

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL E QUALIDADE

Competência: junho de 2021

Sumário

| | | |
|---------|---|----|
| 1. | Introdução | 4 |
| 2. | Produção Assistencial | 5 |
| 2.1. | Atendimento Médico Ambulatorial | 5 |
| 2.1.1. | Cardiologia | 6 |
| 2.1.2. | Neurologia | 7 |
| 2.1.3. | Gastrenterologia | 7 |
| 2.1.4. | Pneumologia | 8 |
| 2.1.5. | Pediatria | 8 |
| 2.1.6. | Cirurgia Pediátrica | 9 |
| 2.1.7. | Cirurgia Geral | 10 |
| 2.1.8. | Ortopedia | 10 |
| 2.1.9. | Urologia | 11 |
| 2.1.10. | Cirurgia Cardiovascular | 11 |
| 2.1.11. | Cirurgia Vascular | 12 |
| 2.1.12. | Cirurgia do Aparelho Digestivo | 12 |
| 2.1.13. | Cirurgia torácica | 12 |
| 2.1.14. | Ginecologia | 13 |
| 2.1.15. | Mastologia | 13 |
| 2.1.16. | Anestesiologia (pré-operatório) | 14 |
| 2.1.17. | Análise Gráfica | 14 |
| 2.2. | Atendimento Não Médico Ambulatorial | 16 |
| 2.3. | Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT | 16 |
| 2.3.1. | Diagnóstico em Laboratório | 17 |
| 2.3.2. | Diagnóstico por Radiologia | 18 |
| 2.3.3. | Diagnóstico por Ultrassonografia | 19 |
| 2.3.4. | Diagnóstico por Tomografia | 20 |
| 2.3.5. | Diagnóstico por Ressonância | 20 |
| 2.3.6. | Diagnóstico por Endoscopia | 21 |
| 2.3.7. | Métodos diagnósticos em Especialidade | 22 |
| 2.3.8. | Análise Gráfica | 22 |
| 2.4. | Internações (Saídas Hospitalares) | 23 |
| 2.4.1. | Clínica Médica | 23 |
| 2.4.2. | Clínica Pediátrica | 24 |
| 2.4.3. | Clínica Cirúrgica | 25 |
| 2.4.4. | UTI Adulto | 25 |
| 2.4.5. | UTI Pediátrica | 26 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.5. | Atendimento Médico de Urgências e Emergências | 27 |
| 2.6. | Procedimentos Cirúrgicos | 29 |
| 3. | Indicadores de Qualidade | 30 |
| 3.1. | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar | 31 |
| 3.2. | Comissão de Ética Médica | 31 |
| 3.3. | Comissão de Ética de Enfermagem | 32 |
| 3.4. | Comissão de Análise e Revisão de Prontuários..... | 32 |
| 3.5. | Comissão de Verificação de Óbitos..... | 34 |
| 3.6. | Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional | 35 |
| 3.7. | Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA | 36 |
| 3.8. | Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMET | 36 |
| 3.9. | Comissão de Humanização | 37 |
| 3.10. | Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes – CIHDOTT 38 | |
| 4. | Censo de Origem dos Pacientes Atendidos e Referenciados | 39 |
| 4.1. | Censo de origem por Cidade | 39 |
| 4.2. | Censo de origem por Bairro - Aparecida de Goiânia..... | 39 |
| 4.3. | Censo de origem por Bairro -Goiânia | 41 |
| 4.4. | Censo de Origem por Bairro Demais..... | 42 |
| 5. | Pesquisa de Satisfação de Pacientes e Acompanhantes - Junho/2021 | 43 |
| 6. | Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)..... | 44 |
| 7. | Monitoramento da Implantação de Diretrizes e Protocolos Clínicos..... | 44 |
| 8. | Monitoramento do Tempo de Espera na Urgência e Emergência | 44 |
| 9. | Proporção de Readmissão em Até 30 Dias da Última Alta Hospitalar | 45 |
| 10. | Núcleo de Segurança do Paciente..... | 45 |
| 11. | Núcleo de Vigilância Epidemiológica | 47 |

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, localizado 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 a competência objeto deste relatório foram realizados os procedimentos listados a seguir.

2.1. Atendimento Médico Ambulatorial

Primeiramente, importante frisar os erros materiais constantes no anexo II onde temos a especialidade de cirurgia pediátrica, que possui meta de 704 atendimentos, constando duas vezes na tabela de metas quantitativas de consulta. Excluindo-se o erro material passamos de 11.264 para 10.560 atendimentos/mês e de 32 para 30 médicos ambulatoriais.

Tendo em vista a pandemia que o Brasil vem vivenciando, foi publicada em Diário Oficial Eletrônico, Portaria Nº 02/2020 – GAB/SMS, dia 18 de março de 2020, que restringe em 50% o agendamento de consultas eletivas para atendimento especializado, exceto nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Aparecida de Goiânia.

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:

RESOLVE:

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.

Considerando as portarias publicadas, a meta de atendimento ambulatorial que era de 10.560 passa a ser 7.392 atendimentos/mês.

A tabela 1, apresenta os atendimentos de Ambulatório pactuados e realizados considerando 70% da meta em Junho/2021. A coluna do percentual ofertado considera os atendimentos ofertados em razão da meta estipulada no

contrato de gestão.

Tabela 1 - atendimentos de Ambulatório Pactuados e Realizados

| Indicador | Grupo Indicador | Meta | 70% da meta* | Ofertado | Agendado 1º Consulta | Agendado Retorno | Realizado | Per% (Ofertado) |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------|--------------|--------------|----------------------|------------------|--------------|-----------------|
| Atendimento Médico Ambulatorial | Cardiologia | 704 | 493 | 506 | 274 | 231 | 456 | 102,64% |
| | Neurologia | 704 | 493 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| | Gastrenterologia | 352 | 247 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| | Pneumologia | 352 | 247 | 144 | 66 | 78 | 136 | 58,30% |
| | Pediatria | 704 | 493 | 523 | 301 | 208 | 428 | 106,09% |
| | Cirurgia Pediátrica | 704 | 493 | 100 | 50 | 39 | 78 | 20,28% |
| | Cirurgia Geral | 1056 | 740 | 744 | 89 | 120 | 183 | 100,54% |
| | Ortopedia | 1408 | 986 | 686 | 13 | 102 | 98 | 69,57% |
| | Urologia | 704 | 493 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| | Cirurgia Cardiovascular | 704 | 493 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| | Cirurgia Vascular | 704 | 493 | 30 | 13 | 2 | 12 | 6,09% |
| | Cirurgia do Aparelho Digestivo | 352 | 247 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| | Cirurgia Torácica | 352 | 247 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| | Ginecologia | 1056 | 740 | 761 | 386 | 339 | 641 | 102,84% |
| | Mastologia | 352 | 247 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00% |
| | Anestesiologia | 352 | 247 | 240 | 40 | 6 | 35 | 97,17% |
| Total Geral | | 10.560 | 7.392 | 3.734 | 1.232 | 1.125 | 2.067 | 50,51% |

*As metas foram arredondadas para cima.

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

2.1.1. Cardiologia

A tabela 2 apresenta a quantidade de atendimentos de cardiologia realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 2 - atendimentos de Cardiologia Pactuados e Realizados

| CRM | Nome | Ofertado | Agendado | Realizado | Abs |
|--------------------|------------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| 20435 | Guilherme Júnior Neves Dias | 104 | 104 | 91 | 12,50% |
| 20754 | Victor Eduardo de Almeida e França | 104 | 103 | 94 | 8,74% |
| 13572 | Douglas Silva Azevedo | 81 | 81 | 74 | 8,64% |
| 13313 | Douglas Valiati Bridi | 87 | 87 | 74 | 14,94% |
| 19043 | Victor Emanuel Santos | 130 | 130 | 123 | 5,38% |
| TOTAL GERAL | | 506 | 505 | 456 | 9,70% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertadas para Central de Regulação, 506 consultas, que correspondem a 102,64% da meta.

Dos 506 atendimentos ofertados, 505 foram de fato agendados, correspondendo a 99,80% da oferta. Dos agendamentos, 274 foram feitos pela regulação, que correspondem a 54,26% e 231 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que correspondem a 45,74%.

Dos 505 atendimentos agendados, 456 foram de fato realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 9,70%.

2.1.2. Neurologia

No atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de essencialidade dessa especialidade poderia ser absorvida por outra instituição de saúde do município de Aparecida de Goiânia, afim de evitar aglomerações na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.1.3. Gastreenterologia

No atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de essencialidade dessa especialidade poderia ser absorvida por outra instituição

de saúde do município de Aparecida de Goiânia, afim de evitar aglomerações na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.1.4. Pneumologia

A tabela 3 apresenta a quantidade de atendimentos de pneumologia realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 3 - Atendimentos de Pneumologia Pactuados e Realizados

| CRM | Nome | Ofertado | Agendado | Realizado | Abs |
|--------------------|---------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| 17978 | Luciany victor de Andrade | 144 | 144 | 136 | 5,56% |
| TOTAL GERAL | | 144 | 144 | 136 | 5,56% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertadas para Central de Regulação 144 atendimentos, que corresponde a 58,54% da meta.

Dos 144 atendimentos ofertados, 144 foram de fato agendados, correspondente a 100% da oferta. Dos agendamentos, 66 foram feitos pela regulação, que corresponde a 45,83% e 78 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que corresponde a 54,17%.

Dos 144 atendimentos agendados, 136 foram realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 5,56%. Das consultas oferecidas, apenas 58,54% foram agendadas pela central de regulação, garantindo total cobertura da demanda do município.

2.1.5. Pediatria

A tabela 4 apresenta a quantidade de atendimentos de pediatria realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 4 - Atendimentos de Pediatria Pactuados e Realizados

| CRM | Nome | Ofertado | Agendado | Realizado | Abs |
|-------|-------------------------------------|----------|----------|-----------|--------|
| 18625 | Jamila de Almeida Barbosa | 80 | 80 | 70 | 12,50% |
| 20629 | Ludymilla Cândida Ribeiro da | 120 | 120 | 102 | 15,00% |
| 6660 | Aloilma Matias de carvalho | 132 | 132 | 106 | 19,70% |
| 24245 | Paula Nunes Guimarães de Sá Barreto | 60 | 60 | 49 | 18,33% |
| 20229 | Debora Alves de Oliveira Aguiar | 131 | 117 | 101 | 13,68% |

| | | | | |
|--------------------|------------|------------|------------|---------------|
| TOTAL GERAL | 523 | 509 | 428 | 15,91% |
|--------------------|------------|------------|------------|---------------|

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertadas para Central de Regulação 523 atendimentos, que corresponde a 106,09% da meta.

Dos 523 atendimentos ofertados, 509 foram de fato agendados, correspondente a 97,30% da oferta. Dos agendamentos, 301 foram feitos pela regulação, que corresponde a 59,14% e 208 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que corresponde a 40,86%.

Dos 509 atendimentos agendados, 428 foram realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 15,91%.

2.1.6. Cirurgia Pediátrica

A tabela 5 apresenta a quantidade de atendimentos de cirurgia pediátrica realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 5 - Atendimentos de Cirurgia Pediátrica Pactuados e Realizados

| CRM | Nome | Ofertado | Agendado | Realizado | Abs |
|--------------------|--------------------------|----------|----------|-----------|--------|
| 13922 | Carlos Umberto F. Junior | 100 | 89 | 78 | 12,36% |
| TOTAL GERAL | | 100 | 89 | 78 | 12,36% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertados para Central de Regulação 100 atendimentos, que corresponde a 20,28% da meta.

Dos 100 atendimentos ofertados, 89 foram de fato agendados, correspondente a 89,00% da oferta. Dos agendamentos, 50 foram feitos pela regulação, que corresponde a 56,18% e 39 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que corresponde a 43,82%.

Dos 89 atendimentos agendados, 78 foram de fato realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 12,36%.

Logo, das vagas disponibilizadas, apenas 89,00% foram agendadas pelo Complexo Regulador, garantindo total cobertura da demanda do município.

2.1.7. Cirurgia Geral

A tabela 6 apresenta a quantidade de atendimentos de cirurgia geral realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 6 - Atendimentos de Cirurgia Geral

| CRM | Nome | Ofertado | Agendado | Realizado | Abs |
|--------------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|---------------|
| 13387 | Bruno Parreira Gomide | 120 | 22 | 19 | 13,64% |
| 12944 | Dinoel Cavalcante Guimarães Filho | 96 | 22 | 16 | 27,27% |
| 11346 | Juliano Servato Oliveira | 120 | 19 | 16 | 15,79% |
| 12763 | Guilherme Spósito Ribeiro Goyano | 96 | 24 | 20 | 16,67% |
| 21858 | Malú Aeloany Dantas Sarmiento | 120 | 61 | 56 | 8,20% |
| 12979 | Tiago Vasconcelos de Rezende | 192 | 61 | 56 | 8,20% |
| TOTAL GERAL | | 744 | 209 | 183 | 12,44% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertadas para Central de Regulação 744 atendimentos, que corresponde a 100,54% da meta.

Dos 744 atendimentos ofertados, 209 foram de fato agendados, correspondente a 28,09% da oferta. Dos agendamentos, 89 foram feitos pela regulação, que corresponde a 42,58% e 120 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que corresponde a 57,42%.

Dos 209 atendimentos agendados, 183 foram de fato realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 12,44%.

2.1.8. Ortopedia

A tabela 7 apresenta a quantidade de atendimentos de ortopedia realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 7 - Atendimentos de Ortopedia Pactuados e Realizados

| CRM | Nome | Ofertado | Agendado | Realizado | ABS |
|--------------------|-------------------------------|------------|------------|-----------|---------------|
| 16327 | Eduardo de Morais Duarte | 245 | 67 | 57 | 14,93% |
| 16199 | Epitácio Pereira Marques Neto | 196 | 12 | 10 | 16,67% |
| 15736 | Roger Beraldo Vieira | 49 | 8 | 7 | 12,50% |
| 15943 | Pedro Eduardo Barbosa Borges | 147 | 14 | 12 | 14,29% |
| 20310 | Murilo Caetano Noleto | 49 | 14 | 12 | 14,29% |
| TOTAL GERAL | | 686 | 115 | 98 | 14,78% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertadas para Central de Regulação 686 atendimentos, que corresponde a 69,57% da meta.

Dos 686 atendimentos ofertados, 115 foram de fato agendados,

correspondente a 16,76% da oferta. Dos agendamentos, 13 foram feitos pela regulação, que corresponde a 11,30% e 102 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que corresponde a 88,70%.

Dos 115 atendimentos agendados, 98 foram de fato realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 14,78%.

Das consultas oferecidas apenas 16,76% da oferta foram agendadas pela central de regulação, garantindo total cobertura da demanda do município.

2.1.9. Urologia

No atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de essencialidade dessa especialidade poderia ser absorvida por outra instituição de saúde do município de Aparecida de Goiânia, afim de evitar aglomerações na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.1.10. Cirurgia Cardiovascular

No atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de essencialidade dessa especialidade poderia ser suprimido, considerando que as cirurgias eletivas estão suspensas, afim de evitar aglomerações na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.1.11. Cirurgia Vascular

A tabela 8 apresenta a quantidade de atendimentos de cirurgia vascular realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 8 - Atendimentos de Cirurgia Vascular Pactuados e Realizados

| CRM | Nome | Ofertado | Agendado | Realizado | Abs |
|--------------------|---------------------------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| 67497 | Emilio Carlos Leão Veloso | 30 | 15 | 12 | 20,00% |
| TOTAL GERAL | | 30 | 15 | 12 | 20,00% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertadas para Central de Regulação 30 atendimentos, que corresponde a 6,09% da meta.

Dos 30 atendimentos ofertados, 15 foram de fato agendados, correspondente a 50,00% da oferta. Dos agendamentos, 13 foram feitos pela regulação, que corresponde a 86,67% e 2 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que corresponde a 13,33%.

Dos 15 atendimentos agendados, 12 foram de fato realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 20,00%.

Apenas 50% das vagas oferecidas foram de fato agendadas, garantindo 100% de cobertura da demanda do município.

2.1.12. Cirurgia do Aparelho Digestivo

No atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de essencialidade dessa especialidade poderia ser suprimido, considerando que as cirurgias eletivas estão suspensas, afim de evitar aglomerações na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.1.13. Cirurgia torácica

No atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a

transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de essencialidade dessa especialidade poderia ser suprimido, considerando que as cirurgias eletivas estão suspensas, afim de evitar aglomerações na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.1.14. Ginecologia

A tabela 9 apresenta a quantidade de atendimentos de ginecologia realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 9 - Atendimentos de Ginecologia Pactuados e Realizados

| CRM | Nome | Ofertado | Agendado | Realizado | ABS |
|--------------------|-------------------------------------|------------|------------|------------|---------------|
| 20472 | Igor De Oliveira E Silva | 216 | 198 | 182 | 8,08% |
| 20101 | Pâmella Deuzila De Oliveira Schelle | 75 | 75 | 65 | 13,33% |
| 17051 | Bruna Morais Faria | 180 | 179 | 154 | 13,97% |
| 22922 | Gabriela de Oliveira Ferreira | 60 | 45 | 40 | 11,11% |
| 16080 | Edlon Luiz Lamounier Júnior | 20 | 18 | 13 | 27,78% |
| 22535 | Thais Maia Fernandes | 210 | 210 | 187 | 10,95% |
| TOTAL GERAL | | 761 | 725 | 641 | 11,59% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertadas para Central de Regulação 761 atendimentos, que corresponde a 102,98% da meta.

Dos 761 atendimentos ofertados, 725 foram de fato agendados, correspondente a 95,27% da oferta. Dos agendamentos, 386 foram feitos pela regulação, que corresponde a 53,24% e 339 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que corresponde a 46,76%.

Dos 725 atendimentos agendados, 641 foram de fato realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 11,59%.

2.1.15. Mastologia

No atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de

essencialidade dessa especialidade poderia ser suprimido, considerando que as cirurgias eletivas estão suspensas, afim de evitar aglomerações na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.1.16. Anestesiologia (pré-operatório)

A tabela 10 apresenta a quantidade de atendimentos de anestesiologia realizados por médico em Junho/2021.

Tabela 10 - Atendimentos de Anestesiologia Pactuados e Realizados

| CRM | NOME DO MÉDICO | OFERTADO | AGENDADO | REALIZADO | ABS |
|--------------------|------------------------------|------------|-----------|-----------|---------------|
| 7600 | Nara Costa Dutra | 120 | 0 | 0 | 0,00% |
| 22685 | Oswaldo Carvalho Neto | 30 | 7 | 4 | 42,86% |
| 242906 | Rodrigo Alvares Paiva Macedo | 60 | 25 | 22 | 12,00% |
| 8178 | Lorena Lopes P.M. E Souza | 30 | 14 | 9 | 35,71% |
| TOTAL GERAL | | 240 | 46 | 35 | 23,91% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Foram ofertadas para Central de Regulação 240 atendimentos, que corresponde a 97,56% da meta.

Dos 240 atendimentos ofertados, 46 foram de fato agendados, correspondente a 19,17% da oferta. Dos agendamentos, 40 foram feitos pela regulação, que corresponde a 86,96% e 6 foram relativos aos retornos dos atendimentos, que corresponde a 13,04%.

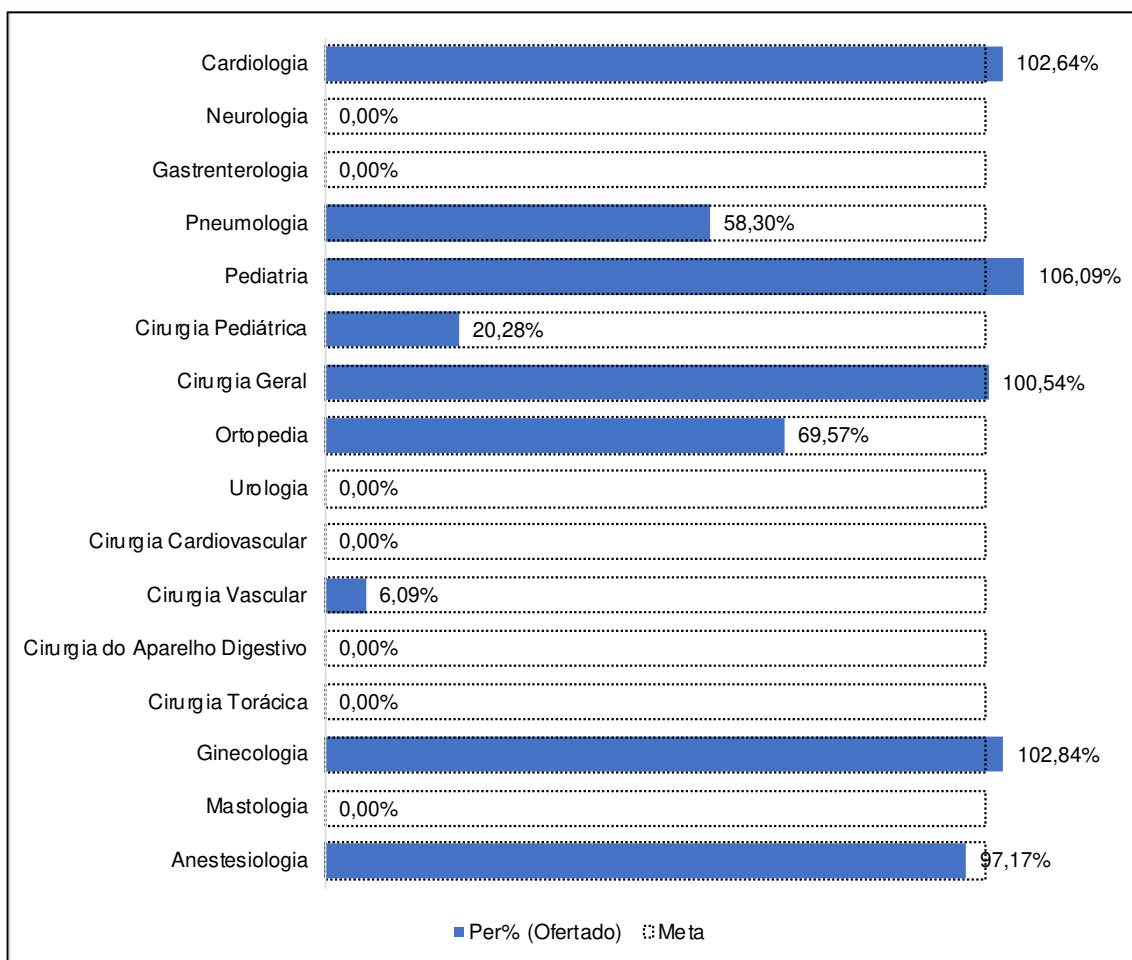
Dos 46 atendimentos agendados, 35 foram de fato realizados, o que nos dá uma taxa de absenteísmo de 23,91%.

Dos atendimentos ofertados, apenas 19,17% foram agendados, garantindo 100% de atendimento das demandas do município nessa especialidade.

2.1.17. Análise Gráfica

O Gráfico 1 apresenta a proporção da meta atingida por categoria de atendimento ambulatorial.

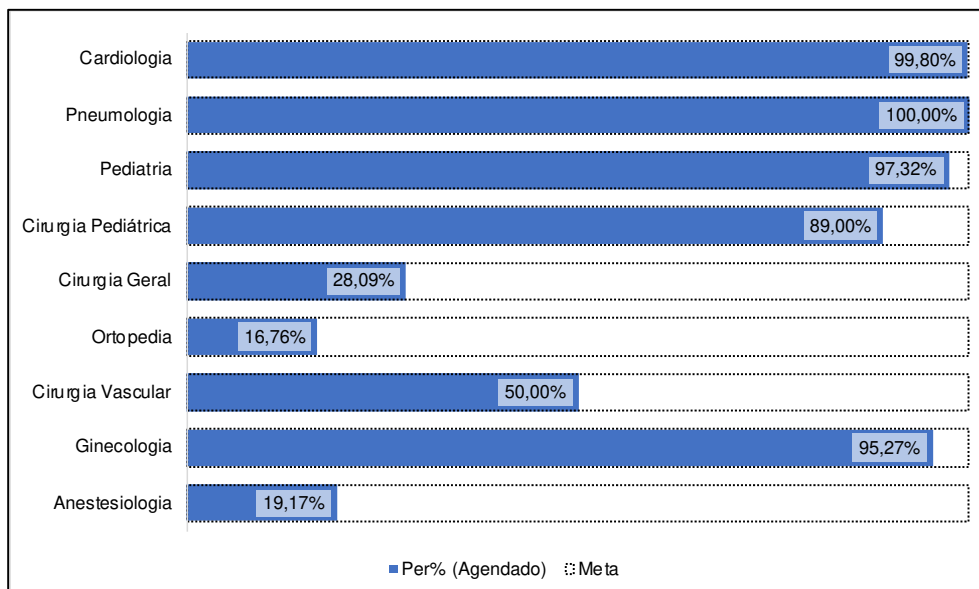
Gráfico 1 – Meta de Atendimento Ambulatorial por Categoria



Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

O Gráfico 2, apresentado a seguir, mostra a proporção de atendimentos agendados em relação a atendimentos ofertados.

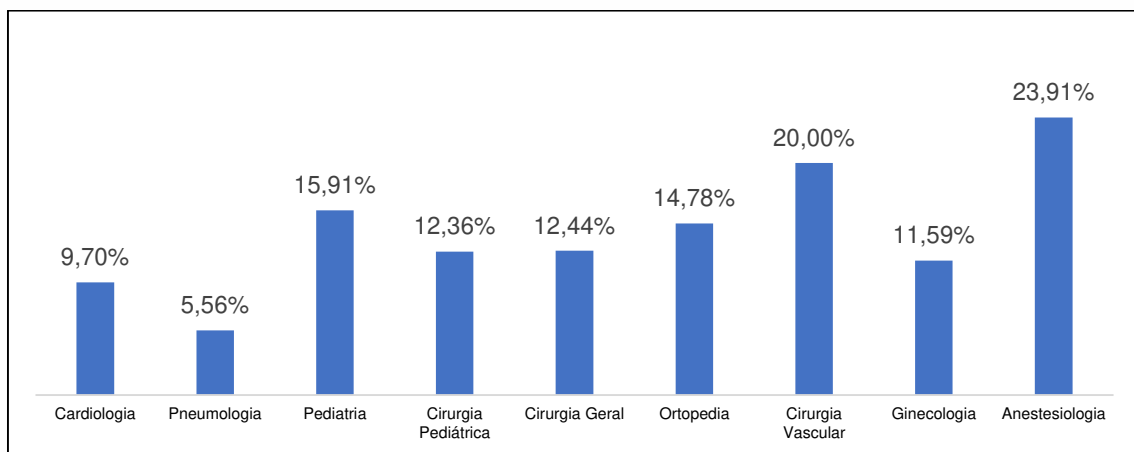
Gráfico 2 - Relação entre Atendimentos Agendados X Atendimentos Ofertados



Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

O Gráfico 3 mostra a taxa de absenteísmo por categoria.

Gráfico 3 - Taxa de absenteísmo por categoria



Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

2.2. Atendimento Não Médico Ambulatorial

A tabela 11 apresenta a quantidade de atendimentos não médicos realizados por Equipe Multiprofissional em Junho/2021.

Tabela 11 - Atendimentos Não médicos realizados

| Equipe Multiprofissional | Agendado | Realizado |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Fisioterapia | 18 | 18 |
| Fonoaudiologia | 6 | 6 |
| Nutricionista | 1 | 1 |
| TOTAL | 25 | 25 |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

Os atendimentos não médicos são agendados pela própria unidade no momento da alta do paciente, ou seja, são consultas realizadas em pacientes internos. No mês de referência, 100% dos pacientes agendados foram consultados, sendo 18 de Fisioterapia, 6 consultas de Fonoaudiologia e 1 de Nutricionista.

As consultas não médicas não possuem quantitativo pactuado no Contrato de Gestão, mas constam neste relatório para conhecimento.

2.3. Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT

A tabela 6 apresenta a quantidade de exames realizados pelo

SADT interno e externo em Junho/2021.

Tabela 12 - Quantidade de Exames Realizados Pelo SADT Interno e Externo

| Indicador | Grupo-Indicador | Meta | SADT Interno | | SADT Externo | | Geral | |
|--------------|---------------------------------------|--------------|----------------|-----------------------------------|--------------|-------------|--------------|----------------|
| | | | HMAP Realizado | Centro de Especialidade Realizado | Ofertado | Realizado | Realizado | Per% (Total) |
| Exames | Diagnóstico em Laboratório | 16000 | 53115 | 6034 | 0 | 0 | 59149 | 369,68% |
| | Diagnóstico em Radiologia | 2880 | 559 | 3 | 2880 | 1898 | 2460 | 85,42% |
| | Diagnóstico por Ultrassonografia | 2640 | 490 | 1 | 1390 | 1060 | 1551 | 58,75% |
| | Diagnóstico por Tomografia | 1440 | 736 | 156 | 1440 | 1305 | 2197 | 152,57% |
| | Diagnóstico por Ressonância | 792 | 99 | 0 | 500 | 292 | 391 | 49,37% |
| | Diagnóstico por endoscopia | 300 | 42 | 0 | 0 | 0 | 42 | 14,00% |
| | Métodos diagnósticos em especialidade | 1385 | 23 | 0 | 0 | 0 | 23 | 1,66% |
| Total | | 25437 | 55064 | 6194 | 6210 | 4555 | 65813 | 258,73% |

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório

A coluna do percentual total considera a soma de exames realizados em razão da meta estipulada no contrato de gestão.

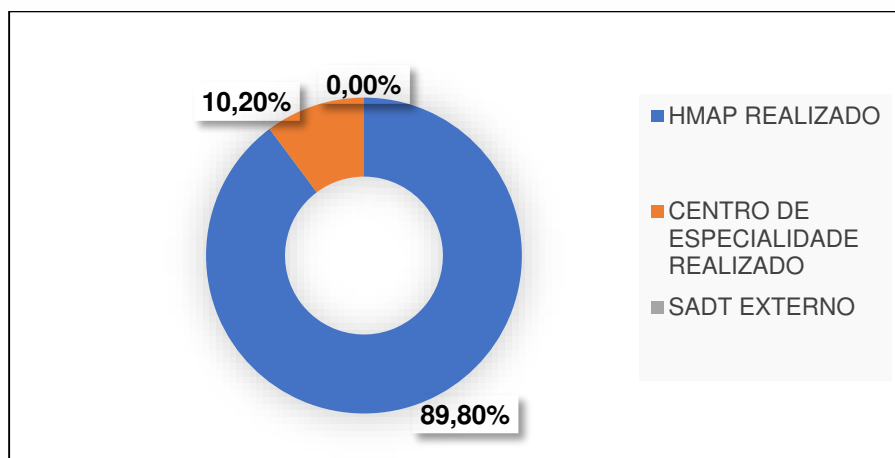
2.3.1. Diagnóstico em Laboratório

Foram realizados um total de 59.149 exames de laboratório, correspondendo a 369,68% da meta. Destes, 53.115 foram realizados no SADT interno do HMAP, correspondendo a 89,80%, 6.034 no SADT interno do centro de especialidades, correspondendo a 10,20% e não foram realizados exames no SADT externo.

Devido ao tamanho reduzido da sala de espera, não estão sendo agendadas exames desta especialidade para evitar aglomeração.

O gráfico 4, apresentado a seguir, mostra a distribuição dos exames por localidade.

Gráfico 4 - Proporção de Diagnóstico em Laboratório por Localidade



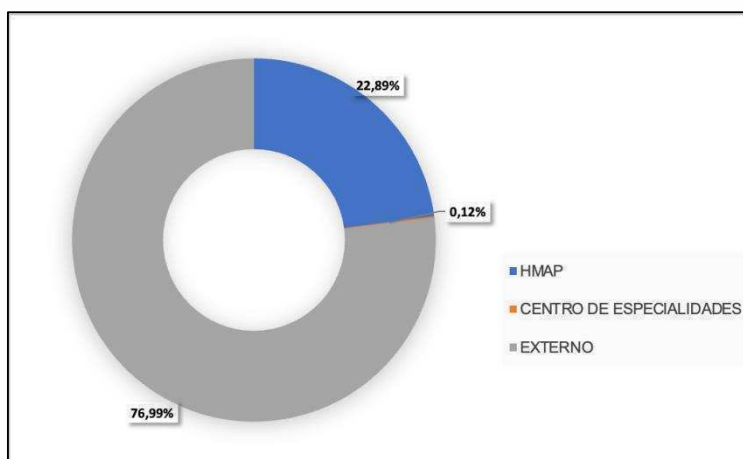
Fonte: Relatório da Coordenação do SADT

2.3.2. Diagnóstico por Radiologia

Foram realizados um total de 2.460 exames de radiologia, correspondendo a 85,42% da meta. Destes, 559 foram realizados no SADT interno HMAP, correspondendo a 22,72%, 3 no SADT interno do centro de especialidades, correspondendo a 0,12% e 1898 no SADT externo, correspondendo a 77,15%.

O SADT externo ofertou para a Central de Regulação 2.880 exames e foram realizados 1.898 exames o que corresponde a 65,90% da oferta. Dos exames ofertados ao município 65,90% foram agendados, garantindo 100% de cobertura das demandas do município. O gráfico 5, apresentado a seguir, mostra a distribuição dos exames por localidade.

Gráfico 5 – Proporção de Diagnóstico por Radiologia por Localidade



Fonte: Relatório da Coordenação do SADT

2.3.3. Diagnóstico por Ultrassonografia

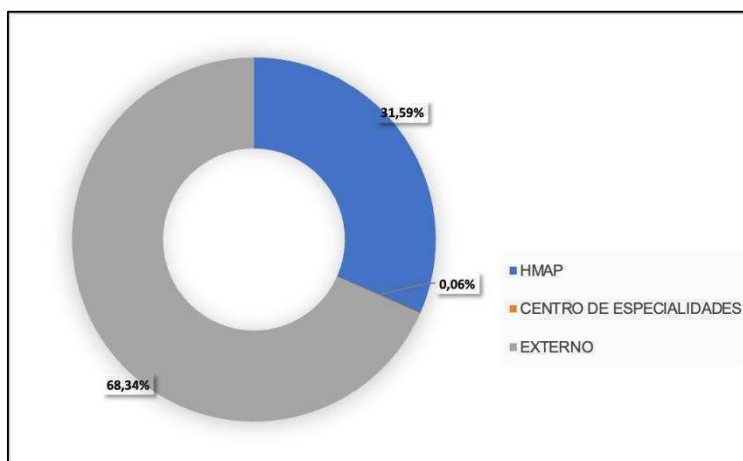
Foram realizados um total de 1551 exames de Diagnóstico por Ultrassonografia, correspondendo a 58,75% da meta, destes, 490 foram realizados no SADT interno HMAP, correspondendo a 31,59%, 1 no SADT interno do centro de especialidades, correspondendo a 0,06% e 1.060 no SADT externo, correspondendo a 68,34%.

O SADT externo ofertou para a Central de Regulação 1.390 exames e foram realizados 1.060 exames o que corresponde a 76,26% da oferta.

Dos exames ofertados ao município 76,26% foram agendados, garantindo 100% de cobertura das demandas do município.

O gráfico 6, apresentado a seguir, mostra a distribuição dos exames por localidade.

Gráfico 6 - Proporção de Diagnóstico por Ultrassonografia por Localidade



Fonte: Relatório da Coordenação do SADT

2.3.4. Diagnóstico por Tomografia

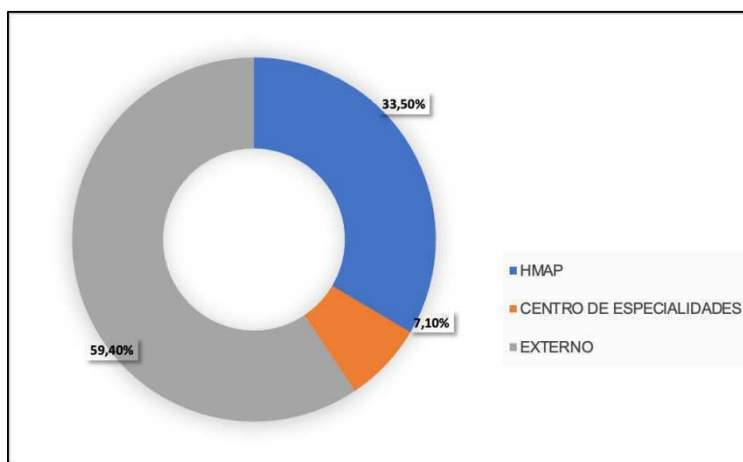
Foram realizados um total de 2.197 exames de Diagnóstico por Tomografia, correspondendo a 152,57% da meta, destes, 736 foram realizados no SADT interno HMAP, correspondendo a 33,50%, 156 no SADT interno do centro de especialidades, correspondendo a 7,10% e 1.305 no SADT externo, correspondendo a 59,40%.

O SADT externo ofertou para a Central de Regulação 1.440 exames e foram realizados 1.305 exames o que corresponde a 65,54% dos exames agendados.

Dos exames ofertados ao município 65,54% foram agendados, garantindo 100% de cobertura das demandas do município.

O gráfico 7, apresentado a seguir, mostra a distribuição dos exames por localidade.

Gráfico 7 - Proporção de Diagnóstico por Tomografia por Localidade



Fonte: Relatório da Coordenação do SADT

2.3.5. Diagnóstico por Ressonância

Foram realizados um total de 391 exames de Diagnóstico por Ressonância, correspondendo a 49,37% da meta, destes, 99 foram realizados no SADT interno HMAP, correspondendo a 25,32% e 292 no SADT externo, correspondendo a 74,68%.

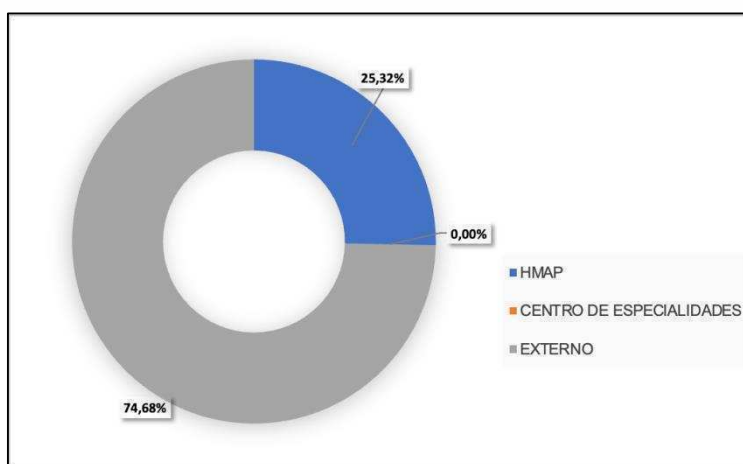
O SADT externo ofertou para a Central de Regulação 500 exames e foram realizados 391 exames o que corresponde a 78,20% dos exames

agendados.

Dos exames ofertados ao município 78,20% foram agendados, garantindo 100% de cobertura das demandas do município.

O gráfico 8, apresentado a seguir, mostra a distribuição dos exames por localidade.

Gráfico 8 - Proporção de Diagnóstico por Ressonância por Localidade



Fonte: Relatório da Coordenação do SADT

2.3.6. Diagnóstico por Endoscopia

Foram realizados um total de 42 exames de Diagnóstico por Endoscopia, correspondendo a 14,00% da meta, todos realizados pelo SADT interno do HMAP. Todos os exames de endoscopia e colonoscopia ganharam protocolos mais rígidos para que possam ser realizados durante a pandemia. A SOBED (Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva) elaborou algumas diretrizes para garantir que a equipe de saúde e os pacientes possam ser submetidos ao procedimento de forma segura e só serem realizados em casos em que o exame não pode ser adiado.

No atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de essencialidade desse exame poderia ser suprimido, afim de evitar aglomerações

na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.3.7. Métodos diagnósticos em Especialidade

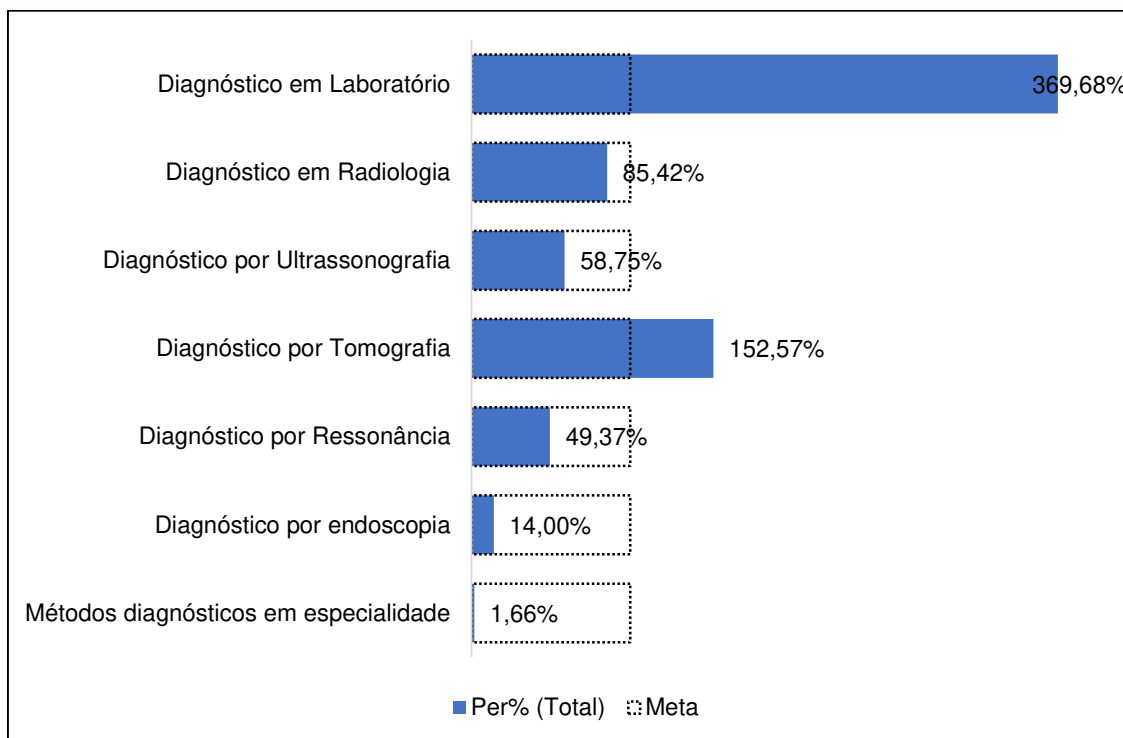
Foram realizados um total de 23 exames de Eletrocardiograma no Diagnóstico em Especialidade, correspondendo a 1,66% da meta, todos realizados pelo SADT interno do HMAP.

Devido ao atual cenário global da pandemia causada pelo novo coronavírus, medidas de saúde pública são fundamentais para retardar a transmissão e a propagação do vírus e mitigar seus impactos. Após estudo, e considerando a estrutura física do Hospital, foi estabelecido que o grau de essencialidade desse exame poderia ser suprimido, afim de evitar aglomerações na sala de espera de atendimento, garantindo que todos os pacientes pudessem aguardar atendimento/exame sentados e respeitando as normas de distanciamento social.

2.3.8. Análise Gráfica

O Gráfico 9 apresenta a proporção da meta atingida por categoria de exames realizados.

Gráfico 9 - Meta de Exame por Categoria



Fonte: Relatório da Coordenação do SADT

2.4. Internações (Saídas Hospitalares)

A tabela 13 apresenta a quantidade de procedimentos de internação (Saídas hospitalares) pactuados e realizados em junho/2021.

Tabela 13 - Internação (Saídas Hospitalares)

| Indicador | Grupo-Indicador | Meta | Realizado | Perc. % |
|---------------------|------------------------|-------------|------------|---------------|
| Saídas Hospitalares | Clínica Médica | 364 | 104 | 28,57% |
| | Clínica Pediátrica | 111 | 9 | 8,11% |
| | Clínica Cirúrgica | 376 | 0 | 0,00% |
| | UTI Adulto (diárias) | 540 | 452 | 83,70% |
| | UTI Infantil (diárias) | 270 | 69 | 25,56% |
| TOTAL | | 1661 | 634 | 38,17% |

Fonte: Coordenação dos Setores

2.4.1. Clínica Médica

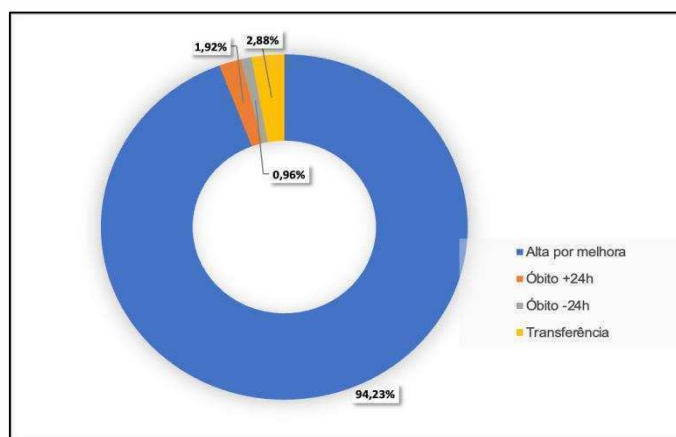
O contrato de gestão possui meta pactuada em 364 saídas hospitalares por mês, contando com 90 leitos em um cenário normal. Tendo em vista a pandemia que o Brasil vem vivenciando, houve a necessidade de adequações na distribuição dos leitos, onde 45 leitos foram destinados a pacientes diagnosticados com COVID-19 no mês de junho/2021, contabilizando

1.350 leitos diários. Destes, 116 foram bloqueadas em decorrência da necessidade de isolamento de pacientes com suspeita de COVID-19, bactéria multirresistente e tuberculose, recomendado pela equipe médica de infectologia, justificando a divergência com o sistema Epimed.

No período foram contabilizados 1.135 pacientes dia, com tempo médio de permanência de 8,80 dias e taxa de ocupação operacional de 91,98%. Houve 104 saídas hospitalares, representando 28,57% da meta pactuada. Levando em consideração o número de leitos redistribuídos para pacientes com COVID-19 e bloqueados, encontra-se a média de 40 leitos por dia, proporcionalizando uma meta de 162 saídas mensal. As 104 saídas do mês de Junho/2021 representam 64,29% desta meta proporcional.

Das 104 saídas hospitalares, 98 altas foram por melhora, 2 altas por óbitos com período de internação maior que 24 horas, 1 alta por óbito com período de internação menor que 24 horas e 3 transferências externas, havendo assim uma taxa de mortalidade institucional de 1,92%.

Gráfico 10 - Proporção de Saídas Hospitalares da Clínica Médica por motivo



Fonte: Coordenação dos Setores

2.4.2. Clínica Pediátrica

O contrato de gestão possui meta pactuada em 111 saídas hospitalares por mês, contando com 30 leitos.

Tendo em vista a pandemia que o Brasil vem vivenciando, houve a necessidade de adequações na distribuição dos leitos, onde 30 leitos foram destinados a pacientes diagnosticados com COVID-19. No mês de junho/2021

foram disponibilizados 6 leitos em um espaço físico diferente do originário para esta especialidade, contabilizando 180 diárias, destas, 68 foram bloqueadas em decorrência da necessidade de isolamento de pacientes com suspeita de COVID-19 por recomendações dos médicos infectologistas, explicando a divergência com o sistema da Epimed.

No período foram contabilizados 56 pacientes dia, com tempo médio de permanência de 6,22 dias e taxa de ocupação operacional de 50,00%. Houve 9 saídas hospitalares, representando 8,11% da meta, todas elas por alta por melhora.

A meta pactuada pelo contrato de gestão não foi atingida devido a falta de leitos disponíveis em decorrência da mudança do perfil da unidade, redistribuindo a infraestrutura para atendimento de pacientes diagnosticados com COVID-19.

2.4.3. Clínica Cirúrgica

O contrato de gestão possui meta pactuada em 376 saídas hospitalares por mês, contando com 50 leitos.

Tendo em vista a pandemia que o Brasil vem vivenciando, houve a necessidade de adequações na distribuição dos leitos, onde os 31 leitos foram destinados a pacientes diagnosticados com COVID-19.

Conforme a portaria nº 312/2021 - SES-GO fez-se necessário o fechamento por tempo indeterminado da ala da clínica cirúrgica. Portanto, não há a possibilidade de cumprir a meta pactuada em contrato.

2.4.4. UTI Adulto

O contrato de gestão possui meta pactuada em 540 diárias por mês, contando com 20 leitos.

Durante o período de 01/06/2021 a 10/06/2021, a UTI Covid Térreo 2 atendeu com 10 leitos pacientes de perfil de UTI Adulta e durante o período de 11/06/2021 a 16/06/2021/ a UTI COVID Térreo 2 atendeu com 1 leito pacientes de perfil de UTI Adulta. Durante o período de 01/06/2021 a 12/06/2021, a UTI

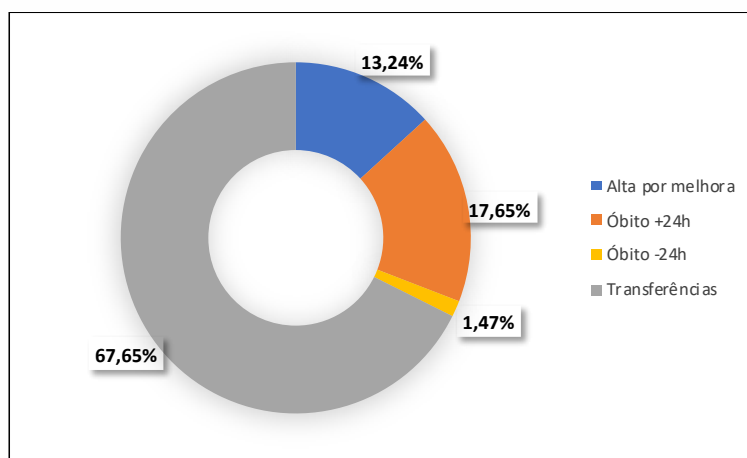
Covid Térreo 2 com 10 leitos pacientes de perfil de UTI Adulta.

Somando com a quantidade de leitos ativos da UTI 1 e 2, são contabilizado 826 diárias, correspondendo a uma média de 27 leitos ativos por dia, destes, 10 foram bloqueadas em decorrência da necessidade de isolamento de pacientes com suspeita de COVID-19 por recomendações dos médicos infectologistas, explicando a divergência com o sistema da Epimed.

No período foram contabilizados 541 pacientes dia, com tempo médio de permanência de 7,38 dias e taxa de ocupação operacional de 65,50%,

Houve 68 saídas, sendo 9 altas por melhora, 12 altas por óbitos com período de internação maior que 24 horas, uma alta por óbito com período de internação menor que 24 horas e 46 transferências internas, havendo assim, uma taxa de mortalidade institucional de 17,65%, como mostra o gráfico 11, a seguir.

Gráfico 11 - Proporção de Saídas Hospitalares da UTI Adulta por motivo



Fonte: Coordenação UTI

2.4.5. UTI Pediátrica

O contrato de gestão possui meta pactuada em 270 diárias por mês, contando com 10 leitos.

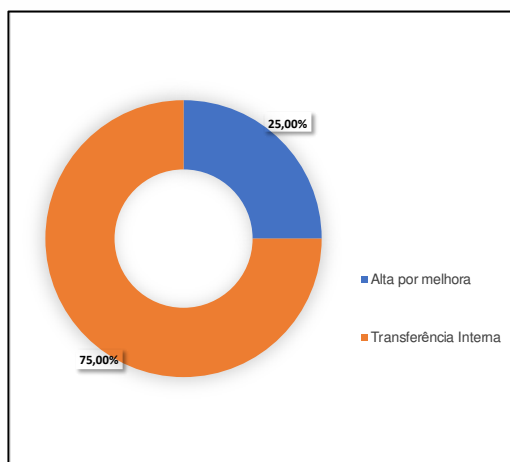
Tendo em vista a pandemia que o Brasil vem vivenciando, houve a necessidade de adequações na distribuição dos leitos, onde 10 leitos foram destinados a pacientes diagnosticados com COVID-19. No mês de junho de 2021 foram disponibilizados 4 leitos em um espaço físico diferente do originário

para esta especialidade, contabilizando 120 diárias.

No período foram contabilizados 69 pacientes dia, com tempo médio de permanência de 17,22 dias e taxa de ocupação operacional de 57,50%, representando 25,56% da meta pactuada.

Houve 4 saídas hospitalares, sendo 1 altas por melhora, e 3 por transferências internas, como mostra o gráfico 12, a seguir.

Gráfico 12 - Proporção de Saídas Hospitalares da UTI Pediátrica por motivo



Fonte: Coordenação dos Setores

A meta pactuada pelo contrato de gestão não foi atingida devido a falta de leitos disponíveis em decorrência da mudança do perfil da unidade, redistribuindo a infraestrutura para atendimento de pacientes diagnosticados com COVID-19.

2.5. Atendimento Médico de Urgências e Emergências

A tabela 14, a seguir, apresenta a quantidade de atendimentos médico de Urgência e Emergência pactuados e realizados em junho/2021.

Tabela 14 - Quantidades de Procedimentos de Internação (Saídas Hospitalares)

| Indicador | Meta | Demanda Referenciada | Demanda Espontânea | Demanda Cirurgias | Total |
|---|-------|----------------------|--------------------|-------------------|-------|
| Atendimento Médico de Urgências e Emergências | 1.200 | 346 | 70 | 2 | 418 |

Fonte: Coordenação da Urgência e Emergência.

O contrato de gestão tem como meta 1.200 atendimentos médicos de urgência e emergência, com demanda referenciada do Complexo Regulador

do Município de Aparecida de Goiânia, divididos nas especialidades clínica médica, clínica geral, ortopedia e pediatria.

No mês de junho/2021 foram solicitadas 866 vagas pelo Complexo Regulador de leitos, sendo liberadas 390, destas, 19 foram canceladas pelo próprio Complexo Regulador (justificadas por óbitos, altas e evasão) e 27 vagas foram liberadas, porém os pacientes não chegaram ao hospital e não houve justificativa.

Foram atendidos, via ambulatório, 2 pacientes referenciados pela regulação que necessitaram de internação por demanda cirúrgica. No total, 348 pacientes deram entrada na unidade efetivando a internação, correspondendo a 29,00% da meta. As 476 Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foram negadas por não se tratar de pacientes dentro do perfil da unidade, pela AIH estar incompleta ou com dados inconsistentes, por falta de leitos de COVID-19 e leitos clínicos, com valores indicados pela tabela 15, a seguir.

Tabela 15 - Quantidade de AIH negadas por motivo:

| Motivo de Negação | Quantidade |
|------------------------------------|------------|
| AIH Incompleta ou inconsistente | 95 |
| Falta de Leito | 265 |
| Falta de Leito de Isolamento | 62 |
| Falta de Leito de UTI | 14 |
| Falta de Leito de UTI Isolamento | 8 |
| Paciente Fora do Perfil da Unidade | 32 |
| TOTAL | 476 |

Fonte: Coordenação da Urgência e Emergência.

Observamos que, dos 70 pacientes que deram entrada por demanda espontânea no Pronto Atendimento, 60 foram referenciados para UBS's, UPA's e CAIS's do município e 10 foram internados na unidade. Mesmo se tratando de unidade porta fechada, alguns pacientes em estado crítico procuram o HMAP para atendimento e o hospital por lei é proibido de negar atendimento, sob pena de incorrer em omissão de socorro.

Portanto, a meta pactuada pelo contrato de gestão não foi atingida devido a falta de leitos disponíveis em decorrência da mudança do perfil da unidade, redistribuindo a infraestrutura para atendimento de pacientes diagnosticados com COVID-19.

2.6. Procedimentos Cirúrgicos

A tabela 16 apresenta a quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados em junho de 2021.

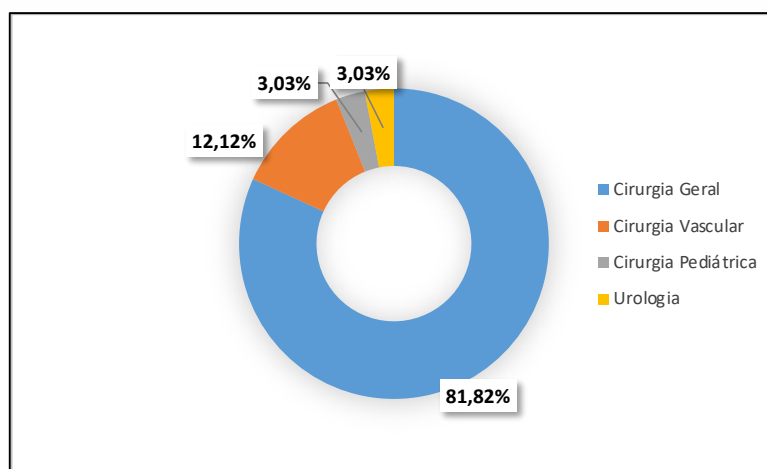
Tabela 16 - Qualidade de Procedimentos Cirúrgicos por Especialidade

| Especialidade | Quantidade |
|---------------------|------------|
| Cirurgia Geral | 27 |
| Cirurgia Vasculuar | 4 |
| Cirurgia Pediátrica | 1 |
| Urologia | 1 |
| TOTAL | 33 |

Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico

No mês de junho/2021 foram realizadas 33 cirurgias, todas de urgência, que corresponde a 100% das cirurgias realizadas. Destas cirurgias, 27 foram da especialidade de cirurgia geral totalizando 81,82%, 4 cirurgias vasculares, que totalizam 12,12%, além de 1 cirurgia pediátrica e 1 cirurgia de urologia, totalizando 3,03% cada, como mostra o gráfico 13, a seguir.

Gráfico 13 - Proporção de procedimentos cirúrgicos por especialidade



Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico

As cirurgias totalizaram 41 horas e 45 minutos de tempo cirúrgico, apresentado uma média de 01 hora e 15 minutos por cirurgia.

A portaria 312/2021 – SES-GO suspendeu o agendamento desta modalidade de cirurgia, dessa forma estão sendo realizadas apenas as demandas cirúrgicas encaminhadas pelos atendimentos de urgência.

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.

Tabela 17 - Indicadores de Qualidade Realizados em Junho/2021

| 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% | 2,79% |

Fonte: Gerência de Qualidade

O Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP até o final da implantação deverá contar com as seguintes comissões:

- a) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- b) Comissão de Ética Médica;
- c) Comissão de Ética de Enfermagem;
- d) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- e) Comissão de Verificação de Óbito;
- f) Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional;
- g) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes –CIPA;
- h) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho;

- i) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
- j) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- k) Comissão de Humanização;
- l) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes –CIHDOTT.

Os indicadores referentes ao monitoramento do funcionamento das comissões serão apresentados a seguir.

3.1. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

| | | | |
|------------------------------|------------|----------------------------------|--------------------|
| Data da constituição: | 15/03/2019 | Periodicidade de reunião: | Mensal |
| Número de membros: | 16 | Presidente: | 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 de reunião referente ao mês de Junho aconteceu no dia 29/06/2021.

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

3.2. Comissão de Ética Médica

| | | | |
|------------------------------|------------|----------------------------------|----------------------|
| Data da constituição: | 24/09/2019 | Periodicidade de reunião: | Mensal |
| Número de membros: | 02 | Presidente: | 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 junho a Comissão de Ética Médica não realizou reunião, visto que a unidade se encontrava em eleição para os novos integrantes da comissão de Ética Médica.

Devido ações estratégicas estipuladas, a comissão está em constante apoio acordo clínico do hospital e aguardando a posse dos novos membros.

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

3.3. Comissão de Ética de Enfermagem

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

◆ 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

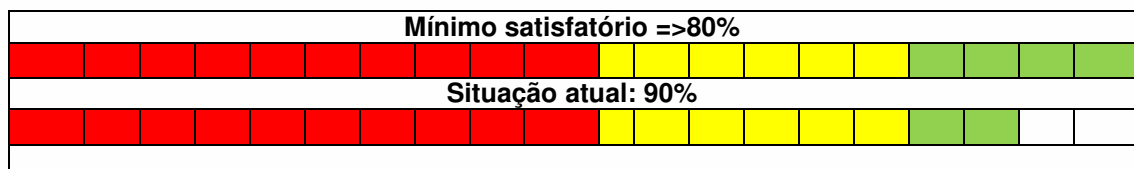
| | | | |
|------------------------------|------------|----------------------------------|----------------------------|
| Data da constituição: | 20/02/2019 | Periodicidade de reunião: | Mensal |
| Número de membros: | 11 | Presidente: | Ericka Vieira Ximenes Belo |

◆ Indicador

- Presença nas Reuniões

É evidenciado através do cálculo:

$$\frac{\text{Nº de Participantes da estrutura técnica operacional}}{\text{Nº total de componentes da estrutura técnica operacional}} \times 100$$



Cálculo: $11/10 \times 100$

Resultado: O percentual de mais de 90% de presença dos membros da reunião.

- Avaliação de Prontuário

Avaliar a percentagem de prontuários revisados no referido mês de análise, avaliado por meio do número de prontuários revisados no mês, dividido

■ Insatisfatório ■ Satisfatório ■ Muito satisfatório

pelo número total de saídas (altas, transferências externas), menos o total de óbitos no mês multiplicado por 100.

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

Cálculo: $26/226 \times 100$.

Resultado: 11,5%.

- ◆ Análise crítica

A Comissão de análise e revisão de prontuários reuniu-se no dia 06 de Julho de 2021, com a seguinte pauta: análise e revisão dos prontuários referente ao mês de junho de 2021. Como ilustrado no quadro acima obtivemos 90% de participação dos membros da estrutura técnica operacional.

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

3.5. Comissão de Verificação de Óbitos

| | | | |
|------------------------------|------------|----------------------------------|----------------------------|
| Data da constituição: | 20/02/2019 | Periodicidade de reunião: | Mensal |
| Número de membros: | 11 | Presidente: | Ericka Vieira Ximenes Belo |

◆ Indicador

- Presença nas reuniões.



É evidenciado através do cálculo:

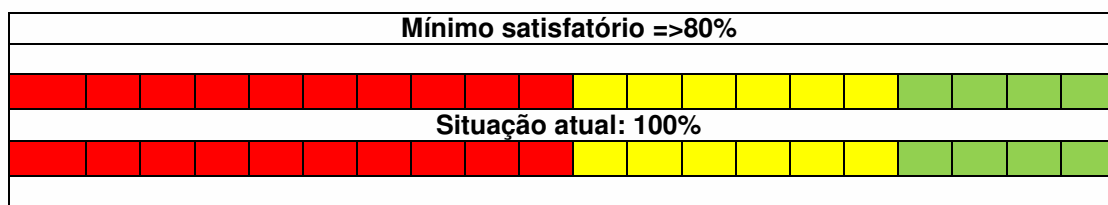
$$\frac{\text{Nº de Participantes da estrutura técnica operacional}}{\text{Nº total de componentes da estrutura técnica operacional}} \times 100$$

■ Insatisfatório ■ Satisfatório ■ Muito satisfatório

Resultado: O percentual de 90% dos membros da reunião.

- Reuniões realizadas

É evidenciado através do cálculo:



$$\frac{\text{Nº de reuniões realizadas}}{\text{Nº de reuniões programada}} \times 100$$

■ Insatisfatório ■ Satisfatório ■ Muito satisfatório

Resultado: O percentual de 100% de reunião programada.

- Avaliação de óbitos

É evidenciado através do cálculo:

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

Cálculo: 111/111*100

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

- Avaliação de Prontuários Incompletos

Resultado: Será apresentado o plano de ação.

- Avaliação de Prontuários Corrigidos

Resultado: Será apresentada a relação dos prontuários corrigidos a partir do plano de ação.

- ◆ Análise Crítica

A Comissão de verificação de óbitos realizou reunião no dia 06 de Junho de 2021, a qual abordou em ata apresentação das verificações dos óbitos referente ao mês de Junho de 2021 e as ações de melhoria no processo de preenchimento da DO.

Foram avaliados 111 óbitos, destes 105 DO's contém itens de conformidades, sendo 03 com errata e 02 direcionado ao SVO. Os óbitos são verificados através do formulário (FOR.097.DCM) e neste contendo o total de zero (0) não conformidades.

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

3.6. Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

| | | | |
|------------------------------|------------|----------------------------------|---------------------------|
| Data da constituição: | 20/02/2019 | Periodicidade de reunião: | Mensal |
| Número de membros: | 6 | Presidente: | Amanda Inácia de Oliveira |

- ◆ Indicador

Consta no relatório da comissão.

- ◆ Análise Crítica

A Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional realizou reunião no dia 06 de Julho 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

| | | | |
|------------------------------|------------|----------------------------------|----------------------|
| Data da constituição: | 30/08/2019 | Periodicidade de reunião: | Mensal |
| Número de membros: | 15 | Presidente: | 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 08 de Junho/2021, com a seguinte pauta: Assuntos inerentes a segurança dos colaboradores do HMAP. No mês de referência foram registradas 05 ocorrências de acidente de trabalho, ambos com envolvimento de perfuro-cortantes o coordenador do setor onde ocorreu promoverá um treinamento para equipe para evitar estes tipos de acidentes.

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 - SESMET

◆ 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;
- ✓ Examinar os locais de trabalho, identificar e propor providências cabíveis;
- ✓ Identificar medidas de proteção individual;
- ✓ Elaboração de fluxograma de acidente de trabalho com agente biológico;
- ✓ Encaminhar colaboradores para realização de exames admissionais;
- ✓ Demais rotinas inerentes ao SESMT.

No mês de referência foram registradas quatro (04) ocorrências de acidente de trabalho ambos com prestadores terceirizado como causa contato com secreção biológica, e 01 acidente de trajeto.

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

3.9. Comissão de Humanização

| | | | |
|------------------------------|------------|----------------------------------|-----------------------|
| Data da constituição: | 26/03/2019 | Periodicidade de reunião: | Mensal |
| Número de membros: | 11 | Presidente: | Renan Cardoso Mamedes |

◆ Indicador

Consta no relatório da comissão.

◆ Análise crítica

A Comissão de humanização realizou reunião no dia 07 de Julho 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:

- ✓ Comemoração do Dia do Doador de Sangue;
- ✓ Comemoração do Dia do Profissional de RH;

- ✓ Comemoração do Dia Mundial do Meio Ambiente;
- ✓ Comemoração do Dia dos Namorados pacientes internados na unidade ganharam café da tarde romântico com seus amores;
- ✓ Comemoração do Dia de São no refeitório da unidade, com decoração especial, comidas típicas e guloseima;
- ✓ 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.”

3.10. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes – CIHDOTT

| | | | |
|------------------------------|------------|----------------------------------|-------------------------|
| Data da constituição: | 04/07/2019 | Periodicidade de reunião: | Mensal |
| Número de membros: | 9 | Presidente: | 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 nos dias 11 e 18 de Junho de 2021 com a seguinte pauta: apresentação dos óbitos com foco no processo de doação de órgãos e tecidos do mês de Junho.

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

O censo de origem dos pacientes atendidos e referenciados é uma informação que auxilia o gestor da unidade e da Secretaria Municipal de Saúde, conhecer o fluxo de pacientes, planejar diversas ações de saúde, inclusive na orientação do desenho de Redes Temáticas Assistenciais de Saúde e fluxos da Regulação de Acesso.

Importante informar que alguns pacientes não informam cidade, bairro, o que justifica a diferença se comparado com a produção.

4.1. Censo de origem por Cidade

Tabela 18 - Censo por Cidade

| Cidade | Quantitativo |
|----------------------|--------------|
| Aparecida De Goiânia | 317 |
| Angical | 1 |
| Aragoiânia | 1 |
| Cezarina | 2 |
| Doverlandia | 1 |
| Goianésia | 1 |
| Goânia | 50 |
| Goianira | 2 |
| Hidrolândia | 4 |
| Indiara | 2 |
| Leopoldo De Bulhões | 1 |
| Maripotaba | 1 |
| Mineiros | 1 |
| Orizona | 2 |
| Palmeiras De Goiás | 1 |
| Pontalina | 2 |
| Piracanjuba | 3 |
| Santa Vitoria | 1 |
| Professor Jamil | 1 |
| Senador Canedo | 13 |
| Silvania | 1 |
| Varjão | 1 |
| Vicentinópolis | 1 |
| TOTAL | 410 |

Fonte: HMAP

4.2. Censo de origem por Bairro - Aparecida de Goiânia

Tabela 19 - Censo por Bairro de Aparecida de Goiânia

| Bairro | Quantitativo |
|----------------------------|--------------|
| Aeroporto Sul | 1 |
| Alvorada | 1 |
| Alvorada Sul | 1 |
| Setor Dos Afonsos | 3 |
| Jardim Alto Paraiso | 1 |
| American Park | 2 |
| Bairro Cardoso | 6 |
| Bairro Cardoso li | 5 |
| Bairro Cardoso Continuação | 3 |

| | |
|--------------------------|----|
| Bairro Ilda | 1 |
| Bairro Independência | 5 |
| Bela Vista | 1 |
| Campos Dourados | 1 |
| Campo Elísios | 2 |
| Setor Central | 4 |
| Chacara Sao Pedro | 2 |
| Cidade Satelite Sao Luiz | 5 |
| Cidade Vera Cruz | 4 |
| Cidade Vera Cruz li | 2 |
| Colina Azul | 5 |
| Colonial Sul | 1 |
| Conjunto Estrela Do Sul | 3 |
| Condominio Das Esmeralda | 1 |
| Conde Dos Arcos | 1 |
| Conj Madre Germana I | 1 |
| Cj Cruzeiro Do Sul | 1 |
| Expansul | 1 |
| Fabricio | 1 |
| Garavelo | 6 |
| Garavelo Res Park | 8 |
| Garavelo Sul 2 | 2 |
| Jd Santo Antonio | 1 |
| Independencia Mansoes | 12 |
| Internacional Park | 1 |
| Jardim Alto Paraiso | 1 |
| Jardim Bonança | 1 |
| Jardim Cascata | 2 |
| Jardim Belo Horizonte | 8 |
| Jardim Boa Esperança | 3 |
| Jardim Canedo | 1 |
| Jardim Buriti Sereno | 12 |
| Jardim Dom Boscoii | 3 |
| Jardim Dos Buritis | 3 |
| Jardim Helvecia | 5 |
| Jardim Imperial | 2 |
| Jardim Ipiranga | 1 |
| Jardim Iracema | 2 |
| Jardim Ipanema | 1 |
| Jardim Luz | 3 |
| Jardim Maria Ines | 10 |
| Jardim Mariliza | 2 |
| Jardim Mont Serrat | 7 |
| Jardim Tiradentes | 7 |
| Jardim Tropical | 3 |
| Jd Alto Paraiso | 1 |
| Jd Dos Cerrado1 | 1 |
| Jd Dom Bosco | 1 |
| Jd Monte Cristo | 1 |
| Jd Nova Goiania | 1 |
| Jardim Olimpico | 4 |
| Jardim Olimpio | 1 |
| Jd Riviera | 2 |
| Jd Rosa Do Sul | 1 |
| Jd Santa Cecilia | 2 |
| Marista Sul | 1 |
| Morada Do Morro | 1 |
| Mansoes Paraiso | 4 |
| Morada Do Bosque | 1 |
| Morada Dos Passaros | 1 |
| Nova Era | 1 |
| Nova Olinda | 1 |
| Nova Cidade | 1 |
| Papillon Park | 6 |
| Parque Das Nacoes | 8 |
| Parque Floresta | 1 |

| | |
|--------------------------------|------------|
| Pontal Sul | 2 |
| Pontal Sul 2 | 4 |
| Pq Real | 2 |
| Pq Santa Cruz | 1 |
| Pq Tremendao | 1 |
| Pq Trindade | 1 |
| Pq Rio Das Pedras | 1 |
| Res Caraibas | 1 |
| Res Norte Sul | 1 |
| Res Rio Verde | 1 |
| Res Village Garavelo | 1 |
| Residencial Parque Dos Buritis | 1 |
| Retiro Do Bosque | 7 |
| Rosa Dos Ventos | 1 |
| Santa Maria | 1 |
| Serra Da Brisa | 1 |
| Serra Dourada | 4 |
| Serra Dourada Iii | 3 |
| Sitio Santa Luzia | 12 |
| Sul Dos Buritis | 1 |
| Terra Prometida | 5 |
| Vale Do Sol | 2 |
| Veiga Jardim | 12 |
| Veredas Dos Buritis | 2 |
| Vila Alzira | 4 |
| Vila Delfiore | 1 |
| Vila Mariana | 3 |
| Vila Maria | 4 |
| Vila Maria Jose | 2 |
| Vila Brasilia | 2 |
| Vila Concordia | 1 |
| Vila Real | 2 |
| Vila Rica | 1 |
| Vila Romana | 2 |
| Vila São Sebastiao | 2 |
| Vila Sul | 1 |
| Vila Oliveira | 2 |
| Village Garavelo | 4 |
| TOTAL | 312 |

Fonte: HMAP

4.3. Censo de origem por Bairro - Goiânia

Tabela 20 - Censo por Bairro de Goiânia

| Bairro | Quantitativo |
|---------------------|--------------|
| Amim Camargo | 1 |
| Água Branca | 1 |
| Ananguera | 1 |
| Aruana | 1 |
| Bela Vista | 1 |
| Bougainville | 2 |
| Cidade Jardim | 1 |
| Setor Aeroporto | 3 |
| Setor Central | 1 |
| Jd Eldorado | 2 |
| Faicalville | 1 |
| Grajau | 2 |
| Jardim Goias | 2 |
| Jardim Planalto | 1 |
| Jardim Presidente | 2 |
| Itapoa | 2 |
| Leste | 1 |
| Leste Universitario | 1 |
| Leste Vila Nova | 1 |

| | |
|------------------------|-----------|
| Madre Geramano I | 3 |
| Moinho Dos Ventos | 2 |
| Negrao De Lima | 1 |
| Parque Atheneu | 2 |
| Pedro Ludovico | 2 |
| Perim | 1 |
| Res Candido De Queiroz | 1 |
| Res Candido De Morais | 1 |
| Res Itaipu | 1 |
| Res Itapua | 1 |
| Res Montagno 1 | 2 |
| Res Talisma | 1 |
| Santa Rita | 1 |
| Setor Oeste | 4 |
| Sudoeste | 1 |
| Parque Flamboyant | 3 |
| Conjunto Vera Cruz | 6 |
| Vila Adelia | 1 |
| Vila Finsocial | 1 |
| Vila Rosa | 1 |
| Vila Sao Jose | 1 |
| TOTAL | 64 |

Fonte: HMAP

4.4. Censo de Origem por Bairro Demais

Tabela 21 - Censo de Origem por Bairro Demais

| Bairro Demais | Quantitativo |
|---------------------------|--------------|
| Boa Vista | 4 |
| Campinas | 1 |
| Castelo Branco | 1 |
| Chacara Marivania | 2 |
| Chacara Bela Vista | 2 |
| Cristina Augusta | 1 |
| Cristalino | 1 |
| Flor Do Ipe I | 1 |
| Frei Walter | 1 |
| Formosa | 1 |
| Garavelo li | 1 |
| Prive Jardim Das Oliveira | 1 |
| Jardim Rio Grande | 1 |
| Jardim Canedo 3 | 1 |
| Jardim Palcios | 1 |
| Jd Rio Dourado | 1 |
| Nazare | 1 |
| Paque Itamaraty | 1 |
| Pouso Alto | 1 |

| | |
|--------------------|-----------|
| Res Elza Amaral | 1 |
| Res Rio Araguaia | 1 |
| Rodrigues | 1 |
| Pedrinhas | 1 |
| Parque Los Angeles | 1 |
| Tupynamba Dos Reis | 1 |
| Vila Pai Eterno | 1 |
| Virginia Park | 1 |
| Zona Rural | 3 |
| Total | 35 |

Fonte: HMAP

5. Pesquisa de Satisfação de Pacientes e Acompanhantes - Junho/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 Junho 1.348 pesquisas de satisfação nos setores de internação, pronto-socorro, ambulatório e SADT.

Do total pesquisado, 1.313 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando em 97% o índice de satisfação do usuário.

Foram registrados no mês de referência 160 elogios, correspondendo a 12% das pesquisas aplicadas e 08 reclamações, totalizando

em 0,6% em relação as pesquisas aplicadas. Das 08 reclamações, ressalvo que 0 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 junho foram apresentadas 405 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 da Implantação de Diretrizes e Protocolos Clínicos

No mês de referência a unidade elaborou 1 novo documento sendo:

1 Protocolo

- Protocolo Infarto Agudo do Miocárdio.

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 Junho foram atendidos 417 pacientes, destes 260 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 69 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 Junho 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 358 internações, das quais, 10 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: $10/358 \times 100$

Resultado: apresentando uma taxa de 2,79%, 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;
- ✓ Cirurgia Segura;
- ✓ Prevenção de Lesão por Pressão;
- ✓ Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde;
- ✓ Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- ✓ Prevenção de Quedas;

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 99 notificações no mês de Junho 03 estavam sem dados básicos, sendo desconsiderada, totalizando assim 96 notificações. Das notificações realizadas, 58 foram consideradas toleráveis, 26 necessitaram de plano de ação relacionados a assistência, e 12 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 224 notificações, sendo 222 referente a COVID-19, 02 TB.

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

Anexo I – Relatórios Quantitativos

ANEXO I – Relatórios Qualitativos



Documento assinado eletronicamente por ALANA OLIVEIRA DA SILVA, 040.012.103-47, UNIDADE - QUALIDADE, em 26/07/2021 às 13:51, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por RENATO DIVINO ALVES NETO, 961.598.041-20, UNIDADE - DIRETORIA, em 26/07/2021 às 13:54, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por NARA ARAUJO, 036.037.051-90, IBGH - DIRETORIA, em 26/07/2021 às 14:02, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por ANDRÉIA CRISTINA KUSS DE SOUZA, 930.274.780-87, IBGH - QUALIDADE, em 28/07/2021 às 12:46, 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 208676 e o código verificador 24110.