

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

INTRODUÇÃO

O relatório apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Organização Social de Saúde Instituto Sócrates Guanaes - ISG, para o gerenciamento do Hospital de doenças Tropicais - HDT, do Contrato nº 91/2012 do período de Janeiro a Junho de 2019, referente ao 7º Termo Aditivo, e de Julho a Dezembro referente ao 9º Termo Aditivo.

EXECUÇÃO – AÇÕES/ATIVIDADES

O HDT é uma unidade Terciária de assistência à saúde de alta complexidade, sendo o perfil especializado em assistência aos portadores de doenças infecciosas, dermatológicas, meningites, PrEP e vítimas de acidentes por animais peçonhentos, que são encaminhados a unidade via Central de Regulação do município de Goiânia e porta aberta a pacientes com HIV/ AIDS, já em tratamento/acompanhamento na unidade, vítimas de acidentes por animais peçonhentos e Profilaxia Pós-Exposição – PrEP. O Hospital possui Núcleo Interno de Regulação – NIR, com objetivo de receber as regulações provindas do complexo regulador municipal.

Serão apresentados a seguir os números da produção do Hospital de Doenças Tropicais - HDT, referente ao ano de 2019. Todas as informações são coletadas diariamente através de censos estatísticos elaborados pelos colaboradores responsáveis de cada serviço. Os dados são compilados em forma de planilhas de análise mensalmente, onde compõem o Plano Estatístico do HDT.

E respondendo ao Ofício Circular n º 240/2019 – SES, mediante Resolução Normativa nº 013/2017 – TCE/GO, segue abaixo dados referentes ao Item14 subitem p1, p2 e p3.

P1) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas;

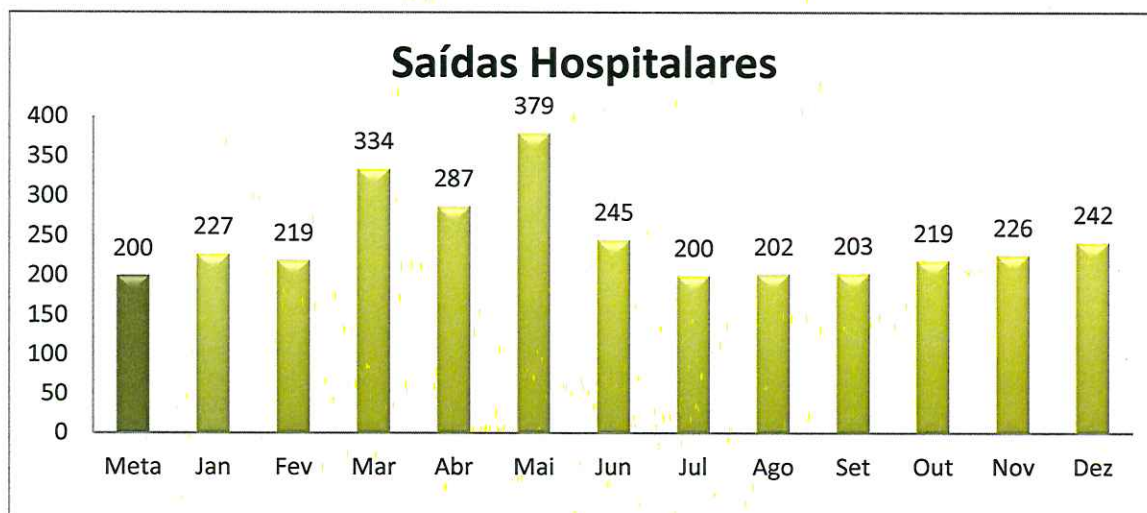
P2) a execução dos programas de trabalho propostos pela organização social, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizam o pleno cumprimento das metas estabelecidas;

Segue abaixo os dados referente a p1 e p2:

INDICADORES DE PRODUÇÃO – PARTE FIXA

O Contrato de Gestão estabelece as metas relativas à produção da atividade assistencial. As linhas de contratação são definidas de acordo com o perfil de cada unidade hospitalar e são monitorados mensalmente, avaliados a cada trimestre/semestre conforme o contrato. Demonstrando por tabelas o consolidado da produção contratada, realizada e a variação percentual para o período, disposto mensalmente. Seguido das estratificações:

1. Saídas Hospitalares Faturadas



Fonte: Faturamento HDT

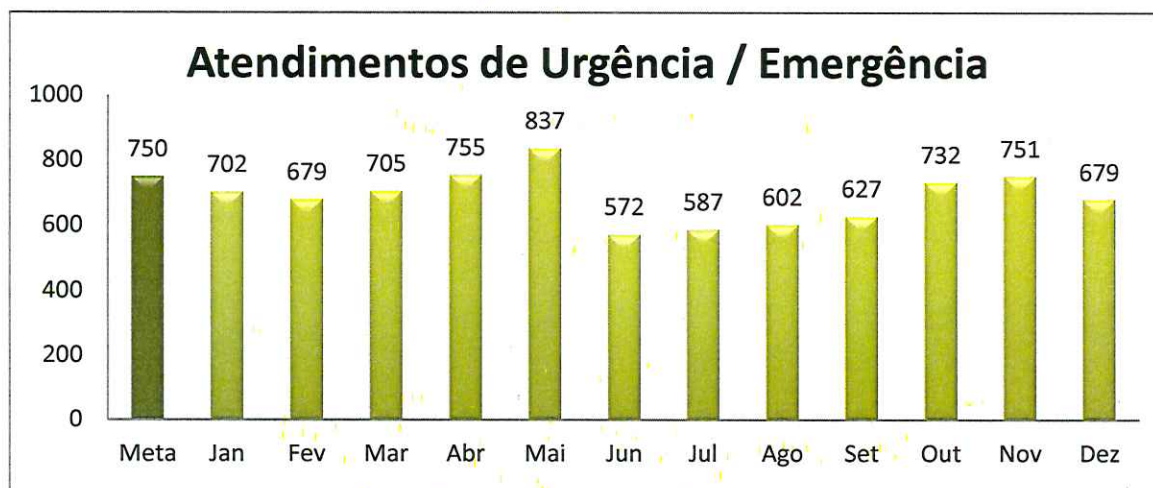
Acumulado - 2019			
Período	Previsto	Produção	Variação
1º Trimestre	600	780	130%
2º Trimestre	600	911	152%
3º Trimestre	600	605	101%
4º Trimestre	600	687	114%

As saídas hospitalares conforme contrato de gestão nº 091/2012 – ISG/SES – GO, são mensuradas através da apresentação das AIH's emitidas pelo gestor em cada mês. Mantivemos nossa produção acima da meta estipulada, com maior oscilação no mês de

Março, influenciado pelo aumento de AIHs que estavam represadas na tentativa de normalizar nossos dados. Estamos trabalhando adjacente com a Secretaria de Saúde de Goiás - SESGO, para adequar nossa meta a realidade da instituição. Nossos processos estão em constantes melhorias para melhor atender nosso cliente.

2. Atendimento às Urgências/Emergências

Conforme o 7º e 9º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Nº 091/2012- SES/GO os atendimentos de Urgência e Emergência ficam estipulados em 750 atendimentos médicos.



Fonte: RIH estratégico/MV HDT

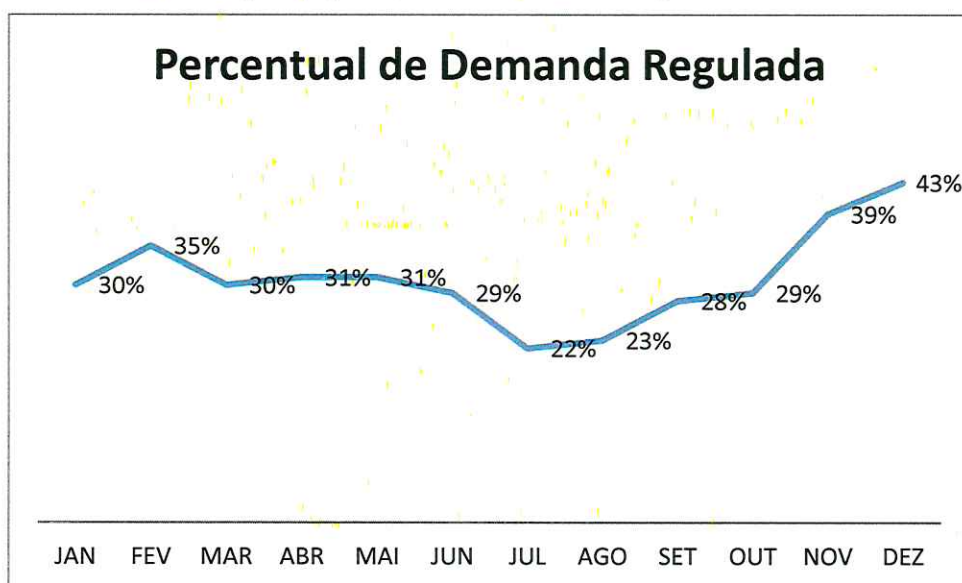
Acumulado - 2019			
Período	Previsto	Produção	Varição
1º Trimestre	2250	2086	93%
2º Trimestre	2250	2164	96%
3º Trimestre	2250	1816	81%
4º Trimestre	2250	2162	96%

A emergência possui demanda de atendimento Regulada e de porta aberta para alguns casos de pacientes portadores de HIV/Aids, acidente com Animal Peçonhento, profilaxia Pre-Exposição - PrEP, na sua maioria, pacientes que precisam de atendimento especializado de infectologia e dermatologia e que adentram a unidade necessitando

muitas vezes de serem colocados em precauções especiais (contato, gotículas ou respiratórias/aerossóis), dessa forma devendo de quarto de isolamento, o que interfere na nossa capacidade de novas admissões, visto que, 1 paciente ocupa 2 leitos de observação, processo esse que somado a outros eventos, influenciam na nossa produção emergencial.

Percebemos que no **primeiro** trimestre atingimos uma produção abaixo da meta proposta, porém nos mantemos dentro do limite tolerável de déficit na produção da emergência. Já no **segundo** semestre fica evidente um aumento do número de atendimentos em decorrência dos casos de dengue nos meses de Abril e Maio, exceto no mês de Junho onde a emergência sofreu impacto referente aos bloqueios técnicos de leitos em manutenção na unidade. E analisando o segundo semestre, e que mesmo o mês de Junho ficando abaixo da meta, a produção acumulada do trimestre permaneceu dentro do limite tolerável de déficit na produção.

No terceiro **trimestre** alcançamos 81% da meta contratada, não atingindo 90% do limite tolerável. E analisando os motivos do descumprimento de meta, podemos constatar que alguns fatores colaboraram para isso, como por exemplo, o baixo número de pacientes regulados para a Unidade, que corresponderam a aproximadamente 25% da demanda atendida, a após detectarmos falha dos encaminhamentos dos pacientes, e discutido com a Central de Vagas do Município e Estado, onde ambos se comprometeram a melhorar o fluxo de encaminhamento de pacientes, pode-se observar uma melhora gradativa da demanda regulada, conforme demonstrado gráfico abaixo.



Fonte: RIH estratégico HDT

Outro fator que causou impacto foi à falta do aparelho de tomografia na unidade desde 20/06/2019, nesses meses enfrentamos dificuldades das outras unidades de saúde em

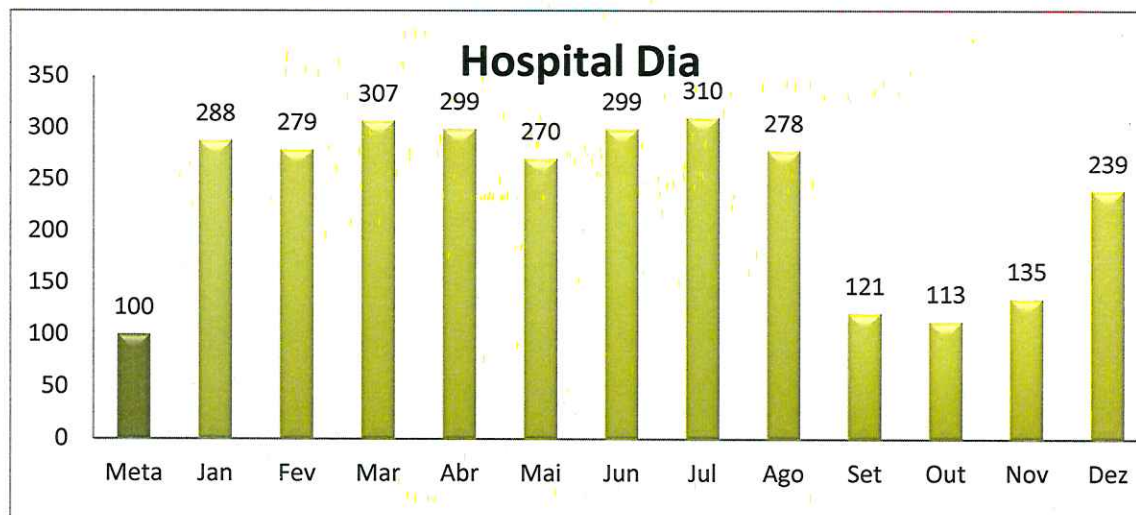
receber o paciente do HDT para a realização das tomografias, pelo preconceito com nossos pacientes independente de estar o paciente em precaução especial ou não, isso gerou aumento do tempo de internação, o que resultou em falta de leitos para giro do paciente da emergência para as alas de internação, inviabilizando novas internações. E somente após exaustivas discussões com a SES, Central de Vagas e Unidades de Saúde é que conseguimos começar a regular os pacientes para fazerem as tomografias fora da nossa Unidade.

No terceiro trimestre houve também o bloqueio técnico de 29 leitos de internação no HDT em decorrência de problemas estruturais, e esses leitos foram sendo liberados gradativamente conforme foram sendo concluídas as reformas. Estes bloqueios geraram impacto na disponibilidade de leitos, o que inviabilizava a liberação dos leitos da emergência.

Iniciamos ações de melhoria de com relação à gestão dos leitos da unidade, com intuito de otimizar a utilização dos leitos e acompanhar mais de perto o dia dos pacientes internados, visto que a falta do tomógrafo impactou em várias metas contratuais necessitando de ações de melhoria para otimização do fluxo de internações. Foi disponibilizado um profissional que faz o acompanhamento diário do período de internação dos pacientes, analisando o motivo da permanência e os entraves que impedem ou retardam a alta. Com essas ações conseguimos melhorar o processo de internação e fluxo dos pacientes, deixando a emergência mais livre para receber novas internações.

Entendemos que as ações de Gestão de Leitos associada ao melhor e maior envio de pacientes pela Regulação, contribuíram para o aumento dos atendimentos de Urgência e Emergência, e no **quarto** trimestre podemos identificar esse aumento de atendimentos, exceto no mês de Dezembro que em decorrência dos feriados de fim de ano e que impactam no quantitativo de pacientes ocasionam redução do quantitativo de pacientes, porém nos mantendo em 96% sobre a meta contratada.

3. Hospital Dia



Fonte: RIH estratégico/MV HDT

Acumulado - 2019			
Período	Previsto	Produção	Varição
1° Trimestre	300	874	291%
2° Trimestre	300	868	289%
3° Trimestre	300	709	236%
4° Trimestre	300	487	162%

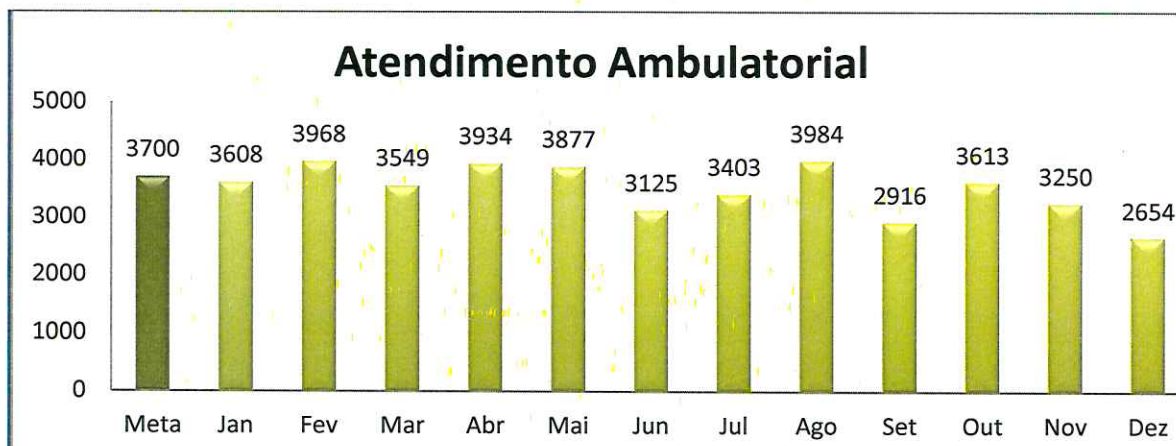
No Hospital Dia estamos sempre acima da meta. O setor recebe pacientes específicos do HDT que necessitam administrar medicações que na sua maioria são prescritas pelos médicos do ambulatório. O setor está contemplado com 10 leitos e consegue até o momento, atender a demanda necessária.

Na produção do Hospital foi considerada a orientação que descreve o 7º e o 9º termo aditivo do contrato de gestão 091/2012, ou seja, registrar entrada e saída dos pacientes no mesmo dia.

Observamos que superamos a meta em mais de 100% em todos os trimestres.

4. Atendimento Ambulatorial

Conforme o 7º e 9º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão N°91/2012- SES/GO, as metas dos atendimentos ambulatoriais ficam estipuladas em 3700 atendimentos.



Fonte: RIH estratégico/MV HDT

Acumulado - 2019			
Período	Previsto	Produção	Variação
1º Trimestre	11.100	11.125	100%
2º Trimestre	11.100	10.936	98%
3º Trimestre	11.100	10.303	93%
4º Trimestre	11.100	9.517	86,5%

Considerando a meta estipulada, observamos que em relação ao total de consultas previstas para cada semestre, superamos no **primeiro, segundo e terceiro trimestre** a meta contratada de 90%, mesmo com a influência da taxa de absenteísmo de 25%, que corresponde na maioria dos casos, ao perfil dos nossos pacientes, moradores do interior de Goiás e que interfere diretamente na nossa produção. E somente no **quarto trimestre** não alcançamos a meta, em decorrência dos feriados prolongados, pontos facultativos e absenteísmos dos pacientes.

Especificamente no mês de Dezembro em decorrência do Decreto nº 9.577 de 12 de dezembro de 2019, que dispõe sobre ponto facultativo dos dias 23, 24, 30 e 31/12, gerou grande impacto nas metas, pois foi necessário remarcar 274 pacientes para datas posteriores no ano de 2020 em virtude da exiguidade do tempo para o remanejamento.

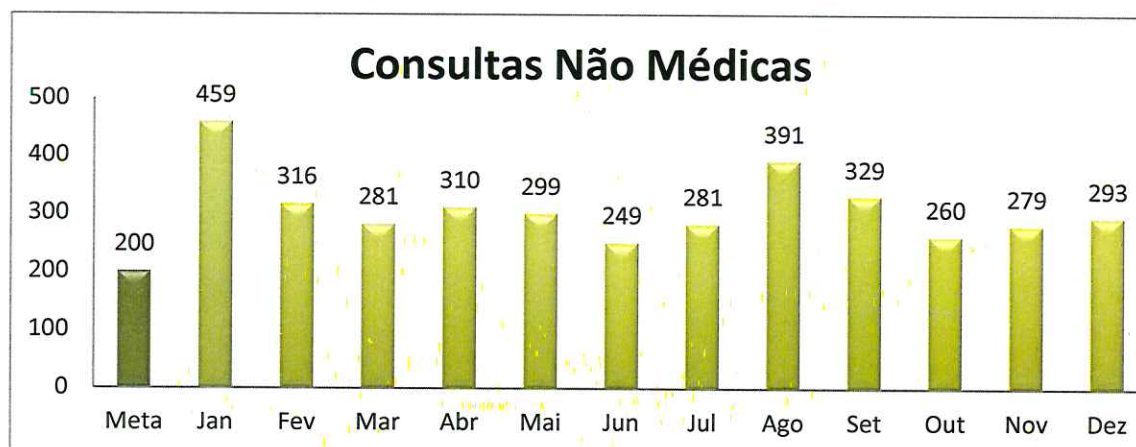
Vale ressaltar que, os pacientes que adentram a unidade, estão em busca de tratamento especializado, na sua maioria para infectologia, e segundo os princípios do SUS lei 8080/1990, sobre "Equidade", devemos tratar os desiguais com desigualdade, isto também é o que reforça o projeto QUALIAIDS – que fala sobre as "Boas práticas da assistência Ambulatorial em AIDS no SUS. O projeto reforça que: os pacientes de primeira consulta (o caso novo) o atendimento é mais longo em função de ser um primeiro contato, que costuma estar cercado de expectativas e ansiedades por parte do

paciente, e pela maior demanda médica em realizar uma investigação mais detalhada. O profissional necessita de tempo suficiente para traçar um perfil inicial do paciente, examiná-lo, formular e explicar a impressão diagnóstica, orientar os exames, discutir e acordar um plano terapêutico, processo esse que demanda um tempo diferenciado de atendimento e que somado a outros fatores impacta nas metas de produção.

Outra ação que realizamos para diminuir a taxa de absenteísmo é a realização de encaixes, visando substituir os pacientes faltosos por pacientes que estão em espera por uma vaga de consulta especializada.

Realizamos também um trabalho sobre o dimensionamento médico e do tempo de utilização ambulatorial, com intuito de aperfeiçoar os atendimentos e aumentar o número de consultas para nos adequarmos a meta contratada de 3.500 atendimentos médicos. As ações são contínuas e ainda estão em andamento para apresentar melhoria do processo.

4.1 Total de Consultas Não Médicas



Fonte: RIH estratégico/MV HDT

Produção Mensal – 2019													
Setor	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Psicologia	100	134	104	114	116	125	106	124	166	182	127	133	178
Farmácia	100	325	212	167	194	174	143	157	225	147	133	146	115
Total	200	459	316	281	310	299	249	281	391	329	260	279	293

Acumulado - 2019			
Período	Previsto	Produção	Varição
1º Trimestre	600	1056	176%

2º Trimestre	600	858	143%
3º Trimestre	600	1001	167%
4º Trimestre	600	832	139%

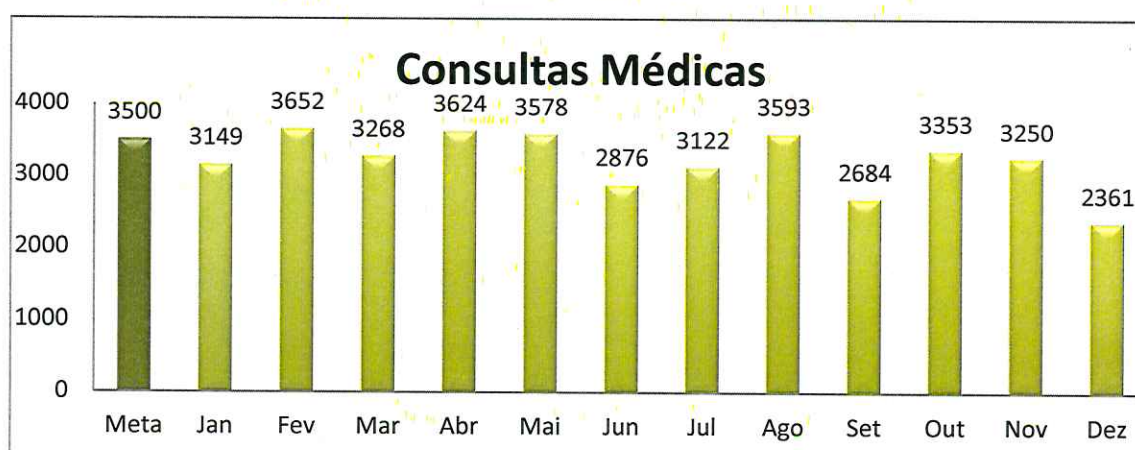
A produção não-médica é formada pelos atendimentos de Farmácia Ambulatorial e Psicologia Adesão. Essas equipes organizam e sistematiza sua assistência com foco no indivíduo, desenvolvendo os diferentes saberes com autonomia e de forma interligada, o que propicia uma multiplicidade de olhares que enriquecem o processo terapêutico e contribui para um cuidado integral, qualificando o diálogo entre profissionais e usuários, em busca de uma clínica ampliada e compartilhada.

Nota - se que em Janeiro houve um aumento nos atendimentos e isso ocorreu em decorrência da entrega de medicamentos para Hepatite C que estavam atrasados, e que foi entregue uma grande quantidade grande de uma única vez, implicando no aumento dos atendimentos para dispensação do medicamento em tempo hábil.

Observamos que superamos a meta proposta em todos os trimestres, isso se deve a melhoria constante dos processos, visando prestar uma assistência especializada, multidisciplinar, sistemática e segura para nossos pacientes.

Em 2020 através do “Projeto Vivaz” para melhoria do acolhimento de pacientes e estímulo da adesão as terapias continuadas irão aperfeiçoar os processos assistenciais do HDT.

4.2 Total de Consultas Médicas



Fonte: RIH estratégico/MV HDT

Acumulado - 2019			
Período	Previsto	Produção	Varição

1º Trimestre	10.500	10.069	96%
2º Trimestre	10.500	10.078	96%
3º Trimestre	10.500	9.399	89%
4º Trimestre	10.500	8.964	85%

A produção médica é composta pelas consultas por especialidades médicas, conforme o 7º e 9º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão N°91/2012- SES/GO com meta de 3.500 atendimentos.

Observamos que ocorreram oscilações no número de atendimentos, em decorrência de férias, licenças, atestados, feriados prolongados e pontos facultativos que impactam diretamente no quantitativo de vagas disponibilizadas e atendimentos. O mesmo acontece com as vagas disponibilizadas para o município que em sua grande maioria não são preenchidas.

A produção acumulada no 1º e 2º trimestre permaneceu dentro do limite tolerável dos 90% da meta contratada. No o 3º trimestre atingimos 89% da meta contratada, e no 4º trimestre 85%.

Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas

INDICADOR	META CG	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
CARDIO		109	100	101	111	92	110	131	124	0	93	108	89	97
C. TORÁCICA		6	6	3	6	6	7	11	7	7	3	0	0	5
DERMATO		728	780	668	822	698	457	758	695	653	742	744	410	680
ENDOCRINO		0	137	114	146	149	116	0	55	78	80	75	66	85
GASTRO		120	47	115	40	122	116	135	90	112	97	103	79	98
INFECTO		1.740	2.025	1.740	1.955	1.879	1.566	1.671	2.193	1.529	1.835	1.736	1.363	1.769
NEFRO	3500	68	52	61	59	74	53	51	19	66	58	40	31	53
NEURO		132	135	93	150	171	154	137	133	107	193	192	168	147
GINECO		92	141	113	125	132	118	64	105	12	137	125	54	102
HEMATO		24	44	48	32	40	17	0	57	45	41	38	30	35
PSIQUIATRA		90	102	105	101	113	77	105	1	0	0	0	0	58
TISIOLOGIA		40	83	107	77	102	85	59	114	75	74	89	71	81
C. GERAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		3.149	3.652	3.268	3.624	3.578	2.876	3.122	3.593	2.684	3.353	3.250	2361	3209

Fonte: RIH estratégico /MVHDT

O dado acima demonstra de forma estratificada como se dá as consultas ambulatoriais, em suas respectivas especialidades, onde podemos identificar que aproximadamente 55% das consultas são de infectologia e 20% de dermatologia. As demais especialidades são as interconsultas representando 25% das consultas realizadas,

estas podem sofrer maior variação em decorrência de férias, Licenças, atestados e ponto facultativo.

INDICADORES DE DESEMPENHO – PARTE VARIÁVEL

Segue abaixo os indicadores de desempenho do 7º TA do CG vigente até **Junho/2019**.

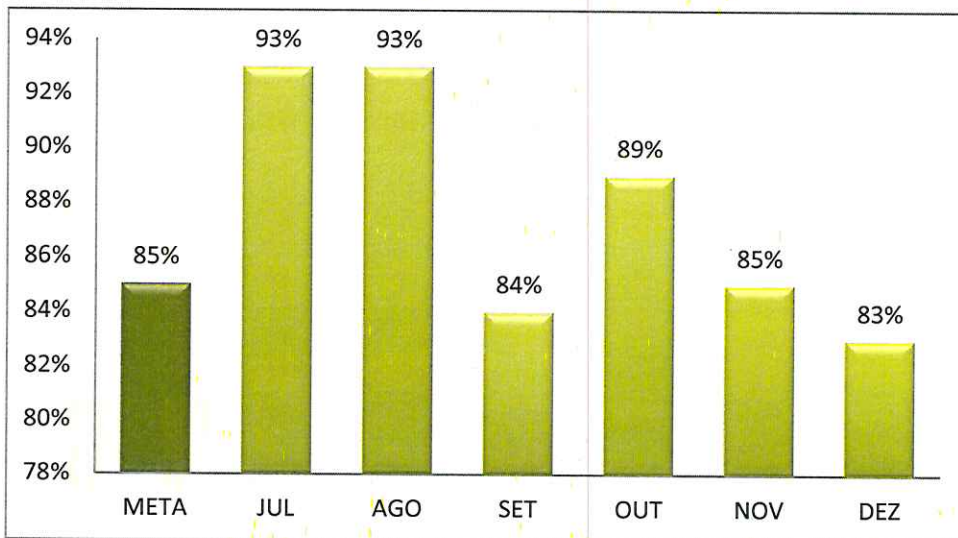
Indicadores	Metas	jan/19	fev/19	mar/19	abr/19	mai/19	jun/19	Resultado
AIH - Autorização de Internação Hospitalar	Apresentação das AIHs (100%)	227	219	334	287	379	245	282
	Nº saídas	227	219	334	287	379	245	282
Atenção ao Usuário (PSAU)	Resolução de 80% das queixas recebidas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Envio de relatório consolidado	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	Enviado
Controle de Infecção Hospitalar	Taxa de Infecção UTI Adulto	10	3,5	9,6	9,6	7,1	7,4	7,8
	Envio de relatório mensal, elaborado pela SCIH, com análise dos resultados apurados no período.	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	Enviado
Plano Terapêutico	Meta 80%	90%	87%	86%	82%	83%	85%	86%
	Envio de relatório mensal, elaborado pelo SVS, com análise dos resultados apurados no período.	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	Enviado

Fonte: Assessoria Técnica HDT

Como indicadores de desempenho conseguimos executar 100% das AIHs apresentadas, resolução de 80% das queixas da PSAU, sendo enviado os relatórios como evidencia das ações. Enviado também os relatórios da SCIH e do Plano terapêutico nos mantendo dentro das metas pactuadas.

A parte Variável – Metas de Desempenho do 9º TA do CG nº091/2012 foi alterada com a renovação do Contrato. Segue abaixo os indicadores de **Julho à Dezembro de 2019**.

1. Taxa de Ocupação Operacional Hospitalar (≥ 85%).



Fonte: RIH estratégico HDT

Acumulado - 2019			
Período	Previsto	Produção (média)	Variação
3º Trimestre	85%	90%	106%
4º Trimestre	85%	86%	101%

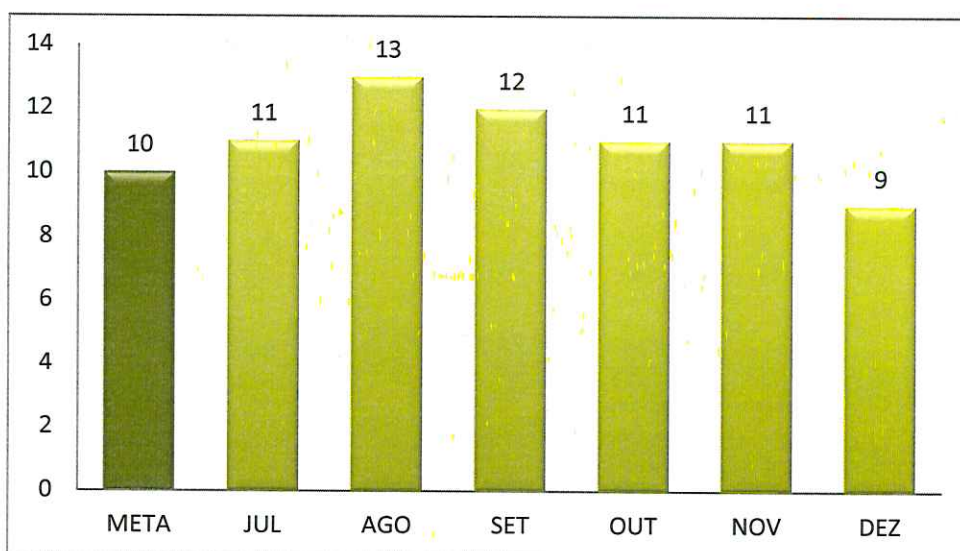
A Taxa de Ocupação Hospitalar começou a fazer parte das metas do contrato a partir de Julho/2019 no 9º TA do Hospital de Doenças Tropicais, dessa forma, os meses de Janeiro à Junho não compõem a meta estipulada. Sendo um indicador de desempenho, observamos que a produção ficou com média anual de 98%. Lembrando que, devido o perfil de atendimento do HDT possuímos uma quantidade de bloqueios técnicos (precauções contato e respiratórias) que influenciam nossa taxa de ocupação hospitalar, e por isso os leitos bloqueados são considerados para a análise.

Vale ressaltar que desde 05/11/2019 a enfermaria 12, que é a única de Nível IV do Estado encontra-se bloqueada conforme orientação da SES, por ser um leito muito específico e de custo elevado, ficou acordado que o mesmo somente seria utilizado em caso de extrema necessidade (superlotação) para evitar desgaste ou que algum

dispositivo específico fosse danificado como, por exemplo, o ar condicionado central, filtro de exaustão, chuveiros ou portas de isolamento por pressão negativa. Todos esses itens demandam um custo muito elevado não sendo viável deixar o leito disponível para utilização comum. Segue anexo e-mail de comprovação. **(ANEXO I)** E esse bloqueio vem impactando também na nossa taxa de ocupação, pois o leito ainda continua sendo contabilizado como leito comum em nossos dados, não sendo possível retirar da análise sem aprovação prévia da SES.

É possível verificar que a média dos trimestres se per fez dentro da meta estipulada como Meta Contratada, o HDT vem trabalhando para que a TOH da unidade se mantenha dentro dos 85%, assim conseguimos melhorar o gerenciamento dos leitos da unidade, garantindo a qualidade, eficiência e eficácia nos atendimentos prestados.

2. Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias) ≤ 10 dias



Fonte: RIH estratégico HDT

Média por trimestre - 2019			
Período	Previsto	Produção(média)	Variação
3º Trimestre	10 dias	12 dias	83%
4º Trimestre	10 dias	10 dias	100%

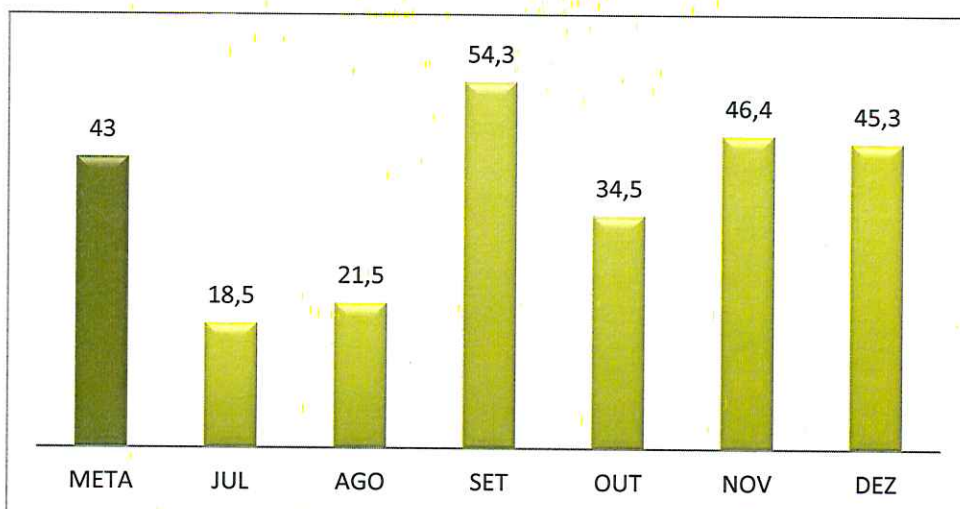
A Média de Permanência faz parte das metas de contrato do HDT do 9º TA, mas fica evidente a oscilação do tempo de internação dos pacientes, que pode variar em decorrência da sazonalidade do perfil epidemiológico durante o ano e em decorrência de falta de equipamentos para exames diagnósticos que causa impacto nesta Meta.

A falta do aparelho de tomografia na unidade é o maior influenciador deste indicador, que desde junho/2019 está condenado, e desde então o HDT vem solicitando a SES uma resolução do problema, conforme vários ofícios entregues a SES. **(ANEXO II)**

A ausência do equipamento de tomografia na unidade está gerando grande impacto, desde a média de permanência ao custo setorial, principalmente em decorrência do aumento da demanda de transportes da terceirizada Vida Goiás para a realização das tomografias fora da unidade de internação do HDT.

A tomografia é um exame de extrema importância para os pacientes, em decorrência de ser decisiva para conclusão diagnóstica, e acompanhamento terapêutico de determinadas patologias assistidas pelo HDT em que é necessário o exame para definição e condução terapêutica, nos auxiliando no tratamento e em óbitos possivelmente evitáveis quando dispomos do exame para o paciente. Porém em decorrência da falta do tomógrafo os pacientes estão ficando internados por um período maior do que o esperado, pois quando solicitado o exame, o mesmo precisa ser regulado para outra unidade o que pode demorar vários dias, e dispor de ambulância para levar o paciente até a outra Unidade, necessitando de estabilidade hemodinâmica do paciente, ou seja, ainda acontecem casos em que o paciente está ficando sem o exame devido à gravidade do quadro clínico não estando apto para transporte.

3. Índice de Intervalo de Substituição de leitos (horas) ≤ 43 horas



Fonte: RIH estratégico HDT

Média por trimestre - 2019			
Período	Previsto	Produção (média)	Varição
3º Trimestre	43 horas	31,4	137%
4º Trimestre	43 horas	42	97,6%

É um Indicador hospitalar de produtividade que assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão do outro, acima temos os dados em horas, e analisando, o HDT se manteve dentro da meta estabelecida, apresentando oscilações. Em set/19 o IISL apresentou um aumento em decorrência da liberação dos leitos que estavam em manutenção na Ala D e que foram liberados para internação, onde ficaram ociosos por um período maior até as novas internações acontecerem, e por mantermos a enfermaria nº12 (Nível IV) bloqueada desde Nov/19, conforme orientação da SES, o IISL vem se mantendo alto.

4. Percentual de ocorrência de Rejeições no SIH \leq 1%

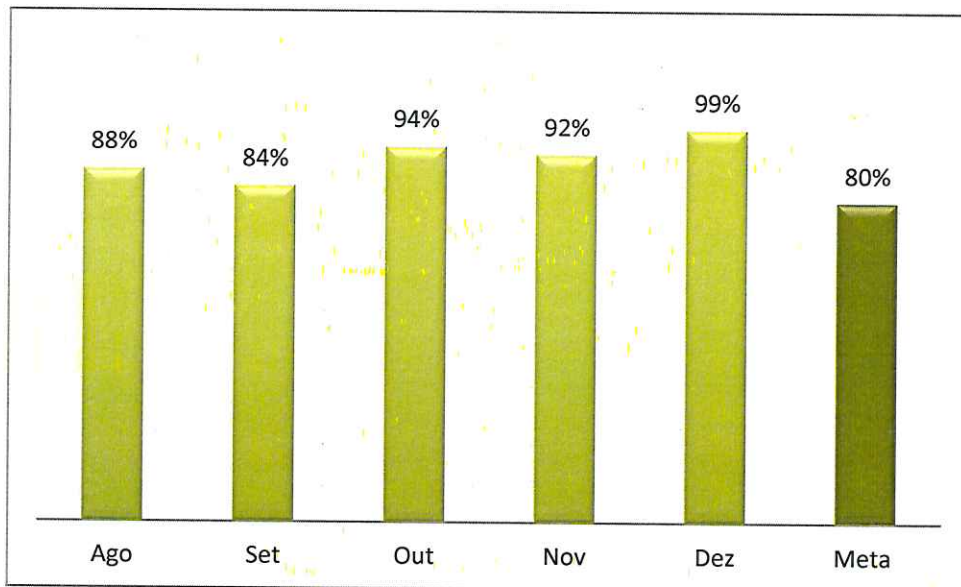
	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	Total	Média
APRESENTADAS	225	223	225	237	237	1147	229,4
REJEITADAS	23	11	6	33	23	96	19,2
GLOSAS ADM	3	0	1	0	0	4	0,8
% REALIZADO	1,33	0,00	0,40	0,00	0,00	1,73	0,34

O Quadro acima demonstra o percentual dos meses de julho a novembro de 2019, apresentando uma média mensal de 0,34% de rejeições/mês.

A projeção apresentada acima corresponde à revisão de meta de desempenho solicitada à Secretaria Municipal de Saúde apresentada pelo nosso setor em conjunto com Gerência Administrativa transcrita no Ofício 038 / ISG, que solicita a retirada dos cálculos as rejeições e bloqueios que são de responsabilidades e autonomia da SMS, tornando assim o cálculo ajustado a nossa governança, tornando a meta plausível de cumprimento.

5. Farmacovigilância: avaliação dos pacientes com relação ao uso racional de medicamentos $\geq 80\%$

Considerando a *Fórmula*: $[N^{\circ}$ total de pacientes avaliados pelo farmacêutico clínico quanto ao uso racional de medicamentos / N° total de pacientes atendidos com medicação prescrita], segue dados:



Fonte: RIH estratégico HDT

Média por trimestre - 2019			
Período	Previsto	Produção (média)	Varição
3º Trimestre	$\geq 80\%$	86%	107%
4º Trimestre	$\geq 80\%$	95%	119%

Considerando que “Uso racional de medicamentos é o processo pelo qual os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas características individuais, pelo período de tempo adequado e ao menor custo possível, para si e para a sociedade. (OMS, 2002)”, a avaliação farmacêutica da prescrição é uma das formas de garantir e evidenciar este uso racional do medicamento. A avaliação farmacêutica da prescrição visa parâmetros de segurança no uso do medicamento como dose, posologia, via de administração, incompatibilidades, terapêutica proposta, entre outros. Em casos onde a avaliação farmacêutica gera questionamento da conduta adotada são trabalhadas as intervenções farmacêuticas à equipe médica e, também, equipe multiprofissional. Ressaltamos que o

uso racional de medicamentos também é trabalhado pela equipe farmacêutica na análise da prescrição, com condutas adotadas de Farmacoeconomia - onde aplica-se a economia ao estudo dos medicamentos otimizando os gastos financeiros sem prejuízo ao tratamento do paciente.

A meta estabelecida vem sendo alcançada, e como precisamos nos adequar para atendê-la, somente foi possível iniciar a contabilização dos dados a partir de Ago/19.

6. Farmacovigilância: Avaliação de reações adversas a medicamentos – RAM quanto à gravidade $\geq 70\%$

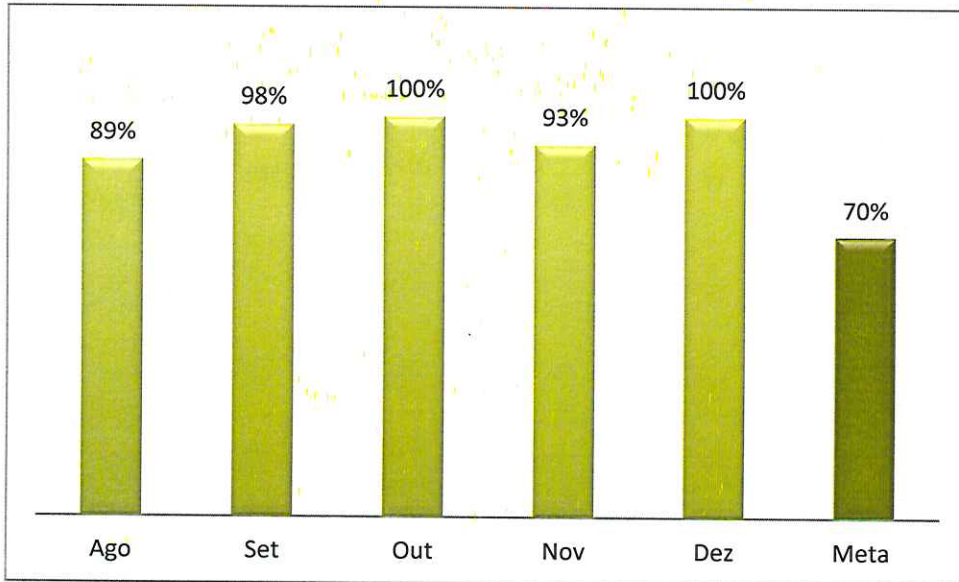
Fórmula solicitada pela SES: $[N^{\circ} \text{ de pacientes que apresentaram reações adversas a medicamentos} / N^{\circ} \text{ total de pacientes atendidos com medicação prescrita}] \times 100$

Considerando a readequação do indicador, conforme ofício nº 061/2019-ISG; sendo que esta atividade não tinha uma sistemática para coleta de dados pelo setor de Farmácia – acontecia de forma passiva, por meio de Notificação de Evento adverso, ao Núcleo Interno de Segurança do paciente; e que haveria a necessidade de implantação de uma metodologia específica pelo setor de Farmácia e readequação da sistematização da Assistência Farmacêutica atual em curto prazo; onde o dimensionamento atual de profissionais farmacêuticos não provê profissional suficiente para execução da atividade proposta; e que a fórmula descrita para cálculo do indicador não representa a definição do mesmo. Solicitamos a readequação do cálculo pra viabilizar a execução da Meta Contratada.

A meta proposta pela SES diz respeito ao percentual de reações adversas (RAM) avaliadas quanto à gravidade (descrição do indicador), porém, quando verificamos a fórmula de cálculo proposta – que não solicita a avaliação de gravidade das RAMs nesses pacientes – entende-se que o requerido é a quantificação das RAMs.

Sendo assim, seguem dados em consonância à alteração da fórmula do indicador (considerando ofício nº 061/2019-ISG):

Fórmula: $[n^{\circ} \text{ de RAM avaliadas quanto à gravidade} / n^{\circ} \text{ total de pacientes identificados com RAM}]$.



Fonte: RIH estratégico HDT

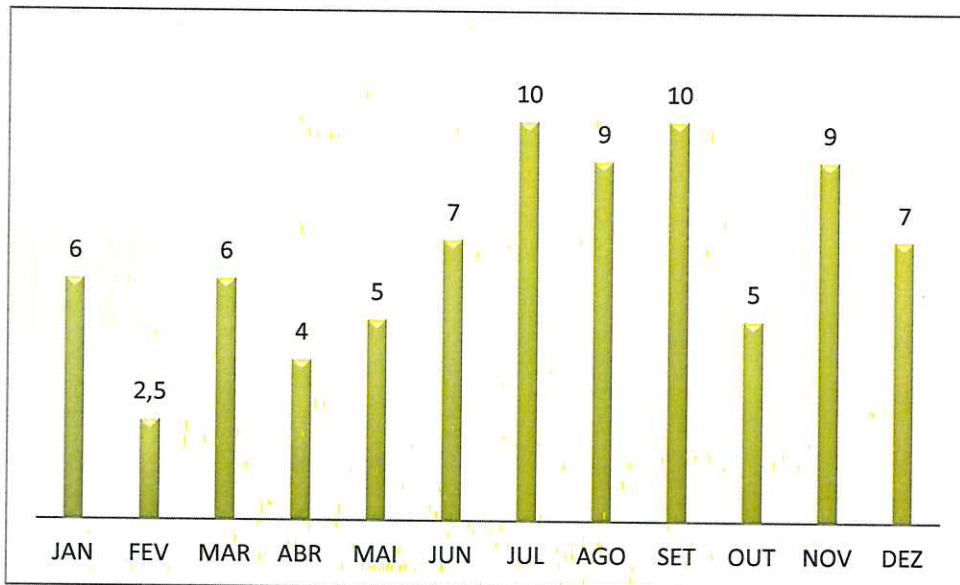
Média por trimestre - 2019			
Período	Previsto	Produção (média)	Variação
3º Trimestre	≥70%	93%	133%
4º Trimestre	≥70%	98%	140%

Desta forma podemos concluir que é viável a realização do acompanhamento farmacêutico devido, conforme anseio da SES, e podemos concluir que a partir de Ago/19 o HDT obteve a meta acima do esperado.

P3) indicadores de gestão que permitam aferir a eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade da atuação da entidade, levando – se em conta os resultados quantitativos e qualitativos alcançados pela instituição.

Segue abaixo os dados referente a p3:

1. Taxa de Mortalidade Institucional

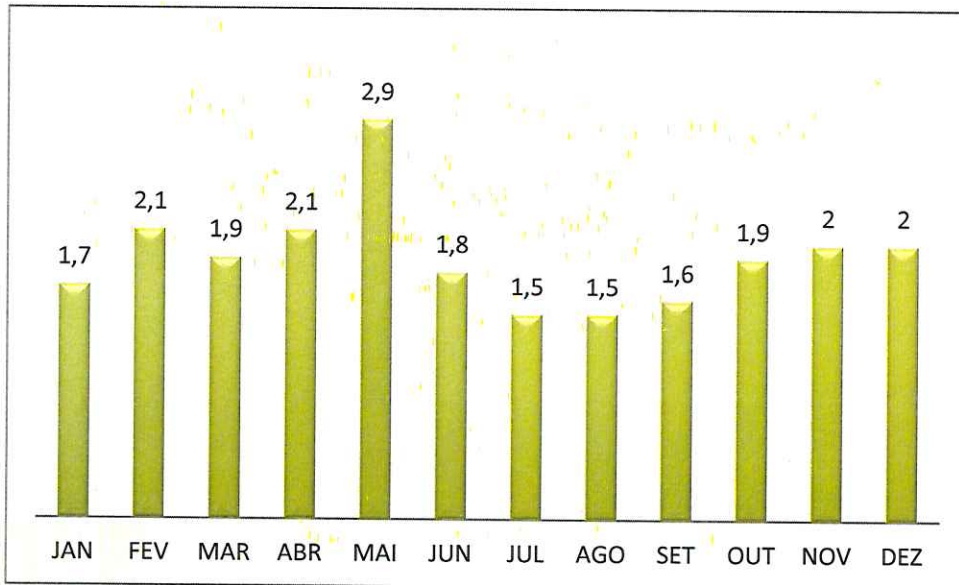


Fonte: RIH estratégico HDT

A Taxa de Mortalidade Institucional é a relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram depois de decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (por alta, evasão, transferência externa ou óbito) no mesmo período.

Ao analisarmos o quantitativo de óbitos que ocorreram da Unidade, podemos identificar que pacientes em cuidados paliativos colaboraram com aumento da Taxa de mortalidade, assim como a falta do tomógrafo na Unidade, sendo os meses de Julho à Setembro os mais prejudicados, pois foram os meses que encontramos maior resistência em encaminhar nossos pacientes para as outras Unidades hospitalares para a realização do exame, ocorrendo óbitos que poderiam ter sido evitados se houvesse um tomógrafo na unidade para melhor condução diagnóstica e terapêutica.

2. Índice de Renovação de Leitos / Índice de Giro de leito



Fonte: RIH estratégico HDT

O Giro de Leito é a representação da utilização do leito hospitalar em um determinado período considerado. Calcula-se pela divisão do número de pacientes saídos, durante determinado período, pelo número de leitos à disposição no mesmo período, ou seja, quanto maior foi o giro de leitos mais pacientes serão atendido e teoricamente com a mesma quantidade de recursos, gerando menos desperdício, maior qualidade assistencial e satisfação dos pacientes / usuários.

Com intuito de melhorar este indicador otimizamos o gerenciamento de leitos, realizamos o mapeamento do fluxo de entrada e alta, e com o envolvimento de todos os profissionais que fazem parte do processo, para tentar reduzir a Média de Permanência, em dezembro de 2019 detectamos a melhoria em nossa MP com a queda do indicador.

Todos os profissionais abrangidos nos processo estão trabalhando para melhor gerir os casos de longa permanência para a desospitalização adequada, acompanhando os indicadores de desempenho, metas e desenvolvendo metas e projetos de melhoria contínua, com planejamento adequado das mudanças que se entendam como necessárias para avanço do processo.

3. SADT

Tipo de Serviço	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	dez
Exames Laboratoriais	20.127	16.936	17.258	19.295	19.600	16.363	14.801	17.381	18.486	20.520	19.484	21.27
Exames de Imagem	1.739	1.662	1.548	1.686	1.994	1.289	782	830	799	884	841	758
Ecocardiograma	11	12	13	17	23	26	17	14	19	20	32	33
Elastografia Hepática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	25	24
Eletrocardiograma	52	49	29	48	54	32	43	35	24	48	29	31
Endoscopia	17	17	13	17	18	18	14	20	14	16	13	11
Broncoscopia	1	0	0	0	1	0	4	0	0	1	1	14
Colonoscopia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6
Total	21.947	18.676	18.861	21.063	21.690	17.728	15.661	18.280	19.342	21.523	20.433	22.11

Fonte: RIH estratégico/MV HDT

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT é uma modalidade de prestação de serviço ofertada pelo HDT, e responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado ao usuário. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos dos usuários.

E analisando os dados podemos notar o declínio dos exames de imagem, devido a falta do aparelho de Tomografia na unidade, a elastografia hepática ficou sem uso devido a falta de calibração do aparelho, pois a mesma não fora contemplado no aditivo, sendo seu custo de valor elevado, e somente foi possível realizar a calibração após reequilíbrio financeiro e retomamos o seu funcionamento em Out/19.

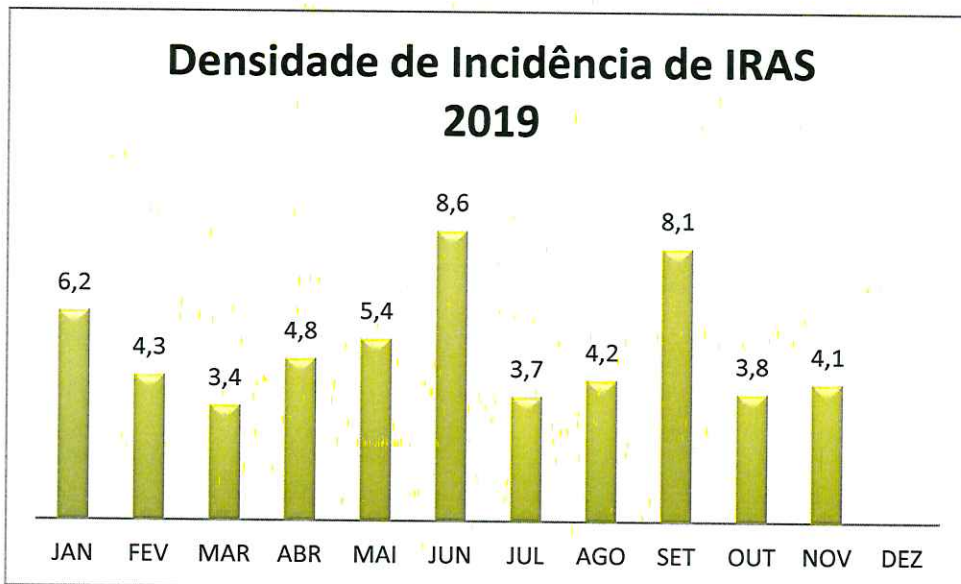
As broncoscopias ocorrem por demanda e houve momentos em que o equipamento precisou passar por manutenção, não sendo possível a realização do procedimento na unidade sendo estes pacientes encaminhados a outra unidade de saúde para realizar o

procedimentos perfazendo a necessidade de aquisição de novo equipamento para assegurar a realização do procedimento.

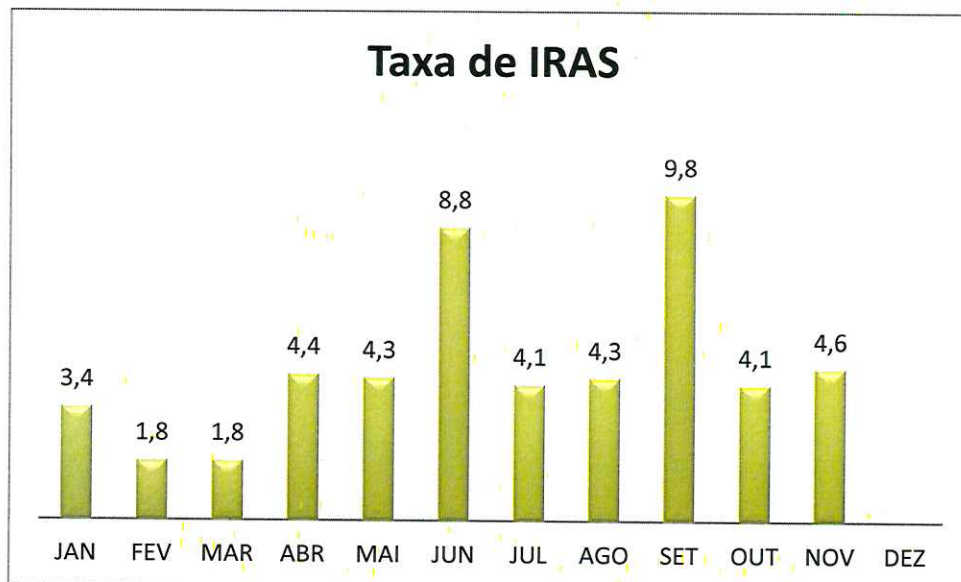
A colonoscopia só foi possível voltar ao seu pleno funcionamento após fechamento de contrato com terceirizada devido indisponibilidade de profissional capacitado para a realização do procedimento, pois o colaborador que prestava este tipo de serviço no HDT entrou de licença por interesse particular sem aviso prévio e devido a dificuldade em encontrar empresa terceira que realizasse o procedimentos, ficamos 10 meses sem realizar colonoscopia na unidade, sendo os pacientes encaminhados para outra unidade de saúde.

Por esses motivos faz-se necessário a aquisição de novos equipamentos para assegurar a realização dos procedimentos no HDT.

4. SCIH



Fonte: SCIH HDT



Fonte: SCIH HDT

A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde vem sendo um tema constante na vivência dos profissionais de saúde, pois representa fatores de complicação para evolução do paciente, sendo considerado um indicador de qualidade da assistência prestada.

No HDT a Densidade de Incidência de IrAS geral do HDT está em 5,1% pacientes dia e a Tx de IrAS em 4,7%. A oscilação dos dados representam a aplicação de medidas de prevenção e controle para a ocorrência de IrAS e/ou uma diminuição no número de procedimentos invasivos, dados estes que são acompanhados diariamente pela SCIH. A UTI Adulto do HDT é um exemplo da boa aplicação e bom funcionamento destas práticas e controles, segue anexo o detalhamento. **(ANEXO III)**

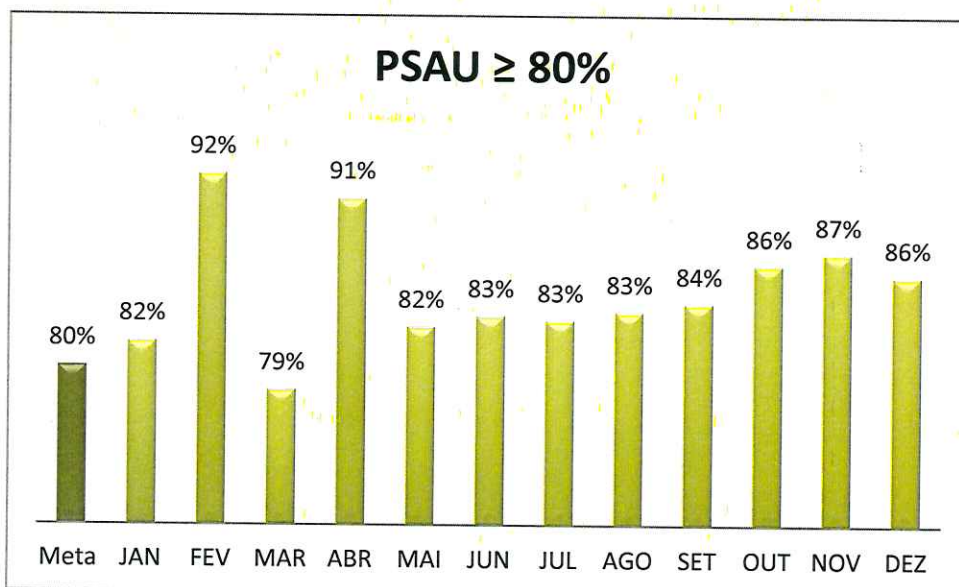
5. Segurança do Paciente

O principal objetivo de um hospital é a prestação de serviços na área da saúde, com qualidade, eficiência e eficácia.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde. Trabalhamos diariamente no

fortalecimento dessas ações, desenvolvemos a Política de Segurança do Paciente, além da construção de protocolos das metas inseridas na Política, que são trabalhadas nas equipes multiprofissionais. Atuamos também no monitoramento de ações voltadas à segurança do paciente e na realização de pesquisa de satisfação, canal de comunicação com o paciente, que acolhe a sua opinião sobre a assistência. O objetivo é promover segurança do paciente e fortalecer a cultura da segurança institucional. Encaminho em anexo o indicadores com suas análises críticas de Janeiro a Novembro de 2019, pois não houve tempo hábil para compilação e análise dos dados de dezembro. **(ANEXO IV)**

6. PSAU



Fonte: Qualidade HDT

A Pesquisa de Satisfação do Usuário – PSAU até junho/2019 fazia parte da meta contratada do 7º TA do CG nº091/2012, sendo alterada para envio mensal do dado e envio médica trimestral conforme 9º TE do CG nº091/2012.

Conforme o gráfico acima é possível visualizar que apenas no mês de Março/2019 não foi possível cumprir a meta, pois neste mês foi onde ocorreu a alteração do formato da PSAU e alteração do formulário.

P.4) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas.

Em 28/06/19 foi realizado uma auditoria leito a leito da Unidade pelos coordenadores da manutenção, SCIH e SESMTH e detectado a necessidade de intervenção em algumas enfermarias como medida preventiva e corretiva de problemas que poderiam oferecer risco aos pacientes, e com o intuito de garantir a qualidade dos serviços prestados bem como a segurança do trabalhador, seguindo normativas, diretrizes e protocolos institucionais tais enfermarias foram bloqueadas e a medida que estas foram sendo corrigidas as enfermarias foram sendo liberadas para internação. O prazo estimado para a conclusão das reformas não pôde ser cumprido em decorrência do descompasse financeiro que se encontra o HDT, onde a priorização sempre foi o paciente, ou seja, o custeio foi priorizado para medicamentos e a medida que os repasses foram sendo regularizados é que foi possível destinar recurso para as devidas manutenções das enfermarias. Segue anexo relatório dos responsáveis pela auditoria. **(ANEXO V)**

Tal evento estrutural causou impacto nas metas contratuais conforme mencionado na Meta de atendimento de Urgência e Emergência, onde no 3º trimestre não conseguimos atingir a meta contratada.

Goiânia, 08 de Janeiro de 2020



Jacqueline Rangel
Assessora Técnica

Hospital de Doenças Tropicais- HDT



Leticia Aires
Diretora Técnica

Hospital de Doenças Tropicais- HDT

Anexo 1

Assunto: **Leito Ebola**
De: ROZELMA DE OLIVEIRA MENDES CORREA <rozelma.correa@goias.gov.br>
Para: Dra. Jacqueline <jacqueline.rangel.hdt@isgsaude.org>
Cc: BARBARA ANTONIO QUEIROZ <barbara.queiroz@goias.gov.br>
Data: 05/11/2019 10:45



Bom Dia!

Atendendo pedido da nossa Coordenação, solicitamos bloqueio da Enfermaria 12 da Ala D do EBOLA, e que seja comunicado ao NIR e à Regulação, sendo que o desbloqueio deste só se dará por fator de superlotação do HDT.

Grata,

Rozelma O. Mendes
SES/GO
Superintendência de Performance
COMFIC
32013474

Anexo 2



CÓPIA

OFÍCIO

Nº DO OFÍCIO

267 /2019-DG

LOCAL/DATA

Goiânia, 09 de agosto de 2019.

PARA

Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contrato de Gestão – COMFIC
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

A/C

À Sra. Bárbara Antonino de Queiroz

REF.

Metas de desempenho da farmacovigilância, competência julho/2019.

*Recebi
Bárbara Antonino
COMFIC
09/08/2019*

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a cordialmente, e conforme vossas orientações via contato telefônico, informamos que, neste mês de agosto/2019, não será possível enviar os dados referentes às metas de desempenho da farmacovigilância, competência julho/2019, em decorrência de ainda estarmos no aguardo das alterações solicitadas através do Ofício nº 061/2019-ISG, para fins de atendimento das metas descritas no Nono Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 091/2012.

Após a efetivação de tais alterações, que nos permitirão cumprir as metas previstas, iniciaremos o envio dos dados via sistema SIGOS.

Sendo o que se apresenta no momento, agradecemos a atenção dispensada, permanecendo à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Dr. Roger Moreira
Diretor Geral – HDT

Mara Cristina Nolasco Sampaio
Coordenadora da Farmácia – HDT

Jacqueline Camilo da Costa Rangel
Assessora da Diretoria Técnica – HDT



CÓPIA

OFÍCIO

Nº DO OFÍCIO

331/2019-DG

LOCAL/DATA

Goiânia, 09 de setembro de 2019.

PARA

Superintendência de Performance; C/C Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contrato de Gestão – COMFIC

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

A/C

Ao Sr. Marcelo Trevenzoli; C/C À Sra. Bárbara Antonino de Queiroz

REF.

Metas de desempenho da farmacovigilância, competência agosto/2019.

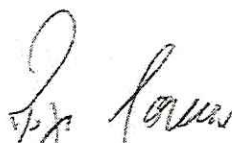
Prezado Senhor,

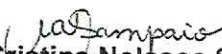
Cumprimentando-o cordialmente, novamente informamos que, neste mês de setembro/2019, não será possível enviar os dados referentes às metas de desempenho da farmacovigilância, competência agosto/2019, em decorrência de ainda estarmos no aguardo das alterações solicitadas através do Ofício nº 061/2019-ISG, para fins de atendimento das metas descritas no Nono Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 091/2012.


Após a efetivação de tais alterações, que nos permitirão cumprir as metas previstas, iniciaremos o envio dos dados via sistema SIGOS.

Sendo o que se apresenta no momento, agradecemos a atenção dispensada, permanecendo à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,


Dr. Roger Moreira
Diretor Geral – HDT


Mara Cristina Nolasco Sampaio
Coordenadora da Farmácia – HDT


Jacqueline Camilo da Costa Rangel
Assessora da Diretoria Técnica – HDT

RECEBEMOS

Em 09/09/19
Hora 13:19
Folhas 1
Anexos NT
Ass Fabiane Botelho
Protocolo/SES-GO



CÓPIA

OFÍCIO

Nº DO OFÍCIO

384 /2019-DG

LOCAL/DATA

Goiânia, 09 de setembro de 2019.

PARA

Superintendência de Performance; **C/C** Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contrato de Gestão – COMFIC
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

A/C

Ao Sr. **Marcelo Trevenzoli**; **C/C** À Sra. **Bárbara Antonino de Queiroz**

REF.

Metas de desempenho da farmacovigilância, competência setembro/2019.

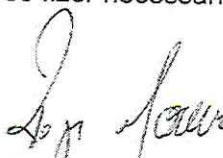
Prezado Senhor,

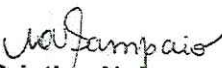
Cumprimentando-o cordialmente, novamente informamos que, neste mês de setembro/2019, não será possível enviar os dados referentes às metas de desempenho da farmacovigilância, competência setembro/2019, em decorrência de ainda estarmos no aguardo das alterações solicitadas através do Ofício nº 061/2019-ISG, para fins de atendimento das metas descritas no Nono Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 091/2012.

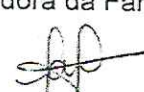
Após a efetivação de tais alterações, que nos permitirão cumprir as metas previstas, iniciaremos o envio dos dados via sistema SIGOS.

Sendo o que se apresenta no momento, agradecemos a atenção dispensada, permanecendo à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,


Dr. Roger Moreira
Diretor Geral – HDT


Mara Cristina Nolasco Sampaio
Coordenadora da Farmácia – HDT


Jacqueline Camilo da Costa Rangel
Assessora da Diretoria Técnica – HDT

RECEBEMOS

Em 09/09/19
Hora 15:35
Folhas 1
Anexos NT
Ass J. Batista
Protocolo/SES-GO

*Trabalhado
09/09/19
15:39 h*



CÓPIA

OFÍCIO

RECEBE Nº
2019/11/11

Nº DO OFÍCIO

442/2019-DG

LOCAL/DATA

Goiânia, 11 de novembro de 2019.

PARA

Superintendência de Performance; C/C Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contrato de Gestão – COMFIC

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

A/C

Ao Sr. **Marcelo Trevenzoli**; C/C À Sra. **Bárbara Antonino de Queiroz**

REF.

Metas de desempenho da farmacovigilância, competência outubro/2019.

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, novamente informamos que, neste mês de novembro/2019, não será possível enviar os dados referentes às metas de desempenho da farmacovigilância e "Percentual de Ocorrência de Rejeição no SIH \leq 1%", competência outubro/2019, em decorrência de ainda estarmos no aguardo das alterações solicitadas através do Ofício nº 061/2019-ISG, para fins de atendimento das metas descritas no Nono Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 091/2012.

Após a efetivação de tais alterações, que nos permitirão cumprir as metas previstas, iniciaremos o envio dos dados via sistema SIGOS.

Sendo o que se apresenta no momento, agradecemos a atenção dispensada, permanecendo à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Dr. Roger Moreira
Diretor Geral – HDT

RECEBIMOS
11/11/19
16:20
WT
Fabiana Batista

Jacqueline Camilo da Costa Rangel
Assessora da Diretoria Técnica – HDT



CÓPIA

Goiânia, 10 de dezembro de 2019.

OFÍCIO – Nº 544 /2019 - DG

Ao Sr. Marcelo Rodrigues Trevenzoli; C/C À Sra. Bárbara Antonino de Queiroz

Superintendência de Performance; C/C Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contrato de Gestão – COMFIC
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Ref. Metas de desempenho da farmacovigilância, competência novembro/2019.


Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, novamente informamos que, neste mês de dezembro/2019, não será possível enviar os dados referentes às metas de desempenho da farmacovigilância e “Percentual de Ocorrência de Rejeição no SIH \leq 1%”, competência novembro/2019, em decorrência de ainda estarmos no aguardo das alterações solicitadas através do Ofício nº 061/2019-ISG, para fins de atendimento das metas descritas no Nono Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 091/2012.

Após a efetivação de tais alterações, que nos permitirão cumprir as metas previstas, iniciaremos o envio dos dados via sistema SIGOS.

Sendo o que se apresenta no momento, agradecemos a atenção dispensada, permanecendo à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,


Dr. Roger Moreira
Diretor Geral – HDT

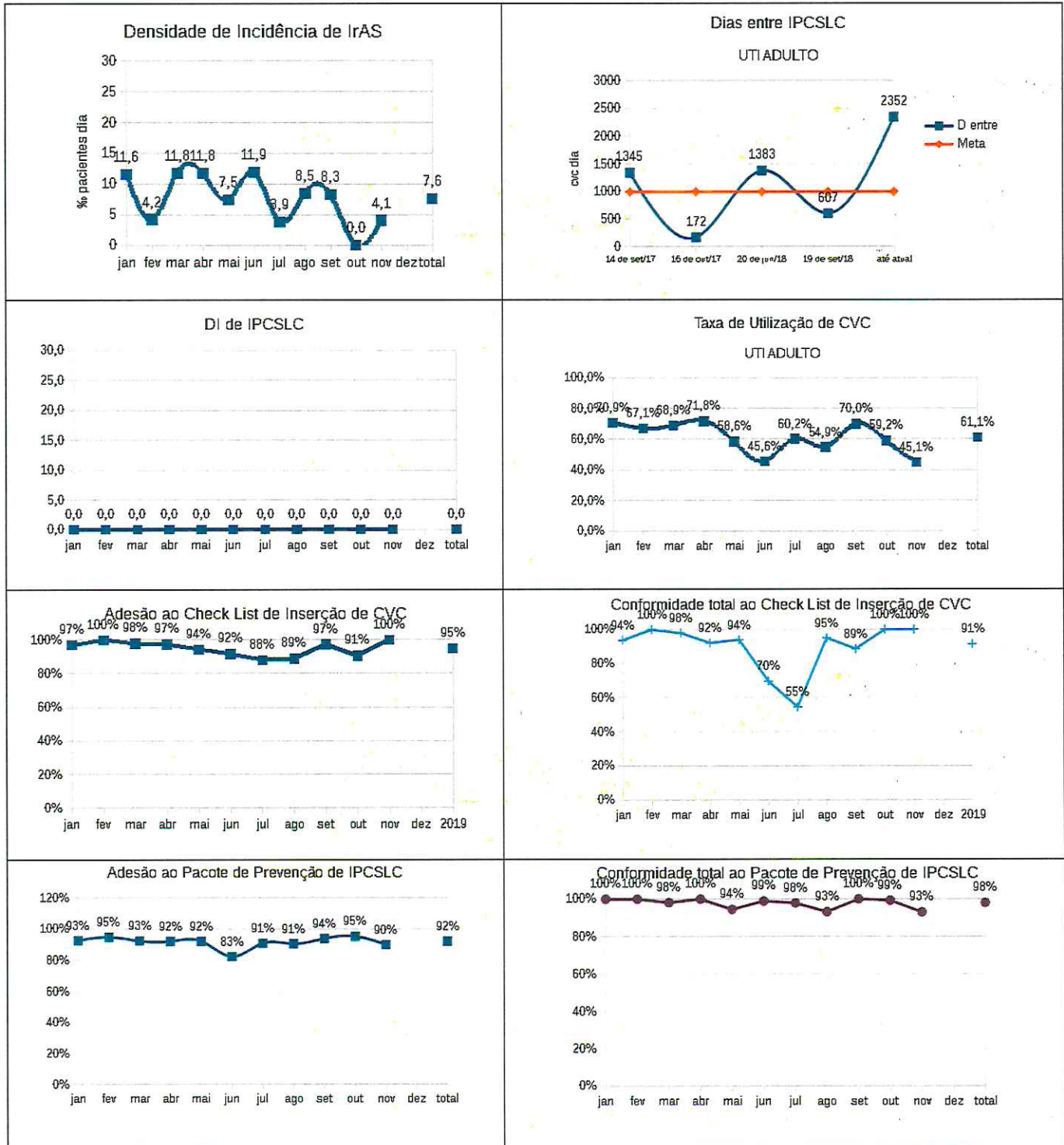

Jacqueline Camilo da Costa Rangel
Assessora da Diretoria Técnica – HDT

RECEBEMOS
Em: 10/12/19
Hora: 10:06
Folhas: 1
Anexos: NT
Ass.: Jaciana Batista
Protocolo/SES-GO

Dr. Batista
10/12/19
10:09

Anexo 3

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
Relatório de Infecções relacionadas à Assistência a Saúde (IrAS)
UTI Adulto - Período: Novembro de 2019



ANÁLISE CRÍTICA

Leitura dos Gráficos:

A Densidade de Incidência (DI) de IrAS está em 7,6‰ pacientes dia.

Não houve registro de casos de infecções Primárias de Corrente Sanguínea de critério Laboratorial relacionadas a Cateter Venoso Central (IPCSC), então a Densidade de incidência (DI) de IPCSC foi zero. Como a mediana é zero, a meta estabelecida é manter mais de 1000 CVC dia (CVC: Cateter Venoso Central) entre IPCSC. No gráfico de “dias entre”, aparecem às datas dos eventos de IPCSC, quais sejam: 14/9/17; 16/10/2017; 20/6/2018; 19/9/2018. O último valor, registrado com o rótulo “até atual” refere ao quantitativo de CVC dia desde o último registro de IPCSC até o mês atual. Até o momento o setor está com 2352 dias de CVC sem IPCSC.

A taxa de utilização de CVC é alta, 61,1%. A adesão ao *check list* de inserção está em 95% e ao pacote de prevenção de IrAS em 92%. Uma vez aplicado, o *check list* teve 91% de adesão e o pacote teve 98% de adesão. A queda da conformidade do *check list* de inserção de CVC no mês de julho, se deu principalmente por causa do item 7 : preparo do sitio de punção, pela falta da clorexidina, depois desse período a situação foi regularizada.

Os valores absolutos, as fórmulas e os cálculos estão apresentados nas tabelas seguintes:

Informações gerais			2019											
			jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Dados	a	número de IrAS	3	1	3	3	2	3	1	2	2	0	1	21
	b	Pacientes dia	258	237	254	255	268	252	259	235	240	255	246	2759
	c	óbitos por IrAS	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,0
Indicadores	a/b (%)	DI de IrAS	11,6	4,2	11,8	11,8	7,5	11,9	3,9	8,5	8,3	0,0	4,1	7,6
	c/a (%)	Letalidade de IrAS	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	14,3%

Informações relacionadas a CVC e IPCSC			2019											
			jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Dados	a	IPCSC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	b	Óbito por IPCSC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	c	Total de IrAS	3	1	3	3	2	3	1	2	2	0	1	21
	d	CVC dia	183	159	175	183	157	115	156	129	168	151	111	1687
	e	Pacientes dia	258	237	254	255	268	252	259	235	240	255	246	2759
	f	Check list	32	30	48	38	33	33	22	40	35	48	35	394



	g	Check list conforme	30	30	47	35	31	23	12	38	31	48	35	360
	h	Inserções	33	30	49	39	35	36	25	45	36	53	35	416
	i	Aplicações dia	170	151	162	169	145	95	142	117	158	144	100	1553
	J	Conformidade Pacote	170	151	159	169	137	94	139	109	158	143	93	1522
	k	Oportunidades de HM	15	218	179	161	252	238	204	194	200	196	201	2058
	l	Ação de HM	12	103	129	127	149	148	147	145	162	162	153	1437
	m	Consumo de álcool (ml)	14000	2500	10500	11000	10500	10000	6000	10000	10000	13000	10000	107500
Indicadores	a/d (% cvc dia)	DI de IPCSLC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	a/c (%)	Proporção de IPCSLC	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	b/a (%)	Letalidade de IPCSLC	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	d/e (%)	Taxa de Utilização CVC	70,9%	67,1%	68,9%	71,8%	58,6%	45,6%	60,2%	54,9%	70,0%	59,2%	45,1%	61,1%
	f/h (%)	Adesão ao Check List CVC	97,0%	100,0%	98,0%	97,4%	94,3%	91,7%	88,0%	88,9%	97,2%	90,6%	100,0%	94,7%
	g/f (%)	Conformidade do Check List CVC	93,8%	100,0%	97,9%	92,1%	93,9%	69,7%	54,5%	95,0%	88,6%	100,0%	100,0%	91,4%
	i/d (%)	Adesão ao Pacote Prev IPCSLC	92,9%	95,0%	92,6%	92,3%	92,4%	82,6%	91,0%	90,7%	94,0%	95,4%	90,1%	92,1%
	g/f (%)	Conformidade do Pacote Prev IPCSLC	100,0%	100,0%	98,1%	100,0%	94,5%	98,9%	97,9%	93,2%	100,0%	99,3%	93,0%	98,0%
	l/k (%)	Adesão a HM	80,0%	47,2%	72,1%	78,9%	59,1%	62,2%	72,1%	74,7%	81,0%	82,7%	76,1%	69,8%
m/e (mL)	Consumo de álcool por pct dia	54,3	10,5	41,3	43,1	39,2	39,7	23,2	42,6	41,7	51,0	40,7	39,0	

Ana Carla Dias Leite
Enfermeira - SCIH
SVS/HDT-HAA/ISG
COREN-GO 268.870

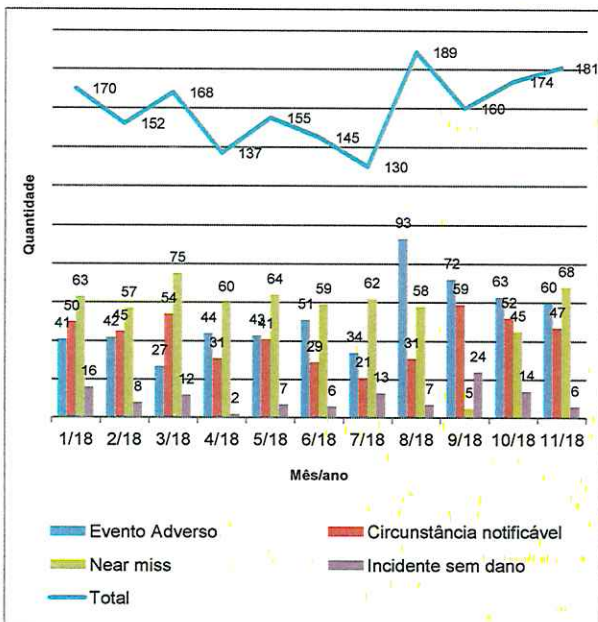
Patricia Carolina M. de Souza
Coordenadora – COREN: 322381
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SCIH/HDT /ISG

Thais Yoshida
Serviço de Vigilância em Saúde
Coordenadora SVS/HDT/HAA/ISG
COREN-GO 108319

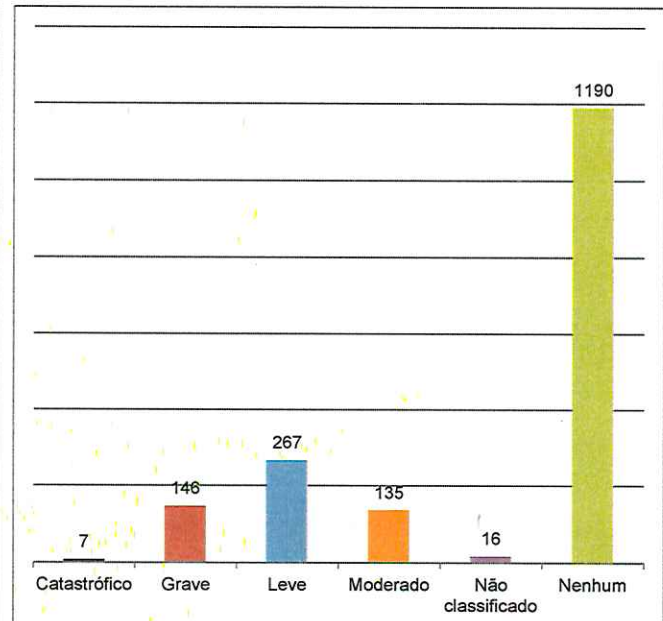
Thais Yoshida
Coordenadora – COREN: 108319
Serviço de Vigilância em Saúde
SVS/HDT/ISG

**Anexo 4**

Título: Gráfico 1 – Classificação dos incidentes identificados no período de Janeiro a Novembro de 2019.

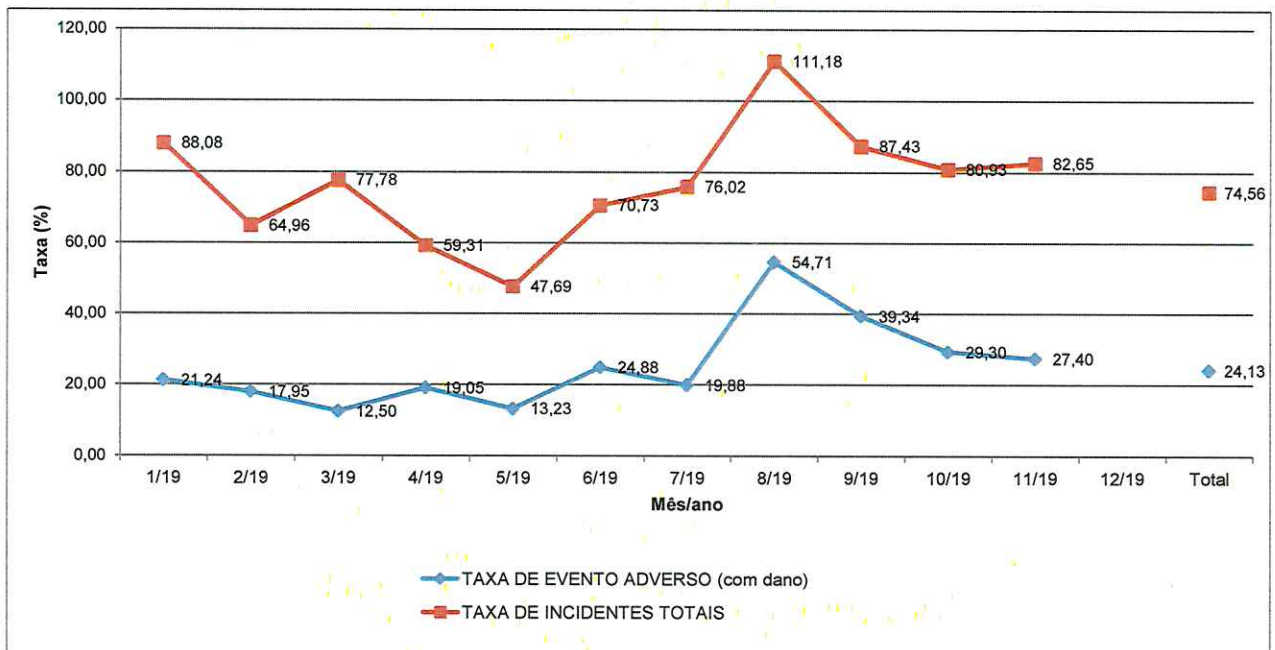


Título: Gráfico 2 – Grau do dano dos incidentes identificados no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR (SIS) \ INDICADORES DE SEGURANCA HDT- Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

Título: Gráfico 3 – Taxas de Incidentes e Eventos Adversos no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR (SIS) \ INDICADORES DE SEGURANCA HDT – Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA

Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

Análise:

Fórmula de cálculo:

TAXA DE EVENTO ADVERSO (com dano): Número de eventos adversos, dividido pelo número de saídas, vezes 100.

TAXA DE INCIDENTES TOTAIS (com e sem dano): Número de incidentes, dividido pelo número de saídas, vezes 100.

HISTÓRICO 2018 –

No período entre Janeiro e Dezembro de 2018, foram notificados um total de 1511 incidentes, obtendo-se uma taxa de incidentes totais de 58,2% e uma taxa de Eventos Adversos de 13,3%. Quanto à classificação, 345 (23%) foram categorizados como Eventos Adversos (EAs); 298 (20%) Circunstâncias Notificáveis; 792 (50%) Near misses e 76 (5%) Incidentes sem dano. Essas ocorrências totalizaram 1158 incidentes sem nenhum dano ao paciente, 228 incidentes leves, 21 incidentes moderados, 84 incidentes graves e 20 catastróficos.

JANEIRO A NOVEBRO /2019 –

No período entre Janeiro e Novembro, os incidentes identificados totalizaram 1.761, obtendo-se uma taxa de 74,5%. Já a taxa de Eventos Adversos (EAs) foi de 24,1%. É importante ressaltar que a taxa de incidentes totais incluem todas as ocorrências identificadas, portanto será sempre maior que a taxa de EA, que considera somente aqueles incidentes que atingiram o paciente e causaram danos. As taxas são calculadas considerando o número de incidentes (com e sem dano), dividido pelo número de saídas, vezes 100. Cada vez mais, as taxas de eventos adversos vêm sendo utilizadas como medidas da qualidade e do desempenho hospitalar.

Quanto à classificação, os "Near misses" (NM) representam as ocorrências mais frequentes (616) 35%, seguido dos EAs (570) 32,3% "Circunstância Notificável" (CN) (460) 26,2% e "Incidentes Sem Dano" (ISD) (115) 6,5%.

Quanto à gravidade/severidade, os EAs, podem ser classificados em leves, moderados, graves e catastróficos (que resultam em óbito), de acordo com a intensidade das intercorrências verificadas. Os incidentes classificados como "Nenhum dano", que representam 75% (1190) de todos os incidentes identificados, correspondem à todas as "Circunstâncias Notificáveis", "Incidentes Sem Dano", e "Near Misses".

No período entre Janeiro a Novembro de 2019, 570 ocorrências foram classificadas como EAs, sendo que 267 deles (50%) foram considerados "Leves" de acordo com o grau do dano, que caracteriza danos mínimos, de curta duração, e que não requereram tratamento específico, suspensão de medicamento, e/ou prolongamento do tempo de hospitalização; Outros 146 (28%) foram considerados "Graves".

A maior parte dos EAs Graves (24%) correspondem às Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS), totalizando 121 ocorrências; Além das IrAS, foram identificadas outros EAs graves, sendo eles: 5 falhas na assistência médica; 3 Reações Adversas a Medicamento (RAM); 3 quedas (1 da maca, 1 no banheiro e 1 da própria altura); 2 falhas na assistência multiprofissional; 2 broncoaspirações; 2 extubações acidentais; 1 falha relacionada a dieta (síndrome da realimentação); 1 aspiração de vias aéreas não realizada; 1 falha na assistência de enfermagem; 1 falha de processo (falta de material em carrinho de parada).

Ainda considerando o grau do dano, 135 EAs (23,7%), foram classificados como "Moderado" e 7 casos (1,2%) foram considerados catastróficos, ou seja, contribuíram ou aceleraram o óbito dos pacientes. Dentre os EAs catastróficos estão 3 IRAS, 1 queda da própria altura, 1 aspiração de vias aéreas não realizada, 1 RAM e 1 broncoaspiração.

Todas as IrAS supramencionadas foram investigadas e analisadas pelo SCIH. Os demais EAs moderados e leves foram analisados no próprio setor, por meio da aplicação da ferramenta "espinha de Peixe". Por fim, os EAs graves e catastróficos foram investigados e analisados pelo NISPGR, utilizando a ferramenta "Protocolo de Londres" (PL). Até o momento, foram aplicados 37 PL. Destes, 20 foram confirmados e notificados para a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e ANVISA, 13 foram descartados e 4 ainda não foram concluídos. Para todos os eventos analisados foram elaborados planos de ações com tratativas e ações de melhoria voltadas para prevenção de ocorrências futuras.

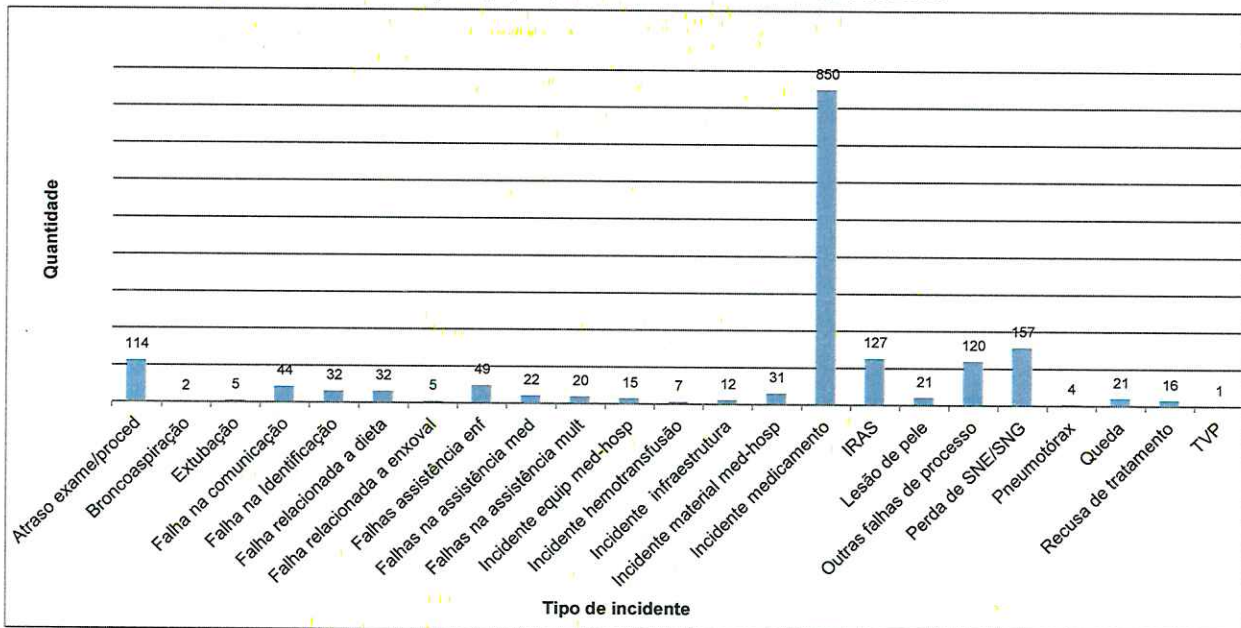
Para o ano de 2020, será definida meta e dividido uma faixa de limite superior e inferior para esses indicadores, admitindo uma tolerância de variação para mais ou para menos, tendo em vista que até hoje não existe um indicador fixo e constante definido. Desta forma, poderá

HDT

Formulário de Análise Crítica de Indicadores

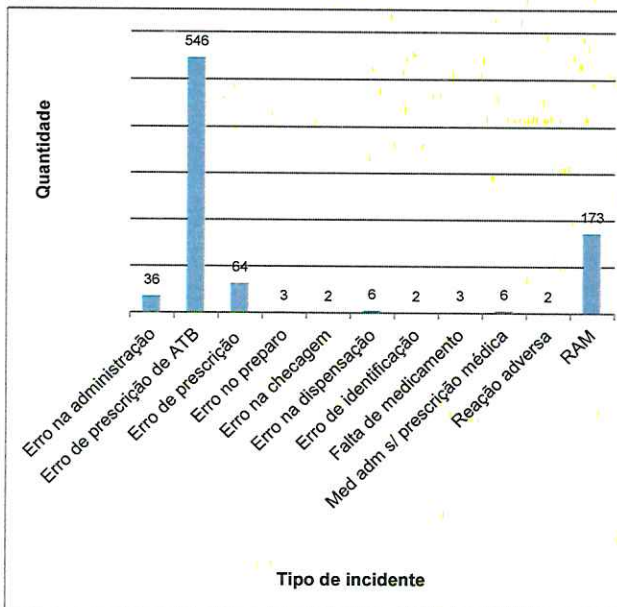
ser estabelecida uma margem de oscilação aceitável para o indicador, considerando o fator de desempenho histórico, com o objetivo de traçar melhorias para os setores e para a instituição como um todo.

Título: Gráfico 4 – Incidentes identificados por tipo, no período de Janeiro a Novembro de 2019.

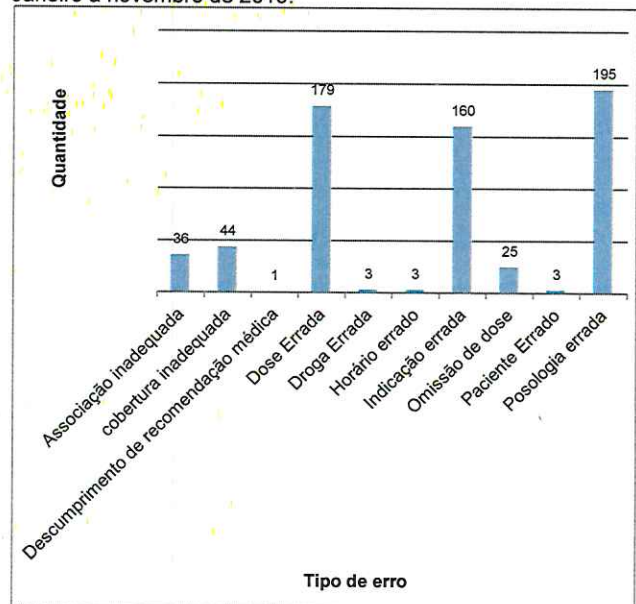


Fonte: Banco de dados NISPGR (SIS) \ INDICADORES DE SEGURANCA HDT- Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

Título: Gráfico 5 – Incidentes relacionados a medicamentos no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Título: Gráfico 6 – Caracterização dos erros de prescrição preparo e administração de medicamentos no período de Janeiro a novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR (SIS) \ INDICADORES DE SEGURANCA HDT- Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA

Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

Análise:**HISTÓRICO 2018 –**

Ao longo de 2018, as falhas relacionadas a medicamentos totalizaram 816 ocorrências, representando 54% de todos os incidentes identificados. Destes, 790 estavam relacionados a falhas de prescrição de antimicrobiano; 12 erros de administração de medicamento; 7 falhas na dispensação; 4 Reações Alérgicas a Medicamento (RAM); 2 faltas de medicamentos; 2 recusas e 1 queixa técnica. Em seguida, representando 10% (156) dos incidentes identificados, as perdas de Sonda Nasoenteral (SNE) ocorreram principalmente por saque/recusa (45%); recusa e agitação/confusão mental (18% em ambos); por deslocamento/perda acidental (14%) e apenas 1% por manipulação. Identificamos ainda 108 falhas na identificação; 97 infecções relacionadas à assistência; 50 falhas de processo; 30 incidentes relacionados a equipamentos médico-hospitalar; 24 atrasos ou não realização de exame. Identificamos ainda 23 quedas (16 da própria altura; 4 no banheiro; 1 do leito; 1 da cadeira; 1 da maca); 19 LPP (10 estágio II, 2 estágio I e 2 estágio III) 14 incidentes relacionados a hemotransfusão; 13 evasões; 10 falhas na comunicação; 10 incidentes relacionados a material médico-hospitalar; 8 falhas no transporte, entre outros incidentes de menor ocorrência.

JANEIRO A NOVEBRO /2019 –

Quanto ao tipo dos incidentes identificados, assim como em 2018, aqueles relacionados a medicamentos foram os mais frequentes, representando 48% do total de ocorrências, e totalizando 856 casos. A maior parte deles (64,5%) foram falhas na prescrição de antimicrobiano (ATB), que foram interceptadas pelo Serviço de Controle de Infecção (SCIH), ou seja, foram classificadas como "Near Miss", pois foram corrigidos antes de causar dano ao paciente. Em seguida, 20,4% se referem a Reação Adversa a Medicamento (RAM).

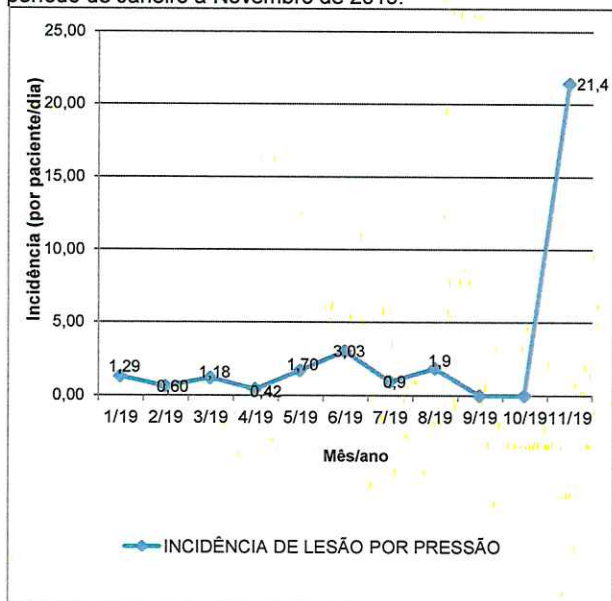
Em relação aos erros de prescrição, preparo e administração de medicamentos, os mais frequentes foram Posologia errada (29,6%); dose

errada (27,4%) e indicação errada (24,3%).

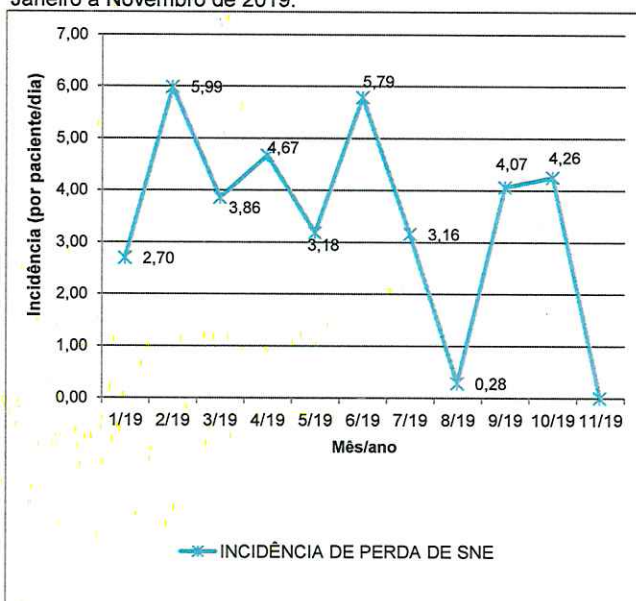
As perdas de Sonda Nasoenteral e Nasogátrica (SNE/SNG) representaram 9% dos incidentes identificados, e 21% dos Eventos Adversos com dano, totalizando 157 notificações. Em média, 39% das perdas de sonda foram ocasionadas por agitação/confusão mental, 25% por deslocamento/perda acidental, 25% por saques/recusa; 24% por deslocamento/perda acidental, 12% por obstrução e apenas 9% das perdas de sonda ocorreram durante procedimentos/manipulação do paciente.

As IRAS representam 7,2% dos incidentes, e 22,4% dos eventos adversos (com dano), totalizando 127 ocorrências entre os meses de Janeiro e Novembro de 2019. Ainda entre os incidentes mais frequentes estão 114 atrasos ou não realização de exames/procedimentos; falhas na assistência de enfermagem, que totalizaram 49 ocorrências, sendo que uma delas teve consequência grave para o paciente, e 2 dano moderado. As principais falhas na assistência de enfermagem foram: não realização de curativo, descumprimento de recomendação médica, ausência de balanço hídrico ou controle da diurese; omissão de cuidados, entre outros; 44 falhas na comunicação; 32 Falha relacionada a dieta; 32 falhas na identificação; 31 incidentes relacionados a material médico-hospitalar; 22 falhas na assistência médica; 16 recusas de tratamento; 15 Incidentes relacionados a equipamentos médico-hospitalar, entre outros incidentes de menor ocorrência.

Título: Gráfico 7 – Incidência de Lesão por pressão e no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Título: Gráfico 8 – Incidência de perda de SNE no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR (SIS) \ INDICADORES DE SEGURANCA HDT- Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA

Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

Análise:

Fórmula de cálculo:

INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP): Número de casos novos de pacientes com LPP em um determinado período, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de adquirir LPP (pacientes internados) no período, vezes 100.

INCIDÊNCIA DE PERDA DE SNE: Total de perdas de sonda, dividido por Pcte SNG/dia vezes 100.

INCIDÊNCIA DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL: Total de extubações acidentais, dividido por Pcte em VM/dia vezes 100

JANEIRO A NOVEBRO /2019 –

A incidência de Lesão por pressão é calculada considerando o número de casos novos de pacientes com LPP em um determinado período, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de adquirir LPP (pacientes internados) no período, vezes 100. No período entre Janeiro e Novembro, obteve-se uma média de 1,41, totalizando 19 lesões por pressão ao longo de 11 meses. Tal resultado, entretanto, pode indicar subnotificação do Evento Adverso. Isso, porque há evidências de um número muito superior de saídas na farmácia de curativos utilizados para tratar lesões por pressão como, por exemplo, Alginato de cálcio e sódio (265 unidades); SAF-GEL (449 unidades). A saída desses curativos foi realizada em nome de pelo menos 186 pacientes diferentes, contrapondo a hipótese do desenvolvimento de apenas 19 lesões por pressão na instituição ao longo desses meses, ainda que muitas delas sejam provenientes de outras unidades de saúde.

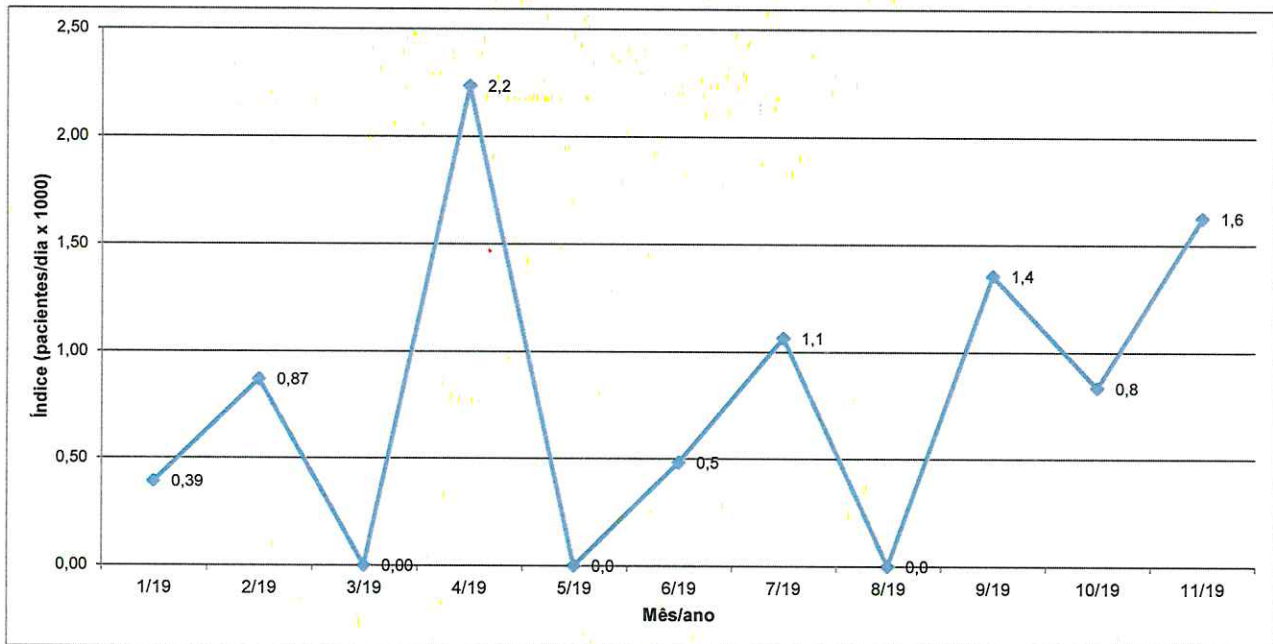
Ao todo, foram identificadas 5 extubações acidentais ao longo do ano, sendo que 4 foram causadas por deslocamento/perda acidental, e 1 por agitação/confusão mental do paciente. A extubação acidental pode resultar aumento da morbidade e mortalidade, aumento do tempo de ventilação mecânica que gera maior tempo de internação. Consequentemente aumenta o risco de hipoxemia, atelectasia, pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), instabilidade hemodinâmica, parada cardíaca e às vezes até a morte. Na maioria das vezes os

pacientes precisam ser reintubados. Nos casos ocorridos, dois foram categorizados como EAs graves, e 3 como EAs moderados.

Quanto a incidência de perda de Sonda Nasoenteral (SNE), até o mês de Outubro foi de 3,8. Em média, foram identificados 14 EAs desse tipo por mês. Considerando que as perdas de SNE são identificadas com o apoio do Setor Nutrição, que envia mensalmente um relatório informando os pacientes sondados que perderam o dispositivo, acredita-se que o resultado seja muito próximo a realidade, e possivelmente o incidente menos subnotificado na instituição. Um estudo realizado em um hospital no município de São Paulo demonstrou uma incidência de perda de SNE de 2,31 em unidade de terapia intensiva, 3,94 em semi intensiva e 1,09 em unidades de internação.

Outro fato relevante e que pode ter refletido no aumento da notificação de LPP no mês de novembro foi o início da atuação da Central de curativos, no dia 04/11/2019. A partir da atuação da enfermeira responsável por esse processo, os casos de LPP identificados por ela passaram a ser notificados ao NISP.

Título: Gráfico 9 – Índice de quedas no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR (SIS) \ INDICADORES DE SEGURANCA HDT- Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA

Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

Análise:

Fórmula de cálculo:

ÍNDICE DE QUEDA: Número de quedas em determinado mês dividido pelo número de pacientes/dia em determinado mês vezes 1000.

HISTÓRICO –

No período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2018, foram identificados no HDT um total de 96 Eventos Adversos (EAs) do tipo queda, sendo 37 (40,3%) da própria altura (quando o paciente cai no próprio nível em que se encontra, normalmente ao deambular), e 64 eventos (58,7%) associados a fatores vinculados ao ambiente físico (37 relacionadas a macas e leitos, 21 quedas no banheiro e 1 quedas de cadeira).

Durante análise de causa raiz das quedas identificadas, foram detectados problemas relacionados à mão de obra, como por exemplo a falta de acompanhamento de pacientes durante deambulação e banho, justificada por insuficiência e inadequação dos recursos humanos; estrutura de quartos e banheiros não planejadas para pacientes debilitados, como por exemplo, pisos desnivelados, altura inadequada da cadeira ou cama e cadeiras de banho em quantidade insuficiente e/ou em condições precárias.

Quanto a gravidade/severidade desses eventos adversos, a maior parte (72%) foram classificados como dano leve, que caracteriza danos mínimos, de curta duração, e que não requereram tratamento específico, suspensão de medicamento, e/ou prolongamento do tempo de hospitalização; 10% dano moderado, com consequência sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções; 4% causaram dano grave, sendo necessária intervenção para salvar a vida ou causou grandes danos permanentes ou em longo prazo e 1%

contribuíram para o óbito do paciente.

Em 2018, pelo menos duas ocorrências foram investigadas como possível causa de óbito. Quanto a caracterização do perfil dos pacientes que sofreram queda nesse período, percebe-se que a maior parte deles estavam em uso de polifarmácia. Pouco mais de 20% dos pacientes que caíram possuíam dependência química, 12% foram avaliados pela equipe como "não colaborativos", e 12% possuíam algum transtorno mental diagnosticado.

JANEIRO A NOVEBRO /2019 –

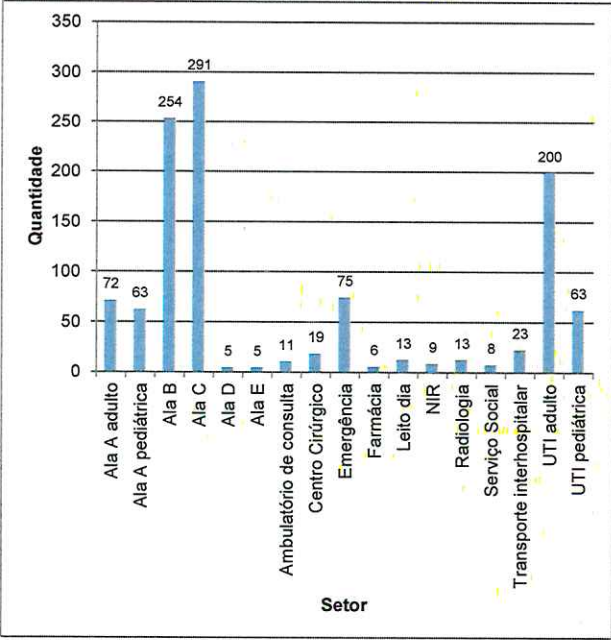
Neste período, quedas representaram 4% do total de Eventos Adversos identificados, totalizando 21, que resultaram em um índice de quedas de 0,81, sendo que apenas 1 delas não causou dano ao paciente. Dessas quedas, 12 ocorreram da própria altura, 6 no banheiro, 3 no leito do paciente e 1 da maca. Quanto ao dano ocasionado por essas quedas, 11 foram classificadas como leves, 5 resultaram em dano moderado, 3 tiveram impacto grave, e 1 catastrófico, ou seja, contribuiu ou acelerou o óbito.

Uma das estratégias utilizadas para prevenir o Evento Adverso no HDT, é a avaliação diária realizada pela equipe de enfermagem, com aplicação de uma escala de risco chamada "Escala MORSE". Esse instrumento associa as condições clínicas do paciente com o risco que o indivíduo tem de cair. Dessa forma, a equipe de enfermagem poderá direcionar cuidados individualizados para o risco que o paciente apresenta.

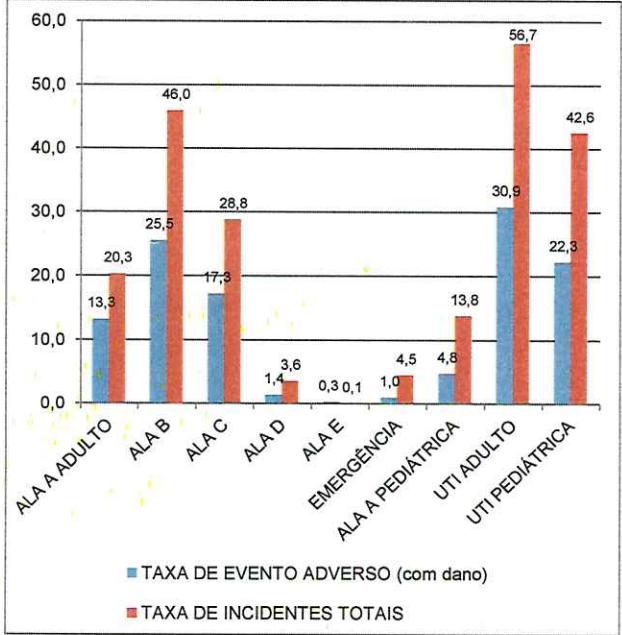
Os fisioterapeutas, por meio de busca ativa, também identificam e classificam pacientes que possuem o risco queda. Essa identificação é feita através de testes de força e equilíbrio, na qual sua alteração poderá predispor o paciente ao risco maior de cair. Sendo identificada essa vulnerabilidade, os pacientes são incluídos no atendimento com intuito de melhorar a força muscular e equilíbrio, dentre outros objetivos, reduzindo assim o seu potencial de queda.

O NISPGR por sua vez, monitora diariamente a adesão às diretrizes do Protocolo de Prevenção de Quedas, com o objetivo de identificar se os pacientes estão recebendo os cuidados adequados, de acordo com o risco identificado.

Título: Gráfico 10 – Incidentes identificados por setor, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Título: Gráfico 11 – Taxa de incidentes identificados por setor, no período de Janeiro a Novembro de 2019



Fonte: Banco de dados NISPRG (SIS) \ INDICADORES DE SEGURANCA HDT- Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.



ANÁLISE CRÍTICA

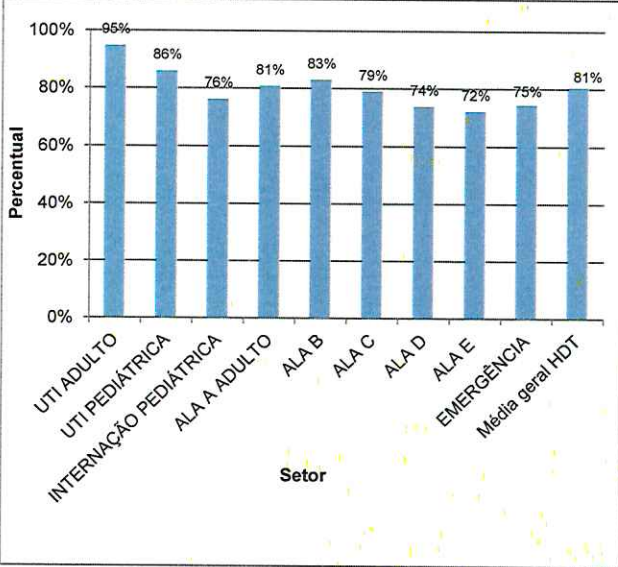
Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação as informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

Análise:

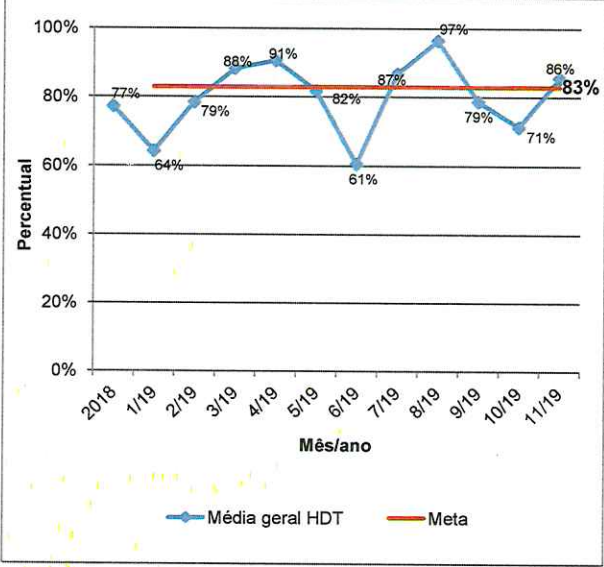
JANEIRO A NOVEBRO /2019 –

As alas B e C totalizaram 47,9% do total de incidentes identificados na instituição, entretanto, foi na UTI adulto as maiores taxas de Eventos Adversos e Incidentes. Isso porque o indicador é calculado considerando o número total de ocorrências dividido pelo total saídas do setor em determinado mês. Na UTI adulto por exemplo, de Janeiro a Novembro ocorreram 353 saídas, 200 incidentes e 110 EAs; Ala C - 1013 saídas, 292 incidentes e 177 EAs; Ala B - 359 saídas, 254 incidentes, 143 EAs; UTI pediátrica – 148 saídas, 63 incidentes e 18 EAs; Ala A pediátrica – 455 saídas, 63 incidentes e 22 EAs.

Título: Gráfico 12 – Adesão ao Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão por setor, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Título: Gráfico 13 – Média de adesão ao Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão por mês, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR / INDICADORES DE MONITORAMENTO DE PROTOCOLOS DE SEGURANCA – **Data:** 17/12/2019 – **Responsável:** Stefane Arruda Macedo. **Destinatário:** Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia

ANÁLISE CRÍTICA

Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

Análise:**HISTÓRICO 2018 –**

Em 2018, a média de adesão ao protocolo de LPP foi de 77%. O setor que obteve a melhor média foi UTI adulto, com 92% de adesão. Os demais setores ficaram com a média inferior a 80%. A adesão mais baixa foi na UTI pediátrica, que alcançou 70% de adesão, demonstrando a necessidade de fortalecer a importância da adoção das diretrizes instituídas no protocolo com o objetivo de prevenir lesões por pressão no setor, que totalizaram 4 ocorrências ao longo do ano. Considerando a série histórica de 2018, foi definida para 2019 uma meta de 83%. Também foram incluídos no monitoramento a Ala D e Ala E, além do desmembramento da Ala B e Ala C.

JANEIRO A NOVEBRO /2019 –

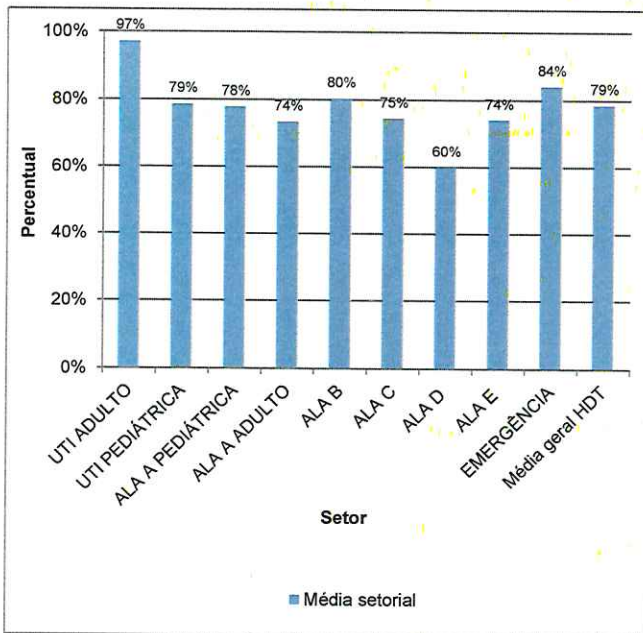
A média de adesão às diretrizes do Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão no período de Janeiro a Novembro foi de 2019 foi de 81%, não conseguindo atingir a meta de 83% estabelecida para a organização.

Os setores que alcançaram essa meta foram Ala B, com 83% de adesão, UTI pediátrica que obteve 86%, e UTI adulto, que atingiu a média recomendada para a adesão a protocolos, de 95%.

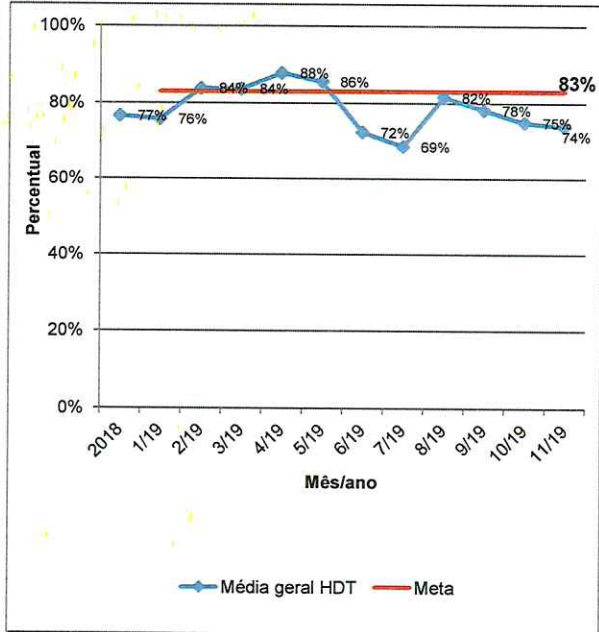
Por fim, não identificamos uma tendência especial nos percentuais de adesão ao protocolo. Percebe-se que a distribuição dos dados no gráfico 13 indica que devem existir somente causas comuns para essa variação. As causas de variação comuns são consideradas aleatórias.

Será sugerido para o ano de 2020 para todos os indicadores de processo, a definição da meta e/ou uma faixa de limite superior e inferior, admitindo uma tolerância de variação para mais ou para menos. Desta forma, poderá ser estabelecida uma margem de oscilação aceitável para o indicador, considerando o fator de desempenho histórico, com o objetivo de impor melhorias para os setores e para a instituição como um todo.

Título: Gráfico 14 – Adesão ao Protocolo de Prevenção de Quedas por setor, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Título: Gráfico 15 – Adesão ao Protocolo de Prevenção de Quedas por mês, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR / INDICADORES DE MONITORAMENTO DE PROTOCOLOS DE SEGURANCA – Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA

Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

Análise:**HISTÓRICO 2018 –**

Em 2018, a média de adesão ao protocolo foi de 77%. Os setores que obtiveram as melhores médias foram UTI adulto, com 91% de adesão, e UTI pediátrica com 80%. A adesão mais baixa foi na emergência, que alcançou 63% de adesão, demonstrando a necessidade de fortalecer a importância da adoção das diretrizes instituídas no protocolo com o objetivo de prevenir a ocorrência de quedas no setor. Considerando a série histórica do ano, foi definida para 2019 uma meta de 83%. Também foram incluídos no monitoramento a Ala D e Ala E, além do desmembramento da Ala B e Ala C.

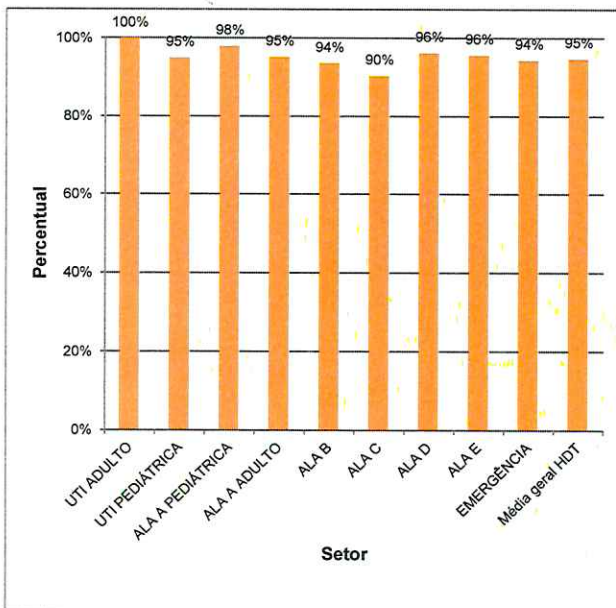
JANEIRO A NOVEBRO /2019 –

A média de adesão às diretrizes do Protocolo de Prevenção de Quedas no período de Janeiro a Agosto de 2019 foi de 79%, pouco acima da média alcançada em 2018, permanecendo abaixo da meta de 83% esperada para o ano de 2019. Essa meta foi alcançada apenas no mês de Fevereiro, Março, Abril e Maio.

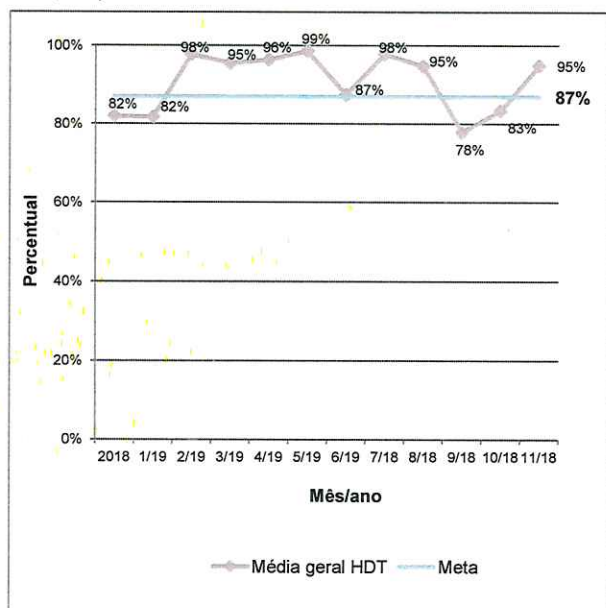
Os setores que alcançaram essa meta foram a Emergência que obteve média de 84%, e UTI adulto, que com 97% de adesão superou a média recomendada para adesão a protocolos institucionais, que seria 95%.

Pode-se observar no gráfico 15, que existe uma sequência com seis pontos consecutivos abaixo da meta definida. Esse resultado indica que o processo pode estar fora de controle, sendo necessário identificar e eliminar as causas do problema.

Título: Gráfico 16 – Adesão a Política de Identificação por setor, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Título: Gráfico 17 – Adesão a Política de Identificação por mês, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR / INDICADORES DE MONITORAMENTO DE PROTOCOLOS DE SEGURANCA – Data: 17/12/2019 – Responsável: Stefane Arruda Macedo. Destinatário: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA

Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

Análise:**HISTÓRICO 2018 –**

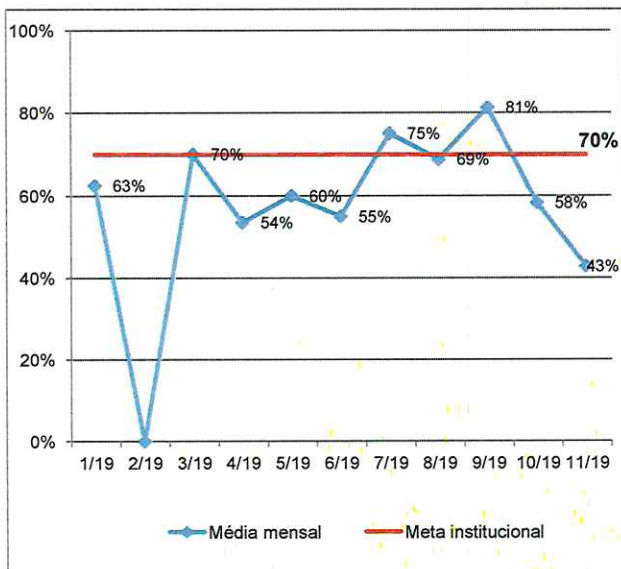
A média de adesão às diretrizes da política de identificação no período foi de 82%, e neste período, nenhuma meta havia sido adotada. O setor que obteve a melhor média foi a UTI adulto, com 90% de adesão. Em seguida a UTI pediátrica com 83%; 81% Internação adulto; 80% internação pediátrica, e por último, a emergência com 76% de adesão as diretrizes da política.

Considerando a série histórica do ano, foi definida para 2019 uma meta de 87%. Também foram incluídos no monitoramento a Ala D e Ala E, além do desmembramento da Ala B e Ala C.

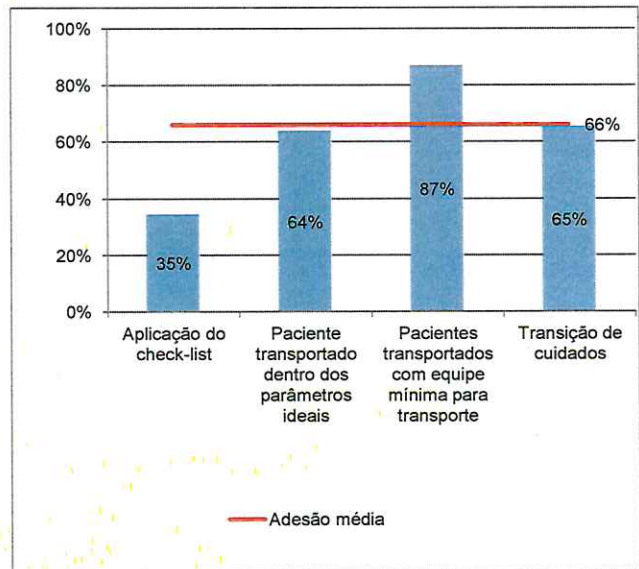
JANEIRO A NOVEBRO /2019 –

A média de adesão às diretrizes da política de identificação no período foi de 95%, e neste período, ultrapassando a meta de 87% estabelecida para a instituição. Apesar de ter se mantido estável durante 7 meses consecutivos, no mês de Setembro e Outubro, houve redução da adesão às diretrizes do protocolo, que no mês de Novembro, já demonstrou uma recuperação do resultado.

Título: Gráfico 18 – Adesão ao Protocolo de Transporte, por mês, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Título: Gráfico 19 – Adesão ao Protocolo de Transporte, por marcador, no período de Janeiro a Novembro de 2019.



Fonte: Banco de dados NISPGR / INDICADORES DE MONITORAMENTO DE PROTOCOLOS DE SEGURANCA – **Data:** 17/12/2019 – **Responsável:** Stefane Arruda Macedo. **Destinatário:** Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Ensino, Gerência Administrativa, Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Reabilitação, Coordenação Nutrição, Coordenação Psicologia, Coordenação Serviço Social, Coordenação Laboratório e Agência Transfusional, Coordenação Farmácia.

ANÁLISE CRÍTICA

Relevância	Importância do resultado para avaliação global do indicador, considerando as estratégias e levando-se em conta o perfil da Unidade.
Desempenho	Comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.
Tendência	Comportamento do indicador ao longo do tempo.

A média de adesão às diretrizes do Protocolo de Transporte no período de Janeiro a Novembro de 2019 foi de 66%, abaixo da meta estabelecida para o ano de 2019, de 70%. O item de maior adesão do protocolo foi "Paciente transportado com equipe mínima", com 87% de conformidade. A aplicação do checklist de transporte de pacientes críticos tem sido o grande desafio no monitoramento deste protocolo, com uma adesão de 35%.

Em Fevereiro os dados não foram coletados, portanto, neste mês não foi mensurada a adesão ao protocolo.

Observou-se que o número de pacientes com preenchimento de mapa de transporte tem sido superior ao número de pacientes transportados segundo a planilha de gerenciamento da enfermagem, o que demonstra uma falha neste processo. Definiu-se, portanto que a partir do mês de Outubro, a enfermagem passara a utilizar o mapa diário de transporte preenchido pelo condutor para preenchimento do banco de indicadores "Feedback".

Devido a baixa adesão ao protocolo de transporte, este está sendo revisado junto a equipe multiprofissional a fim de discutir as falhas no processo que possam impactar em um resultado abaixo do esperado, como por exemplo, a definição dos critérios para transporte e classificação do paciente com risco (crítico e/ou semi-crítico) que necessita da aplicação do check-list. Após revisão do protocolo, será realizado novo treinamento para fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos e condutores.

HDT

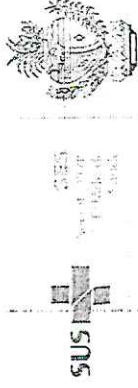
HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS
DR. ANUAR AJAD

SUS 

SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



Anexo 5



Formulário de Relatório de Visita/Auditoria

RELATÓRIO DE VISITA/AUDITORIA UNIDADES DE INTERNAÇÃO

OBJETIVO

Avaliação dos aspectos Técnicos de estruturação física, Serviço de Vigilância em Saúde (Segurança do Paciente, Controle de Infecção) e Segurança do trabalhador

REALIZAÇÃO

A visita técnica foi realizada no dia 28 de Junho de 2019

RESPONSÁVEIS PELA VISITA

Flavio Fontes da Cruz (Coordenador de manutenção)
Patricia Fatima Monteiro de Souza (Coordenadora do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)
Paula Rocha Hoffmann Garcia (Engenheira de Segurança do trabalho)

Prezados (as),

De modo a oferecer segurança aos pacientes e garantir a qualidade nos serviços de saúde bem como a segurança do trabalhador, faz-se necessário o cumprimento de diversas normativas e protocolos. Ressaltamos a extrema necessidade de atendimento as propostas de melhoria. As tratativas referentes a estas propostas necessitam da disponibilização de todos os materiais e mão-de obra necessárias para a realização das atividades dentro do prazo estimado. Enfatizamos que para garantir a segurança do paciente e do trabalhador, é imprescindível que as enfermarias **estejam desocupadas** durante todo o processo de manutenção. Com esse objetivo e a partir da visita de auditoria, fazemos as seguintes observações, enquanto oportunidades de melhorias:

[Handwritten signatures and initials]



SUS
Sistema Único de Saúde





SETOR	LOCAL	PROBLEMAS	PROPOSTAS DE MELHORIA	TRATATIVAS	PRAZO ESTIMADO
ALA A	ENFERM. 17 (6 LEITOS)	PROBLEMAS ELÉTRICOS (POSSÍVEL CURTO-CIRCUITO DENTRO DA LAJE).	ADEQUAR O AMBIENTE DE ACORDO COM OS PRECEITOS DA NORMA REGULAMENTADORA NR 10 PORTARIA 3214/78 SEGURANÇA EM INSTALAÇÕES E SERVIÇOS EM ELETRICIDADE	SUBSTITUIÇÃO DE CABEAMENTO ELÉTRICO	05 DIAS
	ENFERM. 26 (1 LEITO)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES / MOFO NO TETO / PORTA DANIFICADA	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURGIMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES	PINTURA DE PAREDES, TETO E SUBSTITUIÇÃO DAS PORTAS.	10 DIAS
ALA B	ENFERM. 32 (1 LEITO)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES / MOFO NO TETO	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURGIMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES	PINTURA DE PAREDES, TETO E PORTAS	10 DIAS
	ENFERM. 35 (2 LEITOS)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES / MOFO NO TETO / PORTA DANIFICADA	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURGIMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES	PINTURA DE PAREDES, TETO E PORTAS	10 DIAS
ALA C	ENFERM. 37 (2 LEITOS)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES / MOFO NO TETO / PORTA DANIFICADA	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURGIMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES	PINTURA DE PAREDES, TETO E PORTAS	10 DIAS
	ENFERM. 44 (2 LEITOS)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES / MOFO NO TETO / PORTA DANIFICADA	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURGIMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES	PINTURA DE PAREDES, TETO E SUBSTITUIÇÃO DAS PORTAS.	10 DIAS

[Handwritten signatures and initials]

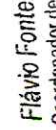
[Handwritten mark]

ENFERM. 45 (2 LEITOS)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES / MOFO NO TETO / PORTA DANIFICADA	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURTIAMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES	PINTURA DE PAREDES, TETO E SUBSTITUIÇÃO DAS PORTAS.	10 DIAS
ENFERM. 47 (2 LEITOS)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES /PORTA DANIFICADA	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURTIAMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES	PINTURA DE PAREDES E PORTAS	07 DIAS
ALA C ENFERM. 49 (2 LEITOS)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES / MOFO NO TETO / PORTA DANIFICADA	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURTIAMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES	PINTURA DE PAREDES, TETO E PORTAS COM SUBSTITUIÇÃO DA PORTA DO BANHEIRO	10 DIAS
ENFERM. 50 (2 LEITOS)	INFILTRAÇÕES DE PAREDES / MOFO NO TETO / SUBSTITUIÇÃO DE TOMADA SIMPLES PARA DÚPLA / TAMPA DE TOMADA 4X4 COM 02 ELEMENTOS	ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.A PRESENÇA DE MOFOS CONTRIBUI PARA O SURTIAMENTO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRATO RESPIRATÓRIO E PODE CONTRIBUIR PARA O RETARDAMENTO DO PROCESSO DE ALTA DOS PACIENTES; ADEQUAR O AMBIENTE DE ACORDO COM OS PRECEITOS DA NORMA REGULAMENTADORA NR 10 PORTARIA 3214/78 SEGURANÇA EM INSTALAÇÕES E SERVIÇOS EM ELETRICIDADE	PINTURA DE PAREDES, TETO E PORTAS E REPAROS ELÉTRICOS	10 DIAS
ENFERM. 08 (1 LEITO)	BAIXA ALTURA DE INCLINAÇÃO DO TELHADO DO BANHEIRO	ADEQUAR ALTURA DO TELHADO A FIM DE EVITAR OCORRENCIAS DE EVENTOS ADVERSOS E ACIDENTES DO TRABALHO (RDC 50/2002).	AUMENTO DE INCLINAÇÃO DA PAREDE DO BANHEIRO EM ALVENARIA / INSTALAÇÃO DO FORRO EM PVC	15 DIAS
ALA D ENFERM. 09 (2 LEITOS)	BAIXA ALTURA DE INCLINAÇÃO DO TELHADO DO BANHEIRO / DESCOLAMENTO DE REVESTIMENTO CERÂMICO DO BANHEIRO / INFILTRAÇÕES EM PAREDES	PAREDES E PISOS DEVEM SER DE MATERIAL RESISTENTE À LAVAGEM E AO USO DE DESINFETANTES, COM O MENOR NÚMERO POSSÍVEL DE RANHURAS OU FRESTAS, MESMO APÓS O USO E LIMPEZA FREQUENTE; ADEQUAR ALTURA DO TELHADO A FIM DE EVITAR OCORRENCIAS DE EVENTOS ADVERSOS E ACIDENTES DO TRABALHO. SOLICITAR ADEQUAÇÃO, CONFORME PRECONIZADO EM RESOLUÇÃO (RDC Nº 50/02).	AUMENTO DE INCLINAÇÃO DA PAREDE DO BANHEIRO EM ALVENARIA / RETIRADA E INSTALAÇÃO DE REVESTIMENTO CERÂMICO DO BANHEIRO / REPAROS HIDRO-SANITÁRIOS / REPAROS NO CONTRA-PISO / INSTALAÇÃO DO FORRO EM PVC / PINTURA DE PAREDES E TETO	30 DIAS






ALA D	ENFERM. 10 (1 LEITO)	BAIXA ALTURA DE INCLINAÇÃO DO TELHADO DO BANHEIRO / DESCOLAMENTO DE REVESTIMENTO CERÂMICO DO BANHEIRO / INFILTRAÇÕES EM PAREDES	PAREDES E PISOS DEVEM SER DE MATERIAL RESISTENTE À LAVAGEM E AO USO DE DESINFETANTES, COM O MENOR NÚMERO POSSÍVEL DE RANHURAS OU FRESTAS, MESMO APÓS O USO E LIMPEZA FREQUENTE; ADEQUAR ALTURA DO TELHADO A FIM DE EVITAR OCORRÊNCIAS DE EVENTOS ADVERSOS E ACIDENTES DO TRABALHO. SOLICITAR ADEQUAÇÃO, CONFORME PRECONIZADO EM RESOLUÇÃO (RDC Nº 50/02).	AUMENTO DE INCLINAÇÃO DA PAREDE DO BANHEIRO EM ALVENARIA / RETIRADA E INSTALAÇÃO DE REVESTIMENTO CERÂMICO DO BANHEIRO / REPAROS HIDRO-SANITÁRIOS / REPAROS NO CONTRA-PISO / INSTALAÇÃO DO FORRO EM PVC / PINTURA DE PAREDES E TETO	30 DIAS
ENFERM. 11 (2 LEITOS)	BAIXA ALTURA DE INCLINAÇÃO DO TELHADO DO BANHEIRO / DESCOLAMENTO DE REVESTIMENTO CERÂMICO DO BANHEIRO / INFILTRAÇÕES EM PAREDES	PAREDES E PISOS DEVEM SER DE MATERIAL RESISTENTE À LAVAGEM E AO USO DE DESINFETANTES, COM O MENOR NÚMERO POSSÍVEL DE RANHURAS OU FRESTAS, MESMO APÓS O USO E LIMPEZA FREQUENTE; ADEQUAR ALTURA DO TELHADO A FIM DE EVITAR OCORRÊNCIAS DE EVENTOS ADVERSOS E ACIDENTES DO TRABALHO. SOLICITAR ADEQUAÇÃO, CONFORME PRECONIZADO EM RESOLUÇÃO (RDC Nº 50/02).	AUMENTO DE INCLINAÇÃO DA PAREDE DO BANHEIRO EM ALVENARIA / RETIRADA E INSTALAÇÃO DE REVESTIMENTO CERÂMICO DO BANHEIRO / REPAROS HIDRO-SANITÁRIOS / REPAROS NO CONTRA-PISO / INSTALAÇÃO DO FORRO EM PVC / PINTURA DE PAREDES E TETO	30 DIAS	
ENFERM. 12 (1 LEITO)	AR CONDICIONADO DANIFICADO / PORTAS COM FECHADURAS DANIFICADAS	ADEQUAR O AMBIENTE DE ACORDO COM OS PRECEITOS DAS NORMAS REGULAMENTADORAS NR 10 E 32 PORTARIA 3214/78; ADEQUAR CONFORME RDC 50/2002.	SUBSTITUIÇÃO DE PEÇA DE AC DANIFICADA / SUBSTITUIÇÃO DE FECHADURAS DANIFICADAS	15 DIAS	


 Patricia Fátima Monteiro de Souza
 Enfermeira Coordenadora-SCIH
 SVS/HDT-HA/ISG
 COREN-GO 322.381


 Flávio Fontes da Cruz
 Coordenador de Manutenção
 HDT/HA/ISG

Patricia Fátima Monteiro de Souza
 Coordenadora do SCIH
 SCIH/SVS/HDT/ISG


 Paula Rocha Hoffmann Garcia
 Eng. de Segurança do Trabalho
 CREA/GO 030/D-GO
 SESMT/HDT/ISG

Paula Rocha Hoffmann Garcia
 Engenheira de Segurança do Trabalho
 SESMT/HDT/ISG

Augustine
 ↳ N. 8.155 Segurança