

## RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL E QUALIDADE

Competência: MAIO/2021

## Sumário

1. Introdução.....	3
2. Produção Assistencial.....	4
2.1 Atendimento Médico Ambulatorial.....	4
2.2 Serviço de Apoio Diagnostico Terapêutico – SADT Interno e Externo.....	15
2.3 Internações (Saídas Hospitalares).....	18
2.3.1 Análise crítica referente a Clínica Médica.....	18
2.3.2 Análise crítica referente a UTI Adulto (diárias).....	19
2.3.3 Análise crítica referente a Clínica Pediátrica.....	20
2.3.4 Análise crítica referente a UTI Pediátrica (diárias).....	22
2.3.5 Análise crítica referente a Clínica Cirúrgica.....	23
2.4 Atendimento Médico de Urgências e Emergências.....	23
2.4.1 Análise crítica.....	23
2.5 Centro Cirúrgico.....	25
2.5.1. Análise crítica.....	25
3. Indicadores de Qualidade.....	25
3.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	27
Indicador.....	27
3.1.1 Análise crítica.....	27
3.2 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	27
Indicador.....	27
3.2.1 Análise crítica.....	27
3.3 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.....	28
Indicador.....	28
3.3.1 Análise crítica.....	28
3.4 COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.....	28
3.4.1 Análise crítica.....	29
3.5 COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS.....	29
3.5.1 Análise crítica.....	31
3.6 COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL.....	31
3.6.1 Análise crítica.....	31
3.7 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES –CIPA.....	31

3.7.1 Análise crítica.....	32
3.8 SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - SESMET.....	32
3.8.1 Análise crítica.....	32
3.9 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS.....	33
3.9.1 Análise crítica.....	33
3.10 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.....	33
3.10.1 Análise crítica.....	34
3.11 COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO.....	34
3.12 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT.....	35
3.12.1 Análise crítica.....	35
4. CENSO DE ORIGEM DOS PACIENTES ATENDIDOS E REFERENCIADOS.....	36
5. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES E ACOMPANHANTES - MAIO 2021.....	47
5.1 Indicador.....	47
5.2 Análise crítica.....	47
6. APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH).....	48
7. MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DE DIRETRIZES E PROTOCOLOS CLÍNICOS.....	48
8. MONITORAMENTO DO TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	48
9. PROPORÇÃO DE READMISSÃO EM ATÉ 30 DIAS DA ÚLTIMA ALTA HOSPITALAR.....	48
10. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	49
10.1 Indicadores.....	49
10.2 Análise Crítica.....	50
11. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	50

## 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, faz-se necessário, nesta oportunidade, o atendimento a Cláusula Segunda item 2.1 do Contrato de Gestão.

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.

## 1. Produção Assistencial

Durante a competência objeto deste relatório foram realizados os seguintes procedimentos:

### 2.1 Atendimento Médico Ambulatorial

Tendo em vista a pandemia que o Brasil vem vivenciando quanto ao enfrentamento ao novo Coronavírus, foi publicado 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”.

Sobretudo em 12 de outubro de 2020, tomamos conhecimento da PORTARIA Nº 074/2020-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 30% (trinta por cento) o agendamento de consulta eletivas para atendimento especializado”.

Ainda no mesmo mês em 28 de outubro de 2020, tivemos outra publicação no Diário Oficial da PORTARIA Nº 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.

Diante do exposto, desde o mês de Abril/2020 que as agendas ambulatoriais foram reduzidas os atendimentos em 50%, para que assim fosse evitado aglomeração e a disseminação do vírus na recepção de atendimento aos pacientes.

Sendo que com a diminuição dos casos para Covid-19, em Novembro/2020 houve um aumento da oferta para 70%, onde esta sendo ofertado até o mês em análise.

Atualmente o Contrato de Gestão prevê a realização de 10.560 consultas médicas/mês para diversas especialidades. Importante mencionar que as especialidades ofertadas pela unidade se constituem de especialidades complexas, que necessitam de imensa atenção, visando segurança e qualidade no atendimento/diagnóstico prestado.

Ainda, destaca que a unidade não possui estrutura adequada para atender a demanda de 10.560 consultas/mês, levando em consideração que a unidade conta com 12 consultórios para 15 especialidades e uma recepção que não comporta adequadamente a demanda, considerando a quantidade de consultas/dia (média de 480 pacientes/dia). Importante observar que não temos sala para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, nem sala de curativo, retirada de ponto, imobilização entre outros. A falta de estrutura para comportar confortavelmente dentro das normas de distanciamento vem trazendo insatisfação dos pacientes do ambulatório e aumentando a demanda de reclamações na ouvidoria, posto que em dias chuvosos a situação fica caótica, contrariando o recomendado pela Organização Mundial de Saúde - OMS, Ministério da Saúde - MS, e Secretaria Municipal de Saúde – SMS quanto a aglomeração de pessoas.

Chama atenção para a meta (8.800) consultas/mês proporcional à redução de 70% dos atendimentos, o que corresponde à 6.160 consultas/mês. Conforme demonstra na tabela 1, a unidade ofertou um total de 3.506 consultas para Central de Regulação, destas, foram agendadas pela Regulação (primeira consulta) 1.162 consultas e agendado pela própria unidade (retorno) 1.005 consultas, sendo realizado pela unidade 1.591 atendimentos, considerando a redução de 70% do agendamento.

Ademais é importante informar que a unidade, visando evitar ao máximo o absenteísmo dos pacientes agendados, sabendo que a falta destes, tira a oportunidade de outro paciente que esteja precisando, realiza ligação telefônica a fim de confirmar a consulta agendada e, mesmo assim, observa-se uma taxa

significativa de absenteísmo, 27%, intensificada neste período pandemia.

Conforme demonstrado na tabela abaixo, a unidade atingiu mais de 50% da meta pactuada nas seguintes especialidades: Pneumologia(59%), Pediatria (83%), Ginecologia (63%).

**Tabela 1** – Procedimentos de Ambulatório pactuados e realizados considerando 70% de redução da meta em MAIO 2021 – frequência

Indicador	Grupo- Indicador	Meta com restrição de 70%	Ofertado	Agendado 1º Consulta	Agendado Retorno	Realizado	Per% (Ofertado)
Atendimento Médico Ambulatorial	Cardiologia	493	544	293	245	244	154%
	Neurologia	493	0	0	0	0	0%
	Pneumologia	246	160	76	83	144	90%
	Pediatria	493	504	282	211	407	143%
	Ortopedia	986	637	7	93	75	90%
	Anestesiologia	246	240	36	5	36	136%
	Cirurgia Geral	739	690	71	113	145	130%
	Ginecologia	739	581	332	223	462	110%
	Cirurgia Vascular	493	30	20	4	20	8%
	Cirurgia Pediátrica	493	90	39	25	58	25%
	Cirurgia Torácica	246	30	6	3	0	17%
	Urologia	493	0	0	0	0	0%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>6.160</b>	<b>3.506</b>	<b>1.162</b>	<b>1.005</b>	<b>1.591</b>	<b>57%</b>

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório.

**Tabela 1.1** –Procedimentos por especialidade CARDIOLOGIA realizados em MAIO 2021 frequência

CRM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs
20435	Guilherme Junior Neves Dias	105	102	47	53%
20754	Victor Eduardo de Almeida e França	103	103	41	60%
13572	Douglas Silva Azevedo	128	128	69	46%
13313	Douglas Valiati Bridi	104	104	48	53%

19043	Victor Emanuel Santos	104	101	39	61%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>544</b>	<b>538</b>	<b>244</b>	<b>54%</b>

Fonte: Relatório da Coordenação do Ambulatório.

Foram ofertadas para Central de Regulação 544 consultas, com agendamento de 90% da oferta (544 consultas), sendo dessas, 293 de primeira consulta, agendadas pela Central de Regulação e 245 foram de retornos, agendados conforme demanda interna do ambulatório.

Levando em consideração a quantidade de consultas agendadas (538) e realizadas (244), houve uma taxa de absenteísmo de 54%. Vale lembrar que os pacientes são regulados via Central de Regulação e que a unidade hospitalar está com sua estrutura disponível para receber os pacientes conforme a demanda.

**Tabela 1.2** – Procedimentos por especialidade CIRURGIA TORÁCICA realizados em Maio 2021 – frequência

CRM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs
10814	Andre Luiz Carneiro Martins	30	9	0	100%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>30</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>100%</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório.

No mês de referência foi ofertado a Central de Regulação, a especialidade de Cirurgia Torácica, sendo disponibilizado 30 consultas, destes 06 agendamentos foram de primeira consulta agendadas pela Central de Regulação, por ter demanda reprimida e agendados conforme demanda interna do ambulatório, da meta pactuada/mês. Importante destacar que mesmo a unidade não tendo ofertado 100% da meta pactuada no CG, considerando a redução de 70% da meta (246), não houve falta de gerenciamento por parte da unidade tendo em vista que mesmo que a unidade realizasse 100% da quantidade de consultas agendadas, não alcançaria nem 55% da meta pactuada. Ainda vale chamar atenção para a quantidade de consultas agendadas pela regulação (06 consultas).

Diante do exposto, o IBGH e a Direção da Unidade **chamam a atenção para meta pactuada, tendo em vista que a demanda para este indicador é inferior a meta pactuada**, e devido existir outros prestadores na rede há uma distribuição destas vagas entre todos eles, ocorrendo diminuição nos agendamentos e o que

impacta negativamente para o alcance satisfatório de meta.

**Tabela 1.3** – Procedimentos por especialidade PNEUMOLOGIA realizados em MAIO 2021 – frequência

CRM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs
17978	Luciany victor de Andrade	160	159	144	9%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>160</b>	<b>159</b>	<b>144</b>	<b>9%</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório.

No mês de referência a unidade ofertou mais de 50% da meta pactuada considerando a redução de 70% da meta (246 consultas), **com alcance da meta, pactuada de 59%**. Observa-se que a unidade apresentou uma taxa de absenteísmo de 9%, realizando 144 consultas/mês.

Foram ofertadas para Central de Regulação 160 consultas, com agendamento de 90% da oferta (160 consultas), sendo dessas, 76 de primeira consulta agendadas pela Central de Regulação e 83 foram de retornos, agendados demanda interna do ambulatório.

Vale lembrar que a unidade é totalmente regulada pela Central de Regulação Municipal sendo de responsabilidade da unidade o agendamento das consultas de retorno o que torna inviável tal agendamento, caso não seja regulado paciente pela Central de Regulação.

**Tabela 1.4** – Procedimentos por especialidade PEDIATRIA realizados em MAIO 2021 – frequência

CRM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs
18625	Jamila de Almeida Barbosa	80	76	67	11%
20629	Ludymilla Cândida Ribeiro da Silva	114	114	94	17%
6660	Aloilma Matias de carvalho	132	132	112	15%
24245	Paula Nunes Guimarães de Sá Barreto	46	45	39	13%
20229	Debora Alves de Oliveira Aguiar	132	126	95	24%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>377</b>	<b>363</b>	<b>288</b>	<b>20%</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório

No que se refere à especialidade de pediatria, importante destacar que a unidade ofertou acima da meta pactuada no CG, pelo alto índice de faltosos pela pandemia.

Considerando a redução de 70% da meta (493consultas), não houve falta de gerenciamento por parte da unidade tendo em vista mesmo que a unidade realizando 100% da quantidade de consultas agendadas, não alcançaria nem 95% da meta pactuada.

Ainda vale chamar atenção para a quantidade de consultas agendadas pela regulação (282 consultas).

A unidade sabendo da importância em confirmar a consulta, tendo em vista que a falta de um paciente pode tirar a oportunidade de outro que esteja precisando, realiza contato com os pacientes a fim de confirmar a consulta e mesmo assim observa-se uma taxa de absenteísmo relevante de 17%.

**Tabela 1.5** – Procedimentos por especialidade ORTOPEDIA realizados em MAIO 2021 – frequência

CRM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs
16327	Eduardo De Moraes Duarte	196	55	42	23%
16199	Epitácio Pereira Marques Neto	147	5	4	20%
15152	Jonatas Barbosa Vasconcelos	49	7	4	42%
15736	Roger Beraldo Vieira	49	6	5	16%
15943	Pedro Eduardo Barbosa Borges	147	15	12	20%
20310	Murilo Caetano Noleto	49	12	8	33%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>637</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>25%</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório.

No mês de referência foram ofertadas a Central de Regulação 637 consultas, com agendamento de somente 100 consultas, sendo dessas, 07 de primeira consulta agendadas pela Central de Regulação e 93 foram de retornos, agendados conforme demanda interna do ambulatório. Ao analisar as consultas agendadas pela Central de Regulação, 1º consulta, observa-se que a unidade não alcança nem 50% da meta (986 redução de 70%), ou seja mesmo que a unidade realize 100% das consultas agendadas não alcançaria satisfatoriamente a meta pactuada.

Diante do exposto, destacamos que a demanda para esse indicador é menor que a meta pactuada, sendo assim, o IBGH juntamente com a Direção da unidade reforça a **necessidade urgente quanto à repactuação da meta**, tendo em vista a

inviabilidade do cumprimento da mesma, podendo assim, ocasionar prejuízo financeiro para a unidade.

Mesmo a unidade realizando contato para confirmar as consultas agendadas, observa-se uma taxa de absenteísmo de 25%.

**Tabela 1.6** – Procedimento por especialidade CIRURGIA GERAL realizados em MAIO 2021 – frequência.

CRM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs
13387	Bruno Parreira Gomide	90	24	19	20%
12944	Dinoel Cavalcante Guimarães Filho	150	45	36	20%
11346	Juliano Servato Oliveira	120	18	13	27%
12763	Guilherme Spósito Ribeiro Goyano	150	23	19	17%
21858	Malú Aeloany Dantas Sarmiento	60	30	28	6%
12979	Tiago Vasconcelos de Rezende	120	44	30	31%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>690</b>	<b>184</b>	<b>145</b>	<b>21%</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório.

Importante informar que para a especialidade de Cirurgia Geral por conta da pandemia do Covid-19, foi instituída a suspensão de cirurgias eletivas conforme ofício 026/2020, por conta do alto risco de contaminação. Deste modo, houve redução no agendamento da especialidade, mesmo assim a unidade ofertou 690 consultas, sendo agendadas 184, dessas, 71 foram de primeira consulta agendadas pela Central de Regulação e 113 foram de retornos, agendados conforme demanda interna do ambulatório.

Diante do exposto chamamos atenção para o alcance de meta desta especialidade, tendo em vista que a unidade mesmo realizando 100% das consultas agendadas, não alcançaria nem 50% da meta pactuada no Contrato de Gestão (70% de redução).

Destacamos que a demanda para esse indicador é menor que a meta pactuada o que inviabiliza o cumprimento satisfatório da meta, sendo **necessário revisão de meta para este indicador**. Ressaltamos que o IBGH precisa ser formalmente notificados da referida redução para uma comunicação assertiva entre as partes.

Mesmo a unidade realizando contato para confirmar as consultas agendadas, observa-se uma taxa de absenteísmo 21%.

**Tabela 1.7** – Procedimentos por especialidade CIRURGIA VASCULAR realizados em MAIO 2021 - frequência.

CRCM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs.
67497	Emilio Carlos Leão Veloso	30	24	20	16%
<b>TOTAL GERAL</b>		30	24	20	16%

**Fonte:** Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório

No mês de referência a unidade começou a disponibilizar a especialidade, foram ofertados 30 consultas, sendo agendados 24 atendimentos.

Importante destacar que mesmo a unidade não tendo ofertado 100% da meta pactuada no CG, considerando a redução de 70% da meta (493 meta/mês) não houve falta de gerenciamento por parte da unidade, tendo em vista que mesmo que a unidade realizasse 100% da quantidade de consultas agendadas, não alcançaria nem 50% da meta compactuada.

Ainda vale chamar atenção para a quantidade de consultas agendadas pela regulação (20 consultas). Diante do exposto, o IBGH e a Direção da unidade chamam atenção para a meta pactuada para este indicador, **tendo em vista que a demanda para este indicador é inferior a meta pactuada, o que impacta negativamente para o alcance satisfatório de meta.**

Do total de consultas disponibilizadas para Central de Regulação (30 consultas), foram agendadas 24 consultas, sendo dessas, 20 de primeira consulta agendadas pela Central de Regulação e 04 de retorno. A unidade sabendo da importância em confirmar a consulta, tendo em vista que a falta de um paciente pode tirar a oportunidade de outro, a unidade realiza contato com os pacientes a fim de confirmar a consulta. E por existir outros prestadores na rede há uma distribuição dessa vaga entre todos eles ocorrendo diminuição nos agendamentos e o não cumprimento da meta compactuada no CG.

**Tabela 1.8** – Procedimentos por especialidade GINECOLOGIA realizados em MAIO 2021 – frequência

CRCM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs.
20472	Igor De Oliveira E Silva	149	149	140	6%
20101	Pâmella Deuzila De Oliveira Schelle	15	15	14	6%

17051	Bruna Morais Faria	101	101	88	12%
22922	Gabriela de Oliveira Ferreira	35	35	27	22%
16080	Edilon Luiz Lamounier Júnior	120	99	56	43%
22535	Thais Maia Fernandes	161	156	137	12%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>581</b>	<b>555</b>	<b>462</b>	<b>16%</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório

No mês de referência a unidade disponibilizou 581 consultas, sendo agendados 555 atendimentos, realizado 462 atendimentos, com percentual de alcance da meta (739 meta redução de 70%) com alcance de 63%.

Do total de consultas disponibilizadas para Central de Regulação (581 consultas), foram agendadas 555 consultas, sendo dessas, 332 de primeira consulta agendadas pela Central de Regulação e 223 foram de retornos, agendados conforme demanda interna do ambulatório.

Vale lembrar que a unidade é totalmente regulada pela Central de Regulação Municipal, sendo de responsabilidade da unidade o agendamento das consultas de retorno.

A unidade sabendo da importância em confirmar a consulta, tendo em vista que a falta de um paciente pode tirar a oportunidade de outro, a unidade realiza contato com os pacientes a fim de confirmar a consulta e, mesmo assim, observa-se uma taxa de absenteísmo relevante de 23%.

**Tabela 1.9** – Procedimentos por especialidade ANESTESIOLOGIA realizados em MAIO 2021 – frequência.

CRM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs
7600	Nara Costa Dutra	120	0	0	0%
189878	Pedro Israel Gonzaga Rodrigues	30	6	5	16%
19365	Gustavo Telles	30	11	10	9%
141590	Cleones Ramos	60	24	21	12%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>240</b>	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>12%</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório.

Para solicitação da Central de Regulação, a unidade está ofertando mais de 92% da meta pactuada tendo em vista a alta demanda para essa especialidade visto que é uma especialidade decisiva para a liberação de cirurgias, mas em razão da

pandemia da Covid-19, foi instituído a suspensão de cirurgias eletivas conforme ofício 026/2020. Houve redução no agendamento desta especialidade causando um impacto, no não cumprimento da meta.

No mês de referência a unidade disponibilizou 240 atendimentos, com meta (246/mês, redução de 70%), sendo agendado 41 atendimentos, desses, 36 de primeira consulta agendadas pela Central de Regulação e 05 foram de retornos, agendados conforme demanda interna do ambulatório. No mês de referência a unidade alcançou 14,63% da meta pactuada/mês, considerando a redução de 70% da meta pactuada.

Importante chamar atenção para o total de consultas agendadas e realizadas, observa-se que a unidade não alcança nem 60% da meta (70% de redução). Mesmo a unidade realizando contato para confirmar as consultas agendadas, observa-se uma taxa de absenteísmo 12%.

**Tabela 1.10:** Procedimentos por especialidade CIRURGIA PEDIÁTRICA realizados em MAIO 2021– frequência

CRM	Nome do Médico	Ofertado	Agendado	Realizado	Abs
13922	Carlos Umberto F. Junior	90	65	58	10%
<b>TOTAL GERAL</b>		90	65	58	10%

**Fonte:** Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório.

No mês de referência foi ofertado a Central de Regulação a especialidade de Cirurgia Pediátrica, sendo disponibilizado 90 atendimentos, com agendamento de 65 atendimentos, sendo dessas, 39 de primeira consulta agendadas pela Central de Regulação e 25 de retornos, agendados conforme demanda interna do ambulatório, com alcance de 11,76% da meta (pactuada 493/mês redução de 70%).

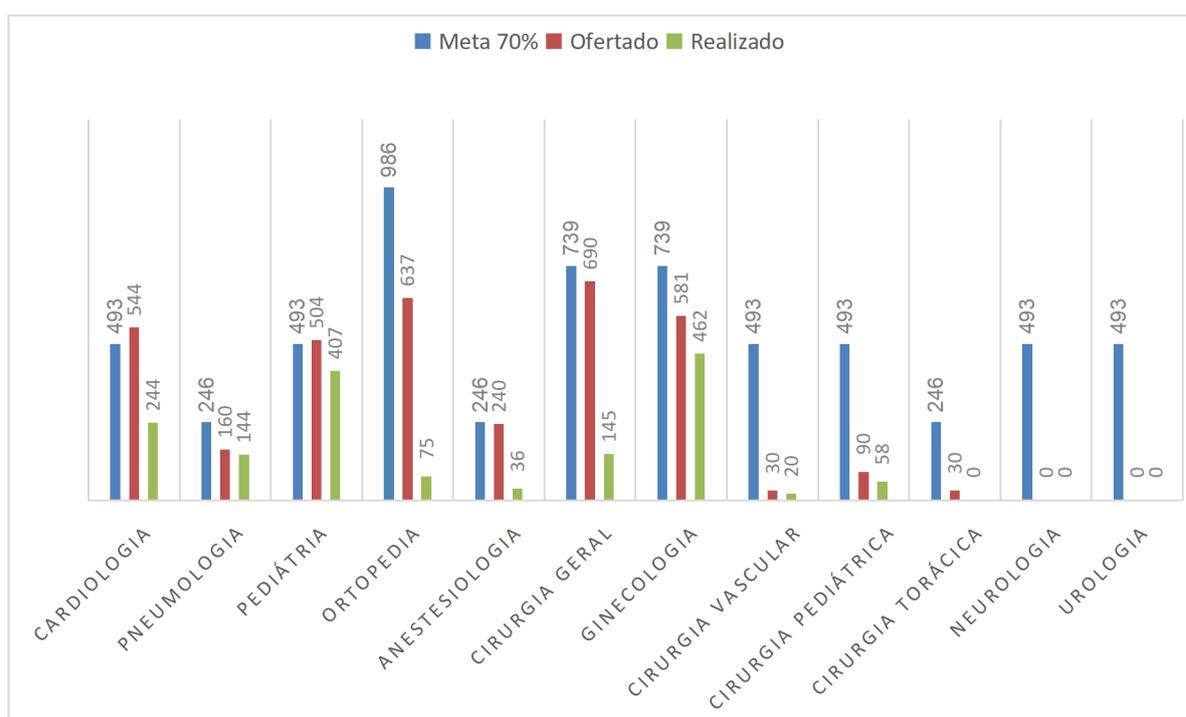
Importante destacar que mesmo a unidade não tendo ofertado 100% da meta pactuada no CG, considerando a redução de 70% da meta (493meta/mês) não houve falta de gerenciamento por parte da unidade, tendo em vista que mesmo que a unidade realizando 100% da quantidade de consultas agendadas, não alcançaria nem 50% da meta compactuada.

Ainda vale chamar atenção para a quantidade de consultas agendadas pela regulação (39 consultas). Diante do exposto, o IBGH e a Direção da unidade

chamam atenção para a meta pactuada para este indicador, **tendo em vista que a demanda para este indicador é inferior a meta pactuada, o que impacta negativamente para o alcance satisfatório da meta.**

No que se refere as Especialidades de Urologia e Neurologia, a unidade está em processo de contratação de nova empresa para após, ofertar vagas a Central de Regulação.

**Gráfico 1** – Atendimento Médico Ambulatorio realizado com meta de redução de 70% .



**Tabela 2** – Atendimento Não Médico realizados em MAIO 2021 - frequência

Equipe Mutiprofissionais	Agendado	Realizado
Enfermagem	0	0
Fisioterapia	13	13
Psicologia	0	0
Fonoaudiologia	6	6
Nutricionista	1	1
Terapia ocupacional	0	0
Assistente Social	0	0
Sessões de fisioterapia/TO/ Fonoaudiologia	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Ambulatório.

Importante lembrar que 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 06 consulta de Fonoaudiologia, 13 de Fisioterapia e 01 de Nutricionista.

Vale lembrar que as consultas não médicas **não possuem quantitativo pactuado no Contrato de Gestão**, como consta no relatório para acompanhamento.

## 2.2 Serviço de Apoio Diagnostico Terapêutico – SADT Interno e Externo

No que se refere ao SADT, importante lembrar que os **exames internos não possuem quantitativo pactuadas no Contrato de Gestão**, sendo informados para acompanhamento.

**Tabela 3** – Procedimentos de SADT Interno realizados em MAIO 2021 – frequência.

Indicador	Grupo-Indicador	Realizado
Exames	Laboratório Clínico	40.774
	Laboratório Clínico Centro de Especialidades	3.008
	Radiologia	426
	Ultrassonografia	502
	Tomografia Centro de Especialidades	81
	Tomografia HMAP	697
	Endoscopia	47
	Ressonância	89
	Métodos Diagnósticos em Especialidades	47
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>45.671</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do SADT

**Tabela 4** – Procedimentos de SADT Externo (Meta de 2º etapa de implantação) realizados em MAIO 2021 - frequência.

Indicador	Grupo-Indicador	Meta 2º Etapa	Meta 70%	Realizado/procedimento	Percentual/Meta Alcançado
Exames	Laboratório Clínico	0	0	0	0
	Radiologia	1.728	N/A	1.269	73%
	Ultrassonografia	1.584	1.109	811	73%
	Tomografia	864	N/A	814	94%
	Ressonância	792	N/A	320	74%
	Endoscopia	300	0	0	0
	Métodos diagnósticos em especialidade	0	0	0	0
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>5.268</b>	<b>1.109</b>	<b>3.214</b>	<b>67%</b>

\*N/A- Não houve Alteração.

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do SADT.

Primeiramente é importante lembrar que a unidade não apresenta estrutura adequada para atender a demanda pactuada na 3º fase de implantação, tendo em vista a inadequada estrutura física, e ainda necessita de liberação desta Secretaria para iniciação dos serviços, tendo em vista a necessidade de aquisição de equipamentos. Ainda como é de conhecimento desta Secretaria, a Central de Regulação realiza agendamentos em todas as unidades conveniadas, não tendo somente o HMAP como unidade de referência, ou seja, há outras clínicas que realizam os mesmos exames pactuados no Contrato de Gestão do HMAP, podendo ser considerado como um dos fatores que impactam negativamente no alcance satisfatório da meta.

Foram ofertados, 1.109 vagas para exames de Ultrassonografia, sendo realizados 811 procedimentos com percentual de alcance da meta redução de 70% (1.109 Procedimentos) com alcance de 73%. Sendo que no mês em análise a unidade recebeu um comunicado pelo órgão regulador solicitando, a redução para 70% da meta (1.584 Procedimentos) pactuada no CG.

A unidade tem como meta pactuada no CG 1.584 exames de USG (segunda etapa), para realização da terceira etapa (2.640 exames/mês), seria necessária aquisição de mais um equipamento de ultrassonografia, tendo em vista que a unidade dispõe somente 02 equipamentos de USG. A SMS está adquirindo outro equipamento.

Foram ofertados para a regulação 792 vagas de exames de ressonância, sendo

realizados 320, com alcance de 40% da meta (792 procedimentos) pactuada no CG.

Vale lembrar que a unidade ainda não está agendando alguns exames que necessitam da realização de sedação e anestesia devido ao processo de compra dos equipamentos (Ventilador Mecânico e carrinho de anestesia específico, para sala de ressonância), visto a necessidade da realização de RM com sedação, e a baixa procura pelo exame, as outras vagas se encontram disponíveis.

No mês em análise não foram ofertados exames de vídeo imagem, por solicitação do próprio órgão regulador por conta da pandemia do Covid-19, os mesmos estão suspenso até segunda ordem.

Foram ofertados para a regulação 864 exames de tomografia, dividida entre regulação ambulatorio e de urgência, onde foram realizados 814 exames ambulatoriais com percentual de alcance satisfatório de 94% da meta (864) pactuada no CG.

Quanto aos exames de radiologia, foram ofertados no mês 1.728 exames, sendo realizados 1.269 exames com percentual de alcance de 73% da meta (1.728) pactuada no CG.

Vale ressaltar que os pacientes encaminhados pela Regulação de Urgência foram autorizados pela Direção/Superintendência da Central de Regulação do município. A Central de Regulação envia pacientes das 5 unidades de urgência de Aparecida de Goiânia, do HUAPA e dos municípios pactuados com a Central.

A unidade sabendo da importância em confirmar os exames, tendo em vista que a falta de um paciente pode tirar a oportunidade de outro, vem utilizando a metodologia de confirmar os exames via ligação, porém nem sempre tem sucesso tendo em vista que muitos possuem número de telefone desatualizados no cadastro nacional na base de dados do Cadweb, e por conta do atual cenário de pandemia causada pela COVID-19, no mês em análise foram realizado 3.214 procedimentos e, 704 faltosos com percentual de (22% faltosos/Procedimentos), o que impede no não alcance satisfatório da meta pactuada no CG.

Diante do exposto, o IBGH juntamente com a Direção da unidade chama atenção para meta pactuada e realizada para o Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT externo, tendo em vista que a meta não vem sendo alcançada satisfatoriamente e o não cumprimento da mesma não depende somente da unidade, podendo assim gerar prejuízo financeiro.

Visto que diante do cenário atual de pandemia, a pedido da superintendência de

Regulação as agendas se mantiveram em 100% de oferta (4.793 exames) 2ª etapa de implantação. Somente para a especialidade de Ultrassonografia que no mês vigente teve redução de 70% da meta estipulada no C.G.

### 2.3 Internações (Saídas Hospitalares)

**Tabela 5** - Procedimentos de Internações (Saídas Hospitalares) pactuados realizados em MAIO 2021.

Indicador	Grupo-Indicador	Meta	Realizado	Perc. %
<b>Saídas Hospitalares</b>	Clínica Médica	181*	134	74,03%
	UTI Adulto (diárias)	540	293	54,26%
	Clínica Pediátrica	22*	14	63,63%
	UTI Pediátrica (diárias)	108*	88	81,48%
	Clínica Cirúrgica	0	0	0

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenações dos Setores

#### 2.3.1 Análise crítica referente a Clínica Médica

No contrato de gestão tem meta pactuada de (243/saídas mês), para 60 leitos de clínica médica, na primeira fase de implantação, e na segunda fase de implantação tem meta pactuada de (364/saídas mês), para 90 leitos até a presente data, a unidade não teve autorização da SMS para abertura dos 30 leitos faltantes previsto em contrato. Importante ressaltar que desde Julho de 2020, para atender o cenário da pandemia do vírus SARSCOV/COVID-19, por solicitação da SMS os leitos de Clínica Médica, teve sua capacidade total de leitos reduzidos.

Visto que com a diminuição dos casos, no dia 30/09/2020 houve o fechamento de 31 leitos da enfermagem COVID-19, voltando a operacionalizar com a capacidade de 62 leitos desde o dia 01 de outubro, sendo 30 apartamentos duplos 02 leitos de isolamentos.

No dia 17/02/2021 para atender o atual cenário da COVID-19, houve a necessidade de redução dos leitos de clínica médica passando a operacionalizar com 758 leitos no período de 28 dias.

Do dia 01/03/2021 ao dia 09/03/2021, com o aumento dos casos de COVID-19, houve a necessidade de redução dos leitos de clínica médica, passando a

operacionalizar com 354 leitos no período de 14 dias, e do dia 06/03/2021 ao dia 18/03/2021 disponibilizou somente de 650 leitos no período de 26 dias.

Visto que com a diminuição dos casos, de Covid-19 no dia 14/04/2021, a clínica médica passou a operacionalizar com a capacidade de 966 leitos operacionais no período de 44 dias. Do dia 01/05/2021 ao dia 31/05/2021, a clínica médica disponibilizou 21 leitos no Bloco A, e 24 leitos no Bloco E, totalizando 45/ leitos clínicos.

No mês de referência houveram 18 leitos bloqueados na clínica médica, em recorrência de pacientes com suspeita de PCR positivo para COVID-19 e isolamentos de precaução de contato por recomendações dos médicos infectologistas, a unidade apresentou disponibilização média de 44 leitos/mês o que corresponde há 1.377 leitos. Neste contexto, considerando como meta proporcional, a unidade teve um alcance de 98%.

Observa-se abaixo o cálculo utilizado pelo IBGH para chegar nas 177 saídas:

- \* 1.395 leito/dia – 18 leitos bloqueados = 1.377 leitos
  - \* 1.377 leito/dia dividido por 31 dias = 44 leitos
  - \* 181 saídas/meta Proporcional x 44 leitos = 177 saídas
- 45 leitos

O IBGH, juntamente com a Direção da unidade solicita a essa Secretaria apoio quanto a intensificação e estímulo da Central de Regulação em relação aos encaminhamentos e regulação dos pacientes, tendo em vista a importância para o alcance da meta.

No período de referência, a unidade registrou no setor de clínica médica 176 admissões com 134 saídas hospitalares apresentando uma média de permanência de 6,73 dias e taxa de ocupação operacional de 85,48%. Ainda vale informar que foram registrados 04 óbitos na clínica médica, todos maiores que 24 horas de internação, correspondendo a uma taxa de mortalidade institucional de 2,98%, onde é feito o cálculo com os óbitos acima de 24 horas de internação pelo número de saídas, com 1.177 paciente/dia. A unidade vem trabalhando sistematicamente a fim de intensificar a importância do giro de leitos.

Primeiramente vale esclarecer que no mês de referência único dado de não conformidade com os dados comparado com os relatórios da Epimed, e a taxa de ocupação operacional, que foi contabilizado os leitos bloqueados,(18 Leitos/Mês),

vigente no mês em análise.

### 2.3.2 Análise crítica referente a UTI Adulto (diárias)

Importante lembrar que a UTI Adulto 1 e 2 disponibilizava 20 leitos até o dia 23/07/2020, desde então, passou a operacionalizar com 10 leitos (UTI 2), tendo em vista a necessidade de disponibilizar 10 leitos (UTI 1) para atender o atual cenário do COVID-19. No dia 23 de setembro houve o fechamento da UTI 1 COVID-19 voltando a operacionalizar como UTI Adulto 1 com quantitativo de 10 leitos gerais.

No dia 25/02/2021, para atender o atual cenário da COVID-19 a UTI Adulta disponibilizou de 10 leitos para atender pacientes confirmados. O relatório COVID-19 será apresentado separadamente.

Diante do exposto, no mês de março a UTI 2 Adulta disponibilizou com 56 leitos, período do dia 14/03/2021 ao dia 22/03/2021 dividindo espaço físico com leitos de unidade de terapia intensiva pediátrica.

Sendo que a UTI 2 Adulta do dia 01/03/2021 ao dia 13/03/2021 e do dia 23/03/2021 ao dia 31/03/2021, voltou sua capacidade operacional de 10 leitos.

No dia 25/04/2021 houve o fechamento da UTI 1 COVID-19, voltando a operacionalizar como UTI Adulta 1 com o quantitativo de 10 leitos gerais.

Conforme previsto no contrato de gestão a meta pactuada/mês, e de 540/Diárias no mês foi realizado 293/Diárias mês com alcance de 54,26% da meta pactuada.

No mês de referência a UTI 1, apresentou uma taxa de ocupação de 49,68% e média de permanência de 9,06 dias, com 18 admissões, 17 saídas e 154 pacientes/dia. Foram registrados 06 óbitos, sendo 02 óbito menor que 24/horas de internação, e 04 maiores que 24/horas de internação, apresentando uma taxa de mortalidade institucional de 23,52%, onde o cálculo é feito com a seguinte fórmula contabilizando todos os óbitos acima de 24/ horas de internação dividindo pelo número de saídas.

No mês de referência a UTI 2, apresentou uma taxa de ocupação de 44,84% e média de permanência de 5,79 dias, com 23 admissões, 24 saídas e 139 pacientes/dia. Foram registrados 12 óbitos, sendo 02 menor que 24/horas de internação, e 10 maior que 24/horas de internação, apresentando uma taxa de mortalidade institucional de 41,66%, o cálculo é feito com a seguinte fórmula contabilizando todos os óbitos acima de 24 horas de internação dividindo pelo número de saídas.

A unidade chama atenção para o percentual de óbito, onde deve-se levar em consideração a criticidade elevada, com perfil de idade cronológica avançada sendo média de 55 anos acima. Do total de óbitos 07 pacientes foram do sexo feminino e 11 do sexo masculino, que apresentavam algumas comorbidades como: obesidade mórbida, Dpoc grave, hipertensão arterial, pneumonia, NYHA classes II e III.

Primeiramente vale esclarecer que no mês de referência não houve divergência de dados comparando com os relatórios do sistema Epimed, tendo em vista que a unidade aderiu a mesma metodologia de cálculo de paciente/dia.

### **2.3.3 Análise crítica referente a Clínica Pediátrica**

Considerando que a Clínica Pediátrica em 10 de julho de 2020 devido ao cenário atual causado pela pandemia do COVID-19, remanejou toda a demanda de internações clínicas Pediátrica para a UTI PED, assim os 31 leitos previstos em contrato (espaço da clínica Pediátrica) estava sendo utilizada para atendimento de pacientes com COVID-19 UTI C-2, com o fechamento da UTI A COVID, no dia 09 de outubro de 2020, a UTI C2 passou a utilizar o espaço físico da UTI A.

Do dia 01 ao dia 25 de outubro, a Clínica Pediátrica (11 leitos) passou a utilizar o mesmo espaço físico que a clínica médica (10 leitos) e clínica cirúrgica (10 leitos), onde ficava a enfermaria B COVID-19. A partir do dia 26 de outubro de 2020, a clínica Pediátrica (11 leitos) foi remanejada para o espaço físico onde era a enfermaria D COVID-19 dividindo espaço com a clínica cirúrgica (20 leitos). O espaço da Clínica Pediátrica foi utilizado como UTI C2 COVID-19 (10 leitos) e Enfermaria COVID-19 (20 leitos) e 01 leito de isolamento. O relatório COVID-19 será apresentado a parte.

No dia 15 de janeiro 2021, com a solicitação da SMS de abertura de mais 10 leitos de COVID-19, para atendimento ao atual cenário da COVID-19, houve o fechamento da clínica cirúrgica (20 leitos), onde dividia o mesmo espaço com a clínica Pediátrica (11 leitos), sendo reduzido os leitos da clínica Pediátrica, passando a operacionalizar com 06 leitos, dividindo espaço físico com a UTI Pediátrica com operacionalização de 04 leitos. A enfermaria COVID-19 (30 Leitos) passou a utilizar o espaço físico onde ficava a clínica Pediátrica e clínica cirúrgica no bloco D, e com abertura de mais 10 leitos de COVID-19 no bloco C, onde estava alocada a Enfermaria COVID-19.

No dia 17/02/2021 com a solicitação da SMS de abertura de mais 10 leitos de

COVID-19, o espaço físico da UTI Pediátrica (10 leitos), passou a funcionar a UTI COVID-19 (A). O relatório COVID-19 será apresentado separadamente. E a UTI Pediátrica (04 leitos) e Clínica Pediátrica (06 leitos), foram remanejadas para ocupar o espaço físico, juntamente com Clínica Médica A passando a operacionalizar (21 leitos).

No período do dia 14/03/2021 ao dia 22/03/2021 a UTI Pediátrica (04 leitos), passou a ocupar o mesmo espaço físico, da UTI Adulta 2 (06 leitos), após este período a UTI 2 Adulta, (10 leitos) foi remanejada para o espaço físico da UTI Pediátrica onde a UTI A COVID-19 (10 leitos) passou a ocupar o espaço físico da UTI 2 Adulta até o dia 25/04/2021, após este período a UTI A COVID-19 (10 leitos) passou a ocupar novamente o espaço físico da UTI PEDIÁTRICA (10 leitos ).

E a UTI Pediátrica (04 leitos) foi remanejada para ocupar novamente o mesmo espaço físico da Clínica médica A (21 leitos) sendo Clínica Pediátrica (11 leitos) até o dia 08/04/2021, após este período sua capacidade operacional foi reduzida para (06 leitos).

Neste entendimento iremos tratar a produção da clínica Pediátrica junto com a UTI Pediátrica, posto que estão conjugadas no mesmo setor.

#### **2.3.4 Análise crítica referente a UTI Pediátrica (diárias).**

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica realizou internações em 10 (dez) leitos operacionais até o dia 09 de julho de 2020, e no dia 01 de outubro de 2020, a UTI Pediátrica voltou com sua capacidade de leitos operacionais previsto no Contrato de Gestão (10 leitos). E do dia 15 de janeiro 2021 com (10 leitos), do dia 16 janeiro de 2021, passou a disponibilizar com 04 leitos, para leitos de UTI A COVID-19.

Referente a Abril segue conforme a proporcionalidade:

**UTI PED:** Realizado no mês de Maio 2021 um total de 88 diárias, alcançando um percentual de 81,48% da meta (108/Diárias) proporcional aos 04 leitos vigente no mês. No Contrato de Gestão esta estipulado meta de (270Diárias), considerando 10 leitos. No período em análise, obteve 06 admissão que atenderam à demanda interna e do Complexo Regulador, sendo que todas as AIH's estavam dentro do perfil da unidade.

A média de permanência da UTI Pediátrica foi de 22,00 dias, taxa de ocupação de 72,13%, o número elevado se dá ao fato de estarmos com crianças internadas há mais de 120 dias e, por apresentarem quadro grave e degenerativo.

Obteve 04 saídas, 88 paciente/dia, não houve óbito no mês em análise, vale salientar que o NIR realiza busca ativa de pacientes junto ao complexo regulador do Município, mantendo o complexo atualizado das vagas disponíveis periodicamente em 06 (seis) momentos no período de 24 horas, conforme acordado com o Complexo. Tivemos um total de 02 leitos bloqueados, o que proporcionou dentro do mês 122 leitos/mês.

Salientamos que, os leitos vagos, são disponibilizados ao Complexo Regulador diariamente e foram admitidas todas as AIH's dentro do perfil da Unidade. Cumpre ainda ressaltar que diariamente são informadas as disponibilidades de vagas ao NIR que, por sua vez reporta ao sistema regulador do Município. O IBGH e a Direção da unidade, visando cumprir as metas pactuadas no Contrato de Gestão, vem desenvolvendo os procedimentos necessários bem como realizando ações de melhorias desde o início da gestão da unidade.

Primeiramente vale esclarecer que no mês de referência único dado de divergência com os dados comparado com os relatórios da Epimed, e a taxa de ocupação que os leitos bloqueados não foram considerados pelo mesmo.

**Clínica Pediátrica:** No período obtivemos 15 admissões, regulados pelo Complexo Regulador, bem como atendimento da demanda interna. Foram realizadas 14 saídas hospitalares com percentual de 63,63% da meta proporcional (22 saídas) considerando 06 leitos.

No Contrato de Gestão esta estipulado meta de (111 saídas), considerando 31 leitos, no qual foi redimensionada para a UTI C2 COVID-19.

A unidade apresentou taxa de ocupação operacional de 30%, média de permanência de 3,00 dias com 42 paciente/dia, não houveram óbitos no mês em análise.

Vale informar que no mês de referência a unidade registrou 47 leitos bloqueados, por recomendação do médico infectologista por pacientes apresentarem bactérias multirresistentes, e isolamento por COVID-19, totalizando 139 leitos operacionais no mês em análise.

### **2.3.5 Análise crítica referente a Clínica Cirúrgica**

Vale ressaltar que devido ao novo cenário causado pela COVID 19, fez-se necessário fechamento por tempo indeterminado da ala da Clínica Cirúrgica a partir do dia 10 de julho, para disponibilizar 31 leitos de enfermaria COVID.

Com a diminuição dos casos de COVID a clínica cirúrgica teve sua reabertura no dia 01 de outubro com operacionalização de 10 leitos até o dia 14 de outubro. No dia 15 de outubro, passou a contar com 20 leitos operacionais, dividindo espaço com a Clínica Pediátrica.

No dia 15/01/2021 por solicitação da SMS, conforme ofício nº 026/2021 e o decreto Municipal com o aumento dos casos de COVID-19, e a suspensão das cirurgias eletivas fez-se necessário o fechamento por tempo indeterminado da ala da Clínica Cirúrgica, disponibilizando os 20 leitos operacionais para Enfermaria COVID-19. Relatório COVID-19 será apresentado separadamente.

## 2.4 Atendimento Médico de Urgências e Emergências

**Tabela 6.** Procedimentos de Atendimento Médico de Urgências e Emergências pactuados realizados em MAIO 2021.

Indicador	Meta	Demanda Referenciada	Demanda Espontânea	Demanda Cirurgias	Total
Atendimento Médico de Urgências e Emergências	1.200	334	53	05	392

**Fonte:** Relatório elaborado pela Coordenação da Urgência e Emergência.

### 2.4.1 Análise crítica

A Unidade atende pacientes com demanda referenciada do Complexo Regulador do Município de Aparecida de Goiânia e demanda espontânea. Posto isso, a unidade obteve 412 AIH's cedidas no mês de referência, das quais, 334 pacientes deram entrada na unidade efetivando a internação.

Dos 53 pacientes que deram entrada por demanda espontânea no Pronto Atendimento, 07 foram internados na unidade, tivemos 05 internações por demanda cirúrgica. Todavia o restante de 41 foram contra referenciados para UBS's, UPA's e CAIS's do Município.

Vale informar que no dia 15 de julho foi publicado Portaria Nº 027/2020- HMAP, informando que por ordem do Secretário Municipal de Saúde, fica terminantemente proibido, atendimentos de pacientes por demanda espontânea, isto é, de pacientes que não passaram por unidades de Pronto Atendimento de Saúde – UPA e CAIS, e que não foram regulados pela Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, para atendimentos no HMAP.

Vale informar que foram solicitadas 718 vagas pelo Complexo Regulador de leitos, sendo liberadas 412, destas, 33 foram canceladas pelo Complexo Regulador (justificadas por óbitos, altas, evasão, codificado paciente para outro hospital) e 45 AIH foram liberadas, porém, os pacientes não vieram e não houve justificativa.

As 306 AIHs foram negadas por não se tratar de pacientes dentro do perfil da unidade, e por falta de leitos de COVID-19 e leitos clínicos. Percebeu-se durante o período de gestão dos serviços, um padrão que apontou incompatibilidades entre as metas que foram contratualizadas e as metas que foram estimadas quando do estabelecimento da parceria, entre o Instituto e o parceiro público.

Diante do exposto, observa-se que não foram geradas demandas suficiente para o cumprimento da meta, pois, mesmo que o HMAP recebesse todos os pacientes que o complexo solicitou (718 vagas), e liberadas (412 vagas) alcançaria somente 34,33% da meta (1.200 atendimentos) pactuada no Contrato de Gestão.

O IBGH e a Direção da unidade ainda chamam atenção para a suspensão dos atendimentos de demanda livre, onde mesmo a unidade atendendo a demanda espontânea, não alcançava satisfatoriamente a meta pactuada no CG e que após a suspensão, está impactando ainda mais negativamente no alcance de meta.

Sendo assim, **o IBGH solicita de maneira emergencial a esta Secretária que seja revisto a meta pactuada para este indicador tendo em vista que a unidade pode ser penalizada financeiramente pelo não cumprimento da meta que não depende da governança do Instituto.**

## 2.5 Centro Cirúrgico

Tabela 7 – Procedimentos de Cirurgias pactuados realizados em MAIO/2021.

Especialidade	Quantidade
Cirurgia Geral	30
Cirurgia Torácica	0
Ginecologia	0
Cirurgia Vascular	8
Cirurgia Pediátrica	6
Ortopedia	1
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fonte: Relatório elaborado pela Coordenação do Centro Cirúrgico

### 2.5.1. Análise crítica

O Centro Cirúrgico está operacionalizando com 03 (três) salas cirúrgicas, sendo 01 sala exclusiva para para atendimento a pacientes com COVID-19, entretanto a abertura das outras 07 (sete) salas estão em processo de estruturação após encerramento da pandemia.

A unidade realizou 45 cirurgias no mês de referência, todas de urgências que corresponde a 100% das cirurgias realizadas.

Foi totalizado 69 horas e 26 minutos de tempo cirúrgico, apresentado uma média de 01 hora e 50 minutos por cirurgia. Importante informar que os colaboradores do setor, no período que não há atividades, estão sendo dimensionados para outros setores para prestar apoio na assistência.

## 2. 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 8**– Indicadores de Qualidade pactuados realizados em M A I O 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%	1,15%

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.

Será apresentado abaixo os indicadores referentes ao monitoramento do funcionamento das comissões.

### **3.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Data da constituição:	15/03/2019	Periodicidade de reunião:	Mensal
Número de membros:	16	Presidente:	Ana Flavia Ferreira Oton Leite

#### **Indicador**

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

#### **3.1.1 Análise crítica**

A Comissão de Controle de Infecção hospitalar foi realizada, conforme ata de reunião referente ao mês de Maio aconteceu no dia 01/06/2021.

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 Vitor Gomes

#### Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da comissão.

#### 3.2.1 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 Maio 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 esta 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:	Guilherme MesquitaPimenta

#### Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da comissão.

#### 3.3.1 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

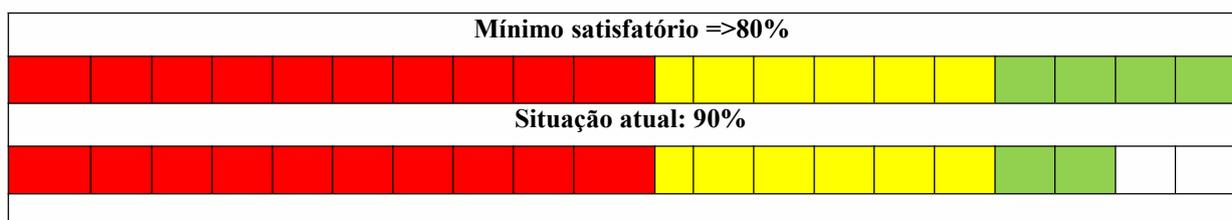
Data da constituição:	20/02/2019	Periodicidade de reunião:	Mensal
Número de membros:	11	Presidente:	Ericka Vieira XimenesBelo

#### Indicador

- Presença nas Reuniões**

É evidenciado através do cálculo:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Participantes da estrutura técnica operacional}}{N^{\circ} \text{ total de componentes da estrutura técnica operacional}} \times 100$$



**Cálculo:** 11/10\*100

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

- 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

■ Insatisfatório ■ Satisfatório ■ Muito satisfatório

saídas (altas, transferências externas), multiplicado por 100.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Prontuarios Revisados}}{N^{\circ} \text{ de saídas hospitalares mês} - N^{\circ} \text{ de óbitos}} \times 100$$

**Cálculo:** 24/221\*100

**Resultado:** 10,9%.

#### 3.4.1 Análise crítica

A Comissão de análise e revisão de prontuários reuniu-se no dia 06 de Junho de 2021, com a seguinte pauta: análise e revisão dos prontuário referente ao mês Maio de 2021.



- **Avaliação de Óbitos**

É evidenciado através do cálculo

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

**Cálculo:** 82/82\*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.

### 3.5.1 Análise crítica

A Comissão de verificação de óbitos realizou reunião no dia 08 de Junho de 2021, a qual abordou em ata apresentação das verificações dos óbitos referente ao mês de Maio de 2021 e as ações de melhoria no processo de preenchimento da DO.

Foram avaliados 82 óbitos, destes 82 DO's contém itens de conformidades, sendo 0 com errata e 0 direcionado ao SVO. Os óbitos são verificados através do formulário 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:	06	Presidente:	Amanda Inácia de Oliveira

#### Indicador

Consta no relatório da comissão.

### 3.6.1 Análise crítica

A Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional realizou reunião no dia 09 de Junho 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	Presidente de reunião:	Mensal:
Número de membros:	15	Secretário	Kátia Oliveira Nunes

#### Indicador

Apresentação de relatórios com as atividades da Comissão.

#### 3.7.1 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.

#### 3.8.1 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

riscose 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;
- ✓ Elaboração de fichas de controle de entrega de EPI's.

No mês de referência foram registradas seis(06) ocorrências de acidente de trabalho ambos com prestadores de serviços, com envolvimento de material biológico e perfuro-cortantes.

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

### 3.9 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Data da constituição:	20/02/2019	Periodicidade de reunião:	Mensal
Número de membros:	07	Presidente:	Valdirene José da Costa

#### Indicador

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 (%)

#### 3.9.1 Análise crítica

A Comissão de gerenciamento de resíduos realizou reunião no dia 01 de Junho de 2021, tendo como pauta:

Reunião ordinária da comissão de resíduos, Venda Materiais Recicláveis, Dispersão de lâmpadas, Dispersão de Medicamentos, Alinhamento da Ação do dia

Mundial do Meio Ambiente.

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

### 3.10 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Data da constituição:	20/02/2019	Periodicidade de reunião:	Mensal
Número de membros:	09	Presidente:	Glauciene Souza Silva

#### Indicador

- ✓ Número de queixas técnicas a medicamentos;
- ✓ Número de queixas técnicas a materiais hospitalares;
- ✓ Número de queixas técnicas a equipamentos hospitalares;
- ✓ Número de reações adversas a medicamentos;
- ✓ Taxa de produto entregue fora do prazo pelo fornecedor e Ranking de fornecedores.

#### 3.10.1 Análise crítica

A Comissão de farmácia e terapêutica realizou reunião no dia 02 de Junho de 2021, com a presença de 12 (Doze) membros. Teve como pauta: Realização de Inventário na farmácia, Conciliação Medicamentosa, Implantação da Central de EPI, Revisão da lista padrão de Medicamentos e Correlatos, Falta de antimicrobianos, Risco de gerenciamento no controle de estoque.

Será apresentado em anexo, o relatório da “COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.”

### 3.11 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.

### 3.11.1 Análise crítica

A Comissão de humanização realizou reunião no dia 07 de Junho de 2021, com a presença de 08 (oito) participantes, sendo abordado em ata as ações de humanização. No mês de referência a unidade realizou 11 ações de humanização sendo elas:

- Comemoração com ação dos dias das mães ;
- Comemoração do Dia do Trabalhador;
- Comemoração do Dia Internacional da Enfermagem;
- Comemoração do Dia do Assistente Social;
- Comemoração com ação do Dia do Abraço;
- Entrega de certificado de reconhecimento aos profissionais elogiados no mês pelos usuários;
- Dia Nacional de Doação do Leite Humano;
- Em parceria com o departamento de Recursos Humanos foram prestigiados os aniversariantes do mês;
- “Quem sou eu”?
- Apresentação da Orquestra Sinfônica Jovem de Goiás (OSJG) aos colaboradores da unidade;
- 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 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

### 3.12.1 Análise crítica

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes– CIHDOTT realizou reunião no dia 05 de Maio de 2021 com a seguinte pauta: apresentação dos óbitos com foco no processo de doação de órgãos e tecidos do mês de Maio.

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

### 3. 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.

#### Censo de origem por Cidade

Cidade	Quantitativo
APARECIDA DE GOIANIA	291
ARAGOIANIA	2
ANAPOLIS	1
AGUAS LINDAS	1
BELA VISTA DE GOIAS	5
CRISTIANOPOLIS	1
CRIXAS	1
EDEIA	2
GOIANESIA	1
GOIANIA	39
GUAPO	3
HIDROLANDIA	4
INDIARA	1
INHUMAS	0
JANDAIA	0
JARAGUA	0
JATAI	0
MANAUS	0

NEROPOLIS	0
ORIZONA	1
PONTALINA	3
PIRACANJUBA	3
PROFESSOR JAMIL	0
RIO VERDE	0
SENADOR CANEDO	18
SILVANIA	1
TRINDADE	0
FORMOSA	0
VIANOPOLIS	1
VICENTINOPOLIS	1
<b>TOTAL</b>	<b>380</b>

### Censo de origem por Bairro - Aparecida de Goiânia

Bairro	Quantitativo
AEROPORTO	1
AEROPORTO SUL	1
SETOR DOS AFONSOS	6
ALTO PARAISO	2
ASA BRANCA	1
SETOR ARAGUAIA	1
BAIRRO CARDOSO	1
BAIRRO DA HILDA	2
BURITI SERENO	11
CANDIDO QUEIROZ	4
CARDOSO 1	1
CARDOSO 2	2
CASCATA	1
CENTRO	1
CHACARA SNTA LUZIA	1
CIDADE VERA CRUZ I	3
CIDADE VERA CRUZ II	2
CIDADE LIVRE	8
CIDADE SATELITE SAO LUIZ	10
CIDADE VERA CRUZ	9
COLINA AZUL	1
COMENDADOR WALMOR	1
COND.ANA ROSA	1
CONJ. ESTRELA DO SUL	2
CONDE DOS ARCOS	2
CONTINENTAL	2
DOM BOSCO	1
DOMINGO CESARIO	1
SETOR DOS ESTADOS	1
EXPANSUL	2
GARAVELO	6
GARAVELO RESIDENCIAL PARK	5
GOIANIA PARK SUL	1
INDEPENDENCIA MANSOES	5

INDEPENDENCIA	4
INDUSTRIAL SANTO ANTONIO	3
IPIRANGA	1
ITAPUA	10
JARDIM VEIGA JARDIM	5
JARDIM BELA VISTA	2
JARDIM GOIAS	2
JARDIM LUZ	1
JARDIM MARILIZA	2
JARDIM NOVA ERA	5
JARDIM RIVIERA	4
JARDIM TROPICAL	4
JARDIM ALTO PARAISO	5
JARDIM BELO HORIZONTE	1
JARDIM CASA GRANDE	1
JARDIM CASCATA	2
JARDIM CRISTAL	1
JARDIM CRISTALINO	2
JARDIM DAS ACACIAS	1
JARDIM DAS OLIVEIRAS	1
JARDIM DOM BOSCO	4
JARDIM DOM BOSCO II	4
JARDIM DOS BURITIS	1
JARDIM ESMERALDA	1
JARDIM IPIRANGA	1
JARDIM MARIA INES	3
JARDIM MONT SERRAT	2
JARDIM OLIMPIO	5
JARDIM PARAISO	1
JARDIM REPOUSO	1
JARDIM ROSA DO SUL	1
JARDIM TIRADENTES	5
LOT. AGUAS CLARAES	1
MADRE GERMANA	1
MANSOES PARAISO	6
MARISTA	1
MARISTA SUL	4
MORADA DOS PASSAROS	1
NSª SENHORA DE LOURDES	1
NOVA CIDADE	2
NOVA OLINDA	2
PAPILON PARK	4
PARK ITAMARATI	1
PONTAL SUL	9
PONTAL SUL II	1
PARQUE ATENEU	1
PARQUE DAS NAÇOES	1
PARK FLAMBOYANT	1
PARK HAYALA	3
PARK ITALIAIA	1
PARK REAL	3
PARK TRINDADE II	2
PARK VEIGA JARDIM	2
PRESIDIO CONSUELO	1
REISID. CARAIBAS	2
RESID. JK	1
RESID. SOLAR PARK	4

RESID. VLAGÉ GARAVELO	2
RESID. ITAIPU	1
RETIRO DO BOSQUE	2
ROSA DOS VENTOS	1
SANTA LUZIA	3
SANTO ANDRÉ	1
SENADOR CANEDO	1
SERRA DAS BRISAS	1
SERRA DOURADA	7
TERRA PROMETIDA	1
TIRADENTES	2
TOCANTINS	2
TRES MARIAS	1
VALE DO SOL	2
VILA SOLAR GARDEN	1
VILA BRASÍLIA	6
VILA DELFIORI	2
VILA MARIA	1
VILA ROMANA	1
VILA SUL	3
VILAGE GARAVELO	1
VIRGINA PARK	1
<b>TOTAL</b>	<b>284</b>

### Censo de origem por Bairro -Goiânia

BAIRRO	QUANTITATIVO
CACHOEIRA DOURADA	1
CAMPOS DOURADO	1
CHACARRA SÃO JOAQUIM	1
CENTER VILE	1
CONJ. FABIANO	1
FAIÇALVILLE	3
ITAPOA	1
JAO	1
JARDIM ALFAVILE	1
JARDIM AMÉRICA	1
JARDIM SERRADO	1
JD BRASIL	2
JD GUANABARA	1
JD IMPERIAL	1
JD NOVO MUNDO	1
JD VILA BOA	1
NEGRAO DE LIMA	1
PEDRO LUDOVICO	5
PQ AMAZONAS	1
PQ ATHENEU	1

REAL CONQUISTA	1
RESIDENCIAL ITAIPU	1
RESIDENCIAL PAULO ESTRELA	1
RIO FORMOSO	1
RESIDENCIAL SAO MARCOS	1
ROSA DOS VENTOS	1
SANTA FÉ	1
SANTOS DUMONT	1
TUPINAMBA DOS REIS	1
VILA REDENÇÃO	1
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>

### Censo de origem por Bairro Demais

BAIRRO DEMAIS	QUANTITATIVO
ALDEIA DO MORRO	1
BELA ILHA	1
BOA VISTA	1
CAMPOS BELOS	1
CASTROS	1
CENTRAL	1
CENTRO	1
CONJ. CIDADE NOVA	1
CONJ UIRAPURU	1
CONJ. MORADO DO MORRO	1
DONA LINGU	1
ESTRELA DALVA	1
FLOR DO IPE II	1
JD DAS OLIVEIRAS	1
JD CANEDOII	1
JD. FEIRRE WALTER	1
JD IMPERIAL	2
JD TODOS OS SANTOS	1
JK	1
LUCIA ALICE	1
MARIA LOURDES	1
MORADA DO SOL	1
NOVO TEMPO	1
REGIAO GAMELEIRA	1
RESID. PEDRO MIRANDA	1
RESID. PROF. ELY ROCHA	1
RESID. SUAPORA	1

RESID. TERRA BELA	1
RESID. VITORIA	2
RURAL SAO FABRICIO	1
SANTA MARIA	1
SAO JORGE	1
SAO LEOPOLDO	1
SAO LOURENÇO	1
SITIO VALE DAS BRISAS	1
TERRA NOVA	1
PARK ATALAIA	1
VALE DA POMBAS	1
VILA SANTA ROSA	1
ZONA RURAL	1
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>

#### **4. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES E ACOMPANHANTES - Maio/2021.**

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

##### **4.1 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.

##### **4.2 Análise crítica**

O Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia- HMAP por meio do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU realizou no mês de Maio 1.025 pesquisas de satisfação nos setores de internação, pronto socorro, ambulatório e SADT.

Do total pesquisado, 1.012 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando em 98% o índice de satisfação do usuário.

Foram registrados no mês de referência 113 elogios, correspondendo a 11% das pesquisas aplicadas e 07 reclamações, totalizando em 6% em relação as pesquisas aplicadas. Das 07 reclamações, ressalvo que 02 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”.

## **5. APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)**

No mês de Maio foram apresentadas 371 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”.

## **6. MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DE DIRETRIZES E PROTOCOLOS CLÍNICOS**

No mês de referência a unidade elaborou 01 novo documento sendo:

### 01 Protocolo

- Protocolo de Prevenção e Manejo às Reações Adversas aos Meios de Contraste .

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”.

## **7. MONITORAMENTO DO TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

No mês de Maio foram classificados 392 pacientes, destes 209 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 53 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”.

## **8. 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 Maio 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 346 internações, das quais 04 foram readmissões.

Para calculo utilizamos a seguinte formula:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de internações}} \times 100$$

**Calculo:** 04/346\*100

**Resultado:** apresentando uma taxa de 1,15%, 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.

## 9. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente foi instituído através da RDC n°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 na 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:

1. Identificação do Paciente;
2. Cirurgia Segura;
3. Prevenção de Lesão por Pressão;
4. Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde;
5. Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
6. 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.

### 9.1 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

### 9.2 Análise Crítica

O Núcleo de Segurança do Paciente registrou 47 notificações no mês de Maio 01 estavam sem dados básicos, sendo desconsiderada, totalizando assim 46 notificações. Das notificações realizadas, 27 foram consideradas toleráveis, 04 necessitaram de plano de ação relacionados a assistência, e 15 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”.

### 10. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica registrou no mês de referência 325 notificações, sendo 321 referente a COVID-19, 02 TB, 01 HIV, 01 Dengue.

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

Aparecida de Goiânia, 20 de Junho de 2021.

Lázara Maria de Araújo Mundim  
Diretora Geral - HMAP

Alana Oliveira da Silva  
Coordenadora de Qualidade e Epidemiologia - HMAP

# ANEXOS

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

**MAIO DE 2021**

## ÍNDICE

1. Introdução .....	03
2. Indicadores Gerais .....	05
3. Indicadores Uti 01 .....	09
4. Uti 02.....	16
5. Indicadores Uti Pediátrica .....	23
6. Indicadores Uti A.....	30
7. Indicadores Uti B.....	37
8. Indicadores Uti C2.....	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. Faz-se também, acompanhamento nas visitas multidisciplinares que ocorrem

com o intuito de inteirar com a equipe participando de cada especificidade dos pacientes e intervindo no que diz respeito ao controle de infecção.

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.

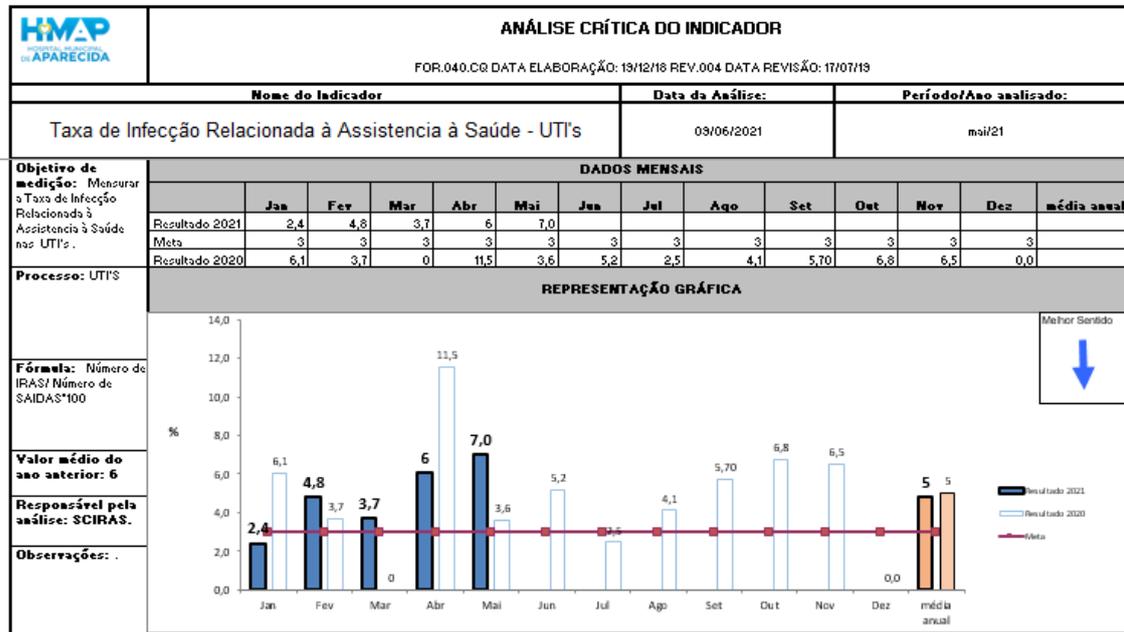
## 2. INDICADORES GERAIS

### 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:**  $20/285*100 = 7\%$



### Análise Crítica:

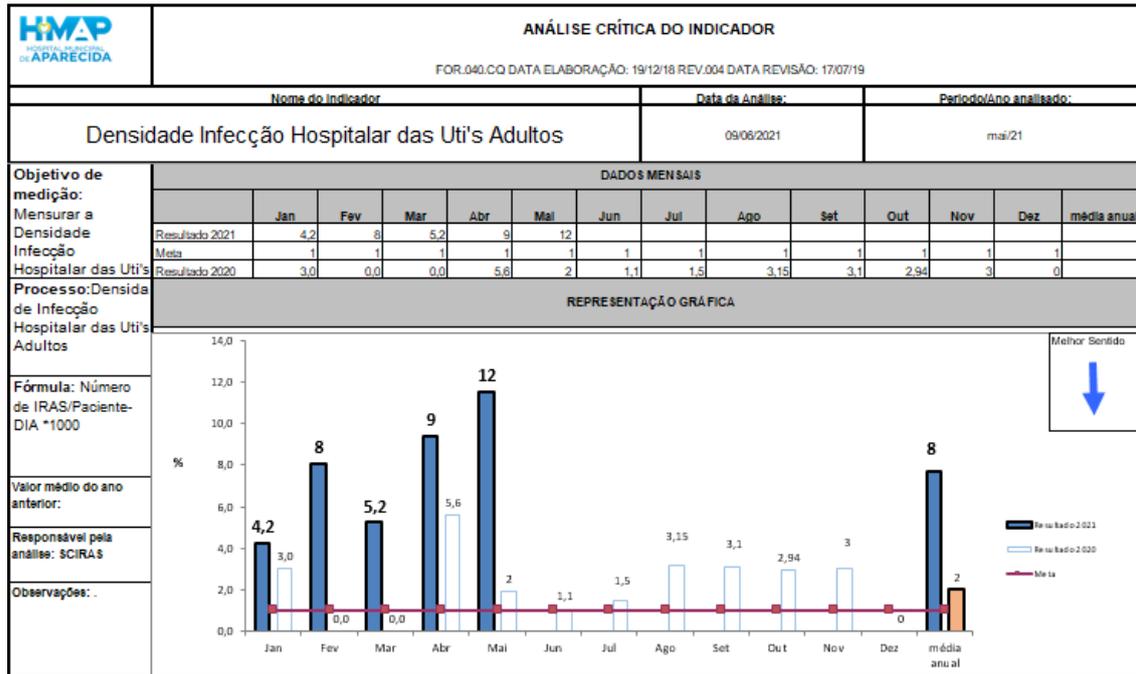
Denota-se o gráfico uma elevação da taxa global de infecções hospitalares nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto em 1%. As IRAS causadas por dispositivos invasivos somam-se a maioria delas com um denominador total de dezenove IRAS. A outra não relacionados por dispositivos invasivos.

### 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:** \*20/1731\*1000= 12



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma elevação da densidade em 3 nos eventos de infecções hospitalares nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto.

Esta elevação está relacionada a redução do numerador e denominador, houve 5 IRAS a baixo do mês anterior.

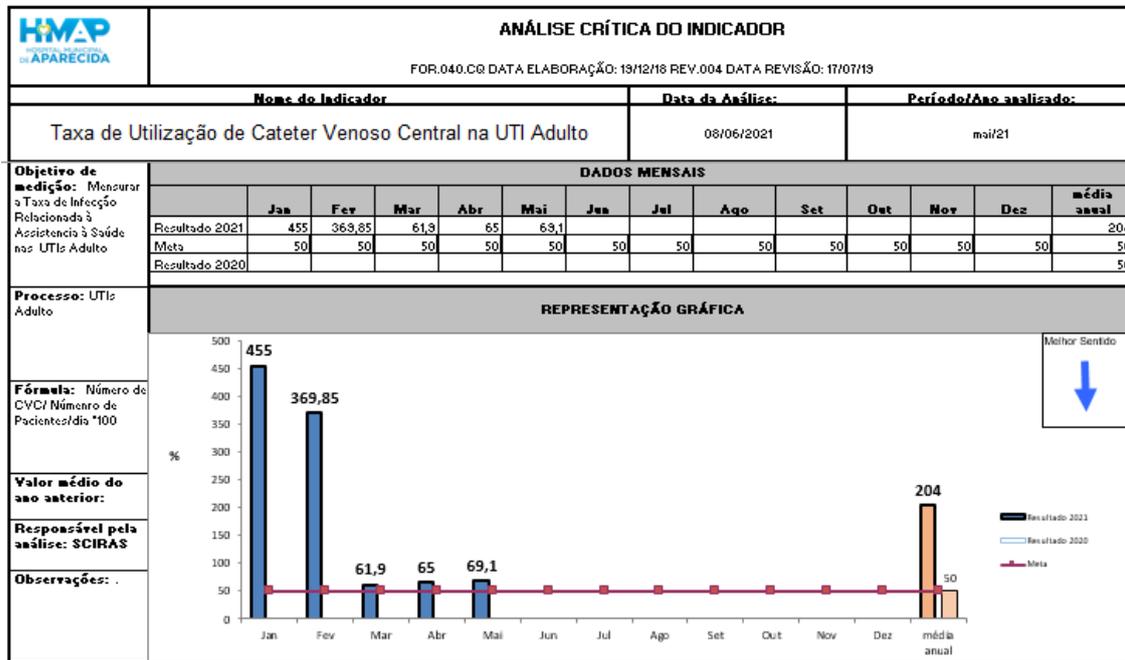
É válido ressaltar que a meta para Densidade é sempre será 0.

### 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:** 1196/1731\*100 = 69,1 %



### Análise Crítica:

No mês de referência observamos um aumento na utilização de 4,1% uma elevação quanto a rotatividade dos pacientes, gravidade e tempo de permanência.

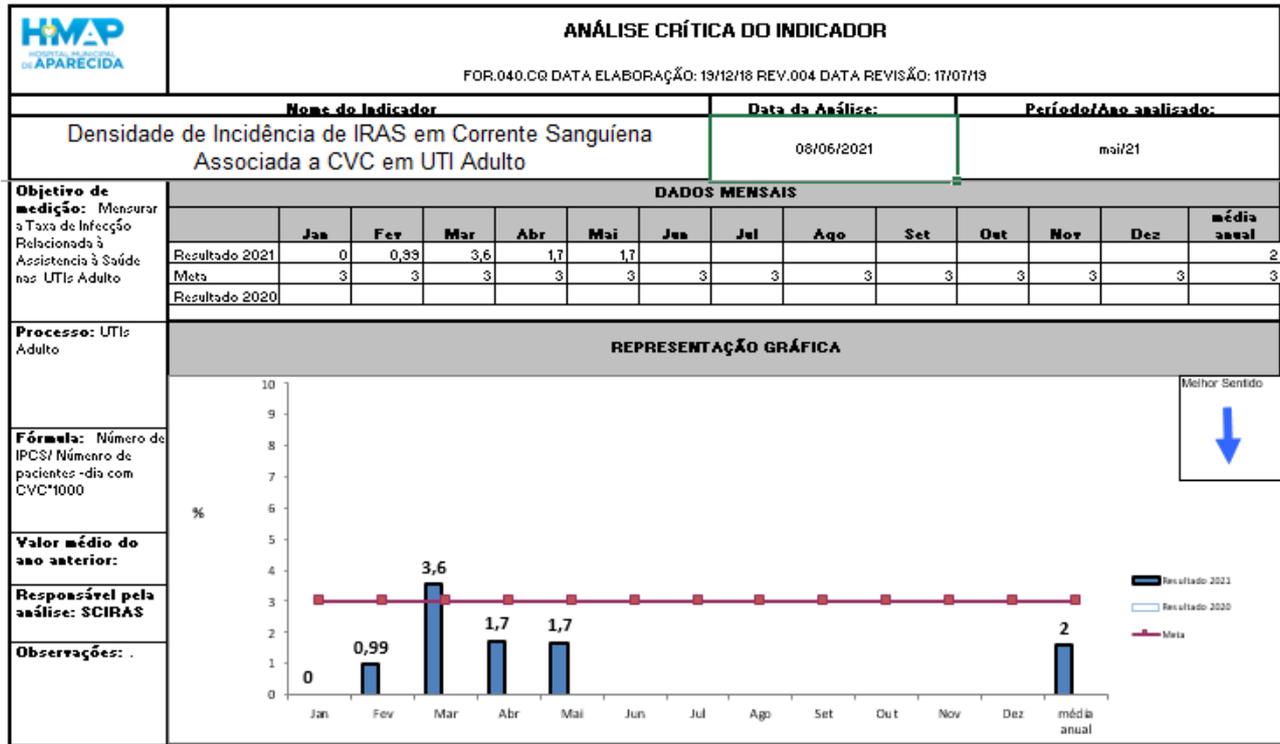
Houve uma diminuição no número de pacientes dia e uma aumento no número de cateter dia.

### DENSIDADE DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA

**OBJETIVO:** Densidade Infecção Primária de Corrente Sanguínea relacionado ao uso de cateteres centrais em UTI's Adulto

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

**Resultado:** 2/1196\*1000 = 1,7



### Análise Crítica:

Denota-se no gráfico que a densidade manteve-se em 1,7. Redução de uma IPCS em relação ao mês anterior.

É necessário que as ações propostas nos protocolos, bundles e POP sejam realizadas na íntegra, para que possamos reduzir a zero o número de IPCS.

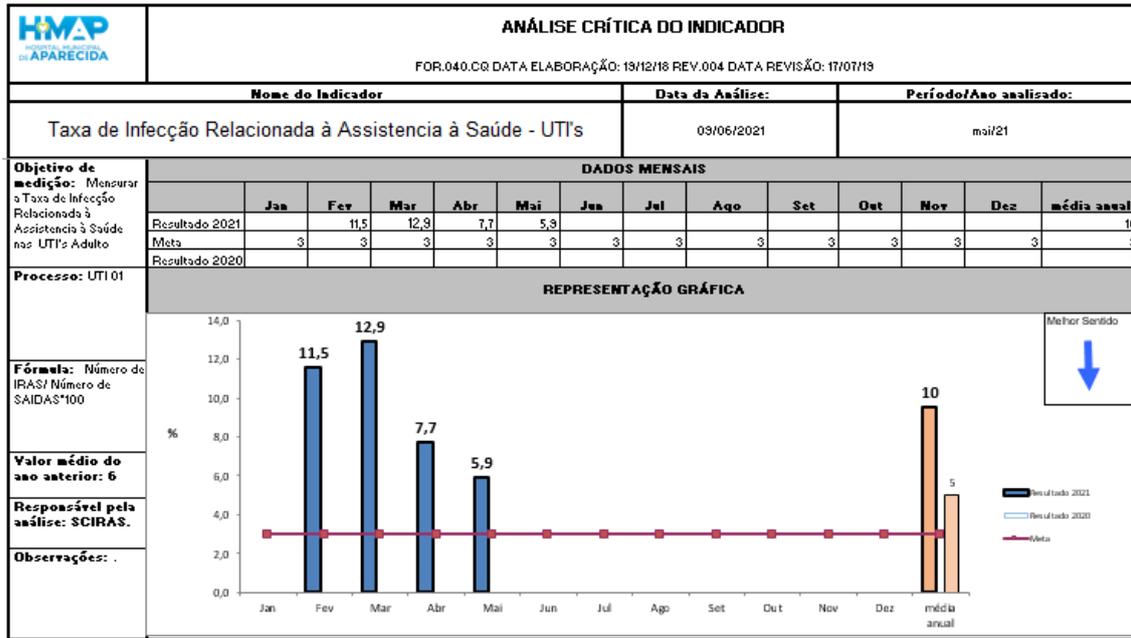
### 3. INDICADORES UTI ADULTO 01

#### 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:**  $1/17 \cdot 100 = 5,9\%$



### Análise Crítica:

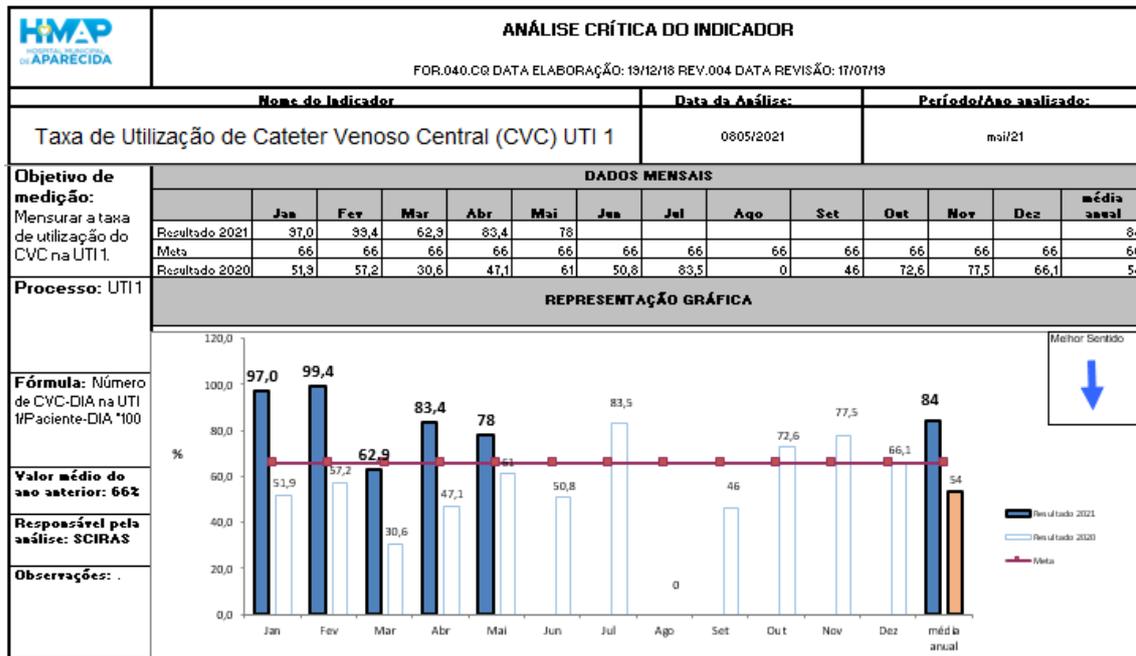
As infecções hospitalares são resultados de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções diversas dentro do ambiente hospitalar. Houve uma redução de 1,8% esse resultado está relacionado a redução de infecção e do número de saídas.

### 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:**  $120/154 * 100 = 78\%$



### Análise Crítica:

Denota-se no gráfico uma redução de 5,4 % no que concerne o mês anterior. Acima da média 12%. 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.

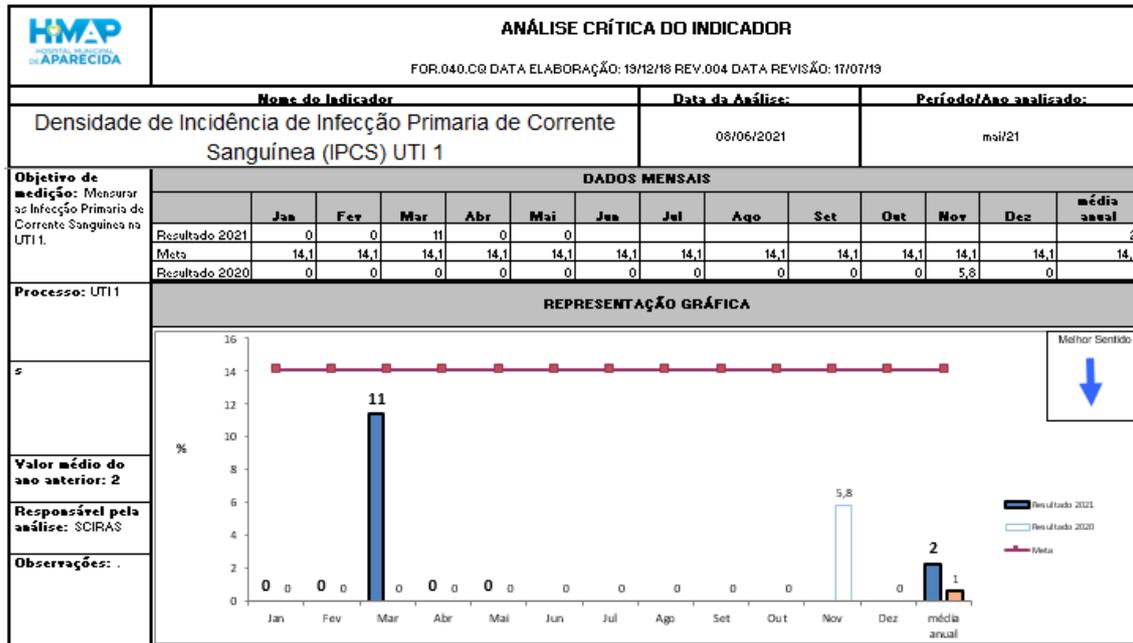
Outro fator para essa variância foi a redução dos dias de uso de cateter central e paciente dia da unidade.

### 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:** 0/120\*1000 = 0



### Análise Crítica:

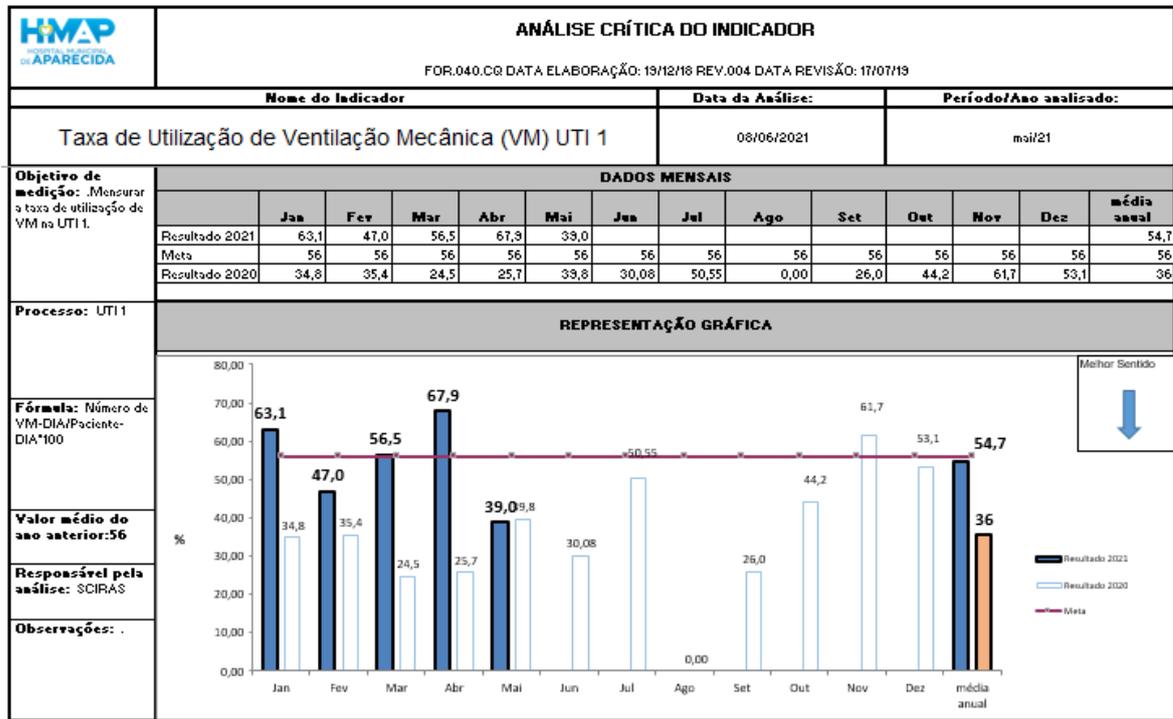
As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estas infecções em sua maioria são identificadas laboratorialmente quando há um agente etiológico presente em hemocultura. Percebemos que há dois meses consecutivos a UTI não apresenta IPCS é um ótimo resultado, esperamos que a equipe continue com os cuidados aos cateteres centrais.

### 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:** 60/154\*100 = 39%



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma de 28,9% no que concerne o mês anterior. Abaixo da média. 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. A redução denotada no gráfico relaciona-se a redução do uso de Ventilação mecânica dia na UTI.

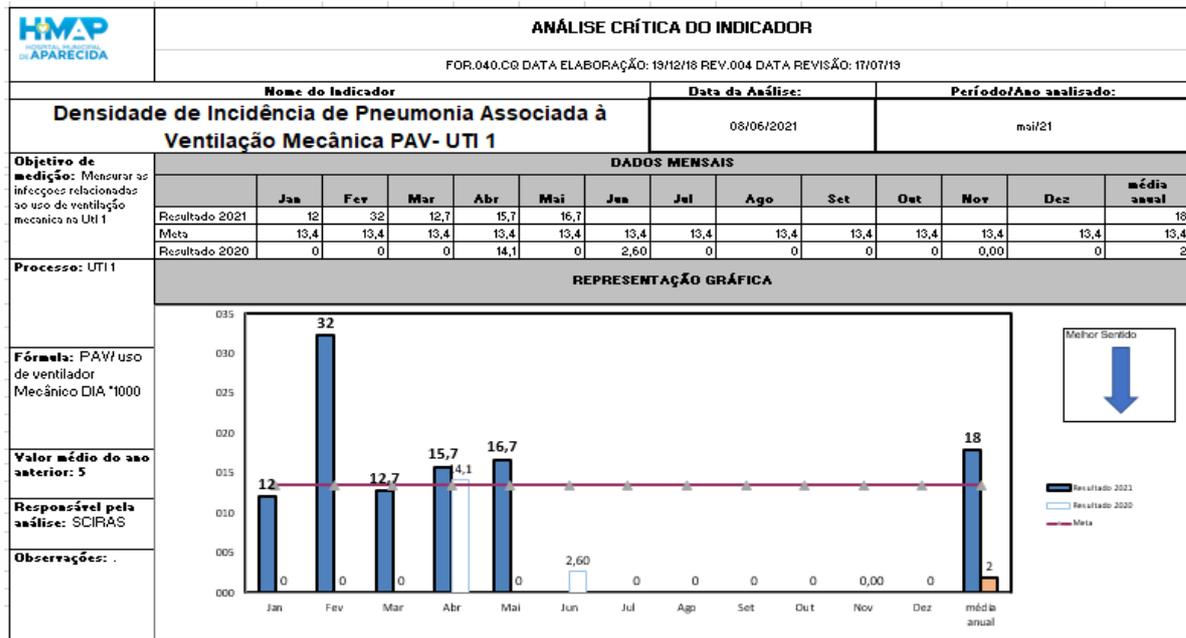
### Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto 01

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

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

**Resultado:** 1/60\*1000= 16,7

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/simprocesso/public/validar-assinatura-anelo> informando o código 198488 e o código verificador 22775.



### 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 de uma PAV e de pacientes em uso de ventilador.

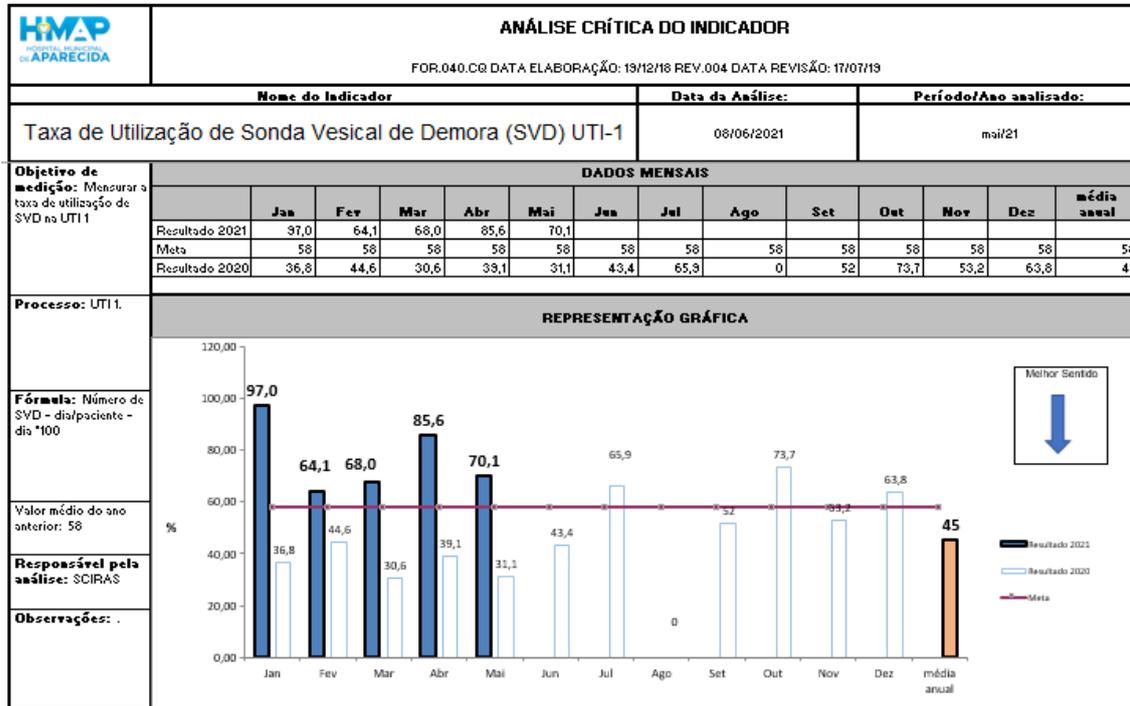
Observamos também que mesmo tendo sido assistidos menos pacientes, houve uma PAV identificadas no período exposto.

### 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:**  $108/154 * 100 = 70,1\%$



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico uma redução de 15,5% no que concerne o mês anterior e acima da média 12,1%. 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.

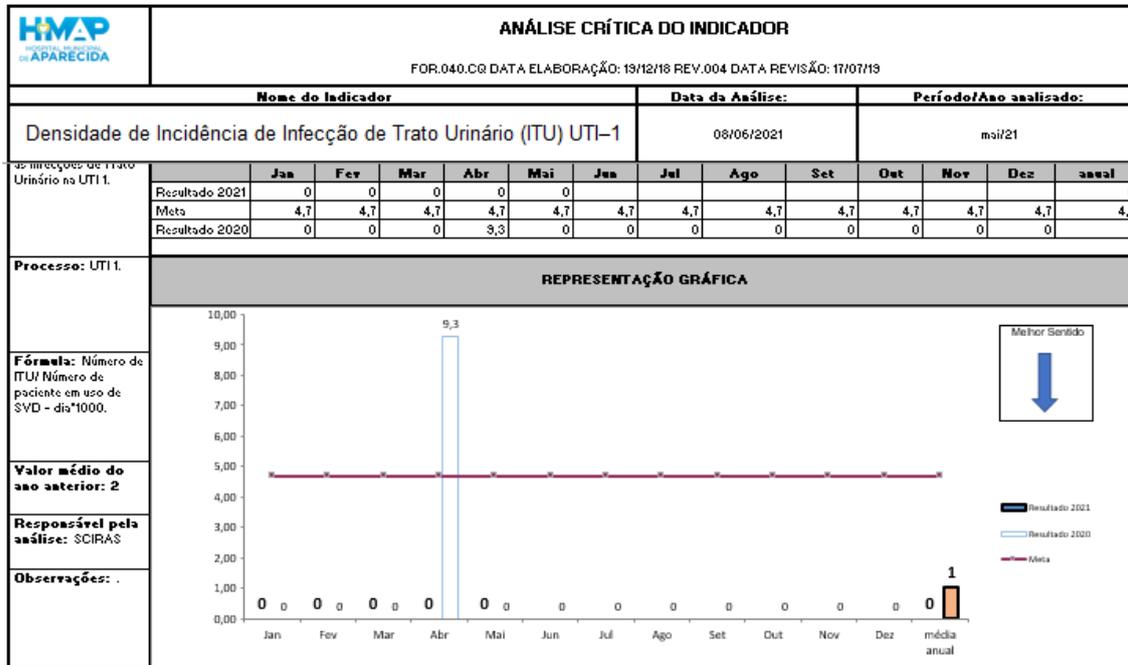
Para alguns pacientes, outros métodos de drenagem vesical devem ser considerados, como: cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condons). A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

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

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

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

**Resultado:**  $0/108 \times 1000 = 0$



### Análise Crítica:

O uso de sistema fechado de drenagem incluindo uma válvula 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 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.

### 4. INDICADORES UTI Adulto 02

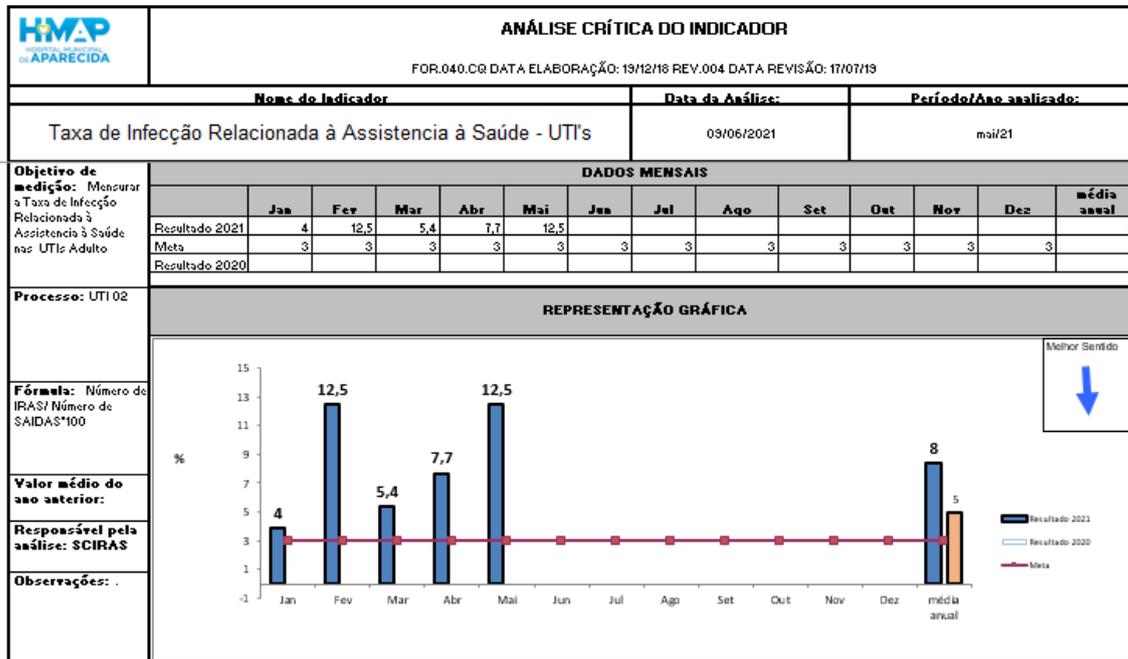
#### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

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

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

**Resultado:**  $3/24 \times 100 = 12,5\%$

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 198488 e o código verificador 22775.



### 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. 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.

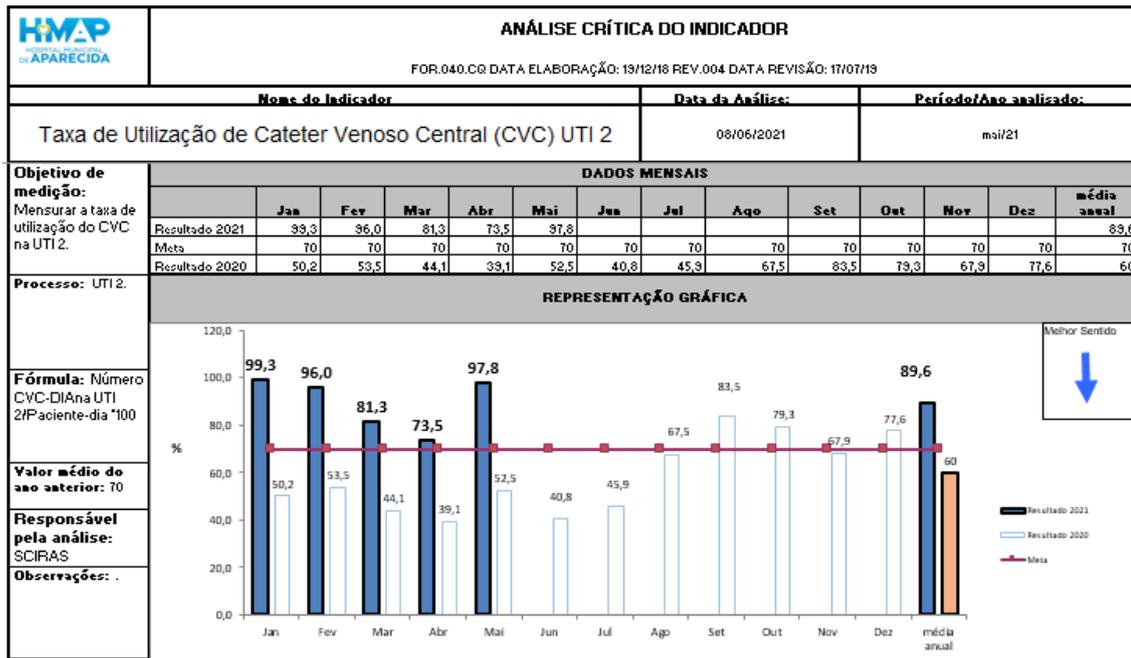
Nesse mês foi verificado aumento de 4,8% o que corresponde a uma redução no número de saídas e o aumento de uma Infecção.

### 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:** 136/139\*100 = 97,8 %



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico um aumento de 24,3% no que concerne o mês anterior. 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. 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.

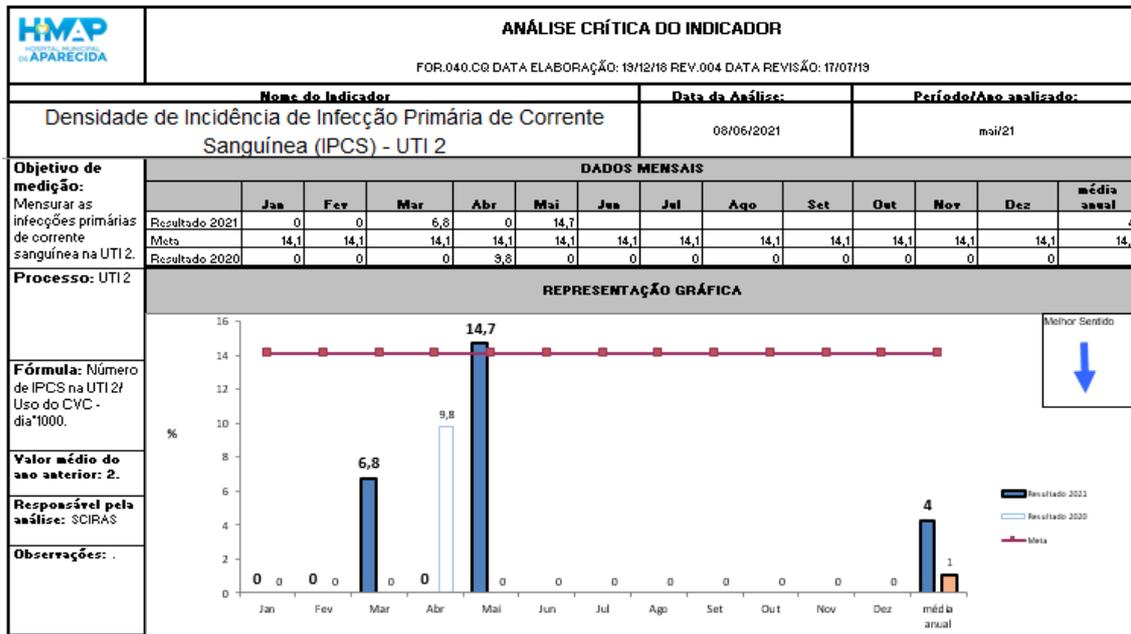
Essa taxa crescente está vinculada a quantidade proporcional do uso de cateter com o número de paciente dia.

### 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:** 2/136\*1000 = 14,7



### 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. 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.

Nesse mês houve um aumento de 14,7%, correspondente a duas IPCS, é necessário que as ações que contidas no bundles 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 /

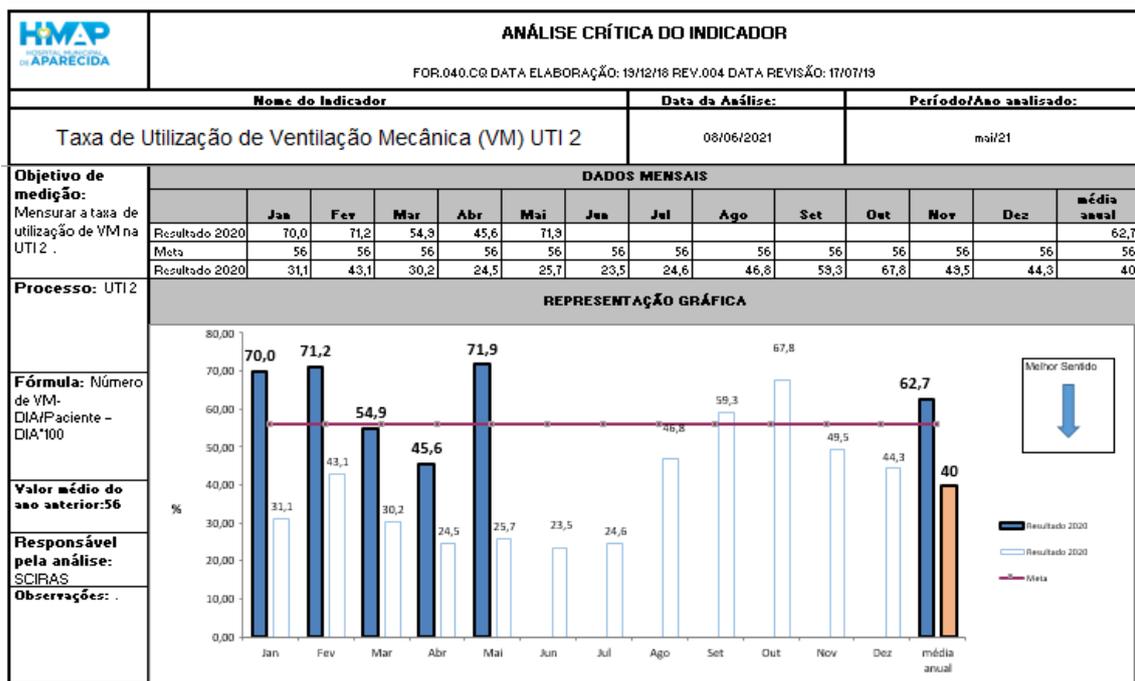
5. Curativo com troca adequada Via exclusiva para infusão de sangue, derivados ou nutrição parenteral /
6. Troca do sistema de infusão a cada 96 horas e/ou presença de sangue coagulado aderido no interior do sistema.
7. Aplicação do check list de inserção /
8. Educação continuada.

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

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

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

**Resultado:** 100/139\*100 = 71,9 %



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico um aumento de 26,3% no que concerne o mês anterior. Explica-se essa diminuição devido à redução de internações clínicas no período avaliado e

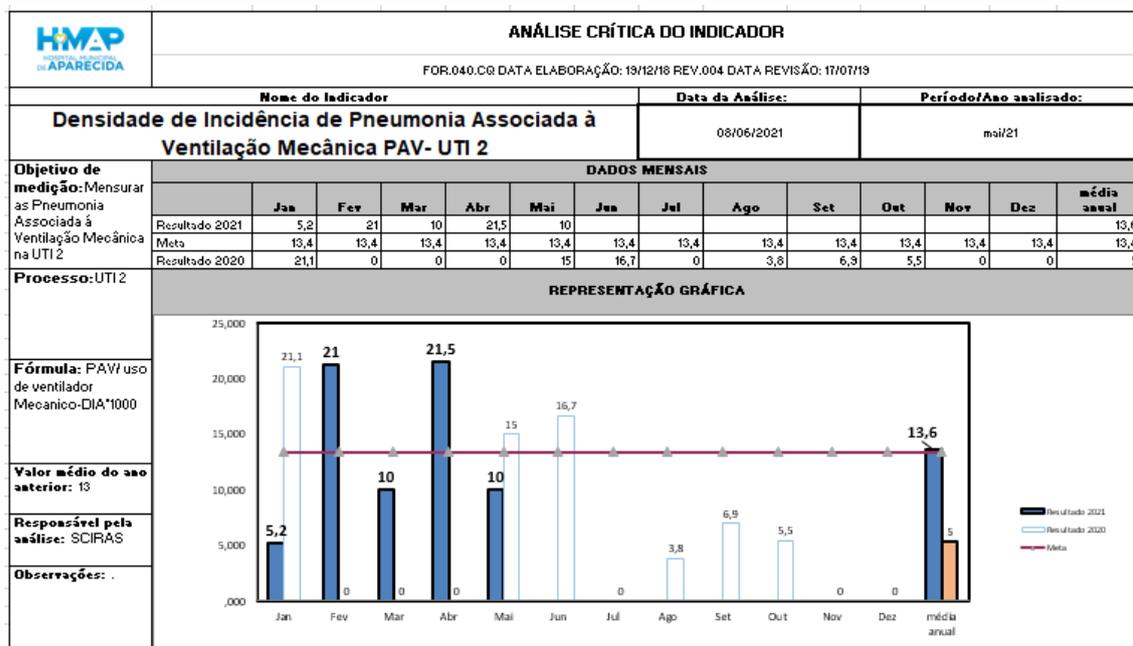
manteve o número de dias de VM dentro da UTI. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória.

## 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:** 1/100\*1000 = 10



### 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.

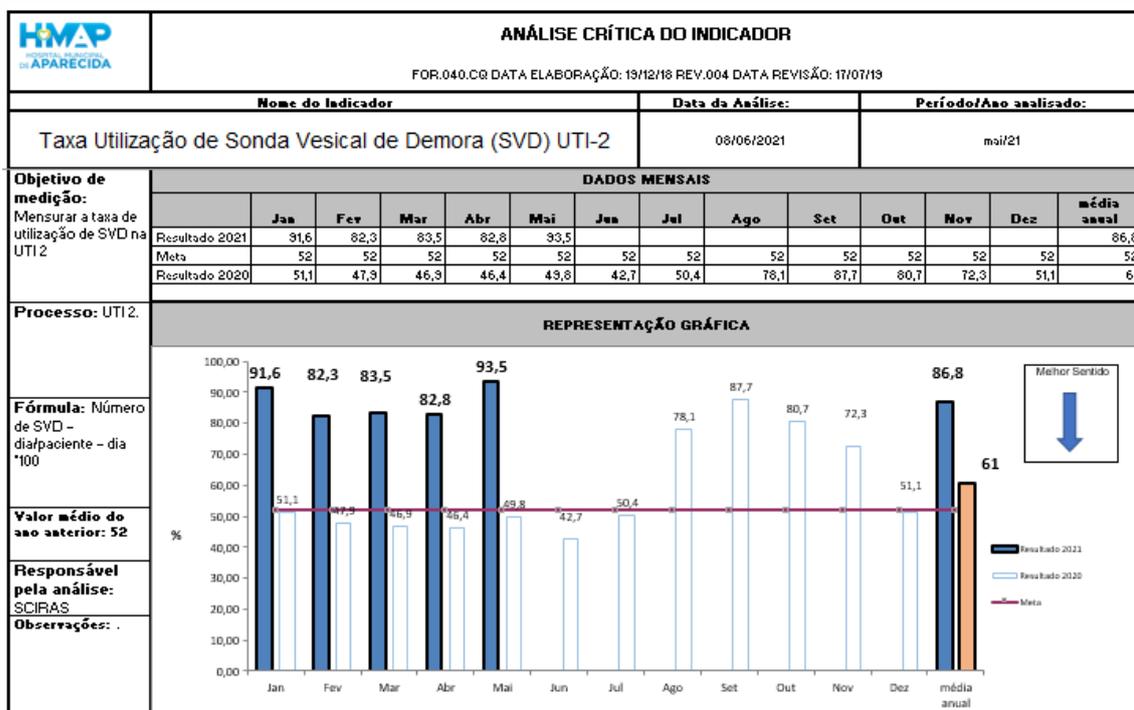
Observa-se a redução do quantitativo de PAV do mês anterior, este valor corresponde a uma PAV.

### 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:** 130/139\*100 = 93,5%



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico um aumento de 10,7% no que concerne o mês anterior e está relacionado ao número proporcional de uso de sonda vesical e o número de paciente dia.

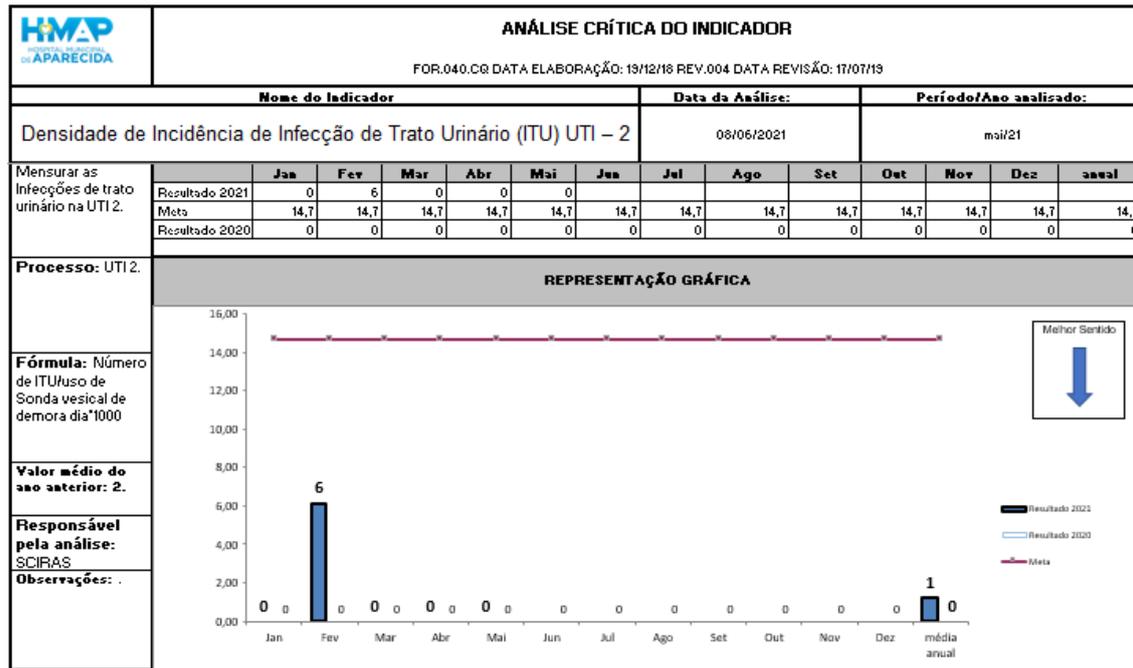
A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

## 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:** 0/130\*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 ao pacientes, Higiene íntima na técnica correta, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica, esvaziamento do saco coleteo em tempo hábil são ações que resultam uma incidência zerada já no terceiro mês consecutivo.

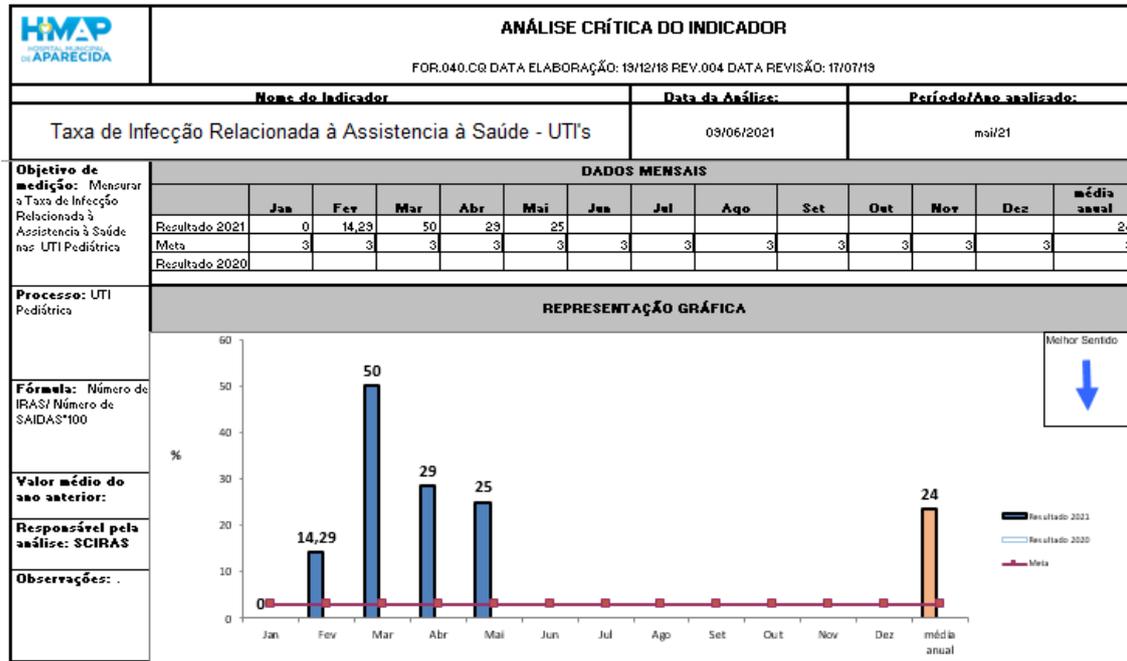
## 5. INDICADORES UTI PEDIÁTRICA

### 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:** 1/4\*100= 25 %



### 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.

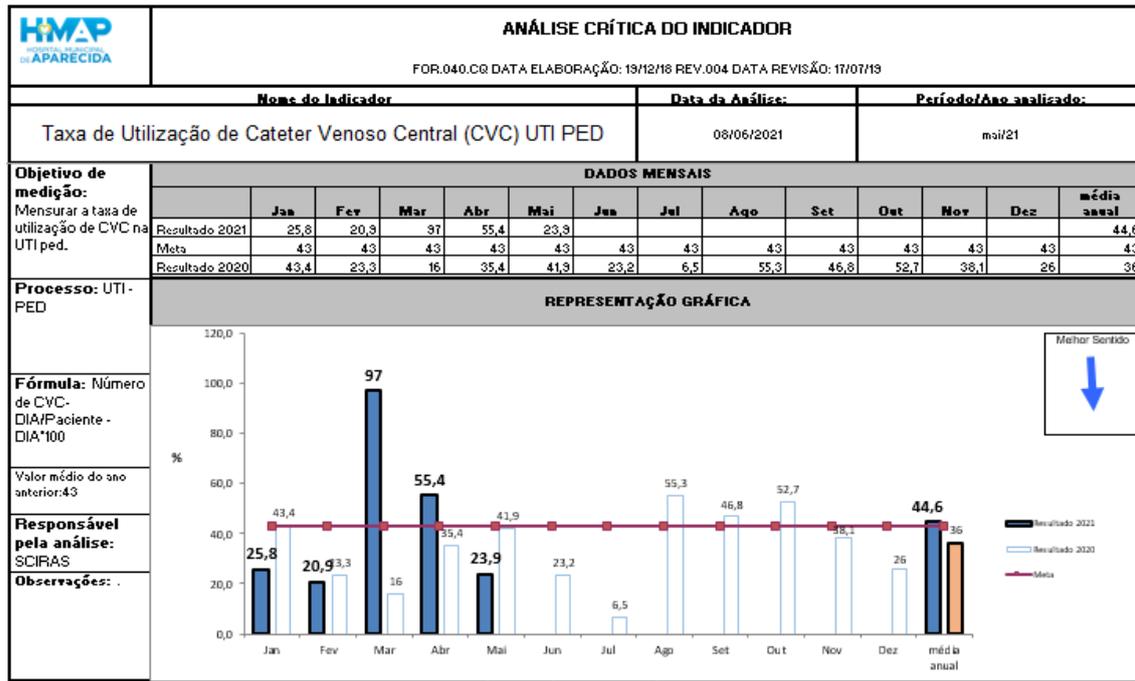
Houve uma redução discreta no gráfico corresponde a uma infecção no período.

### 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:** 21/88\*100 = 29,9 %



### Análise Crítica:

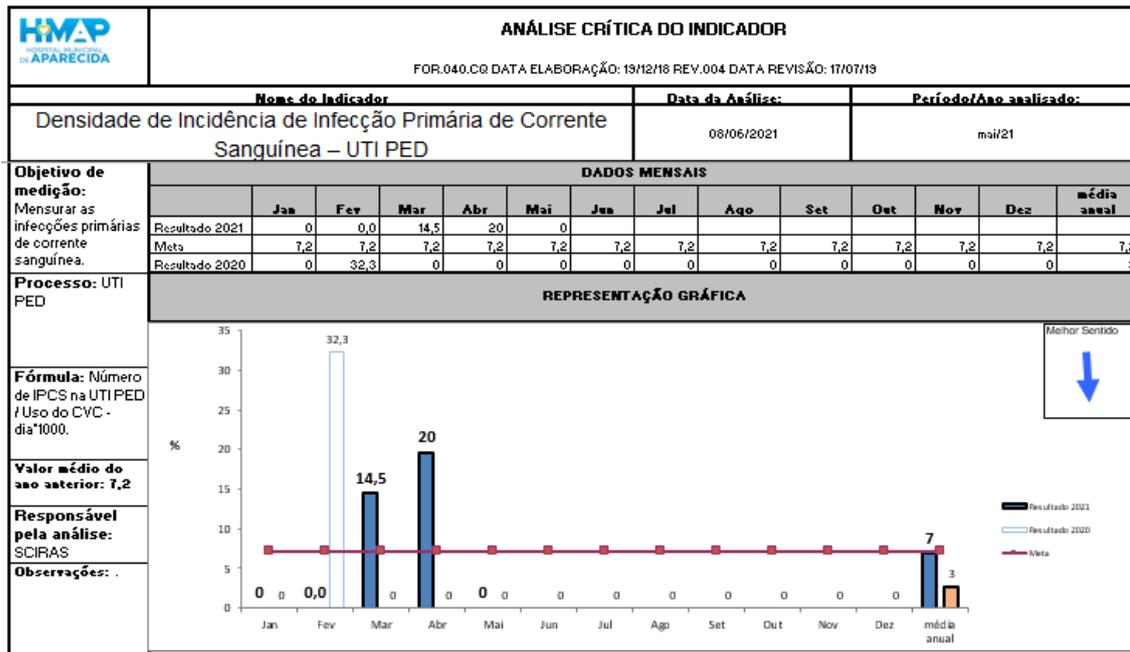
Denota-se o gráfico uma diminuição 31,5% no que concerne o mês anterior. A diminuição pode ser explicitada devido ao número de cateter dia ter reduzido pela metade comparado a Abril.

### 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:** 0/21\*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. No mês em discussão a densidade foi zero e este é um bom resultado comparado com o mês de março e abril, isso significa que os profissionais aderiram com maior propriedade as 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.

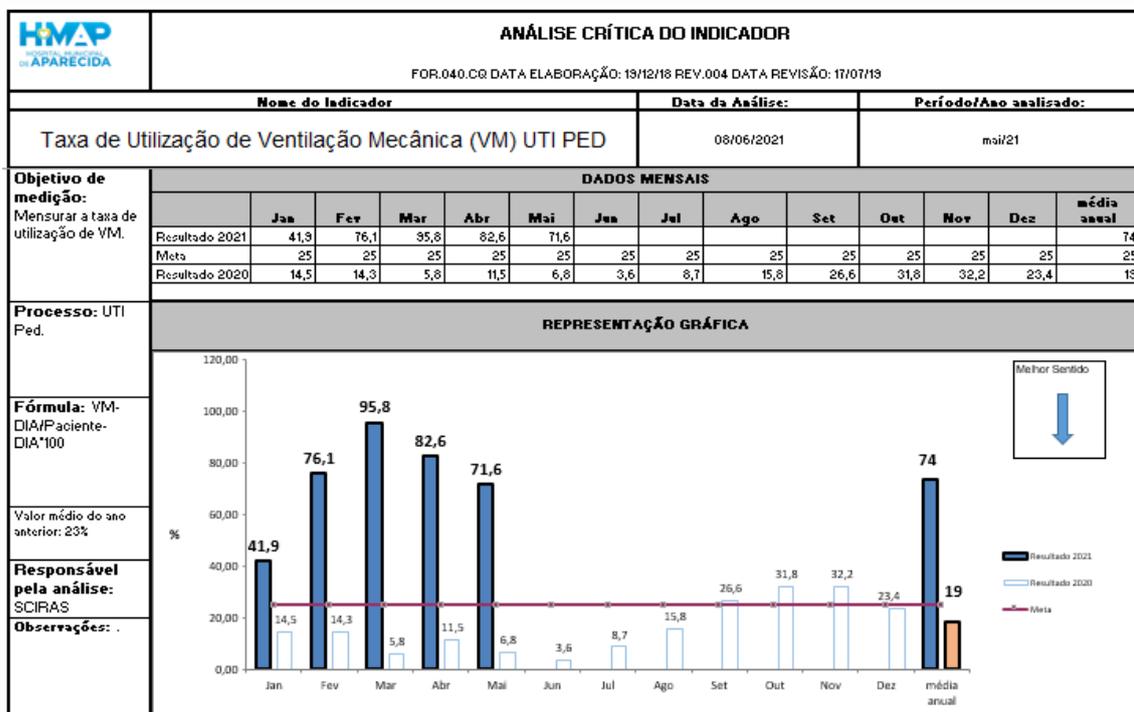
7. Aplicação do check list de inserção /
8. Educação continuada.

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

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

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

**Resultado:**  $63/88 \times 100 = 71,6 \%$



#### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico uma redução de 11% no que concerne o mês anterior. O resultado aparece por uma redução no número de pacientes em uso de VM e o aumento do número de paciente dia.

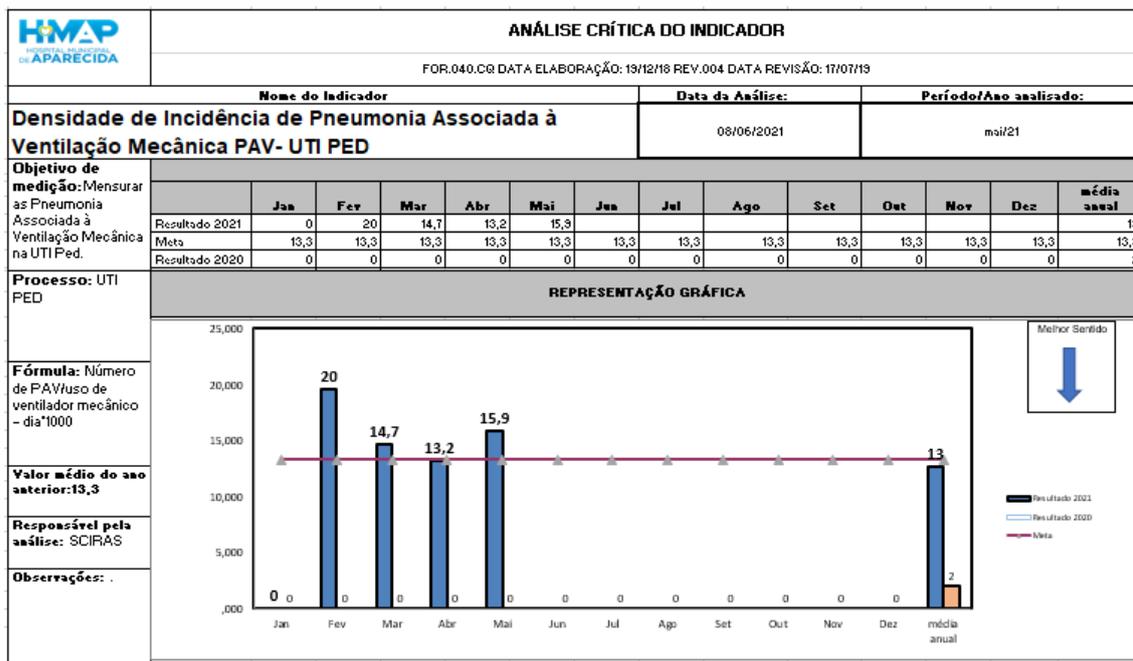
A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

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

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

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

**Resultado:** 1/63\*1000= 15,9



### 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.

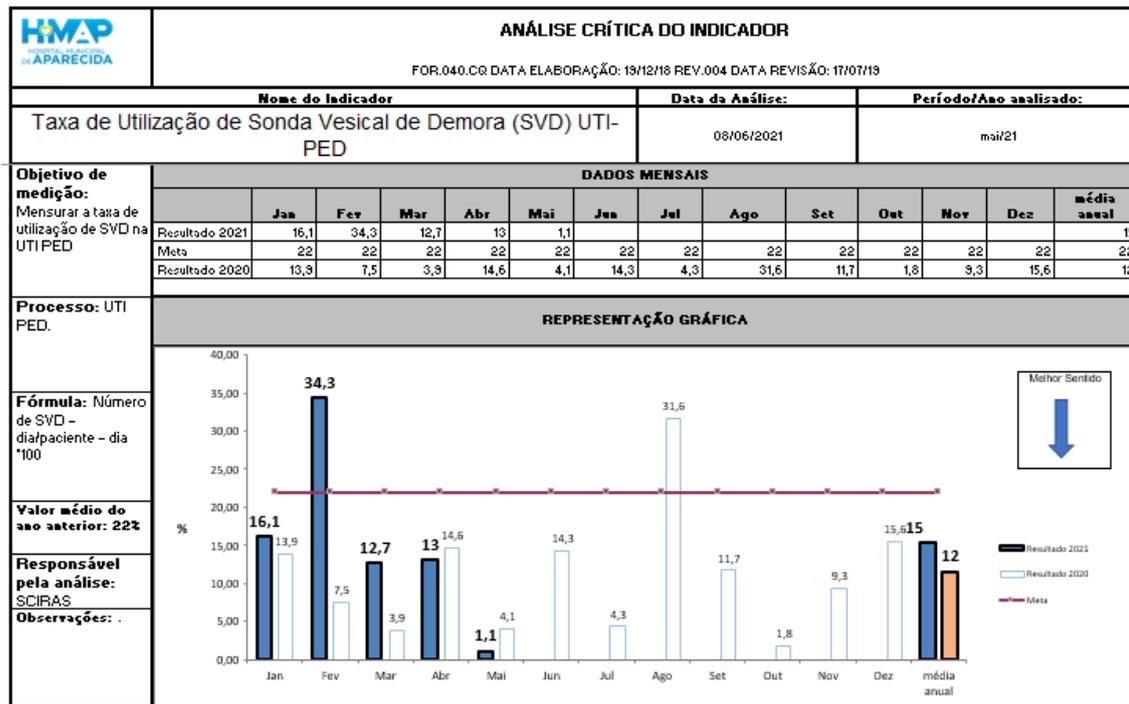
O número dos eventos de PAV permanecem iguais quanto ao mês anterior.

## 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:**  $1/88 * 100 = 1,1\%$



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico uma redução de 11,9% no que concerne o mês anterior. Esse valor é referente a um dia de Cateter Vesical de Demora.

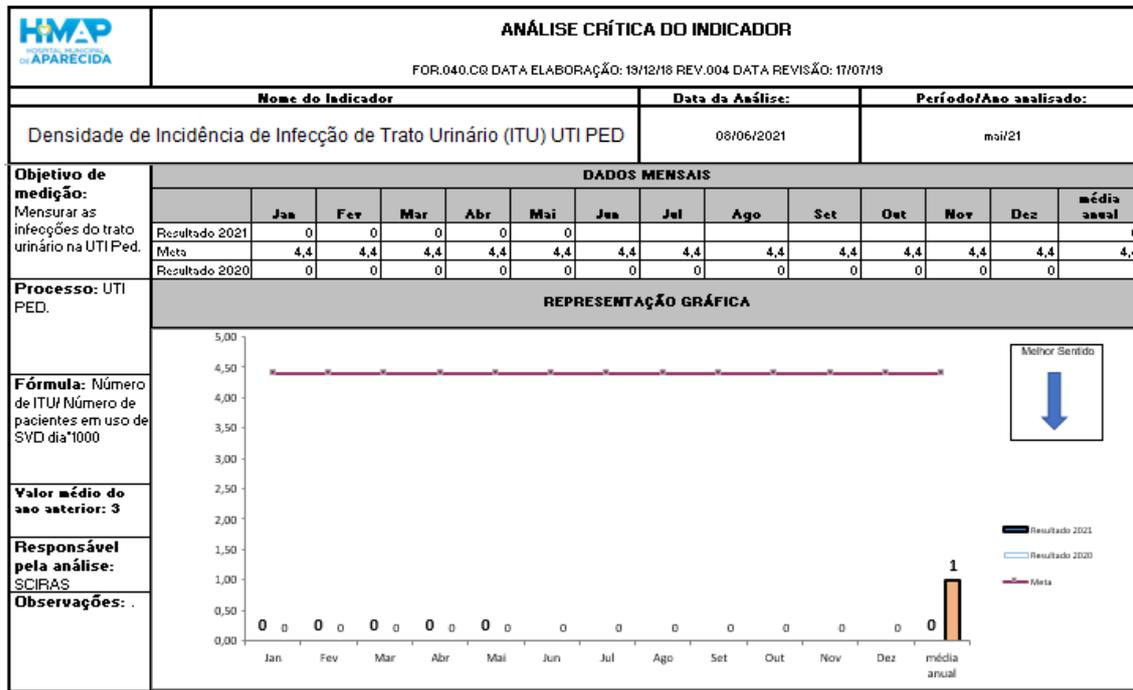
A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

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

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

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

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



### 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 ao 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 desde o início do ano em questão..

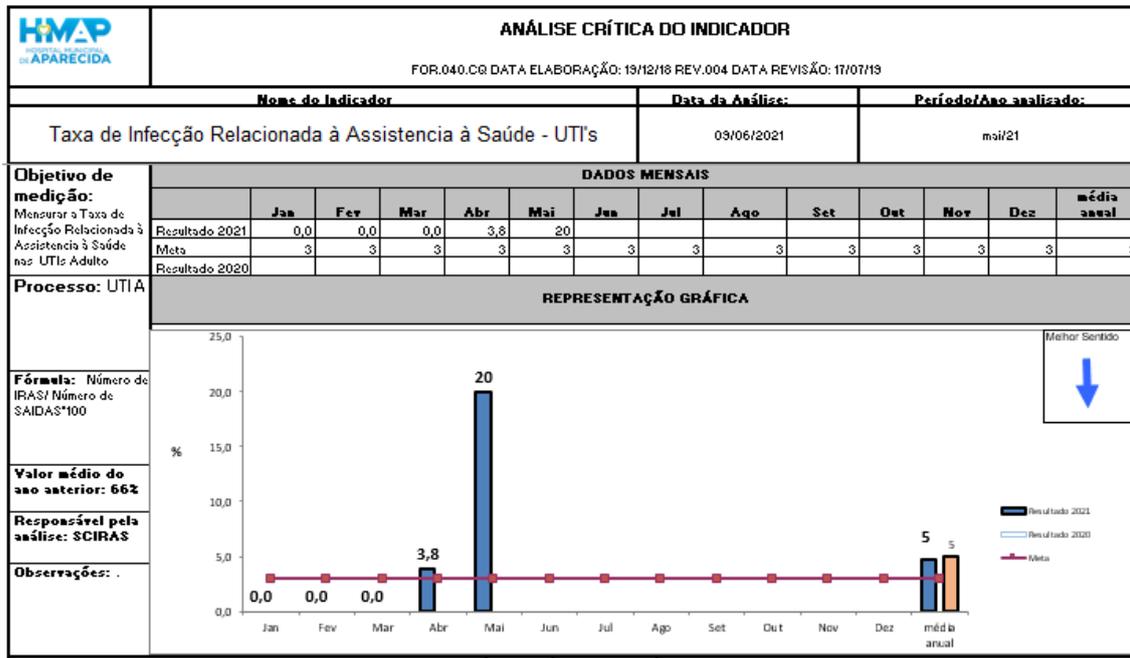
### 6. INDICADORES UTI Adulto A

#### 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:** 4/20\*100= 20%



### 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.

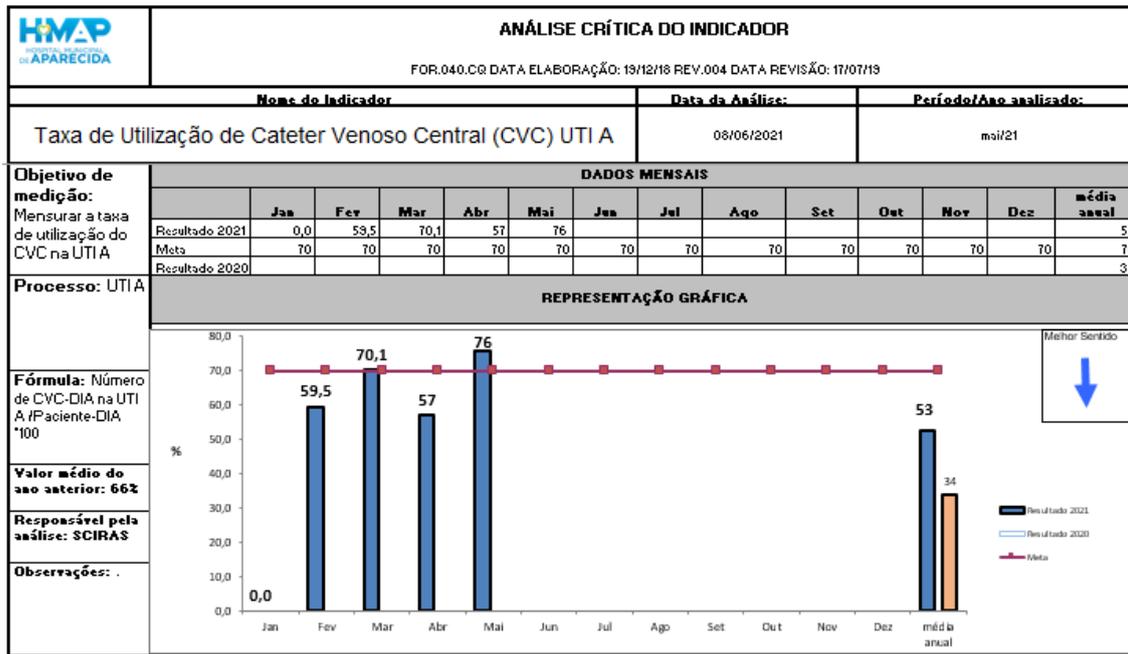
Aumento da taxa em 16,2% é correspondente a quatro IRAS. Dentro do período de análise.

### 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:**  $136/179 \times 100 = 76\%$



### Análise Crítica:

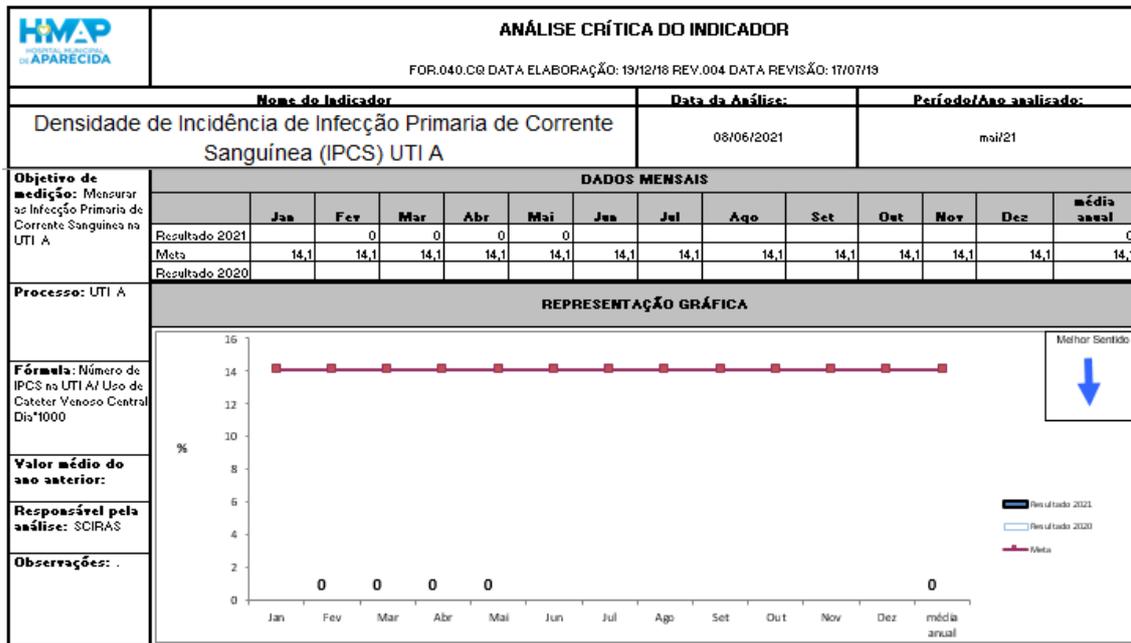
Denota-se o gráfico um aumento de 19% no que concerne o mês anterior. Justifica-se uso de cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso a hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, dá-se então a 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/ou diminuição deste tempo, como no período referido.

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



### Análise Crítica:

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. Percebe-se que a equipe está praticando as 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.

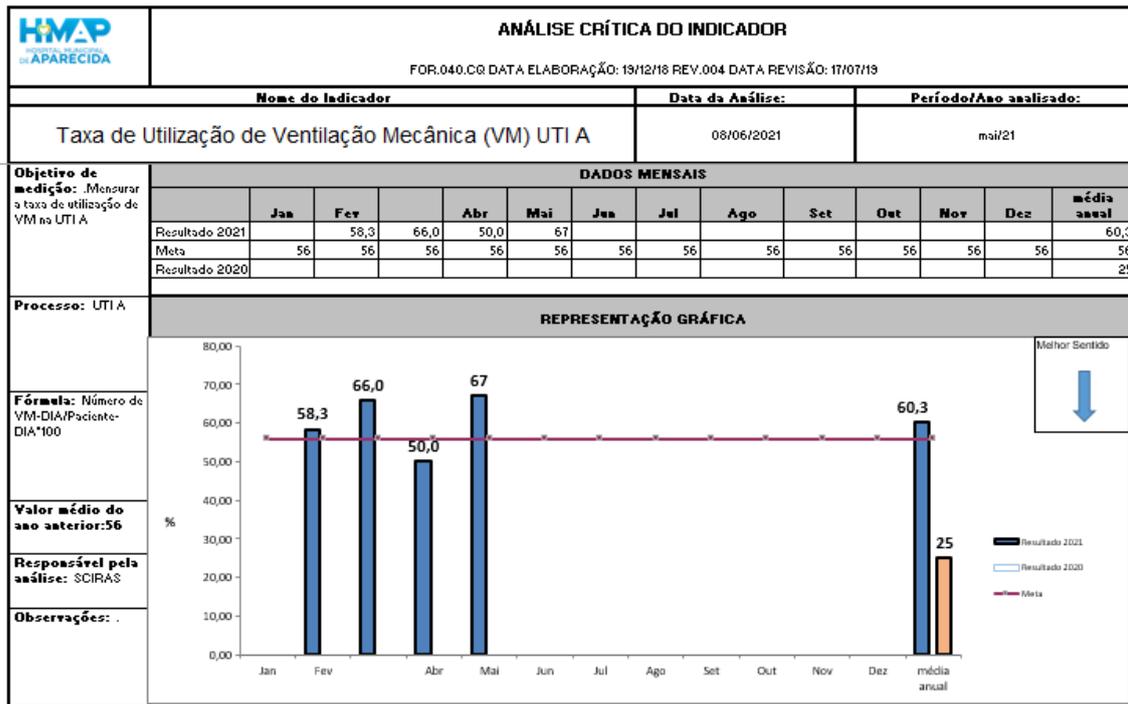
Esse é o quarto mês consecutivo em que a equipe não tem IPCS na unidade.

## 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:** 120/179\*100 = 67%



### Análise Crítica:

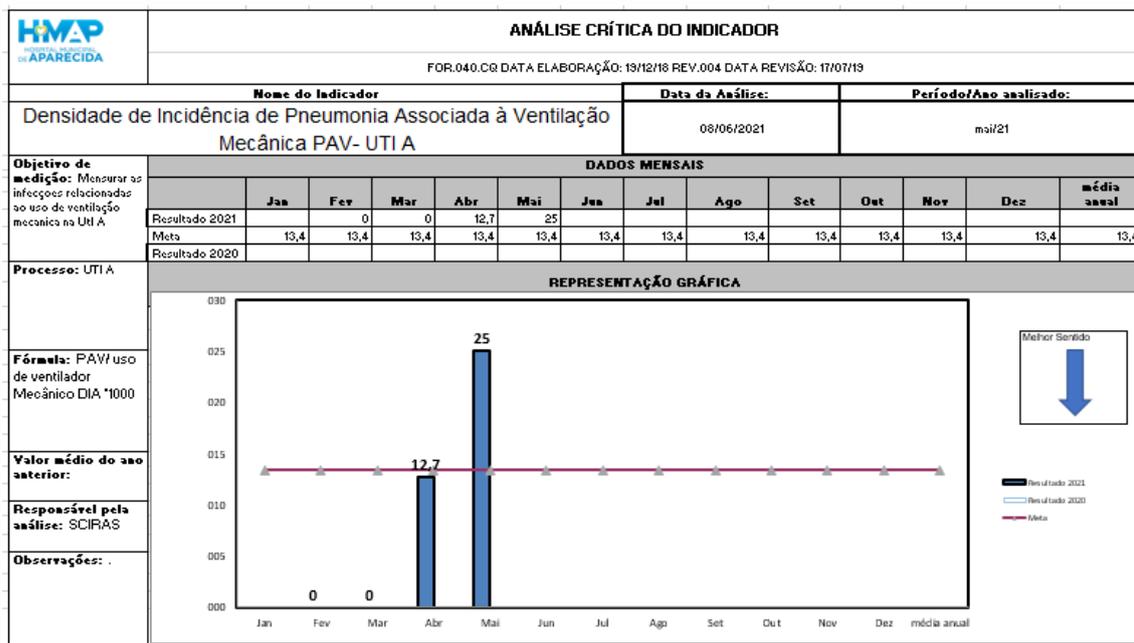
Denota-se o gráfico um aumento de 17% no que concerne o mês anterior. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

## 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:** 3/120 \* 1000 = 25



### Análise Crítica:

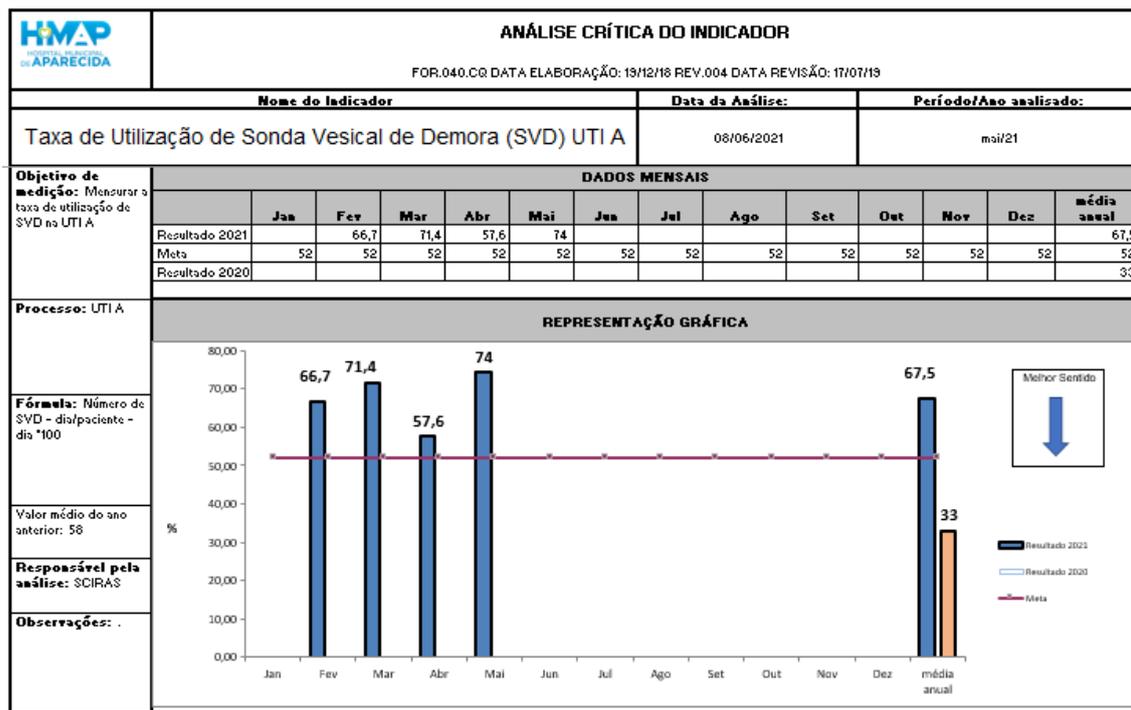
A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. Neste período foi visto o aumento de 12,3 em relação ao mês abril o que corresponde a três PAV.

## 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:** 133/179\*100 = 74 %



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico um aumento de 16,4% no que concerne o mês anterior, relacionado ao aumento do número de cateter vesical dia e o total de paciente dia.

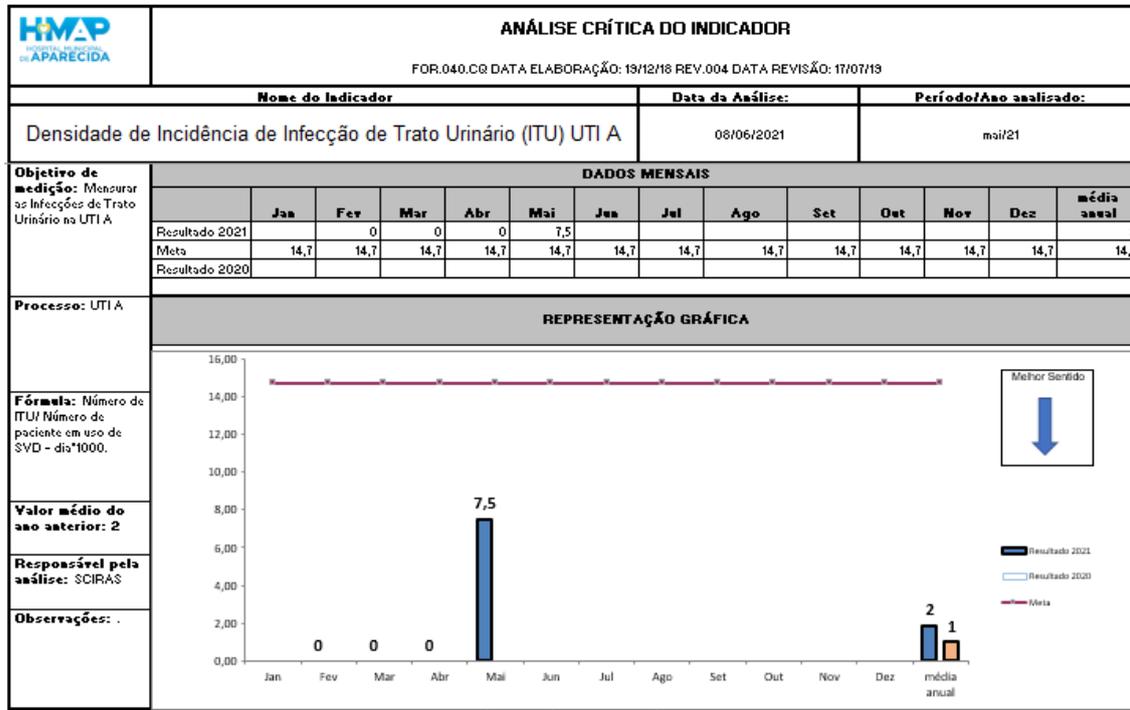
A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

## 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:**  $1/133 \times 1000 = 7,5$



### 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. Houve um aumento de 7,5 o que corresponde a uma infecção de trato urinário.

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 paciente, Higiene íntima na técnica correta, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica, esvaziamento do saco coletor em tempo hábil.

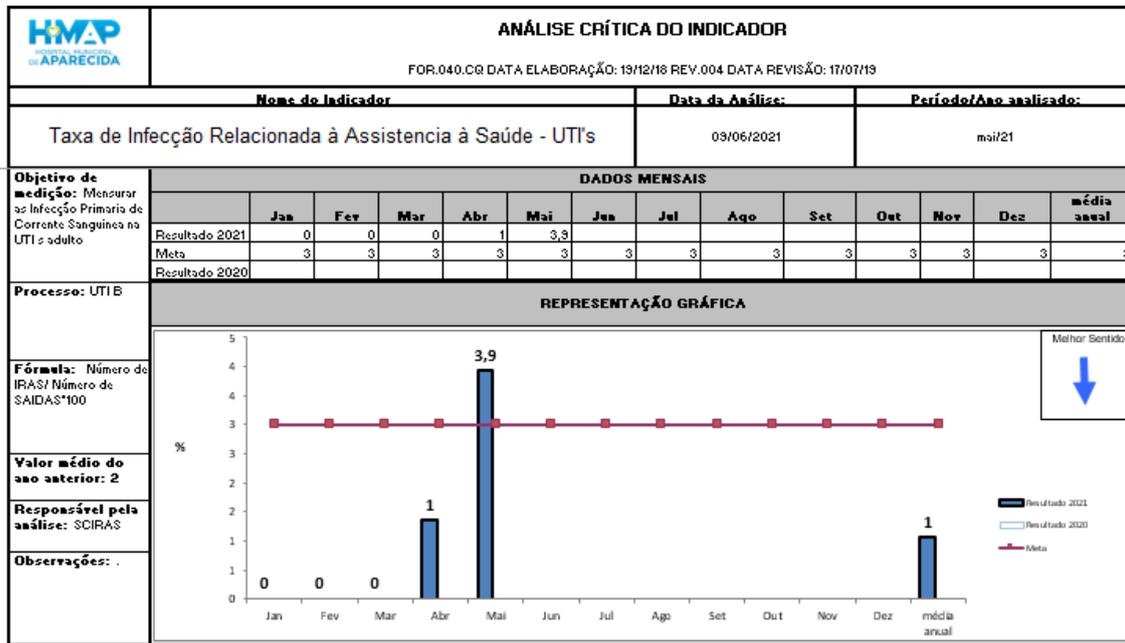
## 7. INDICADORES UTI ADULTO B

### 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:**  $2/51 \times 100 = 3,9 \%$



### Análise Crítica:

Houve um discreto aumento de 2,9 esse resultado corresponde a duas infecções 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.

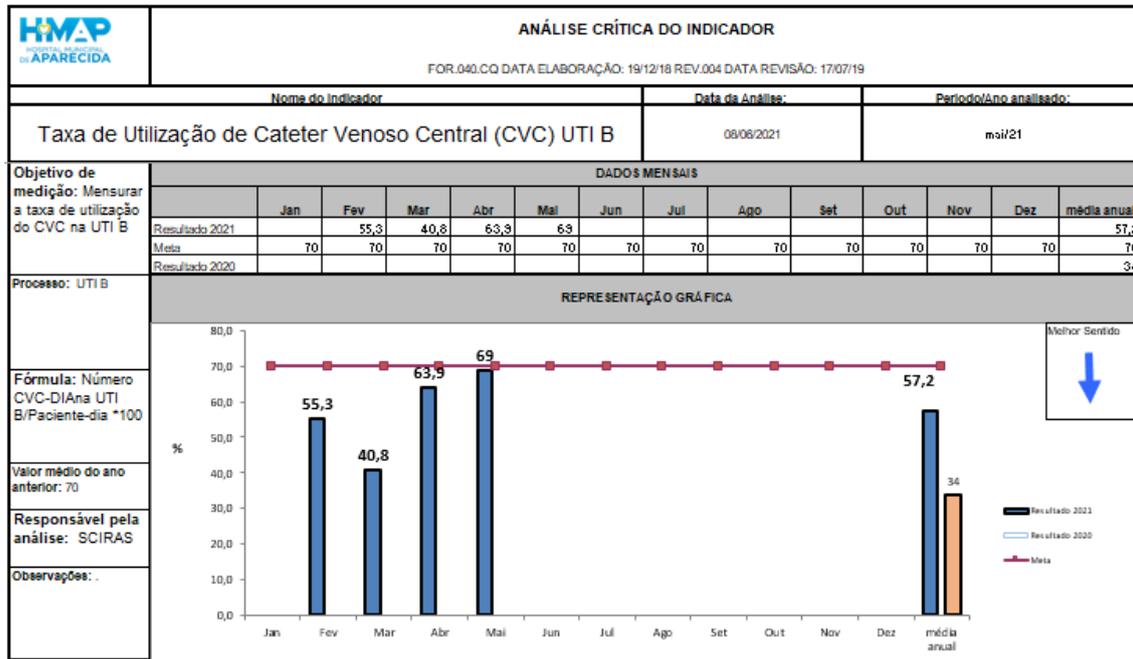
### Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto B

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

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

**Resultado:** 172/250\*100 = 69%

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://sistemas.vozdigital.com.br/simprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 198488 e o código verificador 22775.



### Análise Crítica:

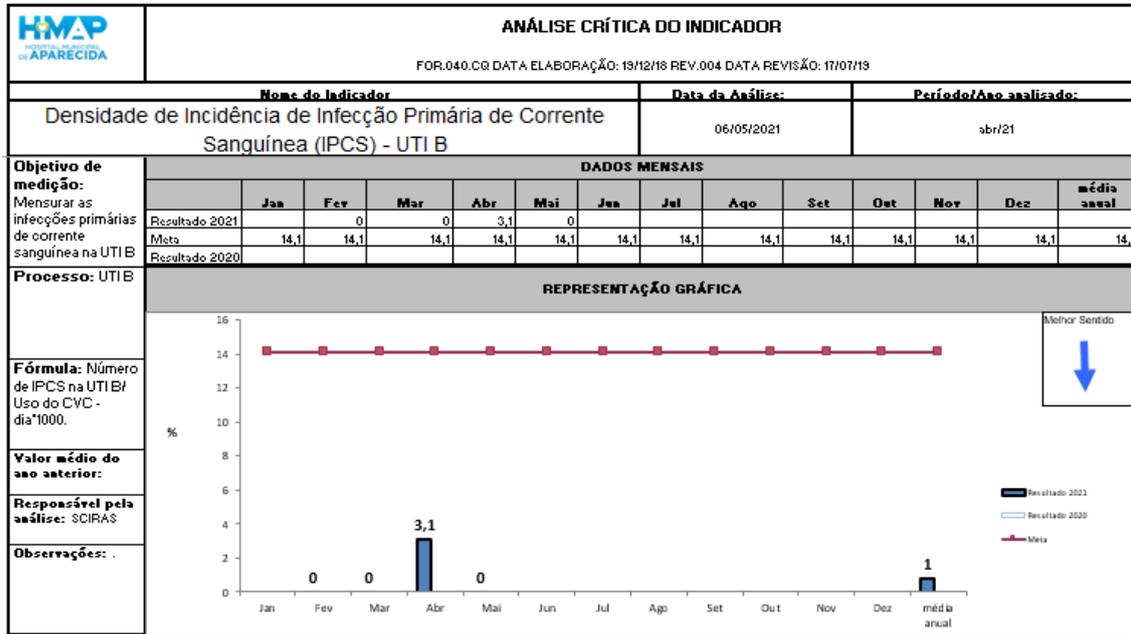
Denota-se o gráfico um aumento de 5,1% no que concerne o mês anterior. Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso a hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, 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, em sua maioria maior que seis dias na unidade devido perfil de gravidade, como neste mês. Outro fator relacionado a essa crescente são os pacientes que adentraram a unidade portando cateter central como CDL para o processo mediato diálise.

### 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:** 0/172\*1000 = 0



### Análise Crítica:

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. E acreditamos que as ações de monitoramento para prevenção de IPCS foram assertivas.

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.

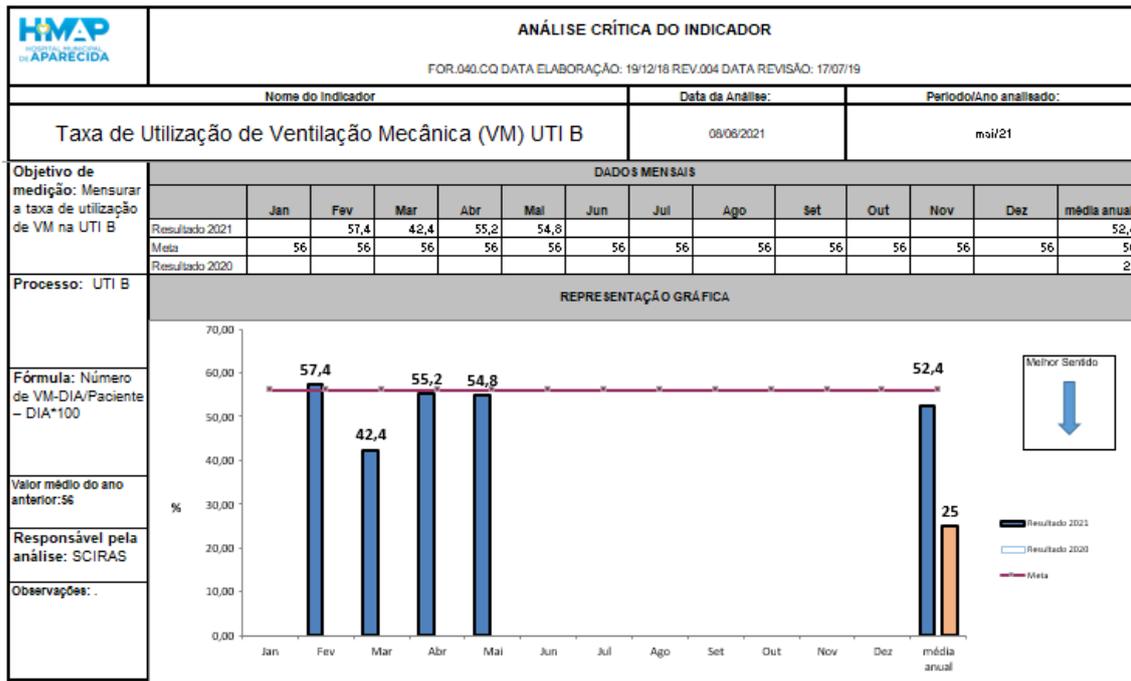
Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/simprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 198488 e o código verificador 22775.

## 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:**  $137/250 * 100 = 54\%$



### Análise Crítica:

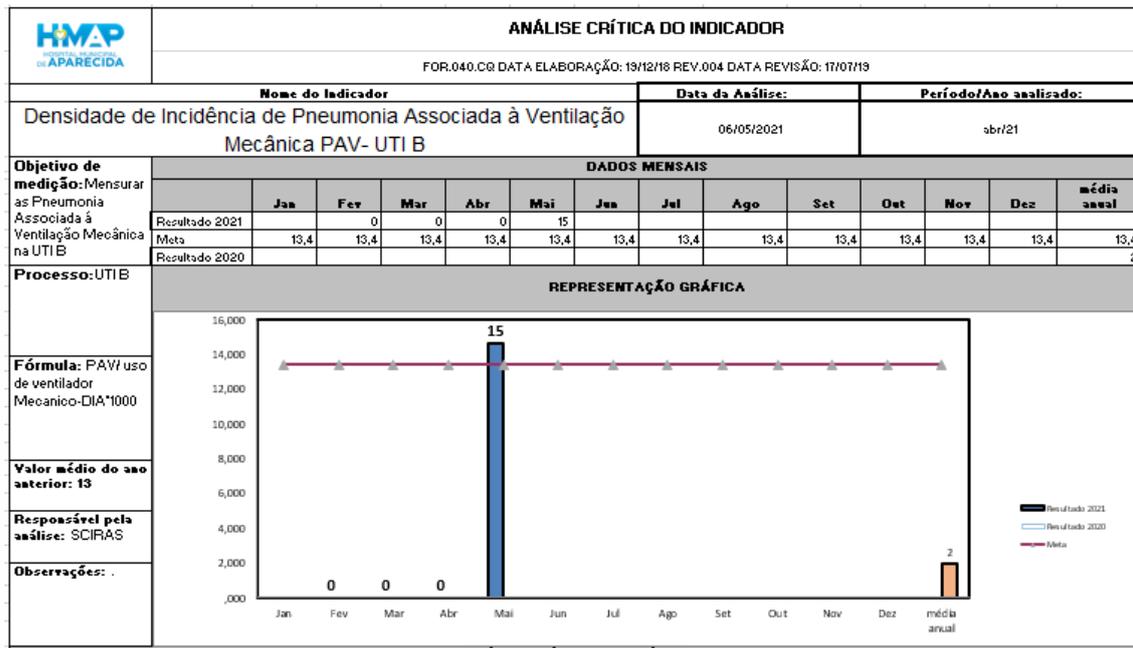
Denota-se o gráfico uma discreta diminuição no que concerne o mês anterior. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória.

## 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:**  $2/137 * 1000 = 15$



### 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. Neste mês houveram duas PAV's. Podemos inferir que alguma ação de monitoramento diário pode ter sido não cumprida:

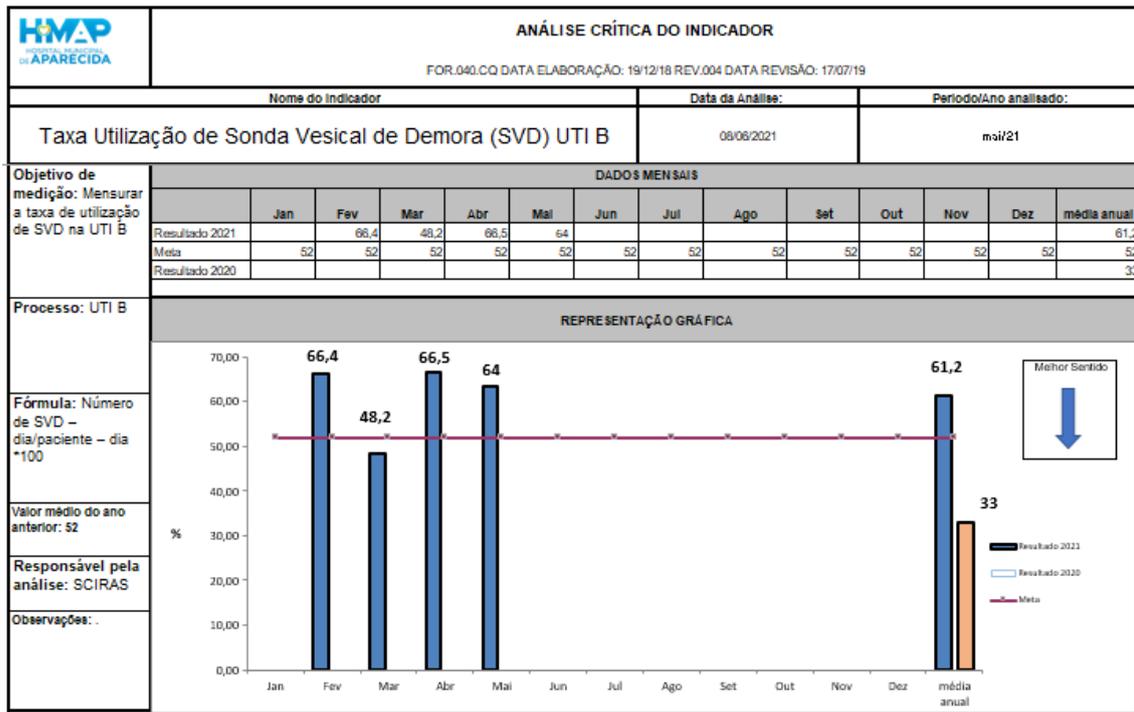
1. Aspiração de secreção subglótica;
2. Avaliação diária de extubação e interrupção diária da sedação;
3. Elevação da cabeceira entre 30 a 45°;
4. Realizar higiene oral 03 vezes ao dia com antissépticos;
5. Manter circuito ventilatório elevado para não acumular condensados;
6. Manter tubo centralizado;
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 B

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

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

**Resultado:** 159/250\*100 = 64 %



### Análise Crítica:

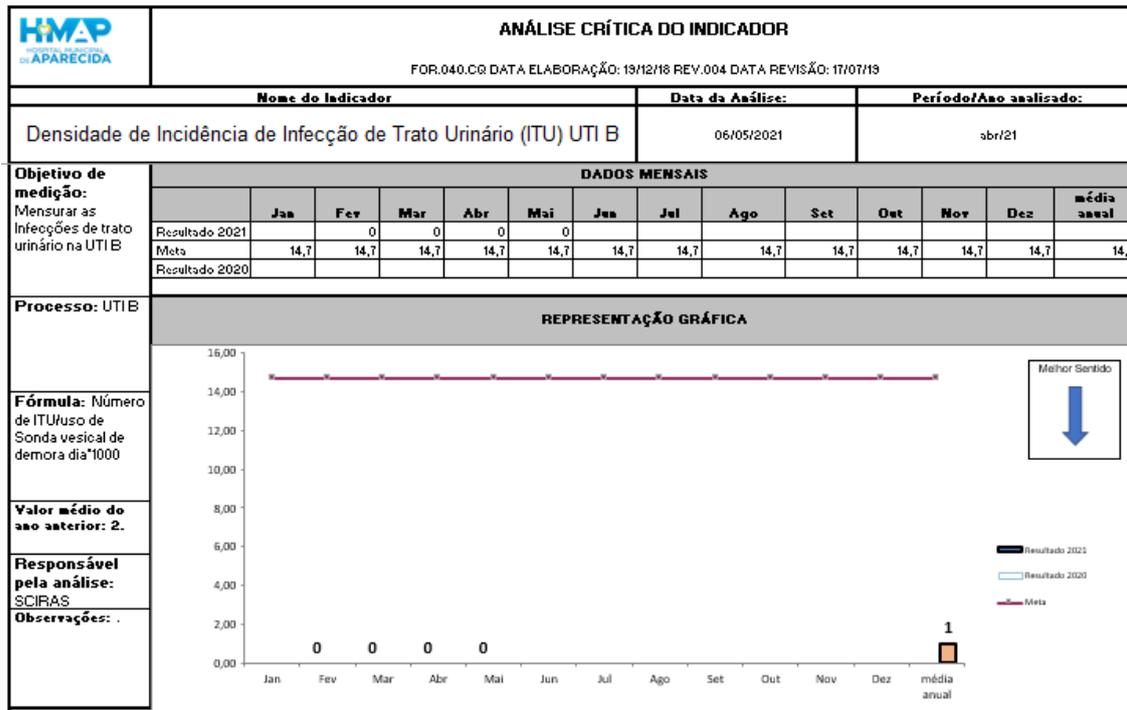
Demonstra-se o gráfico um a discreta redução no que concerne o mês anterior. A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico paciente a qual a unidade está recebendo.

### 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:** 0/159\*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 ao pacientes, Higiene íntima na técnica correta, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica, esvaziamento do saco coleteo em tempo hábil são ações que resultam uma incidência zerada por quatro meses.

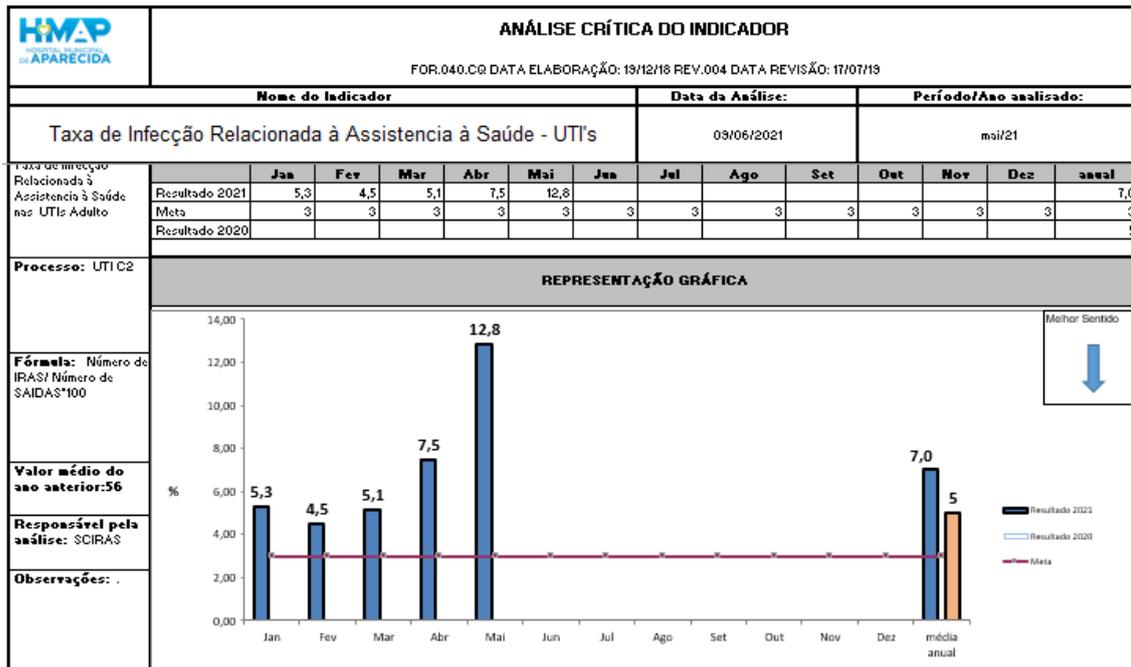
## 8. INDICADORES UTI ADULTO C2

### Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

**Objetivo:** Mensurar taxa de Infecção da UTI ADULTO C2

**Fórmula:** Número de IRAS / Saídas da Uti C2\*100

**Resultado:** 235/315\*100 = 12,8%



### Análise Crítica:

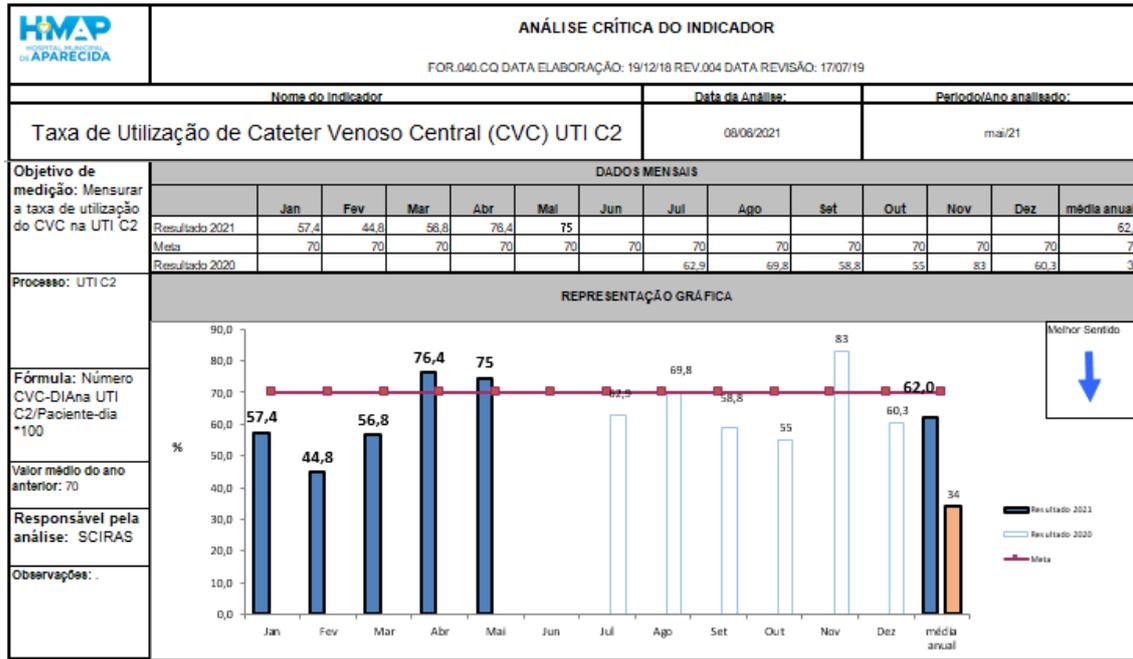
As infecções hospitalares são resultados de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções diversas dentro do ambiente hospitalar. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível fazer uma avaliação dos serviços saúde quanto a assistência prestada e identificar fatores para a prevenção das IRAS. E nesse mês houve um aumento na taxa de 7,8%, porém a quantidade de IRAS foi a mesma do mês anterior, mudando somente as saídas que diminuíram bastante.

### Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central – UTI Adulto C2

**Objetivo:** Mensurar a taxa de utilização do CVC na UTI Adulto C2

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

**Resultado:** 235/315\*100 = 75 %



### Análise Crítica:

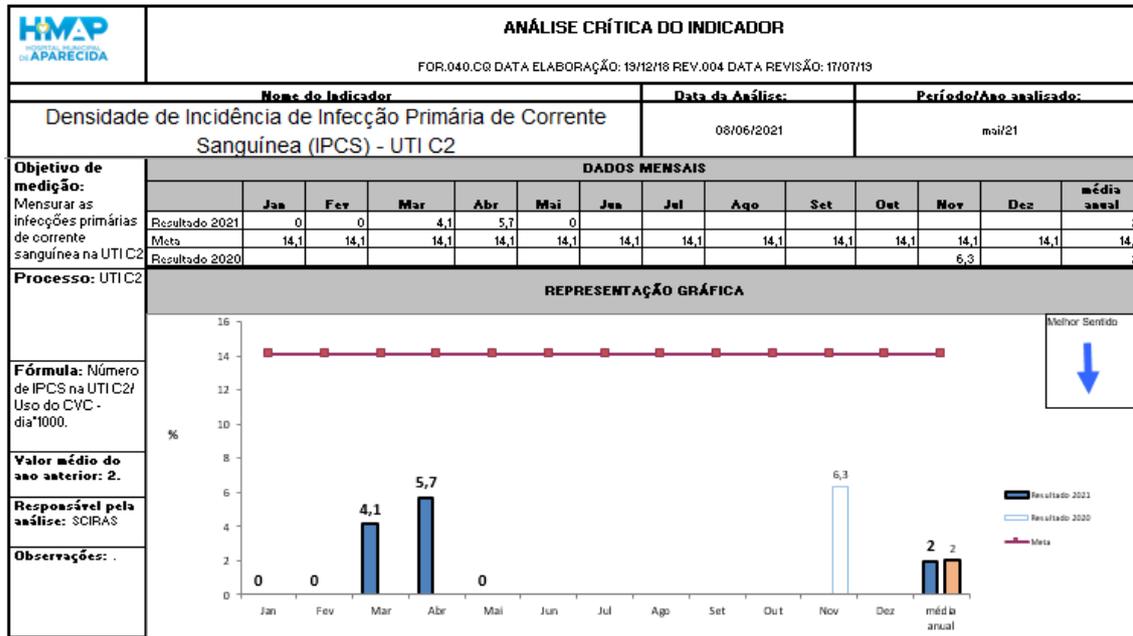
Denota-se o gráfico uma discreta redução no que concerne o mês anterior. Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso a hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, 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, em sua maioria maior que seis dias na unidade devido perfil de gravidade. Outro fator é a rotatividade de pacientes com a necessidade de dialisar, oriundos de outra unidade já portando CDL.

### Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea UTI Adulto C2

**Objetivo:** Mensurar as infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Adulto C2

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

**Resultado:**  $0/325 \times 1000 = 0$



### Análise Crítica:

Nesse mês não houve IPCS, um resultado positivo e as 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.

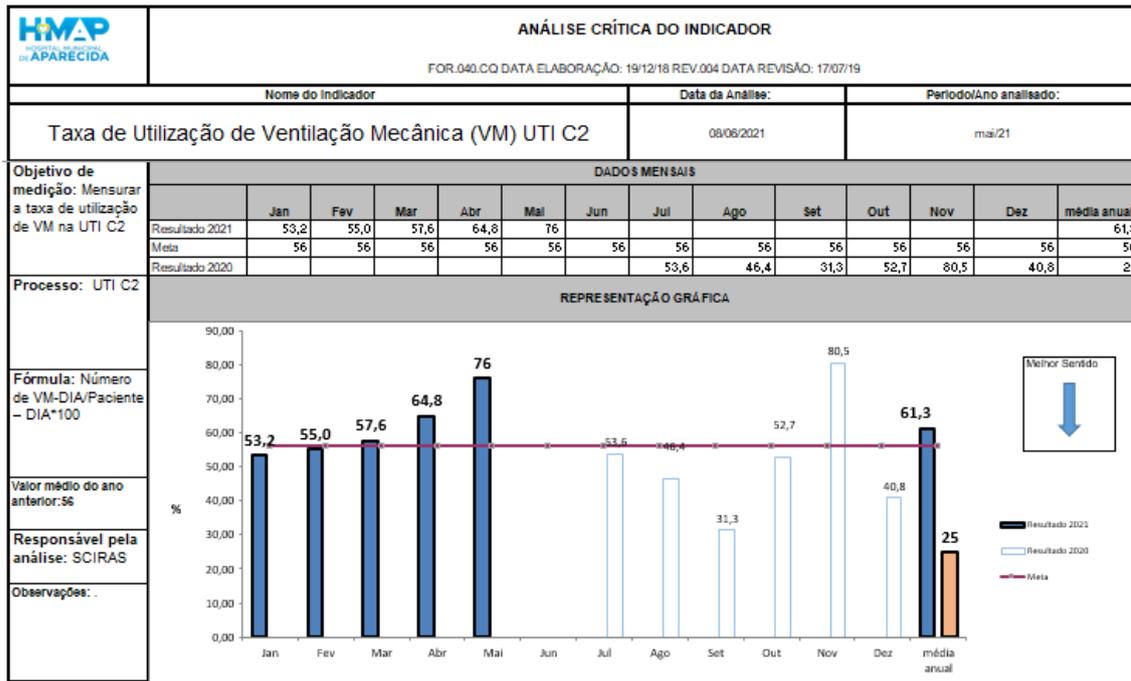
Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/simprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 198488 e o código verificador 22775.

## Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM) na UTI Adulto C2

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

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

**Resultado:** 239/315\*100 = 76 %



### Análise Crítica:

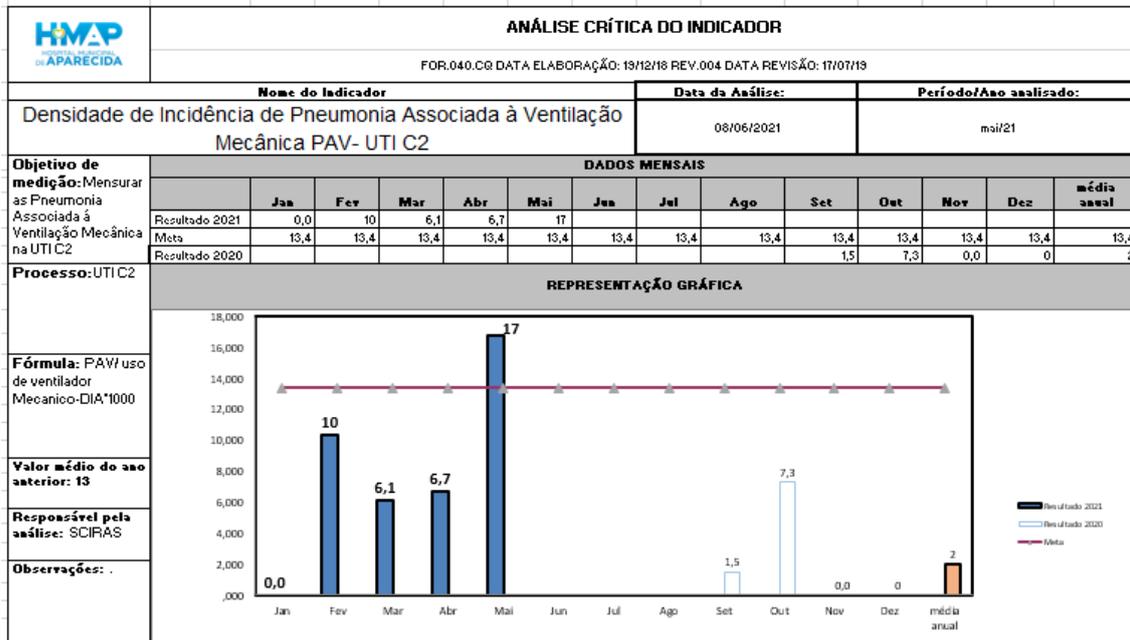
Denota-se o gráfico um aumento de 7,2% no que concerne o mês anterior. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. Estes pacientes apresentam vários riscos de complicações e desfechos desfavoráveis incluindo o óbito.

### Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica UTI Adulto C2

**Objetivo:** Mensurar as Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica na UTI Adulto C2

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

**Resultado:** 4/239\*1000= 17



### Análise Crítica:

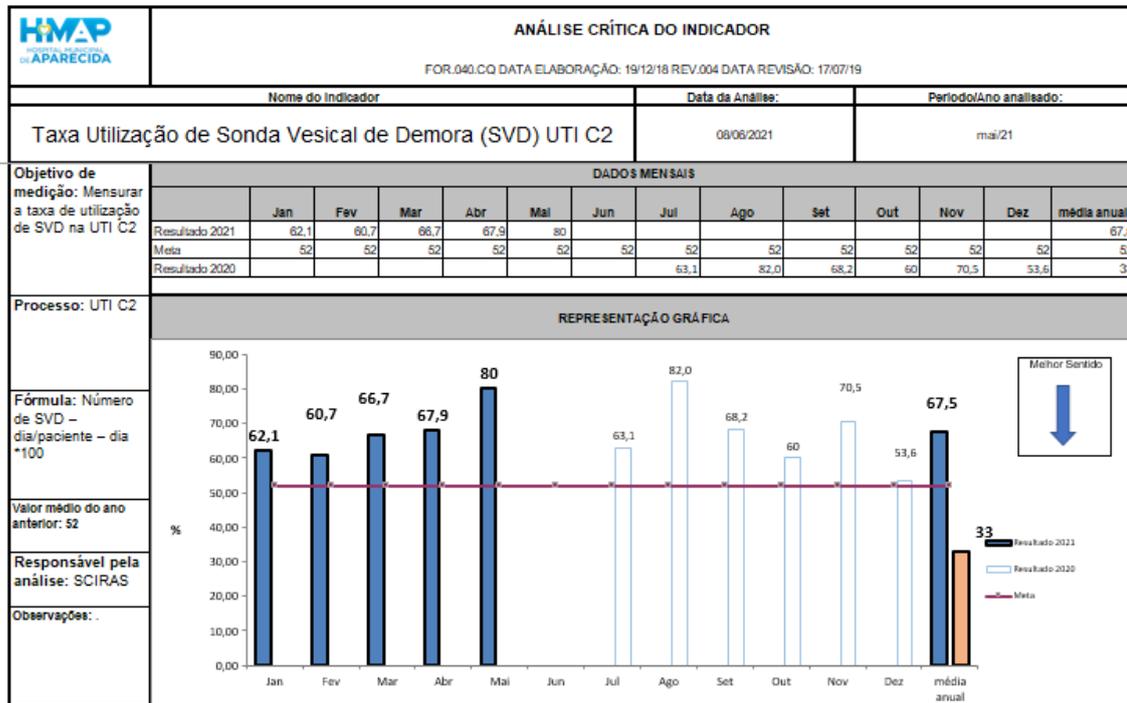
A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. O número este mês dobrou 4 PAV foram identificadas.

### Taxa de Utilização de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto C2

**Objetivo:** Mensurar a taxa de Sonda Vesical de Demora na UTI Adulto C2

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

**Resultado:** 252/315\*100 = 80%



### Análise Crítica:

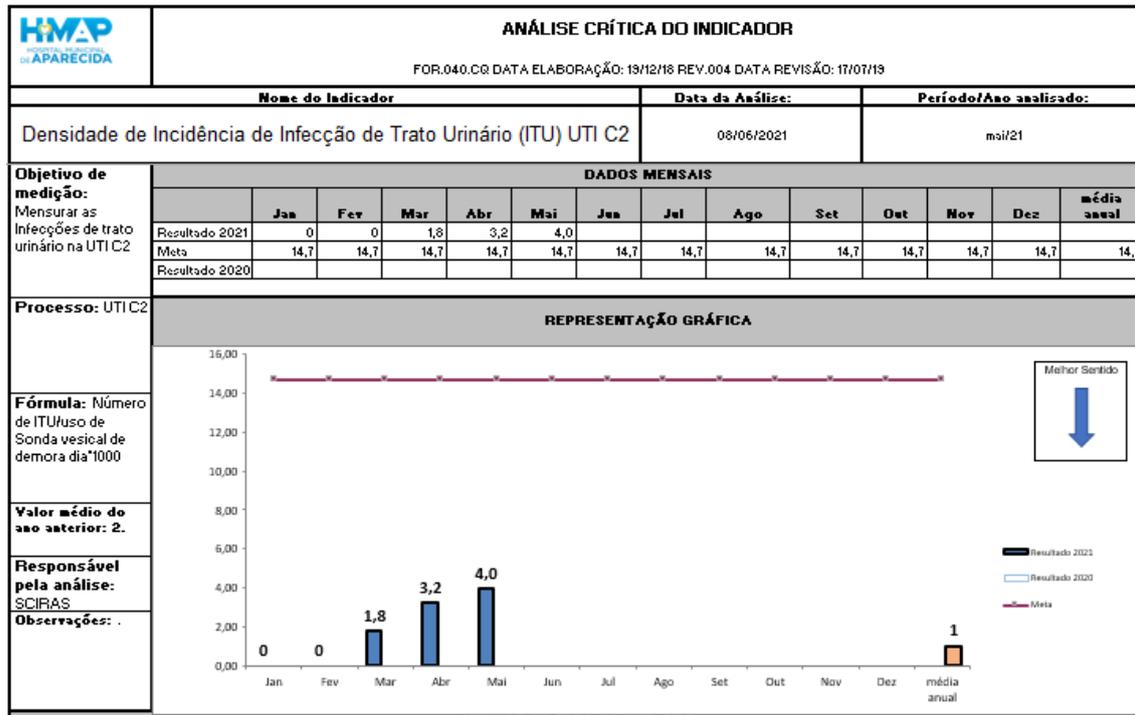
Demonstra-se o gráfico um aumento de 22,4%. A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### Densidade de Incidência de Infecção de Trato Urinário – UTI Adulto C2

**Objetivo:** Mensurar as Infecções de Trato Urinário na UTI Adulto C2

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

**Resultado:** 1/252\*1000 = 4,0



### Análise Crítica:

Observamos que os dados quanto a ITU permaneceram em um episódio pelo segundo mês sequente.

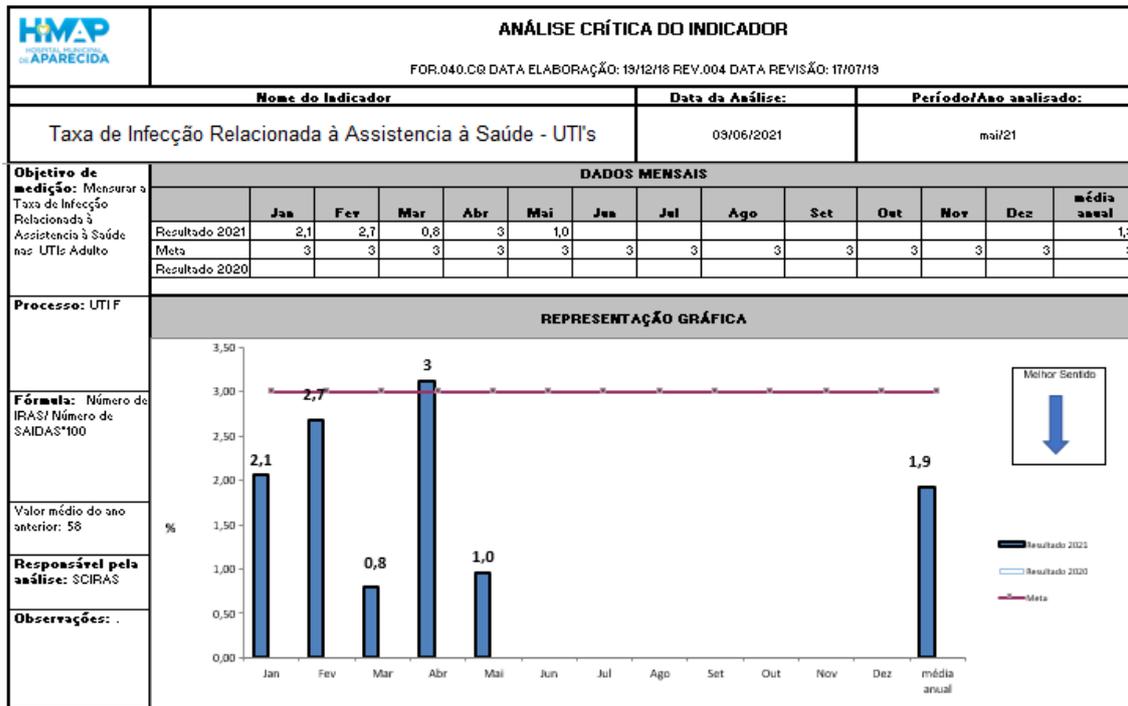
## 9. INDICADORES UTI Adulto F

### 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:**  $1/104 * 100 = 1,0\%$



### Análise Crítica:

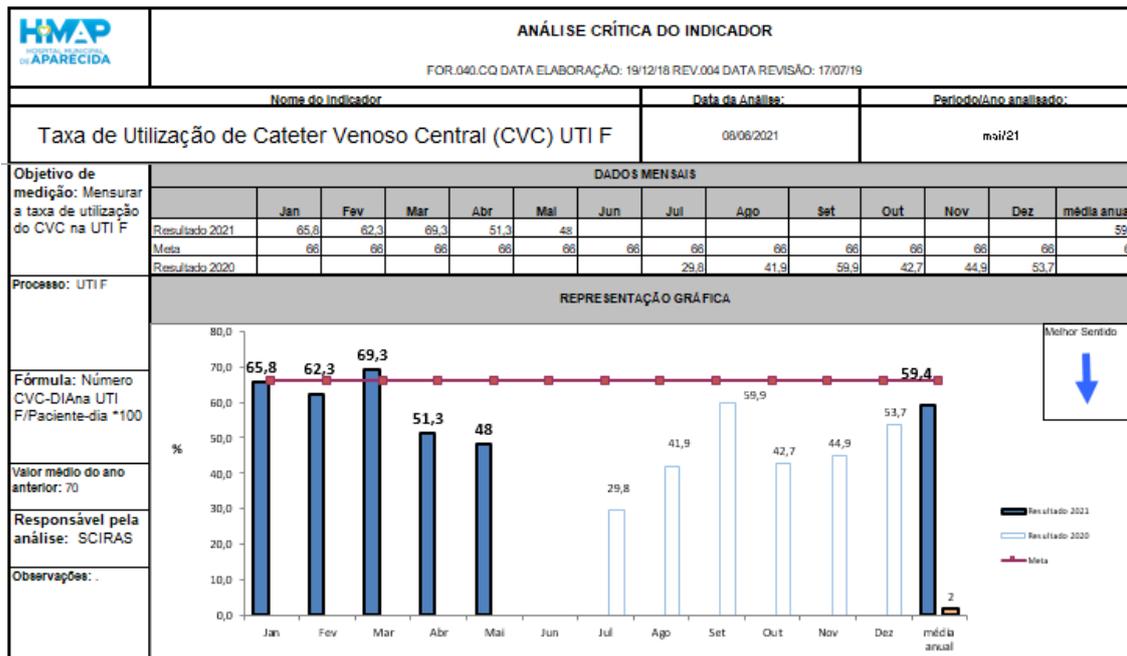
As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores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

### 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:** 219/455\*100 = 48%



### Análise Crítica:

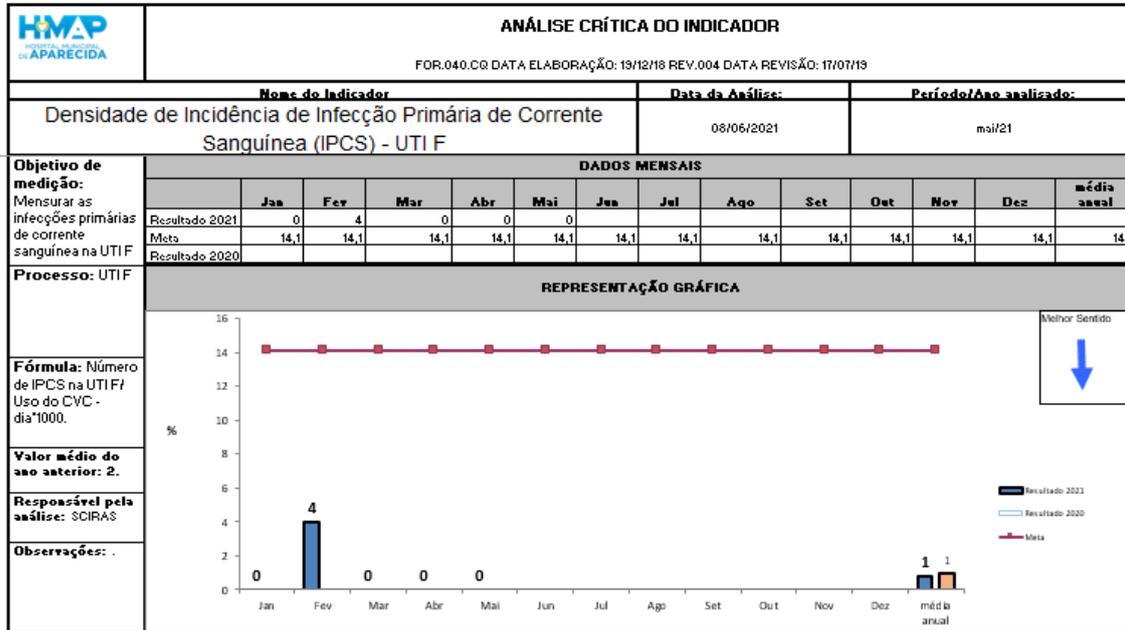
Denota-se o gráfico uma diminuição de 3,3% no que concerne o mês anterior. Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso a hemodiálise e monitoramento hemodinâmico ou mesmo para coleta de exame laboratoriais, 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, 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:** 0/219\*1000 = 0



### Análise Crítica:

Nesse mês o resultado permanece em zero por três meses consecutivos um resultado esperado.

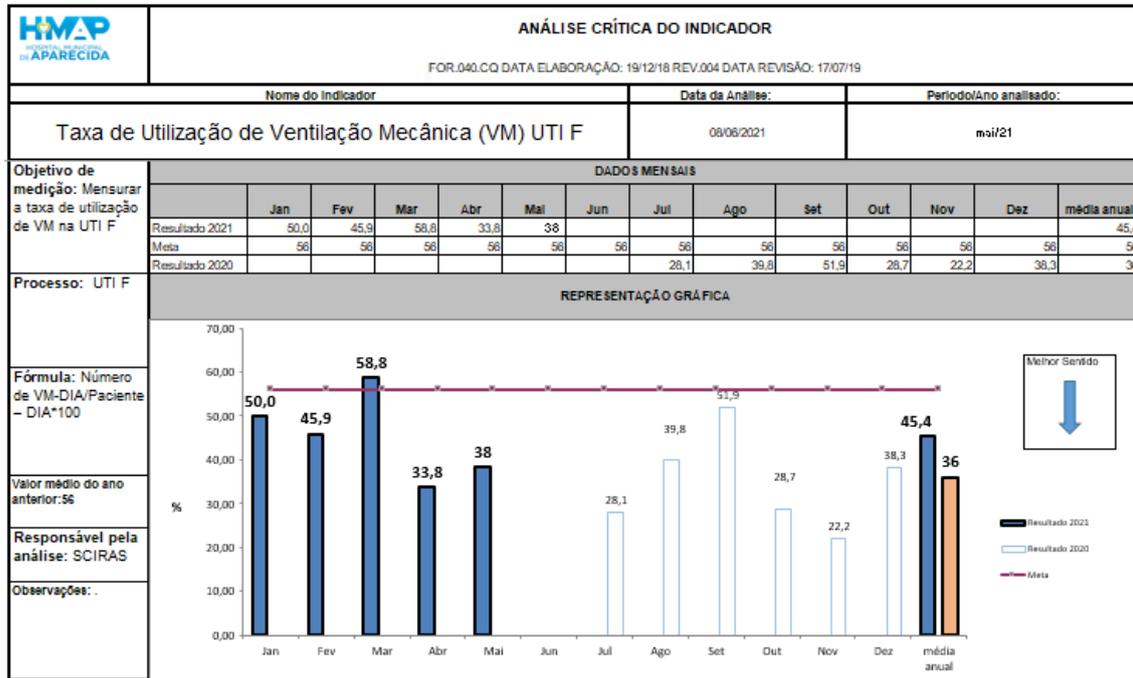
As infecções de corrente sanguínea associadas aos cateteres vasculares representam um capítulo importante dentro das instituições de saúde, tanto pela importância em termo de morbimortalidade quanto pela sua prevenção que é o desafio diário na prática dos controladores de infecção. Estas infecções em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

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

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

**Resultado:** 174/455\*100 = 38%



### Análise Crítica:

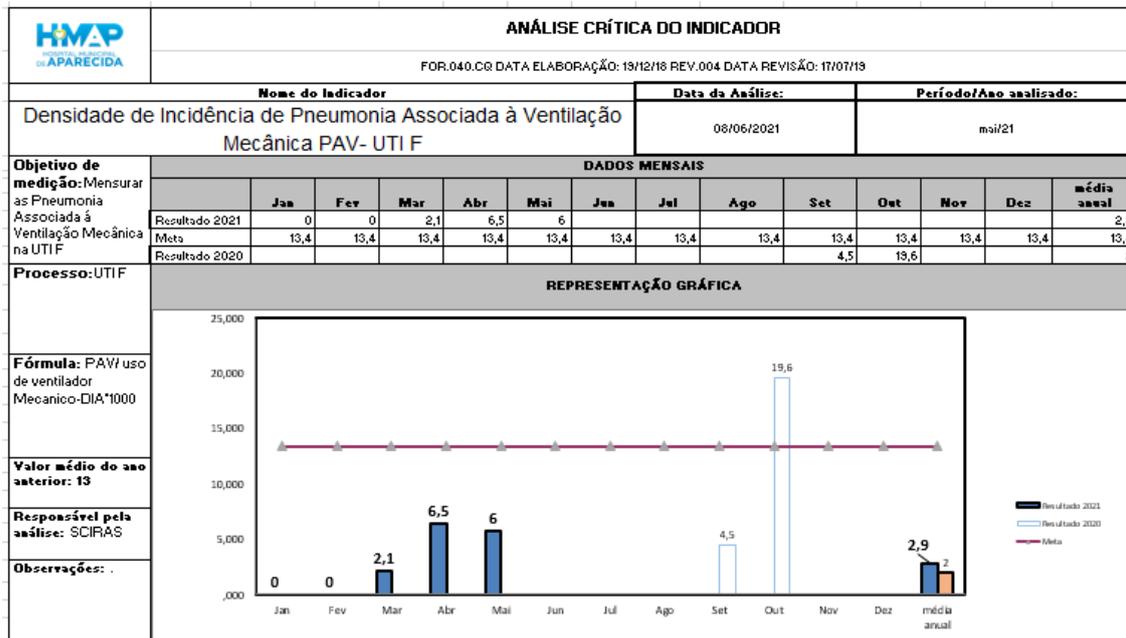
Denota-se o gráfico um aumento de 3,3% no que concerne o mês anterior devido a soma destes pacientes em VM virem a óbito, serem transferidos para outras unidades hospitalares e/ou, descartada a covid19 transferência para nossa unidade clínica. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes 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:** 1/174\*1000 = 6



### Análise Crítica:

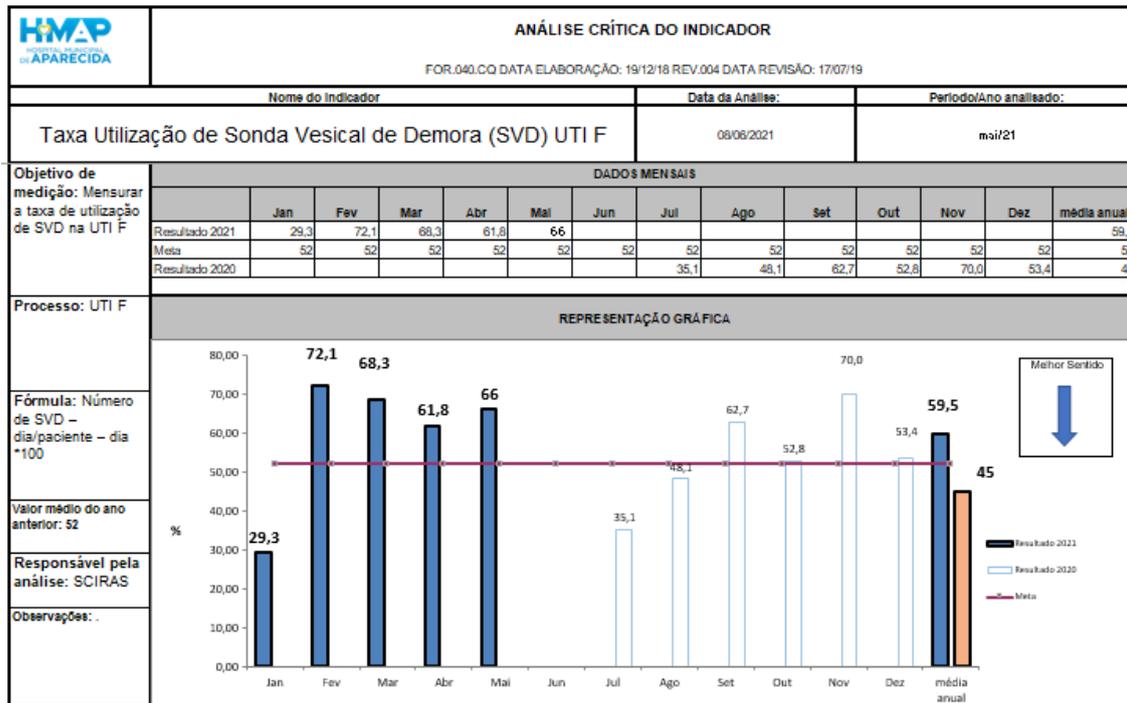
A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas que o infiltrado é de origem infecciosa como o aparecimento de febre, expectoração purulenta, leucocitose, piora de oxigenação, além de achados pulmonares específicos como opacidades e infiltrações. O número de PAV foi uma manteve – se o resultado.

### 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:**  $300/455 \times 100 = 66\%$



### Análise Crítica:

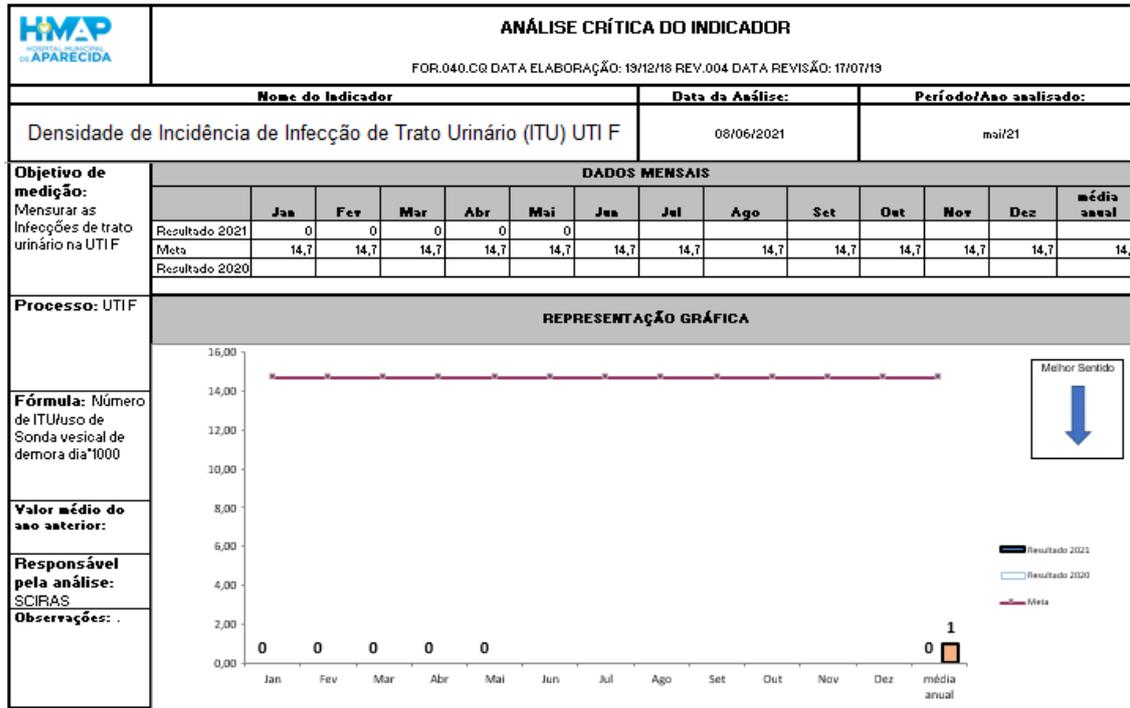
Demonstra-se o gráfico um aumento de 4,2 % na taxa e utilização de sonda vesical de demora. Indicações para o de Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, Pacientes com problemas neurológicos, como lesões medulares ou bexiga neurogênica, Pacientes com manifestações crônicas de 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:** 0/300\*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 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 zerada pelo quinto mês consecutivo.

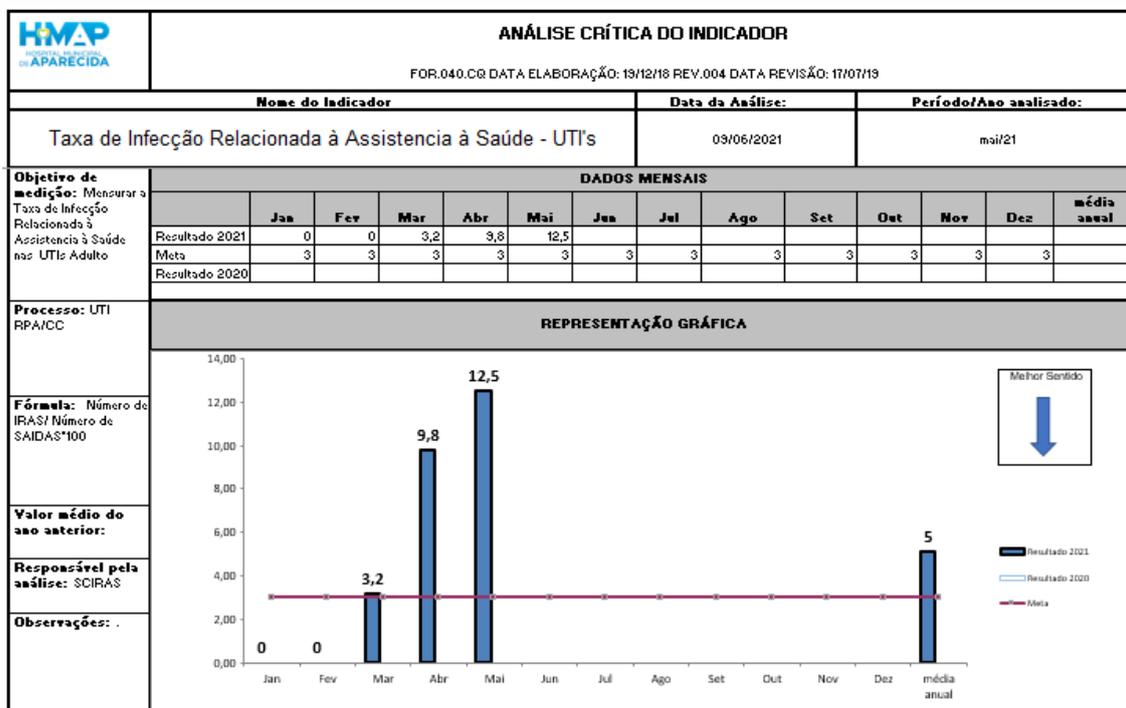
## 10. INDICADORES UTI Adulto RPA/CC

### 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:**  $2/16 \times 100 = 12,5\%$



### Análise Crítica:

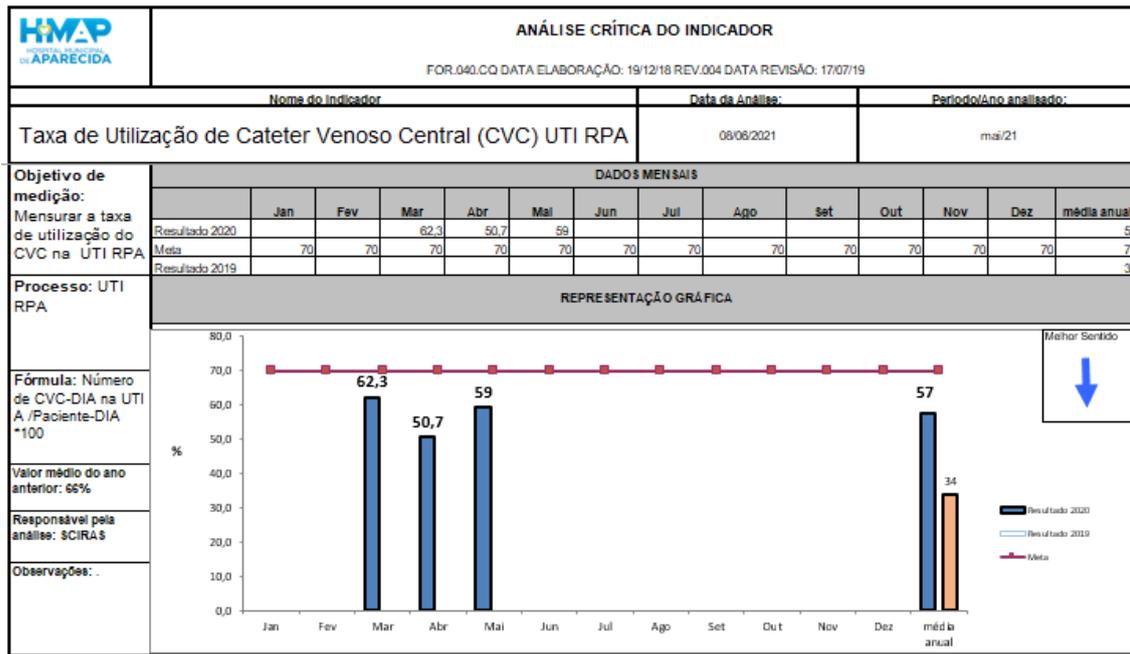
As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores determinantes a doenças e permitir sua prevenção. Houve uma redução o número absoluto de IRAS, porém o número de saídas também reduziu, resultante neste aumento 2,7%.

### 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:** 82/138\*100 = 59%



### Análise Crítica:

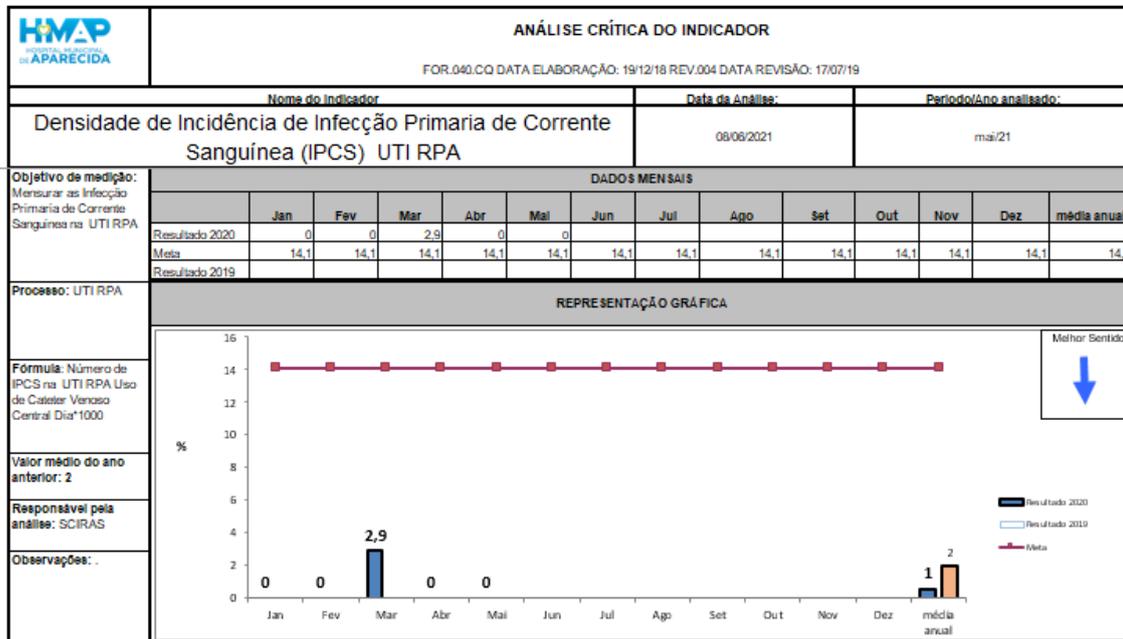
Denota-se o gráfico que a taxa de utilização de CVC na UTI RPA/CC aumentou em 8,3% em relação ao mês de abril. Tal ocorrência está ligada a redução aproximadamente de 50% do mês anterior no número de cateter dia e pacientes dia internados.

### 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:** 0/82\*1000 = 0



### Análise Crítica:

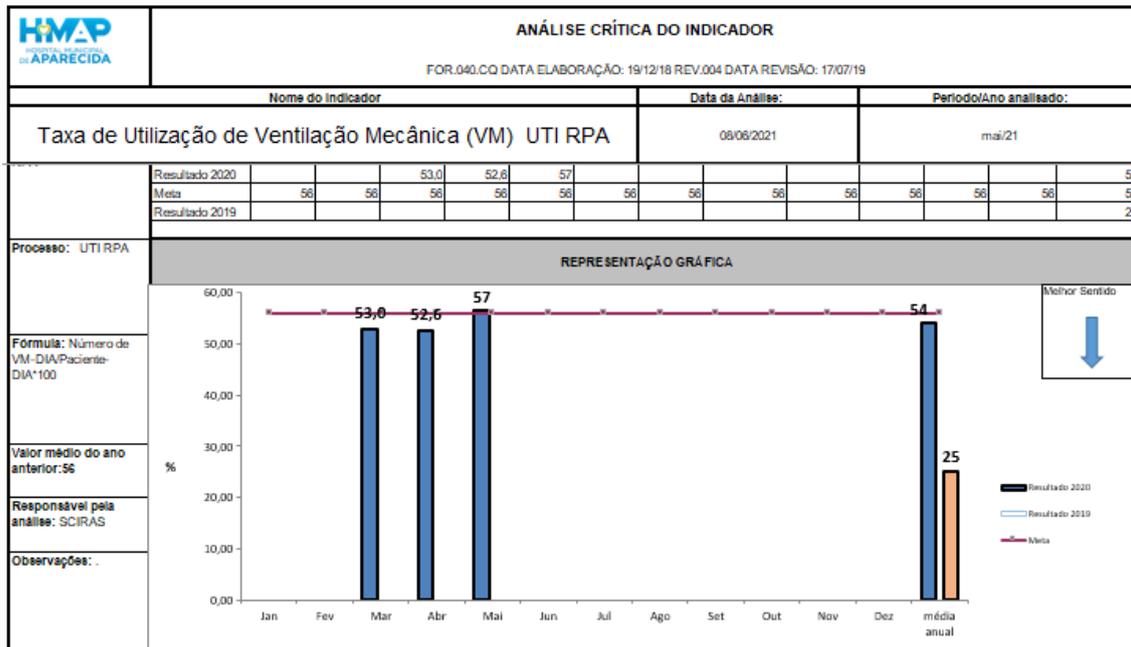
Nesse mês a densidade de IPCS permanece zerada. Acreditamos que além da redução do uso do cateter e de internações os que estiveram com cateter central a equipe seguiu as recomendações das ações de monitoramento para prevenção de IPCS: 1) Utilizar Bundle de Monitoramento / 2) Registrar a indicação de 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.

### 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:** 78/138\*100 = 57 %



### Análise Crítica:

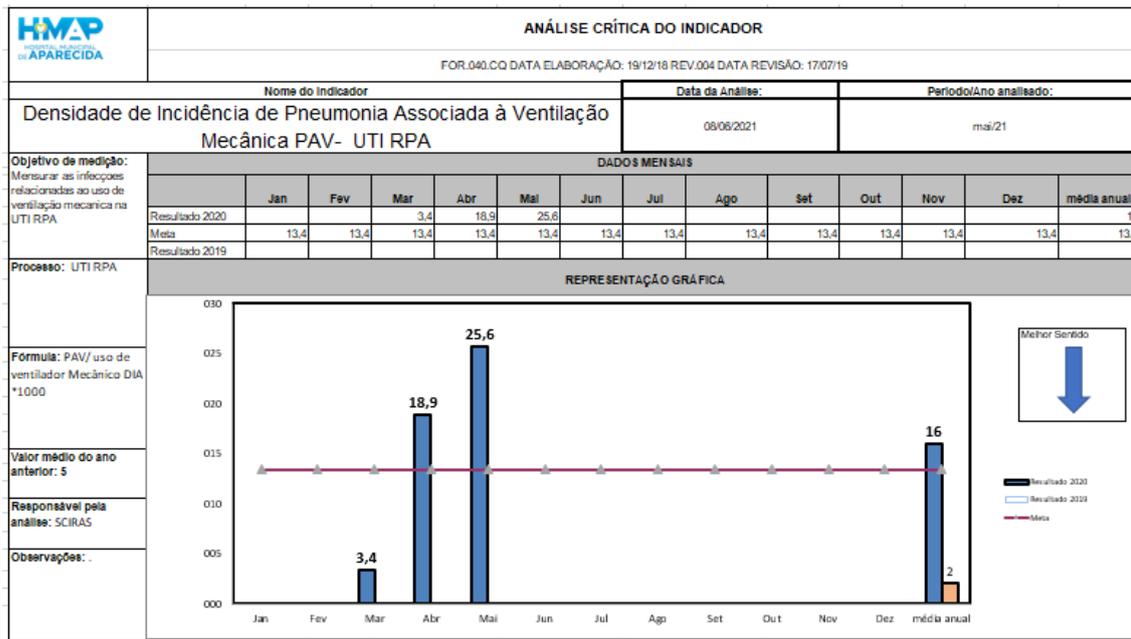
Denota-se o gráfico um aumento de 4,4% no uso de ventilação mecânica na UTI RPA no que concerne o mês anterior. A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória. A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### 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:**  $2/78 * 1000 = 25,6$



### Análise Crítica:

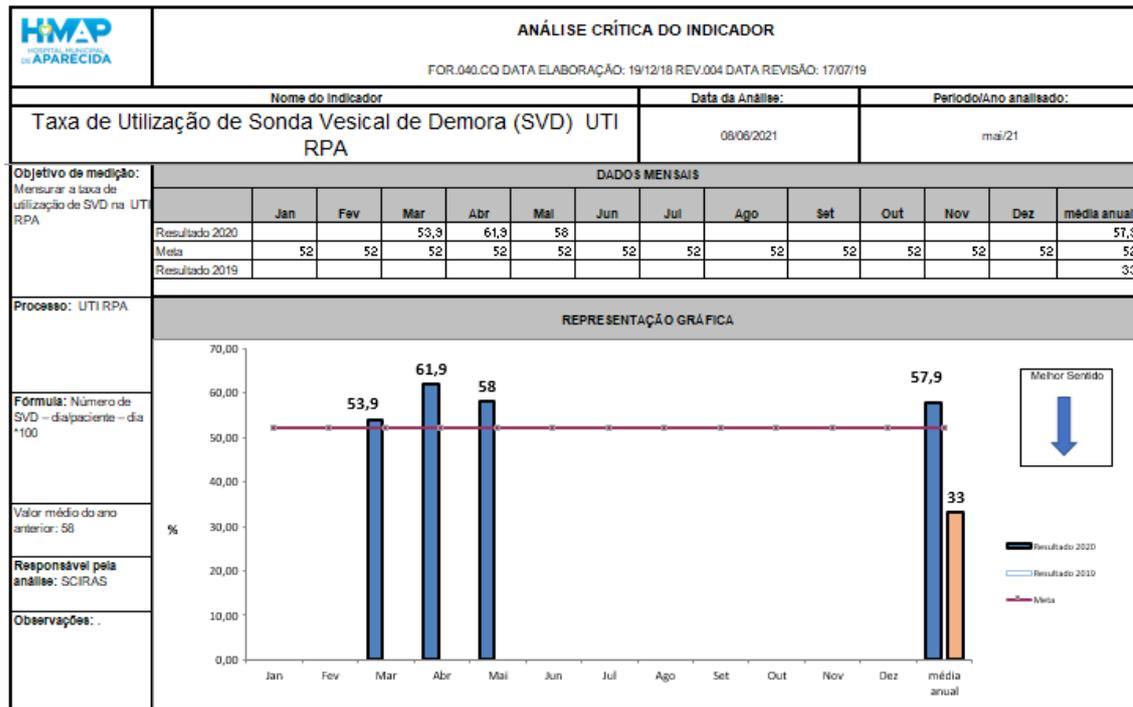
No período analisado houve um aumento de 6,7%, em número absoluto reduziu uma PAV do mês anterior, porém o número do uso dia de ventilação reduziu quase a metade. A PAV é caracterizada através da presença de um novo infiltrado pulmonar, em pacientes com exposição ao tubo endotraqueal com evidências clínicas 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. Faz se necessário a aplicação de todas as ações de monitoramento diário para prevenção de PAV: 1) Aspiração de secreção subglótica; 2) Avaliação diária de extubação e interrupção diária da sedação; 3) Elevação da cabeceira entre 30 a 45º; 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 de forma rigorosa e constante.

### 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:** 80/138\*100 = 58%



### Análise Crítica:

Demonstra-se o gráfico uma redução 3,9% na taxa e utilização de sonda vesical de demora no terceiro mês de atividades da UTI RPA/CC, mesmo tendo uma movimentação interna de pacientes inferior ao mês de março.

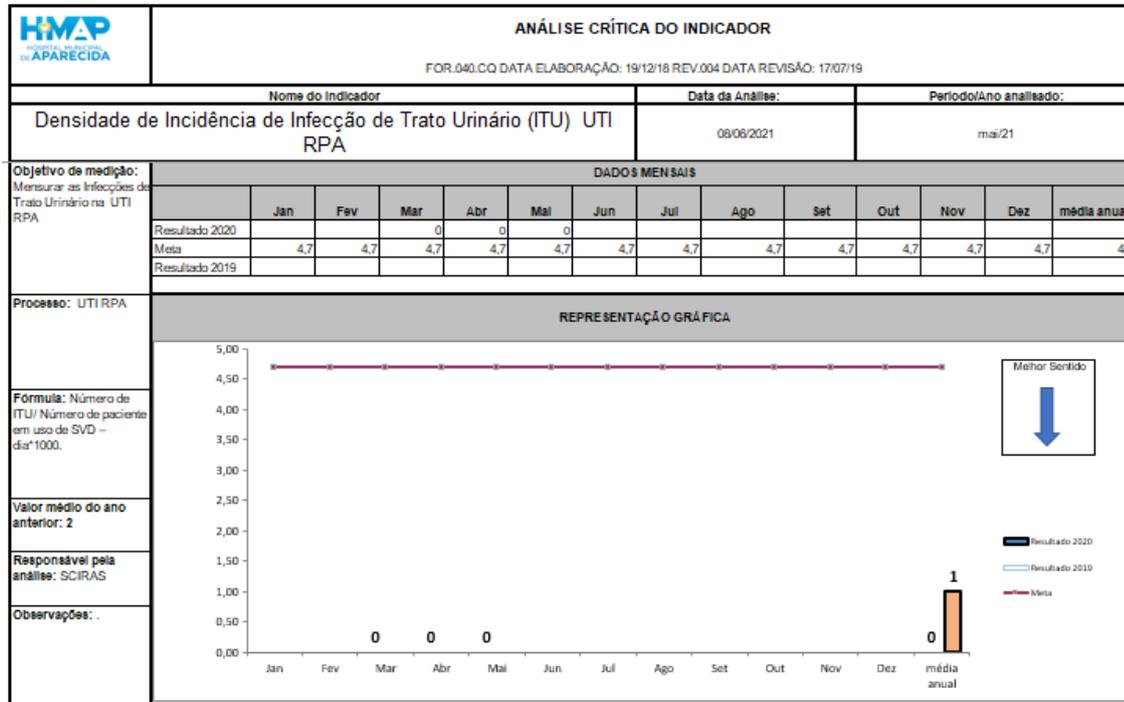
A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### 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:**  $0/80 \times 1000 = 0$



**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 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 três meses consecutivos.

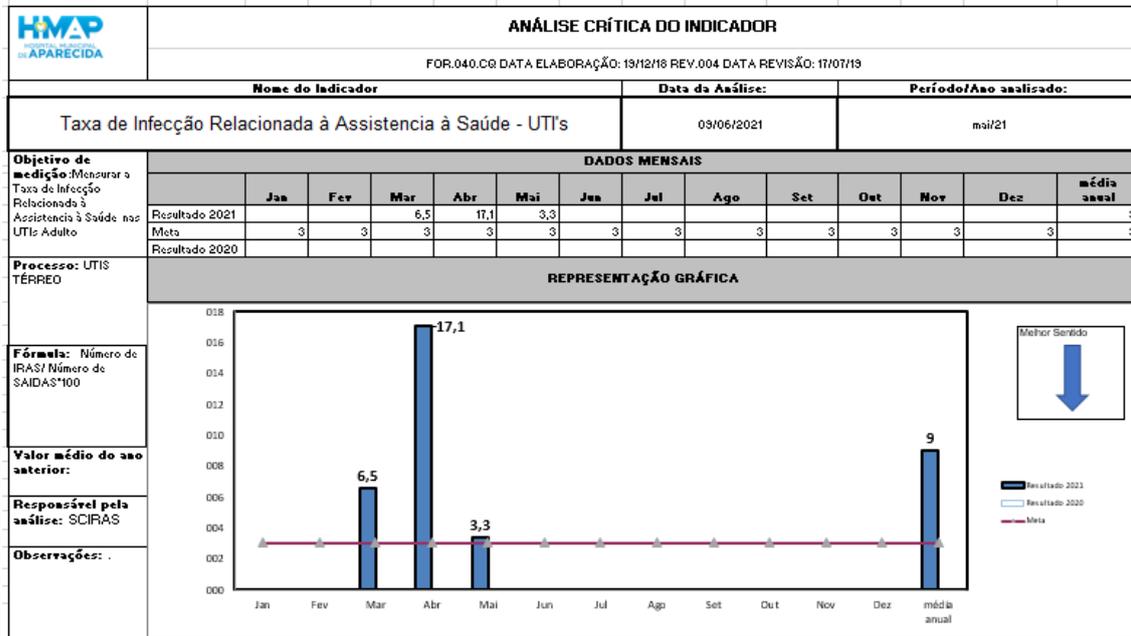
**11. INDICADORES UTI Adulto TÉRREO**

**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:**  $1/30 \times 100 = 3,3\%$



### Análise Crítica:

Nesse mês houve uma redução significativa de Infecções relacionadas a assistência de 13,4 % um resultado esperado, após treinamento ministrado de prevenção de infecções.

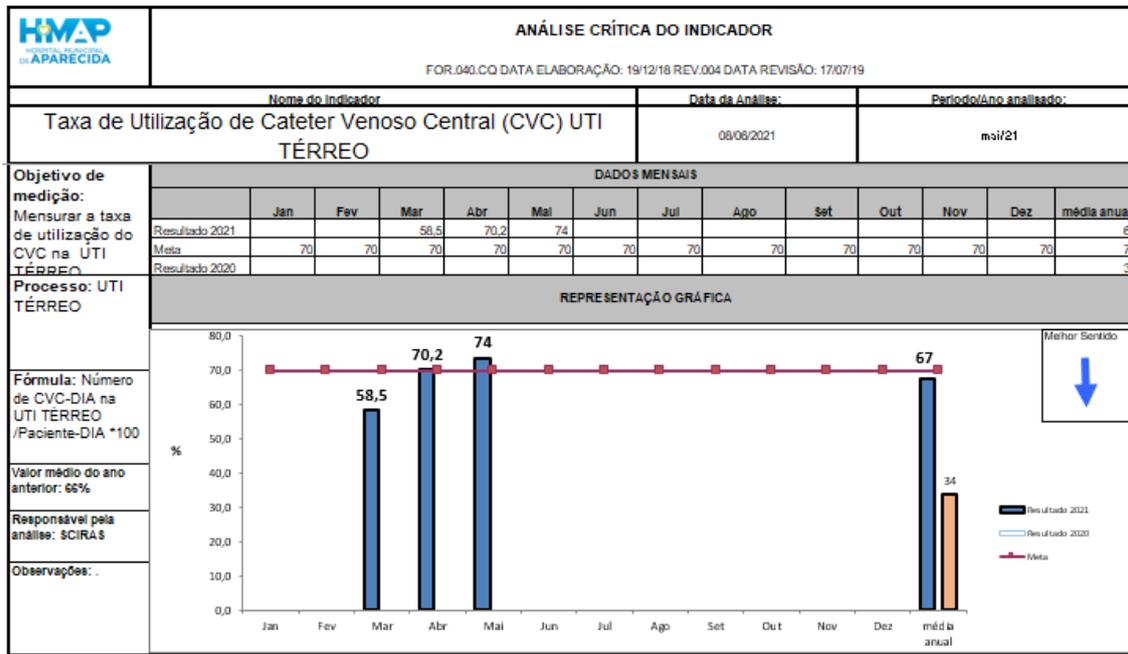
As infecções hospitalares são resultantes de interações complexas e múltiplos fatores causais que interagem diferentemente, predispondo a infecções de diversos tipos. Ao realizar a mensuração dos dados, é possível obter dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços saúde; identificar fatores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

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

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

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

**Resultado:**  $176/239 \times 100 = 74 \%$



### Análise Crítica:

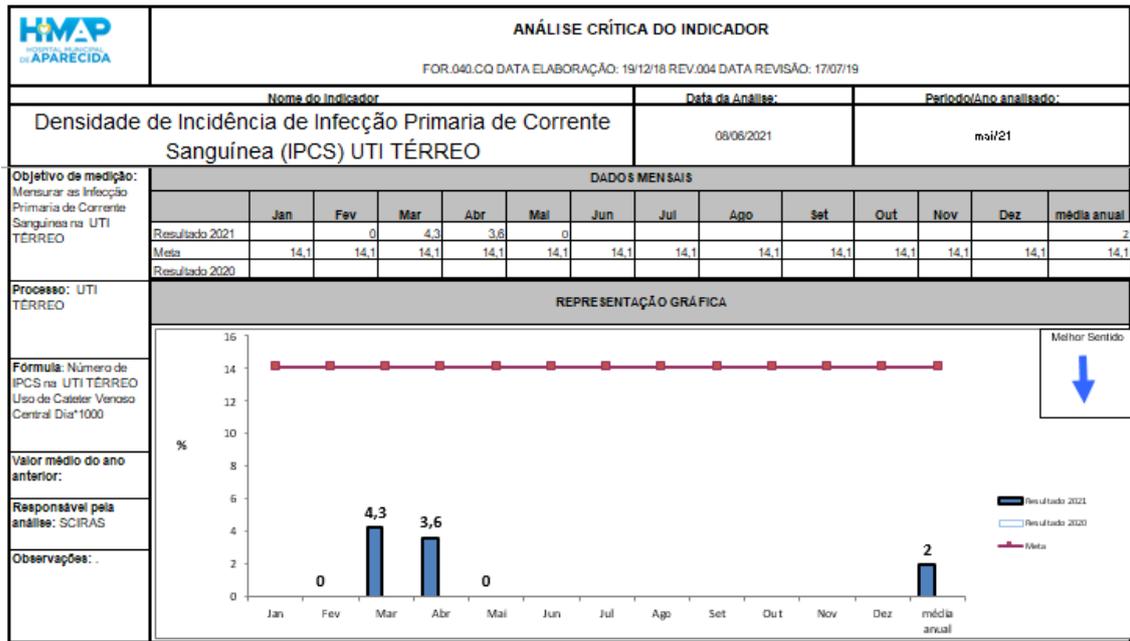
Denota-se o gráfico que a taxa de utilização de CVC na UTI TÉRREO um aumento de 3,8%. É válido ressaltar que esses dados são das UTI TÉRREO 01 e UTI TÉRREO 02. Utiliza-se cateteres centrais para: infusão de medicamentos, soluções, sangue, hemoderivados, nutrição parenteral total, como fornecer acesso 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, em sua maioria maior que seis dias na unidade devido perfil de gravidade. A elevação ou diminuição dessa taxa depende do perfil clínico do paciente a qual a unidade está recebendo.

### 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:** 0/176\*1000 = 0



### Análise Crítica:

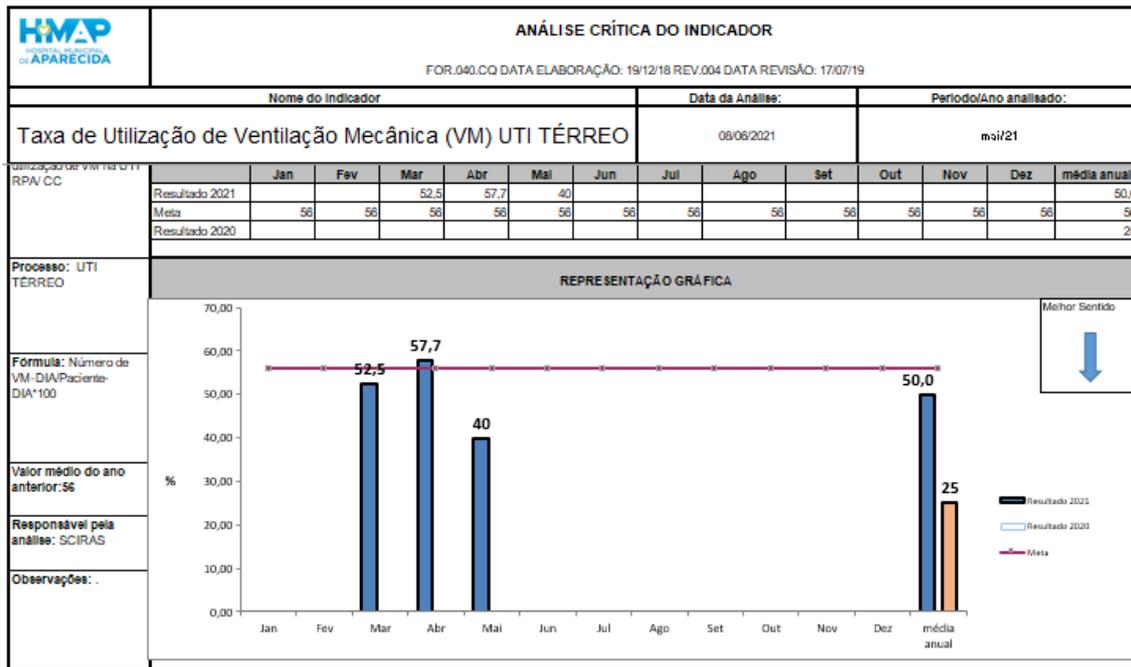
Este mês obtivemos um avanço quanto a prevenção de IPCS, pois não houve essa infecção nas UTIS térreo isso demonstra que as ações estão sendo utilizadas com maior diligência culminando no resultado esperado.

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

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

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

**Resultado:** 95/239\*100 = 40%



### Análise Crítica:

Denota-se o gráfico que a taxa de ventilação mecânica reduziu em 5,2 % do segundo mês de atividade para o terceiro mês nas unidades de terapia intensiva térreo. Este resultado se deu pela redução dos pacientes internados no período e a condição clínica dos mesmos.

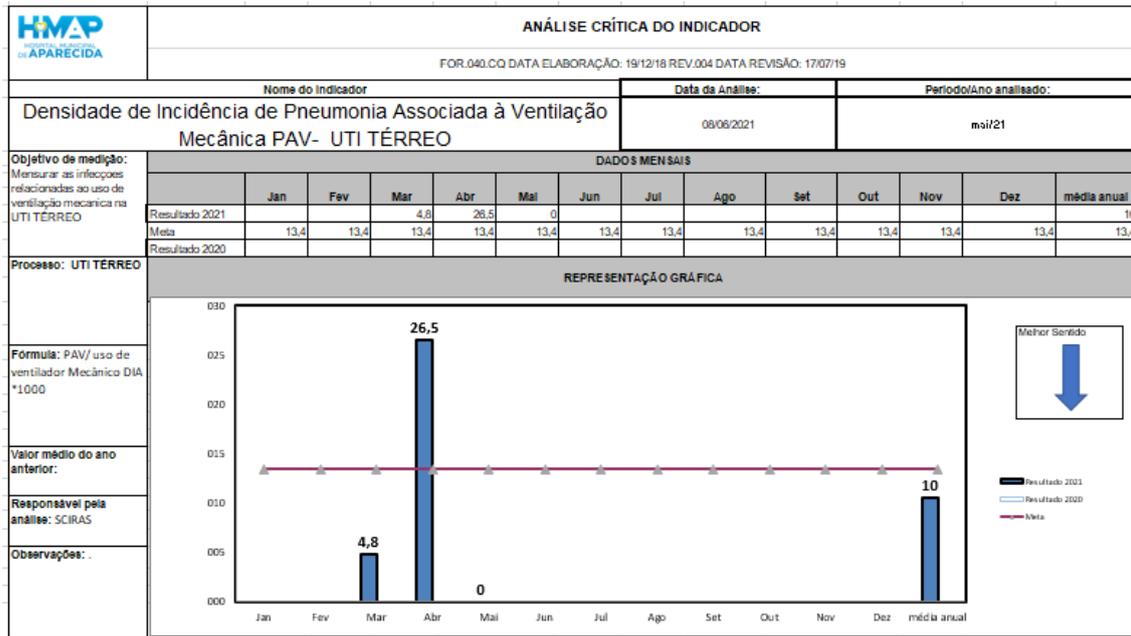
A ventilação mecânica é uma terapia essencial para pacientes com doença crítica e insuficiência respiratória.

### 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:** 0/95\*1000 = 0



### Análise Crítica:

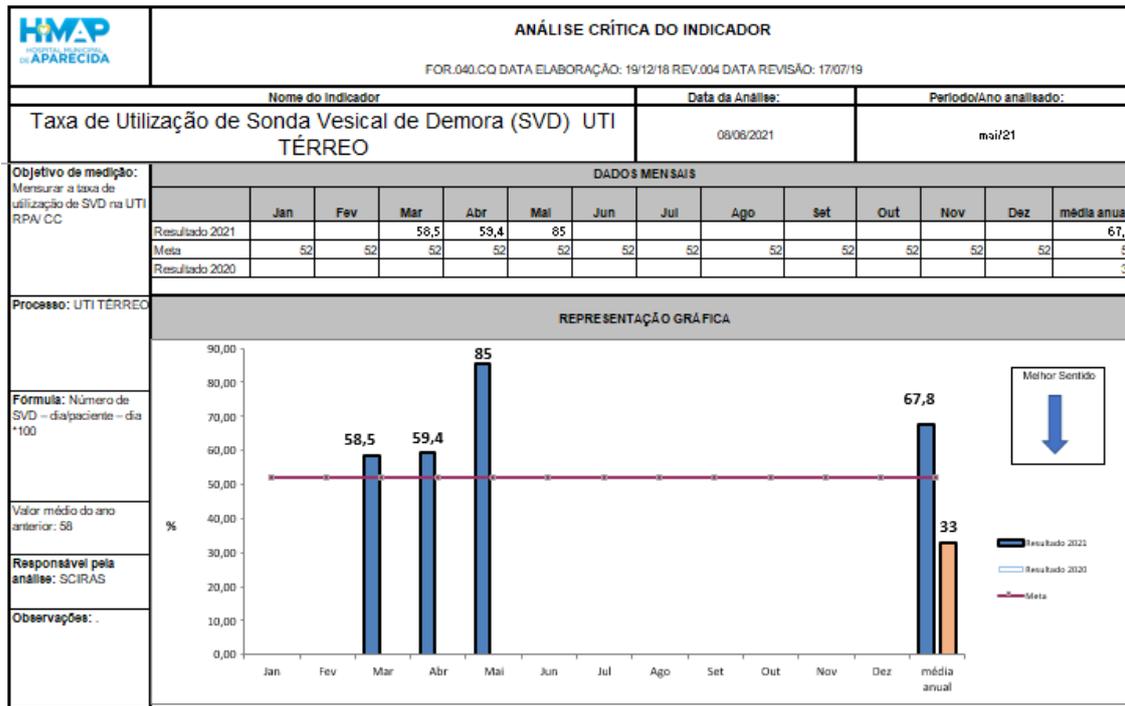
No período de análise houve uma redução de 26,5 para PAV, ou seja, o resultado desse mês foi favorável levando em consideração a redução do número de pacientes internados. Acreditamos que a equipe utilizou as ações de monitoramento diário: 1) Aspiração de secreção subglótica; 2) Avaliação diária de extubação 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 TÉRREO

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

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

**Resultado:** 204/239\*100= 85 %



### Análise Crítica:

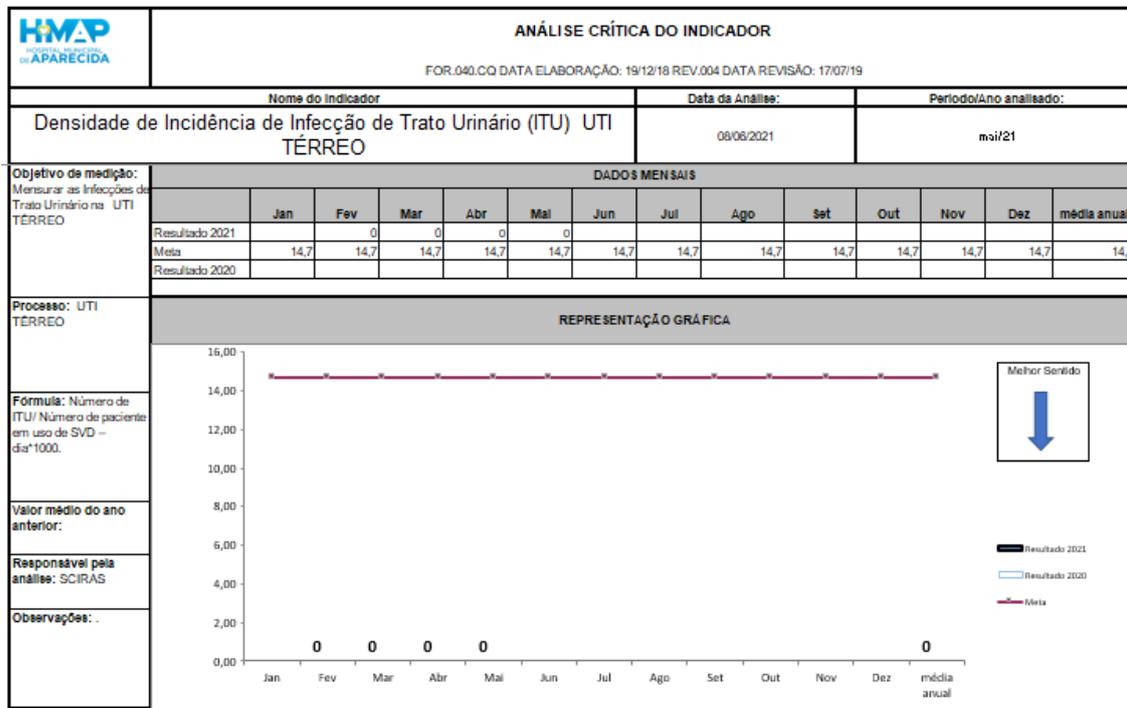
Demonstra-se o gráfico aumento considerável de 26% na taxa e utilização de sonda vesical de demora no terceiro mês de atividades da UTI TÉRREO. Praticamente todos os pacientes internados fizeram o uso da Sonda vesical. As indicações para o de Cateter Vesical de Demora: Controle rigoroso de débito urinário, 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 TÉRREO

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

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

**Resultado:** 0/204\*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 ao paciente, Higiene íntima na técnica correta, assim, como inserção do dispositivo em técnica asséptica, esvaziamento do saco coleteo em tempo hábil são ações que resultam uma incidência zerada pelo quarto mês consecutivo.

### 12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No mês de Maio foram realizadas visitas pontuais do SCIRAS nas UTIS, além de avaliação dos bundles o pacote de prevenção de IRAS (PAV, ITU e IPCS).

Realizado ação: Dia mundial da higienização das mãos. Com conscientização lúdica in loco.

Detectado 21 Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde sendo 1 Pneumonia hospitalar, 1 Infecção de trato urinário não associada ao uso de cateter e 19 por dispositivos invasivos.

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 Maio aconteceu no dia 01/06/2021 (Em anexo Ata com pautas e tratativas).

**Elaborado por SCIRAS / 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 Higienização das Mãos.	SCIRAS	2x/semana	Fevereiro	Contínuo	UTIS	Andamento	Através das fichas de observação da OMS e do Indicador de adesão da HM.
Treinamento de higiene das mãos.	Educação continuada.	Realizar in loco o processo.	SCIRAS	2X	Maio	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: 1/2

**Título:** REUNIÃO MENSAL CCIRAS – Referencia Maio/2021

**Responsável:** SCIRAS

**Data:** 01-06-2021

**Local:** Sala de Reuniões

**Horário:** 10h00 às 11h00

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

**Pauta:**

**Participantes:**

Nome	Assinatura
LISTA EM ANEXO	

**Follow-up da reunião anterior:**

NÃO SE APLICA

**Desenvolvimento da Reunião**

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Contratação de novo coordenador de enfermagem	Concluído
2.	Desfalque de infectologistas e motivação da ocorrência dos desligamentos	Em andamento
3.	Qualidade dos serviços ofertados pela equipe médica no geral	Em andamento
4.	Desfalque de antimicrobianos e medicamentos no geral	Em andamento
5.	Definir e solicitar a compra de outros antimicrobianos para substituição daqueles que estão em falta no mercado para cobertura microorganismos multirresistentes na unidade.	Concluído
6.	Instituição de 72h como tempo de resposta aos pareceres abertos para a infectologia	Concluído
7.	Treinamento equipe laboratório (INAC)	Em andamento
8.	Qualidade das limpezas terminais	Em andamento
9.	Uso de Clorexidina 2% para higiene das mãos nas Unidades Críticas	Em andamento
10.	Treinamento: Prevenção de IRAS - PAV	Junho/2021

**Plano de ação**

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Contratar enfermeiro para coordenação do SCIRAS.	Diretoria geral	Junho/2021
2.	Contratar médico infectologista par SCIRAS.	Diretoria Técnica Diretoria Geral	Junho/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: 2/2

3.	Encaminhar médicos assistenciais para treinamentos (aproveitamento dos cursos ministrados aos residentes nas quartas feiras).	Diretoria Técnica	Junho/2021 e contínua, se persistir necessidade
4.	Realizar relatório pela equipe médica assistencial e infectologistas com relato dos impactos gerados pela falta de insumos (antimicrobianos, medicamentos no geral).	Infectologistas Médicos assistenciais	Junho/2021 e contínua, se persistir necessidade
5.	Encaminhar memorando com lista de antimicrobianos para substituição dos que estão em falta.	Infectologistas SCIRAS	Concluída
6.	Comunicar as equipes do prazo de 72h para resposta aos pareceres da infectologia.	Infectologistas SCIRAS	Concluída
7.	Programar treinamento com equipe de coleta do laboratório quanto ao uso de EPIs, precauções e isolamentos.	Coordenação Laboratório	Junho/2021
8.	Realizar reunião com a Coordenação DM Serv, SCIRAS e Diretoria para estabelecer um parecer quanto as reclamações.	Coordenação DM Serv.	Junho/2021
9.	Avaliar possibilidade de compra da Clorexidina 2% para higiene das mãos nas Unidade Críticas devido elevado número de microorganismos multirresistentes.	Fiscal de contratos	Junho/2021
10.	Realizar treinamento sobre Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica in loco nas Unidades de Terapia Intensiva nos dias 29 e 30 de junho de 2021.	SCIRAS	Junho/2021

Sem mais a relatar, eu **Kellyane Ramos da Silva**, lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Assinatura do relator: *Kellyane Ramos* COREN 558081

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 CCIRAS**

**Responsável:** SCIRAS

**Data:** 01/06/2021 **Horário:** 10:00 às 11:00 **Carga H. Total:** 1h

**Local:** Sala de reuniões **Tipo:**  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião

**Pauta:**

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Mara Letícia F. B. K. Borges	Gerência	Enf.	<i>MA</i>
2	Eniko D. Romão	Coord. Enf.	CM/PED	<i>ER</i>
3	Imayma Rodrigues P. Silva	Coord. Enf.	UTS C <sub>2</sub>	<i>IM</i>
4	Kassia Karolyn Ilieva	Franciscana	Enferm.	<i>KI</i>
5	Christiane J. da Silva	Sec. de Seg. Terc.	Sermt	<i>CS</i>
6	Gláucia Saizy Silva	Coord. Fama	Fama	<i>GS</i>
7	Julio Paslan de	Médico	Dir.	<i>JP</i>
8	Austrielly Franco	CCM	ZPMS	<i>AF</i>
9	Ana Karina Senina Olon Lute	CCIH Infecto		<i>AK</i>
10	Kellysne Gomes da Silva	Enf.	SCIRAS	<i>KG</i>
11	Guilherme Rodrigues dos Santos	Coord. Enf.	CCIPA	<i>GS</i>
12	Carla Gomes Leão	Coord.	EP	<i>CL</i>
13	Virgínia Cruzes	Coord	AUF	<i>VC</i>
14	Paulina Rulira Souza Santos	Coord/Enf	Enf. Covid	<i>PS</i>
15	Alexandra Ap.ª Silva Santos	Enfermeira	Sciras	<i>AS</i>
16	Mayler Olombrada N. Santos	D. T.	Dir.	<i>MS</i>
17	Thayssa Martins M. Silva	Enf.	Sciras	<i>TS</i>
18				
19				

Total de Participantes: 17

Visto do Instrutor/Responsável: Kellysne

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE MÉDICA

**MAIO 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 cerimônia de posse deste membros eleitos pelo CREMEGO iniciou-se no final do mês de setembro, findando no mês de outubro.

## 2. AÇÕES ESTRATÉGICAS

A Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia não realizou reunião no mês de maio, visto que a unidade se encontrava em eleição para novos integrantes.

Devido a ações estratégicas estipuladas, estamos em constante apoio a corpo clínico do HMAP e aguardamos a posse dos cargos estipulados.

Dr. Leonardo Vitor Gomes  
Médico  
CRM-GO 21.996

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

**MAIO 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, onde a Gerência de Enfermagem encaminhou no dia 07 de maio, um e-mail para Coren-Goiás, solicitando orientações sobre fluxograma para criação da Comissão de Ética de Enfermagem, conforme documento em anexo.

No dia 25 de maio, foi encaminhado para Diretoria Técnica memorando nº 108/2021, da Gerência de Enfermagem, solicitando o envio de ofício para Coren-Goiás, para implantação da CEE, conforme documento em anexo.

No dia 25 de maio, foi encaminhado Ofício nº 014/2021, da Diretoria Técnica, solicitando abertura para implantação da Comissão de Ética de Enfermagem, conforme documento em anexo.

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.

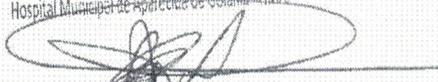
Diante do exposto, informamos que o nosso quantitativo de profissionais no Hospital se dá da seguinte forma:

- 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

**MAIO 2021**

## ÍNDICE

<b>1. Introdução</b> .....	3
<b>2. Indicadores</b> .....	3
<b>2.1 Taxa de prontuários revisados</b> .....	3
<b>2.1.1 Objetivo</b> .....	3
<b>2.1.2 Fórmula</b> .....	3
<b>2.1.3.Resultado</b> .....	3
<b>2.1.4 Análise crítica</b> .....	4
<b>2.2 Taxa de itens em conformidades</b> .....	4
<b>2.2.1.Objetivo</b> .....	4
<b>2.2.2.Fórmula</b> .....	4
<b>2.2.3.Resultado</b> .....	4
<b>2.2.4 Análise Crítica</b> .....	5
<b>3. Ações estratégicas</b> .....	6
<b>4. Anexo de 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

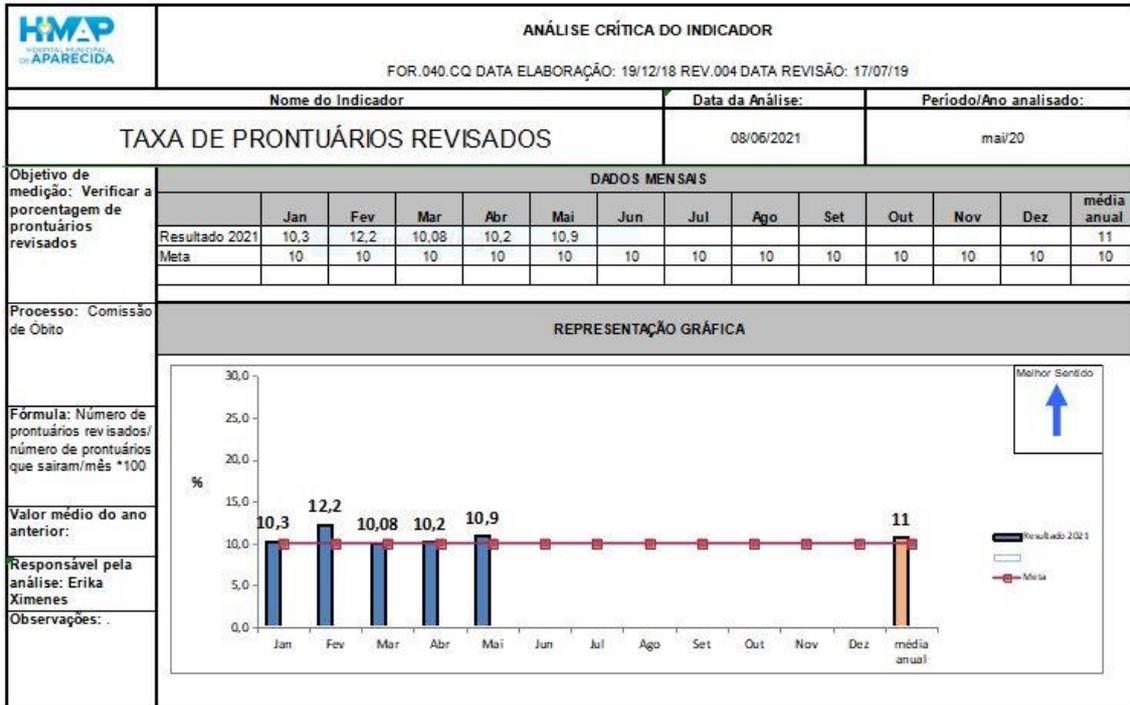
Avaliar a porcentagem de prontuários revisados no referido mês de análise.

#### 2.1.2 Fórmula

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

#### 2.1.3. Resultado

$$\frac{24}{221} \times 100\% = 10,9\%$$



### 2.1.4 Análise Crítica

O mês de maio foram analisados e revisados 24 prontuários, sendo 10 da clínica médica adulta; 12 UTI's/Enfermarias covid e 02 da Clínica pediátrica, totalizando 221 de saídas hospitalares.

## 2.2 Taxa De Itens em Conformidades

### 2.2.1. Objetivo

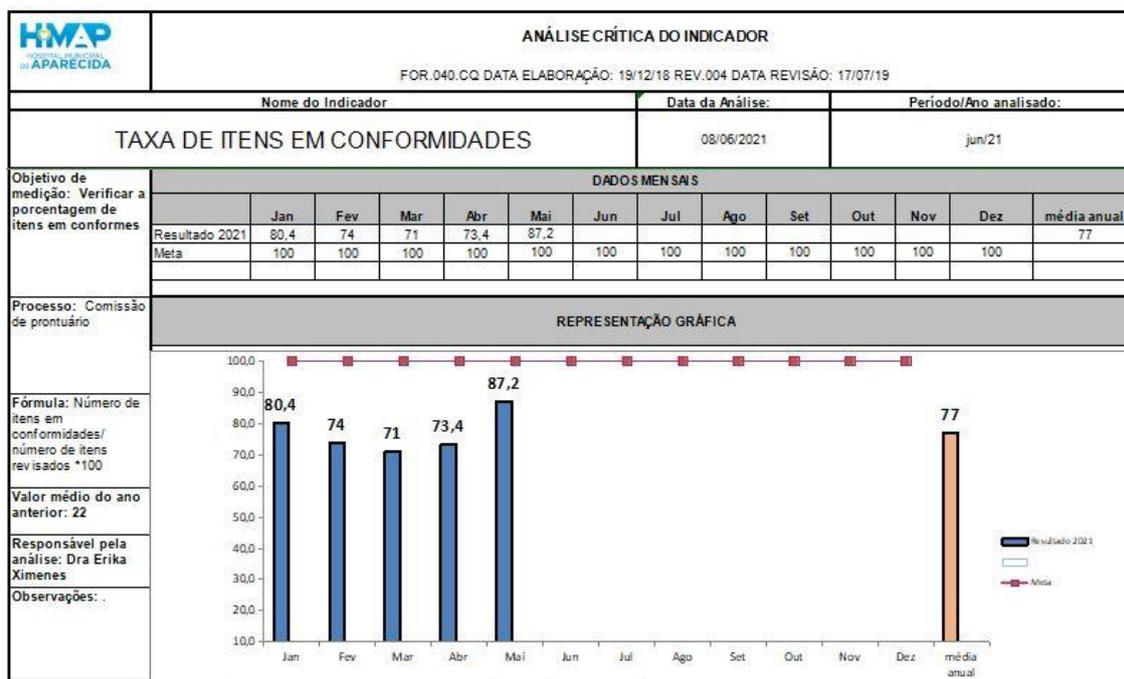
Avaliar a porcentagem de itens em conformes no referido mês de análise.

### 2.2.2.Fórmula

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

### 2.2.3. Resultado

$$\frac{576}{660} \times 100 = 87,2\%$$



## 2.2.4 Análise Crítica

Foram analisados e revisados 24 prontuários, destes, apresentaram 576 conformidades, 42 itens não conformes, 66 itens que não se aplica totalizando 660 itens verificado.

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.

### 3. 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	01/05/2021	08/06/2021	HMAP	Em andamento	Através dos indicadores e do formulário.
Emitir relatório para a gerente de enfermagem	Melhorar a organização dos prontuários referente as evoluções denfermagem, checagem das medicações e identificação dos profissionais	Relatório	Enfermeira auditora	Homem-hora	01/05/2021	08/06/2021	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 10215

### 4. 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:** 08/06/2021

**Local:** SALA DE REUNIÃO

**Horário:** 15h00

às 15h50

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

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

**Participantes:**

Nome	Assinatura
1. Érika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo (Presidente)	
2. Kátia Oliveira Nunes (Secretaria)	
3. Eliene Rosa da Silva (Membro)	
4. Alana Oliveira da Silva (Membro)	
5. Juliana Oliveira Pacheco (Membro)	
6. 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 24 prontuários no mês de maio: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 10 da Clínica Médica Adulta;</li> <li>➤ 12 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 25 itens de verificação do prontuário médico e FOR.407 SAME. Com 30 itens de verificação prontuário de enfermagem. Dos prontuários avaliados, identificou-se <b>993 Conformidades</b> ; <b>135 NCs (Não Conformidades)</b> e <b>168 Não se Aplica</b> .  <b>CONFORMIDADES:</b> <b>Quanto aos setores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Clínica Médica: 408</li> <li>➤ UTI's e enfermarias covid: 503</li> <li>➤ UTI e Clínica Pediátrica: 82</li> </ul> <b>Quanto aos itens:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificação do paciente: 24</li> <li>➤ Anamnese médica: 02</li> <li>➤ Exame físico: 02</li> <li>➤ Prescrição médica: 24</li> <li>➤ Evolução médica: 24</li> <li>➤ Multidisciplinar: 24</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

Sector: COQUA

Revisão: 004

Página: 2/3

- Prescrição de enfermagem: 05
- Evolução de enfermagem: 24
- Anamnese de enfermagem: 18
- Registro de triagem: 24
- Anotação de enfermagem: 24
- Exames complementares: 24
- Identificação profissional: 21
- Boletim cirúrgico: 00
- Recuperação anestésica: 00
- Resumo de alta: 23

**NÃO CONFORMIDADES**

**Quanto aos setores:**

- Clínica Médica: 62 NCs
- UTI's e enfermarias covid: 61 NCs
- UTI e Clínica Pediátrica: 12 NCs
- 

**Quanto aos itens:**

- Identificação do paciente: 00 NCs
- Anamnese médica: 22 NCs
- Exame físico: 22 NCs
- Prescrição médica: 00 NCs
- Evolução médica: 00 NCs
- Prescrição de enfermagem: 19 NCs
- Evolução de enfermagem: 00 NCs
- Anamnese de enfermagem: 06
- Registro de triagem: 00 NCs
- Anotação de enfermagem: 00 NCs
- Exames complementares: 00 NCs
- Identificação profissional: 03 NCs
- Boletim cirúrgico: 00 NCs
- Recuperação anestésica: 00 NCs
- Resumo de alta: 01 NCs

Os principais itens não conformes foram:

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

**Parte de Enfermagem:** Identificação do profissional, anamnese completa e checagem das medicações.

**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	08/06/2021
2.	Emitir relatório para a gerente de enfermagem	Juliana Oliveira Pacheco	08/06/2021

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

Assinatura do relator:

*Katia Oliveira Nunes*  
Coordenadora de Faturamento  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA

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

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

**MAIO 2021**

## ÍNDICE

### 1. Introdução 3

### 2. Indicador 3

#### 2.1. Taxa de avaliação de ós

3

##### 2.1.2. Fórmula..... 3

##### 2.1.3. Resultado..... 5

##### 2.1.4. Análise crítica ..... 5

#### 2.2 Taxa de conformidade de declaração de ós

6

### 3. Ações Estratégicas Error! Bookmark not defined.

### 4. Ata de reunião Error! Bookmark not defined.

## 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

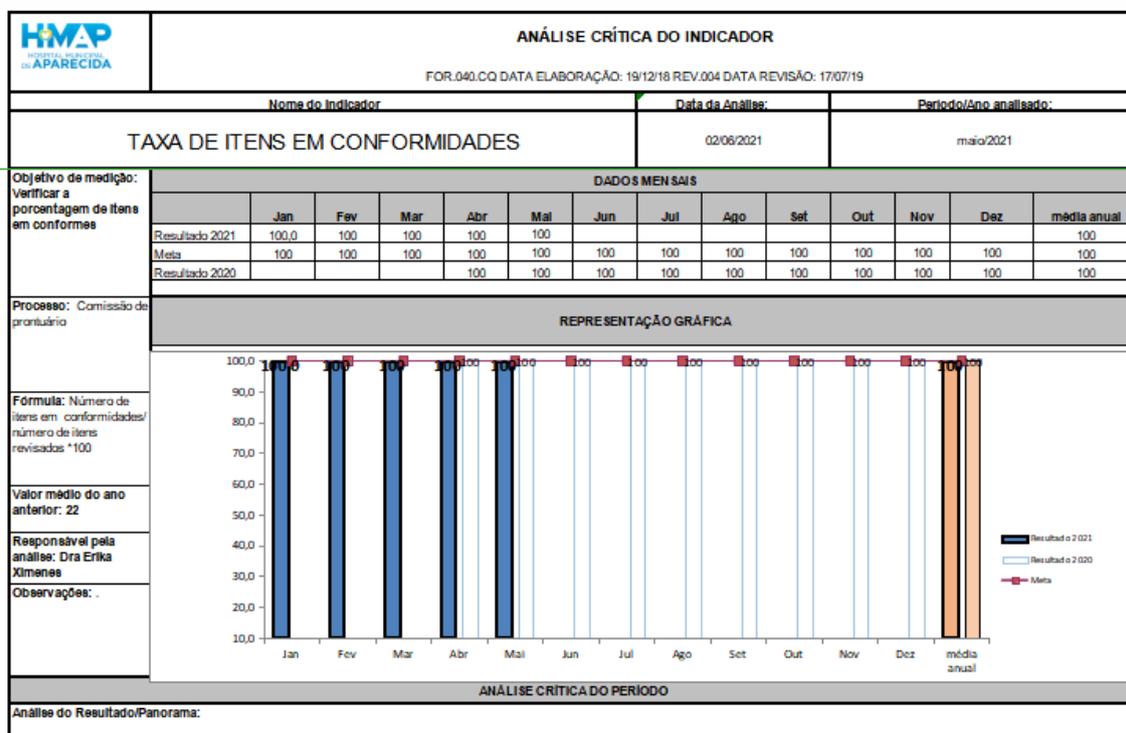
Avaliar a porcentagem de óbitos avaliados no referido mês de análise.

#### 2.1.2. Fórmula

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

#### 2.1.3. Resultado

$$\frac{82}{82} \times 100 = 100\%$$



### 2.1.4. Análise Crítica

No mês maio tivemos um total de 82 óbitos, destes foram verificados 100 (100%) óbitos com declaração de óbitos e 0 óbitos (0%) encaminhado ao SVO. Sendo dos óbitos na 22% Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 73,1% UTI/enfermaria COVID, 4,9% nas enfermarias e 0% na Reanimação, 0% UTI pediatria. Não foi necessário encaminhar nenhum óbito para avaliação a esclarecer.

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

ITEM AVALIADO	QUANTITATIVO	PERC. %
Óbitos sexo feminino	47	57,3%
Óbitos sexo masculino	35	42,7%
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>

contém as seguintes classificações:

ITEM AVALIADO	QUANTITATIVO	PERC. %
Óbitos justificados	82	100%
Óbitos com necessidade de avaliação	0	0,0%

ITEM AVALIADO	QUANTITATIVO	PERC. %
Óbitos mulheres em idade fértil <sup>1</sup>	02	2,4%
Óbitos de crianças <sup>2</sup>	00	0%
Óbitos menor de 24 horas <sup>2</sup>	07	8,5%

<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.

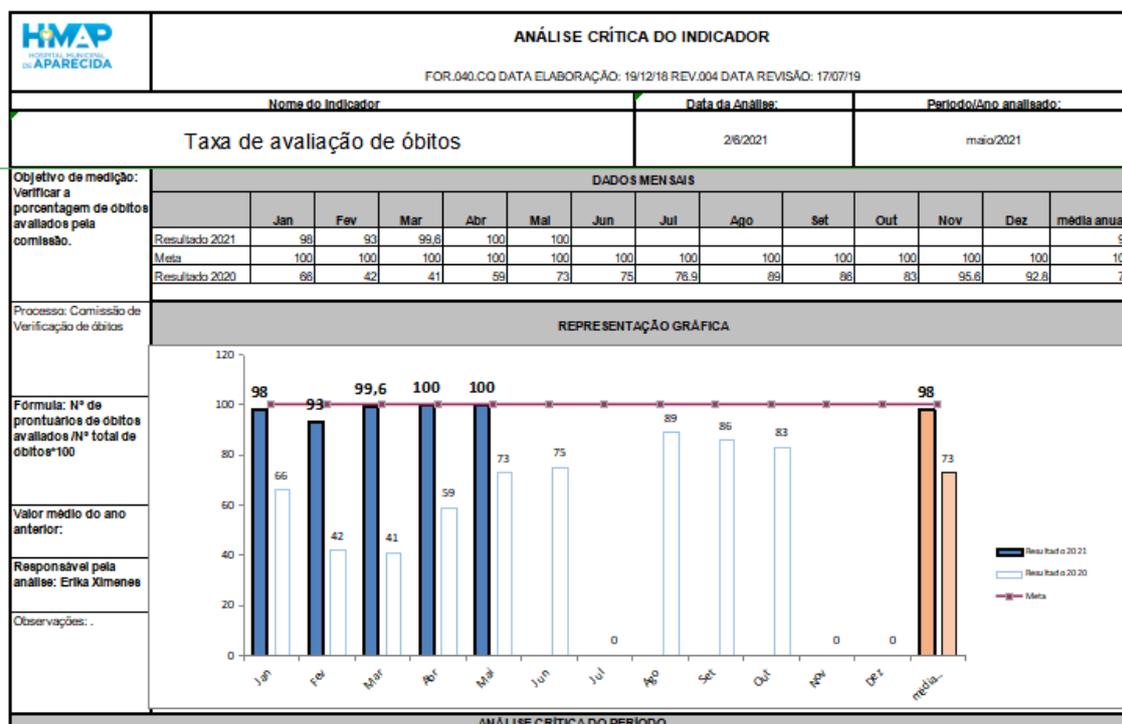
### 2.2.2. Fórmula

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

### 2.2.3. Resultado

$$\frac{82}{82} \times 100 = 100\%$$

## 2.2.4. Análise Crítica



Foram avaliados 82 óbitos, destes 82 DO's contém itens de conformidades, sendo 0 com errata e 0 direcionado ao SVO. Os óbitos são verificados através do formulário (FOR.097.DCM) e neste contendo o total de 0 não conformidades.

## 2.3. Perfil epidemiológico de óbito por CID

### 2.3.1. Objetivo

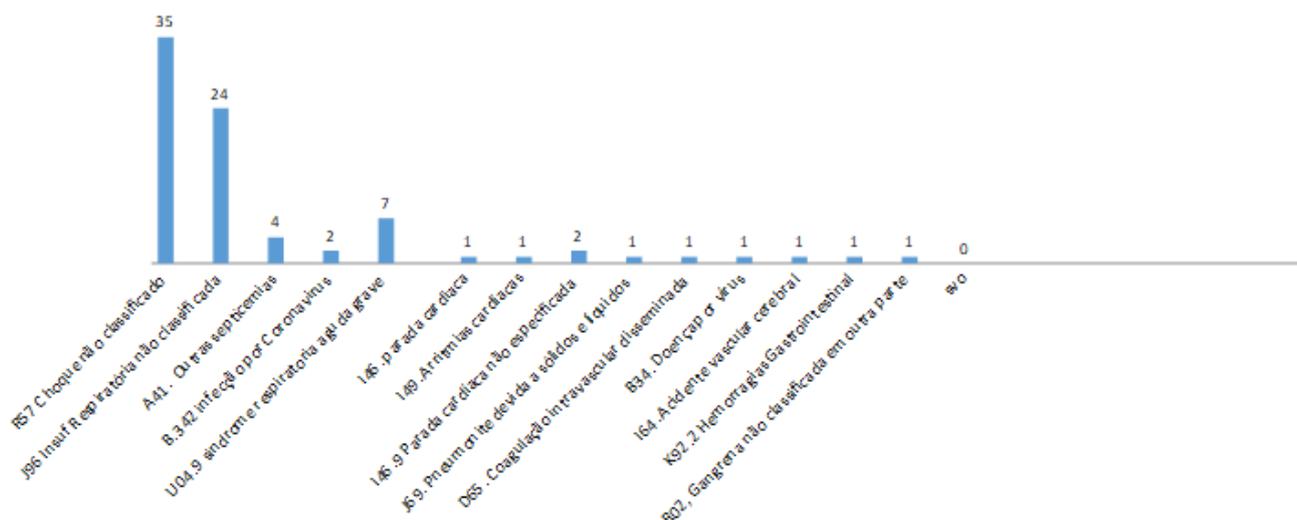
Avaliar o perfil epidemiológico dos óbitos por CID.

### 2.3.2. Fórmula

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

### 2.3.3. Resultado

**EPIDEMIOLOGIA DE ÓBITOS POR CID**



**2.3.4. Análise crítica**

O perfil epidemiológico dos óbitos por CID conforme o gráfico acima, obtivemos, 42.8% Choque não classificado (R57), 29.4% Insuficiência Respiratória não classificada (J96), 4.9% Outras septicemias (A41), 8.5% Síndrome respiratória aguda grave (U04.9), 2,4% Infecção por Coronavirus (B342), 1,2% parada cardíaca (I46), 1,2% Arritmias cardíacas (I49), 2.4%Parada cardíaca não especificada (I46.9), 1.2% Coagulação intravascular disseminada (D65), 1.2% Doença por vírus (B34), 1.2% Acidente vascular cerebral (I64), 1.2%Hemorragia gastrointestinal (K92.2), 1,2% Gangrena não classificada em outra parte (R02), 1.2%Pneumonite devida a sólidos e líquidos (J69).

### 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.	Em treinamento	Presidente da comissão e diretoria da instituição	Homem-hora	02/06/2021	30/06/2021	HMAP	Iniciado	Indicador de conformidade
Fiscalizar conjuntamente com a comissão o adequado registro dos óbitos na 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	02/06/2021	30/06/2021	HMAP	Iniciado	Indicador de conformidade

### 4. ATA DE REUNIÃO

Erika Vieira Ximenes Belo  
Presidente da CV



Dra. Erika Ximenes Belo  
Médica  
CRM - GO 10216

**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:** 08/06/2021      **Local:** Sala de Reunião      **Horário:** 16h00 às 16h58

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

**Pauta:** Apresentação dos óbitos referentes ao mês de Maio 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. Juliana Oliveira Pacheco (membro)	
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 82 óbitos na instituição. Utilizando o FOR.097.DCM, e destes avaliados verificamos: 02 de mulher em idade fértil 07 óbitos em menos que 24 horas (04 masculino, 03 feminino).	Finalizado
2.	Quanto ao sexo: 47 pacientes do sexo feminino; 35 pacientes do sexo masculino.	Finalizado
3.	Quanto ao local do óbito: 18 pacientes faleceram na UTI adulto sendo 06 UTI 1 e 12 UTI 2 06 UTI Térreo 54 paciente faleceram nas UTI's covid19 sendo 09 na C2 e 21 na F, 08 UTI A; 13 UTI B; 03 UTI RPA 00 paciente faleceu PAIREANIMAÇÃO; 04 paciente faleceu na Enfermaria A 00 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. 82 DO's preenchidas em conformidades; 00 Em Fragilidades  
00 DO's onde a hipótese diagnóstica não é coerente (Não  
conformidade); Finalizado  
00 DO com errata  
00 direcionado ao SVO

**Plano de ação**

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Definir mensalmente metas de melhorias e estratégias buscando a qualidade nos prontuários.	Comissão	30/06/2021
2.	Emitir relatório para a diretoria técnica e coordenadores.	Érika Cristina Vieira Oliveira Ximenes Belo	11/06/2021
3.	Fiscalizar conjuntamente com a comissão o adequado registo do óbitos na D.O.	Comissão	30/06/2021
4.	Solicitar que a epidemiologia que informe a comissão via memorando sobre as fragilidades que os setores sinalizam após a entrega do prontuário.	Epidemiologia	30/06/2021

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)

**MAIO 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 eleger-se um cenário negativo e bastante complexo devido a potencialização das complicações associadas a internação. Consideramos como complicação associada à 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

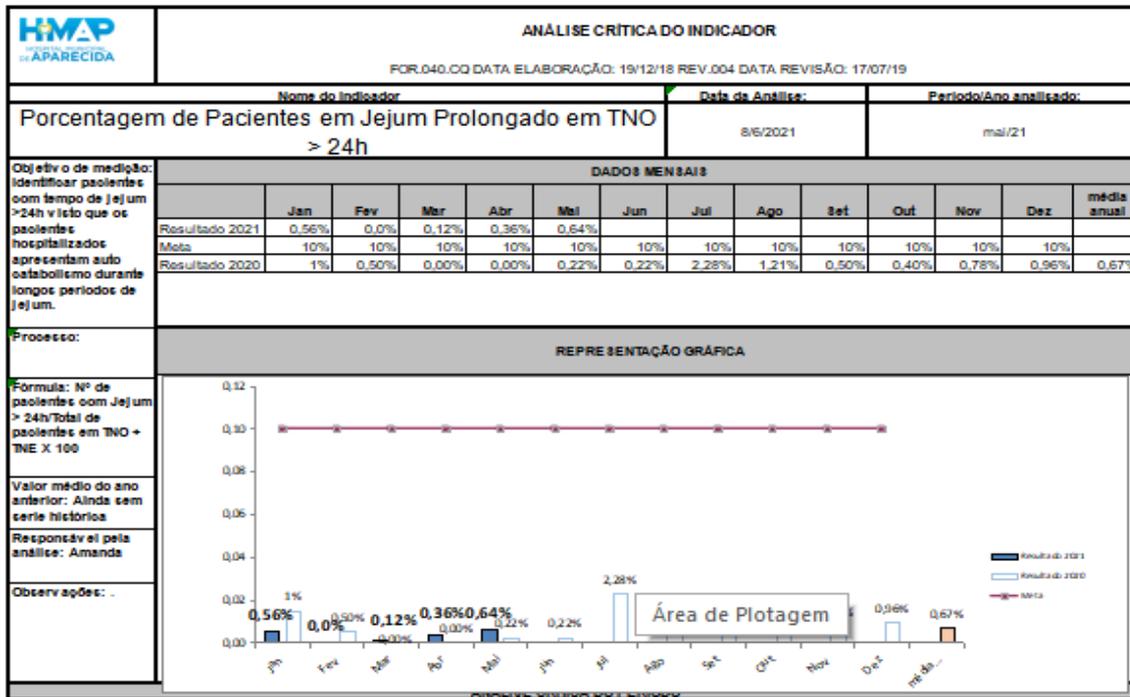
$$= \frac{\text{Nº de pacientes com Jejum > 24h TNE}}{\text{Total de pacientes em TNO + TNE}} \times 100$$

$$= \frac{\text{Nº de pacientes com Jejum > 24h TNO}}{\text{Total de pacientes em TNE + TNO}} \times 100$$

$$= \frac{\text{Nº de pacientes com Jejum > 24h TNP}}{\text{Total de pacientes em TNP}} \times 100$$

### 2.1.3 Resultado Pacientes em Jejum prolongado em TNO > 24h

$$\frac{3}{328+140} \times 100 = 0,64\%$$



### 2.1.4 Análise Crítica

No mês de Maio tivemos 468 pacientes internos na unidade, onde 328 estavam em benefício de TNO (Terapia Nutricional Oral). Neste período houveram 03 casos de jejum maior que 24 horas, 01 devido a quadro de hematemese volumosa, 01 por pós-operatório de colecistectomia, e outro caso relatado foi um paciente com quadro de AVC, impossibilitando a aceitação da via oral, sendo indicada a terapia nutricional enteral.

**Plano de ação:** Continuar o monitoramento.

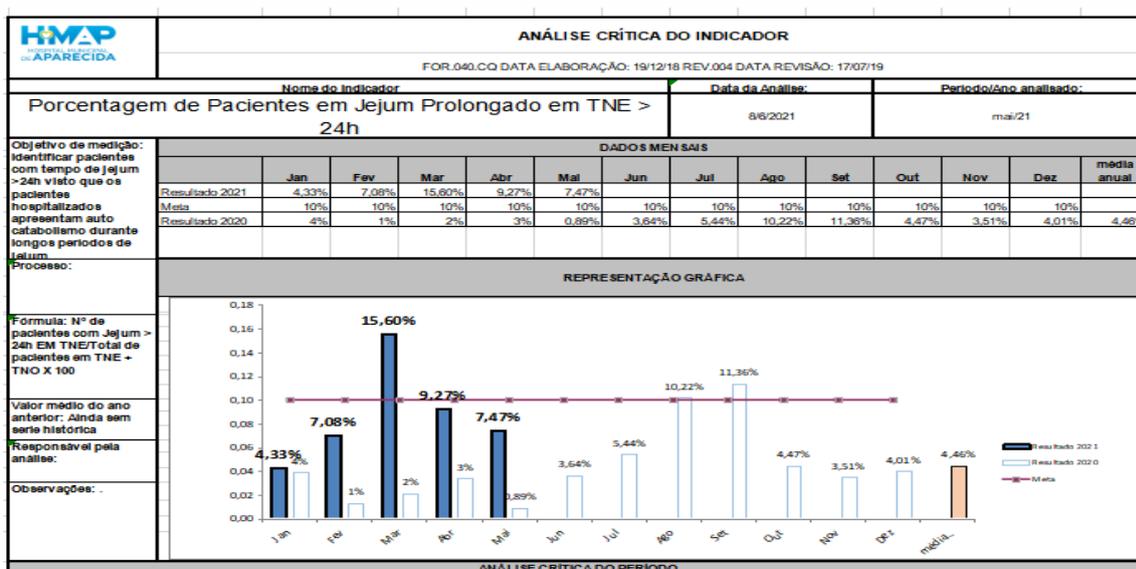
Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/simprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 198488 e o código verificador 22775.

## 2.1.5 Resultado Pacientes em Jejum prolongado em TNE > 24h

35

$$\frac{35}{328+140} \times 100 = 7,47\%$$

328+140



## 2.1.6 Análise Crítica

No mês de Maio 140 pacientes estavam em benefício da Terapia Nutricional Enteral (TNE), dos quais 36 permaneceram em jejum por tempo superior a 24h, destes, 29 foram por instabilidade hemodinâmica (UTI ADULTO, UTI COVID C2, UTI COVID RPA 2, UTI COVID A).

Houve 01 caso por alto volume residual gástrico - VRG (UTI ADULTO), 01 por suspeita de obstrução intestinal (UTI ADULTO), 03 por aguardo de exame (UTI C2, UTI TERREO 2), 01 por hemorragia digestiva alta (UTI ADULTO).

Nota-se que em relação ao mês anterior houve uma diminuição no número de pacientes em jejum, devido um melhor acompanhamento tanto da nutrição como da enfermagem.

Se comparamos o número de pacientes em uso de dietas enterais no mês de maio (140) em relação ao mês de abril (198), observamos uma

diminuição importante que por sua vez também pode ter contribuído para diminuição do indicador.

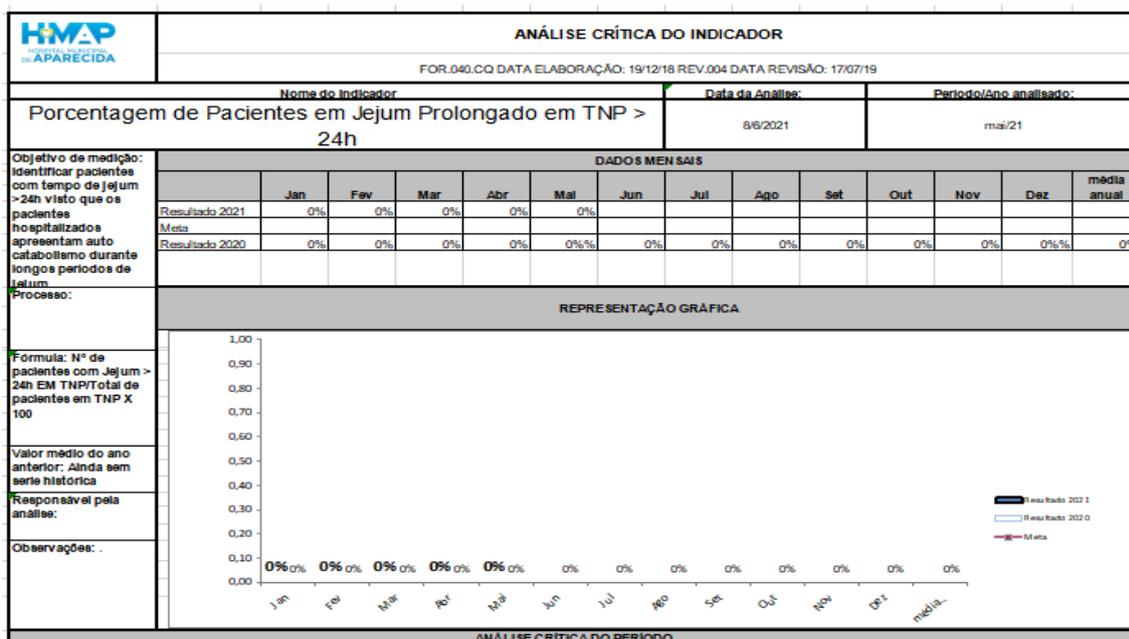
É importante destacar que dentre os casos observados nesta competência apresentam-se situações na qual o jejum não era uma indicação clínica, como aguardo para realização de exame.

Contudo é primordial continuar o monitoramento e trabalhar medidas educativas e preventivas diariamente entre as equipes assistenciais para que possamos diminuir a incidência do jejum maior que 24h sem que haja indicação clínica.

**Plano de ação:** Reforçar a importância da passagem de sonda e confirmação de posicionamento de forma precoce.

### 2.1.7 RESULTADOS PACIENTES EM JEJUM PROLONGADO EM NPT > 24H

$$= \frac{0}{0} \times 100 = 0\%$$



### 2.1.6 Análise Crítica

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 198488 e o código verificador 22775.

Indicador sem resultados pois não tivemos nenhum paciente em uso de NPT na unidade.

## 2.2 INDICADOR DE PACIENTES COM TNP PERIFÉRICA (TNPP) POR MAIS DE 7 DIAS DE DURAÇÃO.

### 2.2.1 Definição

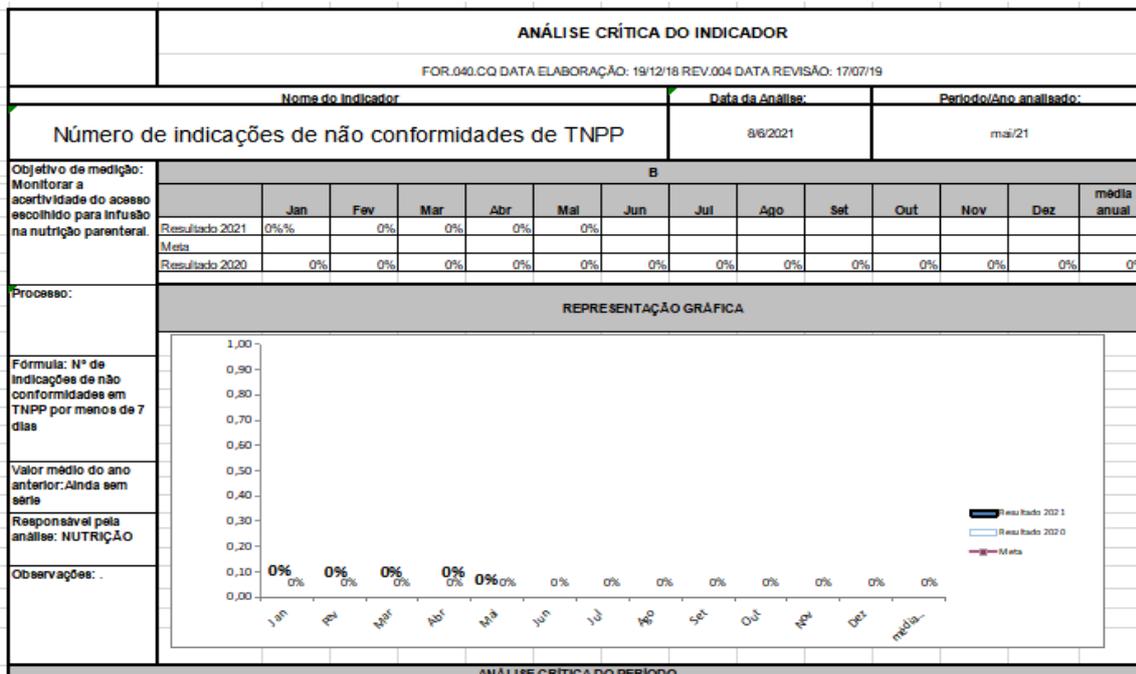
Monitorar a assertividade do acesso escolhido para infusão da nutrição parenteral e prevenir complicações causadas pela escolha do acesso, como flebites.

### 2.2.2 Fórmula

$$= \frac{\text{Nº de indicações de não conformidade em TNPP}}{\text{Total de pacientes em TNPP}} \times 100$$

### 2.2.3 Resultado

$$\frac{0}{0} \times 100 = 0,00\%$$



### 2.2.4 Análise Crítica

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 198488 e o código verificador 22775.

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

$$= \frac{0}{1} \times 100 = 0\%$$

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:				
Número de Indicações de Não Conformidades de TNPC							4/5/2021			abr/21				
Objetivo de medição: Monitorar a assertividade do acesso escolhido para infusão na nutrição parenteral.		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	Resultado 2021	0%	0%	0%	0%	0%								
	Meta													
	Resultado 2020	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0,00	100%	25%
Processo:	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: N° 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														

### 2.3.4 Análise Crítica:

No mês de maio tivemos 01 paciente na UTI Adulto em uso de nutrição parenteral, permanecendo assim por 18 dias com boa tolerância a dieta em acesso central.

## 2.4 INDICADOR DE FREQUÊNCIA DE EPISÓDIOS DE DIARREIA EM PACIENTES EM TNE

### 2.4.1 Definição

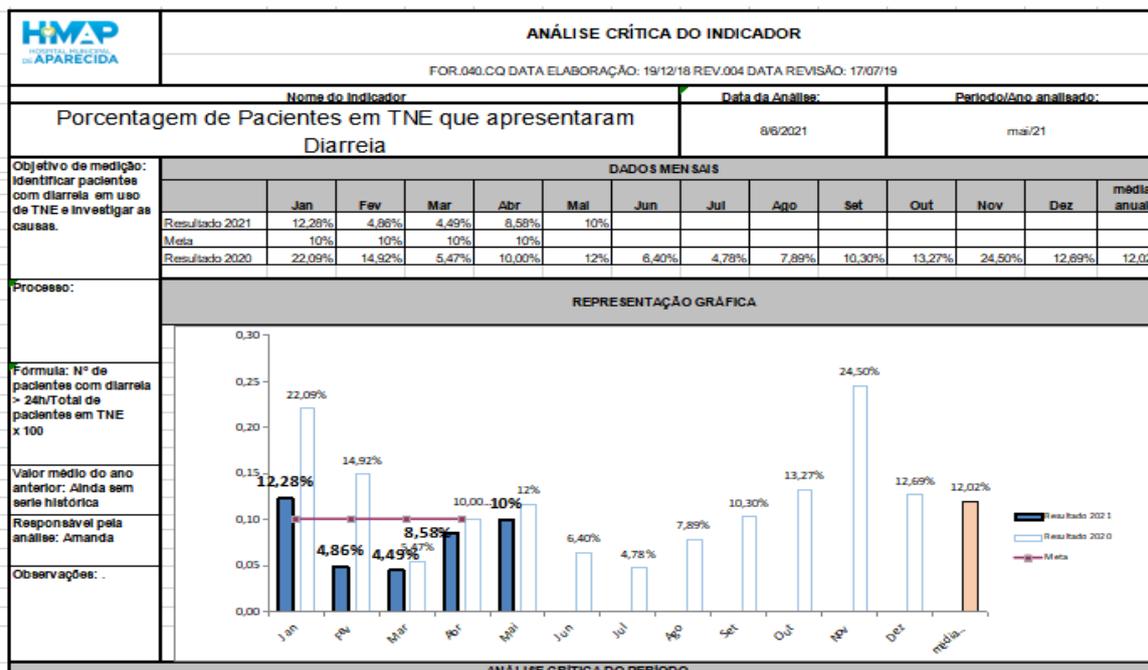
Identificar a incidência de diarreia em pacientes em TNE, visto que a incidência pode chegar a 95% e nos pacientes em UTI pode ser maior do que 95%.

### 2.4.2 Fórmula

$$= \frac{\text{Nº de pacientes com diarreia}}{\text{Total de pacientes TNE}} \times 100$$

### 2.4.2 Resultado

$$\frac{14}{140} \times 100 = 10\%$$



### 2.4.4 Análise Crítica

No mês de maio 14 pacientes evoluíram com quadro de diarreia quando utilizavam dietas enterais, dentre os quais 11 estavam em uso de antibióticos (UTI ADULTO, UTI PED, UTI F, UTI C2, UTI B, UTI TERREO 2), apenas 01 em uso de lactulona (UTI B) e 01 devido falha na infusão de TNE gravitacional UTI ADULTO).

Ao analisarmos os resultados nota-se que houve um aumento se compararmos ao mês anterior, o que pode ser um reflexo do perfil dos usuários internos na unidade e do aumento da supervisão da coleta de dados.

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, acompanhar a infusão sempre que necessário, notificar quando houver não conformidades no processo.

## 2.5 NÚMERO TOTAL DE PERDA DE ACESSO ENTERAL NA UTI

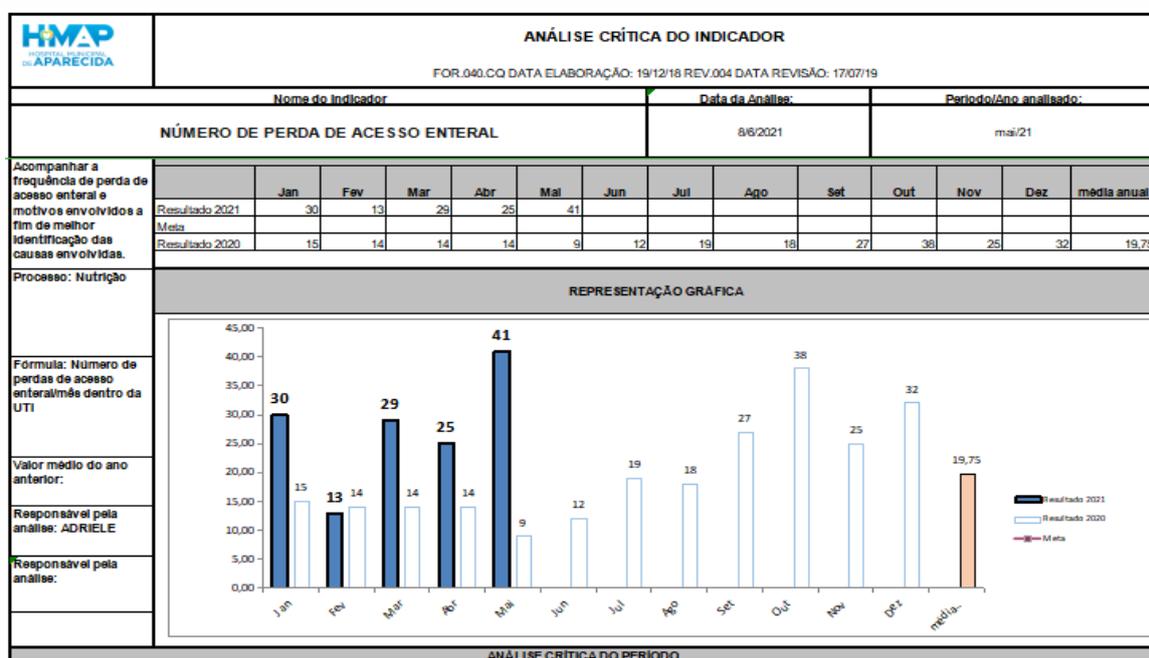
### 2.5.1 Definição

Identificar e acompanhar a perda de acesso enteral e os motivos.

### 2.5.2 Fórmula

*Nº 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 maio a presente análise foi realizada dentro dos ambientes da UTI ADULTO, e das UTI's Covid (UTI C, UTI B, UTI-F, RPA 1 E 2, UTI A, UTI TERREO), nos quais 140 pacientes estavam em benefício da TNE.

Foram observadas 41 perdas de acesso enteral, envolvendo 32 pacientes, dos quais 24 casos por saque do próprio paciente por agitação, confusão mental ou saque acidental, (UIT ADULTO, UTI F, UTI B, UTI A, UTI TERREO 2).

Houveram 06 perdas de sonda por obstrução, (UTI F, UTI C2, UTI RPA 2), apenas 04 por deslocamento da sonda, (UTI ADULTO, UTI C2), 01 por saque acidental durante os cuidados da enfermagem (UTI C2), 01 troca de SOE por SNE devido ao paciente apresentar mucosite (UTI RPA 1) e 05 por sonda mal posicionada (UTI F, UTI C2).

Observa-se que houve um aumento do número de perdas de acesso quando comparado com o mês anterior uma vez que o número de pacientes em uso de sonda diminuiu. Nota-se que o número de saque pelo próprio paciente liderou o número de perdas de acesso.

**Plano de ação:** Trabalhar o desmame correto da sonda, continuar com medidas de contenção nos pacientes com quadro de agitação durante o uso de dietas enterais não somente contenções físicas, mais químicas também. Com relação a obstrução de sonda, a recomendação é o monitoramento das trocas das dietas, bem como lavagem de sonda e infusão de água. E atentar mais as manobras com os pacientes para evitar uma saída acidentalmente da sonda.

### 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	Sala de reunião	Realizado mensalmente	Através das análises dos indicadores.
Realizar processo de aquisição de balança para pacientes acamados	Para avaliação Nutricional	Com montagem de processo de solicitação	EMTN	Hora-Homem	09-06-2021	Próxima Reunião	HMAP	Em andamento	Através da aquisição
Comparar nossos resultados com os de outras unidades	Para avaliação de efetividade	Durante a reunião	EMTN	Hora-Homem	09-06-2021	Próxima Reunião	Sala de reuniões	Em andamento	Através das análises dos indicadores
Apresentar gráfico de classe de antibióticos	Para elencar os maiores causadores de diarreias	Durante a reunião	EMTN	Hora-Homem	09-06-2021	Próxima Reunião	Sala de reuniões	Em andamento	Através das análises dos indicadores
Apresentar fluxograma de diarreia e inclusão de probióticos	Para tratar diarreias	Durante a reunião	EMTN	Hora-Homem	09-06-2021	Próxima Reunião	Sala de reuniões	Em andamento	Através das análises dos indicadores

## ATA DE REUNIÃO

FOR.QUA.005 DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.002 DATA REVISÃO: 23/04/19

**Título: EMTN** **Data: 06/05/2021**

**Caráter da Reunião:** ( x ) Ordinária ( ) Extraordinária **Horário:**  
Início: 15:00 Fim:16:02

**Responsável: Amanda Inácia de Oliveira** **Local: Sala de Reuniões**

### Participantes:

Nome/Cargo	Assinaturas
Adriele Silva Freitas- Nutricionista	Ausência Justificada
Amanda Inácia de Oliveira- Nutricionista	Assinatura em lista de presença em anexo
Camila Silva Da Abadia- Nutricionista	Assinatura em lista de presença em anexo
Carla de Almeida Silva-Ensino e Pesquisa	Assinatura em lista de presença em anexo
Dayane Moraes de Oliveira- Nutricionista	Assinatura em lista de presença em anexo
Glauciene Souza Silva- Farmacêutica	Assinatura em lista de presença em anexo
Lara Gomes Rego-Ensino e Pesquisa	Assinatura em lista de presença em anexo
Mara Helena Jardim B. H. Borges- Enfermeira	Assinatura em lista de presença em anexo
Mayler Olombrada Nunes Santos- Medico	Assinatura em lista de presença em anexo
Tatyane Leticia Nogueira Gomes-Nutricionista	Assinatura em lista de presença em anexo

**Pauta:** Apresentação de indicadores, análise de resultados, pontos de melhoria, pendências da ultima reunião.

### Planejamento:

Nº	Assuntos/ Decisões	Responsável	Data	
			Prevista	Realizada
01	Início a reunião com a ausência justificada da nutricionista Adriele por motivo de plantão divergente,, comunico a participação da Coordenadora de Farmácia Glauciene como membro convidado para representar a farmácia, a participação da nutricionista Tatyane Leticia, responsável pelos atendimentos na UTI e das colaboradoras Lara e Carla responsáveis pelo setor de ensino e pesquisa.	Amanda	09.06.2021	09.06.2021
02	Apresento a comissão e sua atuação aos membros convidados e em sequência damos início a apresentação dos indicadores da competência de Maio.	Amanda	09.06.2021	09.06.2021

  
**Amanda Inácia de Oliveira**  
 Assinatura Responsável  
 Coordenadora de Farmácia  
 Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

03	Em relação a avaliação de massa magra, fica decidido realizar levantamento de valores de balanças que possibilitem avaliação de pacientes acamados e solicitar aquisição. Verificar a viabilidade da utilização do ultrassom portátil para avaliação muscular.	EMTN	Próxima Reunião	Próxima Reunião
04	Informo que não encontramos dados de indicadores de outras unidades disponíveis para acesso público, fica sugerido para próxima reunião realizar uma busca através de profissionais que atuam em outras unidades para que tenhamos um comparativo com nossos resultados além do referencial teórico de 10% .	EMTN	Próxima Reunião	Próxima Reunião
05	Fica definido que detalhemos em gráfico de esferas a a classe dos antibióticos utilizados pelos pacientes com diarreia para que possamos analisar a recorrência dos mesmos.	Farmacêutica	Próxima Reunião	Próxima Reunião
06	Informo que seria importante o estudo da utilização de prebióticos e probióticos no controle de diarreias quando indicado, comunico que temos um projeto de fluxograma de diarreia e sugiro apresentação na próxima reunião.	EMTN	Próxima Reunião	Próxima Reunião
07	Durante a análise dos resultados a Enfermeira Mara atual gerente de enfermagem, comunica que já esta em andamento juntamente com o setor de educação continuada um cronograma de treinamentos a serem realizados com a equipe de enfermagem com as principais dificuldades da equipe de enfermagem em relação as dietas enterais, para que possamos aprimorar as habilidades da equipe com a finalidade de garantir a qualidade no atendimento .	EMTN	Realizado	Realizado
Sem mais a relatar, às 16:02h encerrou-se a reunião. Eu, <u>Amanda Inácia de Oliveira</u> lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião na lista de presença em anexo.				

  
**Amanda Inácia de Oliveira**  
 Coordenadora de Nutrição  
 Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

Assinatura Responsável

**LISTA DE PRESENÇA**

Código: FOR.159

Setor: GERH

Revisão: 003

Página: 1/1

**Título:** Reunião mensal da EMTN  
**Responsável:** Amanda Inácia de Oliveira  
**Data:** 09-06-2021 **Horário:** 15:00 as 16:00h **Carga H. Total:** 1h  
**Local:** Sala de Reuniões **Tipo:**  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião  
**Pauta:**

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Marcos Paulo Bittes de Souza	Gerência	Gerf.	
2	Lucia Jones Reis	Coord.	EP	
3	Carla de Almeida Silva	Supervisora	SETS	
4	Glauceire Souza	Coord. Fam	Fam a	
5	Mayler O. N. de Santos	D. T.	Dir.	
6	Letyane Letícia N. Gomes	Nutricionista	Nutrição	
7	Amanda Inácia de Oliveira	Coordenador	Nutrição	
8	Letyane Letícia N. Gomes	nutricion	nutricio	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Número de participantes: 8

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

**Inácia de Oliveira**  
 Coordenadora de Nutrição  
 Hospital Municipal de Aparecida 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 CIPA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

**MAIO DE 2021**

## 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 à 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

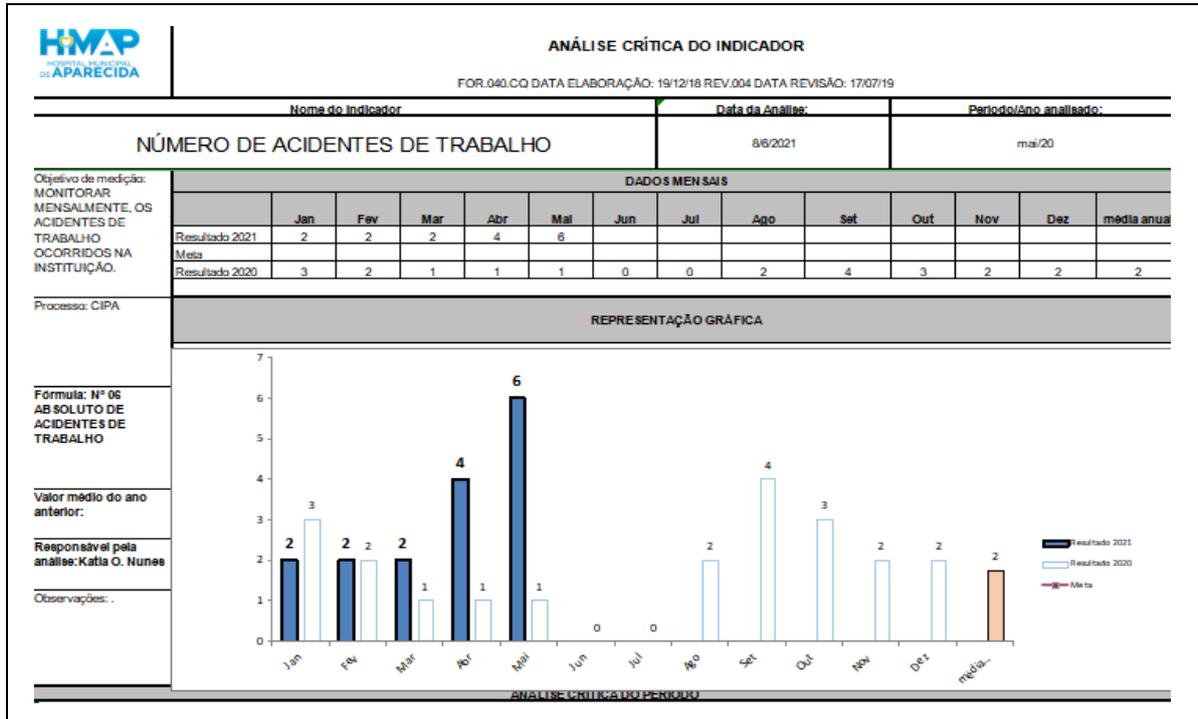
### 2.1. NÚMERO DE ACIDENTES DE TRABALHO

**2.1.1. Objetivo:** Monitorar mensalmente, os acidentes de trabalho ocorridos na instituição.

**2.1.2. Fórmula:** Número absoluto de Acidentes de trabalho

**Maio:** 06 (seis)

**2.1.3. Resultado**



#### 2.1.4. Análise Crítica

2.1.5. Foram registradas cinco ocorrências, sendo as duas com envolvimento de Perfuro-cortantes, o coordenador do setor promoverá um treinamento para a equipe para evitar que estes acidentes ocorram.

### 3. AÇÕES ESTRATÉGICAS

AÇÃO	O QUE?	QUEM?	QUANDO?	POR QUE?	ONDE?	COMO?
01	Realizar ação	CIPA E SESMET	Mai	Para entender as causas do acidente propor medidas de eliminação ou atenuação dos riscos	In loco	Treinamento in loco E orientações as equipes

### 4. ATA DE REUNIÃO:

Título: Reunião CIPA

Data: 08 /06/2021

Caráter da Reunião:

( x ) Ordinária ( ) Extraordinária

Horário:

Início: 09:13 Fim: 10:21

Responsável: PRESIDENTE

Local: Sala de reunião

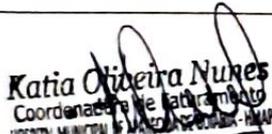
Pendências da última reunião: ( x ) Sim ( ) Não

Pauta: Assuntos inerentes a segurança dos Colaboradores-HMAP

Planejamento:

Nº	Assuntos/ Decisões	Responsável	Data	
			Prevista	Realizada
01	A reunião iniciou às 9:13hs com a presença de 12 cipeiros e 01 integrantes do SESMTH. Totalizando 12 colaboradores. Iniciando lendo as pendências referente a reunião anterior.	CIPA	08/06/2021	08/06/2021
02	Referente as ações pendentes:  1-Foi realizada verificação nos locais que não são da assistência, o qual os colaboradores estão ficando de unissex. Exemplo: jardim e sofá próximo ao lactário. E todos estão sendo orientados sobre este local e uso.	CIPA	08/06/2021	08/06/2021
03	Em comum acordo com o SESMET será realizado uma ação de conscientização e melhoria nas condutas dos colaboradores no que diz respeito a alimentação em local inadequado, adornos e também a questão dos cuidados aos perferucortantes, ação esta definida semanalmente com escalas envolvendo os plantões diurno e noturno par e impar abrangendo todos os colaboradores desta unidade de saúde.	CIPA	08/06/2021	08/06/2021
04	Foi solicitado ao coordenador da tercerizada referente aos descartes de unissex o fluxo e a conduta do setor.	CIPA	08/06/2021	08/06/2021
05	O sesmet informou sobre o processo/normativa eleitoral para os novos candidatos a cipa referente a 2021/2022.	CIPA	08/06/2021	08/06/2021
06	Este mês houve 6(seis) acidentes de trabalho realizado ações para evitar foi direcionada aos setores e aos colaboradores.	CIPA	08/06/2021	08/06/2021
07	Salientado pelo sesmet sobre a importância de todos compartilhar e multiplicar sobre colaboradores estarem abraçando, informando que estamos em período de pandemia e este fato não deve ocorrer. Será encaminhado um memorando a diretoria para multiplicar aos setores evitando assim que este fato continue.	CIPA	08/06/2021	08/06/2021

Sem mais a relatar, às 10:21hs encerrou-se a reunião. Eu Kátia Oliveira Nunes lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião na lista de presença em anexo.

  
Katia Oliveira Nunes  
Coordenadora de Lactário  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA - HMAP  
Assinatura Responsável

**LISTA DE PRESENÇA**

Código: FOR.159

Setor: GERH

Revisão: 003

Página: 1/1

Título: Reunião Liga

Responsável: Presidente

Data: 08/06/2021

Horário:

Carga H. Total:

Local: Sala de Reunião

Tipo:  Palestra  Treinamento/Curso

Reunião

Pauta:

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Kátia Oliveira Nunes	Coord. Atm/Fat.		
2	Eliane Rose de Silva	Gerencia	Multi	
3	Maria Tereza Melo Rosa Cardoso	Adm	MOSP	
4	Paulo C. de S. Santos	Trening Sup.	SESMT	
5	Tony Berto de Silva	Director Operac	Adm	
6	Elizete Maria de Jesus	Adm	Adm	
7	Francisco Mendonça da Silva	Adm	Adm	
8	Shylenny Silva Bezerra	Analista RH	RH	
9	Amale Alves de Souto	Coord. Enf.	UTI	
10	Elaine Maria Duarte	Enfermeira	C.C	
11	Roberto Bicho de Almeida	Ass. Adm	CIC	
12	Guilherme Rodrigues dos Santos	Coord. Enf.	CCIPA	
13	Flice de Carvalho	Coord. Serv. Social		
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Número de participantes: 13

Assinatura do Responsável:

Katia Oliveira Nunes  
Coordenadora de Faturamento  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA - SP

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

# RELATÓRIO SESMT – SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE E MEDICINA DO TRABALHO

**MAIO-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 promove a saude e proteger a integridade do trabalhador no local de trablaho (Alterado pela portaria SESMT N° 33,de 27 de outubro de 1983).

Especializados em Engenharia de segurança e em Medicina do trabalho vincula-se á gradação do risco da atividade principal e oa 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 Maio recebemos 58 atestados, totalizando 255 dias perdidos.

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.

Foram registradas 06 (Seis) ocorrências de acidente de trabalho, ambos com prestadores de com envolvimento perfurocortante, e secreção com material biológico. Após cumprimento dos protocolos que determina o fluxo de acidentes, o SESMT procedeu a emissão da comunicação de acidentes de trabalho - CAT a previdência social, conforme determinação legal.



João Paulo Marques  
Téc. em Segurança do Trabalho  
Instituto de Segurança em Altura

A disposição para qualquer esclarecimento.

Aparecida de Goiânia, 07 de Maio de 2021

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

**Maio de 2021**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. INDICADORES .....	4
2.1.VARIAÇÃO DA PROPORÇÃO DE RESÍDUOS DOS GRUPOS A E 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 (%)

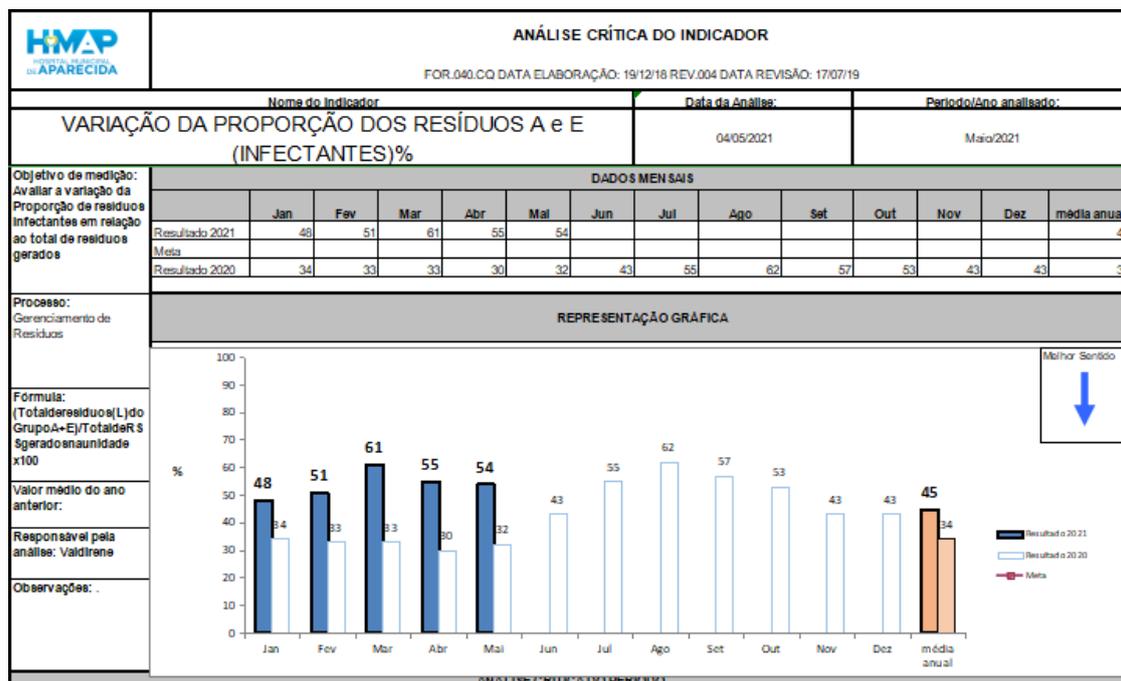
**2.1.1. Objetivo:** Avaliar a variação da Proporção de resíduos dos Grupos A e E no referido mês de análise.

**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:**

$$\frac{(14.798 + 326)}{27.661} \times 100 = 54\%$$



#### 2.1.4. Análise Crítica

No mês de Maio foi dada continuidade ao monitoramento dos resíduos através do peso, nesse mês foram pesados, 14.798 kg de resíduos infectante, teve diminuição (grupo A), e diminuição do resíduos perfurocortantes(E) para 326 kg.

Com a diminuição da demanda em alguns setores devido o baixo índice de COVID 19 , gerou valor residual de 27.661kg, tendo uma diminuição de 54% do resíduo infectante do grupo A e E.

#### 2.2. Variação da Proporção de resíduos do Grupos B (%)

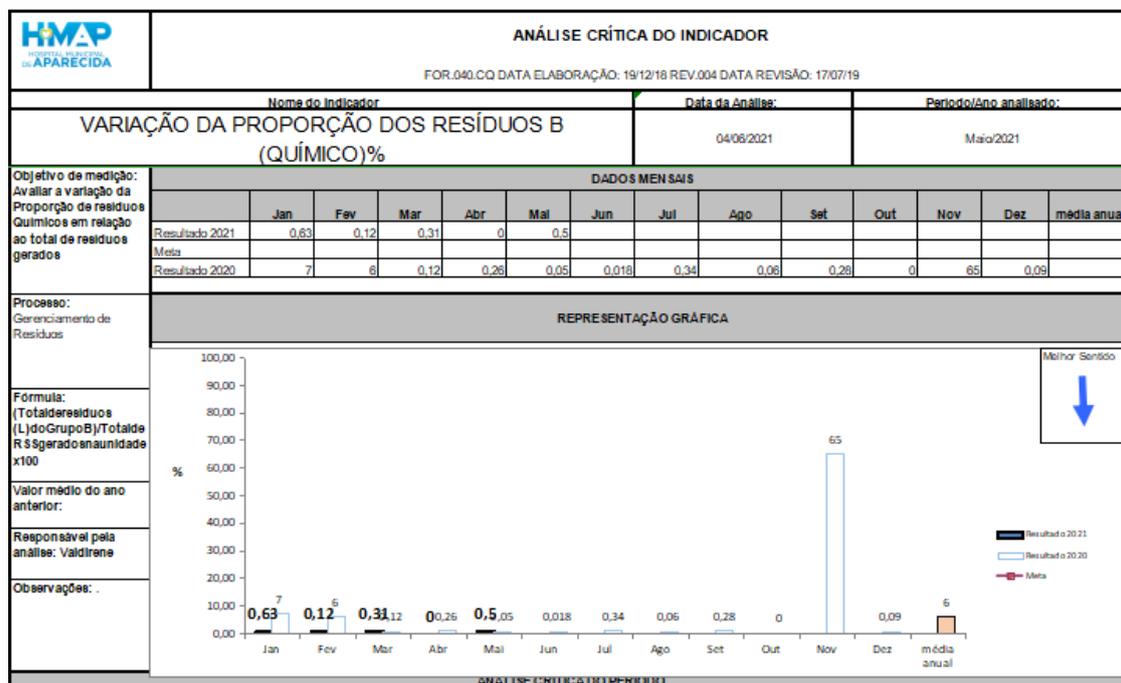
**2.2.1. Objetivo:** Avaliar a variação da Proporção de resíduos do Grupo B no referido mês de análise.

**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**

$$\frac{15}{27.661} \times 100 = 0,5\%$$



## 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.

Neste contexto, a unidade HMAP produziu 15 kg resíduo químico , e durante o mês de Maio teve aumento de 0,5%.

## 2.3. Variação da Proporção de resíduos do Grupos D (%)

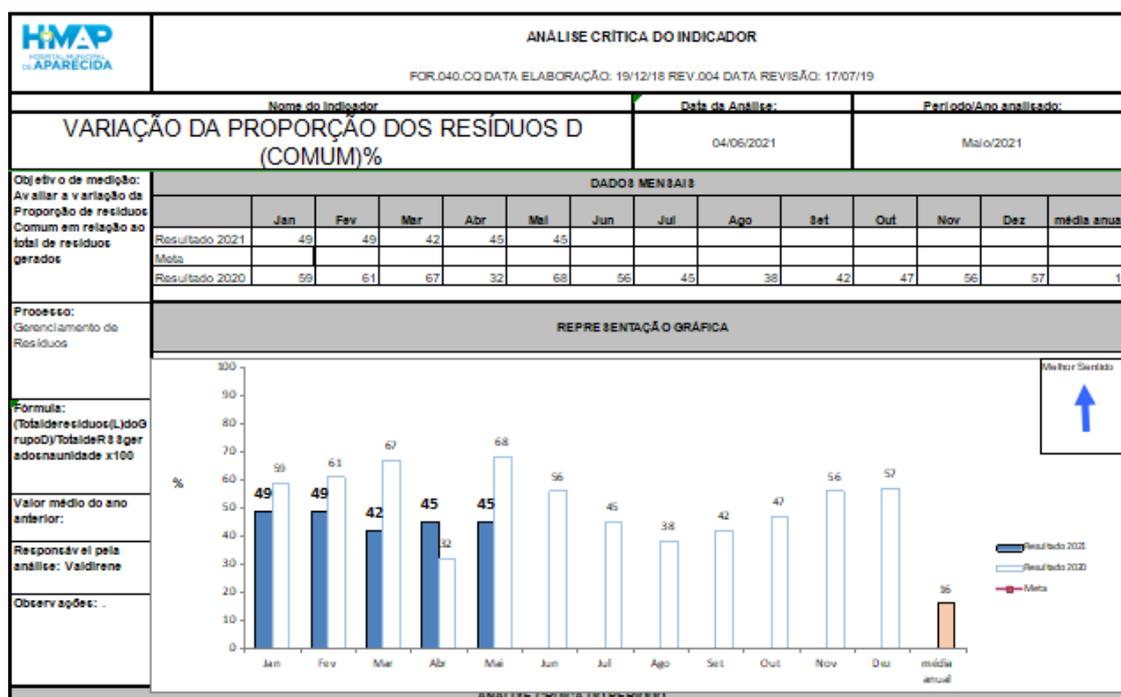
**2.3.1. Objetivo:** Avaliar a variação da Proporção de resíduos do Grupo D no referido mês de análise.

### 2.3.2. Fórmula:

$$\frac{\text{TotaldeResíduos(Kg)doGrupoD}}{\text{TotaldeRSSgeradosnaunidade}} \times 100$$

### 2.3.3. Resultado:

$$\frac{12.522}{27.661} \times 100 = 45\%$$



### 2.3.4. Análise Crítica

A geração de resíduos do grupo D está relacionada aos resíduos domésticos, o mais produzido resíduo de uma instituição hospitalar, como frascos de soro, equipo limpos e rejeito de papel higiênico, fraldas, venóclises, restos de varrição. O hospital teve início a produção das refeições com o aumento de leitos teve um acréscimo 45% comparado com o total de resíduos gerados.

## 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.

Deu início as integrações para novos colaboradores sobre a segregação de resíduos na unidade no dia 25 de Maio de 2021, a importância do PGRSS ( Programa de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde).

Devido a inclusão de novos colaboradores , houve aumento do resíduo orgânico no mês de Maio 2.722 kg, gerando a possibilidade da parceria que integra a produção vegetal na alimentação de suínos , que até então era enviados ao aterro sanitário.O resíduo orgânico está sendo destinado para compostagem.

Foi encaminhado algumas lâmpadas da instituição para incineração e medicamentos vencidos a empresa resíduo zero.

Aliado a ação que será realizada no mês de junho em prol da conscientização do meio ambiente, referente ao dia mundial do meio ambiente.

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 <b>container</b> .	Valdirene	20 bombonas e 4 <b>container</b>	31/01/21	..
Iniciar auditorias processo de resíduos	Garantir a efetividade do processo	Realizar cronograma de atividades e estruturar a rotina das auditorias.	Valdirene	Hora Homem	01/06/21	31/07/21
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	Valdirene E Wilma	Hora homem	01/06/21	31/06/21
Realizar orientação sobre sustentabilidade e sua importância	Incentivar os colaboradores sobre sustentabilidade	Através de treinamento no auditório	Valdirene e Joerley	Hora-Homem	01/06/21	30/07/21
Realizar treinamento de segregação e descarte correto.	Para melhorar o Descartes dos resíduos;	Através de palestra	Kassia	Hora homem	17/06/21	18/07/21

#### 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:** 01/06/2021

**Local:** Sala da Gerência

**Horário:** 16:30h às 17:30h

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

**Pauta:**

**-Reunião Ordinária da Comissão de Resíduos**

**- Venda Materiais Recicláveis**

**- Dispersão de Lâmpadas**

**- Dispersão de medicamentos**

**- Alinhamento da Ação do dia Mundial do Meio Ambiente**

**- Aguardando Liberação das Palestras**

**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 Leonardo não compareceram na reunião;	
2.	- Realiza a dispersão de Medicamentos Vencidos na unidade, para incineração correta (Resíduos Zero);	Concluído
3.	- Foi repassado a venda dos materiais resíduos recicláveis, que deu entrada no fundo do valor de 454,00 reais, sendo que o mesmo será revestido para investimento de contrapartida para a Unidade.	Concluído
4.	- Realizamos a dispersão de lâmpadas na unidade, para incineração correta (Resíduos Zero);	Concluído
5.	- Alinhamento de Treinamento.	Andamento
6.		

**Plano de ação**

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.			

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

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

**LISTA DE PRESENÇA**

Código: FOR.159

Setor: GERH

Revisão: 003

Página: 1/1

Título: Comissão de Resíduos

Responsável: Kassia Karyne Oliveira

Data: 01/06/21

Horário: 16:30 às 17:30

Carga H. Total:

Local: Sala de Reunião

Tipo:  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião

Pauta:

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	<u>Glauceire Souza Silva</u>	<u>Coordenadora</u>	<u>Família</u>	<u>[Assinatura]</u>
2	<u>Renan Cardoso Macedo</u>	<u>Coord.</u>	<u>Humaniz.</u>	<u>[Assinatura]</u>
3	<u>Kellysone Romão da Silva</u>	<u>Enf.</u>	<u>SCIRAS</u>	<u>[Assinatura]</u>
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Número de participantes: 03

Assinatura do Responsável: Kassia Karyne Oliveira

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

## RELATÓRIO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.

**MAIO DE 2021**

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. INDICADORES .....	3
2.1. NÚMERO DE QUEIXAS TÉCNICAS A MEDICAMENTOS.....	3
2.1.1 OBJETIVO .....	4
2.1.2 FÓRMULA .....	4
2.1.3 RESULTADO .....	4
2.1.4 ANÁLISE CRÍTICA.....	4
2.2. NÚMERO DE QUEIXAS TÉCNICAS A MATERIAIS HOSPITALARES .....	5
2.4. NÚMERO DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS.....	6
2.5.TAXA DE PRODUTO ENTREGUE FORA DO PRAZO PELO FORNECEDOR E RANKING DE FORNECEDORES.....	7
3. AÇÕES ESTRATÉGICAS .....	9
4. ATA DE REUNIÃO.....	9

## 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

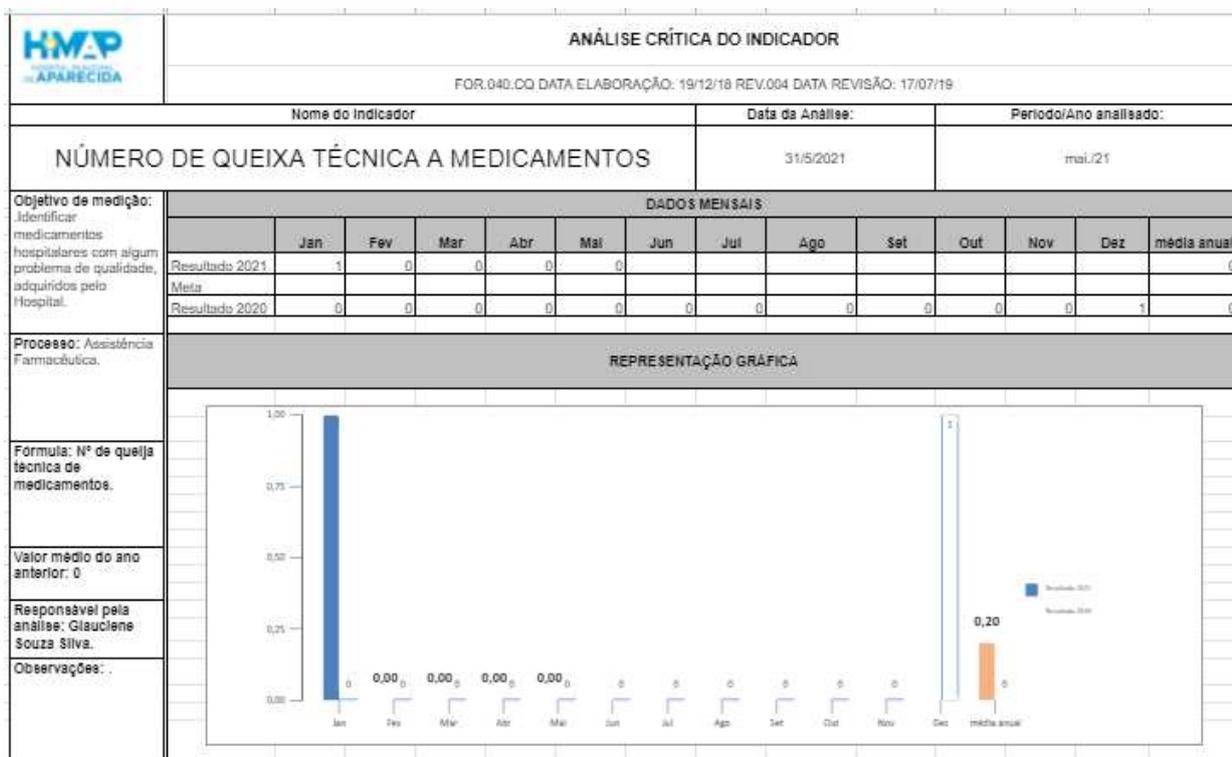
A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Municipal de Aparecida – HMAP analisou os seguintes indicadores;

## 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 Maio:0.



### 2.1.4 Análise Crítica:

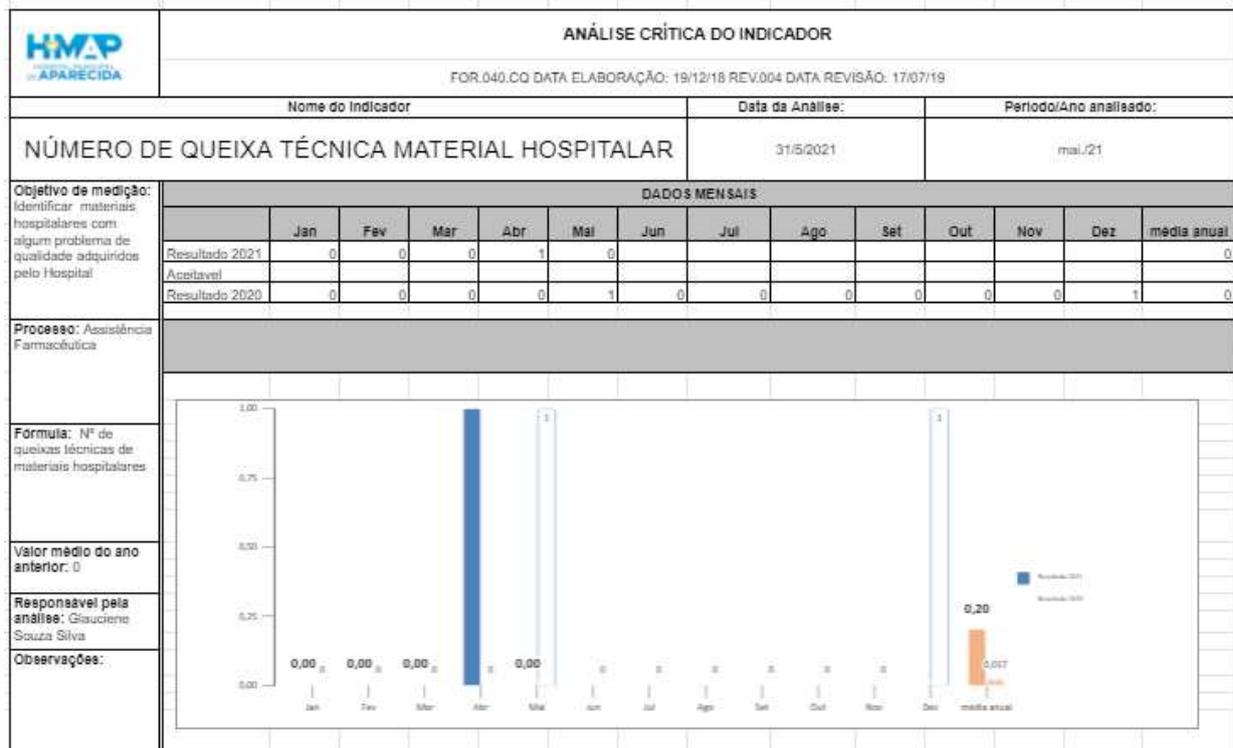
Não houve queixa técnica a medicamento em maio 2021.

## 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:** N<sup>o</sup> de queixas técnicas de materiais hospitalares.

**2.2.3 Resultado:** Resultado Maio: 0



### 2.2.4 Análise Crítica:

Não houve queixas técnicas de materiais hospitalares em maio de 2021.

## 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<sup>o</sup> de queixas técnicas de equipamentos hospitalares.

### 2.3.3 Resultado: Resultado Maio: 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:				
NÚMERO DE QUEIXAS TÉCNICAS A EQUIPAMENTOS HOSPITALARES							5/5/2021			abr./21				
Objetivo de medição: Identificar equipamentos hospitalares com algum problema de qualidade adquiridos pelo Hospital	DADOS MENSAIS													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	
	Resultado 2021	0	0	0	2	0								0
	Resultado 2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Processo: Assistência Farmacêutica	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Formula: N° de queixas técnicas dos equipamentos hospitalares														
Valor médio do ano anterior: 0														
Responsável pela análise: Glauciene Souza Silva														
Observações:														

### 2.3.4 Análise Crítica:

Não houve queixas técnicas de equipamentos hospitalares em maio de 2021.

### 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:** N° de RAM's.

**2.4.3. Resultado:** Resultado maio: 1

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:			
NÚMERO DE REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTOS							30/4/2021			abr./21			
Objetivo de medição: Quantificar o número de reação adversa a medicamentos.	DADOS MENSAIS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	Resultado 2021	1	0	0	1	1							
Meta													
Resultado 2020	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	1	1	1
Processo: Assistência Farmacêutica.	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
Fórmula: N° de reação adversa a medicamentos.													
Valor médio do ano anterior: 1													
Responsável pela análise: Glauciene Souza Silva.													
Observações:													

#### 2.4.4 Análise Crítica:

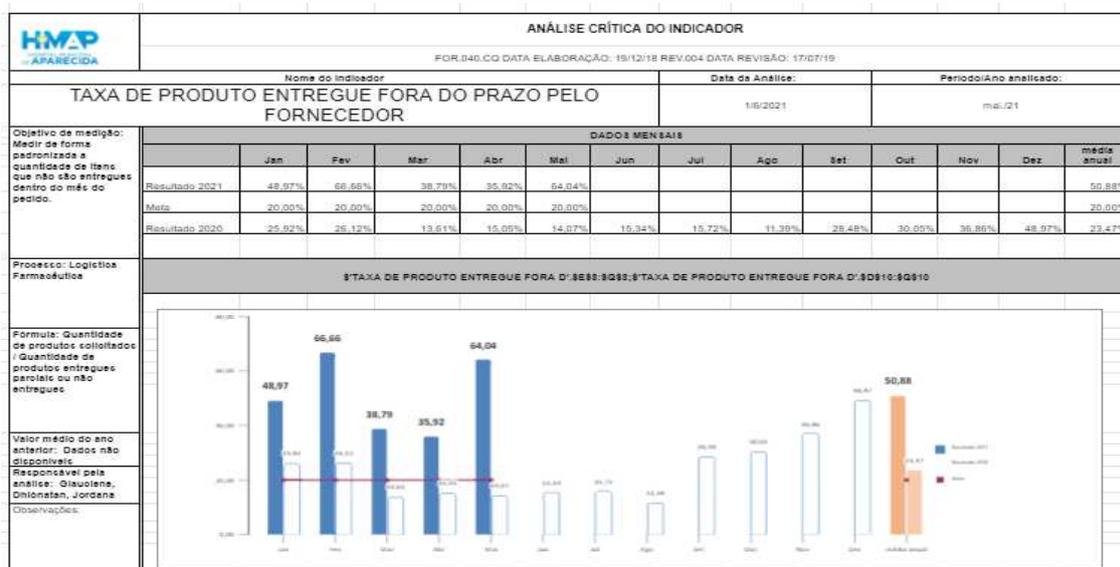
Em maio de 2021 houve 01 (um) preenchimento do Formulário 333.CF para determinação da causalidade de reações adversas a medicamentos com a dispensação de FITOMENADIONA para o paciente EAV, prontuário 24704 com uma POSSÍVEL reação adversa ao uso de ENOXAPARINA.

#### 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: Maio: 64,04%.



### 2.5.4 Análise Crítica:

Em maio de 2021 foram solicitados 420 itens no planejamento mensal, entre medicamentos, correlatos e EPI's, dos quais 151 foram entregues totalmente, 73 produtos entregues de maneira parcial e 196 itens não foram entregues. A porcentagem de itens não entregues ou entregues parcialmente no mês de maio foi de 64,04%. Em maio tivemos um aumento de 31,09% em relação ao mês de abril, aumento este justificado por diversos fatores relacionados ao setor financeiro que influenciaram a não entrega dos itens pelos fornecedores, mesmo com todo acompanhamento do setor de Farmácia e Suprimento no que compete em manter as informações de possíveis rupturas.

## 3. AÇÕES ESTRATÉGICAS

O QUE SERÁ REALIZADO?	POR QUE?	COMO?	RESPONSÁVEL	QUANTO/QUANTIDADE?	DATA DE INÍCIO	QUANDO?	ONDE?	REALIZADO
Evitar rupturas no estoque.	Não deixar de prestar assistência ao paciente.	Através de acompanhamento diário, na planilha de controle de estoque e DDE, contato com a equipe de Suprimentos.	Equipe da Farmácia Dhionatan Jordana	HORA/HOMEM	01/06/2021	31/06/2021	HMAP	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 MAIO 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: 02/06/2021.****Caráter da Reunião:** Ordinária       Extraordinária**Horário:**

Início: 09:00h

Fim: 10:05h

**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
Dhionatan Barbosa/Supervisor Almojarifado	Membro em FOR 159.GERH
Mara Helena J.B.H. Borges / Gerente de Enfermagem	Membro convidado em FOR 159.GERH
Alexandra Aparecida Silva Canuto/Enfermeira SCIRAS	Membro em FOR 159.GERH
Cintia Queiroz de Oliveira/Coordenadora SCIRAS	Membro convidado em FOR 159.GERH
Uise Mariane Araújo de Deus / Farmacêutica	Membro convidado em FOR 159.GERH
Jéssica Lorrana Pereira Lopes Taquary / Farmacêutica	Membro convidado em FOR 159.GERH
Guilherme Rodrigues dos Santos/Coordenador de Enfermagem	Membro Convidado em FOR 159.GERH

**Pendências da última reunião:**  Sim  Não

Glauciene Souza Silva  
Coordenadora da Farmácia  
CRF-GO 4579  
Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

Assinatura Responsável

**Pauta:**

- Realização de Inventário na farmácia;
- Implantação da Central de EPI;
- Conciliação Medicamentosa;
- Falta de antimicrobianos.
- Farmácia informa gerenciamento de risco no controle de estoque;
- Revisão da Lista Padrão de Medicamentos e Correlatos.

**Planejamento:**

Nº	Assuntos/ Decisões	Responsável	Data	
			Prevista	Realizada
1	Previsto realização de inventário na CAF, Farmácia Central, , Satélite CM, Satélite CC, e Satélite UTI. Aguardando sistema. Implantar o Módulo Estoque do Sistema Pró-Médico.	Glaciene Dhionatan Jordana	07/2021	Em andamento.
2	<p>A Central de EPI foi implantada no dia 21/05/2021 – Foi feita a divisão de horários para entrega de itens individuais e coletivos, seguindo uma escala diária com atendimento nos três turnos. Controle de estoque já está sendo feito via Pró-Médico.</p> <p>Dr Mayler solicitou um relatório de consumo desde implantação ao setor de Suprimento.</p> <p>Nos finais de semana e feriado, a Central de EPI não possui colaborador de Suprimentos, assim para não prejudicar a rotina do Setor de Farmácia o atendimento será reduzido. Assim no período matutino o atendimento será até as 09:00 h, e no período noturno a partir das 18:00 h até as 21:00 h.</p> <p>Para atendimentos emergenciais de profissionais do Centro Cirúrgico, a Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico manterá um estoque reduzido.</p>	Dhionatan Jordana	21/05/2021	Concluso
3	<p>* Os farmacêuticos fizeram a separação dos medicamentos que estão sendo usados por pacientes internados;</p> <p>* Itens de pacientes que receberam alta, foram transferidos ou foram a óbito, foi feita uma lista, repassada para a Assistente Social;</p> <p>* A Assistente Social comunicou os familiares, a maioria autorizou o descarte.</p> <p>Foi relatado a falta de comunicação ao Setor de Farmácia, quanto alta do paciente, para que seja realizada a devolução dos medicamentos.</p> <p>Decidiu-se que a comunicação será feita pelo Serviço Social dos pacientes COVID e pela Enfermagem dos demais pacientes.</p>	Farmacêuticos das Satélites.	Maior de 2021	Concluso

  
**Glaciene Souza Silva**  
 Coordenadora da Farmácia  
 CRF-GO 4579  
 Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMHP

Assinatura Responsável

4	<p>Falta de Antimicrobianos:</p> <p>POLIMIXINA B PÓ PARA SOL. INJ. 500.000UI</p> <p>LINEZOLIDA SOL. INJ. 2 MG/ML BOLSA 300 ML</p> <p>MICAFUNGINA PÓ PARA SOL. INJ. 100 MG</p> <p>Em reunião do SCIRAS realizada no dia 27/04/2021 entrou em pauta a falta destes medicamentos pelos fornecedores. Dr, Mayler sugeriu a inclusão de antimicrobianos que possam ser utilizados em substituição.</p> <p>No dia 13 de maio recebemos um memorando do SCIRAS, sugerindo a padronização dos antimicrobianos abaixo:</p> <p>POLIMIXINA E PÓ PARA SOL. INJ. 150Mg</p> <p>CEFTAZIDIMA PENTAIDRATADA + AVIBACTAM SÓDICO PÓ P/ SOL. INJ. 2 G + 0,5 G</p> <p>ERTAPENEM PÓ P/ SOL. INJ. 1 G</p> <p>DAPTOMICINA PÓ P/ SOL. INJ. 0,5 G</p> <p>ANIDALAFUNGINA PÓ P/ SOL. INJ. 100 mg</p> <p>Os cadastros já foram criados, aguardando entrega do pedido mensal. Pedidos dos itens novos serão feitos separadamente.</p> <p>Pedido será feito no dia 02/06/2021.</p>	Glaciene Dhionatan	02/06/2021	Concluso.
5	<p>Farmácia informa que atualmente gere 498 unidades MAT/CORRELATOS e 377 unidades MEDICAMENTOS que são contemplados mediante o consumo mensal no planejamento de compras. Além do acompanhamento junto aos setores de COMPRAS, SUPRIMENTOS. Farmácia manter a sensibilização de que todos os itens requisitados são de extrema importância para atendimento ao paciente interno.</p>	Glaciene	31/05/2021	Concluso
6	<p>Revisão da lista padrão de Medicamento e Correlatos e EPI. Com a finalidade de um estoque mais assertivo com o padrão da unidade será realizado uma revisão na Lista Padrão de Medicamentos, Correlatos e EPI. Já foram feitas as revisões pela equipe da Farmácia. Será repassado para o setor de Suprimentos.</p>	Glaciene Marcela Dhionatan	31/06/2021	Em andamento

Sem mais a relatar, às 10:05 h encerrou-se a reunião. Eu Glaciene Souza Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião na lista de presença em anexo.

  
**Glaciene Souza Silva**  
 Coordenadora da Farmácia  
 CRF-GO 4579  
 Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMHP

Assinatura Responsável

**LISTA DE PRESENÇA**

Código: FOR.159

Setor: GERH

Revisão: 003

Página: 1/1

Título: *Reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT*  
 Responsável: *Glauciene Souza Silva*  
 Data: *02/06/11* Horário: *9h* as Carga H. Total:  
 Local: *Sala de Reuniões* Tipo:  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião  
 Pauta:

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	<i>Marcela Gonçalves de Jesus</i>	<i>Farmacêutica &amp; Control</i>	<i>CM</i>	<i>[Assinatura]</i>
2	<i>Thize Mariana Araújo de Deus</i>	<i>Farmacêutica</i>	<i>CM</i>	<i>[Assinatura]</i>
3	<i>Thierson P. Barros</i>	<i>Sup. Alvarato</i>	<i>Foro</i>	<i>[Assinatura]</i>
4	<i>Alexandra Aparecida S. Santos</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>SCRAS</i>	<i>[Assinatura]</i>
5	<i>Felicia Corrêas Rêzes</i>	<i>Farmacêutica</i>	<i>VT</i>	<i>[Assinatura]</i>
6	<i>Ritua Quinez de Almeida</i>	<i>Coord</i>	<i>SCRAS</i>	<i>[Assinatura]</i>
7	<i>Quilherme Rodrigues dos Santos</i>	<i>COORD. ENF</i>	<i>CC/PA</i>	<i>[Assinatura]</i>
8	<i>Maylen Olambada N. de Santos</i>	<i>D.T.</i>	<i>Dir.</i>	<i>[Assinatura]</i>
9	<i>Mara Kelma J.B.M. Borges</i>	<i>Coörd.</i>	<i>Enf.</i>	<i>[Assinatura]</i>
10	<i>Glauciene Souza Silva</i>	<i>Coord. Farm.</i>	<i>Farm</i>	<i>[Assinatura]</i>
11	<i>Julio Resplande</i>	<i>Médico</i>	<i>Dr.</i>	<i>[Assinatura]</i>
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

*Glauciene Souza Silva*  
 Coordenadora da Farmácia  
 CRF-GO 4579  
 Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP

Número de participantes: \_\_\_\_\_ Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

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

# RELATÓRIO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

MAIO 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>04</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

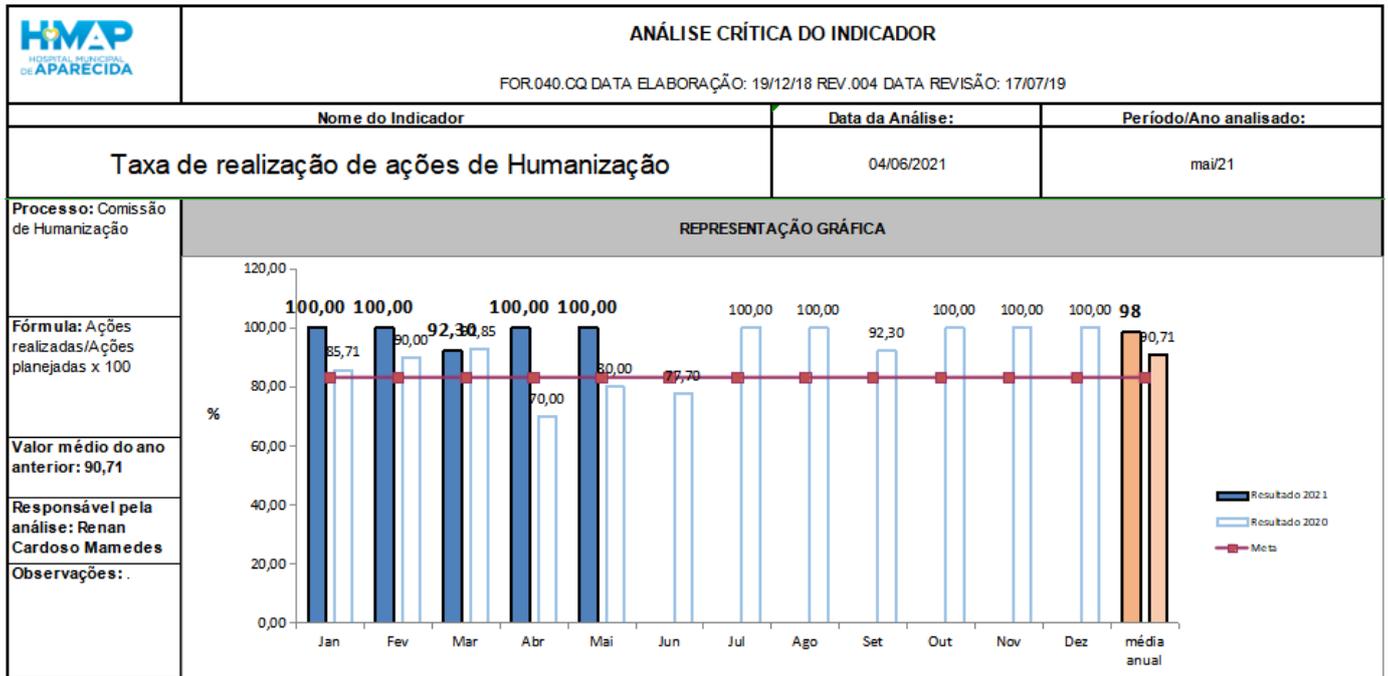
Acompanhar as ações de humanização realizadas e comparar com as previstas.

### 2.2. Fórmula

(Ações de Humanização Realizadas/Ações de Humanização Previstas) \*100

**Resultado Maio: (11/11) \*100 = 100%**

### 2.3. Resultado:



### 2.4 Análise Crítica

No mês de maio estavam previstas 11 ações, sendo realizadas 11, obtendo a taxa de 100% de efetividade. As ações realizadas foram: começamos o mês com uma homenagem a todos os profissionais da unidade em referência ao 1º de maio, Dia Mundial do Trabalho.



Foram afixados cartazes na unidade e várias equipes tiveram suas fotos postadas no Instagram do HMAP.

Como ação de Dia das Mães, em parceria com a equipe multidisciplinar, foram realizadas vídeo chamadas das pacientes mães com seus filhos, bem como envio de vídeos. Para as mãezinhas da ala pediátrica, preparamos um presente para elas e seus filhos. Também foi realizada cantata em homenagem ao Dia das Mães.



Em 12 de maio comemoramos o Dia Internacional da Enfermagem e realizamos o evento Semana da Enfermagem HMAP, de 12 a 14/05, onde todos os profissionais da área que atuam na unidade foram presenteados com uma lembrança em alusão à data. Além disso, foi realizada ação de jogo interativo com perguntas e respostas valendo brindes aos participantes.



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 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 dia 15 de maio foi comemorado o Dia do Assistente Social. A coordenadora do Serviço Social da unidade realizou um momento de descontração com as assistentes sociais do HMAP na sala e todas ganharam uma lembrança especial.



O Dia Nacional de Doação do Leite Humano é comemorado em 19 de maio e, nesse sentido, foi confeccionado material educativo e de conscientização sobre a importância do tema.

**19 DE MAIO**  
DIA NACIONAL DE DOAÇÃO DE LEITE HUMANO

**DOE LEITE MATERNO**

**DOAR AGORA**

**O HMAP APOIA ESSA CAUSA**

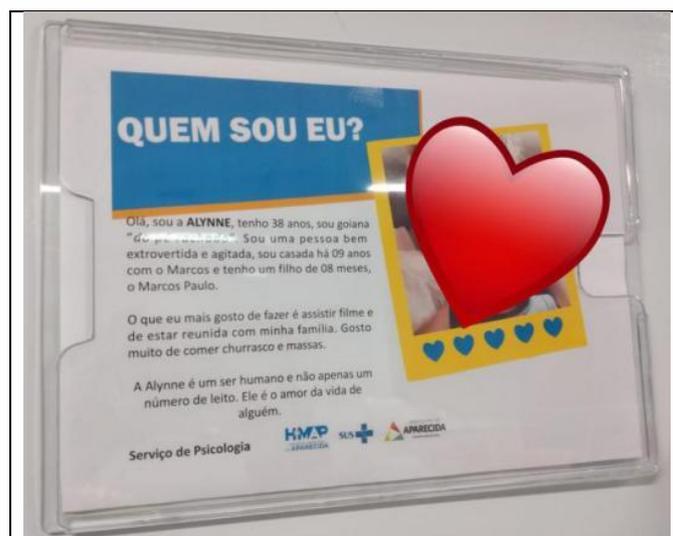
**APOIE VOCÊ TAMBÉM!**  
PARA SABER COMO, LEIA O TEXTO!

**DOE LEITE MATERNO COMO DOAR?**

- Atente-se ao preparo do frasco para guardar o leite materno.
- Tome cuidados de higiene antes de iniciar a coleta.
- Escolha um local tranquilo para retirar o leite.
- Retire, guarde e armazene o leite corretamente.
- Ligue para o Banco de Leite Humano mais próximo e informe-se sobre a maneira mais segura de fazer sua doação.

HMAP SUS PREFEITURA DE APARECIDA

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 UTI's, onde são afixados cartazes à beira-leito contendo textos sobre suas histórias, suas famílias, seus hobbies etc.



A Orquestra Sinfônica Jovem de Goiás (OSJG) esteve na unidade em maio para uma apresentação especial direcionada aos colaboradores e pacientes.



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**

**Comfort Food**

**Dia do Abraço**

### 3. ATA DE REUNIÃO

		<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: 07/06/2021		Local: Sala de Reuniões		Horário: 15h00 às 15h30	
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra					
<b>Pauta: Deliberação para as ações de Humanização de Junho/2021</b>					
<b>Follow up da reunião anterior:</b>					
Ações do mês de Maio/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 Junho/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	01/06		
2.	Entrega de certificados em reconhecimento aos profissionais elogiados por usuários no mês anterior.	OUVIDORIA	01/06		
3.	Dia do Profissional de RH	HUMANIZAÇÃO RH	03/06		
4.	Dia Mundial do Meio Ambiente.	HUMANIZAÇÃO RESÍDUOS	05/06		
5.	Dia dos Namorados	HUMANIZAÇÃO COMUNICAÇÃO	12/06		
6.	Dia Mundial do Doador de Sangue	HUMANIZAÇÃO SESMT	14/06		
7.	Dia Nacional de Controle da Asma	HUMANIZAÇÃO ENFERMAGEM	21/06		
8.	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 Aq. de Goiânia - HMMA			

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

CS Digitalizado com CamScanner



**LISTA DE PRESENÇA**

FOR.159.CRH DATA ELABORAÇÃO:19/12/18 REV.002 DATA REVISÃO:19/07/19

Título: <i>Comitê de Humanizaç</i>				
Responsável: <i>Renan</i>				
Data: <i>07/06/21</i>		Horário: <i>15:00 as 15:30</i>		Carga H. Total:
Local: <i>Sala de Reuniões</i>		Tipo: <input type="checkbox"/> Palestra <input type="checkbox"/> Treinamento/Curso <input checked="" type="checkbox"/> Reunião		
Pauta: <i>Deliberação para os atos de junho</i>				
Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	<i>Renan Carlos Mamedes</i>	<i>Coord.</i>	<i>Humaniz.</i>	<i>[Signature]</i>
2	<i>Elaine Rosa de Silve</i>	<i>Gerente</i>	<i>Multi</i>	<i>[Signature]</i>
3	<i>Alliny Corderio de Freitas</i>	<i>Supervisora</i>	<i>multi</i>	<i>[Signature]</i>
4	<i>Gláucia Bezerra Carneiro</i>	<i>coord. Fomento S. Social</i>		<i>[Signature]</i>
5	<i>Denise F. Andrade</i>	<i>coord. DRG</i>	<i>DRG</i>	<i>[Signature]</i>
6	<i>Rosângela Alves Ferreira</i>	<i>Emp</i>	<i>DRG</i>	<i>[Signature]</i>
7	<i>Lucia Farias Lima</i>	<i>Coord.</i>	<i>EP</i>	<i>[Signature]</i>
8	<i>Kátia Oliveira Nunes</i>			
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Total de Participantes: 8

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

Pág. 1/1

CS Digitalizado com CamScanner

# RELATÓRIO DA COMISSÃO INTRA- HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES - CIHDOTT

**MAIO 2021**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. INDICADORES .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Taxa de notificações de Morte Encefálica (ME) .....</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>5</b>
<b>2.2. Taxa de notificação de óbito por parada cardiorrespiratória (PCR) para doação de tecido ocular .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2.1. Objetivo.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2.2. Fórmula.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2.3. Resultado.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2.4. Análise Crítica .....</b>	<b>6</b>
<b>3. ANEXO ATA DE REUNIÃO .....</b>	<b>7</b>

## 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

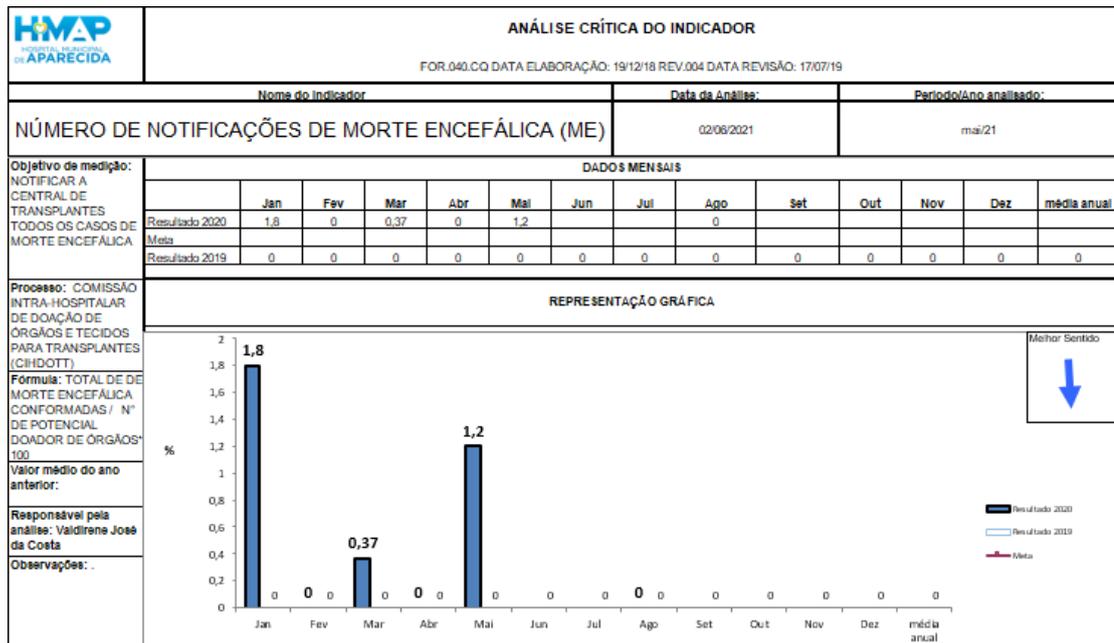
Avaliar a porcentagem de morte encefálica (ME) no referido mês de análise.

#### 2.1.2. Fórmula

$$\frac{\text{Nº de ME confirmadas}}{\text{Nº de potencial doador de órgãos}} \times 100$$

#### 2.1.3. Resultado

$$\frac{1}{82} \times 100 = 1,2\%$$



#### 2.1.4. Análise Crítica

No mês de maio foram realizadas buscas ativas de possíveis ME, nos seguintes setores: Unidade de terapia intensiva adulto (UTIS) e unidade de terapia pediátrica (UTI A COVID, e UTI COVID F, C2, UTI- B Covid, UTI Térreo 1 e UTI Terreo 2, Enf COVID D, Clínica Médica E,).

No referido mês tivemos provável ME, O.B. dos S.S notificados casos de potenciais doadores (PD) de órgãos.

#### 2.2. Taxa de notificação de óbito por parada cardiorrespiratória (PCR) para doação de tecido ocular

##### 2.2.1. Objetivo

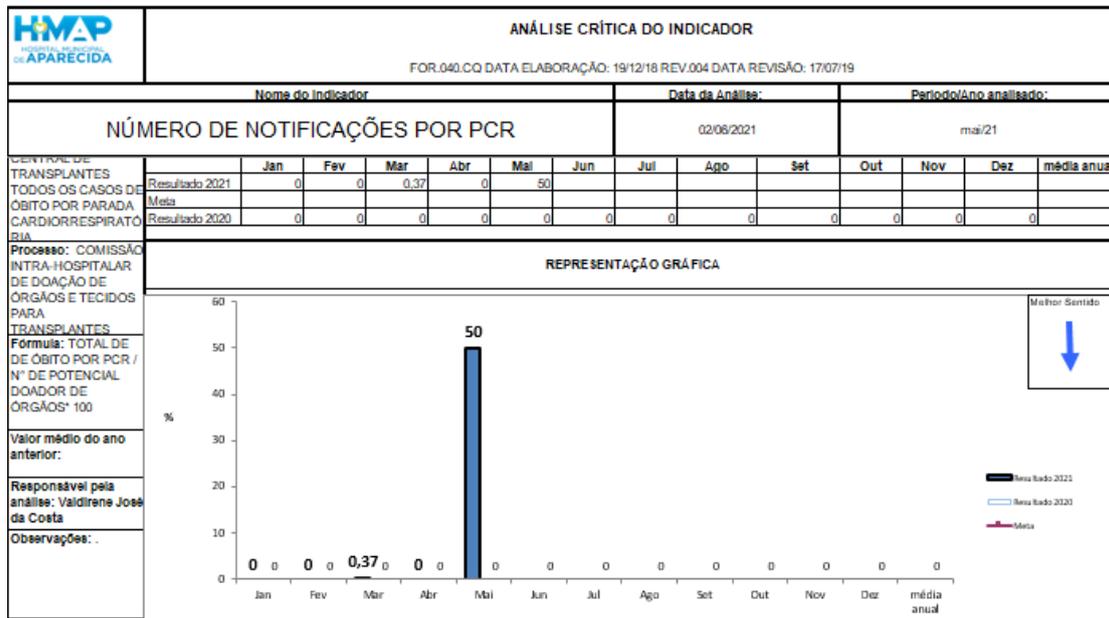
Avaliar a porcentagem de óbito por parada cardiorrespiratória (PCR) no referido mês de análise.

##### 2.2.2. Fórmula

**Nº de óbito viável para doação de tecido ocular X100**  
**Nº total de óbito por PCR**

**2.2.3. Resultado**

$$\frac{2}{4} \times 100 = 50\%$$



**2.2.4. Análise Crítica –**

No mês de maio foram constatadas 82 declarações de óbitos na unidade HMAP, evidenciada em planilha abaixo descrita.

- 35 = Paciente com Coronavírus Positivo
- 00 = Paciente não realizado PCR
- 02 = Paciente com Covid curado (alta hosp)
- 21 = Paciente Negativo teste Covid19
- 02 = Óbitos - Pacientes fora da faixa etária
- 20 = Óbitos-Pacientes que tiveram choque não classificado, septicemia ou leucocitose
- 0 = Óbito Paciente portador de neoplasia
- 0 = Óbito sorologia positiva HIV
- 02 = Número de notificações por PCR- legível para Córnea.

**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:** Reunião mensal da Comissão Intra- Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)

**Responsável:** VALDIRENE JOSÉ DA COSTA

**Data:** 05/05/2021

**Local:** Sala da Gerência

**Horário:** 08:00

às 11:00

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

**Pauta:**

- Apresentação dos óbitos com foco no processo de doação de órgãos e tecidos do mês de maio, tivemos uma abertura de provável ME, paciente O.B DE S.S 50 anos- UTI F COVID, porém paciente não doador.

**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.	<p>No mês de Maio foram notificados um total de 82 óbitos. Destes óbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 82 óbitos via declaração de óbito.</li> <li>● 0 óbito encaminhado para SVO</li> <li>● Toda contraindicação para doação de córneas. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 16 óbitos fora da faixa etária;</li> <li>✓ 21 óbitos (choque não classificado, septicemia ou leucocitose),</li> <li>✓ 0 óbitos por neoplasia;</li> <li>✓ 45 Óbitos testaram positivo Covid-19;</li> <li>✓ 0 óbito sorologia positiva HIV</li> </ul> </li> <li>● 47 Pacientes eram do sexo feminino; 35 Pacientes do sexo masculino.</li> </ul>	

**Plano de ação**

Nº	Ação	Responsável
----	------	-------------

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

Quanto ao local do óbito no mês de Maio.

1.

- 4 pacientes faleceram na Clínica Médica A;
- 3 UTI B- RPA/CC COVID
- 0 paciente faleceu na REANIMAÇÃO COVID;
- 9 pacientes faleceram na UTI COVID C2;
- 21 pacientes faleceram na UTI COVID F;
- 12 pacientes faleceram na UTI 2 Adulto;
- 06 UTI ADULTA 1
- 08 UTI A COVID
- 01 UTI TERREO 2 CLINICA
- 05 UTI TERREO 1 CLINICA
- 00 ENFERMARIA COVID D
- 00 CLINICA E
- 13 UTI B COVID

Sem mais a relatar, eu (**nome**) lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião. Assinatura do relator  
VALDIRENE JOSE DA COSTA.

Imprim

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: *Comunicador de não notificação - Intervenista Familiar*

Responsável: *Valdirene José da Costa*

Data: *11.06.2021*

Horário: *14:30 às 16:30*

Carga H. Total:

Local: *Auditorio*

Tipo:  Palestra  Treinamento/Curso  Reunião

Pauta:

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	<i>Dayane Alves Magalhães</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>UTI B</i>	<i>[Assinatura]</i>
2	<i>Ulisses Nunes Rosa</i>		<i>UTI B</i>	<i>[Assinatura]</i>
3	<i>Maria Cleiza Melo dos Santos</i>	<i>ADM</i>	<i>NSP</i>	<i>[Assinatura]</i>
4	<i>Cláudia Maria Carneiro</i>	<i>Coord. Qualidade</i>	<i>NSP</i>	<i>[Assinatura]</i>
5	<i>Liliana Thae D. de Azevedo</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>UTI DZ</i>	<i>[Assinatura]</i>
6	<i>Flávia Alice dos Santos</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>CMA</i>	<i>[Assinatura]</i>
7	<i>Ana Carolina Braga Correia</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>UTI 2</i>	<i>[Assinatura]</i>
8	<i>Rosalia Karolyn Oliveira</i>	<i>Epidemiologista</i>	<i>NSP</i>	<i>[Assinatura]</i>
9	<i>Caroline de Sousa Martin</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>CME</i>	<i>[Assinatura]</i>
10	<i>João Paulo Braga</i>	<i>Enfermeiro</i>	<i>CME</i>	<i>[Assinatura]</i>
11	<i>Kellyone Ramos da Silva</i>	<i>Enf</i>	<i>SCRAS</i>	<i>[Assinatura]</i>
12	<i>Ana Paula dos S. Pinotti Ribeiro</i>	<i>Psicóloga</i>	<i>PSI</i>	<i>[Assinatura]</i>
13	<i>Alana Oliveira da Silva</i>	<i>Coord. Enf</i>	<i>NSP</i>	<i>[Assinatura]</i>
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Número de participantes: 13

Assinatura do Responsável: *Valdirene José da 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

**MAIO 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

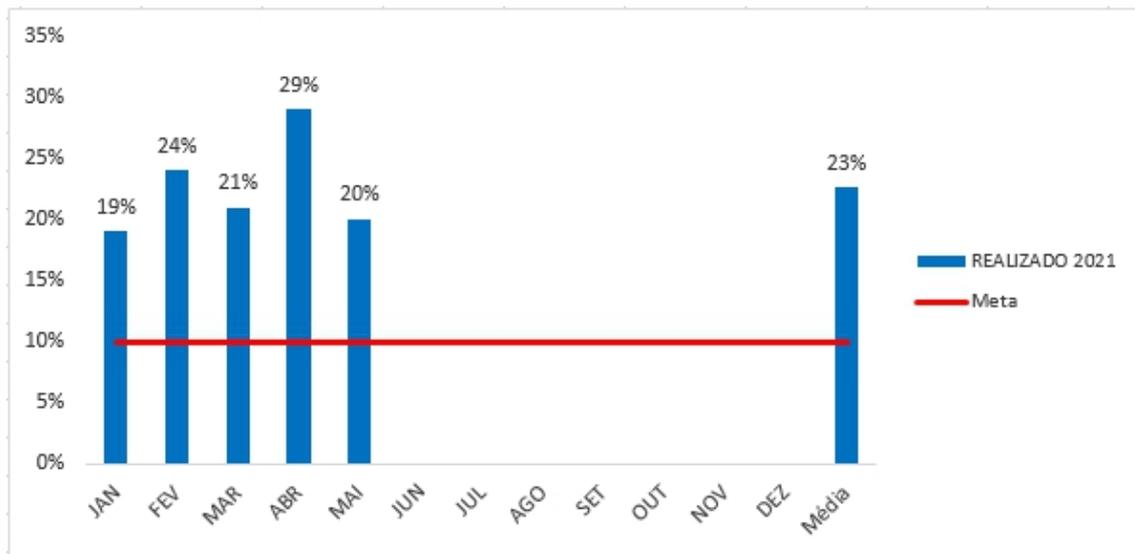
**Objetivo:** Avalia o total de pesquisa de satisfação do usuário aplicada nos setores de internação, pronto socorro, ambulatório e SADT, **meta 10% para cada setor.**

**Fórmula:**

**Resultado:**  $(1.025/4.993) \times 100 = 20\%$

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%							



### Análise Crítica do Período:

No mês de maio tiveram 4.993 atendimentos. Foram realizadas 1.025 pesquisas de satisfação, totalizando 20% de pacientes pesquisados no mês. Sendo:

- Saída hospitalar= tiveram 187 saídas e foram realizadas 71 pesquisas, correspondendo a 38%.
- Ambulatório= tiveram 1.591 pacientes atendidos no ambulatório e foram realizadas 267 pesquisas, correspondendo a 17%.
- SADT Externo = tiveram 3.215 pacientes atendidos e foram realizadas 687 pesquisas, correspondendo a 21%

### 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%**.

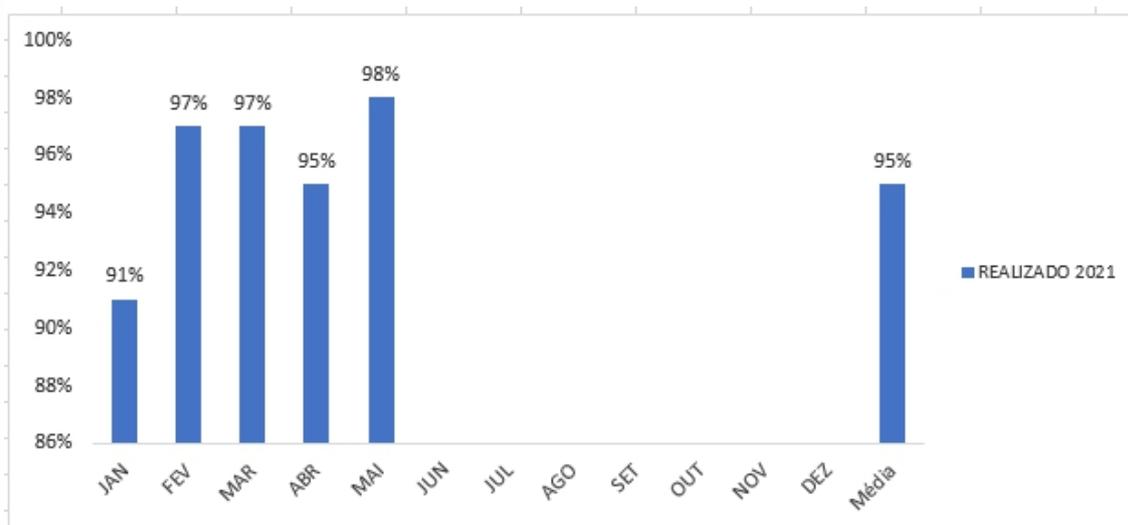
**Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{total de respostas Ótimos bom}}{\text{Total de respostas das pesquisadas}} \times 100$$

**Resultado:**  $(1.012/1.025)*100 = 98\%$

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%							



### Análise Crítica do Período:

No mês de maio foram realizadas 1.025 pesquisas de satisfação, nos setores: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, pronto socorro, ambulatório e SADT, do total pesquisado 1.012 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando 98% o índice de satisfação.

### 2.2.1. Taxa de índice de satisfação dos usuários internos estratificado:

Taxa de satisfação interno =  $(66/71) \times 100 = 92\%$

#### Análise Crítica do Período:

No mês de maio foram realizadas 71 pesquisas de satisfação do usuário interno, referente aos setores de internação: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e pronto socorro, do total pesquisado 66 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando 92% 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 =  $(946/954) \times 100 = 99\%$

#### Análise Crítica do Período:

No mês de maio foram realizadas 954 pesquisas de satisfação do usuário externo, referente ao setor ambulatorial e SADT, do total pesquisado 946 classificou o serviço entre ótimo e bom, totalizando 99% 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.

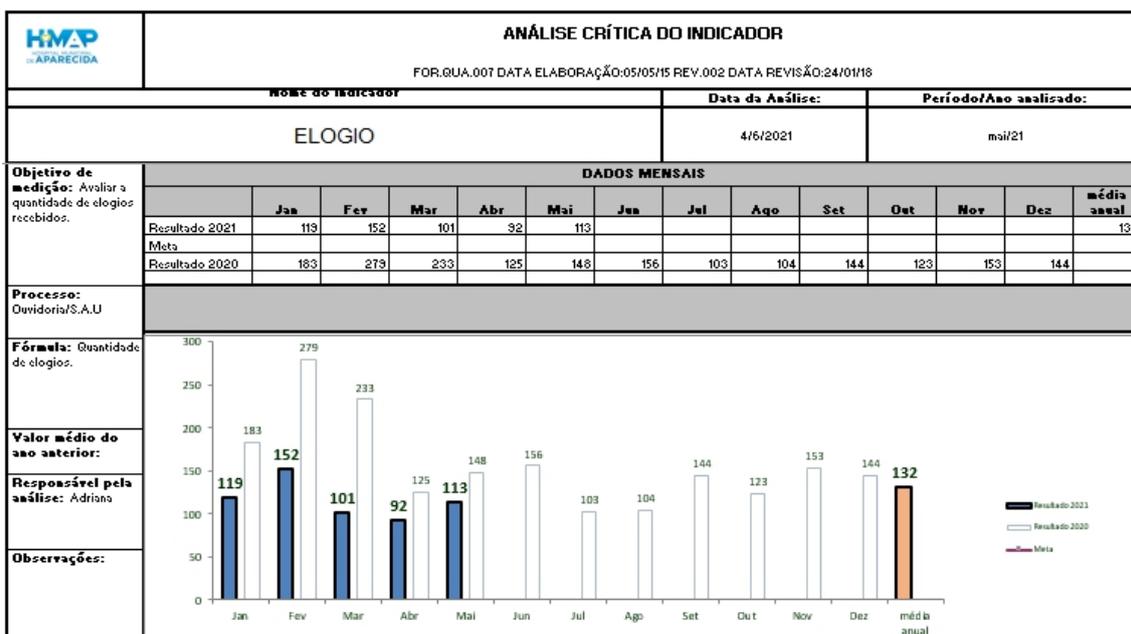
#### 3.1. Índice de Elogios

**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 = 113 elogios



### **Análise Crítica do Período:**

No mês de maio foram evidenciados 113 elogios para os seguintes setores: 04 para equipe médica, 19 para a equipe de enfermagem, 03 para equipe multidisciplinar, 03 para a equipe de colaboradores terceirizados e 84 elogios para toda equipe do hospital. Os elogios totalizaram 11% em relação as pesquisas aplicadas.

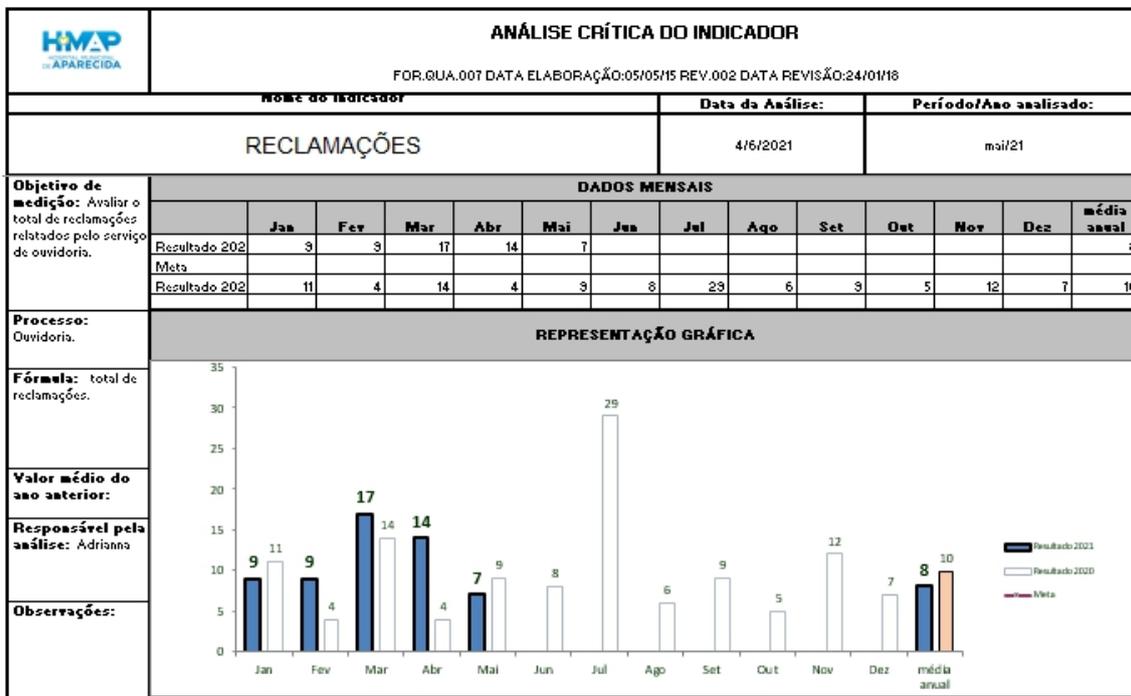
### **3.2.Índice de Reclamações**

**Definição:** Avalia o total de reclamações realizadas pelo usuário mediante a assistência prestada no setor de internação, pronto socorro, ambulatório, laboratório.

#### **Equação para cálculo:**

Total de reclamações = *Nºtotaldereclamações*

Total de reclamações = **07 reclamações**



### Análise Crítica do Período:

No mês de maio das 1.025 pesquisas de satisfação realizadas, foram evidenciadas 7 reclamações. Das quais se refere a insatisfação do atendimento médico, enfermagem, equipe multidisciplinar, exames e boletim eletrônico. Ressalto que 2 reclamações é sem procedência. As reclamações totalizaram 0,6% em relação as pesquisas aplicadas.

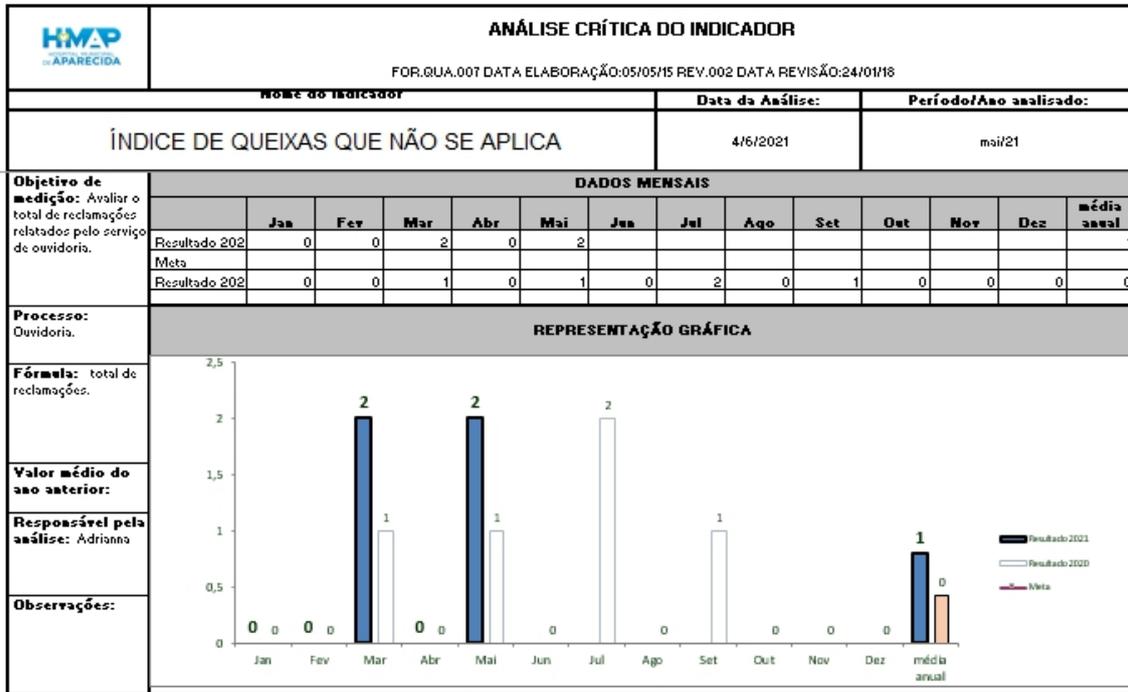
### 3.3.Índice de queixas que não se aplica

**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 = 02 queixas



### Análise Crítica do Período:

No mês de maio das 1.025 pesquisas de satisfação realizadas, foram evidenciadas 02 queixas que não se aplicam.

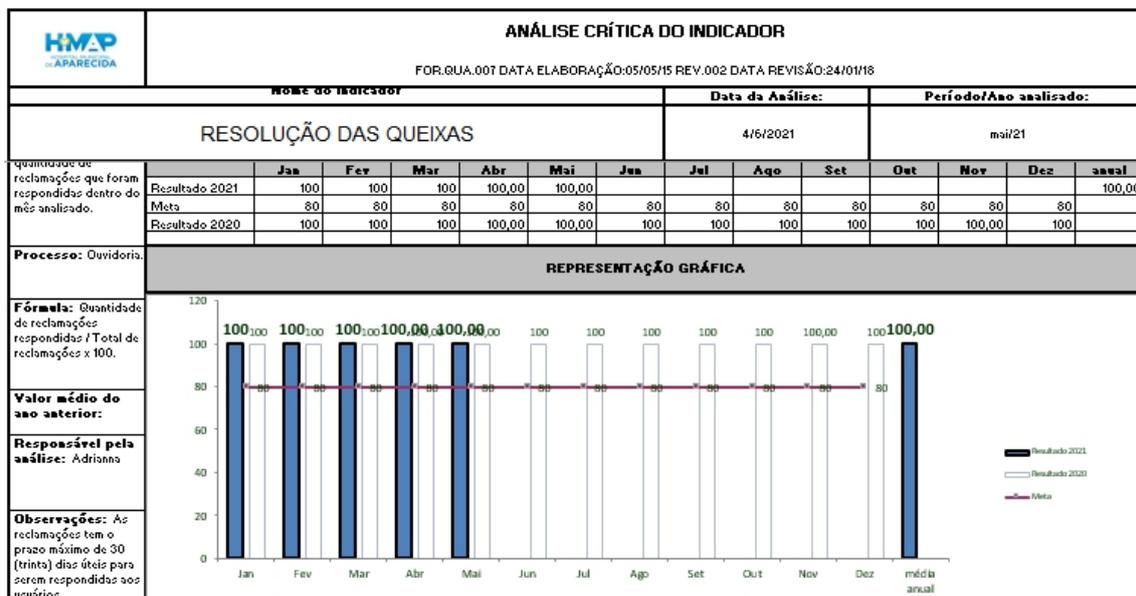
### 3.4. Resolução das Queixas

**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 maio tiveram 07 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, 07 manifestações, 03 sugestões e 113 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	Ambulatório	03/05/2021	Reclamação.	Paciente relata que precisa marcar uma consulta de retorno com a médica pneumologista para conseguir o laudo para tomar a vacina para covid.	Coordenação do Ambulatório/ SADT	Primária	03/05 /21	A Coordenação informa que a consulta de retorno está agendada para o dia 17/05/21.

Ouvidoria Receptivo	UTI- Covid	05/05/2021	Reclamação	Familiar relata que enquanto aguardava o atendimento da Assistente Social na recepção social, presenciou uma fisioterapeuta fazendo um comentário ofensivo sobre a sua mãe que acabava de falecer.	Gerência Multidisciplinar	Primária	07/05/21	A Gerência informa que lamenta a postura inadequada da fisioterapeuta e salienta que não pactua com esse tipo de conduta profissional, que feriu a ética profissional e comportamental, pedimos sinceras desculpas pelo fato ocorrido, e como medida corretiva definitiva efetuamos o desligamento da mesma do nosso quadro de funcionários nesta data.
Ouvidoria Receptivo	Clínica Médica E	21/05/2021	Reclamação	Acompanhante relata que a paciente realizou fez o exame de ressonância para realizar uma cirurgia, mas até o momento o médico cirurgião não visitou a paciente para confirmar a data da cirurgia.	Diretoria Técnica.	Primária	24/05/21	A Diretoria informa que a cirurgia da paciente está agendada para dia 25/05/2021, às 15 horas. Diante do exposto, agradecemos o contato e colocamos a disposição para quaisquer dúvidas que julgar necessárias.
Ouvidoria Receptivo	Ambulatório	25/05/2021	Reclamação	Familiar relata que está desde ligando para marcar a consulta de retorno do paciente e não consegue.	Coordenação do Ambulatório/ SADT	Primária	/05/21	A Coordenação informa que estamos na tentativa de um encaixe para o paciente o mais rápido possível, caso não ocorra, vamos agendar o retorno para o dia 07/06/2021, só aguardando a regulação abrir a agenda.

Ouvidoria Receptivo	Ambulatório	26/05/2021	Reclamação	Familiar relata que não consegue marcar a consulta de retorno para o paciente que necessita com urgência desse acompanhamento com a médica Pneumologista.	Coordenação do Ambulatório/SADT	Primária	/05/21	A Coordenação informa que com a alta demanda reprimida para atendimento com pneumologista, e com a atual situação pela covid-19, foi reduzido os atendimentos para 70%. O paciente será agendado para o dia 07/06/2021, só aguardando a regulação abrir a agenda.
---------------------	-------------	------------	------------	---	---------------------------------	----------	--------	---

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	05/05/2021	Reclamação não Procedente	Familiar relata que está insatisfeito com a conduta da psicóloga que fez uma chamada de vídeo para a mãe da paciente, que as chamadas de vídeo devem ser destinadas apenas para ele que é o esposo da paciente.	Gerência Multiprofissional.	05/05/21	O Gerência informa que diante do vosso relato verificamos o ocorrido. A paciente está em tratamento na unidade de terapia intensiva em decorrência da COVID 19, por esse motivo as visitas são realizadas de forma virtual. Como ela encontra-se consciente, a chamada é destinada ao familiar escolhido pela própria paciente, pois se fosse feito de outra forma estaríamos negligenciando a vontade da paciente, que ratificamos estar lúcida e consciente.
-------------	------------	---------------------------	---	-----------------------------	----------	--

Clínica Médica E	13/05/2021	Reclamação não Procedente	Familiar relata que a paciente recebeu alta hospitalar com indicação para acompanhamento ambulatorial de dois especialistas, um cardiologista e infectologista, reclama que a unidade não tem a especialidade de infectologia no Ambulatório.	Diretoria Técnica	17/05/21	A Diretoria informa que diante do exposto cumpre destacar que o Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia - HMAP, não possui atendimento ambulatorial na especialidade de infectologia, fato este que a paciente em questão deverá ser regulada junto a Secretaria Municipal de Aparecida para uma Unidade que tenha atendimento ambulatorial de infectologia. Quanto ao atendimento com a cardiologia esta Unidade possui o ambulatório de cardiologia e paciente deverá entrar em contato nos telefones 3238-1110; 3238-111 ou 3238-1134 e solicitar o agendamento.
------------------	------------	---------------------------	---	-------------------	----------	--

Tabela05:DescriçõesdasManifestações-Sugestão

Setor	Data da Manifestação	Tipo de Manifestação	Registro	Descrição da Manifestação	Responsável pela Tratativa	Ocorrência	Retorno
Clínica Médica A	06/05/21	Sugestão	Pesquisa de Satisfação	Acompanhante sugere a instalação de TV no quarto.	Diretoria Administrativa	Primária	A Diretoria agradece a sugestão e informa que será analisada.
SADT	18/05/21	Sugestão	Pesquisa de Satisfação	Acompanhante sugere que seja fornecido chá e café.	Diretoria Administrativa	Secundária	A Diretoria agradece a sugestão e informa que será analisada.
Clínica Médica E	20/05/21	Sugestão	Pesquisa de Satisfação	Paciente sugere seja instalada ducha higiênica no banheiro.	Diretoria Administrativa	Primária	A Diretoria agradece a sugestão e informa que será analisada.

Tabela 06: Descrições das Manifestações - Elogios

<b>Setor</b>	<b>Tipo de Manifestação</b>	<b>Registro</b>	<b>Descrição da Manifestação</b>	<b>Responsável pela Tratativa</b>	<b>Retorno</b>
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Agradecer a Laurinda enfermeira atenciosa dedicada, boa profissional.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Quero apenas agradecer, pois meu pai foi muito bem assistido.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Melhores enfermeiros do mundo: Rafael, Solange, Luiz, Laurinda, Mônica, Dra. Carol e Marilene, Mauricia e Leida. E todos os colaboradores da enfermagem foi sensacional. Parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Agardecer aos enfermeiros Luiz, Rafael, Marcilene, Solange, Dra. Carol, Monica, Mauricia, Laurinda.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento incrível.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento é ótimo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom todas as equipes.		
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Tudo que vocês fizeram por mim agradecer a Deus só tenho que elogiar a todos. Muito mais muito obrigada que Deus abençoe a todos. Saudades.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostaria de ressaltar toda equipe da clínica médica hmap pelo carinho empatia e atenção. Que Deus abençoe a vida de cada um, vocês são nossos heróis da saúde.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Amei todo o atendimento. Vocês estão de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Só tenho a agradecer toda equipe que me tratou super bem vou sentir saudade de todos vocês.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Aparecida merece, os Aparecidenses agradece. Que Deus lhe abençoe. Muito obrigada!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Só elogios!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Elogio de coração toda equipe muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Médica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Sé elogios.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Equipe maravilhosa! Parabéns para todos vocês! Vocês são ótimos profissionais!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gostei muito do atendimento da Janair, uma moça da limpeza muito boa não me lembro o nome.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimentos de todos os profissionais é muito bom estão de parabéns. Sônia e Ana Paula ótimas profissionais.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Estou muito satisfeita com os cuidados do corpo docente do hospital, agradeço pelo cuidado e carinho com a Rafaella.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Clínica Pediátrica	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Equipe muito prestativa, em especial a técnica Janair, Sônia, enfermeira Stela, e a fisioterapeuta Ana Paula, que me esclareceram sobre todos os procedimentos realizados na mina Lunna.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Não poderia deixar de vim aqui agradecer a toda a equipe do Hmap! Meu pai esteve internado aí durante 1 mês devido complicações do COVID e todos os profissionais cuidaram dele muiiiito bem, em especial quero agradecer ao psicólogo Lucas Simião que em meio a dor e aflição que	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			estávamos sentindo nos dava uma palavra de fé, ânimo e fazia chamadas de vídeo para que víssemos nosso pai. Deus abençoe a cada um vocês		
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Sempre fomos muito bem atendidos aqui, inclusive sempre indico.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	A equipe médica é excelente.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	A estrutura física é muito boa, é um hospital lindo e muito limpo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Tudo aqui é feito com carinho, alimentação, roupa de cama, limpeza.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ouvidoria	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Minha filha foi muito bem atendida por toda equipe.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Hospital ótimo, não tenho nada o que reclamar, agradeço a Deus em primeiro lugar e depois a todos do HMAP. Meu pai foi muito bem atendido e está bem, estamos continuando o tratamento	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			dele aqui depois da internação, sempre bem atendidos por todos da equipe, recepção uma benção. Deus abençoe a todos do HMAP!!!		
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom!!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Elogio a pessoa que me orientou e me ajudou na documentação que eu precisava. Coordenadora do arquivo a senhora Kátia Oliveira Nunes muito educada e humana. Poderia ter mais pessoas assim no hospital. Parabéns ao atendimento do setor que ela comanda.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
Ambulatório	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gosto muito do atendimento do HMAP.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Da entrada até o atendimento no balcão muito ágil o atendimento. Demorou até realizar o exame o que não desmerece o total, os médicos executantes muito atenciosos também. Considero que fui muito bem atendida e as instalações são excelentes.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Do jeito que está pra mim está ótimo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Vocês estão de parabéns pelo gerenciamento. Obrigada.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Tudo excelente!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Todos estão de parabéns, fui muito bem atendida desde a portaria a recepção até a realização do exame gostaria que todo lugar tivesse um atendimento igual aqui sempre vou querer voltar aqui tudo muito limpo parabéns.	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	O atendimento foi nota 10.	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	Atendimento muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O hospital HMAP veio para atender da melhor maneira possível os moradores dessa cidade, só	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			tenho que elogiar o atendimento do quadro de funcionários em geral.		
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Vocês estão de parabéns. Muito obrigada.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Tudo ótimo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Só elogios porque me atenderam muito bem!!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns pela limpeza e organização.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Somente elogios do inicio do atendimento até o final com o resultado. Parabéns Karina pelo atendimento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Amei o atendimento do hospital em todos os sentidos. Vocês estão de Parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Pela primeira vez fui muito bem atendida, parabéns... no caso, recomendo uns amigos sim.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Sempre que estive aqui fui muito bem atendida, adorei o ambiente.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Todos estão de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Obrigado gostei muito daqui e do atendimento! Deus abençoe todos vocês!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Hospital maravilhoso todos de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento rápido e com excelência.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Todos os funcionários são ótimos. Muito bem atendida.	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	Ótimo atendimento recepcionista linda e educada.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Que continuem sendo profissionais excelentes. Obrigado pelo atendimento!	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	Parabéns pelo bom trabalho realizado.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento maravilhoso, rápido e eficaz.	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	Médicos muito atenciosos e educados!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Foi muito bom.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom e a primeira vez que venho aqui no hospital.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Meu esposo ficou internado aqui, foi muito atendido no prazo de internamento.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Garças a Deus estão onde deveriam estar. Salvando vidas.	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	Atendimento excelente dos profissionais desde a portaria até o atendimento com os médicos. Recepcionistas e técnicos muito atenciosos e respeitosos. Parabéns a todos. Sempre oro por	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			vocês que estão na linha de frente com determinação e coragem. Um forte abraço a todos.		
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Foi ótimo atendimento.	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	Excelente o atendimento em geral.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Sempre achei ótimo o serviço dessa entidade.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Eu, José Maria da Silva estive para realizar o exame de tomografia e fui muito bem atendido desde a portaria, recepção, sendo muito prestativos e atenciosos. Vale ressaltar o atendimento prestativo e profissional da sra. Diana Maria onde teve uma atenção especial, total cuidado na hora da aplicação do contraste. Parabéns à todos, continuem assim!!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de	Até o momento superou todas as minhas	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

		Satisfação	expectativas. Bom atendimento.		
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom.	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	Hospital maravilhoso desde da portaria, recepção, médicos, exames e limpeza. Parabéns!!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Em comparação a outros lugares, o atendimento é mais rápido.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento excelente quanto das atendentes quanto dos médicos.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Ótimo atendimento e rápido!!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Fui atendida com rapidez e profissionalismo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Avalio tudo bom são eficientes atendem muito bem. Deus abençoe cada um!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	No meu caso foi a terceira vez que vim aqui, o atendimento pra mim foi nota 1000, em relação a	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			todos da entrada a saída. Equipe de parabéns, nossa cidade precisa de mais hospitais como esse. Parabéns Hmap!		
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	São todos educados e realmente essa unidade é diferenciada. Parabéns.	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	Fomos muito bem atendidos, tanto na recepção quanto aos enfermeiros e pessoal da limpeza.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Vocês estão de parabéns, pelo atendimento são muito educados e pacientes.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Foi muito bom fui muito bem recebida. Obrigada por tudo.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	No momento só tenho a elogiar o hospital e seus funcionários.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Fui super bem atendida, não tenho que reclamar parabéns!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Nota 10 pra todos fui muito bem atendida.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Nunca o sistema de saúde foi tão ágil. Estão de 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	Toda equipe está de parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Ótimo atendimento das atendedoras em especial, da atendente Karina guiche 1.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Gosto do hospital muito organizado limpo e com boas atendedoras.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Administração perfeita a toda equipe. Parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	O atendimento é nota 1000	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns pelo atendimento. Obrigada	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	As meninas do atendimento foram muito atenciosas o fato de ter sido bem acolhida por	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

			todos me fez sentir melhor! Estamos em uma época difícil e ser bem atendido em um hospital renova as forças, muito grata a todos vocês!		
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento excelente equipe ótima. Até agora está perfeito.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Excelente atendimento, estão de parabéns!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Sempre que estive aqui fui bem atendida.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Hospital muito bom organizado com funcionários atenciosos e educados.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	A Doutora que nos atendeu com exame de Ecocardiograma, excelente profissional. Dra Maila Parabéns.	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	Ótimo!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

		Satisfação			
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom o atendimento, ágil e rápido.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Muito bom o atendimento. Vocês estão de Parabéns.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Parabéns para o trabalho prestado. Equipe top!!	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.
SADT	Elogio	Pesquisa de Satisfação	Atendimento excelente, sempre fui muito bem atendida inclusive hoje. Obrigada.	Diretoria Geral	A Diretoria agradece o elogio.

  
 ADRIANNA SILVA  
 Coordenadora da Ouvidoria

# APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MAIO DE 2021

## INTRODUÇÃO

### 2. METODOLOGIA

! # \$ "

% & ' )\*)+( ( % ,  
- \$ .

, / ,

0 1 - \$ 2 1 / 3

3 4 0 ,

, , , 3 . 5 \$

, , !

\$

6 / +\$ & 1 7 ' )\*)+(

8	
(	
% \$ 9	
8	
8	
8 7	
: , / 3 0	
; ,	
% 1 , \$ <	
% <	
%	
%	
6 ,	



Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
ABADIA ALMEIDA BARBOSA	03.03.14.004-6	23/05/2021	29/05/2021	704607675693320	24401	
ADALRO CAMARGO NUNES	03.03.04.014-9	03/05/2021	08/05/2021	980016289744653	23707	
ADAO NUNES GUIMARAES	03.03.01.003-7	11/05/2021	20/05/2021	980016297647572	23966	
ADAO SALES DOS ANJOS	03.03.01.022-3	21/05/2021	27/05/2021	980016000457133	24354	
ADULTO PEREIRA DE OLIVEIRA	03.03.14.015-1	01/05/2021	06/05/2021	708406766061169	23682	
ADEVALDO DAS NEVES SILVA	03.03.01.022-3	23/05/2021	30/05/2021	707404028401176	24391	
ADRIANA FRANCO ALMEIDA GODOY	03.03.01.022-3	20/04/2021	04/05/2021	980016289744653	23291	
AILTON MOREIRA DA CUNHA	03.03.04.014-9	17/04/2021	09/05/2021	704607675693320	23213	
ALBERTO DA SILVA SANTOS	03.03.01.022-3	23/05/2021	31/05/2021	707404028401176	24393	
ALBERTO SOARES DA SILVA	03.03.01.022-3	27/04/2021	24/05/2021	700406975430250	14414	
ALDIR DE OLIVEIRA PEREIRA	04.07.03.016-6	27/04/2021	11/05/2021	980016284141047	23203	
ALDIR DE OLIVEIRA PEREIRA	04.07.03.022-0	11/05/2021	24/05/2021	980016284141047	23203	
ALEXANDRE DE SOUZA ALVES	03.03.01.022-3	16/05/2021	25/05/2021	705707467424530	24097	
ALEXANDRE PEREIRA ISSA	03.03.01.022-3	26/04/2021	14/05/2021	704204746157788	23468	
ALLICE CARDOSO ROSA	03.03.01.003-7	27/04/2021	27/05/2021	980016000457133	23506	
ALOISIO CESAR RODRIGUES	03.03.14.015-1	24/04/2021	06/05/2021	980016295450488	23201	
ALOISIO CESAR RODRIGUES	04.07.01.021-1	06/05/2021	26/05/2021	980016284141047	23201	
ALZENIR LEITE DOS REIS	03.03.14.015-1	20/05/2021	31/05/2021	707404028401176	24319	
ALZIRA DOS REIS AGUIAR	03.03.01.022-3	26/04/2021	12/05/2021	700808488812083	23427	
ALZIRA DOS REIS AGUIAR	04.04.01.037-7	12/05/2021	27/05/2021	704607675693320	23427	
ANA APARECIDA DE MORAIS	03.03.01.022-3	25/04/2021	06/05/2021	708406766061169	23428	
ANA CLAUDIA DOS REIS AGUIAR	04.04.01.037-7	30/04/2021	17/05/2021	700103977829312	23195	
ANA DIVA PEREIRA SUDARIO	03.03.06.021-2	15/05/2021	24/05/2021	700800956839085	12520	
ANA EVANGELISTA FARIA	03.03.14.015-1	17/05/2021	26/05/2021	704607675693320	24161	
ANA MARIA DE JESUS	03.03.01.022-3	24/04/2021	09/05/2021	980016289744653	23416	
ANA PAULA SANTOS DE ANDRADE ALMEIDA	03.03.01.022-3	23/04/2021	04/05/2021	980016289744653	23411	
ANTHONNY GABRIEL ALVES DE ARRUDA	03.03.14.013-5	16/04/2021	13/05/2021	704808036810042	16722	
ANTONIO ALVES GARCIA	03.03.01.022-3	10/05/2021	23/05/2021	700800956839085	23928	
ANTONIO CARLOS GOMES	03.03.14.015-1	30/04/2021	12/05/2021	980016295042665	23674	
ANTONIO CARLOS NOGUEIRA ROCHA	03.03.04.014-9	08/05/2021	13/05/2021	980016289744653	23905	
ANTONIO FERREIRA GONCALVES	03.03.06.021-2	18/05/2021	31/05/2021	707404028401176	24165	
ANTONIO MARQUES	03.03.01.022-3	29/05/2021	29/05/2021	704607675693320	11859	
ANTONIO ROSA DE PAULA	03.03.01.022-3	08/05/2021	20/05/2021	70090926334497	23899	
APARECIDA MARIA DA SILVA RAMOS	04.07.03.003-4	09/05/2021	13/05/2021	980016280174668	13119	

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
APARECIDO DOS SANTOS LOPES	03.03.07.010-2	05/05/2021	07/05/2021	980016289744653	23803	
ARLINDO CORDEIRO DOS SANTOS	03.03.01.022-3	17/04/2021	18/05/2021	980016297647572	23206	
ARNALDO BATISTA DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	11/05/2021	25/05/2021	704607675693320	23915	
AUGUSTO ALVES DA SILVA FILHO	03.03.07.012-9	15/05/2021	20/05/2021	704607675693320	24081	
BALBINA SILVIA DA SILVA	03.03.01.003-7	29/04/2021	03/05/2021	980016295042665	19627	
BALBINO PEREIRA DE SOUSA	03.03.14.015-1	18/05/2021	27/05/2021	980016000457133	24171	
BENEDITA RIBEIRO PEREIRA	03.03.07.010-2	16/05/2021	20/05/2021	704607675693320	24099	
BRUNO CUSCIANNA DELGADO	03.03.01.022-3	22/04/2021	06/05/2021	980016295450488	23361	
CANDIDA BRITO DOS SANTOS	04.07.03.003-4	18/05/2021	27/05/2021	700103977829312	24208	
CARLOS ROSA MEDEIROS	04.15.04.002-7	27/05/2021	29/05/2021	980016284141047	23975	
CARLOS ROSA MEDEIROS	03.03.01.003-7	11/05/2021	24/05/2021	700800956839085	23975	
CARLOS ROSA MEDEIROS	04.15.04.003-5	24/05/2021	27/05/2021	980016284141047	23975	
CELIA MARIA DE ALMEIDA	03.03.14.015-1	03/05/2021	13/05/2021	700808488812083	23484	
CHARLES RUDI ALBRECHT	03.03.01.022-3	11/05/2021	19/05/2021	980016297647572	23979	
CICERO IRENILSON DA SILVA	03.03.07.007-2	17/04/2021	03/05/2021	980016297647572	23202	
CICERO IRENILSON DA SILVA	03.03.07.007-2	11/05/2021	25/05/2021	704607675693320	23202	
CINTHYA MAEDA DA SILVA	03.03.01.022-3	08/05/2021	13/05/2021	700808488812083	23892	
CINTHYA MAEDA DA SILVA	03.05.02.005-6	13/05/2021	15/05/2021	980016289744653	23892	
CIRENE PRATA DE OLIVEIRA	03.03.08.006-0	07/05/2021	25/05/2021	705707467424530	23863	
CLARINDO JOSE DA COSTA	03.03.01.022-3	16/05/2021	19/05/2021	980016297647572	24090	
CLAUDIA CRISTINA DE ASSIS JANUARIO	03.03.01.022-3	07/05/2021	14/05/2021	704204746157788	23887	
CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA	03.03.14.015-1	04/05/2021	18/05/2021	980016289744653	23746	
CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA	03.03.01.022-3	19/05/2021	27/05/2021	980016000457133	23746	
CLEUSA RODRIGUES DE OLIVEIRA XAVIER	03.03.01.022-3	09/05/2021	13/05/2021	700808488812083	23914	
CLEYTON GOMES DE MELO	03.03.07.010-2	09/05/2021	09/05/2021	980016289744653	23924	
COLEMAR JOSE DE ALMEIDA NEVES	03.03.01.022-3	21/05/2021	27/05/2021	980016000457133	24364	
CONCEICAO APARECIDA PEREIRA	03.03.07.010-2	11/05/2021	23/05/2021	980016295042665	23972	
CRISLENE PEREIRA SOARES	04.07.03.003-4	10/05/2021	15/05/2021	980016280174668	21640	
CRISTIANA BRITO DE SOUSA DIAS	04.07.04.016-1	25/04/2021	06/05/2021	705009466846553	23204	
CRISTIANA BRITO DE SOUSA DIAS	04.07.04.016-1	06/05/2021	23/05/2021	980016284141047	23204	
DANIEL DIAS DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	09/04/2021	04/05/2021	700909926334497	22888	
DANNILO PINTO DE OLIVEIRA	03.03.07.010-2	08/05/2021	12/05/2021	980016295042665	23912	
DAVINA RODRIGUES CAMPOS	03.03.01.022-3	29/05/2021	31/05/2021	980016289744653	24699	
DEBORA OLIVEIRA FREITAS DE CASTRO	03.03.01.022-3	20/04/2021	06/05/2021	980016295450488	23274	

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
DEOLINDO LEITE DA SILVA	03.03.06.021-2	08/05/2021	19/05/2021	700909926334497	23902	
DEUSDETE VENTURA BARBOSA SOUSA	03.03.01.022-3	03/05/2021	08/05/2021	700008391862504	23703	
DINA SILVA LIMA	03.03.01.022-3	04/05/2021	16/05/2021	704204746157788	23701	
DIRCEU JOSE DA SILVA	03.03.06.021-2	11/04/2021	03/05/2021	980016295042665	22472	
DIVALDO SEBASTIAO PACHECO	03.03.08.009-4	09/05/2021	18/05/2021	980016297647572	23922	
DIVINA NASCIMENTO DE SIQUEIRA	03.03.06.013-1	25/05/2021	30/05/2021	704607675693320	24496	
DIVINO RODRIGUES VIEIRA	03.03.01.022-3	03/05/2021	15/05/2021	704204746157788	23718	
DIVINO RODRIGUES VIEIRA	03.03.06.021-2	15/05/2021	27/05/2021	980016295042665	23718	
DOGIVAL PEREIRA DA SILVA	03.03.01.006-1	29/04/2021	05/05/2021	980016295450488	235657	
DOMINGOS JASKULSKI	03.03.01.022-3	22/05/2021	28/05/2021	980016295042665	24380	
DORCA PAULO DE SOUZA BARBOSA	03.03.01.022-3	04/05/2021	25/05/2021	704607675693320	23750	
DORVANO AMANCIO ALVES	03.03.01.022-3	08/05/2021	11/05/2021	980016289744653	23897	
EDIMAR GREGORIO DA SILVA	03.03.14.015-1	09/04/2021	06/05/2021	980016295450488	19157	
EDINAEEL MOREIRA	03.03.14.015-1	26/04/2021	03/05/2021	980016295042665	23464	
EDINALDO PEREIRA SOUZA	03.03.01.022-3	26/04/2021	19/05/2021	704607675693320	23440	
EDINAN PEREIRA NEVES	03.03.14.004-6	10/05/2021	14/05/2021	704607675693320	23532	
EDINAN PEREIRA NEVES	03.03.01.022-3	06/05/2021	10/05/2021	980016289744653	23532	
EDITH FRANCISCA DE OLIVEIRA SILVA	03.03.14.015-1	26/04/2021	04/05/2021	700909926334497	23482	
EDIVANIO DA COSTA TORRES	03.03.01.022-3	15/04/2021	05/05/2021	980016295450488	23165	
EDIVAR ROSA DOS SANTOS	03.03.01.022-3	04/05/2021	11/05/2021	980016289744653	23705	
EDMAR DE MORAIS	03.03.03.004-6	09/05/2021	18/05/2021	700606425342160	23916	
EDVAN SANTOS DA SILVA	03.03.07.007-2	17/04/2021	12/05/2021	700808488812083	23218	
ELDIS DIAS DA SILVA	03.05.02.005-6	26/04/2021	05/05/2021	704607675693320	22842	
ELIANE ANGELA DE SOUZA RAMOS	03.03.01.022-3	26/04/2021	01/05/2021	980016289744653	23431	
ELIANE APARECIDA DA SILVA XAVIER	03.03.01.022-3	12/05/2021	13/05/2021	700808488812083	23980	
ELIANE ARANTES DOS SANTOS	03.03.01.022-3	27/04/2021	19/05/2021	700909926334497	23517	
ELIANE ARANTES DOS SANTOS	04.04.01.037-7	19/05/2021	29/05/2021	980016284141047	23517	
ELIANE PEREIRA BARBOSA	03.03.07.007-2	01/05/2021	12/05/2021	700808488812083	23671	
EMANUEL CLEMENTE DA SILVA	03.03.04.014-9	27/04/2021	03/05/2021	980016297647572	23525	
EMIDIA MARIA BENTO	03.03.07.010-2	17/05/2021	19/05/2021	980016297647572	24163	
ERIKA CAMILO CARDOSO	03.03.07.010-2	15/04/2021	10/05/2021	980016295791641	23157	
ERIKA GARCEZ DO NASCIMENTO	03.03.01.022-3	04/05/2021	09/05/2021	700008391862504	23753	
ERIMITA CARLOS GUIMARAES	03.03.07.010-2	03/05/2021	06/05/2021	708406766061169	23708	
ERMINA FERNANDES DO NASCIMENTO	03.05.02.004-8	05/05/2021	06/05/2021	980016289744653	13890	

APRESENTAÇÃO: 06 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
EUFRASIO DE JESUS DE SOUZA	03.03.01.022-3	09/05/2021	19/05/2021	980016297647572	23921	
EULINA BATISTA LEITAO	03.03.07.007-2	07/05/2021	28/05/2021	704607675693320	23891	
EURICO MANOEL GONCALVES	03.03.01.022-3	25/04/2021	08/05/2021	980016289744653	23429	
EURIDES DE CARVALHO	03.03.04.014-9	19/05/2021	30/05/2021	980016289744653	24264	
EURIPEDES BATISTA DE OLIVEIRA	03.03.06.021-2	21/05/2021	23/05/2021	700008391862504	24331	
FELIPE ALVES CAMARGO	03.03.01.001-0	06/05/2021	10/05/2021	204314447780006	23853	
FERNANDA GOMES DA SILVA	03.03.06.021-2	19/05/2021	24/05/2021	980016289744653	24212	
FIRMINA DOS SANTOS CORTES	04.04.01.037-7	23/05/2021	25/05/2021	980016280174668	24029	
FIRMINA DOS SANTOS CORTES	03.03.06.013-1	12/05/2021	23/05/2021	700800956839085	24029	
FLAVIO PARREIRA CAMBRAIA	03.03.07.010-2	19/05/2021	28/05/2021	980016000457133	24262	
FLORIPES ALVES DORNELA DE MOURA	03.03.01.022-3	17/04/2021	12/05/2021	700808488812083	23080	
FRANCISCA ALVES LEITE	03.03.01.022-3	07/05/2021	10/05/2021	980016289744653	23885	
FRANCISCO ALVES DE SOUSA	03.05.02.004-8	04/05/2021	07/05/2021	980016295450488	23743	
FRANCISCO ALVES DE SOUSA	03.03.01.022-3	07/05/2021	24/05/2021	700406975430250	23743	
FRANCISCO CARVALHO MOUSINHO	03.03.01.022-3	27/05/2021	30/05/2021	704607675693320	24571	
FRANCISCO DA SILVA NEVES	03.03.01.022-3	03/05/2021	18/05/2021	980016297647572	23706	
FRANCISCO DE ORLANDO CAVALCANTE	03.03.14.015-1	06/05/2021	09/05/2021	980016289744653	23855	
FRANCISCO DOMINGOS DOS REIS	03.03.01.022-3	01/05/2021	07/05/2021	980016295450488	23688	
FRANCISCO EDSON VICENTE DA COSTA	03.03.04.014-9	01/05/2021	08/05/2021	980016289744653	23690	
GABRIEL DOMINGOS RAMOS	04.15.04.003-5	30/04/2021	10/05/2021	700103977829312	23335	
GABRIEL RIBEIRO SILVA	04.07.04.009-9	05/05/2021	07/05/2021	980016284993124	10489	
GALDINA DE CARVALHO REGO	03.03.14.015-1	29/04/2021	11/05/2021	980016295042665	10695	
GEISIANE DA SILVA QUEIROZ	03.03.01.022-3	24/04/2021	04/05/2021	980016289744653	23413	
GENESI DE SOUSA LOPES	03.03.04.014-9	22/04/2021	15/05/2021	704204746157788	23365	
GENI ANTONIA AIRES	03.03.06.013-1	05/05/2021	08/05/2021	980016289744653	23810	
GERALDO RODRIGUES DA SILVA	03.03.08.009-4	01/05/2021	04/05/2021	708406766061169	23691	
GERMANO EVANGELISTA DA ROCHA	04.15.04.003-5	10/05/2021	18/05/2021	700103977829312	23857	
GERMANO EVANGELISTA DA ROCHA	03.03.01.003-7	07/05/2021	10/05/2021	980016289744653	23857	
GIDEONE ALVES DA SILVA	03.05.02.001-3	01/05/2021	10/05/2021	980016289744653	23685	
GILMAR DA SILVA OLIVEIRA	03.03.06.013-1	04/05/2021	10/05/2021	980016289744653	23752	
GIOVANNY HENNRICO ALMEIDA DOS SANTOS	03.03.14.015-1	11/05/2021	14/05/2021	204314447780006	23973	
GISELE RODRIGUES SOARES	03.03.14.015-1	22/04/2021	05/05/2021	708406766061169	23208	
GUSTAVO OLIVEIRA LEPIZE	03.03.01.022-3	16/05/2021	20/05/2021	70090926334497	24095	
HAIDEE MARIA DE RAMOS	03.03.01.022-3	08/05/2021	13/05/2021	700808488812083	23893	

APRESENTAÇÃO: 06 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
HEITOR DIAS DOS SANTOS	04.07.04.009-9	05/05/2021	07/05/2021	980016284993124	14407	
HELENI FERREIRA LOPES	04.04.01.037-7	22/04/2021	01/05/2021	700103977829312	22993	
HELIA SANTA DE MEDEIROS CUSTODIO	03.03.14.015-1	02/05/2021	18/05/2021	980016297647572	23699	
HELIA SANTA DE MEDEIROS CUSTODIO	04.04.01.037-7	18/05/2021	24/05/2021	980016288458304	23699	
HELIO FRANCISCO ALVES	03.03.01.022-3	22/04/2021	17/05/2021	700606425342160	22379	
HELOISA FERREIRA DA SILVA	03.03.06.016-6	28/04/2021	26/05/2021	204314447780006	20004	
HENRIQUE MOURA SOARES	03.03.01.022-3	22/04/2021	07/05/2021	980016295791641	23367	
HERBETH ABREU DA SILVA	03.03.08.007-8	20/04/2021	03/05/2021	980016295042665	23312	
HOLMY RAMOS SOARES	03.03.01.022-3	26/05/2021	28/05/2021	704607675693320	24565	
HUMBERTO MONTEIRO DE CASTRO	03.03.01.022-3	19/04/2021	02/05/2021	704607675693320	23237	
INAIARA CONCEICAO DINIZ	03.03.01.022-3	27/04/2021	01/05/2021	980016289744653	23519	
INES CARDOSO	03.03.01.022-3	25/04/2021	03/05/2021	980016297647572	23434	
IRONIDES BENTO TAVARES	03.03.01.022-3	26/05/2021	28/05/2021	980016000457133	24573	
ISABELQUIS MARQUES DOS REIS	03.03.04.014-9	16/05/2021	21/05/2021	700008391862504	24100	
ISIS RAVENA ALVES LOPES DE OLIVEIRA	03.03.14.014-3	16/05/2021	19/05/2021	204314447780006	24098	
ISMAEL NUNES DE OLIVEIRA	03.03.01.022-3	24/04/2021	07/05/2021	980016289744653	23414	
ITAMAR FERREIRA DA FONSECA	03.05.02.005-6	02/05/2021	12/05/2021	980016295042665	23702	
IVALDO RODRIGUES DA SILVA FILHO	03.03.06.014-0	01/05/2021	06/05/2021	704303584853898	23680	
IVAN ESCOBAR DE OLIVEIRA	03.03.04.014-9	26/05/2021	31/05/2021	707404028401176	24567	
JACQUELINE CARLA DA SILVA	04.04.01.037-7	25/04/2021	11/05/2021	700103977829312	22643	
JAFET VAZ DA COSTA	03.03.03.003-8	30/04/2021	01/05/2021	980016289744653	23645	
JAILDES PEREIRA CARVALHO	03.03.01.022-3	18/05/2021	18/05/2021	204314447780006	24167	
JAIR DIAS BATISTA	03.03.07.007-2	29/04/2021	02/05/2021	700502329576358	23635	
JEFFERSON MENDES DA SILVA	03.03.01.022-3	26/05/2021	28/05/2021	980016289744653	24553	
JERCIRA GOMES DA COSTA	03.03.01.022-3	29/04/2021	07/05/2021	700008391862504	23637	
JESSICA SOUSA SILVA AMORIM	03.03.08.004-3	06/05/2021	14/05/2021	704303584853898	23815	
JESUINA MARIA DA SILVA	03.03.06.021-2	04/05/2021	12/05/2021	980016295042665	23439	
JOANILDES RIBEIRO DE FRANCA	03.03.06.010-7	23/04/2021	02/05/2021	980016297647572	23409	
JOAO BATISTA ALVES DE AGUIAR	04.12.04.016-6	06/05/2021	18/05/2021	980016288458304	19140	
JOAO BATISTA ALVES DE AGUIAR	03.03.01.022-3	28/04/2021	06/05/2021	980016289744653	19140	
JOAO BATISTA ALVES DE AGUIAR	04.12.03.001-2	23/05/2021	27/05/2021	980016284141047	19140	
JOAO BATISTA ALVES DE AGUIAR	04.12.03.001-2	18/05/2021	23/05/2021	980016284141047	19140	
JOAO BATISTA DA SILVA	03.03.01.002-9	21/04/2021	05/05/2021	708406766061169	23324	
JOAO CONCEICAO DE SOUZA	03.03.14.015-1	01/05/2021	03/05/2021	980016295042665	23686	

APRESENTAÇÃO: 06 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
JOAO DIVINO PEREIRA	03.03.06.021-2	19/05/2021	28/05/2021	980016000457133	24260	
JOAO ELIAS DA SILVA	03.03.06.021-2	01/05/2021	10/05/2021	700808488812083	23657	
JOAO ISAAC DA SILVA	03.03.01.022-3	04/05/2021	19/05/2021	704607675693320	23751	
JOAO MARQUES DA SILVA	03.03.07.007-2	19/05/2021	25/05/2021	700800956839085	24235	
JOAO VICTOR SANTIAGO RIBEIRO	03.03.03.003-8	03/05/2021	08/05/2021	204314447780006	23704	
JOAQUIM GONCALVES RODRIGUES	03.05.02.004-8	15/04/2021	01/05/2021	700502329576358	23156	
JONES CARDOSO DA SILVA	03.03.14.015-1	29/04/2021	07/05/2021	700909926334497	23639	
JORJANIO DA CUNHA CAVALCANTE	04.08.06.056-5	04/05/2021	12/05/2021	700103977829312	22914	
JORJANIO DA CUNHA CAVALCANTE	03.03.02.008-3	10/04/2021	04/05/2021	700909926334497	22914	
JOSE ANTONIO DE SOUZA	03.03.06.021-2	20/05/2021	28/05/2021	980016000457133	24323	
JOSE BARBOSA DE BARROS	03.03.04.014-9	27/04/2021	02/05/2021	980016295042665	23485	
JOSE CAMILO DA SILVA	04.04.01.037-7	09/04/2021	10/05/2021	980016284141047	22864	
JOSE CANEDO	03.03.04.014-9	15/05/2021	18/05/2021	700606425342160	24082	
JOSE CARLOS FARINA	03.03.01.022-3	23/04/2021	04/05/2021	700909926334497	23410	
JOSE CLAUDIO DA SILVA	03.03.01.022-3	22/05/2021	31/05/2021	980016289744653	24378	
JOSE DE RIBAMAR ARAUJO	03.03.01.022-3	07/04/2021	04/05/2021	980016289744653	22802	
JOSE DOMINGOS DA SILVA BORBA	03.03.01.022-3	05/05/2021	06/05/2021	980016297647572	23811	
JOSE EUNIDES ALVES DE FREITAS	04.07.02.006-3	26/04/2021	09/05/2021	700103977829312	22422	
JOSE EVARISTO MEDANHA	03.03.01.022-3	24/05/2021	29/05/2021	707404028401176	24447	
JOSE MARIA FARIA MAIA	03.03.04.014-9	08/05/2021	17/05/2021	704204746157788	23908	
JOSE MATEUS DIVINO	03.03.06.021-2	01/05/2021	21/05/2021	980016295042665	23694	
JOSE MATIAS ROSA	03.03.01.022-3	29/04/2021	22/05/2021	980016295042665	23636	
JOSE NUNES DE ANDRADE	03.05.02.005-6	27/04/2021	25/05/2021	705707467424530	23527	
JOSE PESSOA DE QUEIROZ	03.03.08.006-0	07/05/2021	24/05/2021	705707467424530	18422	
JOSE RIBEIRO SILVA	03.03.01.022-3	22/05/2021	24/05/2021	700406975430250	24387	
JOSE RODRIGUES DE MELO	03.03.01.022-3	10/05/2021	25/05/2021	980016295042665	23965	
JUAREZ PEREIRA	03.03.01.022-3	30/04/2021	06/05/2021	980016289744653	23633	
JULIA RODRIGUES MORAIS	03.03.01.022-3	02/05/2021	05/05/2021	980016297647572	23697	
JULIO CESAR ALVES DA SILVA	03.03.01.022-3	17/04/2021	09/05/2021	980016289744653	23215	
JURACY HONORATO DA SILVA	03.03.01.022-3	16/04/2021	06/05/2021	708406766061169	19076	
JURACY HONORATO DA SILVA	03.03.08.009-4	06/05/2021	21/05/2021	700008391862504	19076	
JUSCELINO GOMES MASCARENHAS	03.03.07.007-2	18/05/2021	22/05/2021	700008391862504	24209	
JUSSIVAL ALVES DE SOUSA	03.03.01.001-0	19/05/2021	22/05/2021	700008391862504	24259	
JUVITA PINHO DO NASCIMENTO	03.03.06.014-0	21/04/2021	06/05/2021	980016295450488	23323	

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
HOSPITAL MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA HMAP  
RELATÓRIO DE PACIENTE - SINTÉTICO

APRESENTAÇÃO: 06 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
KARINE OLIVEIRA DE MOURA	03.03.01.022-3	22/05/2021	26/05/2021	704607675693320	24385	
KASSIO BREMMER SILVA NOGUEIRA	03.04.10.002-1	12/05/2021	21/05/2021	700800956839085	23981	
LARISSA EMANUELI MARTINS DA FRANCA	03.03.01.003-7	24/05/2021	27/05/2021	204314447780006	24406	
LAURA DE ASSIS COLHERINHAS E SOUZA	03.03.07.010-2	19/05/2021	29/05/2021	980016289744653	24261	
LAURA SIQUEIRA PEREIRA	03.03.06.014-0	19/05/2021	24/05/2021	700800956839085	15212	
LAURICA VIRGILINA DE JESUS	03.03.01.022-3	30/05/2021	31/05/2021	704607675693320	24716	
LEONARDO JESUS DA SILVA	03.03.01.022-3	07/05/2021	11/05/2021	980016289744653	23888	
LETICIA NAYARA MARTINS DE CASTRO	04.07.03.001-8	15/05/2021	23/05/2021	980016284993124	10655	
LUAN THALLYS LOPES DOS ANJOS	03.03.14.014-3	29/04/2021	10/05/2021	204314447780006	23641	
LUCAS CUSTODIO RODRIGUES	03.03.07.010-2	19/04/2021	07/05/2021	980016295791641	23236	
LUIZ ANTONIO ROSA COELHO	03.03.14.015-1	06/05/2021	12/05/2021	704607675693320	23852	
LUIZ CESAR DOS SANTOS	04.08.05.001-2	29/04/2021	07/05/2021	980016286809711	23638	
LUIZ CESAR DOS SANTOS	03.03.01.022-3	17/05/2021	21/05/2021	980016295042665	23638	
LUIZ CESAR DOS SANTOS	03.03.14.004-6	21/05/2021	25/05/2021	700800956839085	23638	
LUIZ FILHO SAMPAIO PAULINO	03.03.07.007-2	21/04/2021	03/05/2021	980016297647572	16490	
LUIZA MARQUES DE SOUSA	03.03.06.013-1	05/05/2021	19/05/2021	980016297647572	23809	
LUNNA BEATRIZ MARTINS SOUSA	03.03.14.014-3	21/05/2021	26/05/2021	204314447780006	24373	
LUZIA MARIA DE JESUS MELO	04.04.01.037-7	16/04/2021	10/05/2021	980016284141047	22430	
LUZIA NERIS DE ALMEIDA	03.03.06.002-6	14/05/2021	30/05/2021	980016295042665	24073	
MAILA AGUIAR SOUZA	03.03.15.005-0	08/05/2021	12/05/2021	980016295042665	23900	
MANOEL DE OLIVEIRA	03.03.04.014-9	16/05/2021	19/05/2021	980016297647572	24096	
MANOEL RAIMUNDO GARCIA	03.03.07.006-4	19/05/2021	27/05/2021	980016000457133	24257	
MARCELO ALVES RODRIGUES	03.03.07.007-2	06/05/2021	14/05/2021	704303584853898	23854	
MARCILIO BATISTA DO ROSARIO	03.05.02.005-6	24/04/2021	11/05/2021	980016295791641	15036	
MARCIONILIO VIEIRA DA SILVA	03.03.01.022-3	24/05/2021	31/05/2021	707404028401176	24407	
MARCOS ALEXANDRE DUARTE	03.03.07.007-2	04/05/2021	28/05/2021	980016000457133	13571	
MARCOS ANTONIO CORREIA ALVES	03.03.07.011-0	25/05/2021	26/05/2021	704607675693320	24480	
MARCOS RAMOS DE SOUZA	04.12.04.016-6	01/05/2021	19/05/2021	980016284141047	23677	
MARIA ABADIA LAUREANO	03.03.01.022-3	01/05/2021	18/05/2021	980016295042665	10647	
MARIA ACACIA DA SILVA MOREIRA SILVESTRE	03.03.01.022-3	22/05/2021	25/05/2021	704607675693320	24382	
MARIA APARECIDA CHAVES DE MENEZES	03.03.06.013-1	08/05/2021	15/05/2021	980016289744653	23907	
MARIA APARECIDA COELHO	03.03.01.022-3	03/05/2021	20/05/2021	700008391862504	23064	
MARIA APARECIDA DA SILVA	03.05.02.004-8	16/05/2021	30/05/2021	707404028401176	24094	
MARIA APARECIDA MARCELINO PIEDADE DE OLIVEIRA	03.03.15.005-0	01/05/2021	01/05/2021	700502329576358	21299	

APRESENTAÇÃO: 06 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
MARIA AUXILIADORA DE ANDRADE OLIVEIRA	03.03.03.004-6	20/05/2021	21/05/2021	980016295042665	24304	
MARIA CLEUSA VIEIRA DE ALMEIDA	03.03.07.007-2	30/04/2021	26/05/2021	704607675693320	23667	
MARIA DA CONCEICAO ALVES DE ABREU	03.03.04.014-9	15/05/2021	21/05/2021	700008391862504	24084	
MARIA DAS GRACAS SILVA LACERDA	03.03.01.022-3	09/04/2021	07/05/2021	980016295791641	22862	
MARIA DE ARAUJO MARTINS FARIAS	03.03.01.022-3	08/05/2021	19/05/2021	980016297647572	23910	
MARIA DE JESUS SENA RODRIGUES DA ROCHA	03.03.01.022-3	20/05/2021	23/05/2021	704607675693320	24324	
MARIA DOS SANTOS	03.03.07.007-2	17/05/2021	24/05/2021	700008391862504	24145	
MARIA EDUARDA MENDES SANTOS	03.03.14.015-1	15/04/2021	07/05/2021	980016295791641	23161	
MARIA EDUARDA MOREIRA DE OLIVEIRA	03.03.03.003-8	10/05/2021	11/05/2021	704808036810042	23963	
MARIA ESMERIA DE FREITAS	03.03.01.022-3	01/05/2021	16/05/2021	980016295042665	23687	
MARIA EUGENIA DE JESUS	03.03.01.003-7	19/05/2021	29/05/2021	980016295042665	24256	
MARIA EURIPA MARQUES DE SOUSA	03.03.15.005-0	21/05/2021	24/05/2021	700800956839085	24351	
MARIA FRANCISCA DA COSTA	03.03.01.022-3	09/05/2021	20/05/2021	980016295042665	23919	
MARIA HELENA VIEIRA DE SOUSA	03.03.01.022-3	23/05/2021	31/05/2021	707404028401176	24403	
MARIA KAROLINA DE SOUZA COSTA	03.03.03.003-8	27/04/2021	06/05/2021	980016295450488	23522	
MARIA LUCIA DAS DORES	03.03.01.022-3	22/04/2021	02/05/2021	980016297647572	23339	
MARIA LUIZA RODRIGUES PEREIRA	03.03.14.015-1	01/05/2021	08/05/2021	980016289744653	23673	
MARIA LUIZA RODRIGUES PEREIRA	04.04.01.037-7	09/05/2021	21/05/2021	980016284141047	23673	
MARIA LUZIA DE SOUZA	03.03.01.022-3	26/04/2021	02/05/2021	700502329576358	23465	
MARIA PROCOPIA BARBOSA	03.03.14.015-1	22/05/2021	31/05/2021	707404028401176	24377	
MARIA RAIMUNDA COSTA DA SILVA	03.03.01.022-3	29/04/2021	06/05/2021	980016289744653	23634	
MARIA RITA DA CUNHA	03.03.04.020-3	30/04/2021	05/05/2021	704607675693320	23644	
MARIA RITA DA CUNHA	04.07.01.021-1	05/05/2021	11/05/2021	704303584853898	23644	
MARIA ROMUALDA DE JESUS ASSIS	03.03.04.014-9	11/05/2021	20/05/2021	704607675693320	23977	
MARIA VALENTINA SILVESTRE MENEZES	03.03.03.003-8	15/05/2021	16/05/2021	204314447780006	24078	
MARIA VALENTINA SILVESTRE MENEZES	04.12.04.016-6	24/05/2021	28/05/2021	980016284993124	24078	
MARIA VALENTINA SILVESTRE MENEZES	04.12.04.016-6	16/05/2021	24/05/2021	204314447780006	24078	
MARINETE FERREIRA SILVA	03.03.01.022-3	01/05/2021	06/05/2021	980016289744653	23693	
MARLENE BARBOSA DA SILVA SIMPLICIO	03.03.01.022-3	11/04/2021	04/05/2021	708406766061169	22912	
MARLENE DANTAS DA SILVA	03.05.02.001-3	08/05/2021	12/05/2021	700406975430250	23903	
MARLENE PEREIRA DE SOUZA	03.03.01.022-3	01/05/2021	15/05/2021	704204746157788	23676	
MARLI PEREIRA VALVERDE	03.03.06.014-0	04/05/2021	14/05/2021	704607675693320	13384	
MARLI PEREIRA VALVERDE	03.03.01.022-3	14/04/2021	04/05/2021	704607675693320	13384	
MARLUCIA FERREIRA VIANA OLIVEIRA	03.03.04.016-5	11/05/2021	24/05/2021	980016289744653	23970	

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
MAURICIO RODRIGUES DA SILVA	03.03.01.022-3	06/05/2021	09/05/2021	980016295450488	23851	
MAURITY FAGUNDES DO NASCIMENTO	03.03.01.022-3	19/05/2021	20/05/2021	980016297647572	24211	
MESSIAS LUIZ DE MENDONCA	03.03.14.015-1	28/04/2021	07/05/2021	700909926334497	23564	
MICHEL ANDERSON SABINO DA SILVA	04.04.01.037-7	30/04/2021	05/05/2021	980016284141047	22925	
MIGUEL JOSE PEREIRA	03.03.01.022-3	18/04/2021	13/05/2021	700808488812083	23230	
MOREDSON DA CRUZ VIEIRA	03.03.01.003-7	20/04/2021	04/05/2021	980016289744653	16340	
MOREDSON DA CRUZ VIEIRA	04.15.04.003-5	04/05/2021	07/05/2021	700103977829312	16340	
MOREDSON DA CRUZ VIEIRA	04.15.04.003-5	07/05/2021	10/05/2021	700103977829312	16340	
MURILLO DOS SANTOS GOMES	03.03.06.025-5	04/05/2021	17/05/2021	704607675693320	23747	
NAIR APARECIDA FERREIRA	03.03.01.022-3	17/05/2021	24/05/2021	700800956839085	24088	
NAIZON DE MOURA SANTOS	03.03.01.022-3	09/05/2021	15/05/2021	980016295042665	23918	
NATALINO ROSA DE SOUZA	04.12.04.016-6	30/04/2021	28/05/2021	980016280174668	23526	
NELSON CESARIO DE SOUSA	03.03.01.022-3	26/05/2021	30/05/2021	704607675693320	24508	
NELSON PORTE DOS REIS	03.03.01.022-3	01/05/2021	13/05/2021	980016295042665	23678	
NERLANDE VERTUS	03.03.03.003-8	05/05/2021	12/05/2021	700808488812083	23812	
NEUSA MARIA DE SOUSA	03.03.01.022-3	23/05/2021	31/05/2021	980016289744653	12069	
NEUZA DO NASCIMENTO	03.03.03.002-0	23/04/2021	04/05/2021	704607675693320	23371	
NILCIENE FERREIRA FARIAS SANTOS	03.03.01.022-3	22/05/2021	30/05/2021	707404028401176	21391	
NILZA PEREIRA DE ARAUJO	03.03.01.022-3	07/05/2021	08/05/2021	704607675693320	23879	
NILZA PEREIRA DE LIMA	03.03.06.013-1	26/04/2021	04/05/2021	700909926334497	23442	
NORMA MAXIMO DOS SANTOS	03.03.01.022-3	30/04/2021	16/05/2021	980016295042665	23675	
OCTAVIO DIONISIO GIONGO	03.03.06.021-2	13/04/2021	01/05/2021	704607675693320	22848	
OLAVO MIILER	03.03.14.004-6	10/05/2021	14/05/2021	704303584853898	20986	
OLINDA BARRETO DOS SANTOS SILVA	03.03.01.022-3	10/05/2021	13/05/2021	704303584853898	23927	
ONIZIA MARIA DA COSTA	03.03.06.021-2	22/05/2021	27/05/2021	980016295042665	12623	
OSIEL ALVES DA SILVA	03.03.07.007-2	22/04/2021	04/05/2021	708406766061169	23337	
OSVALDO MARTINS FURTADO	03.03.14.004-6	08/05/2021	11/05/2021	980016289744653	23906	
OVIDIA RODRIGUES CARNEIRO	03.03.06.021-2	28/04/2021	06/05/2021	980016295450488	23275	
PABLO HANNYER RAMOS DO NASCIMENTO	03.03.01.022-3	22/05/2021	29/05/2021	707404028401176	24376	
PAULO JOSE SABINO	03.03.01.022-3	16/05/2021	21/05/2021	700008391862504	24091	
PEDRO FERREIRA DE MACEDO	03.03.04.014-9	15/05/2021	22/05/2021	980016289744653	24086	
PIETRO SOUZA DA ASSUNCAO	04.07.04.009-9	15/05/2021	16/05/2021	980016284993124	23884	
RAFAELLA VITORIA DA SILVA SOARES VIEIRA	03.03.14.015-1	01/05/2021	04/05/2021	980016295277484	23689	
RAIMUNDO ALVES DE SOUZA NETO	03.03.07.012-9	11/05/2021	13/05/2021	980016289744653	23978	

APRESENTAÇÃO: 06 / 2021

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
RAIMUNDO ANTONIO LIMA COUTINHO	03.03.07.012-9	27/04/2021	05/05/2021	700909926334497	23523	
RAIMUNDO NONATO GONCALVES DA SIVA	03.03.01.022-3	08/05/2021	27/05/2021	980016000457133	23895	
RAINER FONSECA DOS SANTOS	03.03.07.006-4	15/05/2021	18/05/2021	700606425342160	24079	
RAY DA SILVA MARTINS	03.03.03.003-8	23/05/2021	26/05/2021	980016295042665	24399	
REGINA DE ARAUJO FELICIANO	03.03.14.012-7	07/05/2021	12/05/2021	700808488812083	23889	
RICARDO DOS SANTOS VAZ	03.03.01.022-3	07/05/2021	17/05/2021	980016289744653	23881	
RICARDO DOS SANTOS VAZ	04.04.01.037-7	17/05/2021	27/05/2021	980016288458304	23881	
ROBERTO ALVES FELIPE	03.03.01.022-3	26/05/2021	26/05/2021	704607675693320	24545	
ROBERTO RAIMUNDO DA COSTA	03.03.01.022-3	23/04/2021	06/05/2021	980016295450488	23368	
ROBIS PIERRE	03.03.14.015-1	02/05/2021	17/05/2021	700606425342160	23698	
ROGERIO RIBEIRO SILVA	03.03.03.004-6	20/05/2021	26/05/2021	980016295042665	24291	
RONALDO DE PAULA RODRIGUES	03.03.01.022-3	27/05/2021	28/05/2021	704607675693320	24581	
ROSA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA	03.03.07.007-2	20/04/2021	13/05/2021	704303584853898	23295	
ROSALIA NUNES DANTAS	03.05.02.005-6	14/04/2021	05/05/2021	708406766061169	16284	
ROSILENE DA SILVA	03.03.01.022-3	25/04/2021	04/05/2021	700909926334497	23425	
SAMIA MARTINS PEREIRA	03.03.01.022-3	16/05/2021	21/05/2021	980016289744653	24092	
SANDOVAL ALVES DE ARAUJO	03.03.01.022-3	10/05/2021	24/05/2021	700800956839085	23886	
SANDRA MARIA AZEVEDO DE SANTANA	03.03.07.010-2	15/05/2021	19/05/2021	980016297647572	24085	
SEBASTIANA DA SILVA BELO	03.03.01.022-3	01/05/2021	13/05/2021	700808488812083	23529	
SEBASTIAO ALVES DE RESENDE	04.07.01.021-1	28/04/2021	04/05/2021	700103977829312	22637	
SEBASTIAO NATAL DOS SANTOS	03.03.07.006-4	03/05/2021	08/05/2021	980016289744653	23719	
SEBASTIAO XAVIER PRIMO	03.03.14.013-5	13/05/2021	27/05/2021	980016000457133	23969	
SERGIO DE PAULA SILVEIRA	03.03.01.022-3	22/05/2021	25/05/2021	705707467424530	24386	
SEVERINO FELIX DA SILVA NETO	03.03.01.022-3	17/05/2021	29/05/2021	707404028401176	24144	
SIMAO NETO BARBOSA	03.03.01.022-3	24/04/2021	05/05/2021	980016297647572	23412	
SIRLEI IVONE STUCH	04.07.01.016-5	04/05/2021	14/05/2021	980016284141047	15028	
SIRLEI IVONE STUCH	03.03.03.003-8	10/04/2021	04/05/2021	704607675693320	15028	
SIRLENE MARGARIDA SANTOS ROCHA	03.03.01.022-3	07/05/2021	20/05/2021	700909926334497	23856	
SONIA MARIA ALVES DE SOUZA	03.04.10.002-1	05/05/2021	31/05/2021	704607675693320	23814	
SONIA RODRIGUES SILVA	03.03.01.022-3	01/05/2021	09/05/2021	980016289744653	23683	
SUZANA RIBEIRO DE ASSIS	03.03.01.022-3	11/05/2021	17/05/2021	704607675693320	23967	
TAYNA MARIA GOMES DA SILVA	03.03.01.022-3	04/04/2021	12/05/2021	980016297647572	22635	
TERESINHA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO	04.04.01.037-7	07/04/2021	03/05/2021	700103977829312	22271	
TEREZINHA ABREU FERREIRA	04.04.01.037-7	08/05/2021	10/05/2021	700103977829312	23443	

Nome do Paciente	Proc. Principal	Dt.Entrada	Dt.Saída	Médico Resp.	Prontuário	Valor (R\$)
TEREZINHA ABREU FERREIRA	03.03.01.022-3	26/04/2021	08/05/2021	980016295791641	23443	
TEREZINHA ALMEIDA DOS SANTOS	04.07.03.006-9	10/05/2021	19/05/2021	980016295042665	19625	
TEREZINHA ALMEIDA DOS SANTOS	04.04.01.037-7	16/04/2021	10/05/2021	980016284141047	19625	
TEREZINHA FERNANDES DA SILVA	03.03.14.015-1	01/05/2021	13/05/2021	980016295791641	23679	
THIAGO RODRIGO DA SILVA FARIAS	03.03.01.022-3	16/05/2021	23/05/2021	980016295042665	24089	
TOMAZ FILHO FRANCISCO LEITE	04.04.01.037-7	20/04/2021	19/05/2021	980016284141047	21300	
UBIRAJARA FERREIRA DA SILVA	03.03.14.015-1	14/04/2021	07/05/2021	980016295450488	22144	
UIRES RODRIGUES DOS SANTOS	03.03.01.022-3	08/05/2021	13/05/2021	700808488812083	23894	
VALDECI VITORINO MARQUES	03.03.01.022-3	30/04/2021	11/05/2021	980016289744653	23654	
VALDELINA MARIA DE OLIVEIRA SILVA	03.03.04.016-5	20/04/2021	06/05/2021	700909926334497	23271	
VALDIVINO CAROLINA MENDES	03.03.14.015-1	19/05/2021	23/05/2021	204314447780006	24266	
VALNICE CASTRO DA SILVA	03.03.01.022-3	29/05/2021	31/05/2021	980016289744653	24700	
VANDERLEI ALVES DE OLIVEIRA	04.04.01.037-7	24/04/2021	24/05/2021	980016284141047	23316	
VANESSA DIAS COSTA	03.03.01.022-3	19/05/2021	21/05/2021	700008391862504	24240	
VERA LUCIA DE PAULA	03.03.04.014-9	06/05/2021	12/05/2021	980016295042665	23829	
VILMA LEITE DE CARVALHO JARDIM	03.03.01.022-3	04/05/2021	14/05/2021	980016289744653	23722	
VILMA NUNES DA SILVA ZANI	03.03.14.015-1	08/05/2021	14/05/2021	980016295042665	23904	
WAGNER DOS SANTOS RIBEIRO	03.03.01.022-3	08/05/2021	11/05/2021	980016289744653	23896	
WALDEMAR FRANCISCO DOS SANTOS	03.03.04.014-9	05/05/2021	13/05/2021	980016289744653	23813	
WALMERICE PEREIRA MOTA	03.03.01.022-3	28/04/2021	16/05/2021	704204746157788	23565	
WASHINGTON DONATO DA SILVA	03.03.06.021-2	22/04/2021	06/05/2021	980016289744653	23363	
WEBERTHE CARVALHO SANTOS	03.03.01.022-3	01/05/2021	06/05/2021	980016295450488	23692	
WELDER DINIZ DE JESUS	03.03.01.022-3	25/05/2021	29/05/2021	707404028401176	24499	
WELITON DOS SANTOS SILVA	03.03.07.007-2	19/05/2021	27/05/2021	704607675693320	24258	
WEMERSON MEDEIROS DA COSTA	03.03.01.022-3	26/05/2021	28/05/2021	980016000457133	24448	
WESLEY EDSON DE AQUINO	03.03.01.022-3	09/05/2021	16/05/2021	704204746157788	23920	
WESLEY EDSON DE AQUINO	03.03.01.003-7	16/05/2021	28/05/2021	980016289744653	23920	
WILSON EDUARDO DA SILVEIRA	03.03.08.009-4	10/05/2021	17/05/2021	700606425342160	23937	
WILSON ROSENO NASCIMENTO	03.03.06.021-2	15/05/2021	20/05/2021	700909926334497	24080	
ZILDA MARIA LEVEGER VASCONCELOS	03.03.01.022-3	02/05/2021	17/05/2021	700606425342160	23696	
ZILMA MARIA DE JESUS OLIVEIRA	03.03.14.015-1	07/05/2021	21/05/2021	700008391862504	23859	

Total de Paciente: 371

R\$ 0,00

## RELATÓRIO MONITORAMENTO DOS TEMPOS DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**MAIO/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

### 1. MONITORAMENTO DO TEMPO DE ESPERA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**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. Fórmula:** Número de Pacientes classificados na categoria e atendidos no tempo de espera emergente - muito urgente/ número de pacientes classificados em urgente – urgente.

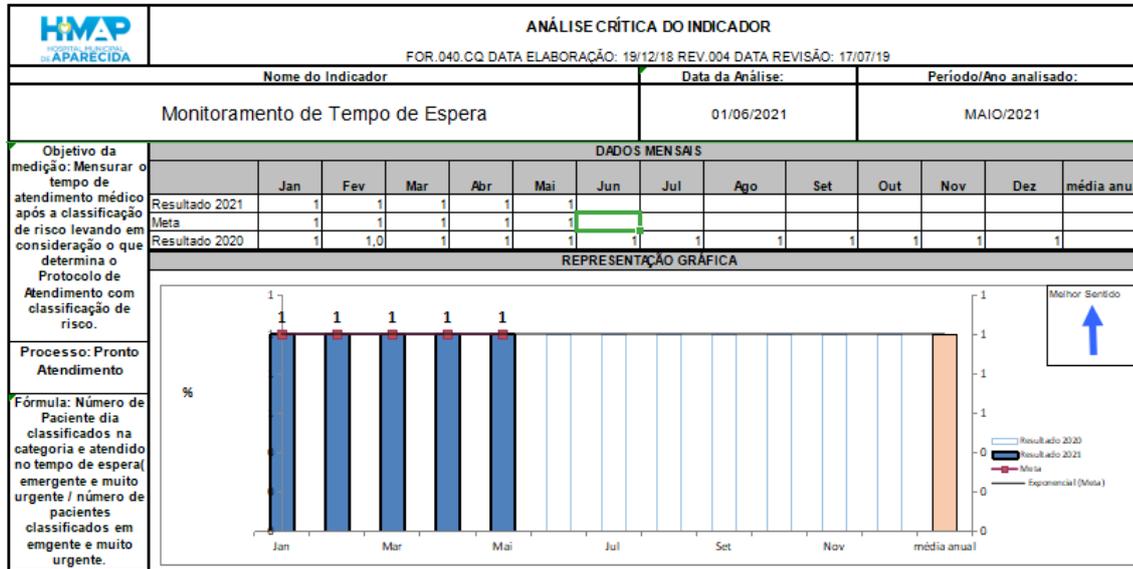
Resultado de Maio:  $209/209=1,0$

### 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.

### 4. Resultado:



## 5. Análise Crítica:

No mês de Maio, **209** pacientes foram classificados como vermelho ou laranja. Todos os pacientes foram atendidos dentro do tempo preconizado no protocolo de classificação de risco.

## 6 . Considerações Finais

No mês de Maio foram atendidos **392** pacientes, destes **209** pacientes foram classificados com vermelho ou laranja. Quanto a classificação por cor foram: **208** vermelhos, **1** laranja, **61** amarelos, **122** verdes e **nenhum** azul. Dos **392** pacientes, **53** 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

MAIO DE 2021

## ÍNDICE

	!!	"# \$ ! %&"	&" ' ! " &
( ) " *			
+ , - &			.
! - &"			.
. / & ! 0 1 " 0			2

## 1. INTRODUÇÃO

!! # 0 /! 3- / - 0 /" " / !  
' ! " & ! " " &" 4- / '5 - " ! 0 ! ! # 0 ! "  
! &" " ! / 3- \* 0 - ! \*  
!" /! " !7 ",

## 2. METODOLOGIA

& 8 & / &1" 0 9! \$  
: ! " & : 7 / & ! ! " ! ! : /0 /' !  
0 /" 9! #" !! 0 & " /7 ; ! ! -  
0 /" ( & ! 0 /" ! /" / ! 3- " / -/  
/" /

## 3. INDICADORES

: ! " & -/ 0 & 0 < : / & ! - ! ! =- /  
/ 0 !

### 3.1. Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar

#### 3.1.1. Objetivo

! !!; ! 0 ! "# \$ ! ,! %&"  
' ! " &  
">/0 ? ! !!; ! ' ! " & ! 3- / / & / )  
! /" 7 0 9/0 ! / " / /" ! / 0 !!  
0 ! / /" ! @ " / /  
! !!; ! ' ! " & ! ! 0& !! 7 0 ! & /  
\* /"- !6 ! & / ) ! ! 3- & ! / 0 !!5 ! 0 /" /-  
\* & =/, !" 0 ! - " 9-" 0 !  
! \* /"- ! ! = - ! " /0 & \* "5\* ! / A \* "5\*  
+ /" ? /" " = !" 6 / B C

**3.1.2. Fórmula:**

---

**3.1.3. Resultado:**

\$ .D .CB\$\$ E**1,15**

**3.1.4. Análise crítica**

9! 7 \* /0 ! .C /" / ; !67 ! 3- !  
0 /!" " ! 0 !!; !6 0 /7 " ( & ( B ?


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 198488 e o código verificador 22775.

	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>						9/6/2021			MAIO						
Objetivo de medição: Mensurar o total de reinternação ocorrida em um determinado período, após alta com 30 dias		Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média anual	
	Resultado 2021	2,13	4,01	1,57	0,78	1,15									1,93
	Meta	2	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	3,83	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															
Valor médio do ano anterior:															
Responsável pela análise: NIR															
Observações:															

**MARIA DAS GRAÇAS SILVA DE SOUSA**  
Gerente NIR - HMAP

# RELATÓRIO DO NÚCLEO SEGURANÇA DO PACIENTE

**MAIO 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:

1. Identificação do Paciente;
2. Cirurgia Segura;
3. Prevenção de Lesão por Pressão;
4. Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde;
5. Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
6. 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.

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

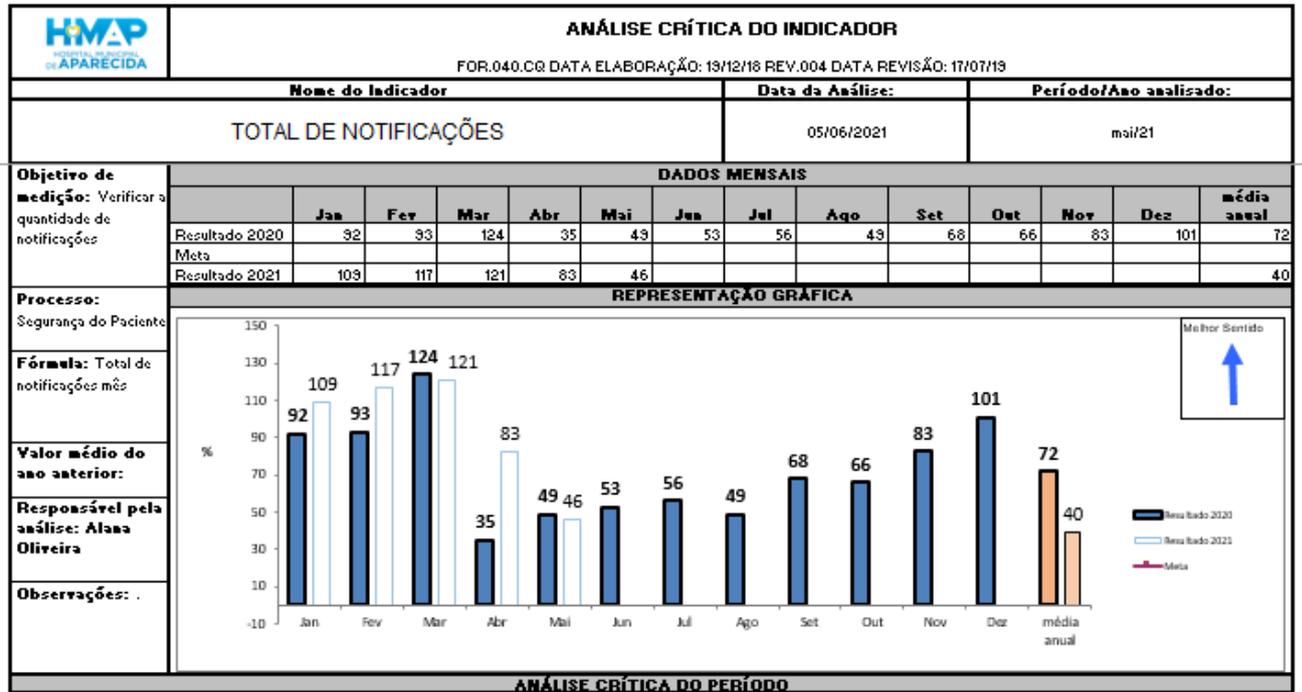
## 2. INDICADOR RELACIONADA AS NOTIFICAÇÕES

### 2.1. Total de notificações

2.1.1. **Objetivo:** Identificar o total de notificações.

2.1.2. **Fórmula:** Número total de notificações do mês Maio

2.1.3. **Resultado:** 46 Notificações



### 2.1.4. Análise crítica:

No mês de Maio foram realizadas 47 notificações, 1 estava sem os dados básicos e foi desconsiderada totalizando 46 notificações.

Todos os incidentes foram categorizados e classificados para verificar quais ações precisam ser tomadas.

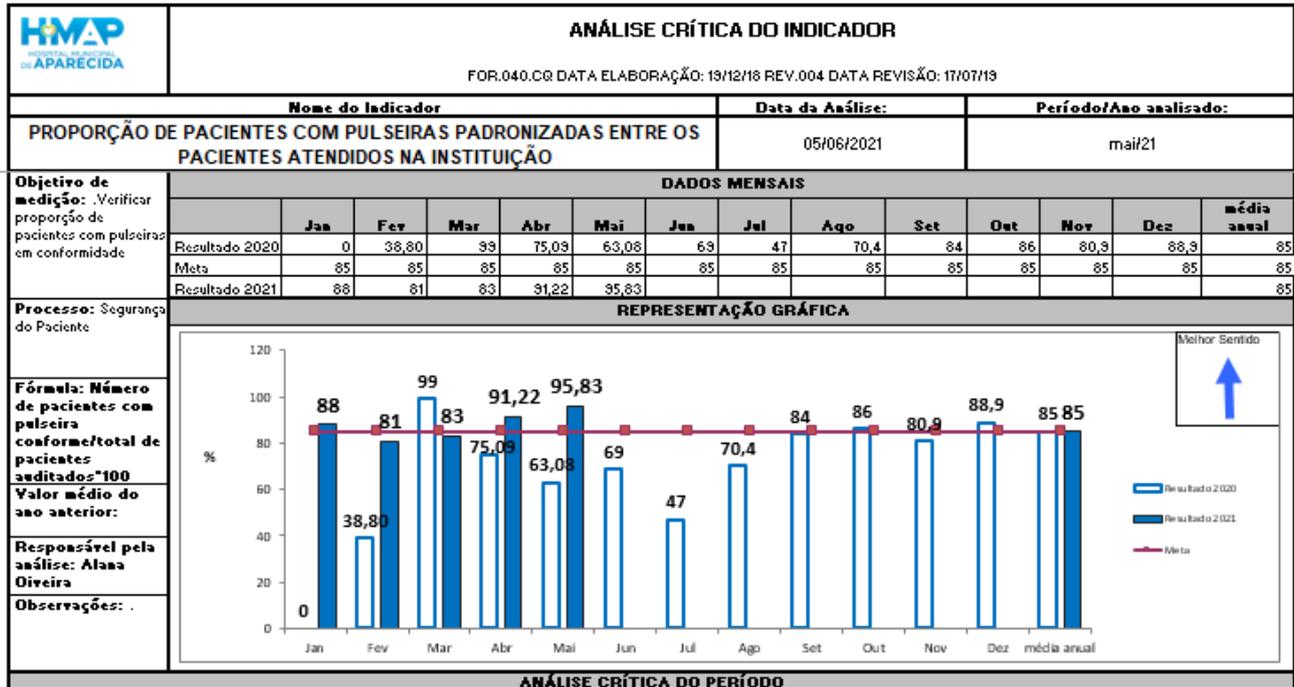
Conforme categorização das notificações:

- Assistência à Saúde: 15
- Comportamento: 21
- Queda: 1
- Comunicação:1
- Cadeia Medicamentosa:1
- Terapia Nutricional:1
- Lavanderia: 2
- Documentação: 1



**3.2.2 Fórmula:** Número de pacientes com pulseira conforme/total de pacientes auditados\*100

**3.2.3 Resultado:** 46/48\*100= 95,83%



### 3.2.4 Análise crítica:

No mês de Maio foram realizadas auditorias clínicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente. Em Maio foram auditados 48 pacientes, em dias aleatórios nos setores de (Clínica Médica D, Clínica Médica E, Pronto Atendimento, UTI 2).

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 da utilização da pulseira.

Quanto à conformidade da pulseira, 46 pacientes estavam com a pulseira em conformidade, totalizando 95,83 % dos pacientes auditados. A respeito das não conformidades, 2 pacientes estavam sem pulseiras de identificação.

De acordo com os dados obtidos, e as orientações relacionadas a identificação do paciente, no mês de Maio foi alcançada 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.

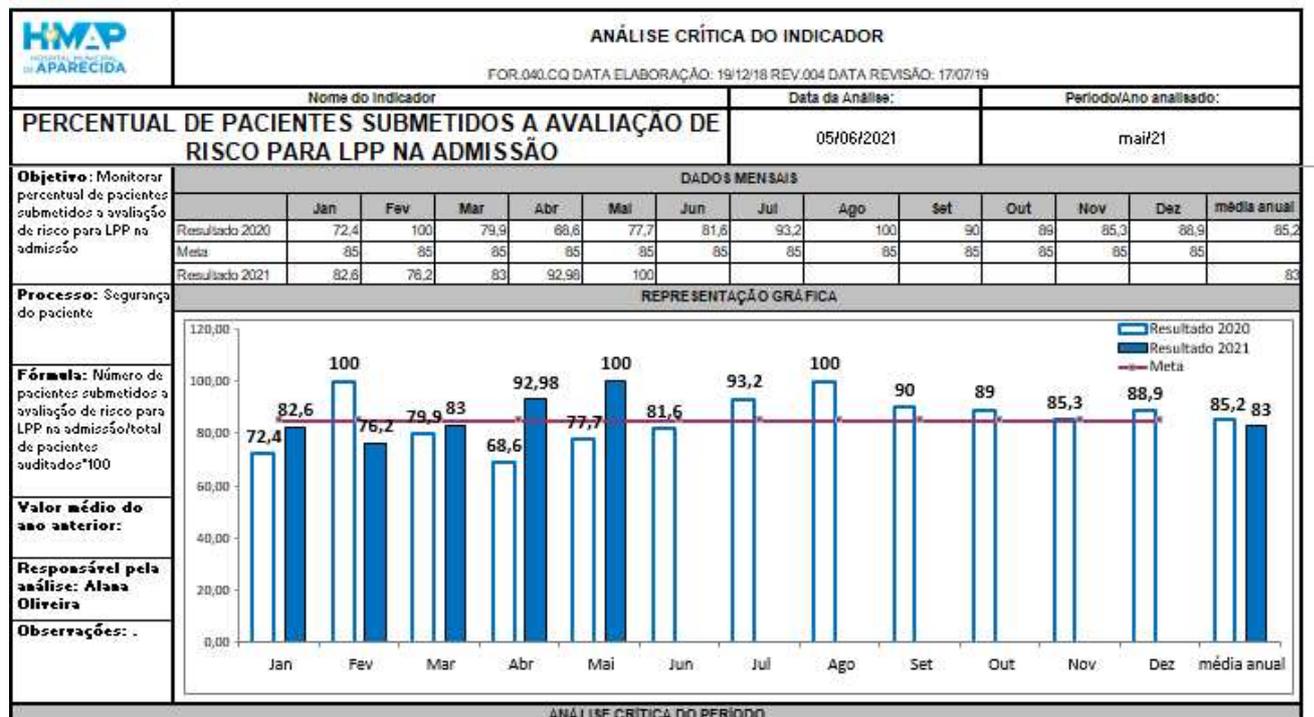
#### 4. INDICADORES DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

##### 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:** 48/48\*100=100%



##### 4.1.4. Análise crítica:

No mês de Maio foi dada continuidade às auditorias clínicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente.

Em Maio foram auditados 48 pacientes, em dias aleatórios nos setores (Clínica Médica D, Clínica Médica E, Pronto Atendimento, UTI 2), sendo que 48 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.

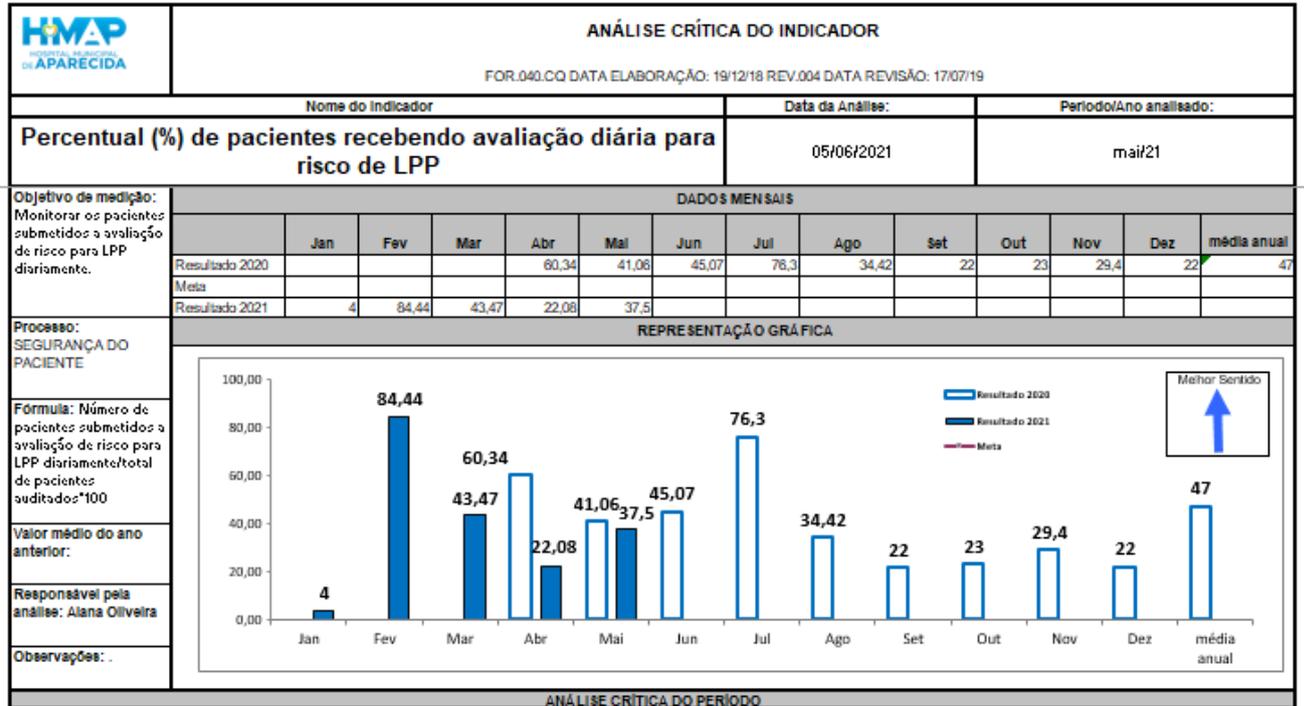
#### 4.2 Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP

**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:** 30/48 \*100=37,5%



**4.2.4 Análise crítica:**

No mês de Maio foram dadas continuidades às auditorias clínicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente.

Em Maio foram auditados 48 pacientes, em dias aleatórios nos setores de (Clínica Médica D, Clínica Médica E, Pronto Atendimento, UTI 2). Verificando a avaliação diária para o risco de LPP 30 receberam essa avaliação diariamente, 18 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 continuidade a equipe assistencial sobre a importância da avaliação diária.

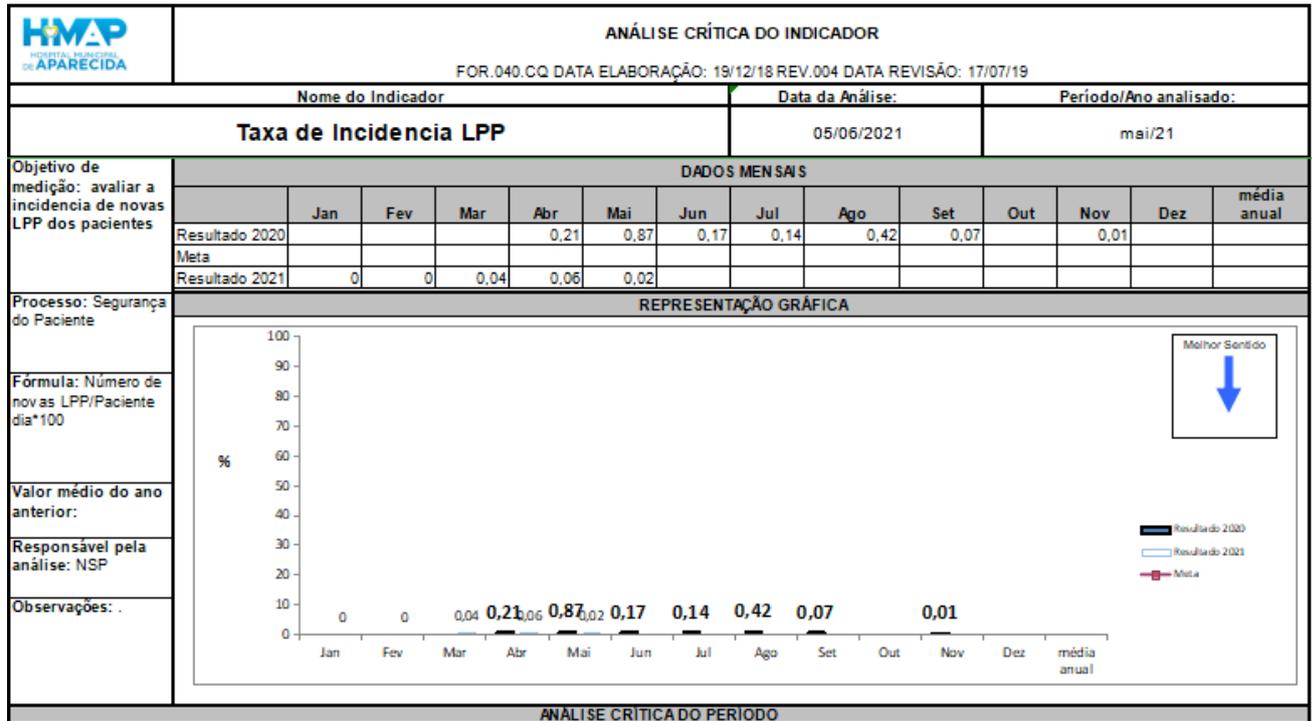
**4.3 Taxas de Incidência de LPP**

**4.2.5 Objetivo:** Monitorar as LPP adquiridas, ou evolução de estágio na internação.

**4.2.6 Fórmula:** Número de novas LPP/total de pacientes dias \*100

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 198488 e o código verificador 22775.

**4.2.7 Resultado:**  $1/3.761 * 100 = 0,02\%$



**4.2.8 Análise crítica:**

No mês de Maio foram notificadas 1 lesão por pressão, sendo realizado a notificação no notivisa, nesse mês tivemos 3.761 pacientes dia, assim a incidência de LPP foi de 0,02%. Dos 48 pacientes auditados, quanto a classificação de risco de LPP, verificamos que 25 eram de baixo risco, 7 eram de alto risco e 16 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:**  $48/48 * 100 = 100\%$

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/Año analisado:				
PROPORÇÃO DE PACIENTES COM AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA REALIZADA NA ADMISSÃO						05/06/2021			maiz1				
Objetivo de medição: Verificar pacientes que receberam avaliação de queda na admissão	DADOS MENSAIS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	Resultado 2020			68,6	98,8	81,6	93,2	88,52	80	83,0	86,7	83,3	85
	Meta	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
Resultado 2021	83	76,27	83	94,73	100								
Processo: Segurança do Paciente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
	<p>Gráfico de barras mostrando a proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão por mês de 2020 e 2021, com uma linha de meta em 85%. O eixo Y representa a porcentagem (%), variando de 0 a 200. O eixo X representa os meses (Jan a Dez) e a média anual. A barra de maio de 2021 atinge 100%, superando a meta. Um ícone 'Melhor Sentido' com uma seta para baixo indica uma tendência positiva.</p>												
	<p>200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0</p> <p>%</p> <p>Jan Feb Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez média anual</p> <p>— Melhor Sentido ↓</p> <p>■ Na avaliação 2020 ■ Na avaliação 2021 — Meta</p>												
	<p>Valor médio do ano anterior:</p> <p>Responsável pela análise: <b>Alana Oliveira</b></p> <p>Observações: .</p>												

### 5.1.4 Análise crítica:

No mês de Maio 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 Maio o foram auditados 48 pacientes, em dias aleatórios nos setores de (Clínica Médica D, Clínica Médica E, Pronto Atendimento, UTI 2). Destes 48 pacientes haviam sido avaliados quanto ao risco de queda na admissão, totalizando assim 100% de pacientes avaliados quanto ao risco de queda na admissão.

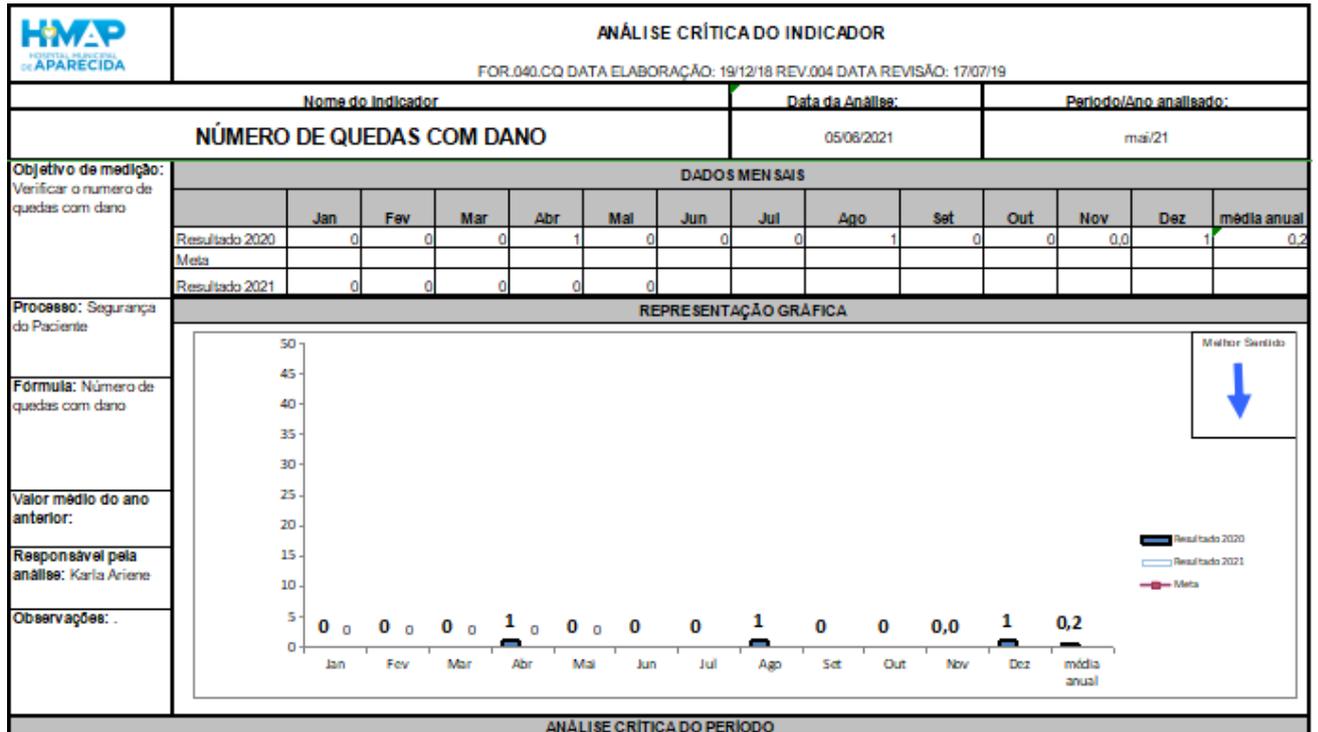
De acordo com os dados obtidos, e os treinamentos realizados sobre queda, foi estabelecida a meta de 85 % dos pacientes serem avaliados na admissão sobre o risco de queda. No mês de Maio essa meta foi alcançada, diante dos dados obtidos demonstram que a equipe vem se empenhando para melhoria da segurança do paciente.

### Número de quedas com dano

5.1.1 **Objetivo:** Monitorar as quedas do paciente e verificar as que tiveram dano

5.1.2 **Fórmula:** Número de quedas com dano

5.1.3 **Resultado:** 0



#### 5.1.4 Análise crítica:

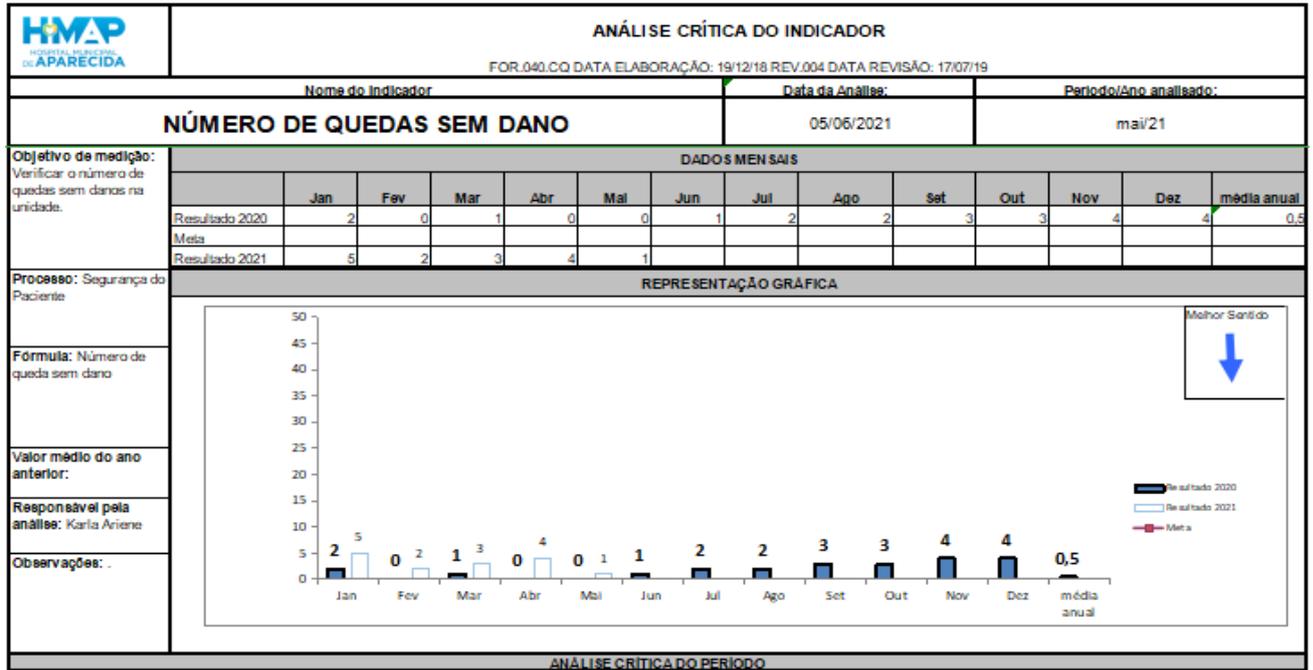
No mês de Maio, não tivemos queda com danos.

#### 5.2 Número de quedas sem dano

**5.2.1 Objetivo:** Monitorar as quedas do paciente e verificar as que não tiveram dano.

**5.2.2 Fórmula:** Número de quedas sem danos.

**5.2.3 Resultado:** 1



### 5.2.4 Análise crítica:

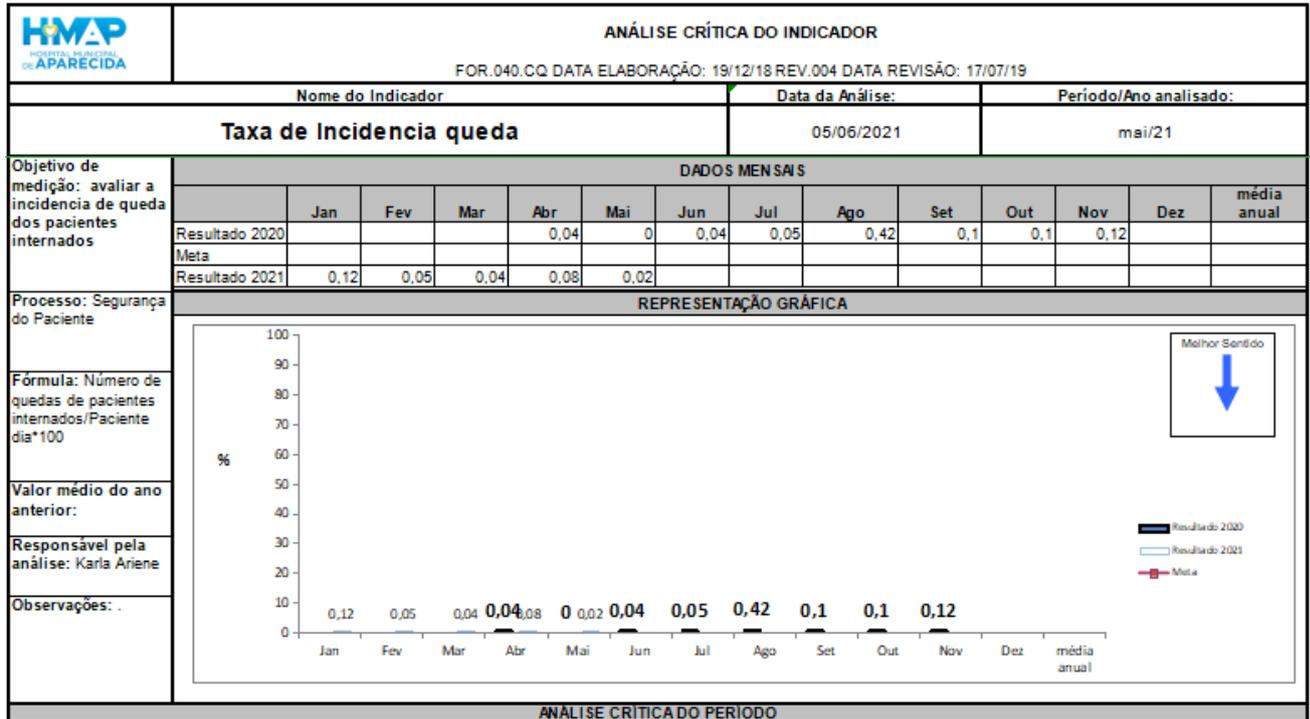
No mês de Maio tivemos 1 notificação relacionada a queda, na qual foi realizado um plano de ação para melhoria do processo. O plano de ação realizados pela equipe foram, orientações sobre o risco de queda, elevação das grades da cama, orientação com os pacientes sobre o risco de queda no hospital, empoderando o paciente.

### 5.3 Taxa de Incidência de queda

**5.3.1 Objetivo:** Monitorar as quedas dos pacientes internados.

**5.3.2 Fórmula:** Número de quedas dos pacientes internados/total de pacientes dias \*100

**5.3.3 Resultado:**  $1/3.761 * 100 = 0,02\%$



### 5.3.4 Análise crítica:

No mês de Maio houve 1 notificações relacionada a queda, nesse mês tivemos 3.761 pacientes/dias, assim a incidência de queda foi de 0,02%.

Dos 48 pacientes auditados, quanto a classificação de risco de queda, verificamos que eram 14 baixos riscos, 9 eram de risco médio e 25 riscos alto.

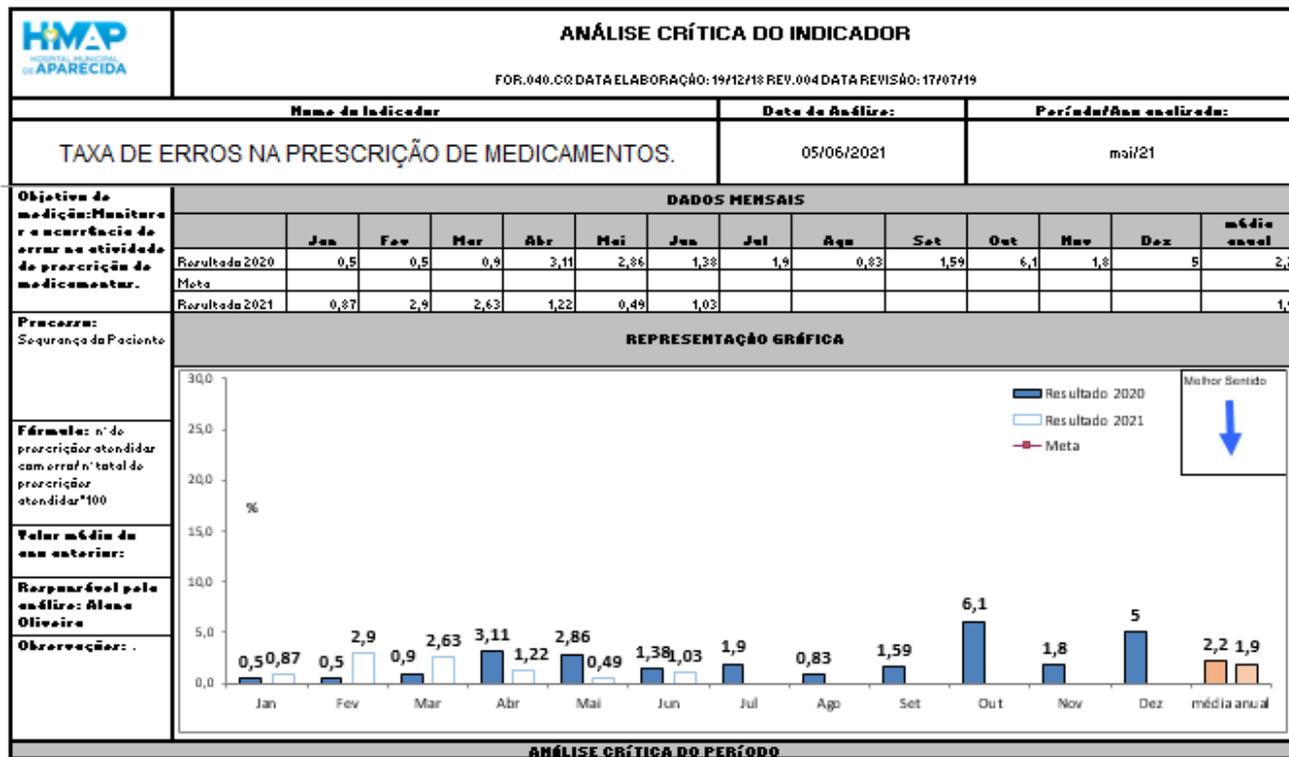
## 6 INDICADORES DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

### 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:** nº de prescrições atendidas com erro/ nº total de prescrições\*100

**6.1.3 Resultado:** 32/ 3.101\*100=1,03%



### 6.1.4 Análise crítica:

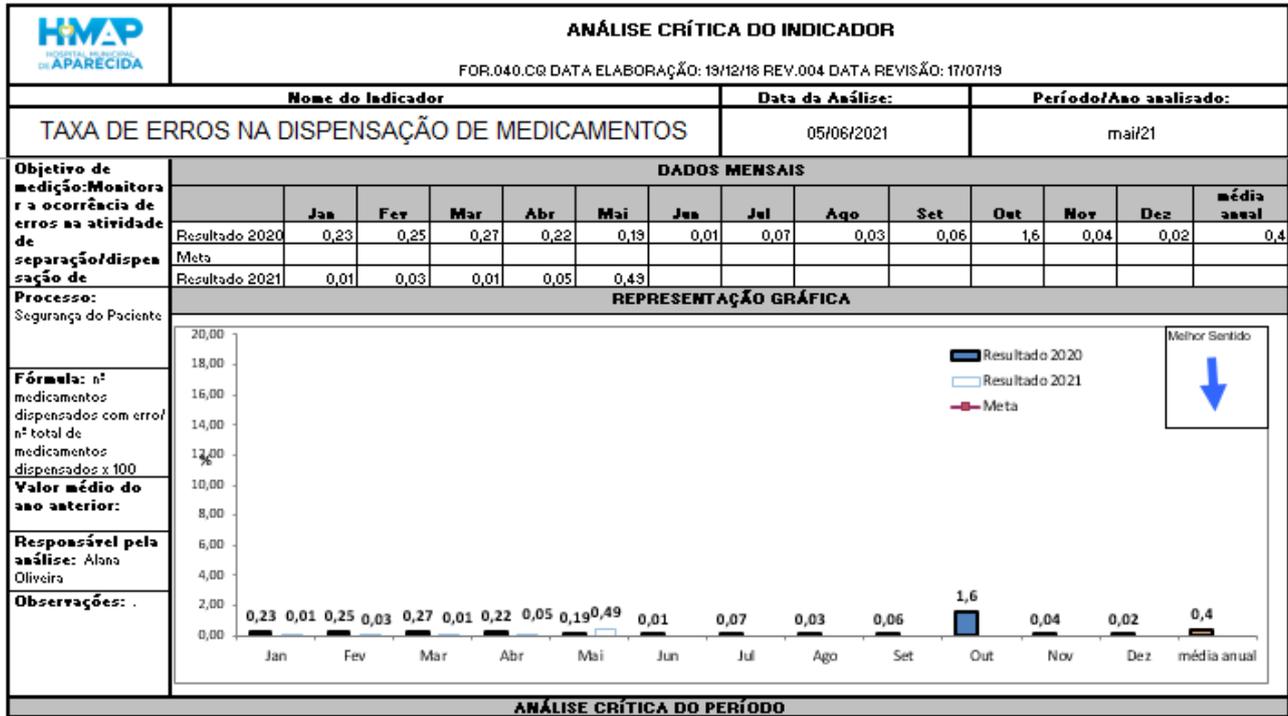
Em Maio de 2021, foram identificados 32 erros relacionados à prescrição médica, sendo que destes (68,75%) devido a inconsistência na prescrição, tais como inconformidades de aprazamento, omissão de doses, repetir receituário do dia anterior sem analisar e corrigir possíveis erros; (9,38%) sobredosagem; (6,25%) intervalo de administração, devido ao não aprazamento, erros de digitação; (3,13%). Alternativa terapêutica mais adequada disponível, e (12,50%) inconsistências nas requisições de medicamentos.

### 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:** n° medicamentos dispensados com erro/ n° total de medicamentos dispensados x 100

**6.2.3 Resultado:** 655 / 131.066\*100=0,49%



### 6.2.4 Análise crítica:

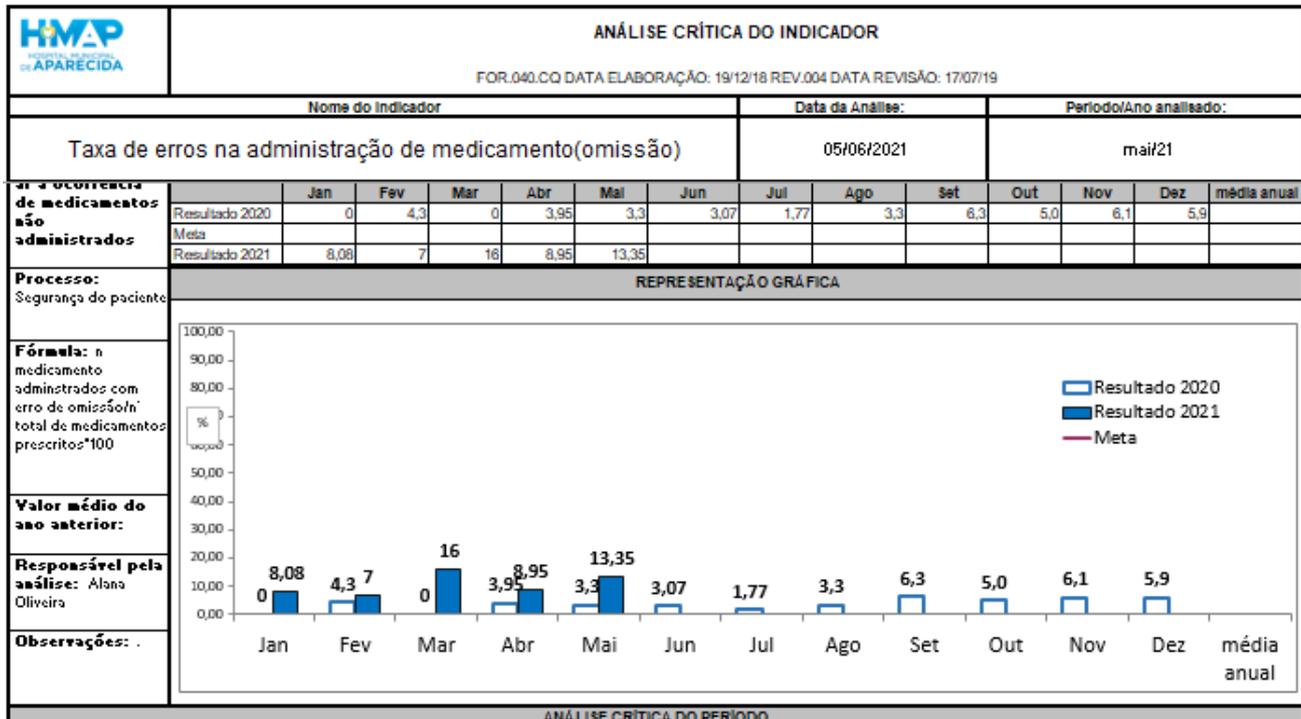
Em Maio de 2021 foram identificados 655 erros relacionado à dispensação. Destes 96,2% (630) devido a omissão de dose. Este aumento significativo se deve a dois fatores principais - \* os erros estavam sendo subnotificados pela equipe de farmácia; \* mês de maio o setor de farmácia passou por rupturas de diversos medicamentos. 1,7% (11) dose excessiva, detectado na montagem e conferência do KIT; 1,1% (7) medicamento dispensado com a concentração errada – farmacêutico verificou o erro na conferência do KIT; 0,9%(6) medicamento errado – medicamento foi triado mesmo estando em SOS; 0,2% (1) medicamento dispensado no KIT com a forma farmacêutica errada – furosemida comprimido X furosemida ampola, correção feita pelo farmacêutico na conferência do KIT.

### 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° medicamentos bolados sem justificativas / n° total de medicamentos auditados\*100

**6.3.3 Resultado:** 42 / 349 \* 100 = 12,03%



### 6.3.4 Análise crítica:

No mês de maio foram dados continuidade as auditorias clinicas, relacionadas aos protocolos de segurança do paciente. Foram auditados 48 pacientes internados nas UTI's e Enfermaria Clinicas, na qual foi evidenciado nas prescrições haviam 322 medicamentos prescritos, destes 43 não foram administrados totalizando 13,35% relacionado ao mês anterior tivemos aumento, na qual iremos realizar treinamentos com a equipe de enfermagem sobre a checagem nas prescrições e com a justificativa dos medicamentos bolados.

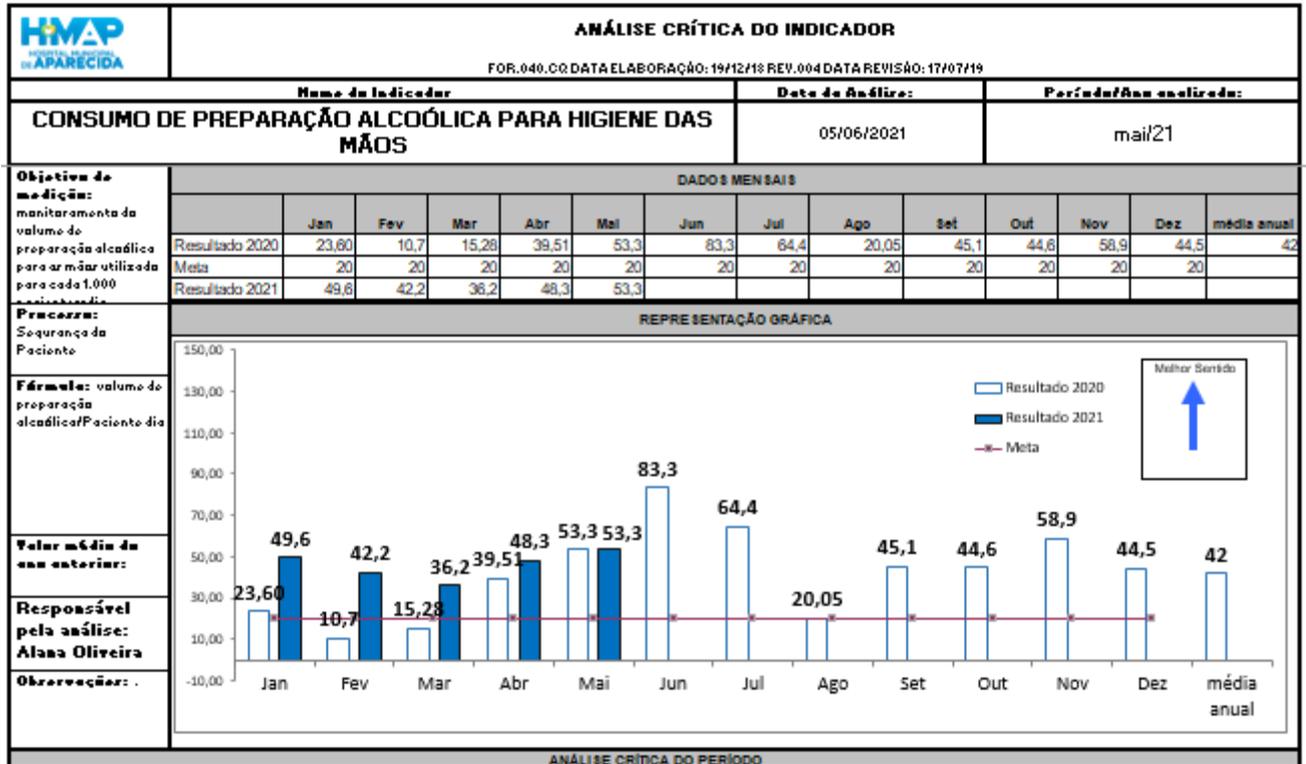
## 7. INDICADORES DO PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

### 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:**  $200.550 / 3.761 = 53,3$  ml por paciente



### 7.1.4 Análise crítica:

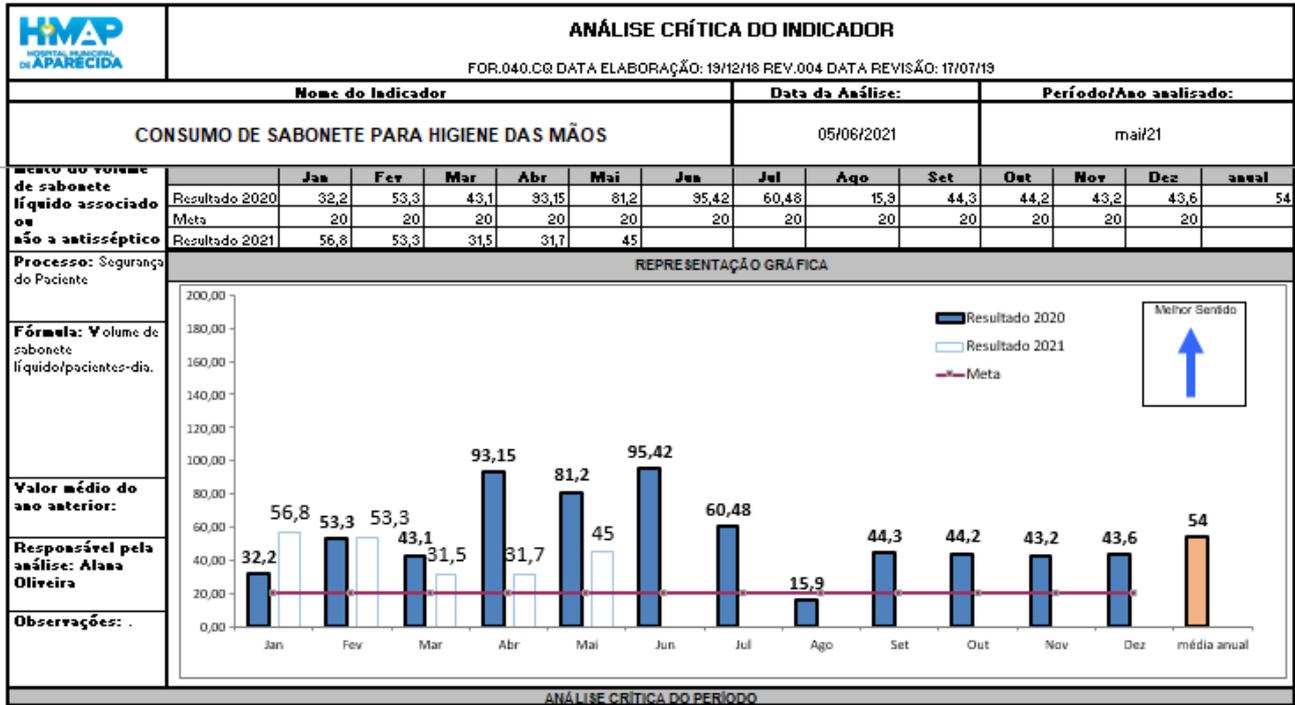
No mês de Maio foram utilizados 200,55 ml de álcool em gel. Esse mês foi satisfatório relacionado as boas práticas de higienização das mãos, na qual cada acionamento de álcool em gel dispensa em torno 1,5 ml então, ocorreram 134 higienizações das mãos por dia (durante as 24 horas) esse fato deve-se ao 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:** 169.250 /3.761 =45,00 ml por paciente



#### 7.2.4 Análise crítica:

No mês de Maio foram utilizados 169,25 ml de sabonete. Esse mês foi alcançado a média, sendo satisfatório na qual cada acionamento de sabão dispensa 1,5ml, sendo então a média de 113 higienizações das mãos por dia (durante as 24 horas).

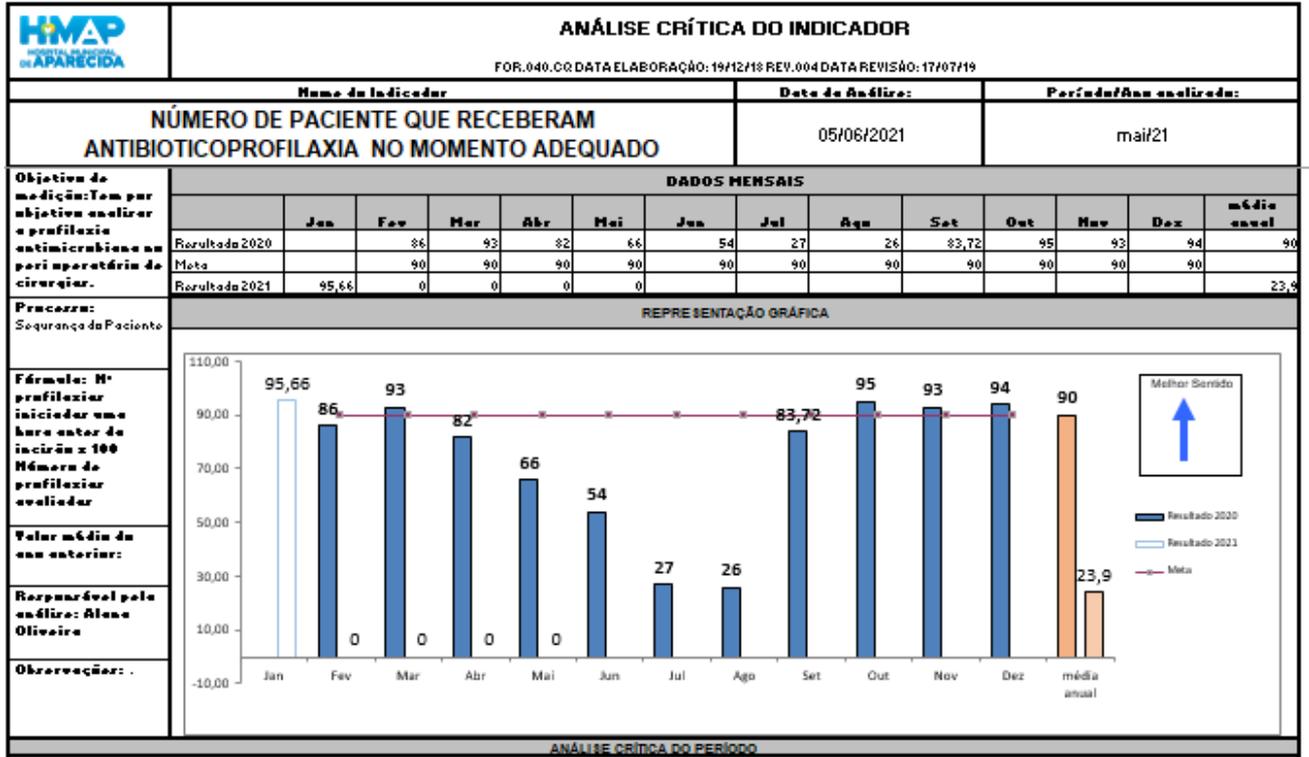
### 8. INDICADORES DO PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

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:**  $N^{\circ}$  profilaxias iniciadas uma hora antes da incisão /Número de profilaxias avaliadas\*100

8.1.4 **Resultado:**  $0/0*100=0\%$



### 8.1.5 Análise crítica:

No mês de maio foram realizadas 45 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, suspendemos as cirurgias eletivas, na qual estamos realizando apenas 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

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR														
FOR.040.CO.DATA ELABORAÇÃO: 19/12/18 REV.004 DATA REVISÃO: 17/07/19														
Nome do indicador					Data de Análise:					Período/Ano analisado:				
Número de cirurgias com erros					05/06/2021					mai/21				
<b>Objetivo de medição:</b> monitorar o número de cirurgias com erros (cirurgias em local errado, cirurgias em	<b>DADOS MENSAIS</b>													
		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													
<b>Processo:</b> Segurança do Paciente	<b>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</b>													
<b>Fórmula:</b> número de cirurgias com erros Número de procedimentos avaliados														
<b>Valor médio de um anterior:</b>														
<b>Responsável pela análise:</b> Alana Oliveira														
<b>Observação:</b> .														

### 8.2.4 Análise crítica:

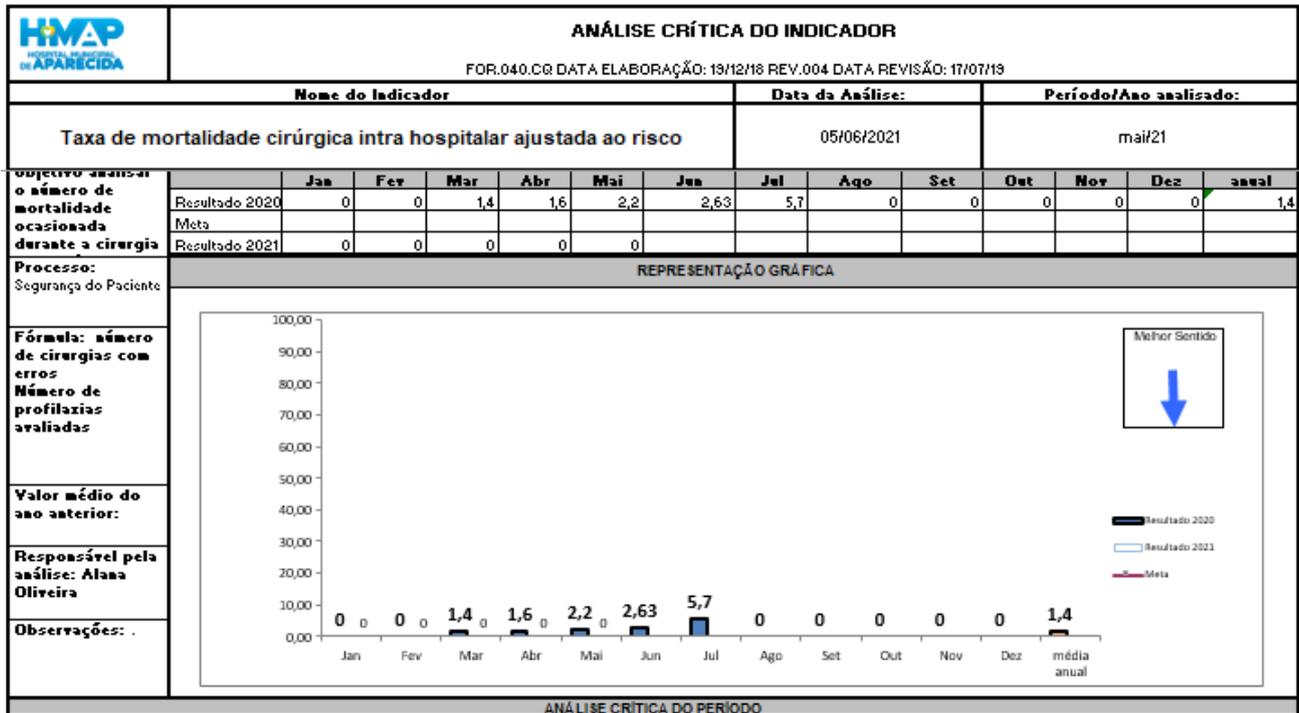
No mês de Maio não teve nenhum erro relacionado a cirurgias em local errado, cirurgias em paciente errado ou procedimentos errados.

### 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 x100

**8.3.3 Resultado:**  $0/46 \cdot 100 = 0\%$



### 8.3.4 Análise crítica:

No mês de maio 45 pacientes realizaram cirurgias, não ocorreu nenhum óbito intra cirúrgico.

## **8 AÇÕES ESTRATÉGICAS**

No mês de Maio prosseguimos com as auditorias clínicas, para acompanhar a efetividade e possíveis fragilidades na composição dos processos de identificação do paciente.

Foi realizado no maio de Abril 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 maio 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 maio 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 goolge 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	

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

**Presidente Do Núcleo de Segurança do Paciente**

**9. ATA DE REUNIÃO**

**ATA DE REUNIÃO**
**Código:** FOR.038

**Setor:** COQUA

**Revisão:** 004

**Página:** 1/2

**Título:** Reunião de comissão Segurança do paciente

**Responsável:** Alana Oliveira da Silva

**Data:** 10/06/2021

**Local:** Sala de reunião

**Horário:** 08:30

às 9:30 h

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

**Pauta: Reunião de alinhamento segurança do paciente**

- Plano de ação para melhorar o indicador de reação adversa a medicamentos (RAM).

-Elaboração de protocolo Clínico (Administração de medicamentos)

-Apresentação dos indicadores do NSP.

**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.	Apresentação dos indicadores relacionados a segurança do paciente	Concluído
2.	Levantamento de novos treinamentos para equipe assistencial,	Concluído
3.	Revisão dos protocolos relacionados a segurança do paciente	Andamento
4.	Foi apresentado os seguintes indicadores do NSP: identificação dos pacientes, notificação de quedas, erros de dispensação de medicamentos, antibioticoterapia em tempo adequado e notificação de reação adversa/queixa técnica a materiais hospitalares. Diante dos dados apresentados foi levantado alguns pontos que precisam ser melhorados para atingir melhores resultados.	Concluído
5.	Criação de protocolos clinico dispensação de medicamentos	Andamento
6.	Sobre a notificação de reações adversas a medicamentos (RAM) foi abordado a importância de realizar treinamento com a equipe de enfermagem, afim de incentivar a equipe a realizar essas notificações e/ou até mesmo informar os casos suspeitos de reações adversas aos farmacêuticos assistências para a aplicação do algoritmo e realização da notificação, já que atualmente esse dado está subnotificado. A data do treinamento não foi definida.	Concluído

**Plano de ação**

 Sem mais a relatar, eu **(A)** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Assinatura do relator: Alana Oliveira Da Silva

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: Reunião Núcleo de segurança do paciente**

**Responsável: Qualidade**

**Data: 09/06/2021**

**Horário: 08:30 às 9:30 h**

**Carga H. Total: 1h**

**Local: Sala de Reunião**

**Tipo:**  Palestra  Treinamento/Curso

Reunião

**Pauta:**

Nº	NOME	FUNÇÃO/CARGO	SETOR	ASSINATURA/VISTO
1	Elaine Rose de Silva	Gerente	Multi	[Assinatura]
2	Volobirene José da Costa	Analista	NSA	[Assinatura]
3	Erica O. Pompa	Coord. Enf.	CM	[Assinatura]
4	Mara Kelma J. B. K. Borges	Gerente	Enf.	[Assinatura]
5	Analu Alves	Coord. Enf.	UTI	[Assinatura]
6	Glauciene Souza Silva	Coord. Fam.	Fam.	[Assinatura]
7	Guilherme Rodrigues dos Santos	Coord. Enf.	CCIPA	[Assinatura]
8	Lilian Laura Braga	Coord. Enf.	Prod	[Assinatura]
9	Sara Jones Leão	Coord.	EP	[Assinatura]
10	Kassia Karolyne de Almeida	Analista	NACP	[Assinatura]
11	Maria Bezerra Melo Porto Cortes	ADM	NOSP	[Assinatura]
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Número de participantes: 11

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

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

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

# RELATÓRIO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

**MAIO 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

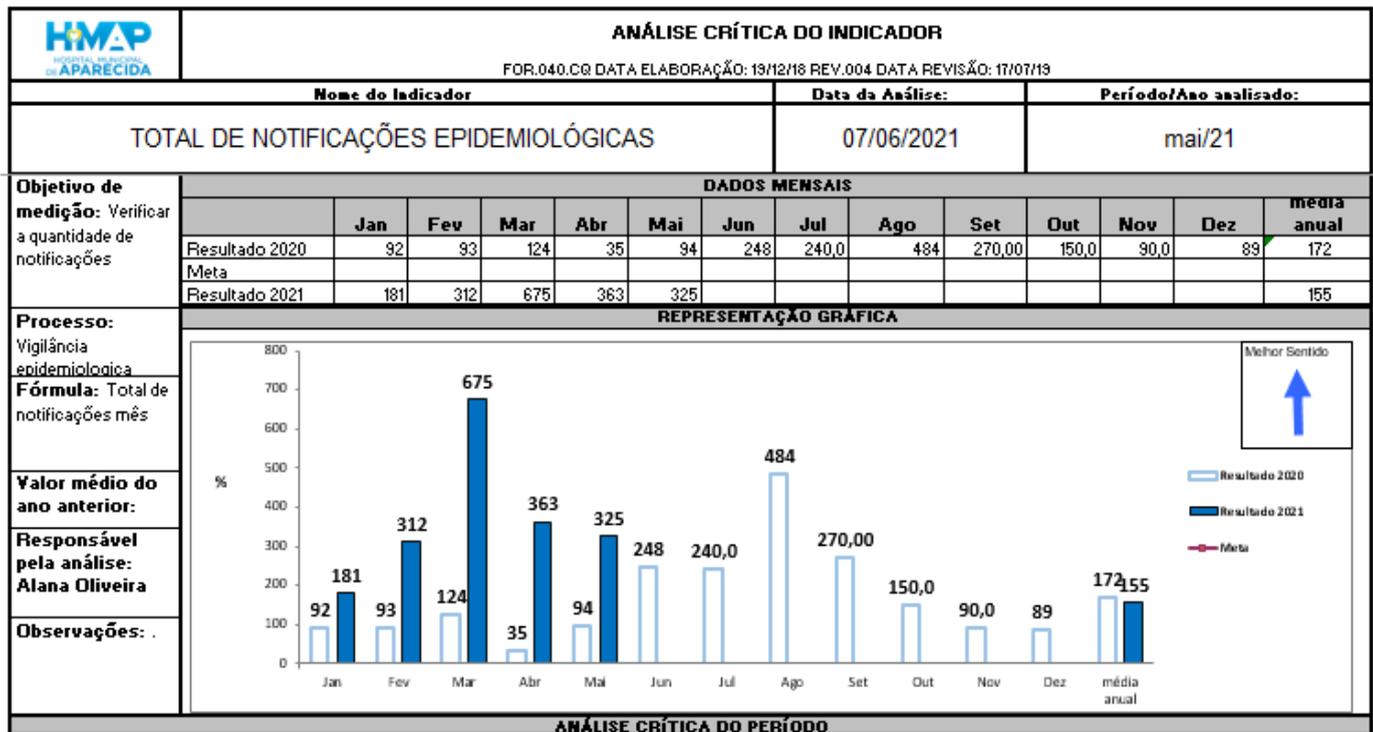
#### 2.1.1. Objetivo

Monitorar mensalmente, as notificações de agravos epidemiológicos dentro do hospital.

#### 2.1.2. Fórmula

Número absoluto de Notificações Epidemiológicas no Mês de

Maio: **Resultado: 325**



#### 2.1.3. Análise Crítica

No mês de Maio ocorreram **325** notificações, sendo elas:

<b>Doenças/Agravos</b>	<b>Total</b>
Covid -19	321
TB	02
HIV	01
Dengue	01
<b>TOTAL</b>	<b>325</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 maio tivemos **280** Notificações relacionados a COVID 19, sendo que destas, **217** casos foram confirmados e **104** casos descartados. Diante desse cenário Percebe-se uma diminuição dos números de óbitos relacionados a COVID-19, sendo **35** óbitos confirmados e **33** óbitos descartados, totalizando **82** óbitos. Relacionado ao levantamento de dados a média de idade se situa entre 50 e 90 anos, sendo que 45% são do sexo feminino e 60% do sexo masculino, sendo relacionadas as principais comorbidades: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Obesidade e DPOC.

Foram realizados 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.

Em maio foi realizado uma capacitação com a equipe técnica sobre os Preenchimentos de fichas de SRAG, e a realização de RT PCR.

### 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 quanto 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	Em andamento	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 Oliveira da Silva*

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



Documento assinado eletronicamente por ALANA OLIVEIRA DA SILVA, 040.012.103-47, UNIDADE - QUALIDADE, em 17/06/2021 às 15:06, 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 29/06/2021 às 17:40, 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 198488 e o código verificador 22775.