	15/07/2021	700008391862504	25981	
MAURO MOISES DE REZENDE	03.03.01.022-3	08/07/2021	18/07/2021	980016289439095	26390	
MAXUEL FERREIRA DE MATOS	03.03.01.022-3	23/07/2021	28/07/2021	704607675693320	27062	
MEIRE CECILIA SILVERIO DA CRUZ	03.03.14.004-6	23/06/2021	20/07/2021	708008315696823	24713	
MIKAEL XAVIER DE BORBA	03.03.07.007-2	13/07/2021	29/07/2021	210176259230000	26648	
MIRALDO MACIEL PIRES	03.03.01.022-3	04/07/2021	08/07/2021	702402042806320	26218	
NALIA REJANE DE SOUSA	03.03.01.022-3	23/07/2021	30/07/2021	702402042806320	27063	
NATAL OLIVEIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	21/07/2021	28/07/2021	702402042806320	26980	
NATALIA MARIA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	08/07/2021	15/07/2021	700008391862504	26425	
NEIDE FERREIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	10/07/2021	14/07/2021	704607675693320	26504	
NELSON EDSON DE SOUZA GOMES	03.03.01.022-3	01/07/2021	08/07/2021	700909926334497	26096	
NELSON FERREIRA DAMAS	03.04.10.002-1	08/07/2021	19/07/2021	705401477049594	26416	
NELSON FERREIRA DAMAS	04.04.01.037-7	19/07/2021	28/07/2021	980016284141047	26416	
NEMIAS GOMES PEREIRA	03.03.06.021-2	21/06/2021	09/07/2021	980016295450488	25695	
NEUSA FARIA ALBERNAZ	03.05.02.005-6	24/06/2021	07/07/2021	980016297647572	25878	
NEUSIMAR MARIA DA SILVA	03.03.01.022-3	13/07/2021	15/07/2021	704607675693320	20136	
NEUSIMAR MARIA DA SILVA	03.05.02.005-6	15/07/2021	18/07/2021	700606425342160	20136	
NICANOR ALVES DIAS	03.05.02.004-8	08/07/2021	24/07/2021	704607675693320	26387	
NICOLAS ALVES DA SILVA	03.03.01.022-3	19/07/2021	26/07/2021	980016295277484	26907	
NILSON MAIA FERREIRA FERNANDES	03.03.01.022-3	20/07/2021	25/07/2021	704607675693320	22358	
NINA MARIA DE SOUSA	03.03.01.022-3	24/07/2021	28/07/2021	705007606231953	27113	
ODALVIO JOSE DE BRITO	03.03.01.022-3	16/07/2021	22/07/2021	700800956839085	26777	
ODALVIO JOSE DE BRITO	03.03.06.021-2	22/07/2021	27/07/2021	705007606231953	26777	
ODANTES INACIO DE ARAUJO	03.03.01.022-3	21/07/2021	23/07/2021	705707467424530	27004	
ODETE ROSA BARBOSA	03.03.01.022-3	23/07/2021	29/07/2021	704607675693320	27099	
OLGA PEREIRA ALVES	03.03.04.014-9	21/07/2021	24/07/2021	702402042806320	27008	

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
OLINDA BORGES DE MENDONCA	03.03.01.022-3	21/06/2021	02/07/2021	702402042806320	25698	
OLINDA BORGES DE MENDONCA	04.04.01.037-7	02/07/2021	29/07/2021	980016280174668	25698	
ONAIR MACHADO DE SOUZA	03.05.02.004-8	12/07/2021	26/07/2021	704607675693320	26569	
ONDUMAR FERNANDES DE FARIA	03.03.06.021-2	06/06/2021	01/07/2021	980016297647572	24948	
ORLINDA CANDIDA BAHIA	03.03.01.022-3	10/07/2021	12/07/2021	980016295791641	26512	
OSVALDO DA COSTA SILVA JUNIOR	03.03.01.022-3	26/06/2021	09/07/2021	204314447780006	25928	
PAULO CESAR DA SILVA	04.04.01.037-7	18/06/2021	12/07/2021	980016280174668	25259	
PEDRO BELARMINO FILHO	03.03.01.022-3	03/07/2021	15/07/2021	704607675693320	26203	
PEDRO BERTOLINO PERES	03.03.01.022-3	17/07/2021	22/07/2021	980016297647572	26835	
PEDRO DA SILVA OLIVEIRA	03.03.03.003-8	07/07/2021	20/07/2021	980016289744653	26363	
PEDRO DIAS DA COSTA	03.03.06.006-9	27/06/2021	07/07/2021	980016289744653	14041	
PEDRO HENRIQUE NEVES DA PURIFICACAO	03.03.06.019-0	20/07/2021	28/07/2021	134168363150002	26916	
PRISCILLA REJANE DO ROSARIO BARBOSA	03.03.01.022-3	26/06/2021	09/07/2021	704607675693320	25932	
PRISCILLA REJANE DO ROSARIO BARBOSA	04.07.03.003-4	09/07/2021	10/07/2021	980016280174668	25932	
QUITERIA SIQUEIRA CAMPOS	03.03.14.015-1	17/07/2021	27/07/2021	705007606231953	26829	
RAFAEL JOSE PIRES DA SILVA VAZ	03.03.04.014-9	22/07/2021	31/07/2021	705007606231953	27011	
RAIMUNDA DE JESUS GOMES MENDES	03.03.06.019-0	22/06/2021	27/07/2021	700800956839085	24384	
RAIMUNDA FRANCA DA SILVA	03.03.15.005-0	13/07/2021	22/07/2021	700800956839085	26591	
RAIMUNDO ARAUJO BEZERRA	03.03.01.022-3	19/06/2021	02/07/2021	704607675693320	25616	
RAIMUNDO CUNHA DA SILVA	03.03.01.022-3	25/07/2021	26/07/2021	980016276688482	27133	
RAVY ANTONIO RODRIGUES FIRMINO DE JESUS	03.03.14.015-1	24/06/2021	02/07/2021	204314447780006	25883	
REGINA COSTA DA LUZ	03.03.01.022-3	28/07/2021	31/07/2021	705007606231953	9294	
REGIS MIRANDA CACCIARI	04.08.05.001-2	22/06/2021	15/07/2021	980016297624076	24929	
RENATO ARAUJO SILVA	03.03.01.022-3	30/06/2021	05/07/2021	980016289744653	25927	
RHUAN PABLO FERNANDEZ BARBADO	03.03.01.022-3	12/07/2021	18/07/2021	705401477049594	26523	
RICHARD KALLEBE SOARES DE MOURA	03.03.03.003-8	25/06/2021	07/07/2021	204314447780006	25899	
RICHARD KALLEBE SOARES DE MOURA	04.07.03.003-4	07/07/2021	10/07/2021	204314447780006	25899	
RODRIGO PEREIRA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	23/06/2021	01/07/2021	980016297647572	25744	
RONY CORREIA DE TRINDADE	03.03.01.022-3	16/06/2021	07/07/2021	702402042806320	25457	
ROSA MARIA DE JESUS	03.03.01.022-3	11/07/2021	27/07/2021	705007606231953	13461	
ROSALI DE PAULA GONCALVES	03.05.02.005-6	04/07/2021	17/07/2021	204314447780006	26232	
ROSALINA FERREIRA GALVAO	03.03.01.022-3	03/07/2021	21/07/2021	700800956839085	26213	
ROSANGELA VINANCIA MACIEL MAIA	03.03.14.004-6	04/07/2021	25/07/2021	980016289744653	26224	
ROSIMAR PEREIRA XAVIER MOURA	03.03.01.022-3	30/06/2021	03/07/2021	980016297647572	26032	

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
RUTH BATISTA DE CARVALHO	03.03.06.014-0	16/07/2021	24/07/2021	705707467424530	24932	
RUTH MASCARENHAS SANTANA LEMOS	03.03.01.022-3	05/07/2021	11/07/2021	980016295791641	26222	
SALOMAO ANTONIO DE SOUZA	04.04.01.037-7	29/06/2021	11/07/2021	980016284141047	25215	
SALVADOR BORGES DE ANDRADE	03.03.01.022-3	18/07/2021	18/07/2021	704607675693320	26865	
SANNA FABRINE BRITO ALVES	03.03.01.022-3	27/07/2021	29/07/2021	210176259230000	27251	
SANTINA MARIA DA SILVA PEREIRA	03.03.01.022-3	17/07/2021	20/07/2021	705401477049594	26830	
SAULO TRAJANO DAVALO	03.03.01.022-3	01/07/2021	06/07/2021	702402042806320	26090	
SEBASTIAO GOMES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	26/06/2021	02/07/2021	980016297647572	25923	
SEBASTIAO MARQUES NETO	03.03.01.022-3	20/07/2021	31/07/2021	704607675693320	26959	
SEBASTIAO MESSIAS ROSA	03.03.01.022-3	17/07/2021	21/07/2021	708008315696823	26831	
SEBASTIAO PEREIRA DOS SANTOS JUNIOR	03.03.01.022-3	18/07/2021	28/07/2021	704607675693320	26860	
SEVERINO PEREIRA FRANCA	03.03.01.022-3	15/07/2021	18/07/2021	980016289744653	26773	
SILIS GLEIBE FERNANDES MOREIRA	03.03.01.022-3	25/06/2021	08/07/2021	700909926334497	25886	
SIMONE MESSIAS DO NASCIMENTO	03.03.01.022-3	11/06/2021	17/07/2021	704607675693320	25251	
SINELMA MARQUES SOBRINHO	03.03.14.015-1	01/07/2021	14/07/2021	704607675693320	26157	
SONIA DIVINA LEITE DA SILVA	03.03.01.022-3	05/07/2021	20/07/2021	708008315696823	26276	
SONIA DIVINA LEITE DA SILVA	04.04.01.037-7	20/07/2021	30/07/2021	700103977829312	26276	
TALYNE DE LIMA MARIANO SOUSA RABELO	03.03.01.022-3	04/07/2021	05/07/2021	980016295042665	26219	
TAYNARA RODRIGUES MENDES	03.03.01.022-3	05/07/2021	12/07/2021	980016295791641	26269	
TERCINA MACEDO DE SOUZA	03.03.01.022-3	08/07/2021	15/07/2021	980016289744653	26391	
TEREZA BARBOSA DE SOUSA SANTOS	03.03.01.022-3	10/07/2021	18/07/2021	705401477049594	26492	
TEREZINHA MARIA DA SILVEIRA	03.03.01.022-3	10/07/2021	30/07/2021	705007606231953	26517	
THIAGO DA COSTA MARTINS	03.03.01.022-3	30/06/2021	03/07/2021	980016289744653	26057	
TIAGO SOARES DO NASCIMENTO	03.03.01.022-3	15/07/2021	17/07/2021	700606425342160	26771	
VALDELICE ANGELICA BATISTA	03.03.14.015-1	18/06/2021	06/07/2021	980016297647572	25609	
VALDELUCÉ PAIXÃO TEIXEIRA	03.03.06.021-2	09/07/2021	29/07/2021	210176259230000	19205	
VALDEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	11/07/2021	28/07/2021	210176259230000	26537	
VALDEMIR SILVA MASCARENHAS	03.03.01.022-3	30/06/2021	08/07/2021	702402042806320	26091	
VALDENIR JOSE DE SOUZA	03.03.06.021-2	26/06/2021	02/07/2021	980016000457133	25934	
VALDIVINO GOMES DE JESUS	03.03.01.022-3	01/07/2021	01/07/2021	980016000457133	18048	
VALDIVINO GUIMARAES TEIXEIRA	03.03.01.022-3	09/07/2021	22/07/2021	700800956839085	26477	
VALDIVINO LUIZ DOS SANTOS	03.03.01.022-3	29/06/2021	14/07/2021	704607675693320	259585	
VALDIVINO TEIXEIRA DA SILVA	03.03.06.021-2	14/07/2021	18/07/2021	980016297647572	26708	
VALDIVINO VIANA DE OLIVEIRA	03.03.04.014-9	14/07/2021	20/07/2021	980016297647572	26677	

APRESENTAÇÃO: 08 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
VANDEIR DONIZETE DOS SANTOS	03.03.01.022-3	09/06/2021	06/07/2021	704607675693320	25129	
VANDERLEI DA SILVA RODRIGUES	03.03.01.022-3	14/06/2021	14/07/2021	704607675693320	25308	
VANDERLEI DA SILVA RODRIGUES	03.03.01.022-3	14/07/2021	23/07/2021	700800956839085	25308	
VANDIR CONCEICAO DA SILVA	03.03.01.022-3	03/07/2021	16/07/2021	700606425342160	26205	
VESPASIANO NATAL BATISTA	03.03.01.022-3	27/06/2021	03/07/2021	980016289744653	25952	
VILMA TELES DOS SANTOS	03.03.01.022-3	11/07/2021	28/07/2021	708406766061169	26520	
VILMAR MARIA PEREIRA	03.05.02.004-8	24/06/2021	05/07/2021	980016289744653	25850	
VITALINA ALVES BISPO DOS SANTOS	03.03.06.021-2	17/06/2021	06/07/2021	702402042806320	25305	
VITORIA CAROLINA FRANCA MIRANDA	03.03.01.022-3	23/07/2021	27/07/2021	134168363150002	27083	
VIVIANE DA SILVA LIMA	03.03.14.015-1	15/06/2021	05/07/2021	704607675693320	25073	
VIVIANE DA SILVA LIMA	04.12.04.016-6	05/07/2021	20/07/2021	980016280174668	25073	
WAGNER PEREIRA	03.03.15.002-5	18/07/2021	28/07/2021	980016000457133	26858	
WALDIVINO DA SILVA MENDES	03.03.01.022-3	21/06/2021	08/07/2021	702402042806320	25693	
WALNUCE RODRIGUES MAIA DE LIMA	04.04.01.037-7	15/07/2021	31/07/2021	706505386320490	26715	
WALTECILIO GONCALVES	04.07.03.006-9	18/07/2021	20/07/2021	980016280174668	25689	
WALTECILIO GONCALVES	04.07.03.003-4	20/07/2021	21/07/2021	980016280174668	25689	
WALTER AFONSO DE OLIVEIRA	03.03.07.010-2	08/07/2021	15/07/2021	700008391862504	26452	
WANDER NUNES DA SILVA	03.03.01.022-3	01/07/2021	10/07/2021	980016295791641	26064	
WANDERSON DE SOUZA	03.03.01.022-3	05/07/2021	15/07/2021	702402042806320	26240	
WEBERSON ALVES MAGALHAES	03.03.01.022-3	26/06/2021	05/07/2021	704607675693320	25926	
WEDER DA SILVA VIEIRA	03.03.01.022-3	27/06/2021	21/07/2021	702402042806320	25955	
WELLEN MARIA DOMINGOS ALVES	03.03.04.016-5	11/07/2021	27/07/2021	134168363150002	26530	
WELLTON DE MORAIS MOREIRA	03.03.01.022-3	23/06/2021	01/07/2021	980016289744653	25812	
WELMISON LINO DE FARIA	03.03.01.022-3	01/07/2021	05/07/2021	210176259230000	26092	
WEMERSON SOUZA DE JESUS	03.03.03.003-8	10/07/2021	14/07/2021	980016289744653	26508	
WILKERD SILVA SOUSA	03.03.01.022-3	12/07/2021	30/07/2021	705007606231953	26540	
WILLIAN DE CASTRO DIAS	03.03.07.010-2	13/07/2021	20/07/2021	702402042806320	26644	
WILMAR MOREIRA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	27/06/2021	03/07/2021	980016000457133	25943	
YURI VITOR ALVES DA COSTA	03.03.01.022-3	13/07/2021	21/07/2021	702402042806320	26607	
ZIGMANI DE FATIMA MEDEIRO DAS DORES	03.03.14.004-6	28/06/2021	06/07/2021	980016289744653	16634	
ZILMA BARROS SOARES	03.03.14.015-1	03/07/2021	21/07/2021	708008315696823	26202	

Total de Paciente: 473

R\$ 0,00

# RELATÓRIO PROTOCOLO CLÍNICO

**JULHO DE 2021**



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. PROTOCOLOS CLÍNICO.....	4
2.1 GESTÕES DOCUMENTAL .....	4
2.2 PROTOCOLOS DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO .....	14
2.3 PROTOCOLO DE SEPSE.....	16
2.4 PROTOCOLO DE PNEUMONIA.....	20
2.5 PROTOCOLO DE DENGUE. ....	21
2.6 PROTOCOLO DE DESMAME DE SONDA ENTERAL .....	22
2.7 PROTOCOLO DE JEJUM.....	23
3. AÇÕES ESTRATEGICAS .....	24
4. ANEXOS – DOCUMENTOS DO HMAP .....	25

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, os Protocolos Clínicos são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, contendo critérios de diagnósticos, tratamento preconizado, mecanismo de controle clínico e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pela equipe assistencial. Estes devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Implantar protocolos clínicos em instituições de saúde fortalece a assistência e com seu monitoramento reflete a prática assistencial e com isso possibilita verificar os pontos fortes e de melhoria da assistência, tornando um cuidado seguro e efetivo.

O Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (HMAP) desde a sua inauguração preocupa-se com a qualidade na assistência, com isso a implantação e monitoramento de Protocolos Clínicos está no seu escopo.

No dia 31/01/2019, foi inaugurado o Pronto Atendimento no HMAP, nesta data iniciou o monitoramento do Protocolo de Classificação de Risco na Urgência e Emergência.

Nos meses seguintes foram elaborados novos protocolos, de acordo com o perfil dos pacientes.

O monitoramento dos Protocolos Clínicos é de suma importância para a assistência de Qualidade. A implantação de um protocolo, possui as seguintes etapas, elaboração do documento, verificação dos insumos necessários para a implantação do mesmo e treinamento para todos envolvidos.

## 2. PROTOCOLOS CLÍNICO

### 2.1. GESTÃO DOCUMENTAL

#### 2.1.1. Introdução

A Gestão da Qualidade na Instituição de Saúde tem o objetivo de dirigir e coordenar os processos assistenciais e administrativos com o intuito de possibilitar a melhoria dos serviços, direcionando as decisões estratégicas para promover segurança ao paciente.

Um dos escopos da Qualidade é a Gestão documental, que é definido como um conjunto de normas, procedimentos e métodos de trabalho que permitem a tramitação, produção, avaliação, uso e arquivamento de documentos.

A gestão documental é uma atividade importante, ter as atividades descritas e baseada em evidência científica corrobora para um cuidado seguro e de qualidade.

Para uma gestão documental de qualidade o HMAP possui a seguinte hierarquia documental: Documento Institucional, Protocolos, Fluxos, POP's e os formulários, onde estes são revisados sempre que ocorrem mudanças nos processos.

#### 2.1.2. RESULTADO

No mês de julho foram elaborados 5 novos documentos, sendo por classe:

	Protocolo	Formulario
JULHO	1	4

A Lista mestra no mês julho com os Documento Institucional, Protocolos, Fluxos e/ou POP's, conta com 652 documentos.

Segue abaixo a listagem dos protocolos instituídos no hospital HMAP :

<b>Código</b>	<b>Setor</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Nome</b>	<b>Data da elaboração</b>
PRO.001	SCIRAS	INFECTOLOGIA	PRECAUÇÕES, ISOLAMENTOS E VIGILÂNCIA ADMISSIONAL	19/06/2019
PRO.002	SCIRAS	INFECTOLOGIA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA SEPSE	01/07/2019
PRO.003	SCIRAS	FARMÁCIA	USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO	01/07/2019
PRO.004	NSP	SEGURANÇA DO PACIENTE	PREVENÇÃO DE QUEDA	25/07/2019
PRO.005	NSP	SEGURANÇA DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	25/07/2019
PRO.006	NSP	SEGURANÇA DO PACIENTE	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	25/07/2019
PRO.007	SCIRAS	UROLOGIA	PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA	26/07/2019
PRO.008	SCIRAS	INFECTOLOGIA	PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A ACESSO VENOSO CENTRAL	26/07/2019
PRO.009	SCIRAS	INFECTOLOGIA	PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO	26/07/2019
PRO.010	NSP	SEGURANÇA DO PACIENTE	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	30/07/2019
PRO.011	DT	CLINICA MÉDICA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	28/12/2019
PRO.012	NSP	SEGURANÇA DO PACIENTE	CIRURGIA SEGURA	08/08/2019
PRO.013	NSP	FARMÁCIA	PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	19/08/2019
PRO.014	DT	PNEUMOLOGISTA	PROTOCOLO DE MANEJO DE PNEUMONIA-PEDIÁTRICO	15/07/2020
PRO.015	DT	HEMODINÂMICA	PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO	24/09/2019
PRO.016	SCIRAS	INFECTOLOGIA	MANEJO DE INFECÇÕES SUSPEITAS OU CONFIRMADAS PELO CORONA VÍRUS (SARS/COV2)	17/03/2020
PRO.017	SCIRAS	INFECTOLOGIA	PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO PARA COVID-19	02/04/2020
PRO.018	COFON	FONOAUDIOLOGIA	AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES ADULTOS	08/04/2020

PRO.019	COFIS	FISIOTERAPIA	POSIÇÃO PRONA NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA	08/04/2020
PRO.020	COFIS	FISIOTERAPIA	TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA COM COVID-19	16/04/2020
PRO.021	COFON	FONOAUDIOLOGIA	PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO	09/06/2020
PRO.022	COPS	PSICOLOGIA	SERVIÇO DE PSICOLOGIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	13/08/2020
PRO.023	COPS	PSICOLOGIA	ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NAS CLINICAS MÉDICAS	13/08/2020
PRO.024	COPS	PSICOLOGIA	ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NA UTI PEDIÁTRICA	21/08/2020
PRO.025	DT	EPIDEMIOLOGIA	MANEJO DE CASOS DE DENGUE	25/09/2020
PRO.026	DT	EPIDEMIOLOGIA	PROTOCOLO DE TUBERCULOSE	29/10/2020
PRO.027	DT	TERAPIA INTENSIVA	PROTOCOLO DE PNEUMONIA ADULTO	12/11/2020
PRO.028	DT	CLINICA MÉDICA	PROTOCOLO DE TEV-TROMBOEMBOLISMO VENOSO	12/12/2020
PRO.029	CONUP	NUTRIÇÃO	PROTOCOLO DE JEJUM DO PACIENTE INTERNADO	05/01/2021
PRO.030	DT	CARDIOLOGIA	DOR TORÁCICA	26/02/2021
PRO.031	DT	CARDIOLOGIA	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA	10/03/2021
PRO.032	DT	CARDIOLOGIA	CRISE HIPERTENSIVA	10/05/2021
PRO.033	DT	SADT	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E MANEJO ÀS REAÇÕES ADVERSAS AOS MEIOS DE CONTRASTE	25/05/2021
PRO.034	DT	DT	PROTOCOLO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	26/06/2021
PRO.035	DT	CEPA	PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO DO HOSPITAL	26/07/2021

## 2.2 PROTOCOLO DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANO

### 2.2.1 Introdução

Este Protocolo tem como objetivo promover orientações para o uso racional de antimicrobianos terapêuticos e profiláticos, visando reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos (segurança do paciente) e minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência no Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia.

Promover o uso racional de antimicrobianos, de forma a minimizar custos, seleção microbiana e indução da resistência. Reduzir a ocorrência de incidentes relacionados ao uso de antimicrobianos.(segurança do paciente).

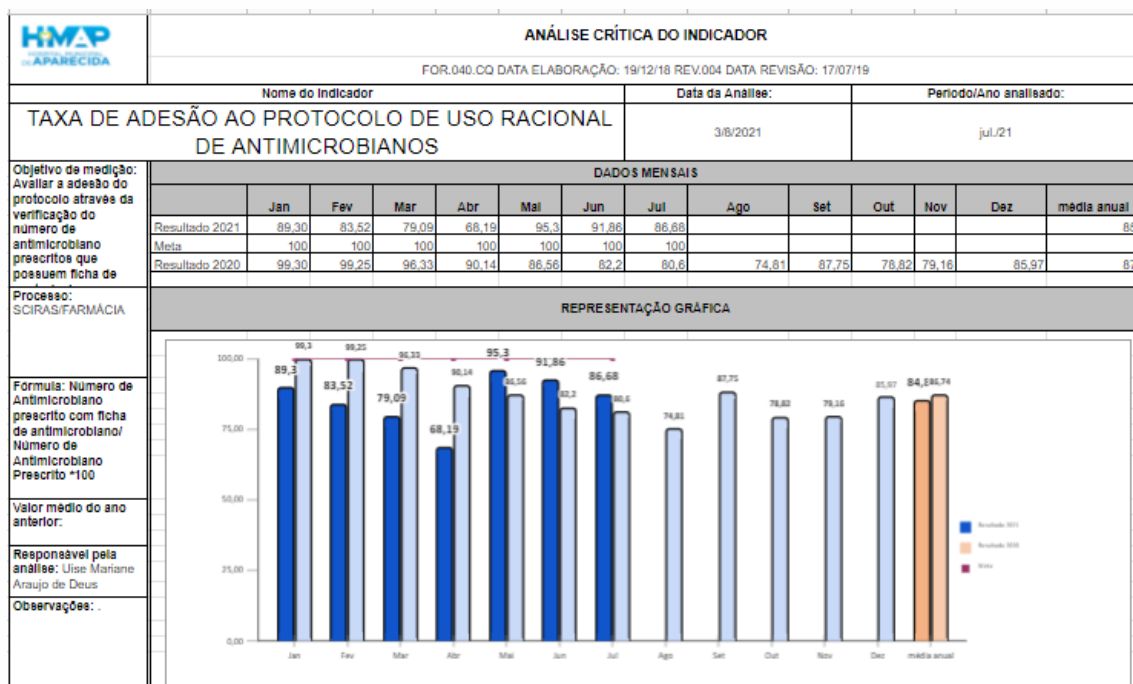
### 2.2.2 INDICADORES

#### 2.2.2.1 TAXA DE ADEÇÃO AO PROTOCOLO DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

**2.2.2.2 Objetivo:** Avaliar a adesão do protocolo através da verificação do número de antimicrobiano prescritos que possuem ficha de controle de antimicrobiano.

**2.2.2.3 Equação para cálculo:** Número de Antimicrobiano prescrito com ficha de antimicrobiano/ Número de Antimicrobiano Prescrito \*100

**2.2.1.1 Resultado:** Resultado Julho:  $384/443 * 100 = 86,68\%$





### 2.2.2.5 Análise Crítica:

No mês de Julho foram prescritos 443 tratamentos com antimicrobianos, no qual obteve-se taxa de adesão ao protocolo de 86,68% (384), com emissão da ficha de solicitação de antimicrobiano no início do tratamento. Foi necessário realizar 45 intervenções farmacêuticas para obtenção da ficha, haja visto que conforme estabelecido em protocolo, é necessário emissão e entrega da ficha para dispensação dos antimicrobianos, porém as mesmas não foram emitidas. Em relação ao mês de junho ocorreu uma redução de 5,18% no índice de adesão. Esta redução pode ser explicada pelo fluxo de fechamento e a abertura de novas UTI'S o que ocasionou a rotatividade da equipe médica assistencial que ainda não conhecia inteiramente o protocolo.

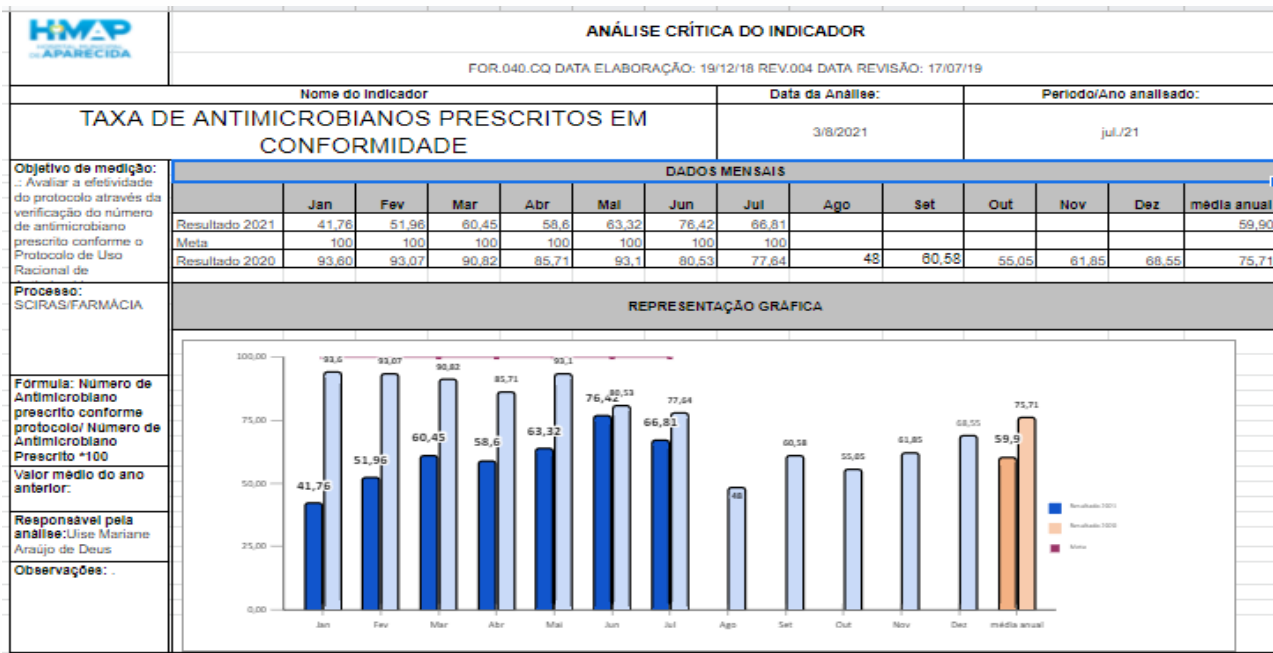
A equipe da Farmácia está realizando um trabalho contínuo junto a equipe ressaltando a necessidade do preenchimento adequado da ficha de solicitação de antimicrobiano com o objetivo de melhores resultados.

## 2.2.3 TAXA DE ANTIMICROBIANOS PRESCRITOS EM CONFORMIDADE

2.2.3.5 **Objetivo:** Avaliar a efetividade do protocolo através da verificação do número de antimicrobiano prescrito conforme o Protocolo de Uso Racional de Antimicrobiano

2.2.3.6 **Equação para cálculo:**  $\frac{\text{Número de Antimicrobiano prescrito conforme protocolo}}{\text{Número de Antimicrobiano Prescrito}} * 100$

### 2.2.3.3 Resultado: Julho: $296/443 \times 100 = 66,81$



### 2.2.3.7 Análise Crítica

No mês de julho, foram registrados 443 tratamentos com antimicrobianos, dos quais 66,81% (296) estavam em conformidade. Dos tratamento registrados. (3) 0,67% não foram autorizados/liberados, onde o motivo não foi especificado. Ressalta-se que a análise de (144) 32,50% dos tratamentos estão em andamento e (59) 13,31% tratamentos foram iniciados sem a ficha de solicitação de antimicrobiano, o que compromete a avaliação pelo médico infectologista. O setor de Farmácia rotineiramente está em contacto com a equipe médica enfatizando a necessidade do preenchimento da ficha de solicitação de antimicrobiano, para um maior controle dos tratamentos. Ressaltamos ainda que já foram feitas várias solicitações por parte da Farmácia para inclusão da ficha dentro do Promédico, mas ainda não obtivemos retorno.

## 2.3 PROTOCOLO DE SEPSE

### 2.3.1. Introdução

Segundo ILAS (Instituto Latino Americano de Sepsis), sepsis é definida como presença de disfunção orgânica, secundária a resposta desregulada do organismo a presença de infecção. A sepsis vem adquirindo crescente importância devido ao aumento de sua incidência, ao envelhecimento da população e pelo crescimento da resistência bacteriana. Atualmente sepsis é a principal causa de morte em unidades de terapia intensiva (UTIs) não cardiológicas, além do

elevado risco de morte durante a internação, sobreviventes da sepse comumente tem sequelas importantes tanto físicas quanto psicológicas. Assim, justifica-se o planejamento de ações voltadas à redução dessa mortalidade. As atuais evidências demonstram que a efetiva implementação de protocolos assistenciais gerenciados, tem impacto na redução da mortalidade desses pacientes. Trata-se de um protocolo de suma importância para a unidade, pois a identificação precoce de sepse salva vidas, entendendo que a evolução da doença é rápida e agressiva, necessitando de tratamento efetivo na primeira hora após seu reconhecimento.

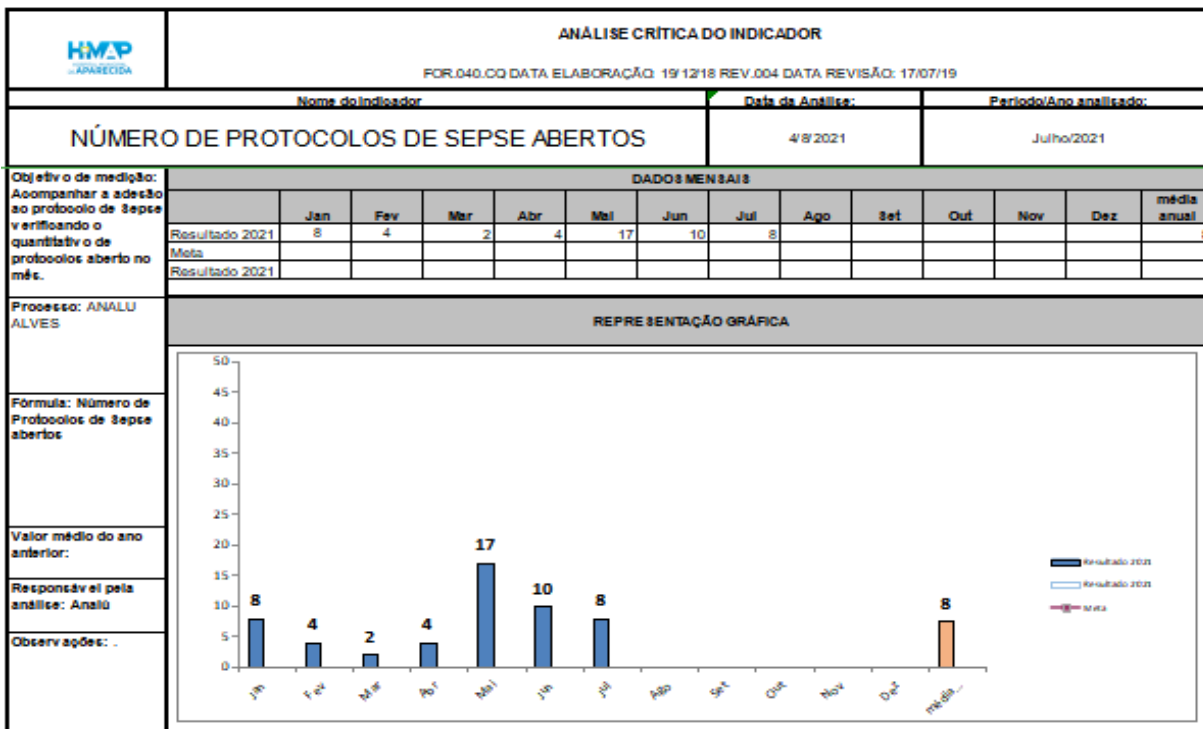
### 2.3.2. INDICADORE

#### 2.3.2.1. Número de Protocolos de Sepse Abertos

2.3.2.1.1. **Objetivo:** Acompanhar a adesão ao protocolo de Sepse verificando o quantitativo de protocolos aberto no mês.

2.3.2.1.2. **Equação para cálculo:** Número absoluto de Protocolos de Sepse abertos no período.

2.3.1.1.1. **Resultado:** 08 protocolos abertos.



#### 2.3.2.1.3. Análise Crítica

No mês de julho foram abertos 08 protocolos de Sepse. O protocolo já está implantado na unidade, na qual a equipe foi capacitada sobre a abertura e condução do protocolo, no mês

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/simprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 217210 e o código verificador 24960.

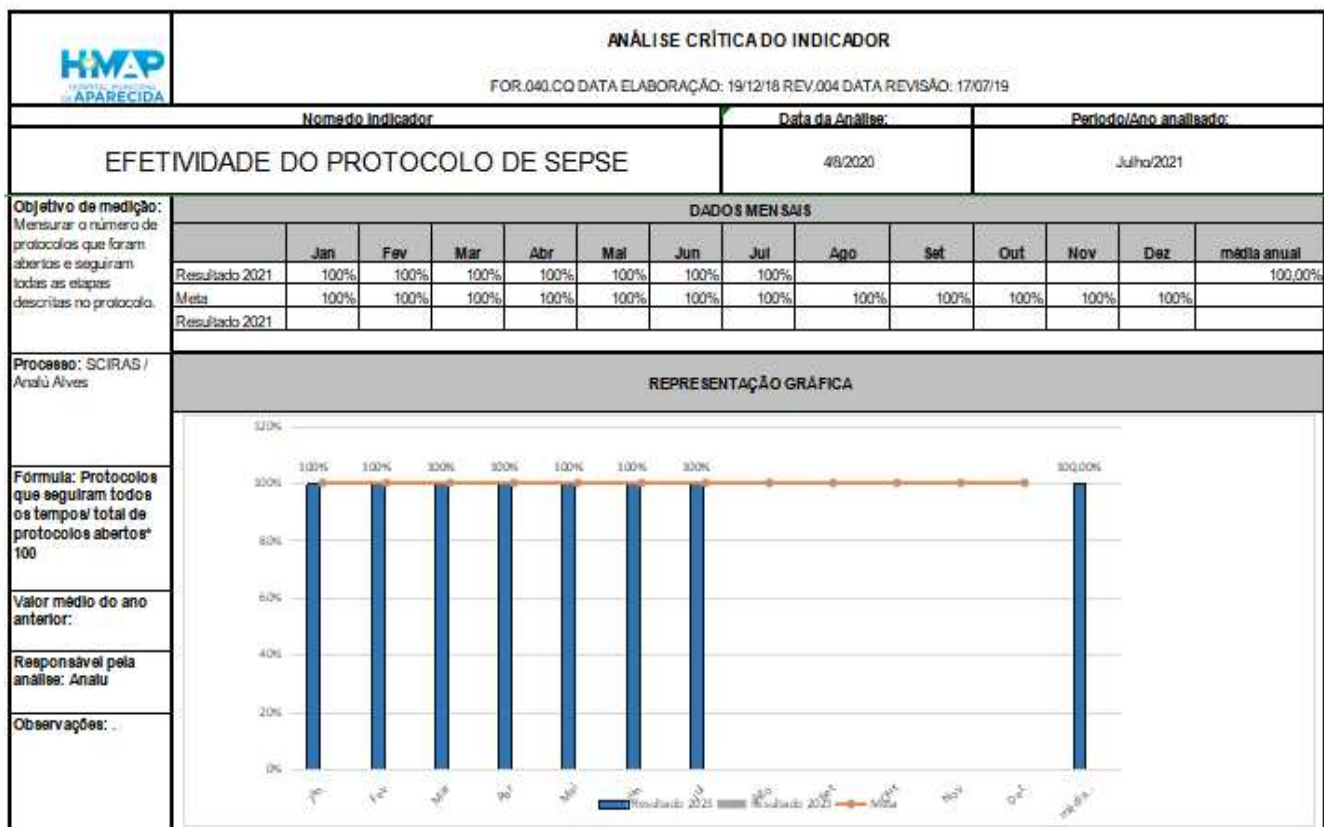
de maio obtivemos um aumento significativo do número de abertura do protocolo, foi realizado junto ao setor do SCIRAS treinamento que aconteceu no dia 30/03/2021 para toda a equipe assistencial do hospital, com o objetivo de promover o processo de adesão e efetividade, orientando todos os profissionais que atuam de forma direta a reconhecer e identificar o paciente com sepse ou deterioração para sepse.

### Efetividade do Protocolo De Sepse

**3.2.1.2.1. Objetivo:** Mensurar o número de protocolos que foram abertos e seguiram todas as etapas descritas no protocolo.

**3.2.1.2.2. Equação para cálculo:** Total de pacientes com 100% de conformidades com o protocolo/ total de protocolos abertos\* 100

**3.2.1.2.1. Resultado:** Resultado Julho 08/08\* 100 = 100%



### 3.2.1.2.3. Análise Crítica

No mês de Julho foram abertos 08 protocolos de sepse, relacionado aos pacientes que vieram com o diagnóstico de sepse da unidade de origem, bem como os diagnosticados aqui no HMAP. O setor que abriu protocolo foi: UTI 2 = 1 , UTI B= 2, UTI C= 1, UTI 1= 1, UTI TERREO 1= 1 CMA= 1 e UTI

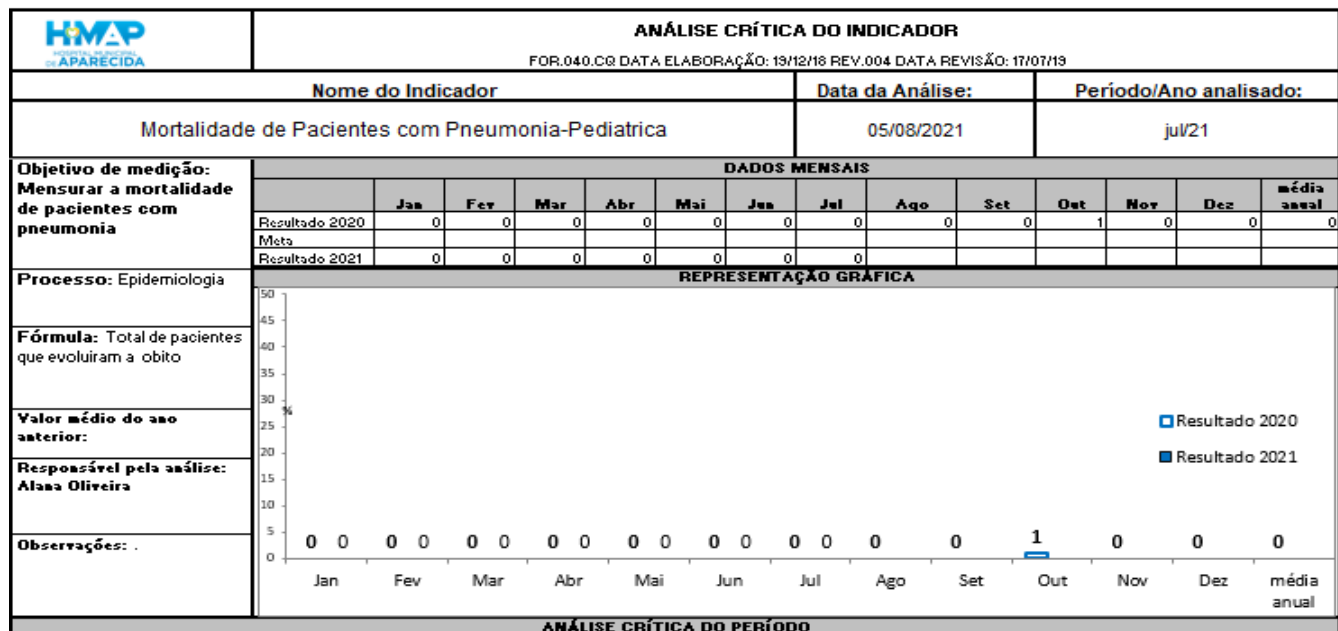
RPA= 1. Comparado ao mês anterior houve uma diminuição de abertura do protocolos de Sepse, será realizado intensificação diária de aberturas de protocolos entre as equipes, para que em tempo hábil reduzindo morbimortalidade desses pacientes.

## 2.4 PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE PNEUMONIA COMUNITÁRIA- PEDIATRIA

2.4.2 **Objetivo:** Mensurar o número de pacientes com pneumonia que evoluíram a óbito.

2.4.1.2 **Equação para cálculo:** Percentual de pacientes com Pneumonia que Evoluíram a óbito (mortalidade relacionada a pneumonia).

**Resultado:0**



### 2.4.1.3.4 ANÁLISES CRÍTICA:

No mês de Julho aconteceram 141 óbitos na unidade, na qual não houveram óbito relacionado a pneumonia pediátrica.

## NÚMERO DE PACIENTES CONFIRMADOS COM DENGUE

2.4.3 **OBJETIVOS:** Mensurar o número de pacientes confirmados com dengue

2.5.1.2 **EQUAÇÃO PARA CALCULO:** Número de pacientes confirmados com Dengue



### 2.5.1.2.3 RESULTADOS:01

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR														
FOR.040.CQ.DATA ELABORAÇÃO: 13/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19														
Nome do Indicador										Data da Análise:			Período/Ano analisado:	
Número de pacientes confirmados com Dengue										04/08/2021			jul/21	
Objetivo de medição: Mensurar o quantitativo de pacientes com	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	media anual
	Resultado 2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultado 2021	0	0	0	0	1	2	1							
Processo: Epidemiologia	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Total de pacientes confirmados com dengue														
Valor médio do ano anterior:														
Responsável pela análise: Alana Oliveira														
Observações:														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														

### 2.5.4.1.2.3.4 ANÁLISES CRÍTICA

No mês de julho não foi notificado um (1) caso decorrente a dengue

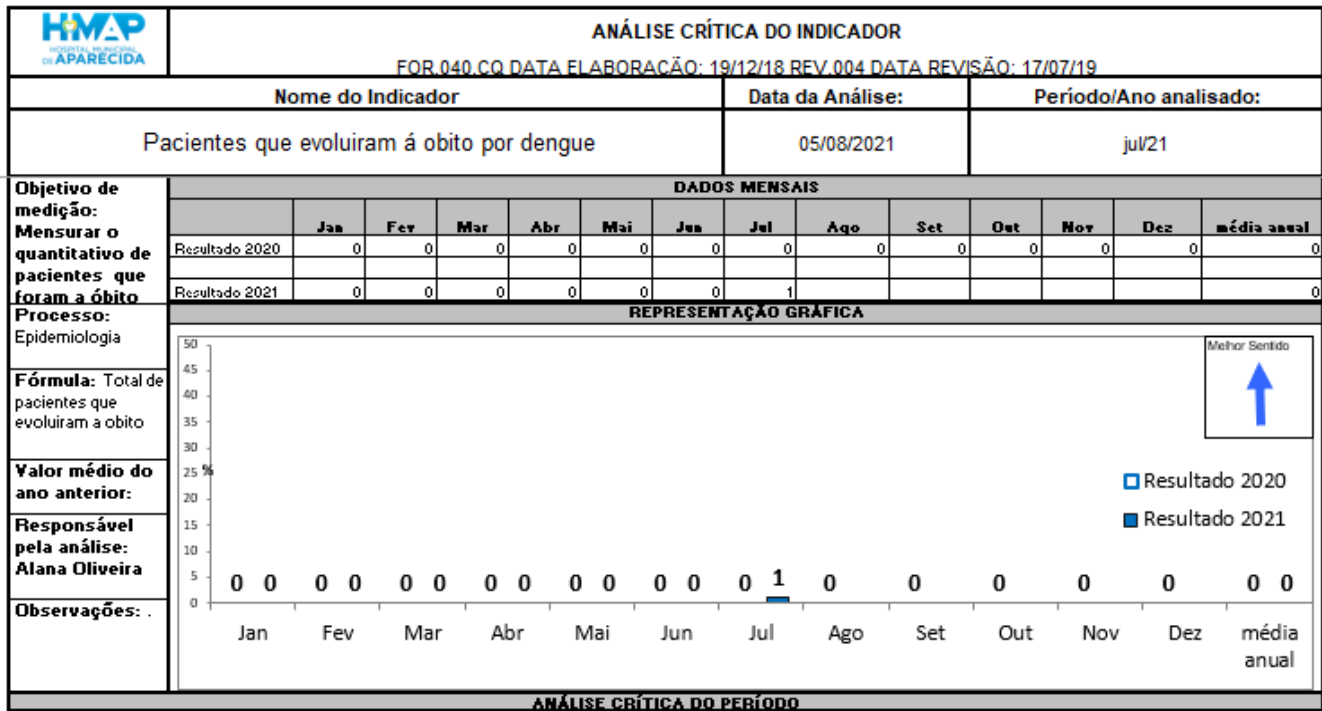
## 2.5.2 PERCENTUAL DE PACIENTES COM DENGUE QUE EVOLUÍRAM Á ÓBITO (MORTALIDADE RELACIONADA A DENGUE)

**2.5.2.1 OBJETIVO:** Mensurar o quantitativo de pacientes que evoluíram á óbito por dengue.

**2.5.2.2 EQUAÇÃO PARA CALCULO:** número de pacientes com dengue que evoluíram á óbito

**2.5.2.3 RESULTADO:0**





#### 2.5.2.4 ANÁLISE CRÍTICA:

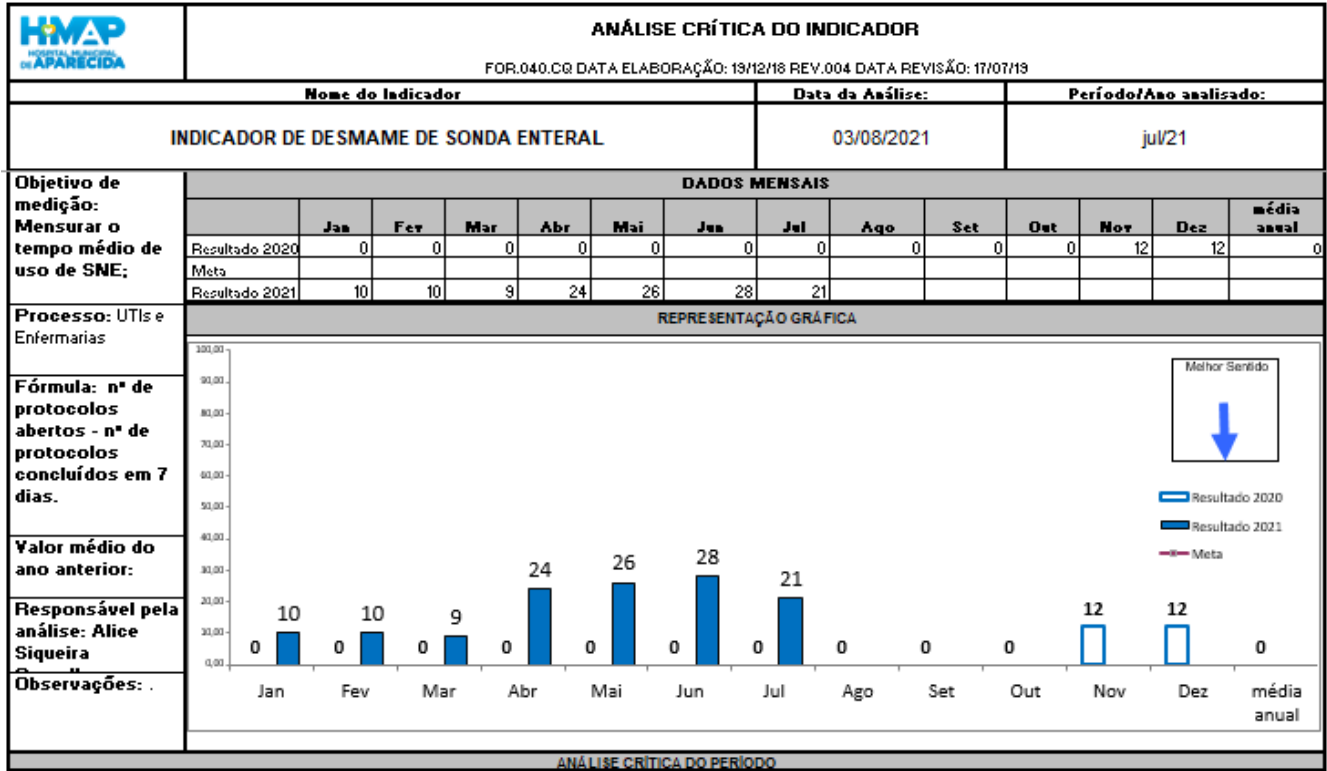
No mês de julho ocorreram 141 óbitos na unidade, mas nenhum decorrente a dengue

### 2.5 PROTOCOLO DE DESMAME DE SONDA ENTERAL

**2.6.1 OBJETIVOS:** Mensurar o quantitativo de pacientes que evoluíram com desmame de Sonda Enteral em tempo médio.

**2.6.1.2. EQUAÇÃO PARA CALULO:** Quantitativo de protocolos abertos no tempo médio (7 dias).

**2.6.1.2.3: Resultado: 21**



### 2.6.2.4 ANÁLISE CRÍTICA:

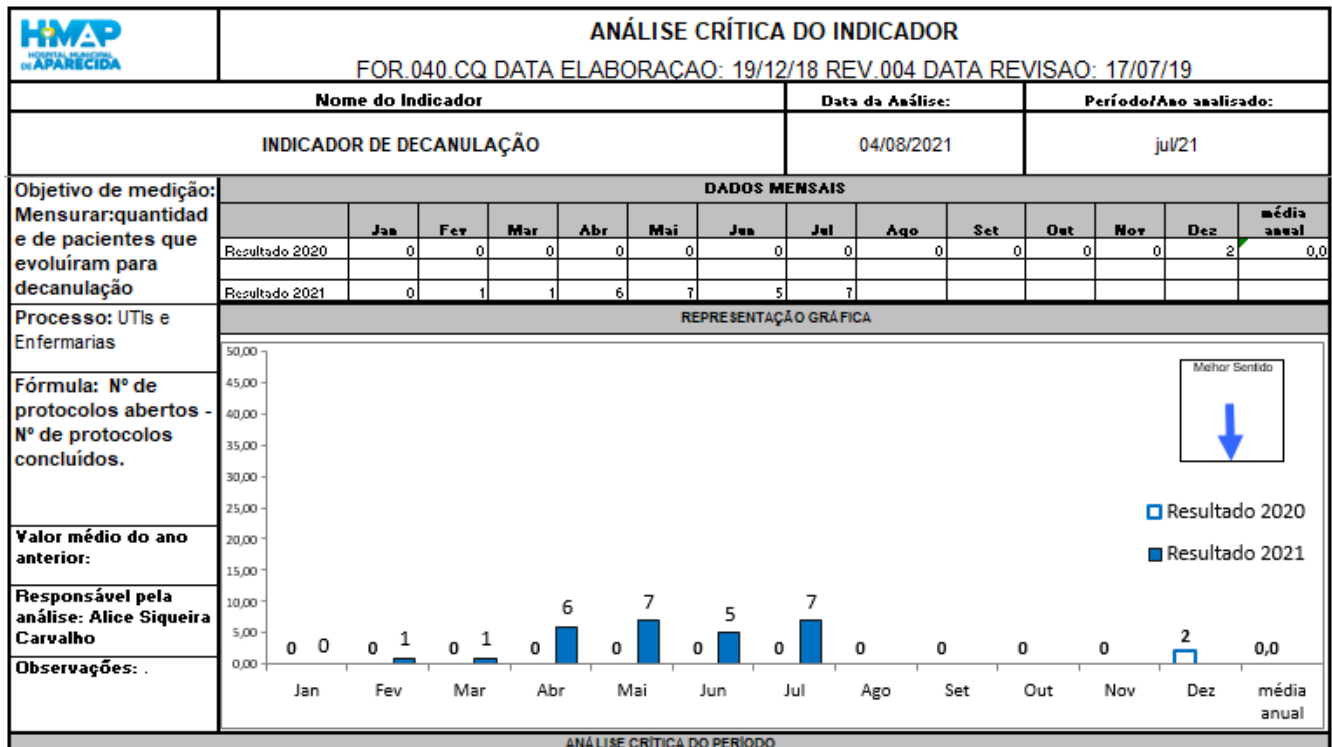
No mês de julho foram abertos 59 protocolos de desmame de Sonda Enteral, sendo 25 concluídos, porém 21 em tempo médio e 4 em tempo maior que a média (7 dias). Destes, 3 por disfagia de moderada a grave e 1 por critério nutricional. Dos protocolos que não foram concluídos 3 por indicação do setor de nutrição, 8 por disfagia grave, 4 por indicação de GTT, 9 foram à óbito, 7 por piora do quadro clínico e evoluindo à IOT, 1 transferência externa e 2 ainda permanecem em protocolo..

## 2.6 PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO

**2.6.1 OBJETIVO:** Mensurar o quantitativo de pacientes que evoluíram com desmame de Traqueostomia

## 2.6.1.2. EQUAÇÃO PARA CALULO: Quantitativo de protocolos concluídos

### 2.6.1.2.3: Resultado:07



### 2.6.2.4 ANÁLISE CRÍTICA:

Quanto ao protocolo de decanulação, No mês de julho 19 pacientes fizeram uso de traqueostomia. Destes, 8 pacientes foram elegíveis para o protocolo, sendo 7 decanulados e 1 retornou para a VM. Dos pacientes que não apresentaram critério para iniciar protocolo de decanulação, todos por ainda estarem em VM, e destes 7 foram a óbito dentro do mesmo mês.

### 3. AÇÕES ESTRATEGICAS

O que?	Por quê?	Como?	Responsável	Quanto/ Quantidade	Data Início	Data Fim	Local	Status	Como mensura efetividade?
Intensificar avisos de abertura de protocolos	Melhorar a adesão do protocolo	Através dos grupos, e-mail	Analu	Hora-Homem	10/01/2021	31/08/2021	UTI	Em andamento	Indicadores-
Incentivar a leitura do protocolo de SEPSE	Melhorar a adesão do protocolo	Comunicando a equipe diariamente	Analu e enfermeiros diaristas	Hora-Homem	10/01/2021	10/04/2021	UTI	Em andamento	Indicadores
Incentivar aplicação do protocolo	Melhorar a adesão do protocolo	Acompanhando diariamente os casos	Alice e equipe de fonoaudiologia	Hora-Homem	15/02/2021	30/03/2021	UTI / ENF	Em andamento	Indicadores
Monitorar indicador de Tromboembolismo	Assegurar o monitoramento dos pacientes com TEV	Através do formulário de avaliação de tromboembolismo	Erika	Hora-Homem	15/02/2021	...	UTI	Em andamento	Indicadores
Monitorar indicadores do protocolo de jejum	Melhorar adesão do protocolo	Acompanhamento diario	Amanda/Nutricionista	Hora-Homem	28/02/2021	29/012/2021	UTI	Em andamento	Indicadores

*Alana Oliveira da Silva*  
 Coordenadora da Qualidade - COREN-GO 481209  
 Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

**Alana Oliveira da Silva**  
**Coordenadora Qualidade**

### 4. ANEXOS

**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO  
DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO  
PRONTO-ATENDIMENTO****Código: PRO.HMAP.035****Revisão: 00****SETOR: CEPA****Data de elaboração:  
26/07/2021****Data de revisão:  
26/07/2021****Página: 1 de 11**

## 1. INTRODUÇÃO

Dor lombar aguda é queixa comum de procura de serviços de emergência, sendo que de todos 90% dos diagnósticos registrados nos atendimentos da equipe de ortopedia no Pronto Atendimento do Hospital Municipal de Aparecida de Goiania-HMAP.

Radiografias e exames laboratoriais são geralmente desnecessários exceto em alguns casos em que causas específicas podem ser suspeitadas baseadas em história e exame físico bem feitos. Estas causas incluem: infecção, malignidade, doenças reumatológicas e neurológicas. Pacientes com suspeita de lesões de cauda eqüina devem ter avaliação cirúrgica imediata. Abordagem cirúrgica é também indicada para déficits neurológicos progressivos e dor refratária ao tratamento conservador.

## 2. OBJETIVO

- Estabelecer um protocolo de conduta para o tratamento de emergência, indicação de exames complementares de imagem e ou laboratoriais, internação hospitalar e orientações para a alta de pacientes, com idade superior a 17 anos, com dor lombar aguda ou ciática atendidos no Pronto- Atendimento do Hospital Municipal de Aparecida de Goiania-HMAP .
- Procurar organizar de forma lógica e rápida a avaliação do paciente, instituindo prontamente as ações necessárias para o controle da dor lombar aguda.
- Estabelecer uma orientação de alta que minimize o retorno do paciente ao pronto-atendimento e sua internação.

## 3. FLUXOS DE ATENDIMENTO

Não Se Aplica.

## 4. CUIDADOS

4.1.1 A avaliação clínica tem como principal objetivo o diagnóstico de doenças graves que

**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO  
DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO  
PRONTO-ATENDIMENTO****Código: PRO.HMAP.035****Revisão: 00****SETOR: CEPA****Data de elaboração:  
26/07/2021****Data de revisão:  
26/07/2021****Página: 2 de 11**

apresentam a dor lombar como sintoma. Na ausência de sinais de doença grave (Tabela 1) o paciente não necessita de encaminhamento para exame com especialista, e cerca de 90% apresentam recuperação dentro de 4 semanas.

4.1.2 A abordagem clínica deve ser a mesma para os pacientes que apresentam os sintomas agudos e pacientes que apresentam recidiva dos sintomas.

4.1.3 As principais doenças graves que causam dor lombar são: fraturas, tumores, infecções, síndrome da cauda eqüina e doenças localizadas fora da coluna vertebral (abdômen, tórax, pelve).

4.1.4 Por meio da história e exame físico é possível a determinação de três categorias de doença:

4.1.5 Doença potencialmente grave da coluna vertebral: tumor, infecção, fratura, síndrome da cauda equina ou grave comprometimento neurológico (sinais de alerta);

- Ciática: dor lombar associada com acometimento das raízes nervosas (sintomas motores ou sensitivos);
- Dor lombar não específica: dor localizada na região lombar e não associada à compressão das raízes nervosas ou doença grave da coluna vertebral.

4.1.6 Esse processo de diferenciação permitirá ao médico responsável pelo atendimento na atenção básica iniciar o tratamento nos casos de dor lombar não específica, ou na eventual presença de sinais de alerta, realizar o encaminhamento do paciente para um especialista, permitindo a finalização do diagnóstico etiológico e do tratamento. O paciente que procura os serviços de saúde deverá ser atendido, respeitando sempre a individualidade de cada caso.

Desta forma, o tratamento da lombalgia passará a ser efetuado com mais precisão e racionalidade.

**Sinais de alerta:**

- História de trauma;
- Idade acima de 50 anos e abaixo de 20 anos;
- História de câncer;



**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO**

Código: PRO.HMAP.035

Revisão: 00

SETOR: CEPA

Data de elaboração:  
26/07/2021

Data de revisão:  
26/07/2021

Página: 3 de 11

- Perda de peso não explicado;
- História de febre;
- Infecção bacteriana recente;
- Uso de drogas injetáveis;
- Pacientes imunossuprimidos;
- Dor que não melhora com analgesia ou repouso.
- Alterações neurológicas;
  - Déficit grave ou progressivo nos membros inferiores;
  - Anestesia em sela (região perineal);
  - Disfunção de bexiga (retenção, incontinência);
  - Alterações no esfíncter anal.

Suspeita de fratura	Suspeita de tumor ou infecção	Suspeita de Síndrome da cauda equina
<p><b>História clínica</b></p> <p>Trauma grave: acidente automobilístico ou queda de altura</p>	<p>Idade acima de 50 anos ou inferior a 20 anos</p>	<p>Anestesia em sela</p>
<p>Trauma leve: (idosos e osteoporóticos)</p>	<p>História de câncer</p>	<p>Início recente de disfunção na bexiga, tal como retenção urinária, aumento da frequência ou incontinência</p>
	<p>Sintomas constitucionais, como febre ou calafrios recentes, perda de peso não explicada</p>	<p>Déficit neurológico grave ou progressivo nos membros inferiores</p>

**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO  
DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO  
PRONTO-ATENDIMENTO**

Código: PRO.HMAP.035

Revisão: 00

SETOR: CEPA

Data de elaboração:  
26/07/2021Data de revisão:  
26/07/2021

Página: 4 de 11

	Dor que piora com a posição supina e grave durante a noite	Frouxidão inesperada do esfíncter anal
		Perda da sensibilidade perianal/perineal
		Fraqueza motora importante: quadríceps (fraqueza para extensão do joelho); flexor plantar, eversores e dorsiflexores do tornozelo (pé caído)

Tabela 1: Sinais de alerta na avaliação de pacientes com lombalgia aguda (&lt; 3 meses)

## 4.2 EXAMES COMPLEMENTARES

4.2.1 Nos casos de dor lombar aguda (< 3 meses), os exames laboratoriais, radiografias simples da coluna vertebral e outros exames de imagem não são recomendados durante o primeiro mês de limitação das atividades, exceto nas situações em que existe sinal de alerta ou suspeita de doença grave localizada na coluna vertebral ou outro local (Tabela 1).

4.2.2 Na ausência dos sinais de alerta ou incapacidade persistente devido a alterações neurológicas dos membros inferiores, raramente os estudos de imagem fornecem informações que auxiliam no tratamento da fase aguda nos pacientes com idade superior a 30 anos

4.2.3 Acima dos 30 anos de idade, as imagens falso-negativas devido às alterações degenerativas assintomáticas da coluna vertebral são muito frequentes. Nas situações em que os sintomas não melhoram após 4 semanas de tratamento, o paciente deve ser reavaliado e os exames complementares solicitados.

## 4.3 TRATAMENTO INICIAL

4.3.1 A detecção de doença grave na avaliação inicial indica a necessidade do encaminhamento do paciente para tratamento especializado. Caso não tenha sido detectada

**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO  
DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO  
PRONTO-ATENDIMENTO**

Código: PRO.HMAP.035

Revisão: 00

SETOR: CEPA

Data de elaboração:  
26/07/2021Data de revisão:  
26/07/2021

Página: 5 de 11

doença grave na avaliação inicial o paciente deve ser tranqüilizado com relação à história natural favorável da dor lombar e deverá receber orientação a respeito das modalidades de tratamento.

**QUADRO 1**

<i>Droga</i>	<i>Via</i>	<i>Tempo</i>
<b>1</b> Cetroprofeno (Profenid) – 100 mg SF – 0,9% - 100 ml	Endovenosa	20 minutos
<b>ESQUEMA DE ANALGESIA</b>		
<b>2</b> Tenoxicam (Tilatil) – 40 mg	Endovenosa	Lento
<b>3</b> Tramadol (Tramal) – 100 mg SF – 0,9% - 100 ml	Endovenosa	10 minutos
<b>4</b> Dipirona – (20 – 30 mg /kg) – 4 ml AD – 20 ml	Endovenosa	Lento
<b>5</b> Morfina – 10 mg diluído em 10 ml Aplicar 1 a 2 ml – máximo de 10 mg	Endovenosa	Lento a cada 5 minutos s/n (observar sonolência / sedação)
<b>6</b> Piroxicam (Feldene – SL – 20 mg)	Sublingual	

**DOR INTENSA**

- Iniciar com: **1** ou **2** associado a **3** e **4** (aplicar ao mesmo tempo)
- Passados 20 minutos após o final da infusão do item **3**, caso persista com dor intensa, e na ausência de efeito adverso (náusea ou vômito), repetir esta medicação. Se o paciente ainda estiver com dor intensa após 20 minutos do término da segunda aplicação medicação poderá ser aplicada novamente, pela última vez.
- Não ocorrendo melhora do quadro doloroso após duas aplicações do item **3**, passar para o de número **5**, devendo-se observar o aparecimento de sonolência ou sedação.
- Não havendo melhora, internar o paciente, entrando em contato com o Grupo de Dor do HMAP.

**DOR MODERADA**

- Oferecer ao paciente a possibilidade da administração de AINH (1 ou 2) + Dipirona *via* endovenosa, ou Piroxicam sublingual + Dipirona *via* oral (40 gotas), ou 01 comprimido.

**OPÇÕES PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR**

**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO**

**Código: PRO.HMAP.035**

**Revisão: 00**

**SETOR: CEPA**

**Data de elaboração:**  
26/07/2021

**Data de revisão:**  
26/07/2021

**Página: 6 de 11**

### DOR INTENSA



- AINH  
Inibidor da Cox-2 VO- (Celecoxib 200 mg 12/12h)
- OPIÓIDES  
Tramadol – VO – dose máxima – 400 mg /dia ou  
Paracetamol + Codeína (30mg) – VO – cada 4 ou 6 horas
- MIO-RELAXANTE  
Baclofeno 5 – 10 mg VO 12/12 h ou Ciclobenzaprina 10 mg VO 12/12h
- PROTEÇÃO GÁSTRICA S/N

### DOR MODERADA

- AINH  
Inibidor da Cox-2 - (Rofecoxib ou Celecoxib)
- MIO-RELAXANTE  
Lioresal ou  
Ciclobenzaprina
- PROTEÇÃO GÁSTRICA S/N  
Omeprazol

### DOR LEVE

- AINH  
Inibidor da Cox-2 - (Celecoxib)
- ANALGÉSICO  
Dipirona 40 gotas cada 6 horas ,ou Comprimido 500mg  
Paracetamol – dose máxima diária – 2,0g

	<b>GESTÃO DA QUALIDADE PROTOCOLO</b>	
<b>TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO</b>		<b>Código: PRO.HMAP.035</b>
<b>SETOR: CEPA</b>		<b>Revisão: 00</b>
<b>Data de elaboração:</b> 26/07/2021	<b>Data de revisão:</b> 26/07/2021	<b>Página: 7 de 11</b>

## OBSERVAÇÕES

1. Pacientes com dor intensa, com antecedentes de efeito adverso (náuseas ou vômitos)
2. com o uso de TRAMADOL, utilizar como primeira opção o Morfina.
3. A aplicação do Morfina -EV- (solução de 10mg diluída em AD para 10ml) deve ser realizada a cada 5 minutos (1 a 2 ml) se houver necessidade, observando o aparecimento de sonolência ou sedação, até a dose máxima de 10 mg.
4. Não administrar AINH em pacientes com história de sangramento gastro-intestinal ou portadores de úlcera gastroduodenal ativa. Utilizar somente DIPIRONA E TRAMADOL. Evitar, também, seu uso em pacientes > 70 anos.
5. Pode ser utilizada a Betametasona IM (Diprosan) em pacientes com ciática intensa

### **Radiografia simples da coluna lombar (AP + Perfil)**

- Geralmente RX AP e perfil da coluna lombar não são úteis na fase aguda, mas podem ser justificadas quando:
  1. Idade > 50 anos (maior risco de câncer, fraturas por compressão).
  2. Dor em repouso (incidência aumentada de patologia clínica significativa).
  3. História de câncer (descartar doença metastática);
  4. Febre acima de 38° C por mais de 48 horas;
  5. Déficit neurológico;
  6. Acidente grave ou trauma maior (queda de altura, traumatismo fechado, acidente com veículos motorizados - não se incluem lesões por torção ou esforço, a menos que existam outros fatores de risco, como história de osteoporose). Incluir a transição dorso-lombar.
  7. Paciente em tratamento conservador sem melhora (> 4 a 6 semanas).
  8. Uso de drogas ou álcool (maior incidência de osteomielite; trauma; fratura).
  9. Suspeita clínica de espondilite anquilosante.

**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO**

**Código: PRO.HMAP.035**

**Revisão: 00**

**SETOR: CEPA**

**Data de elaboração:**  
26/07/2021

**Data de revisão:**  
q26/07/2021

**Página:**

### QUADRO 3

#### Ressonância Magnética / Tomografia computadorizada da coluna lombar

Ressonância Magnética e Tomografia computadorizada, na fase aguda, podem ser consideradas na avaliação do trauma lombar maior, na suspeita de câncer ou infecção, na possibilidade de indicação de cirurgia na coluna (Síndrome da cauda eqüina, hérnia discal)

Ressonância Magnética	Tomografia computadorizada
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suspeita de metástase;</li> <li>2. Tumor;</li> <li>3. Osteomielite / Discite;</li> <li>4. Abscesso paravertebral;</li> <li>5. Síndrome da cauda eqüina;</li> <li>6. Hérnia discal;</li> <li>7. Diagnóstico diferencial entre fratura recente ou antiga.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Maior indicação no trauma agudo (permite avaliação rápida):               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para caracterizar a extensão da fratura, localização dos fragmentos ósseos, avaliação do comprometimento do canal vertebral;</li> <li>2. Excluir a suspeita clínica de fratura não visualizada nas radiografias convencionais;</li> <li>3. Avaliação da localização de corpo estranho (fragmentos de projétil de arma de fogo);</li> </ol> </li> <li>● Impossibilidade de realizar Ressonância Magnética (implantes metálicos, marcapasso, claustrofobia.)</li> </ul>

#### Cintilografia óssea

- Raramente tem indicação na fase aguda.
- Considerar na investigação diagnóstica do paciente com suspeita de câncer, doença metastática ou infecção

### QUADRO 4



**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO**

**Código: PRO.HMAP.035**

**Revisão: 00**

**SETOR: CEPA**

**Data de elaboração:**  
26/07/2021

**Data de revisão:**  
q26/07/2021

**Página:**

## QUADRO 5

Exames laboratoriais	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Raramente tem indicação na fase aguda. Considerar na investigação diagnóstica do paciente com suspeita de câncer, doença metastática ou infecção</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tumor / Câncer               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hemograma</li> <li>➤ VHS</li> <li>➤ Eletroforese de proteínas</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecção               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hemograma</li> <li>➤ VHS</li> <li>➤ PCR</li> <li>➤ α 1- glicoproteína ácida</li> </ul> </li> </ul>

Sinal de Alerta	Condição Clínica	Ação
História de câncer Perda de peso sem causa Idade > 50 a Dor > 4 a 6 sem. Dor noturna / repouso	<b>Câncer</b>	Exame de Imagem (Rx / R.M. / T.C.) Hemograma / VHS Eletroforese de proteínas Contatar retaguarda apropriada
Febre Usuário de drogas injetáveis Infecção bacteriana recente (Trato urinário / pele / pulmonar) Imunodeprimidos Dor em repouso	<b>Infecção (Espondilodiscite)</b>	Exame de Imagem (R.M.) Hemograma / VHS / PCR / α 1 glicoproteína ácida Contatar retaguarda Infectologia + Ortopedia
Incontinência ou retenção urinária Anestesia em sela Incontinência fecal / tônus esfíncter anal Déficit neurológico progressivo Fraqueza bilateral mmii	<b>Síndrome da Cauda Equina</b>	Exame de Imagem (R.M.) Avaliação cirúrgica imediata Contatar retaguarda da Neurocirurgia ou Ortopedia
Trauma recente importante Uso de córtico-esteróides Idade > 70 a ou história de osteoporose	<b>Fratura</b>	Exame de Imagem (Rx / R.M. / T.C.) Contatar retaguarda da Ortopedia ou Neurocirurgia
Grande fraqueza muscular	<b>Hérnia discal maciça</b>	Exame de Imagem (R.M.) Avaliação cirúrgica Contatar retaguarda da

**TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO**

**Código: PRO.HMAP.035**

**Revisão: 00**

**SETOR: CEPA**

**Data de elaboração:**  
26/07/2021

**Data de revisão:**  
q26/07/2021

**Página:**

Neurocirurgia ou Ortopedia

## 5. INDICADORES

Não se aplica



## 6. GLOSSÁRIO

- RX – Radiografia
- R.M. – Ressonância Magnética
- T.C. – Tomografia computadorizada
- VHS – Velocidade de Hemossedimentação
- PCR- Proteína C reativa

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ARTIGOS DE REVISÃO:

1. ATLAS, S.J.; DEYO, R.A. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. **J Gen Intern Med.**, v. 16, p. 120-31, 2001.
2. BIELANSI, T.E.; NASHELSKY, J. What is the prognosis for acute low back pain? **J Fam Pract.**, v. 51, p. 417-8, 2002.
3. BRATTON, R.L. Assessment and management of acute low back pain. **American Family Physician.**, v. 60, p. 2299-308, 1999.
4. DEEN Jr., H.G. Diagnosis and management of lumbar disk disease. **Mayo Clin Proc.**, v. 71, p. 283-7, 1996.
5. DELLA-GIUSTINA, D.; KILCLINE, B.A. Acute low back pain: A comprehensive review. **Comp Ther.** v. 26, p. 153-9, 2000.
6. DEYO, R.A.; WEINSTEIN, J.N. Primary care: Low back pain. **N Engl J Med.**, v. 344, p. 363-70, 2001
7. MALANGA, G.A.; NADLER, S.F. Non operative treatment of low back pain. **Mayo Clin Proc.**, v. 74, p. 1135-48, 1999.
8. PATTEL, A.T.; OGLE, A.A. Diagnosis and management of acute low back pain. **American Family Physician.**, v. 61, p. 1779-90, 2000
9. ROSE-INNES, A.P.; ENGSTROM, J.W. Low back pain: an algorithmic approach to

	<b>GESTÃO DA QUALIDADE PROTOCOLO</b>	
<b>TÍTULO: PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO</b>		<b>Código: PRO.HMAP.035</b>
		<b>Revisão/: 00</b>
<b>SETOR: CEPA</b>	<b>Data de elaboração:</b> 26/07/2021	<b>Data de revisão:</b> q26/07/2021
<b>Página:</b>		

diagnosis and management. **Geriatrics**, v. 53, p. 26-45, 1998.

10. ROSOMOFF, H.L.; ROSOMOFF, R.S. Low back pain. Evaluation and management in the primary care setting. **Med Clin North Am.**, v. 83, p. 643-62, 1999.

## 8. ANEXOS

Não se Aplica

## 9. APROVAÇÃO

Fluxo	Responsável	Assinatura
<b>Elaborador</b>	Diretor: Roger Moreira	
<b>Revisor</b>	Coordenador Qualidade: Alana Oliveira	
<b>Aprovador</b>	Diretor Técnico: Mayler Olombrada	

## RELATÓRIO MONITORAMENTO DOS TEMPOS DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**JULHO/2021**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. INDICADOR.....	3
2.1 MONITORAMENTO DO TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	3
2.1.1 OBJETIVO .....	3
2.1.2 FÓRMULA.....	3
2.1.3 DEFINIÇÃO .....	3
2.1.4 RESULTADO.....	4
2.1.5 ANÁLISE CRÍTICA.....	4
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	4

## 1. INTRODUÇÃO

Avaliar o tempo que o paciente aguardou o atendimento médico após classificação na urgência e emergência, com foco no cumprimento do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. O intuito é garantir o monitoramento diário desta ação para garantir uma assistência segura ao paciente.

## 2. INDICADORES

### 2.1 MONITORAMENTO DO TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**2.1.1 Objetivo:** Mensurar o tempo de atendimento médico após a classificação de risco levando em consideração o que determina o Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco.

O monitoramento do tempo de espera na urgência e emergência para pacientes classificados nas duas categorias de maior gravidade, vermelho (emergência) e laranja (muito urgente).

**2.1.2 Fórmula:** Número de Pacientes classificados na categoria e atendidos no tempo de espera emergente - muito urgente/ número de pacientes classificados em urgente – urgente.

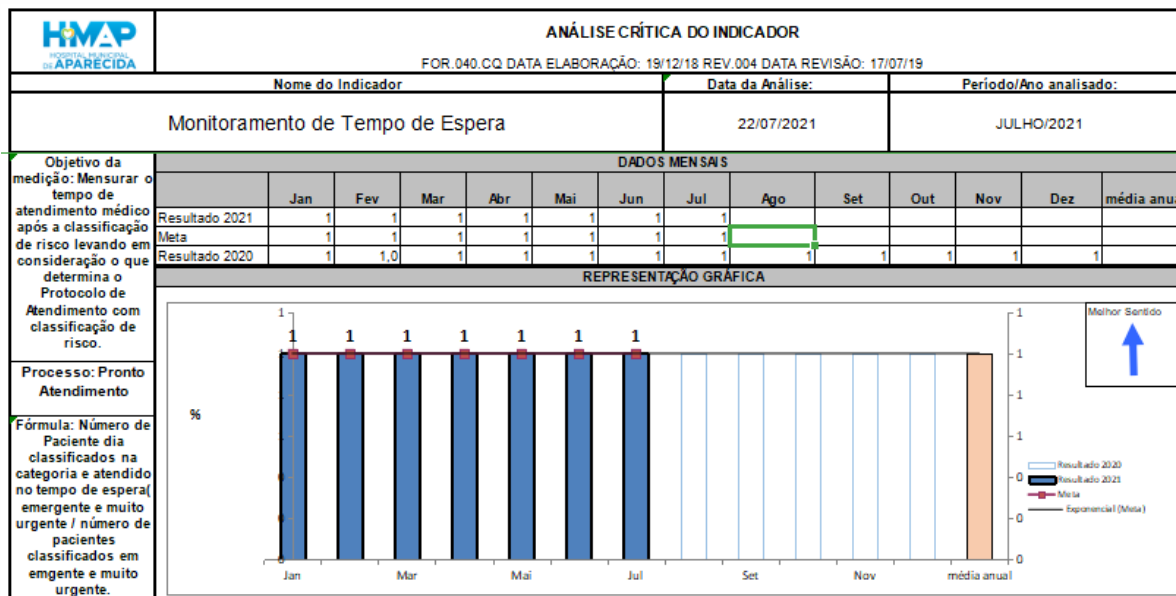
Resultado de Julho:  $313/313=1,0$

**2.1.3 Definição:** Numerador: Número de pacientes classificados na categoria emergente e muito urgentes e atendidos dentro do tempo preconizado para essas categorias.

Denominador: Número de pacientes classificados em emergentes - muito urgentes.



## 2.1.4 Resultado



Fonte: Censo HMAP Julho/2021

## 2.1.5 Análise Crítica:

No mês de Julho, **313** pacientes foram classificados como vermelho ou laranja. Todos os pacientes foram atendidos dentro do tempo preconizado no protocolo de classificação de risco.

## 3. Considerações Finais

No mês de Julho foram atendidos **510** pacientes, destes **313** pacientes foram classificados com vermelho ou laranja. Quanto a classificação por cor foram: **311** vermelhos, **2** laranja, **67** amarelos, **105** verdes e **25** azul. Dos **510** pacientes, **106** pacientes vieram até a unidade por demanda espontânea.

O atendimento do paciente dentro do tempo é de fundamental importância para um desfecho clínico satisfatório. Constantemente estamos realizando treinamentos e orientações aos colaboradores, reforçando a importância do cumprimento do Protocolo.

*Guilherme Rodrigues dos Santos*  
Coord. Enf. Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica  
COREN-GO 255626  
Hospital Mun. de Ap. de Goiânia - HMAP

**Guilherme Rodrigues dos Santos**  
**Coren 255626**  
**Coordenador Pronto Atendimento**

# PROPORÇÃO DE READMISSÃO EM ATÉ 30 DIAS DA ÚLTIMA ALTA HOSPITALAR

JULHO DE 2021

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. METODOLOGIA.....	3
3. INDICADORES.....	3
3.1. Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.....	3
3.1.1. Objetivo.....	3
3.1.2. Fórmula.....	4
3.1.3. Resultado.....	4
3.1.4. Análise crítica.....	5

## 1. INTRODUÇÃO

A readmissão é considerada quando um paciente retorna ao mesmo hospital depois de ter tido alta. Quando há muitos casos é preciso ter atenção, pois a alta pode ter sido dada de maneira equivocada ou o serviço prestado pode estar insatisfatório.

## 2. METODOLOGIA

Para realizar a relação analítica do mês de julho de 2021 do Hospital HMAP foram analisadas todas as AIH encaminhadas para o NIR no corrente mês. O método para essa coleta de informações se deu por meio da contabilidade dos pacientes internados que retornaram para a unidade após a primeira internação.

## 3. INDICADORES

O Hospital Municipal de Aparecida – HMAP analisou os seguintes indicadores.

### 3.1. Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar

#### 3.1.1. Objetivo

Proporção das readmissões ocorridas em até 30 dias após a última alta hospitalar.

**Importância:** As readmissões hospitalares quando não planejadas podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes à determinada doença.

As readmissões hospitalares podem ser classificadas e planejadas eventuais, as planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnósticas ou terapêuticas.

As eventuais podem ser agrupadas em potencial evitáveis e não-evitáveis.

Fonte: Contrato de gestão, Anexo 6.

### 3.1.2. Fórmula:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{totalreadmissõesemqualquerhospitalematé30diasdaúltimaaltahospitalar}}{\text{Número total de internações}}$$

### 3.1.3. Resultado:

$$09/600 \times 100 = 1,50$$

### 3.1.4. Análise crítica

No mês de julho foram evidenciadas 600 internações, das quais foram constatadas como readmissões, conforme tabela abaixo:

PACIENTE	DATA INTERNAÇÃO	CID DE INTERNAÇÃO	DATA ALTA	DATA DE 2ª INTERNAÇÃO	CID DA 2ª INTERNAÇÃO	DATA DE ALTA
A.S.S.N	09/06/2021	N189	18/06/2021	26/06/2021	I500	07/07/2021
A.A.D	08/07/2021	J180	13/07/2021	21/07/2021	J180	21/07/2021
A.I.A	11/07/2021	I64	14/07/2021	22/07/2021	J690	01/08/2021
D.M.J	06/06/2021	I509	22/06/2021	16/07/2021	I500	26/07/2021
H.B	17/06/2021	N390	05/07/2021	25/07/2021	B342	27/07/2021
N.M.S	04/06/2021	B342	16/06/2021	13/07/2021	B342	18/07/2021
S.A.R	07/06/2021	J159	25/06/2021	27/07/2021	J159	INTERNADO
E.S.O	15/07/2021	B342	17/07/2021	21/07/2021	B342	23/07/2021
J.F.S	06/07/2021	B342	10/07/2021	24/07/2021	B342	25/07/2021



ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																						
FOR.040.CQ DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19																																																																						
Nome do indicador	Data da Análise:											Período/Ano analisado:																																																										
<b>TAXA DE REINTERNAÇÃO</b>	10/8/2021											JULHO																																																										
Objetivo de medição: Mensurar o total de reinternação ocorrida em um determinado período, após alta com 30 dias		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média																																																								
	Resultado 2021	2,13	4,01	1,57	0,78	1,15	2,49	1,50						1,95																																																								
	Meta	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2																																																								
	Resultado 2020	4,48	1,90	0,00	0,77	2,07	2,27	2,63	3,63	2,70	3,42	4,27	5,24	2,78																																																								
Processo: NIR.	<b>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</b>																																																																					
Fórmula: número de reinternação/número total de pacientes mês*100	<table border="1"> <caption>Representação Gráfica - Taxa de Reinternação</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Resultado 2021</th> <th>Resultado 2020</th> <th>Meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>2,13</td><td>4,48</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Fev</td><td>4,01</td><td>1,90</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>1,57</td><td>0,00</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Abr</td><td>0,78</td><td>0,77</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>1,15</td><td>2,07</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>2,49</td><td>2,27</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>1,50</td><td>2,63</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Ago</td><td></td><td>3,63</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Set</td><td></td><td>2,70</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Out</td><td></td><td>3,42</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Nov</td><td></td><td>4,27</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Dez</td><td></td><td>5,24</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Média anual</td><td>1,95</td><td>2,78</td><td>2,00</td></tr> </tbody> </table>														Mês	Resultado 2021	Resultado 2020	Meta	Jan	2,13	4,48	2,00	Fev	4,01	1,90	2,00	Mar	1,57	0,00	2,00	Abr	0,78	0,77	2,00	Mai	1,15	2,07	2,00	Jun	2,49	2,27	2,00	Jul	1,50	2,63	2,00	Ago		3,63	2,00	Set		2,70	2,00	Out		3,42	2,00	Nov		4,27	2,00	Dez		5,24	2,00	Média anual	1,95	2,78	2,00
Mês	Resultado 2021	Resultado 2020	Meta																																																																			
Jan	2,13	4,48	2,00																																																																			
Fev	4,01	1,90	2,00																																																																			
Mar	1,57	0,00	2,00																																																																			
Abr	0,78	0,77	2,00																																																																			
Mai	1,15	2,07	2,00																																																																			
Jun	2,49	2,27	2,00																																																																			
Jul	1,50	2,63	2,00																																																																			
Ago		3,63	2,00																																																																			
Set		2,70	2,00																																																																			
Out		3,42	2,00																																																																			
Nov		4,27	2,00																																																																			
Dez		5,24	2,00																																																																			
Média anual	1,95	2,78	2,00																																																																			
Valor médio do ano anterior:																																																																						
Responsável pela análise: NIR																																																																						
Observações:																																																																						

*Maria das Graças Silva de Sousa*

Dr<sup>a</sup> Maria das Graças Silva de Sousa  
Gerente de Regulação Interna  
Código 538.580  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

**MARIA DAS GRAÇAS SILVA DE SOUSA**  
Gerente NIR - HMAP

# RELATÓRIO DO NÚCLEO SEGURANÇA DO PACIENTE

**JULHO DE 2021**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. INDICADOR RELACIONADA AS NOTIFICAÇÕES .....	4
3. INDICADORES DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE .....	5
4. INDICADORES DO PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	7
5. INDICADORES DO PROTOCOLO DE QUEDA.....	10
6. INDICADORES DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO .....	6
7. INDICADORES DO PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....	15
8. INDICADORES DO PROTOCOLO PARA A CIRURGIA SEGURA.....	17
9. AÇÕES ESTRATÉGICAS .....	21
10.ATA DE REUNIÃO .....	21

## 1. INTRODUÇÃO

O Núcleo de Segurança do Paciente foi instituído através da RDC nº 36/ 2013, em consolidação com a Portaria 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tem como objetivo fortalecer as práticas seguras nas Instituições de Saúde. Assim, também foi instituído os 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1.377/2013 e 2095/2013, são eles:

- ✓ Identificação do paciente;
- ✓ Comunicação efetiva;
- ✓ Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- ✓ Cirurgia Segura;
- ✓ Higiene das mãos;
- ✓ Prevenção de quedas dos pacientes;
- ✓ Redução de lesão por pressão.

O Plano de Segurança do Paciente e os protocolos básicos de Segurança do Paciente já foram publicados e é de acesso a todos os colaboradores.

O presente relatório tem o objetivo de demonstrar o monitoramento das notificações de incidente e dos protocolos relacionado à Segurança do Paciente no Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia – HMAP.


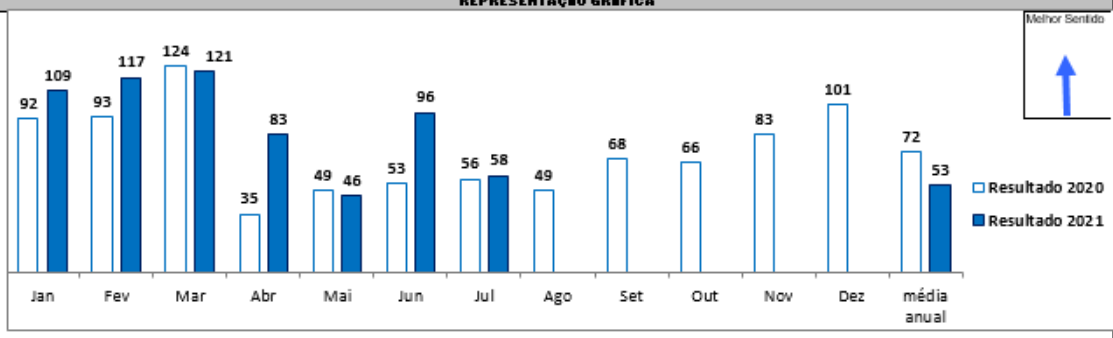
## 2. INDICADOR RELACIONADA AS NOTIFICAÇÕES

### 2.1. Total de notificações

2.1.1. **Objetivo:** Identificar o total de notificações.

2.1.2. **Fórmula:** Número total de notificações do mês Julho

2.1.3. **Resultado:** 58 Notificações

		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
		FOR.040.CQ DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19													
Nome do Indicador		Data da Análise:					Período/Ano analisado:								
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES		04/08/2021					jul/21								
Objetivo de medição: Verificar a quantidade de notificações	DADOS MENSAIS														
		Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	
	Resultado 2020	92	93	124	35	49	53	56	49	68	66	83	101	72	
Resultado 2021	109	117	121	83	46	96	58							53	
Processo: Segurança do Paciente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA														
Fórmula: Total de notificações mês															
Valor médio do ano anterior:															
Responsável pela análise: Alana Oliveira															
Observações:															
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO															

### 2.1.4. Análise crítica:

No mês de julho foram recebidas 65 notificações no núcleo de segurança do paciente, 7 estavam sem os dados básicos e foi desconsiderada totalizando 58 notificações.

Todos os incidentes foram categorizados e classificados para verificar quais ações precisam ser tomadas.

Conforme categorização das notificações:

- Assistência à Saúde: 19
- Comportamento: 13
- Assistência Radiologia: 2
- Cadeia Medicamentosa: 7
- Comunicação: 2
- Lavanderia: 4
- Dispositivos: 3
- Recursos Humanos: 3

- Queda: 1
- Produtos /Dispositivos: 3
- Provedor Externo: 1

Sobre a tolerância, 39 foram considerados toleráveis, 6 foram consideradas intoleráveis e 13 necessitaram de plano de ação relacionados a assistência da saúde e comportamento.

Durante o mês de julho houve dois eventos com dano, um com incidente moderado e outro com dano leve. Analisado e avaliado pelo núcleo de segurança do paciente, sendo periodicamente atualizado a notificação, no sistema Notivisa com os seguintes números: 2021.08.503186. 2021.08.503191.

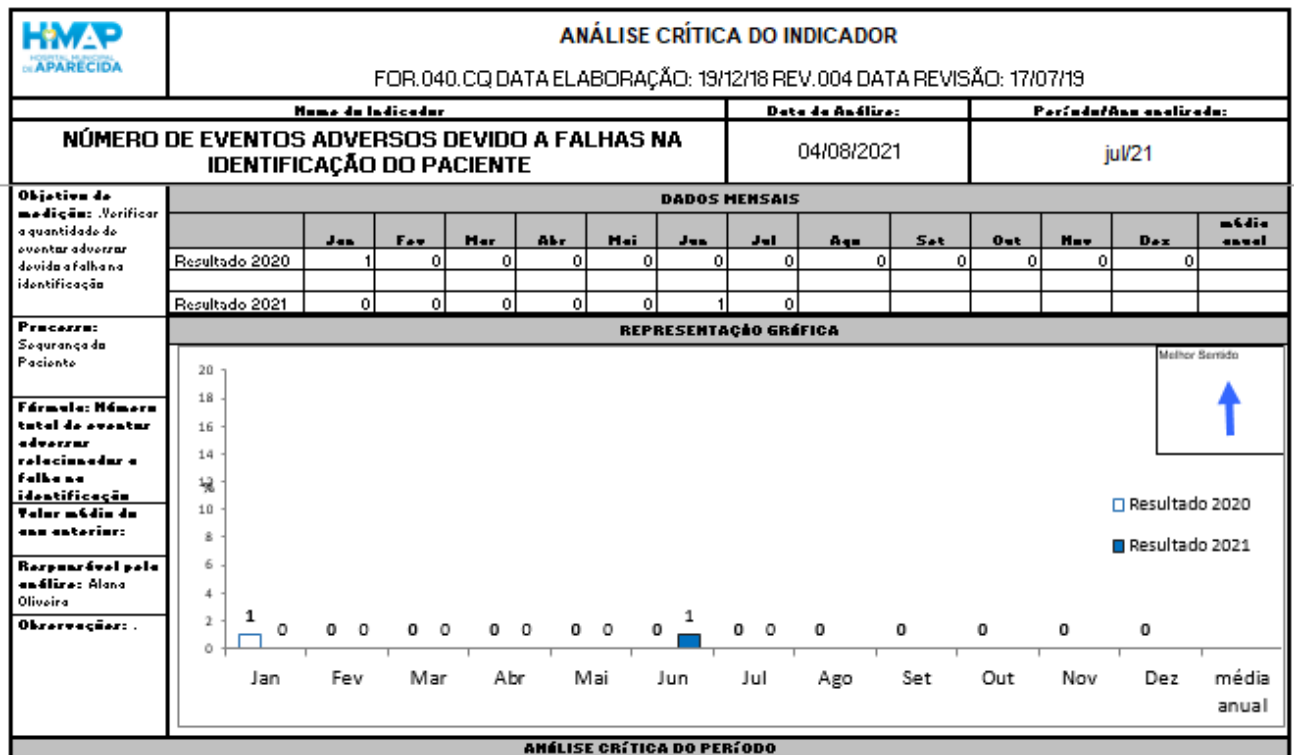
### 3. INDICADORES DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

#### 3.1 Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente

**3.1.1 Objetivo:** Identificar o total de eventos adversos relacionados a fragilidade de identificação do paciente.

**3.1.2 Fórmula:** Número total de eventos adversos relacionados a falha na identificação

**3.1.3 Resultado:** 0





### 3.1.4 Análise crítica:

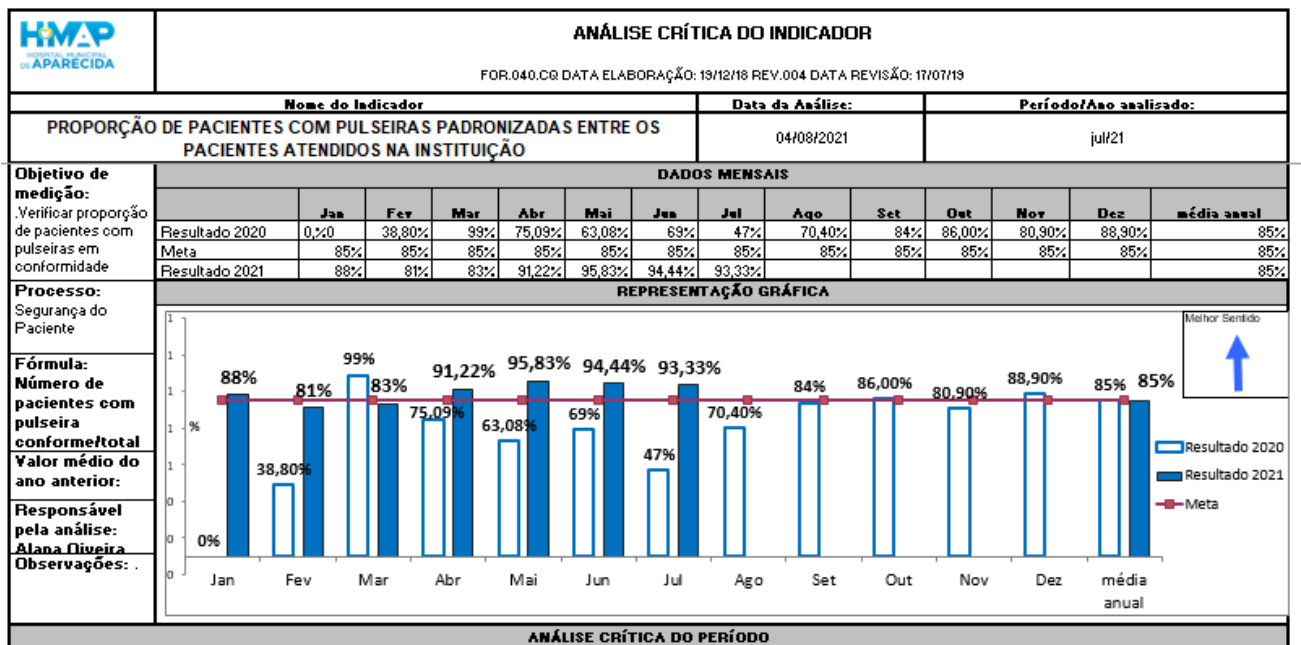
No mês de julho não foi identificado evento adverso sem danos relacionado a identificação do paciente.

## 3.2 Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde

**3.2.1 Objetivo:** Verificar proporção de pacientes com pulseiras em conformidade.

**3.2.2 Fórmula:** Número de pacientes com pulseira conforme/total de pacientes auditados\*100

**3.2.3 Resultado:** 42/45\*100= 93,33%



### 3.2.4 Análise crítica:

No mês de julho foram realizadas auditorias clínicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente. Em Julho foram auditados 45 pacientes, em dias aleatórios nos setores de (UTI CLINICA TERREO, UTI F e UTI B).

Relacionado ao protocolo de identificação do paciente foram verificados os seguintes itens:

1. Conformidade da pulseira de identificação, entende-se como conformidade: Paciente estar com a pulseira, pulseira íntegra e legível, pulseira conter todos os descritores obrigatórios;
2. Paciente saber o motivo, a importância da utilização da pulseira.

Quanto à conformidade da pulseira, 42 pacientes estavam com a pulseira em conformidade, totalizando 93,33% dos pacientes auditados. A respeito das não conformidades, 3 pacientes estavam sem pulseiras de identificação.

De acordo com os dados obtidos, e as orientações relacionadas a identificação do paciente, no mês de julho foi alcançado a meta, sendo superior a de pacientes que estavam com as pulseiras de identificação em conforme (pulseira presente e legível, dados corretos). Isso se deve ao intenso trabalho com a equipe sobre a importância da identificação do paciente.

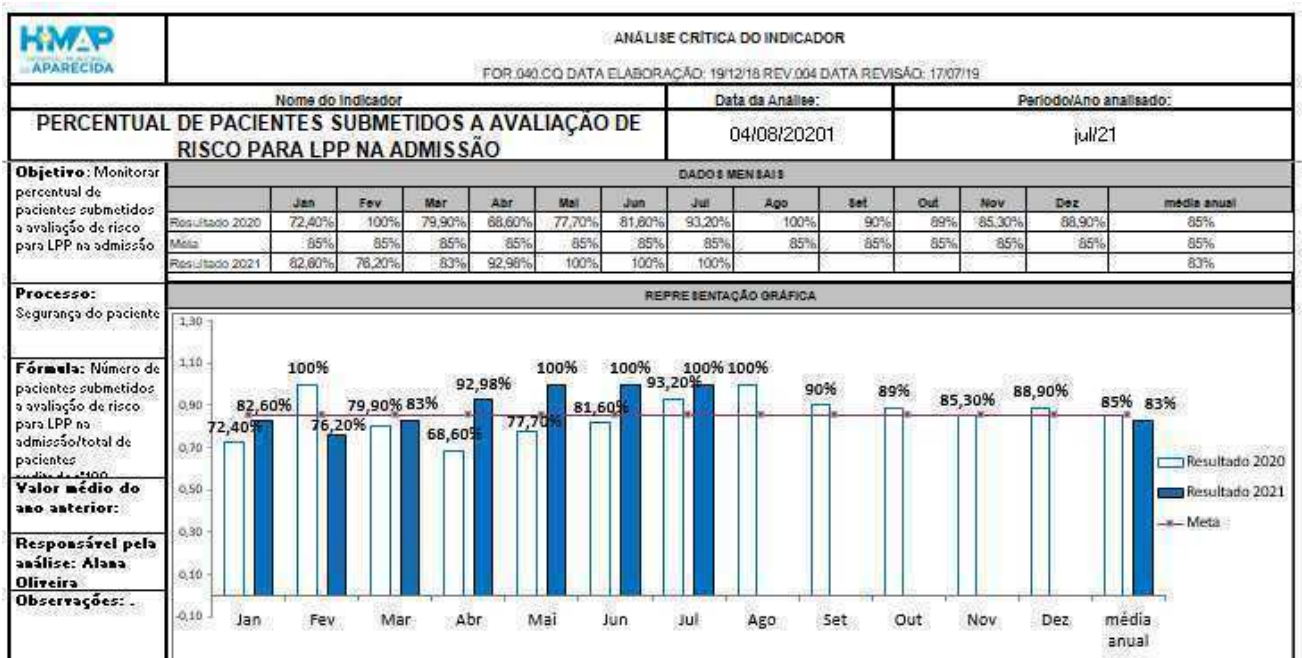
#### 4. INDICADORES DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

##### 4.1 Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão

**4.1.1. Objetivo:** Monitorar os pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão.

**4.1.2. Fórmula:** Número de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão/total de pacientes auditados\*100

**4.1.3. Resultado:** 45/45\*100=100%



##### 4.1.4. Análise crítica:

No mês de julho foi dado continuidade às auditorias clínicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente.

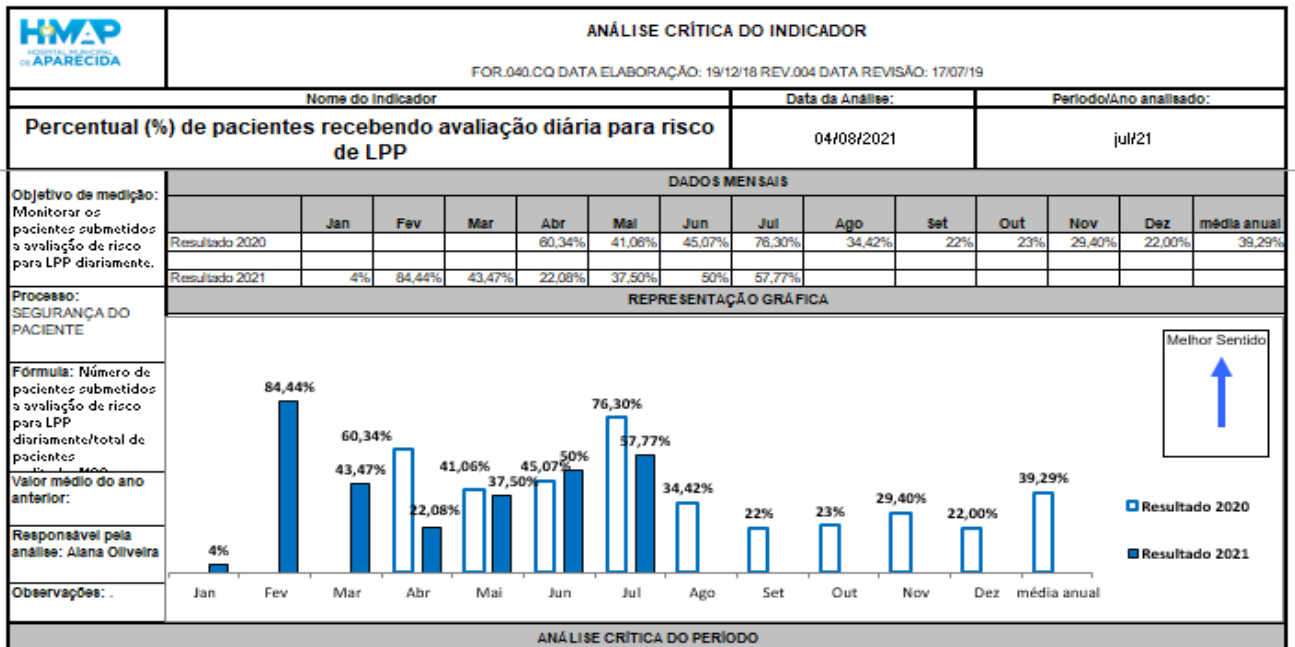
Em julho foram auditados 45 pacientes, em dias aleatórios nos setores (UTI CLINICA TERREO, UTI F e UTI B), sendo que 45 dos pacientes foram avaliados na admissão, sendo satisfatório esse indicador, pois todos os pacientes admitidos na unidade precisam ser avaliados quanto ao risco de Lesão por pressão na admissão.

#### 4.2 Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP

**4.2.1 Objetivo:** Monitorar os pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP diariamente.

**4.2.2 Fórmula:** Número de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP diariamente/total de pacientes auditados\*100

**4.2.3 Resultado:** 26/45 \*100=57,77%



#### 4.2.4 Análise crítica:

No mês de julho foi dado continuidade às auditorias clínicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente.

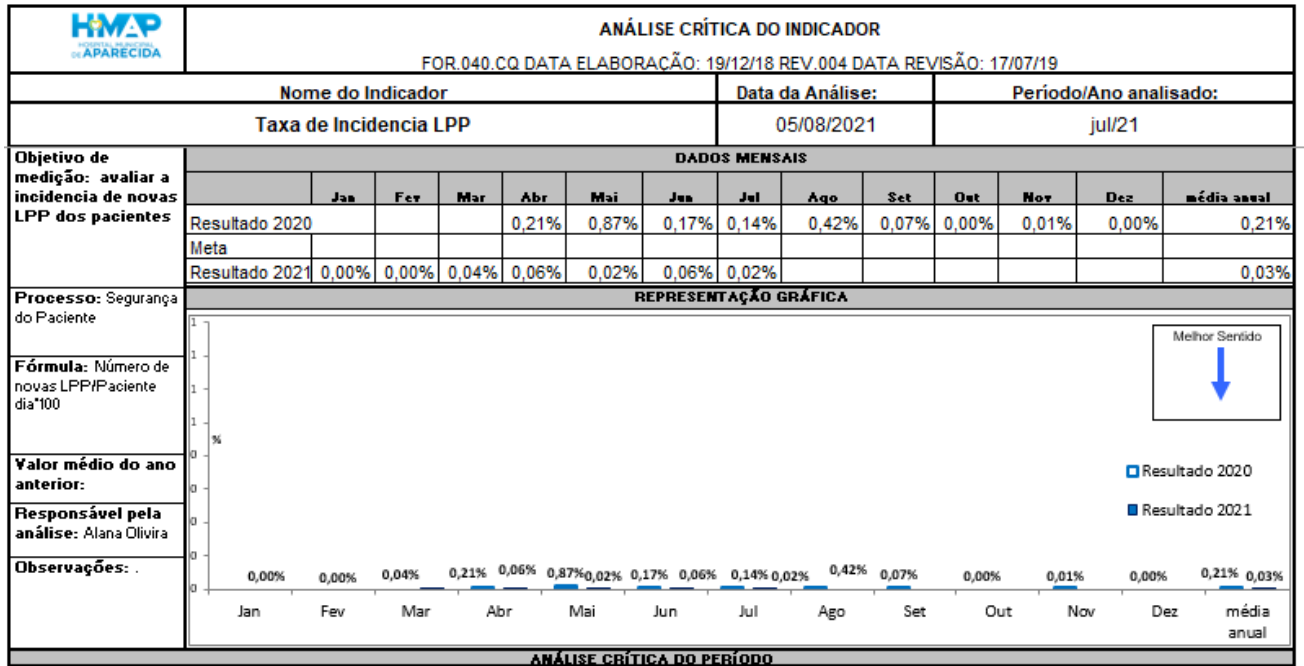
Em julho foram auditados 45 pacientes, em dias aleatórios nos setores de (UTI CLINICA TERREO, UTI B e UTI F). Verificando a avaliação diária para o risco de LPP 19 receberam essa avaliação diariamente, 26 pacientes possuíam algum dia que não foi avaliado o risco de LPP, a complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP, será dada capacitação consecutiva a equipe assistencial sobre a importância da avaliação diária.

### 4.3 Taxas de Incidência de LPP

**4.3.1 Objetivo:** Monitorar as LPP adquiridas, ou evolução de estágio na internação.

**4.3.2 Fórmula:** Número de novas LPP/total de pacientes dias \*100

**4.3.3 Resultado:** 1/4.524\*100= 0,02%



### 4.3.4 Análise crítica:

No mês de julho foram notificadas 1 (uma) lesão por pressão, sendo realizado a notificação no Notivisa, nesse mês tivemos 4.524 pacientes dia, assim a incidência de LPP foi de 0,02%. Dos 45 pacientes auditados, quanto a classificação de risco de LPP, verificamos que 1 eram de baixo risco, 30 eram de alto risco e 14 de risco moderado.

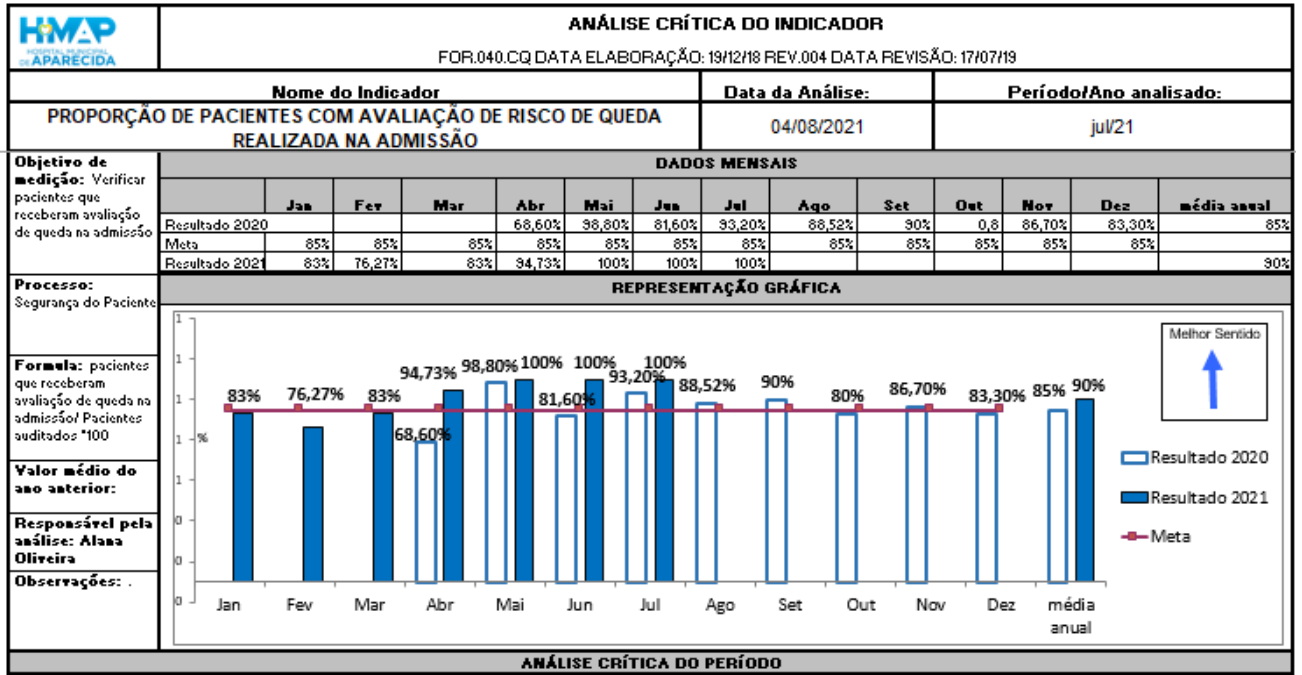
## 5 INDICADORES DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA

### 5.1 Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco de queda na admissão

**5.1.1 Objetivo:** Monitorar os pacientes submetidos a avaliação de risco de queda na admissão.

**5.1.2 Fórmula:** Número de pacientes submetidos a avaliação de risco de queda na admissão/total de pacientes auditados\*100

**5.1.3 Resultado:** 45/45\*100= 100%



### 5.1.4 Análise crítica:

No mês de julho foi dado continuidade às auditorias clínicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente. Com os dados das auditorias, os monitoramentos dos protocolos serão mais efetivos.

Em julho o foram auditados 45 pacientes, em dias aleatórios nos setores de (Clínica UTI CLÍNICA TÉRREO, UTI F e UTI B). Destes 45 pacientes haviam sido avaliados quanto ao risco de queda na admissão, totalizando assim 100% de pacientes avaliados quanto ao risco de queda na admissão.

De acordo com os dados obtidos, e os treinamentos realizados sobre queda, foi estabelecida a meta de 85 % dos pacientes serem avaliados na admissão sobre o risco de queda. No mês de Julho essa meta foi alcançada, diante dos dados obtidos demonstram que a equipe vem se empenhando para melhoria da segurança do paciente.

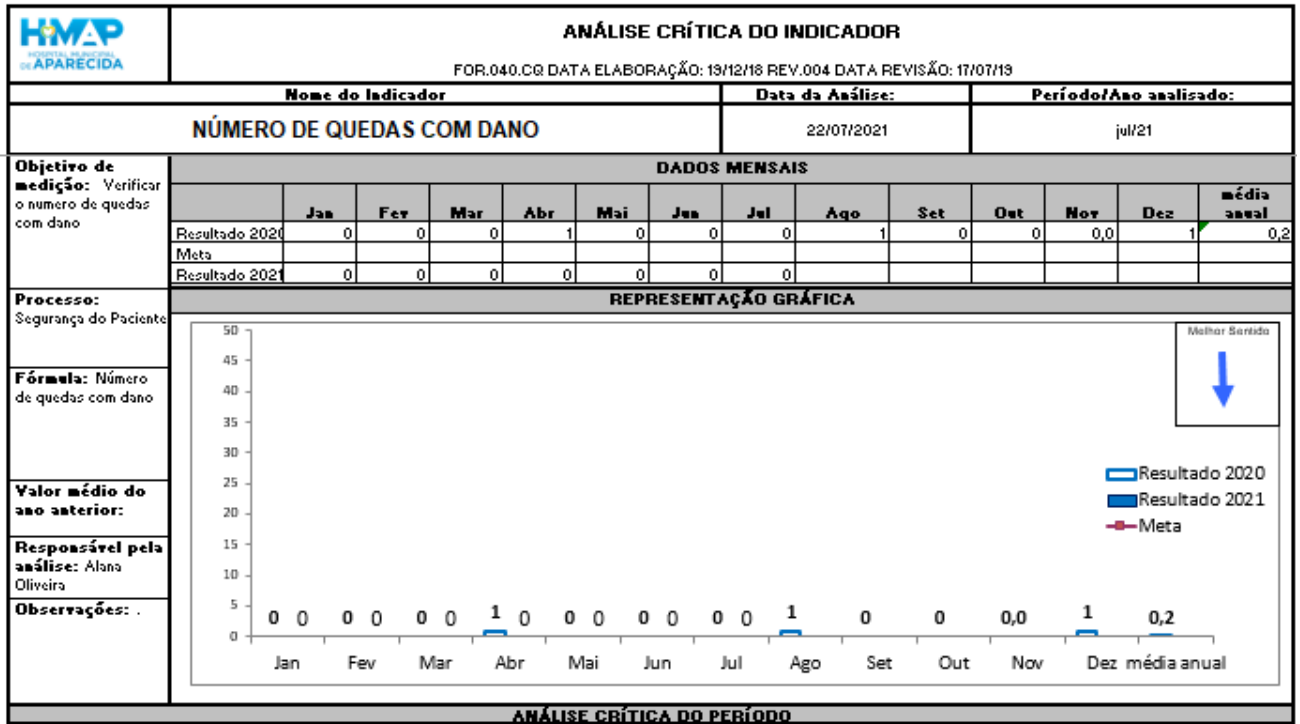
## 5.2 Número de quedas com dano

**5.2.1 Objetivo:** Monitorar as quedas do paciente e verificar as que tiveram dano

**5.2.2 Fórmula:** Número de quedas com dano

**5.2.3 Resultado:** 0





### 5.2.4 Análise crítica:

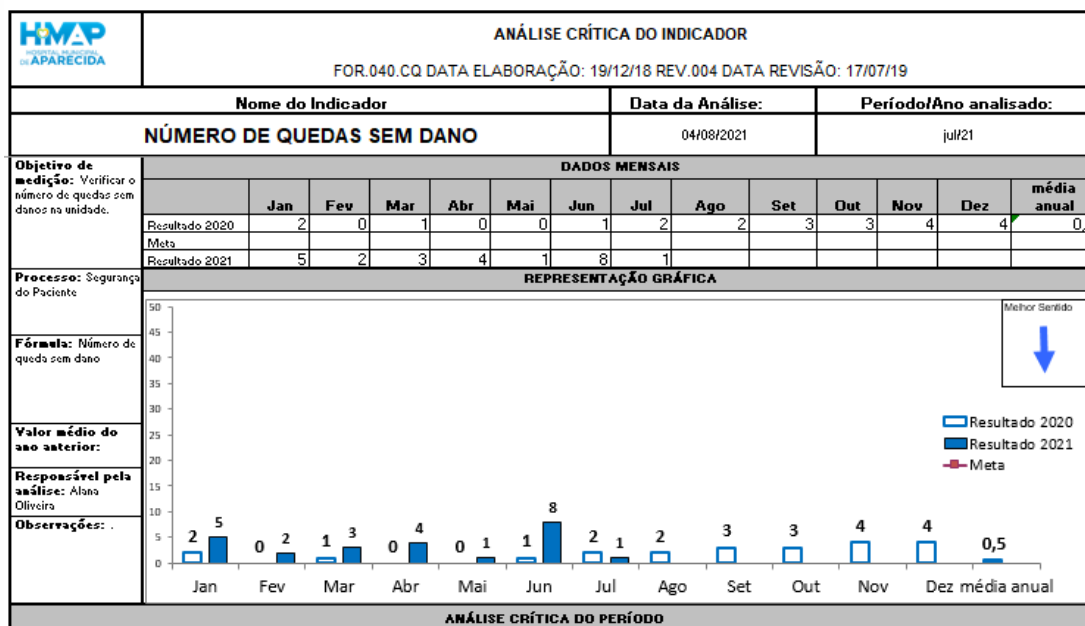
No mês de Julho, não tivemos queda com danos.

### 5.3 Número de quedas sem dano

**5.3.1 Objetivo:** Monitorar as quedas do paciente e verificar as que não tiveram dano.

**5.3.2 Fórmula:** Número de quedas sem danos.

**5.3.3 Resultado:** 1



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/sinprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 217210 e o código verificador 24960.



### 5.3.4 Análise crítica:

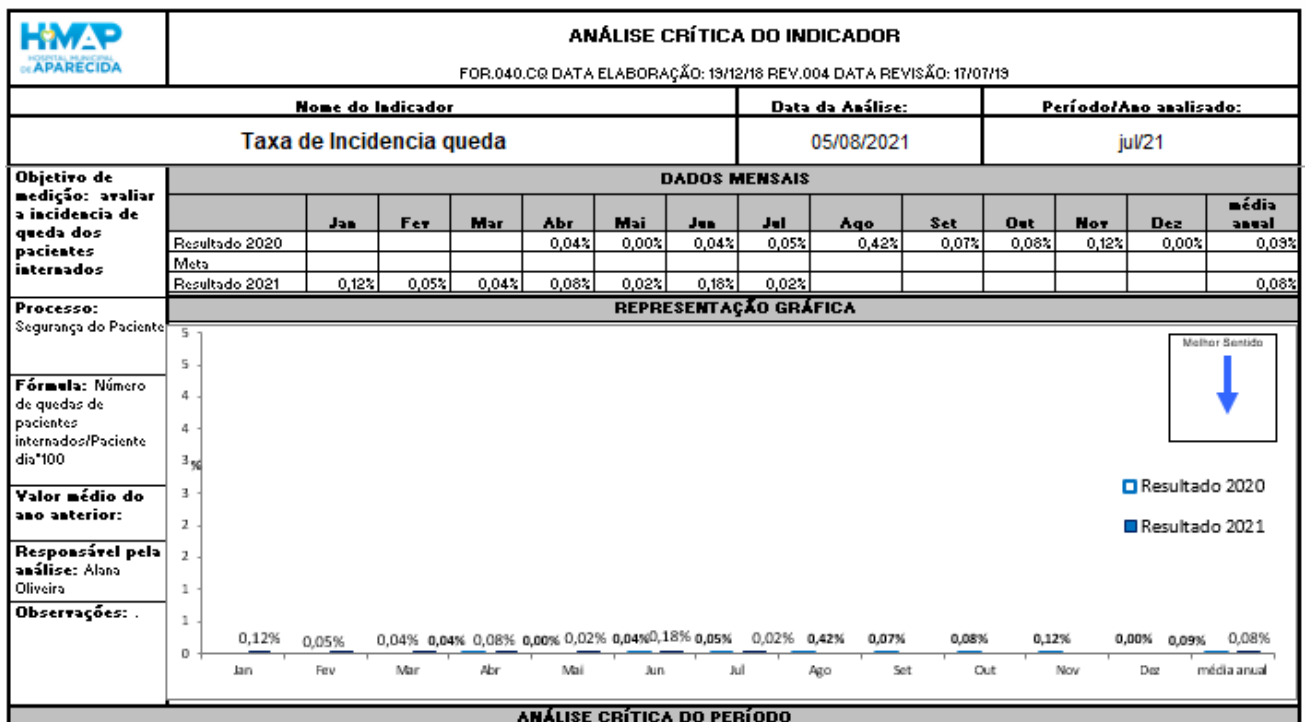
No mês de julho tivemos 1 (uma) notificação relacionada a queda na unidade de enfermaria Covid-19. Na qual o evento foi acompanhamento pelo núcleo de segurança do paciente junto com o setor, foi realizado plano de ação para melhoria do processo. O plano de ação realizados pela equipe foram, orientações sobre o risco de queda, elevação das grades da cama, orientação com os pacientes sobre o risco de queda no hospital, empoderando o paciente.

## 5.4 Taxa de Incidência de queda

**5.4.1 Objetivo:** Monitorar as quedas dos pacientes internados.

**5.4.2 Fórmula:** Número de quedas dos pacientes internados/total de pacientes dias \*100

**5.4.3 Resultado:** 1/4.524 \*100= 0,02%



### 5.4.4 Análise crítica:

No mês de julho houve 1 (uma) notificação relacionada a queda, nesse mês tivemos 4.522 pacientes/dias, assim a incidência de queda foi de 0,02%.

Dos 45 pacientes auditados, quanto a classificação de risco de queda, verificamos que eram 14 baixos riscos, 15 eram de risco médio e 25 riscos alto.

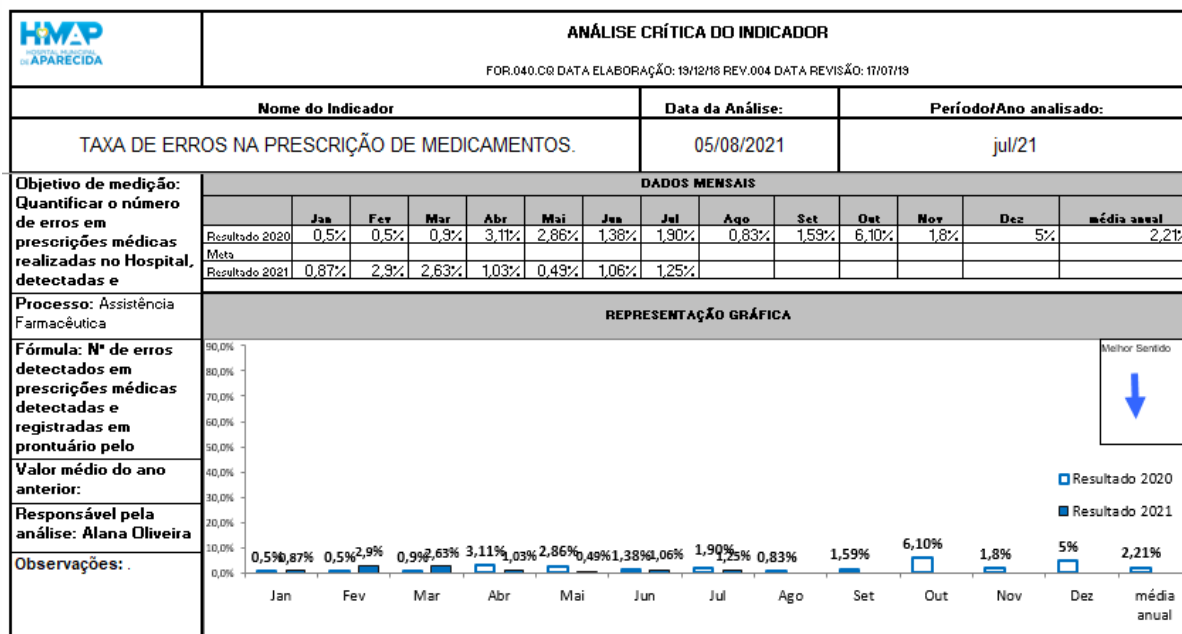
## 6 INDICADORES DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

### 6.1 Taxa de erros na prescrição de medicamentos.

**6.1.1 Objetivo:** Monitorar a ocorrência de erros na atividade de prescrição de medicamentos.

**6.1.2 Fórmula:** N° de prescrições atendidas com erro/ n° total de prescrições\*100

**6.1.3 Resultado:** 42/3351 \*100=1,25%



### 6.1.4 Análise crítica:

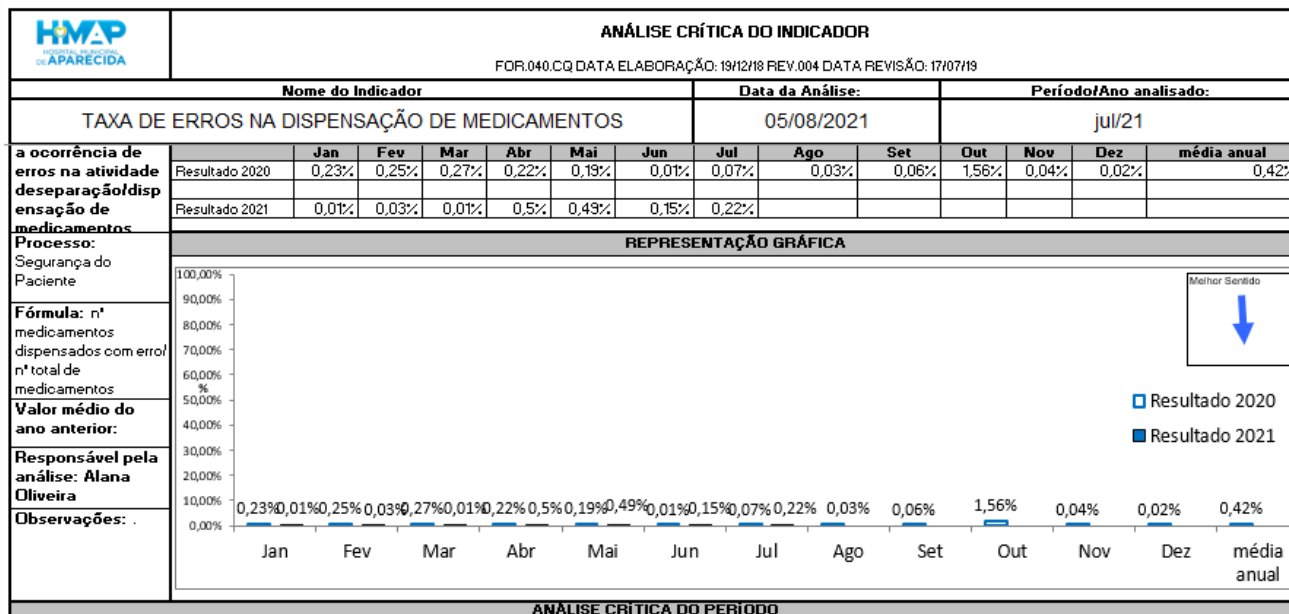
Em julho de 2021, foram identificados 42 erros relacionados à prescrição médica, sendo que destes, 28 (66,66%) devido à inconsistência na prescrição, tais como inconformidades de aprazamento, omissão de doses; 08 (19,05%) sobredosagem; 04 (9,52%) intervalo de administração, devido ao não aprazamento, erros de digitações; 02 (4,76%) via de administração com alternativa terapêutica mais adequada disponível. Tendo em vista a quantidade de prescrições, 3351 no mês de julho este número é considerado baixo, podendo ser resultado de subnotificação. Ressalta-se que estes erros são registrados para controle e análise de ponto de melhora, e que são identificados e corrigidos antes da administração dos medicamentos ao paciente.

### 6.2 Taxa de erros na dispensação de medicamentos.

**6.2.1 Objetivo:** Monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação/dispensação de medicamentos para atendimento ao paciente.

**6.2.2 Fórmula:** nº medicamentos dispensados com erro/ nº total de medicamentos dispensados x 100

**6.2.3 Resultado:** 369 /164250 \*100=0,22%



#### 6.2.4 Análise crítica:

Em Julho de 2021 foram identificados 369 erros relacionados à dispensação, um aumento em quantidade de 125 erros em comparação com o mês de junho. Dos 369 erros identificados no mês de julho 21,95%,81 (Oitenta e um) foi devido a omissão de dose; 1,08%,04 (quatro) por dose excessiva, exemplificado quando um medicamento está prescrito 01(um) comprimido e ocorre a separação de dois. Foi verificado no momento da conferência do kit, antes de chegar ao paciente; 0,54%, 02 (dois) medicamento errado, medicamento foi triado mesmo estando em SOS; 0,27%,01 (um) medicamento dispensado com a forma farmacêutica errada, exemplificando, na montagem do KIT quando o medicamento está prescrito omeprazol comprimido e ocorre a separação de omeprazol endovenoso. Correção feita pelo farmacêutico na conferência do KIT.

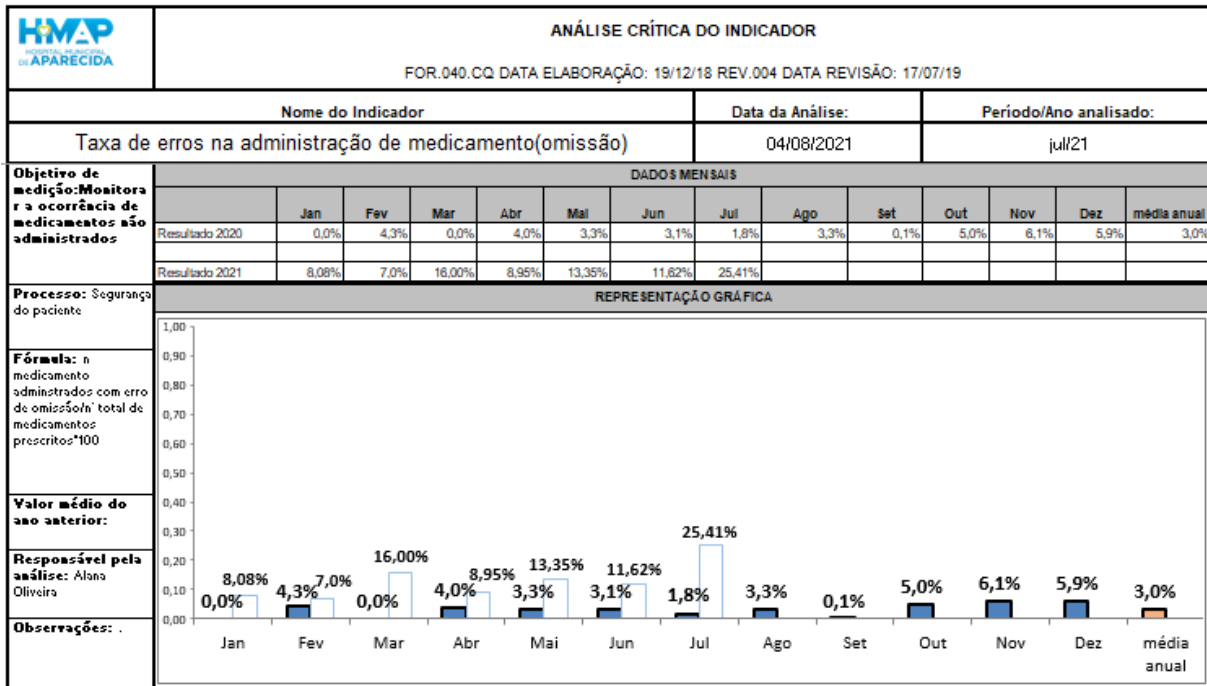
A porcentagem maior de 21,95% omissão de dose se deve principalmente quando o item está em ruptura. A Farmácia está em constante monitoramento de pedidos e controle de estoque, com o objetivo de diminuir este índice.

### 6.3 Taxa de erros na administração de medicamentos (omissão).

**6.3.1 Objetivo:** Monitorar a ocorrência de medicamentos não administrados.

**6.3.2 Fórmula:**  $n^{\circ}$  medicamentos bolados sem justificativas /  $n^{\circ}$  total de medicamentos auditados \* 100

**6.3.3 Resultado:**  $61 / 240 * 100 = 25,41\%$



#### 6.3.4 Análise crítica:

No mês de julho foi dada continuidade as auditorias clínicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente. Foram auditados 45 pacientes internados nas UTI's dos quais foram evidenciados que nas prescrições haviam 240 medicamentos prescritos, destes 61 não foram administrados, totalizando 25,41%, relacionado ao mês anterior tivemos um aumento na qual, Será realizado treinamento ministrado por essa coordenação com a equipe de enfermagem pautado a checagem nas prescrições, de forma que, a justificativa do medicamento bolado é "obrigatória". O acompanhamento e monitoramento é feito através de indicadores propostos.

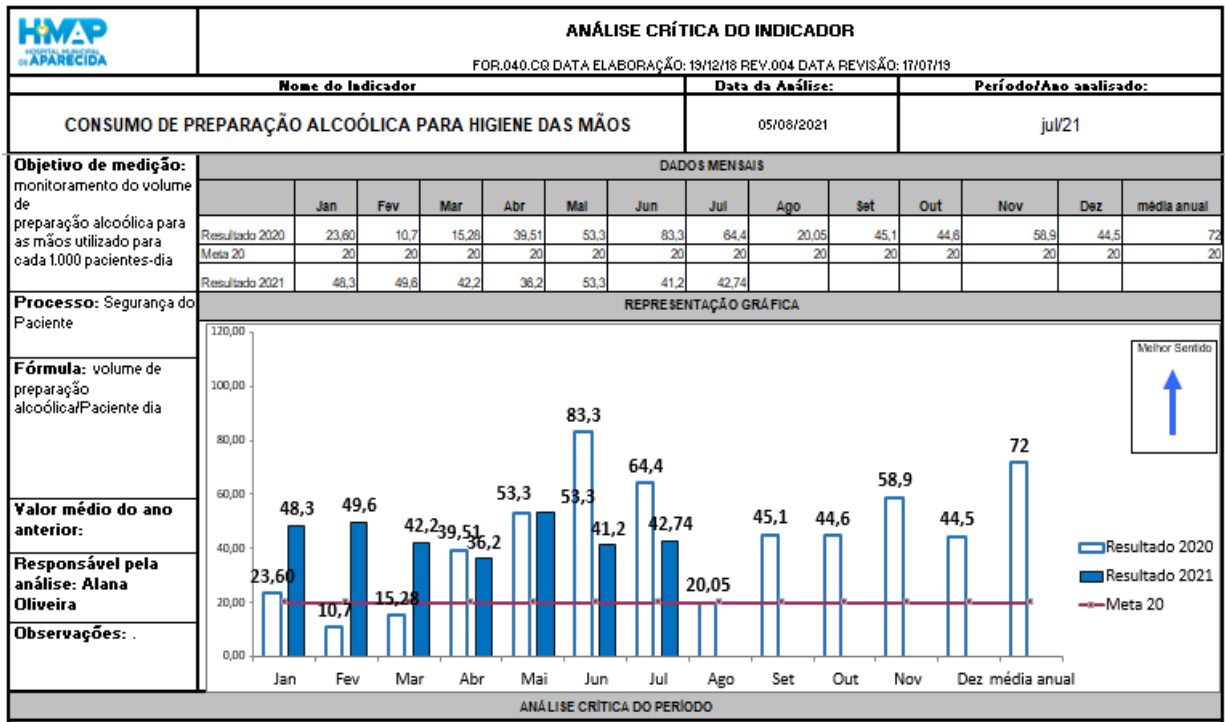
## 7. INDICADORES DO PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

## 7.1 Consumo de preparação alcoólica para as mãos

**7.1.1 Objetivo:** monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

**7.1.2 Fórmula:** volume de preparação alcoólica/Paciente dia

**7.1.3 Resultado:** 193.400/ 4.524 =42,74 ml por paciente



### 7.1.4 Análise crítica:

No mês de julho foram utilizados 193.400 ml de álcool em gel. Esse mês foi satisfatório relacionado as boas práticas de higienização das mãos. Esse fato deve-se ao intenso reforço diário quanto a importância da higienização das mãos.

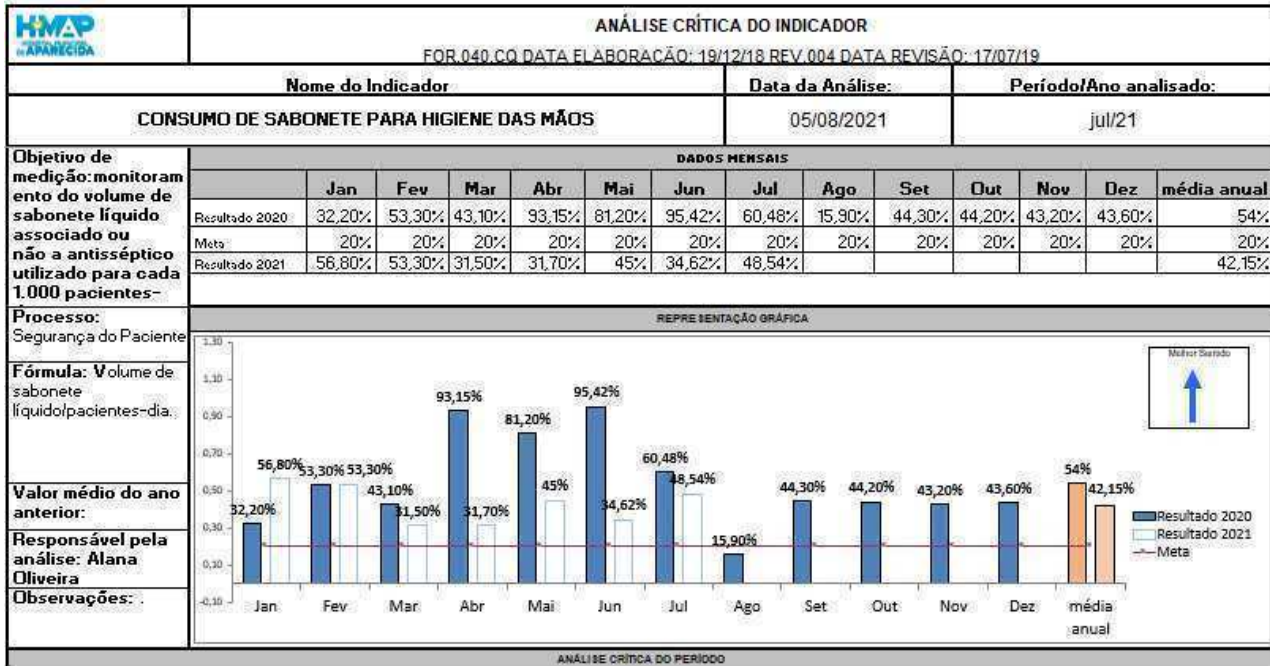
## 7.2 Consumo de sabonete para higiene das mãos

**7.2.1 Objetivo:** monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

**7.2.2 Fórmula:** Volume de sabonete líquido/pacientes-dia.

**7.2.3 Resultado:** 219.600 /4.524 =48,54 ml por paciente





## 7.2.4 Análise crítica:

No mês de julho foram utilizados 219.600 ml de sabonete. Esse mês foi satisfatório relacionado as boas práticas de higienização das mãos. Esse fato deve-se ao intenso reforço diário quanto a importância da higienização das mãos.

## 8. INDICADORES DO PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

8.1 Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado

8.1.2 **Objetivo:** analisar a profilaxia antimicrobiana no Peri operatório de cirurgias.

8.1.3 **Fórmula:** Nº profilaxias iniciadas uma hora antes da incisão /Número de profilaxias avaliadas\*100

8.1.4 **Resultado:** 0/0\*100=0%



ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																						
FOR.040.CQ.DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19																																																						
Nome do Indicador						Data da Análise:			Período/Ano analisado:																																													
CONSUMO DE SABONETE PARA HIGIENE DAS MÃOS						05/08/2021			jul/21																																													
Objetivo de medição: monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-	DADOS MENSAIS																																																					
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																								
	Resultado 2020	32,20	53,30	43,10	93,15	81,20	95,42	60,48	15,90	44,30	44,20	43,20	43,60	54,0																																								
	Meta 20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20																																								
Resultado 2021	56,80	53,30	31,50	45	31,70	34,62	48,54	48,54					43,75																																									
Processo: Segurança do Paciente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																					
Fórmula: Volume de sabonete líquido/pacientes-dia.																																																						
Valor médio do ano anterior:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Resultado 2020</th> <th>Resultado 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>32,20</td><td>56,80</td></tr> <tr><td>Fev</td><td>53,30</td><td>53,30</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>43,10</td><td>31,50</td></tr> <tr><td>Abr</td><td>93,15</td><td>45</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>81,20</td><td>31,70</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>95,42</td><td>34,62</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>60,48</td><td>48,54</td></tr> <tr><td>Ago</td><td>15,90</td><td>48,54</td></tr> <tr><td>Set</td><td>44,30</td><td>44,30</td></tr> <tr><td>Out</td><td>44,20</td><td>44,20</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>43,20</td><td>43,20</td></tr> <tr><td>Dez</td><td>43,60</td><td>43,60</td></tr> <tr><td>média anual</td><td>54,0</td><td>43,75</td></tr> </tbody> </table>												Mês	Resultado 2020	Resultado 2021	Jan	32,20	56,80	Fev	53,30	53,30	Mar	43,10	31,50	Abr	93,15	45	Mai	81,20	31,70	Jun	95,42	34,62	Jul	60,48	48,54	Ago	15,90	48,54	Set	44,30	44,30	Out	44,20	44,20	Nov	43,20	43,20	Dez	43,60	43,60	média anual	54,0	43,75
Mês	Resultado 2020	Resultado 2021																																																				
Jan	32,20	56,80																																																				
Fev	53,30	53,30																																																				
Mar	43,10	31,50																																																				
Abr	93,15	45																																																				
Mai	81,20	31,70																																																				
Jun	95,42	34,62																																																				
Jul	60,48	48,54																																																				
Ago	15,90	48,54																																																				
Set	44,30	44,30																																																				
Out	44,20	44,20																																																				
Nov	43,20	43,20																																																				
Dez	43,60	43,60																																																				
média anual	54,0	43,75																																																				
Responsável pela análise: Alana Oliveira	ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																					
Observações:																																																						

### 8.1.5 Análise crítica:

No mês de julho foram realizadas 31 cirurgias de urgência de pacientes internados. Devido à gravidade de urgência dos pacientes não foi possível realizar o controle de antibioticoterapia no momento adequado, pois esses pacientes já estavam em uso de antibióticos.

Devido ao aumento de casos de COVID-19, houve suspensão das cirurgias eletivas, sendo realizado as cirurgias de emergências, não sendo possível monitorar o uso de antibioticoprofilaxia no momento adequado.

## 8.2 Número de cirurgias com erros

**8.2.1 Objetivo:** monitorar o número de cirurgias com erros (cirurgias em local errado, cirurgias em paciente errado, procedimentos errados)

**8.2.2 Fórmula:** número de cirurgias com erros.

**8.2.3 Resultado:** 0

HMAP HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA	ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
FOR.040.CO.DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19														
Nome do Indicador							Data da Análise:				Período/Ano analisado:			
Número de cirurgias com erros							04/08/2021				jul/21			
Objetivo de medição: monitorar o número de cirurgias com erros (cirurgias em local errado, cirurgias em paciente errado, procedimentos errados)	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	Resultado 2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Meta													
Resultado 2021	0	0	0	0	0	0	0							
Processo: Segurança do Paciente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: número de cirurgias com erros Número de profilaxias avaliadas														
Valor médio do ano anterior:														
Responsável pela análise: Alama Oliveira														
Observações:														

#### 8.2.4 Análise crítica:

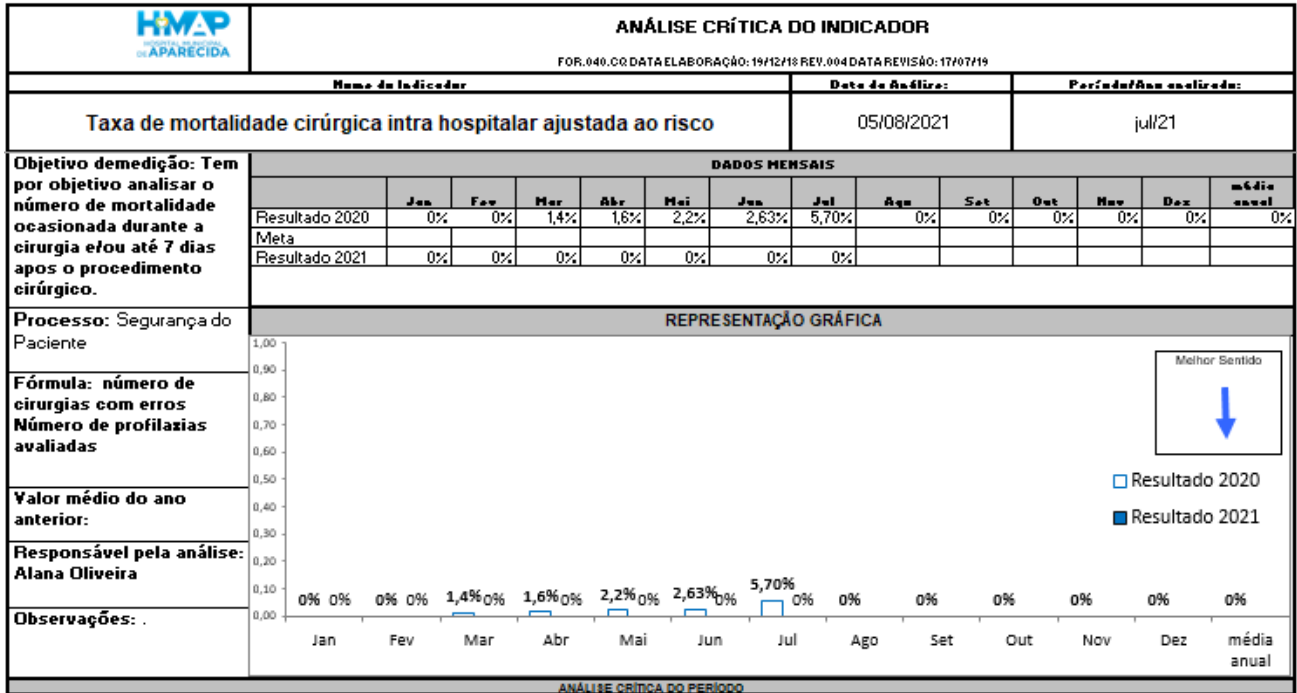
No mês de julho não houve erro relacionado a cirurgias.

### 8.3 Taxa de mortalidade cirúrgica intra hospitalar ajustada ao risco

**8.3.1 Objetivo:** Tem por objetivo analisar o número de mortalidade ocasionada durante a cirurgia e/ou até 7 dias após o procedimento cirúrgico.

**8.3.2 Fórmula:**  $N^{\circ}$  de óbitos de pacientes/ total de cirurgias realizadas x 100

**8.3.3 Resultado:**  $0/31 * 100 = 0\%$



### 8.3.4 Análise crítica:

No mês de julho 31 pacientes realizaram cirurgias, não ocorreu nenhum óbito intra cirúrgico.

## **8 AÇÕES ESTRATÉGICAS**

No mês de julho as auditorias clínicas, viabilizou acompanhar a efetividade e possíveis fragilidades na composição dos processos de identificação do paciente.

Foi realizado no mês julho a integração dos novos colaboradores, na qual foram abordados assuntos sobre segurança do paciente, e os protocolos implantados na unidade e apresentações das metas de segurança do paciente.

Foi implantado no mês de julho os relógios digitais com a classificação de mudança de decúbito, sendo iniciado nos setores das UTI'S adultos clínicos, Covid19 visto que a partir do mês julho será disseminado para toda a área assistencial, garantindo melhor efetividade nos protocolos e identificação de risco do paciente.

Os indicadores de segurança do paciente, foram apresentados para os setores assistenciais tendo objetivo a equipe conhecer o perfil da unidade, e os dados gerados, melhorando os processos assistenciais e garantindo assistência de qualidade.

O que?	Por quê?	Como?	Responsável	Quanto/Quantidade	Data Início	Data Fim	Local	Status	Como mensurar a efetividade?
Realizar auditorias nos setores para avaliar as conformidades conforme os protocolos de segurança do paciente	Incentivar os colaboradores para cultura de segurança do paciente	Através do formulário do google forms, verificando os locais que possuem menos não conformidades	Alana	Hora-homem	10/03/2021	01/06/2021	In Locus	Andamento	Indicadores
Realizar folder explicativos sobre no núcleo de segurança do paciente	Orientar os colaboradores sobre as ações do núcleo de segurança do paciente	Através de folder, colocados nas áreas hospitalares	NSP	Hora-Homem	25/02/2021	05/09/2021	HMAP	Andamento	Indicadores
Apresentar indicadores assistências para equipe	Orientar e fortalecer os processos assistenciais	Através do painel de gestão à vista, e auditório	Alana	Hora-homem	21/12/2020	..	Auditório	Concluído	Indicadores
Realizar treinamentos mensais sobre os protocolos de segurança do paciente	Fortalecer a segurança do paciente	Através de treinamentos no auditório	Alana	Hora-homem	20/01/2021	20/12/2021	Auditório	Planejado	Indicadores
Realizar capacitação sobre a identificação do paciente	Fortalecer a segurança do paciente	Treinamento Auditório	Alana	Hora-Homem	26/08/2021	26/08/2021	Auditório	Andamento	Indicadores
Realizar capacitação sobre a Risco e Quedas	Fortalecer a segurança do paciente	Treinamento Auditório	Alana/ Valdirene	Hora-Homem	25/08/2021	26/08/2021	Auditório	Andamento	Indicadores
Realizar treinamentos sobre omissão de medicamentos	Fortalecer a segurança do paciente	Treinamento Auditório	Alana/ Valdirene	Hora-Homem	11/10/2021	12/10/2021	Auditório	Andamento	Indicadores

*Alana Oliveira da Silva*  
Coordenadora da Qualidade - COREN-GO 481209  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

**Alana Oliveira da Silva**  
**Presidente Do Núcleo de Segurança do Paciente**

9.

**ATA DE REUNIÃO**

**TÍTULO: ATA DE REUNIÃO**

**Código: FORM.HMAP.038**

**Revisão: 04**

**SETOR: COQUA**

**Data de elaboração:**  
27/07/2021

**Data de revisão:**  
27/07/2021

**Página: 1 de 2**

**Título:** Reunião da Comissão de Segurança do Paciente

**Responsável:** Alana Oliveira da Silva

**Data:** 05/08/2021

**Local:** Auditorio

**Horário:** 09

às

10 h

**Caráter da Reunião:**  Ordinária  Extra

**Pauta:**

- Apresentação dos indicadores de segurança do paciente.

- Treinamento mensal sobre os protocolos de Segurança do Paciente

- Notificações.

Certificação de Segurança do Paciente

- Placas de Identificação do paciente.

- Treinamento sobre auditoria.

**Participantes:**

**Nome**

**Assinatura**

Lista em anexo

**Follow up da reunião anterior:**

**Desenvolvimento da Reunião**

**Item**

**Assuntos tratados**

**Status**

**1.**

Em julho o NSP recebeu 58 notificações, se comparado ao mês anterior houve uma queda, justificada pelo recebimento de notificações incompletas. Também foi apresentado os seguintes indicadores do NSP: Identificação dos pacientes, com aumento significativo no período; notificação de quedas; erros de dispensação de medicamentos; antibioticoterapia em tempo adequado; notificação de reação adversa/queixa técnica a materiais hospitalares; notificação de lesão por pressão (LPP).

Finalizado



**TÍTULO: ATA DE REUNIÃO**

**Código: FORM.HMAP.038**

**Revisão: 04**

**SETOR: COQUA**

**Data de elaboração:**  
27/07/2021

**Data de revisão:**  
27/07/2021

**Página: 2 de 2**

<b>2.</b>	Foi ressaltado a importância de capacitar os profissionais através de treinamentos e aplicação de questionários. Será realizado pelo o núcleo de segurança do paciente um checklist das fragilidades encontradas nas auditorias, com o intuito de elaboramos protocolos e proporcionar uma assistência com qualidade.	Finalizado
<b>3.</b>	Os membros do NSP foram informados de um treinamento externo sobre auditoria interna para seleção e capacitação de auditores internos. Também foi informado sobre a abertura do processo de diagnóstico para requerimento do certificado de Acreditação hospitalar.	Andamento

**Plano de ação**

<b>Nº</b>	<b>Ação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>1.</b>	Será realizado treinamento com a equipe de recepção e assistencial sobre identificação do paciente	Alana /Valdirene	25/07 e 26/07

Sem mais a relatar, eu (**Alana Oliveira da Silva**) lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Assinatura do relator:

**Imprimir frente e verso**

**TÍTULO: LISTA DE PRESENÇA**

**Código: FORM.HMAP.159**

**Revisão: 04**

**SETOR: GERH**

**Data de elaboração:**  
28/07/2021

**Data de  
revisão: 28/07/2021**

**Página: 1 de 1**

**Título:** Reunião da Comissão de Segurança do paciente

**Responsável:** Alana Oliveira da Silva

**Data:** 05.08.2021

**Horário:** 09 às 10 horas

**Carga H. Total:** 1 hora

**Local:** Auditorio

**Tipo:**  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião

**Pauta:**

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Kássia K. Oliveira	Encargada	NVEH	[Assinatura]
2	Anaêles Alves	Coord. Enf.	UTI	[Assinatura]
3	Mara Helena f. B. K. Borges	Guimãia	Enf.	[Assinatura]
4	Carla de Almada Feiha	Supervisora	SETS	[Assinatura]
5	Valdiren e José da Costa	Arquiteto	USP	[Assinatura]
6	Glauçiene Souza Silva	Coordend	Fam	[Assinatura]
7	Maria Bergo Melo dos Santos	Adm	NOSP	[Assinatura]
8	Alana Oliveira da Silva	Coordenadora	NOSP	[Assinatura]
9	Zomissa Evangelina dos Santos	Auxil. Adm	NOSP	[Assinatura]
10	Lucia Maria Carneiro	Analista Qualidade	NOSP	[Assinatura]
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Número de participantes: 10

Assinatura do Responsável: [Assinatura]

Este documento trata-se de um documento controlado, e proibida a circulação de cópias do mesmo sem a autorização do setor de qualidade.

# RELATÓRIO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

JULHO DE 2021

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. INDICADORES .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. TOTAL DE NOTIFICAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.1 OBJETIVO .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.2 FÓRMULA .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.3 RESULTADO .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.4 ANÁLISE CRÍTICA .....</b>	<b>4</b>
<b>3. AÇÕES ESTRATÉGICAS.....</b>	<b>5</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

A portaria nº 2.254, de 5 de Agosto de 2010 institui a Vigilância Epidemiológica, as atividades a serem desenvolvidas prioritariamente pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) dos hospitais de referência nacional têm como objetivos a detecção, a notificação e a investigação dos agravos constantes da Portaria nº 2.472, de 31 de Agosto de 2010.

Em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

As notificações epidemiológicas eram geridas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada a Assistência à Saúde (SCIRAS), e no dia 23 de setembro de 2019, iniciou uma enfermeira que ficará responsável exclusivamente pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica HOSPITALAR (NVEH) do HMAP.



## 2. INDICADORES

### 2.1. TOTAL DE NOTIFICAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

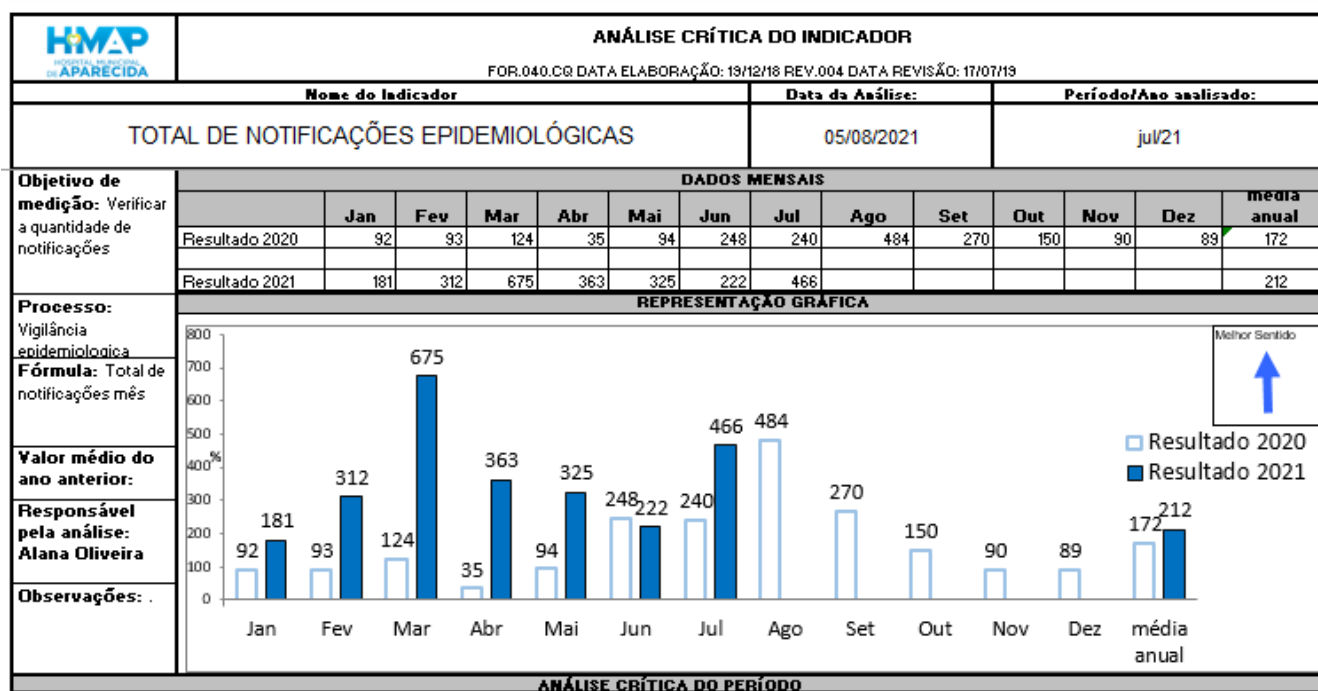
#### 2.1.1. Objetivo

Monitorar mensalmente, as notificações de agravos epidemiológicos dentro do hospital.

#### 2.1.2. Fórmula

Número absoluto de Notificações Epidemiológicas no Mês de Julho

**Resultado: 466**



#### 2.1.3. Análise Crítica

No mês de Julho foram realizados **466** notificações, sendo elas:



<b>Doenças/Agravos</b>	<b>Total</b>
Covid -19	460
Hepatite B	01
Tuberculose TB	01
Violência Exógena e violência autoprovocada	04
<b>TOTAL</b>	<b>466</b>

Em decorrência da pandemia, o hospital ficou sendo referência em atendimento á pacientes com COVID-19. Foram abertos novos leitos para atendimento de casos confirmados e suspeitos de COVID-19, a equipe foi orientada sobre coletas de COVID-19 e preenchimento das fichas de notificação; dando continuidade à planilha de monitoramento de pacientes que foram internados com suspeita ou confirmados de COVID-19, sendo disponibilizada no final do mês para os setores para conhecimento do perfil epidemiológico da unidade.

Em julho foram notificados no sistema SIVEP – Sistema de Informação da Vigilância Epidemiologica da Gripe , 460 fichas de SRAG relacionados a COVID 19. Diante desse cenário tivemos um aumento dos óbitos de pacientes nos leitos de unidade de terapia intensiva COVID-19, sendo **72** óbitos confirmados e **69** óbitos descartado, totalizando **141** óbitos, na qual esse aumento é devido a criticidade elevada dos pacientes, com o perfil de idade cronológica avançada sendo a média de idade de 50 anos acima, com comorbidades tais como: Hipertensão arterial, Diabetes e Obesidade Mórbida

Em julho foi realizado pela equipe de NVHE o quantitativo utilizado dos Testes Rápidos das Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST's (Hepatites Virais, Sífilis e HIV/AIDS) no HMAP, conforme exigência do Ministério da Saúde e encaminhado à Vigilância Epidemiológica do Município de Aparecida de Goiânia- GO.

Realizado capacitação com a equipe técnica sobre os preenchimentos de Fichas de SRAG, e a realização de RT PCR.

Em julho foi realizado um evento de saúde com a equipe técnica em conscientização a prevenção das Hepatites Virais.

### 3. AÇÕES ESTRATÉGICAS

O que?	Por quê?	Com?	Responsável	Quanto/ Quantidade	Data Início	Data Fim	Local	Status	Como mensurar a efetividade?
Capacitar a equipe quanto ao fechamento de ficha SRAG, Coleta de swab nasal	Realizar o preenchimento correto das fichas de notificações	Equipe técnica de enfermagem	Alana Oliveira NVE	De acordo com a necessidade da equipe	11/05/2021	10/08/2021	Todos os setores	Em andamento	De acordo com o número de notificação e preenchimento das fichas De SRAG.
Campanha de doação de sangue	Conscientizar os colaboradores quando a importância de doação de sangue	Palestras e material educativo	Alana Oliveira NVE	Mensal de acordo com o calendário mensal de saúde; OMS	14/06/2021	30/06/2021	Todos dos setores	Em andamento	Não se aplica
JULHO AMARELO Campanha de conscientização de hepatites virais	Capacitação da equipe quanto a prevenção primária. E o diagnóstico precoce para o tratamento em tempo hábil.	Palestras e material educativo	Kassia NVE	Mensal de acordo com o calendário mensal de saúde; OMS	10/06/2021	31/07/2021	Todos os setores	Realizado	Não se aplica
Campanha de conscientização de Sífilis	Capacitação da equipe quanto a prevenção primária. E o diagnóstico precoce.	Palestras e material educativo	Kassia NVE	Mensal de acordo com o calendário mensal de saúde; OMS	01/10/2021	31/10/2021	Todos os setores	Em andamento	De acordo com o aumento do número de notificação.
Campanha de conscientização de Dengue	Capacitar a equipe técnica quanto a identificação da notificação.	Palestras e material educativo	Kassia NVE	Mensal de acordo com o calendário mensal de saúde; OMS	01/11/2021	30/11/2021	Todos os setores	Em andamento	De acordo com o aumento do número de notificação
DEZEMBRO VERMELHO Prevenção contra AIDS	Capacitação da equipe quanto a prevenção primária. E o diagnóstico precoce	Palestras e material educativo	Kassia NVE	Mensal de acordo com o calendário mensal de saúde; OMS	01/12/2021	31/12/2021	Todos os setores	Em andamento	De acordo com o aumento do número de notificação

Coordenadora Núcleo de vigilância epidemiológica

*Alana D. da Silva*

Alana Oliveira da Silva  
Coordenadora da Qualidade - COREN-GO 481209  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAR



Documento assinado eletronicamente por RENATO DIVINO ALVES NETO, 961.598.041-20, UNIDADE - DIRETORIA, em 20/08/2021 às 16:57, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:  
<https://sistemas.vozdigital.com.br/sinprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 217210 e o código verificador 24960.