



ORDEM DE SERVIÇO Nº: 0035/2022

GABINETE/SESA

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR - IBGH

UNIDADE ESTADUAL DE INTERNAÇÃO ZONA SUL – UEI/ZS

RELATÓRIO MENSAL DAS COMISSÕES INSTAURADAS NA UEI/ZS

OUTUBRO

2022





SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. CAPÍTULO I – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS).....	6
2.1. INDICADORES.....	7
ÍNDICE DE CONSUMO DE SABONETE LÍQUIDO	7
ÍNDICE DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM GEL PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	8
2.2. NOVOS INDICADORES	10
ÍNDICE DE PERCENTUAL DE ADESÃO A HIGIENE DE MÃOS.....	11
ÍNDICE DA TAXA GLOBAL DE IRAS	12
ÍNDICE DE DENSIDADE GLOBAL DE IRAS	13
ÍNDICE DE DENSIDADE DE PAV	16
ÍNDICE DE DENSIDADE INFECÇÃO PRIMÁRIAS DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) ASSOCIADAS A CATETER VENOSO CENTRAL CVC. .	17
ÍNDICE DE DENSIDADE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU) NA ASSOCIADAS A CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD).....	19
ÍNDICE DA TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC) LIMPO.	21
2.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
3. CAPÍTULO II – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (COARP)	23
3.1. INDICADORES.....	25
TAXA DE PRONTUÁRIOS EM CONFORMIDADE.....	25
3.2. AÇÕES ESTRATÉGICAS.....	29
3.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
4. CAPÍTULO III – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE REVISÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (COMVO).....	30
4.1. TABELA 1 - VIGILANCIA DE ÓBITOS.....	31
4.2. INDICADORES.....	31
TAXA DE ÓBITOS INSTITUCIONAL.....	31
TAXA DE DECLARAÇÕES DE ÓBITOS EM CONFORMIDADE	33
4.3. AÇÕES ESTRATÉGICAS:.....	34
4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
5. CAPÍTULO IV – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO	35
5.1. INTRODUÇÃO.....	35
5.2. INDICADORES.....	36
TAXA DE AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO REALIZADAS X PREVISTA	36
5.3. ATIVIDADES REALIZADAS	37
6. CAPÍTULO V – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	44
6.1. INDICADORES.....	46
6.2. RELAÇÃO DE TREINAMENTOS E PALESTRAS REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO	47
6.3. RELAÇÃO DE REUNIÕES DE ALINHAMENTOS COM AS EQUIPES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO	49
6.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7. CAPÍTULO VI – RELATÓRIO DA COMISSÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (CNQSP).....	51

Administrada por:





7.1. INDICADORES.....	52
NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS	53
TAXA DE INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP).....	58
TAXA DE INCIDÊNCIA DE QUEDA.....	60
7.2. NOVOS INDICADORES	61
PORCENTAGEM DE DIAS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA EM QUE A CABECEIRA DA CAMA PERMANECEU ELEVADA EM UM ÂNGULO \geq 30 GRAUS	63
PERCENTUAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO	65
PROPORÇÃO DE PACIENTES COM AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA REALIZADA NA ADMISSÃO	68
PERCENTUAL DE PACIENTES QUE RECEBERAM AVALIAÇÃO DIÁRIA DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	70
PERCENTUAL DE PACIENTES DE RISCO QUE RECEBERAM CUIDADO PREVENTIVO APROPRIADO PARA LPP	71
7.3. ATIVIDADES REALIZADAS PELA COMISSÃO	71
7.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
8. CAPÍTULO VII – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)	72
8.1. INDICADORES	74
TAXA DE ERROS NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	74
NÚMERO DE ERROS PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	76
NÚMERO DE QUEIXA TÉCNICA A MEDICAMENTOS	76
NÚMERO DE QUEIXA TÉCNICA A MATERIAIS HOSPITALARES EQUIPAMENTOS	77
NÚMERO DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	77
PORCENTAGEM DE MEDICAMENTO PRESCRITOS PARA CRIANÇAS, QUE INCLUEM A DOSE CORRETA DOS MEDICAMENTOS POR QUILOGRAMA (OU ÁREA DE SUPERFÍCIE CORPORAL) E UMA DOSE DE SEGURANÇA TOTAL.....	77
TAXA DE ERROS NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	77
PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS OU DE ALTA VIGILÂNCIA DIFERENCIADOS DE OUTROS MEDICAMENTOS COM SINALIZAÇÕES, ALERTAS OU OUTROS SISTEMAS.....	77
PORCENTAGEM DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO PRESCRITOS EM CONCORDÂNCIA COM CRITÉRIOS APROVADOS POR UMA "COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA"	78
8.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79



1. INTRODUÇÃO

O presente relatório trata-se das atividades realizadas pelas comissões instituídas na Unidade Estadual de Internação – Zona Sul (UEI-ZS), no período de 01 de setembro à 30 de setembro de 2022, em atenção as ordens de serviços nº 0035/2022 de 04 de setembro até a assinatura do respectivo contrato, encaminhada pela Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA/AP) para o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH).

As Comissões foram instituídas por meio de portarias, existindo atualmente sete comissões na UEI-ZS, são elas:

- *Comissão de Controle de Infecção Relacionados a Assistência à Saúde (CCIRAS)*: Contemplado no Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) que tem como objetivo: conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. **Portaria em vigor: Nº 016/2022.**
- *Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (COARP)*: Tem por finalidade detectar possíveis falhas no preenchimento do documento, determinando, de imediato, a correção necessária; garantindo a qualidade das informações contidas no prontuário desta Instituição. **Portaria em vigor: Nº 026/2022.**
- *Comissão de Revisão e Verificação de Óbitos (COMVO)*: Foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS n.º

Administrada por:





2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis. O objetivo desta comissão é analisar o registro dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais pertinentes, bem como a qualidade de informações das declarações de óbito. **Portaria em vigor: Nº 019/2022.**

- *Comissão de Humanização:* O principal intuito desta comissão é empreender uma política institucional de resgate dos valores da universalidade, integridade e aumento da equidade na assistência, em benefício aos usuários e dos trabalhadores da unidade. A comissão está pautada nas orientações da Política Nacional de Humanização - PNH, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, que tem por finalidade efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão. **Portaria em vigor: Nº 022/2022.**
- *Comissão de Educação em Saúde (CES):* consiste em um programa de formação e desenvolvimento dos colaboradores da UEI-ZS, que objetiva manter a equipe em um constante processo educativo, com a finalidade educativo que envolve as relações entre os profissionais da área de Saúde e a população, que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individual e coletivo. Além de manter um propósito de aprendizagem no que consiste na ideia da constante qualificação e aperfeiçoamento do colaborador, melhorando

Administrada por:





sua atuação profissional dentro da unidade impactando na satisfação dos usuários e à satisfação dos agentes de trabalho. **Portaria em vigor: Nº 023/2022.**

- *Comissão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (CNQSP):* Tem como objetivo fortalecer as práticas seguras na Instituições de Saúde, sendo pautado na RDC nº 36/2013, em consolidação com a Portaria 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Portaria em vigor: Nº 024/2022.**
- *Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):* tem como objetivo a formalização e implementação de políticas relacionadas com a seleção, prescrição e uso racional de medicamentos. Estando sempre em um processo onde haja participação multiprofissional para assegurar a terapêutica eficaz, segura e melhoria na qualidade de assistência prestada à saúde. **Portaria em vigor: Nº 025/2022.**

Assim sendo, o Relatório Mensal das Comissões da UEI-ZS, têm por objetivo apresentar subsídios necessários para a análise técnica da SESA/AP, quanto as atividades desenvolvidas no período referente ao mês de outubro.

2. CAPÍTULO I – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde (CCIRAS) é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição, sendo normatizada legalmente de acordo com a Portaria 2.616 de 1998 do Ministério da

Administrada por:





Saúde. Com finalidade elaborar, executar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Infecções comunitárias são as infecções quando no ato de internação o paciente já apresenta uma complicação infecciosa ou uma doença infectocontagiosa.

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

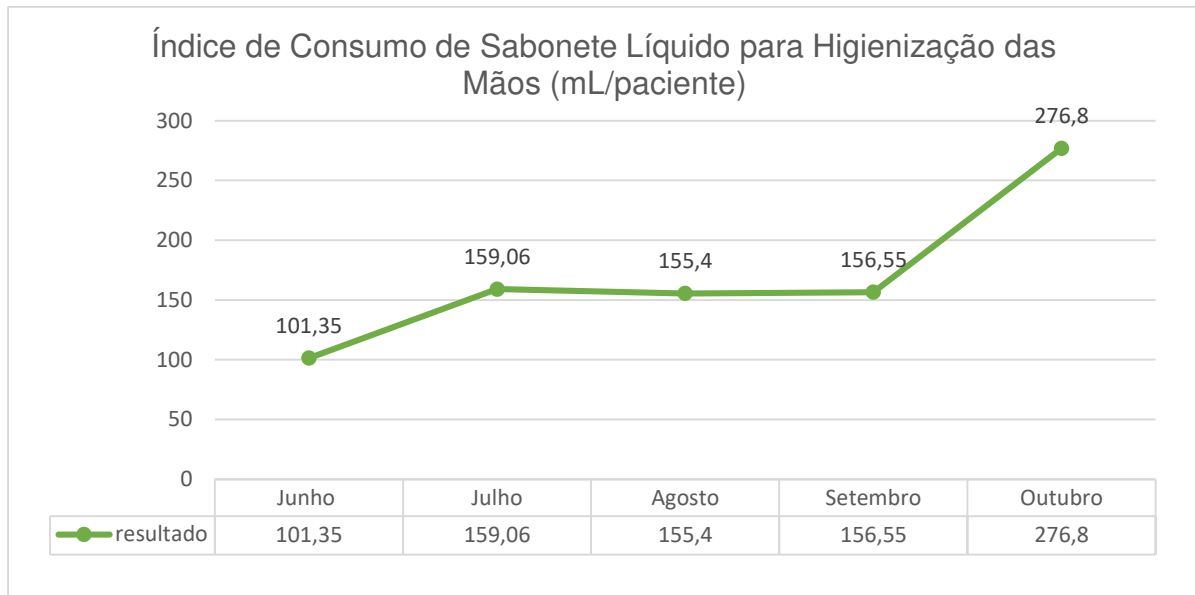
2.1. INDICADORES

Índice de Consumo de Sabonete Líquido

- **Objetivo:** Mensurar mensalmente o consumo de sabonete líquido utilizado na unidade.
- **Fórmula:**
$$\frac{\text{Total de sabonete líquido consumido (mL)}}{\text{Total de pacientes atendidos no mês}}$$
- **Resultado:**
$$\frac{34.600}{125} = 276,8\text{ml/paciente.}$$
- **Gráfico:**

Administrada por:





Fonte: SCIH, 2022.

- **Análise crítica:**

No mês de outubro nota-se um aumento quanto ao consumo de sabonete líquido pelos profissionais da unidade, como demonstrado no gráfico abaixo. Tal crescimento justifica-se pelo trabalho da CCIRAS, quem vem incansavelmente realizando palestras, orientações e visitas regulares na unidade para acompanhar e observar os colaboradores durante a assistência prestada. Somado a isto, tem-se integrado os demais setores no reforço e conscientização da higienização das mãos, visando garantir a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, que procura acessar esta casa de saúde.

Índice de consumo de álcool em gel para higienização das mãos

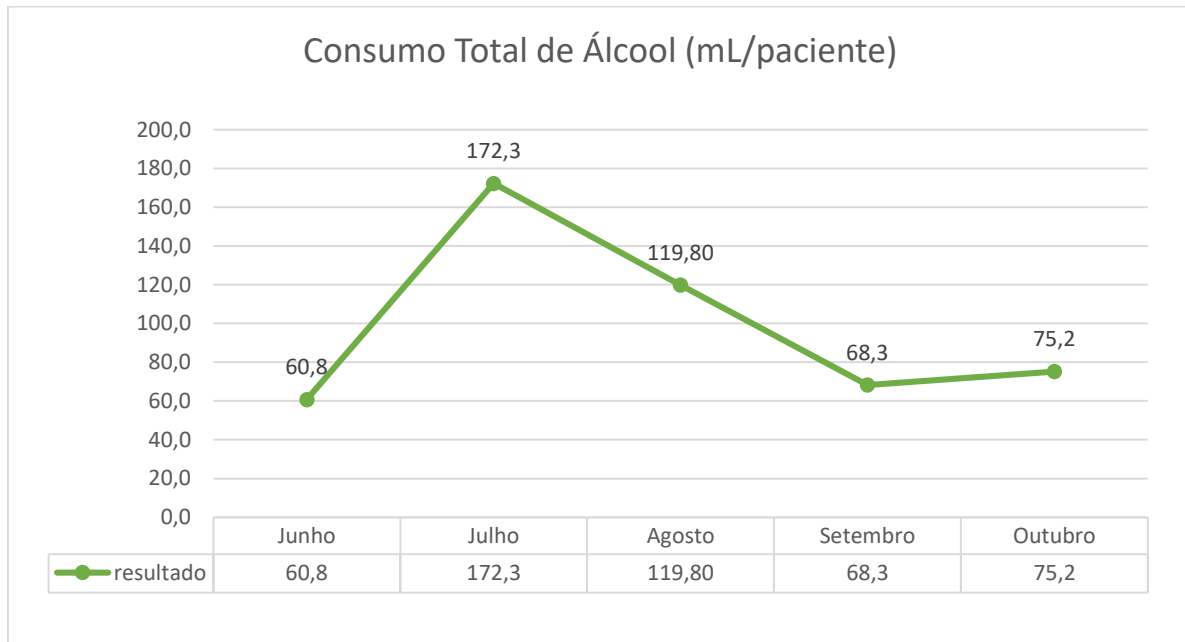
- **Objetivo:** Mensurar mensalmente o consumo de álcool em gel utilizado na unidade.
- **Fórmula:**
$$\frac{\text{Total de álcool utilizado (mL)}}{\text{Total de pacientes atendidos no mês}}$$

Administrada por:





- **Resultado:** $\frac{9.400}{125} = 75,2$



Fonte: SCIH, 2022.

- **Análise Crítica**

No mês analisado, percebe-se que em comparação com mês de setembro, há um aumento de 6,9% no consumo de álcool gel na unidade. O que demonstra que as orientações e visitas regulares na unidade para acompanhar e observar os colaboradores durante a assistência prestada, somado ao constante reforço acerca da conscientização da higienização das mãos, tem trazido resultados. Ressalta-se que durante as visitas e coletado do indicador de adesão de higiene das mãos, observou-se o uso de outros antissépticos, como o álcool 70% e a clorexidina degermante, pelos colaboradores da unidade.

Este resultado demonstra que ainda é necessário continuar orientando os demais colaboradores e demais prestadores de serviços da unidade quanto a importância da higienização das mãos na atividade assistenciais estabelecida pelas entidades de

Administrada por:





saúde. Buscando também novos meios de se monitorar e corrigir o uso antisséptico e da higienização das mãos.

2.2. NOVOS INDICADORES

A partir deste mês os indicadores desta comissão sofrerão algumas alterações, tendo sido reestruturado a coleta e a análise de indicadores já existentes, além da implemtenção de novos, para um melhor monitoramento do processo assistencial da UEI. Tal fato deve-se a necessidade do serviço de controle de infecção hospitalar aprimorar os processos existentes na unidade, visando atender as recomendações do ministério da saúde quanto ao monitoramento de dados ligados a IRAS na unidade.

A implementação dos indicadores reestruturados ocorreu no decorrer do mês de outubro, por meio da introdução na rotina assistencial, de instrumentos padronizados e validados para a coleta dos mesmos. São eles:

- FOR 076: CHECKLIST DE ADMISSÃO PACIENTE
- FOR 077: CHECKLIST DIÁRIO DA ENFERMAGEM

Tais instrumentos foram implementados na unidade no dia 07 de outubro, sendo que alguns setores só iniciaram seu preenchimento a partir do dia 10 de outubro. Portanto os dados abaixo apresentados referem-se a este período.

Houveram dificuldades e resistência por parte da equipe de enfermagem quanto ao preenchimento destes novos instrumentos, contudo após alinharmos com a responsável técnica de enfermagem, com a gerente de enfermagem e com a

Administrada por:

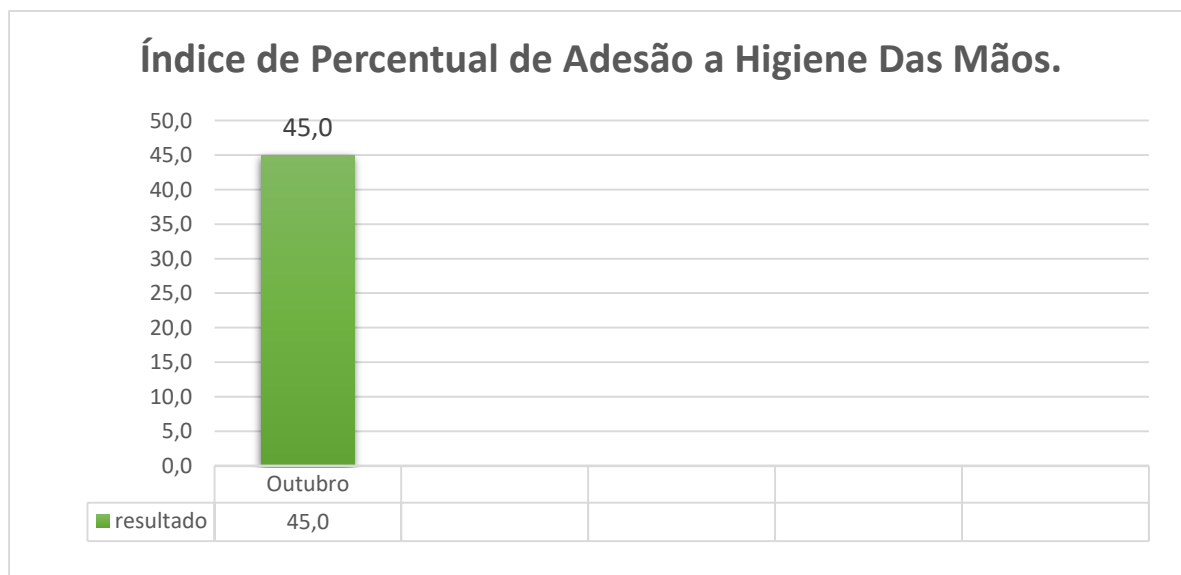




direção do hospital foi possível observar um aumento no preenchimento dos instrumentos. Houveram ao todo 509 instrumentos diário e 46 instrumentos admissionais, ambos com muitos dados incompletos e inconsistências, que dificultaram a análise dos dados, sendo necessário consulta ao prontuário eletrônico do paciente para confirmação dos dados aqui apresentados.

Índice de Percentual de Adesão a Higiene De Mãos.

- **Objetivo:** Mensurar o percentual de adesão a higiene de mãos pelos profissionais de saúde para prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
- **Fórmula:** $\frac{\text{N}^\circ \text{ de ações executadas pelos profissionais de saúde}}{\text{N}^\circ \text{ de Oportunidades observadas}} \times 100$
- **Resultado:** $\frac{104}{231} \times 100 = 45\%$
- **Gráfico:**



Fonte: SCIH, 2022.

- **Análise crítica**

Administrada por:

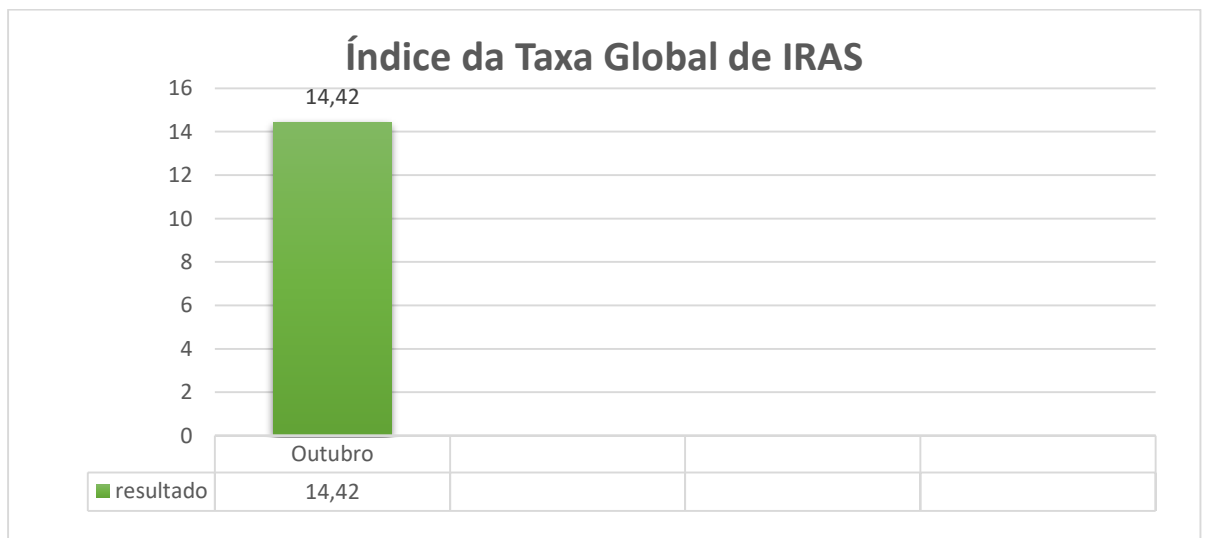




Foi evidenciado 45,02% de adesão a higienização das mãos, nos setores na unidade de internação, um índice abaixo da meta definida no protocolo que institui o indicador de adesão na unidade (PRO.006), o qual estabeleceu uma meta para o primeiro mês de 60%. Devendo esta comissão rever a causa da baixa adesão deste mês para planejar e instruir medidas que aumentam a adesão dos profissionais envolvidos, com o objetivo de cumprir a segunda meta estabelecida de no protocolo, que é de 75% para o segundo mês. A equipe do SCIH continuará passando diariamente nos setores reforçando novamente a importância da higienização das mãos, para alcançarmos a meta esperada.

Índice da Taxa Global de IRAS

- **Objetivo:** Mensurar a taxa global de IRAS na unidade.
- **Fórmula:**
$$\frac{N^{\circ} \text{ total de IRAS notificadas}}{\text{Total de saídas hospitalares (altas, obitos e transferencias externas)}} \times 100$$
- **Resultado:**
$$\frac{15}{104} \times 100 = 14,42$$
- **Gráfico:**



Fonte: SCIH, 2022

Administrada por:





- **Análise crítica:**

A partir deste mês também analisaremos as IRAS por outro tipo de análise, a taxa global de IRAS na unidade. A fim de ampliar o monitoramento e a compreensão acerca da ocorrência de infecções no ambiente intra-hospitalar da UEI, possibilitando assim, planejamentos e a execução de ações baseadas em maiores dados sobre o assunto.

Ressaltamos que esta comissão tem realizado ações intensificadas de prevenção de IRAS desde o aumento dos casos registrados no mês de agosto, com treinamentos e blitz educativa para aprimorar as práticas de higiene e uso correto de EPI's, principalmente no uso de máscaras, dentro da unidade, afim de evitar a propagação de doenças infectocontagiosas no ambiente hospitalar da unidade.

Índice de Densidade Global de IRAS

- **Objetivo:** Mensurar a densidade global de IRAS.

- **Fórmula:** : $\frac{N^{\circ} \text{ total de IRA notificadas}}{\text{Paciente-dia total do mes}} \times 1000$

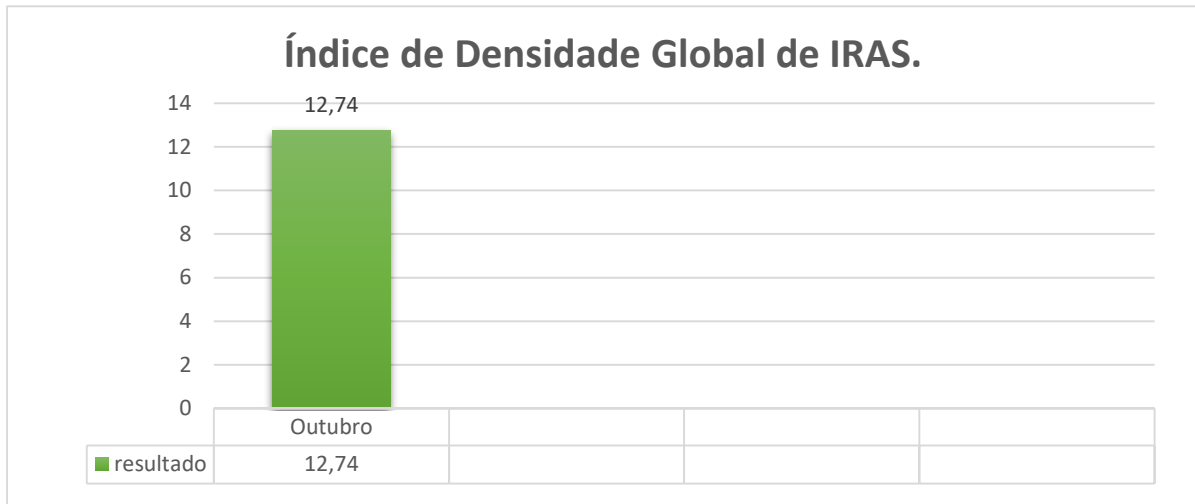
- **Resultado:** $\frac{15}{1177} \times 1000 = 12,74$

Administrada por:





- **Gráfico:**



Fonte: SCIH, 2022

- **Análise crítica**

Antes de adentrarmos no presente mês analisado, retornaremos ao mês de setembro para apresentar os resultados das amostras que não tiveram seus a análise microbiológica finalizada até o fechamento do relatório desta comissão no mês anteriormente citado, assim sendo, abaixo estão detalhados os achados das amostras coletadas ainda no mês de setembro.

Ao reanalisarmos os dados do mês anterior, somando a eles as 3 amostras que ficaram pendentes, temos que a taxa de infecção do mês de setembro foi de 1,29%, maior do a apresentada no relatório de mês referido, de 1,07%. Segue a tabela abaixo descrevendo o quantitativo de coletas de microbiológicos do mês de setembro que ficou pendente.

TIPO DE CULTURA	NEGATIVO	POSITIVO
Urocultura	-	1
Aspirado traqueal	-	2

Administrada por:





TOTAL	-	3
-------	---	---

Fonte: SELAB, 2022.

Quanto ao mês de outubro, a apresentação deste dado a partir deste mês, seguirá outra análise, tendo sido um indicar que sofreu reestruturação tanto na fórmula do indicador quanto na coleta e análise dos dados.

O presente mês contou com 125 internos, sendo 38 remanescentes de setembro e 87 novas admissões. Dentre estes pacientes internados, houve a realização de 61 coletas para análise microbiológica, das quais destas 15 apresentaram resultado positivo para presença de microrganismos patogênicos, o que representa 24,59% das amostras coletadas.

Esta comissão tem realizado ações intensificadas desde o aumento dos casos identificados no mês de agosto, sendo realizados treinamentos e blitz educativa para aprimorar as práticas de higiene e uso correto de EPI's, principalmente no uso de máscaras, dentro da unidade, afim de evitar a propagação de doenças infectocontagiosas no ambiente hospitalar da unidade

Abaixo está descrito o quantitativo de coletas de microbiológicos do mês de outubro.

TIPO DE CULTURA	NEGATIVO	POSITIVO	EM PROCESSO	Sugere Contaminação	RESULTADO
Urocultura	-	-	-		
Cultura de urina	11	8	-		19
Hemocultura	26	07	-		33
Aspirado traqueal	08	-	-	01	9

Administrada por:



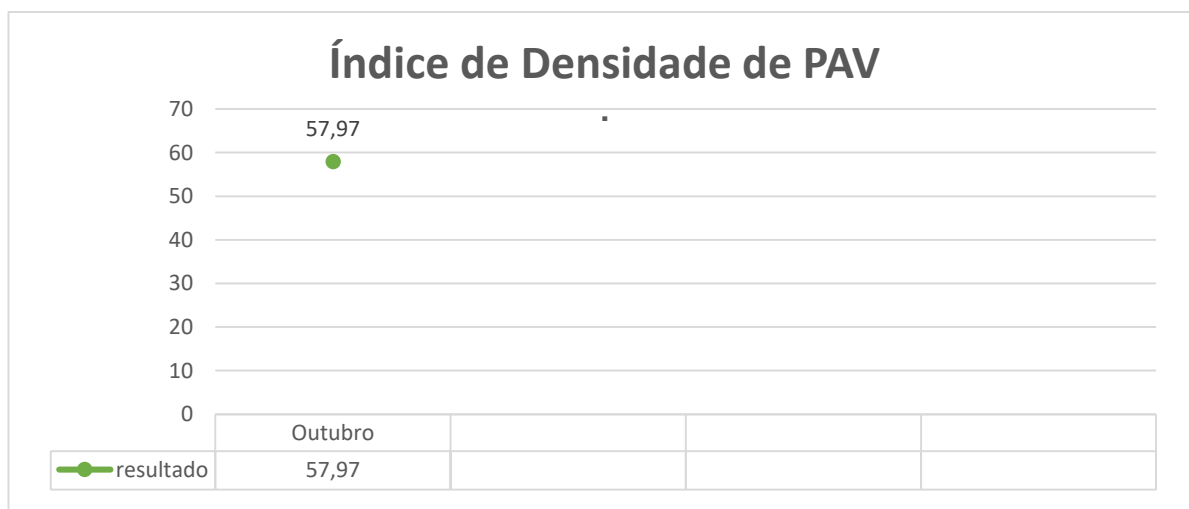


Líquido Pleural	-	-	-	-	-
Coprocultura	-	-	-	-	-
Ponta do Cateter	-	-	-	-	-
Líquido Ascítico	-	-	-	-	-
Escarro	-	-	-	-	-
TOTAL	45	15	-	01	61

Fonte: SELAB, 2022

Índice de Densidade de PAV

- **Objetivo:** Mensurar a densidade de PAV na unidade.
- **Fórmula:** $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de PAV notificadas para determinada unidade}}{\text{Paciente em VM-dia na mesma unidade}} \times 1000$
- **Resultado:** $\frac{8}{138} \times 1000 = 57,97$
- **Gráfico:**



Fonte: SCIH, 2022

- **Análise crítica**

A PAV é a principal infecção decorrente da ventilação mecânica (VM), ela não está associada diretamente aos ventiladores, mas sim aos tubo e cânulas para utilizados para manutenção do drive respiratório, estando relacionada também com o tempo de

Administrada por:





duração da ventilação mecânica e da permanência em UTIs, ocorre principalmente pela falta de equilíbrio entre os mecanismos de defesa do indivíduo e o agente microbiano.

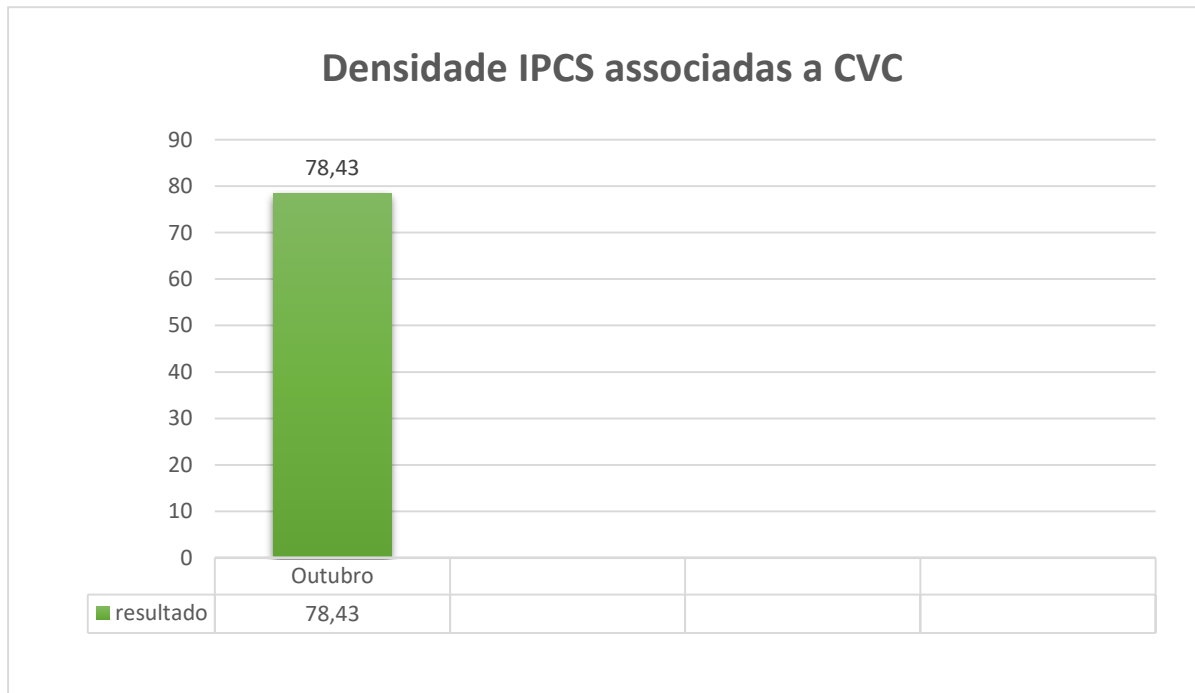
Nota-se que no dado obtido a partir das análises feitas, que a UEI apresenta uma alta densidade de PAV, com um índice de 57,97. Ressalto que os 8 casos apresentados no cálculo, são baseados nos instrumentos diários implementados na unidade e, portanto, são uma amostragem parcial apenas. Esta comissão irá investigar mais a fundo a ocorrência das pneumonias em pacientes com que estão em VM, para que possa traçar um plano de ação, em conjunto com a Comissão de qualidade e segurança do paciente a fim de reduzir os casos de PAV na unidade. Informo que a comissão citada iniciou no mês de outubro um indicador referente a um cuidado preventivo para PAV, que irá agregar a este indicador aqui apresentado.

Índice de Densidade infecção primarias de corrente sanguínea (IPCS) associadas a cateter venoso central CVC.

- **Objetivo:** Mensurar a densidade Infecção primarias de corrente sanguínea (IPCS) associadas a cateter venoso central CVC.
- **Fórmula:**
$$\frac{N^{\circ} \text{ total de PICS-CVC notificadas para determinada unidade}}{\text{Paciente em uso de CVC-dia na mesma unidade}} \times 1000$$
- **Resultado:**
$$\frac{8}{102} \times 1000 = 78,43$$
- **Gráfico:**

Administrada por:





Fonte: SCIH, 2022

- **Análise crítica**

As infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) estão associadas a importantes desfechos desfavoráveis em saúde, tendo grande relevância no ambiente hospitalar, impactando diretamente no tempo de permanência e custo de internação dos pacientes que adquirem IPCS. Dentre os cuidados na assistência à saúde, destacam-se aqueles relacionados aos Cateteres Venosos Centrais (CVCs), que são dispositivos capazes de conduzir grande variedade de soluções. Entretanto, existe o risco de surgirem algumas complicações associadas, como a Infecção de Corrente Sanguínea (ICS), proveniente de causas multifatoriais e que apresenta aspectos e tratamentos distintos.

Mediante isso, o dado analisado e acima apresentado traz a luz um preocupante índice de IPCS na unidade de internação, algo que indica que os processos assistenciais dos pacientes com CVC, precisam ser revistos e

Administrada por:





aprimorados. A alta densidade apresentada este mês pode ser justificada por dois fatores, a coleta parcial de dados, devido a implementação dos instrumentos de coleta, dados estes que possuíam inconsistências e informações incompletas e que dificultaram a análise dos mesmos.

Outro fato que pode justificar este alto índice, é a entrada destes pacientes na unidade com IPCS já pregressa do hospital de origem. Contudo esse fato só poderá ser melhor analisado após a concretização da implantação do Protocolo de Cultura de Vigilância (PRO.015) que já está validado na instituição e está em processo de implantação, com ele será possível identificar na admissão, os pacientes que adentram a unidade com infecções pregressas.

Esta comissão terá em seu plano de ação para o mês de novembro, o desenvolvimento de um Protocolo de prevenção de IPCS e de reforçar o preenchimento do Bundle de Prevenção de Infecção de Cateter Venoso Central. Os Bundles são uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados para o paciente: um conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências que quando executadas coletivamente e de forma confiável, melhora os resultados para os pacientes.

Índice de Densidade Infecções do trato urinário (ITU) na Associadas a cateter vesical de demora (CVD).

- **Objetivo:** Mensurar a densidade Infecção do Trato urinário (ITU) na Associadas a cateter vesical de demora (CVD).
- **Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº total de ITU-CVD notificadas determinada para determinada unidade}}{\text{Pacientes em uso de CVD-dia na mesma unidade}} \times 1000$$

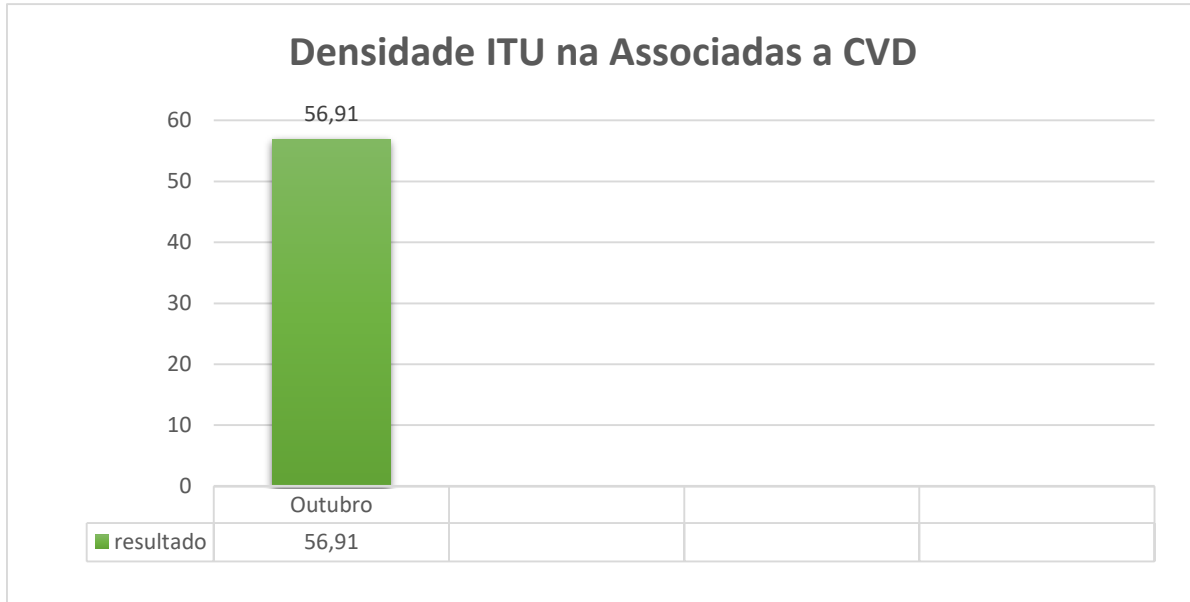
Administrada por:





- **Resultado:** $\frac{7}{123} \times 1000 = 56,91$

- **Gráfico:**



Fonte: SCIH, 2022

- **Análise crítica**

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das infecções pertinente à assistência à saúde mais prevalente, representando aproximadamente as notificações em unidade de terapia intensiva (UTI), devido à sua relação com cateter vesical de demora (CVD), mas com grande potencial preventivo. Por esse motivo houve necessidade de implantar novos indicadores para melhorar a prática em relação ao uso do cateter urinário e seu tempo de permanência.

O fato que justificar este aumento no índice, é a entrada destes pacientes na unidade com (ITU) já pregressa do hospital de origem. Contudo esse fato só poderá ser melhor analisado após a concretização da implantação do Protocolo de Cultura de Vigilância (PRO.015) que já está validado na instituição e está em processo de

Administrada por:





implantação, com ele será possível identificar na admissão, os pacientes que adentram a unidade com infecções pregressas.

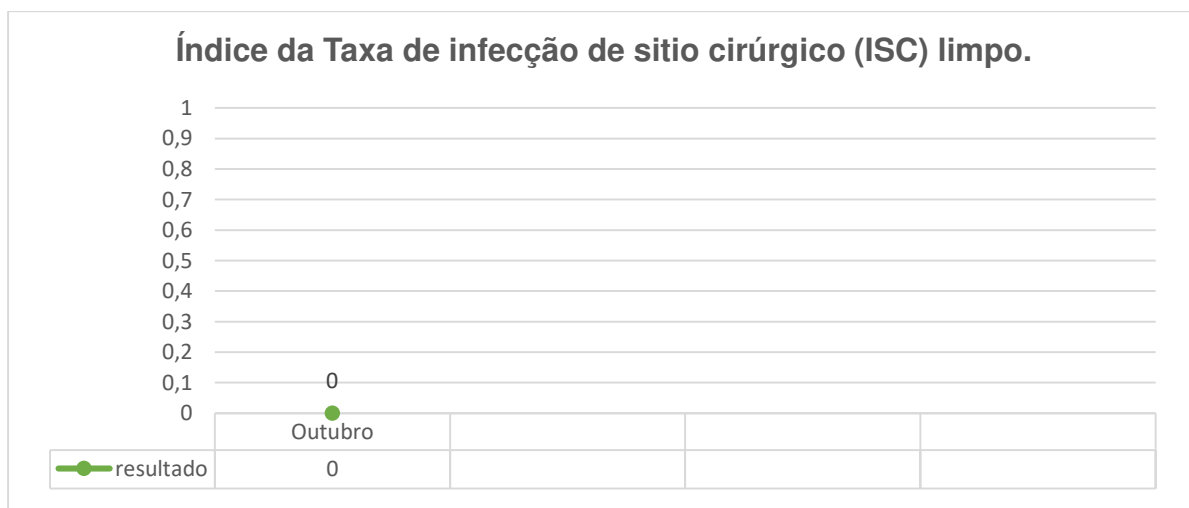
Desta forma a comissão terá em seu plano de ação para o mês de novembro, o desenvolvimento de um Protocolo de prevenção de infecção do trato urinário (ITU) e de reforçar, a utilização do Bundle de ITU é uma forma comprovada e eficaz de prevenção, logo é fundamental que a comissão amplie, difunda, treine e monitore o uso de protocolos relacionados à sondagem vesical.

Índice da Taxa de infecção de sitio cirúrgico (ISC) limpo.

- **Objetivo:** Mensurar a Taxa de infecção de sitio cirúrgico (ISC) limpo.
- **Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de ISC limpo notificadas em determinado periodo (mes, trimestre)}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes submetidos a procedimentos cirurgicos limpos no mesmo periodo.}} \times 100$$

- **Resultado:** $\frac{0}{2} \times 100 = 0$
- **Gráfico:**



Fonte: SCIH, 2022

Administrada por:





- **Análise crítica**

A infecção de sítio cirúrgico é a mais importante causa de complicações pós-operatórias no paciente cirúrgico, no referido mês houveram 4 pacientes com feridas operatórias (FO) na unidade, destes 2 eram FO infectadas (Amputação de Pé Diabético) e 2 eram de FO limpas, resultado do procedimento de toracostomia para colocação de dreno de tórax de sistema fechado. Ambos os pacientes com FO infectadas já foram admitidos com tais feridas, já as FO limpas foram adquiridas no decorrer da internação dos pacientes por necessidade de intervenção terapêutica, uma informação relevante a ser trazida, é que estes pacientes com FO limpas, foram pacientes pediátricos em tratamento para pneumonia. Não houve registro de infecção nos pacientes com feridas operatórias limpas no mês de outubro na unidade de internação, refletindo a excelência na assistência prestada a estes pacientes.

2.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Unidade Estadual de Internação - UEI - continua buscando manter o controle quanto ao nível de infecção no ambiente hospitalar, pois entende que esta é uma meta que precisa ser compreendida e abraçada por todos aqueles que compõem e que fazem parte do quadro da unidade, que elaboraram e acompanham diariamente a rotina dos profissionais de saúde, orientando-os, com o objetivo de manter o padrão de qualidade da unidade. Esta comissão não medirá esforços para que suas metas quanto ao controle de infecção hospitalar sejam alcançados, elevando os padrões de controle de infecção aos níveis exigidos pelos órgãos fiscalizadores.

Administrada por:





Assim, elevar os padrões de controle de infecção hospitalar aos níveis desejados e exigidos pelos órgãos fiscalizadores, adequando esta unidade de saúde aos padrões nacionais de segurança hospitalar.

3. CAPÍTULO II – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (COARP)

A Comissão de Revisão de Prontuários da Unidade Estadual de Internação zona sul de Macapá tem por finalidade detectar possíveis falhas no preenchimento do documento, determinando, de imediato, a correção necessária; garantindo a qualidade das informações contidas no prontuário desta Instituição.

Quanto sua finalidade é atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário médico como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A unidade possui um Serviço de Auditoria de Prontuários, onde 100% dos prontuários são verificados pelo enfermeiro auditor com o objetivo de controlar e fiscalizar custos, analisar os resultados, prontuários, informar corretamente os gastos dos serviços prestados.

Estes fatores levam à necessidade de um melhor gerenciamento das

Administrada por:





informações para que as diversas alternativas sejam adequadamente conhecidas e mensuradas. Todavia, foi estabelecido no processo de auditoria de prontuários alguns itens que irão nortear o resultado final. Para análise dos prontuários foram estabelecidos os seguintes itens para verificação: Identificação do paciente; Exame físico; Ficha de sinais vitais; Prescrição médica; Evolução médica; Prescrição de enfermagem; Evolução de enfermagem; Anotação de enfermagem; Exames complementares; Identificação do profissional; Ficha Check List de passagem do plantão e Sumário de alta.

Para compilar os dados estatísticos, utiliza-se uma metodologia baseada em evidência que também é implementada por instituições fiscais e pelo tribunal de contas da união, conhecida como tabela Philips para amostragem. O índice de inconformidades é o número máximo abaixo do qual os controles da área são considerados aceitáveis, ou seja, se o número de problemas for acima do índice, a unidade de controle deve indicar que os controles internos não são adequados. Exemplo: considerando um prontuário que tenha 50 documentos assistenciais (incluindo, prescrições, evoluções, exames e etc.) e sua amostra sendo de 13 documentos, somente 1 problema deve ser encontrado para que o prontuário seja considerado como conforme, e se for maior entra em situação de *controle parcialmente conforme até não conforme* dependendo do nível de problemas identificados. Ressalta-se que a metodologia adotada possui nível de segurança de 95%. Abaixo, segue tabela com definição das amostras.

Administrada por:





ANEXO A – TABELA PHILIPS PARA AMOSTRAGEM		
Quantidade De Documentos Por Prontuário	Tamanho Da Amostra (Documentos)	Índice De Não Conformidade
10-19	11	01
20-50	13	01
51-100	20	02
101-200	35	03
201-500	42	04
501-1000	55	05
1001-2000	70	06
2001-5000	90	12
5001-10000	150	24
10001-20000	220	36
20001-50000	280	48
Maior que 50001	350	60

Fonte: COARP, 2022.

A análise e avaliação dos itens são feitos diariamente pelo enfermeiro auditor da unidade. Mensalmente os itens são apresentados em forma de indicadores para a comissão para assim traçar melhorias para o processo.

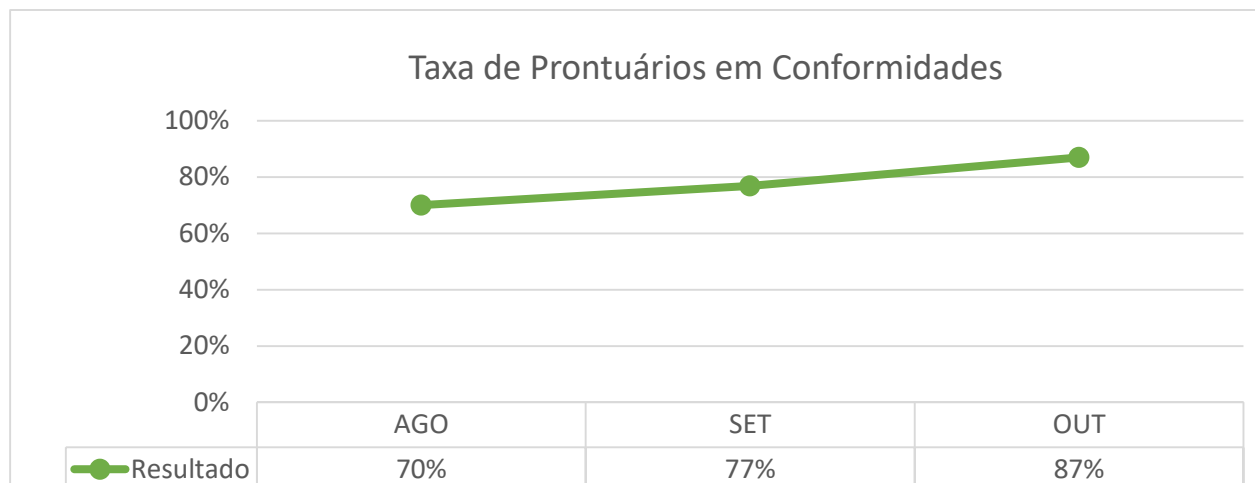
3.1. INDICADORES

Taxa de Prontuários em Conformidade

- **Objetivo:** Avaliar a conformidade no preenchimento dos prontuários.
- **Formula:**
$$\frac{N^{\circ} \text{ de Prontuários em conformidade}}{N^{\circ} \text{ de prontuários avaliados}} \times 100$$
- **Resultado :**
$$\frac{13}{15} \times 100 = 87\%$$

Administrada por:





Fonte: COARP, 2022.

- **Análise Crítica**

No mês de outubro a unidade estadual de internação Zona Sul realizou 90 admissões e 109 saídas hospitalares, incluindo, 69 por melhora clínica, 23 por óbito, 13 por transferência, 2 por evasão e 2 por encerramento administrativo. Para consolidar os dados foram utilizados, para fins de auditoria de qualidade, amostras com base em 14% no número de saídas. Ou seja, foram separados e analisados 15 prontuários do referido mês. Para o processo de amostragem, foram definidos os quantitativos conforme a quantidade de documentos que cada prontuário possui seguindo o que diz a tabela 1 deste relatório.

Com base nos prontuários analisados, 87% estavam dentro dos padrões de qualidade exigidos pela comissão de revisão de prontuários. Do total de prontuários analisados, 2 apresentaram inconsistências nos seguintes indicadores de qualidade:

Administrada por:





- falta de “identificação profissional”, onde não seguiram conforme protocolo de identificação profissional instituído na unidade; com a segunda maior evidência de não conformidades segue o indicador de “exames complementares” que constatou-se a falta de pedidos de exames anexados nos prontuários e em alguns casos possuem as solicitações e não consta os exames. Diante das inconformidades detectadas foram tomadas atitudes por meio das ações estratégicas, conforme a tabela de eventos estratégicos, para inibir as inconsistências.

AUDITORIA POR AMOSTRAGEM DOS PRONTUÁRIOS OUTUBRO 2022		%		
Nº TOTAL DE PRONTUÁRIOS	109			
Nº DE PRONTUÁRIOS ANALIZADOS	15			
Nº DE PRONTUÁRIOS CONFORMES	13			87%
Nº DE PRONTUÁRIOS NÃO CONFORMES	2			13%
Nº DE NÃO CONFORMIDADES DETECTADAS	25			
NÃO CONFORMIDADES POR INDICADOR				
COMPETENCIA	SETEMBRO	%	OUTUBRO	%
1 ID PACIENTE	0	0%	0	0%
2 PRESCRIÇÃO MÉDICA	0	0%	1	0%
3 EVOLUÇÃO MÉDICA	0	0%	0	0%
4 SUMÁRIO DE ALTA	0	0%	0	0%
5 CHECAGEM DE MEDICAÇÃO / RELATÓRIO TÉCNICO	0	0%	0	0%
6 BALANÇO HÍDRICO	2	2,35%	0	0%
7 EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	4	4,71%	0	0%
8 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	0	0%	0	0%
9 RELATÓRIO EQUIPE MULT.	3	3,53%	0	0%
10 EXAMES COMPLEMENTARES	28	32,94%	13	52%
11 ID PROFISSIONAL	48	56,47%	11	44%
TOTAL	85	100%	25	100%

Fonte: COARP, 2022.

No mês de outubro a unidade internou 90 pacientes e obteve 109 saídas hospitalares. O indicador que mais obteve índice de irregularidades em termos

Administrada por:





proporcionais foi “Exames complementares” obtendo um percentual de 52% de não conformidade, apresentando leve declínio com relação ao mes anterior. No entanto, houve alinhamento com os setores envolvidos como a área médica, assistencial e laboratório para que as solicitações e os exames fossem impressos e anexados ao prontuário. Em Segundo lugar, o indicador de “Identificação Profissional” chegou a um percentual de 44% do total de inconformidades encontradas, evidenciando melhora no indicador. Dentro deste indicador estão elencadas as inconsistências: Falta de assinatura e carimbo do profissional. Toda via, para diminuir esta inconformidade foram realizadas orientações diretamente com os profissionais e ao mesmo tempo reuniões no setor da auditoria, com intuito de melhorar cada vez mais essas questões relacionadas ao prontuário do paciente.

Para melhorar os resultados dos indicadores de revisão de prontuários, foram tomadas algumas ações estratégicas para evitar um número maior de inconformidades nos meses subsequentes. Para alcançar este resultado, a equipe está tendo capacitações constantemente para evitar falhas nos registros e prestar uma assistência eficaz e de qualidade ao paciente. No entanto, pensando em melhoria contínua foram traçadas algumas ações abaixo descritas:

Administrada por:





3.2. AÇÕES ESTRATÉGICAS

O que será realizado?	Como será realizado?	Quanto?	Porque?	Onde?	Responsável	Quando?
Reunião com a Equipe de Auditoria e Setor da Qualidade	Reunião no setor da Auditoria para alinhar as ações referente ao setor	Hora/homem	Discutir ações e demandas relacionadas aos setores	Sala da Auditoria	Katiciane e Mônica	14/11/2022
Auditoria in Loco	Orientar a equipe multidisciplinar 1x ao mês quanto a importância do registro correto e sanar dúvidas quanto as fichas e o prontuário.	Hora/homem	Diminuir a fragilidade relacionada aos relatórios dos profissionais.	Enfermaria Adulto Pediátrica e Sala vermelha.	Katiciane e Mônica	15/11/2022
Montar fluxo de solicitação de exames.	Por meio de confecção de fluxograma e orientação do mesmo por videoaula.	Hora/homem	Para diminuir a falta de solicitações e exames no prontuário	In Loco e por video conferencia	Rodrigo Menezes	25/11/2022
Construção de material informativo com orientações quanto a Prontuário do paciente.	Impressão do material informativo e Entrega nas Enfermarias	Hora/homem	Sanar dúvidas relacionadas ao prontuário do paciente.	Enfermaria unidade Estadual de Internação zona sul.	Katiciane e Mônica	Em andamento

Fonte: COARP, 2022.

3.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O mês de outubro executou 90 internações e 109 saídas hospitalares na Unidade Estadual de Internação da zona sul, e o índice de prontuários conformes apresentou grande evolução em relação ao mês anterior. Considerando os numeros de outubro, observamos, no geral, que houve evolução, porém, em alguns indicadores apresentaram leve queda. Mesmo assim, Isso demonstra que as ações voltadas a sanar as inconformidades existentes estão apresentando

Administrada por:





resultados positivos.

Com base nesses dados, e comparando ao mês anterior, observa-se que os profissionais apresentaram uma cautela e responsabilidade maior quanto ao manuseio e utilização dos documentos, diminuindo assim inconsistências relacionadas a ficha de prescrição de enfermagem, prescrição médica, relatório profissional, exames complementares e sumário de alta.

Desta forma, as equipes continuam recebendo capacitações e orientações para sanar as inconformidades e atingir o padrão de qualidade no serviço de auditoria e prontuários bem como nos serviços ofertados aos pacientes.

4. CAPÍTULO III – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE REVISÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (COMVO)

Comissão de Revisão de Óbitos da unidade estadual de internação de Macapá foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis.

O objetivo desta comissão é analisar o registro dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais pertinentes, bem como a qualidade de informações das declarações de óbito.

Em setembro, ocorreram 21 óbitos na Unidade Estadual de Internação. No entanto, todos os óbitos foram justificados na unidade sem necessitar do

Administrada por:





serviço de verificação de óbitos – SVO. A seguir, observa-se os dados obitidos conforme Tabela.

4.1. TABELA 1 - VIGILANCIA DE ÓBITOS

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS (SETEMBRO/2022)		
INDICADOR	QUANTIDADE	
TOTAL DE ÓBITOS	23	
SEXO FEMININO	17	
ÓBITOS EM IDADE FÉRTIL	4	
SEXO MASCULINO	6	
IDADE ENTRE:	36 E 88 ANOS	
MÉDIA DE IDADE	65,5 ANOS	
ÓBITO JUSTIFICADO	23	
ÓBITO NÃO JUSTIFICADO	0	
PERFIL CAUSA MORTE	CHOQUE SÉPTICO	2
	SEPSE FOCO PULMONAR	2
	CHOQUE CARDIOGENICO	3
	INSUFICIENCIA CARDIORESPIRATÓRIA	1
	PARADA CARDIORESPIRATÓRIA	1
	OUTRAS SEPTICEMIAS	7
	ACIDOSE DIABÉTICA	1
	SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA	3
	CHOQUE SÉPTICO REFRACTÁRIO	1
	INSUFICIENCIA RESPIRATÓRIA AGUDA	2

Fonte: COMVO, 2022.

4.2. INDICADORES

Taxa de Óbitos Institucional

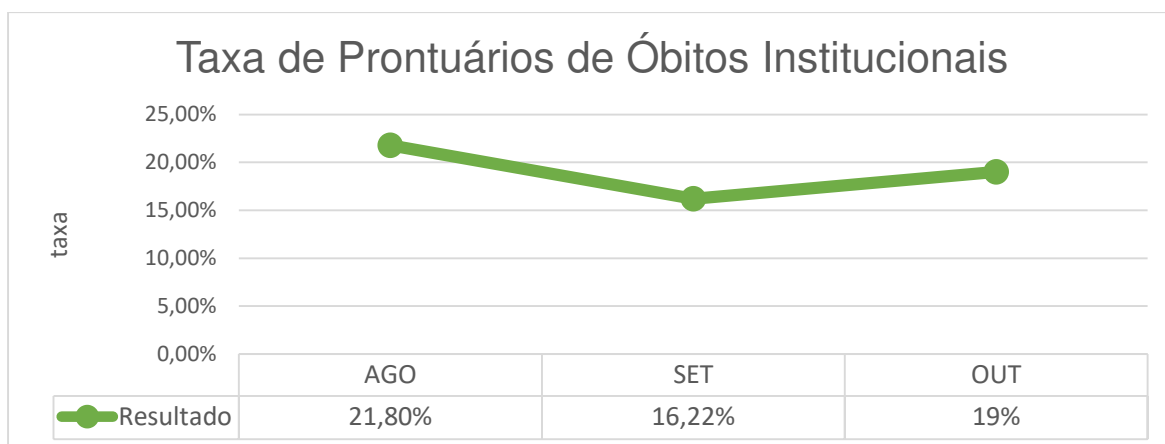
- **Objetivo:** Avaliar os quantitativos de prontuários de óbitos revisados institucionais.

Administrada por:





- **Formula:** $\frac{N^{\circ} \text{ de Óbitos} > 24\text{h}}{N^{\circ} \text{ de Saídas}} \times 100$
- **Resultado:** $\frac{21}{109} \times 100 = 19\%$



Fonte: COMVO, 2022.

- **Análise crítica da taxa de óbitos institucional**

A unidade constatou 109 saídas hospitalares e 90 admissões, onde do quantitativo de saídas, 23 foram por óbitos institucional. O percentil de óbitos institucionais compreendeu 19% no mês de outubro. No entanto, houve 2 óbitos que ocorreram em menos de 24 horas de internação compreendendo 1,83% do total de saídas.

O óbito institucional ocorre após decorridas, no mínimo, às 24 horas do início da internação hospitalar do paciente. Considerando todos os óbitos ocorridos no mês supracitado na Unidade Estadual de Internação, obteve índice de mortalidade em 21%.

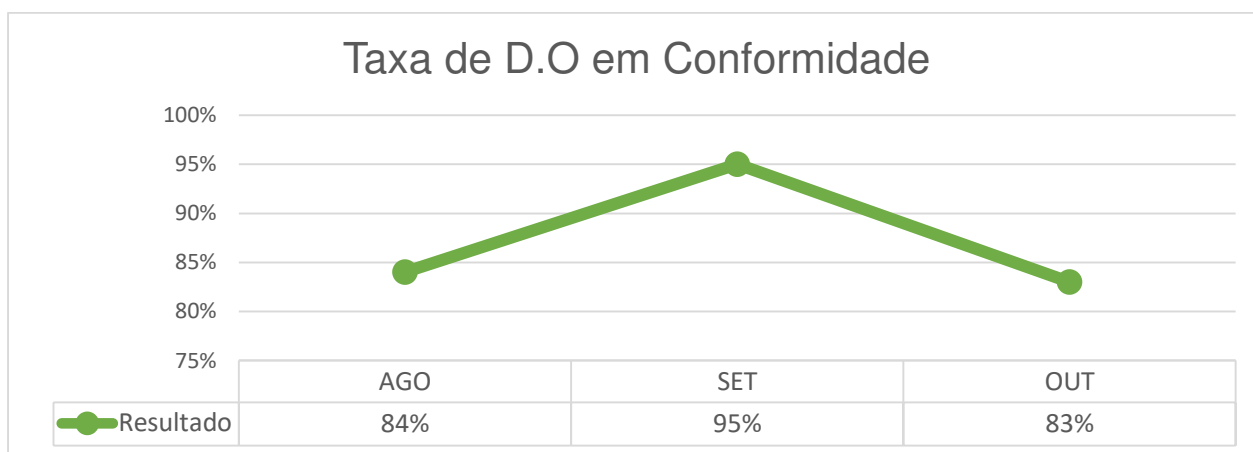
Administrada por:





Taxa de Declarações de Óbitos em Conformidade

- **Objetivo:** Avaliar a conformidade no preenchimento das declarações de óbitos (D.O).
- **Formula:** $\frac{N^{\circ} \text{ de DO's sem conformidade}}{N^{\circ} \text{ de DO's revisadas}} \times 100$
- **Resultado:** $\frac{19}{23} \times 100 = 83\%$



Fonte: COMVO, 2022.

- **Análise crítica da taxa de declarações de óbitos em conformidade**

As análises de todas as declarações de óbitos são feitas por meio de check list através da auditoria interna e comissão de revisão de óbitos. Com base nas análises constatou-se que das 23 declarações analisadas, 4 apresentaram algum tipo de não conformidade, precisando ser retificada para sanar o problema. Com isso, alcançou-se o percentual de 83% de DO's conformes.

A comissão possui médico para realizar as devidas análises do prontuário e caso haja alguma inconformidade, a comissão convoca o médico ou equipe para

Administrada por:





entender e até mesmo sanar o problema existente para que não ocorra reincidência do caso.

4.3. AÇÕES ESTRATÉGICAS:

O que será realizado?	Como será realizado?	Quanto?	Porque?	Onde?	Responsável	Quando?
Realizar dados estatísticos para pontuar as fragilidades	Solicitar relatório com os nomes dos médicos que estão errando a declaração de óbito.	Hora /homem	Para diminuir a fragilidade relacionada a declaração de óbito.	Auditoria	Rodrigo	22/11/2022
Realizar um questionário com os médicos para identificar suas dificuldades no preenchimento da DO.	Criar um questionário online no Google Forms com perguntas relacionadas as dificuldades que eles têm com relação a DO.	Hora /homem	Para identificar de forma pontual as dificuldades e em seguida tratar das ações estratégicas.	Google Forms	Rodrigo	Em andamento
Realizar visita para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os processos da equipe multiprofissional	Visita beira leito com o paciente	Hora /homem	Para evitar descontinuidades do processo	Visita in loco	Rodrigo	23/11/2022

Fonte: COMVO, 2022.

4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comissão de revisão de óbitos analisou 23 prontuários de óbitos durante o mês de outubro, chegando a um percentual de 100% de prontuários e Declarações revisadas.

As declarações de óbitos emitidas na unidade estadual de internação apresentaram 83% de declarações em conformidade. Do total, somente 4 estavam com retificação conforme apontado na análise acima. As análises são

Administrada por:





realizadas em duas etapas: uma com a averiguação da auditoria interna e outra com a comissão de revisão de óbitos com o médico da comissão para assim chegar nos números compilados.

Por tanto, todo o corpo clínico continuará recebendo orientações e treinamentos contínuos para aumentar a qualidade dessas informações e evitar registros errados nas declarações.

5. CAPÍTULO IV – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

5.1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Humanização da UPA Zona Sul de Macapá, foi estruturada no mês de julho de 2020, com a participação de diversos setores da unidade. O principal intuito é empreender uma política institucional de resgate dos valores da universalidade, integridade e aumento da equidade na assistência, em benefício aos usuários e dos trabalhadores da unidade.

A comissão está pautada nas orientações da Política Nacional de Humanização - PNH, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, que tem por finalidade efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão.

A Comissão de Humanização da Unidade Estadual de Internação da Zona de Macapá atua com os pacientes e familiares, trabalhadores e gestores. Tendo por objetivo assessorar a Direção, desenvolvendo políticas e práticas de Humanização em benefício dos usuários e trabalhadores da saúde em conjunto com as diversas áreas da unidade, aprimorando as relações entre profissionais e usuários, valorizando

Administrada por:



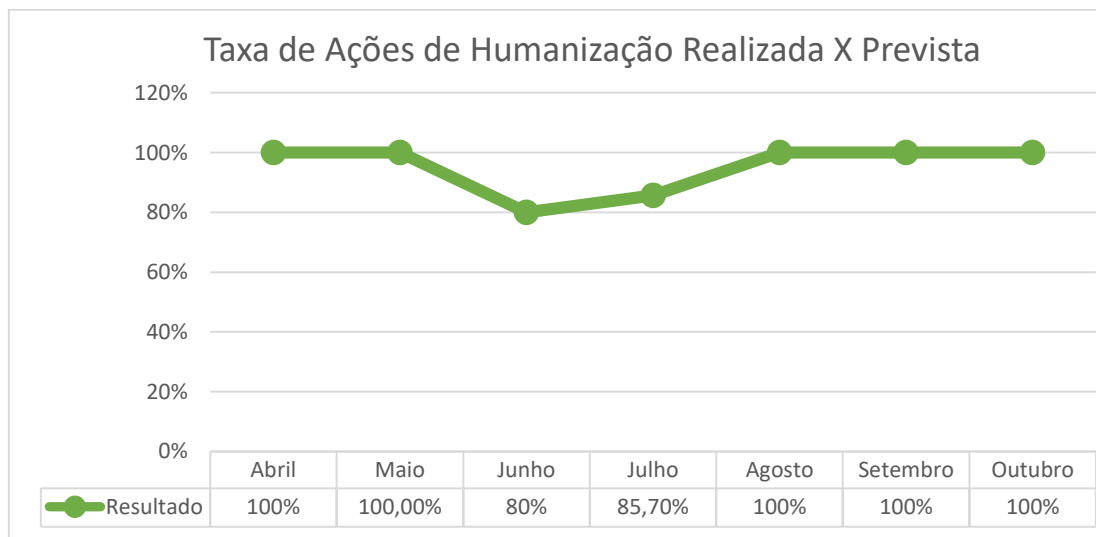


a dimensão humana presente em todo ato de assistência à saúde, proporcionando um ambiente acolhedor.

5.2. INDICADORES

Taxa de Ações de Humanização Realizadas x Prevista

- **Objetivo:** Avaliar o quantitativo de ações realizadas x previstas
- **Fórmula:** $\frac{N^{\circ} \text{ de ações realizadas}}{N^{\circ} \text{ de ações prevista}} \times 100$
- **Resultado:** $\frac{10}{10} \times 100 = 100\%$
- **Gráfico**



- **Análise Crítica:**

No mês de outubro foram previstas 10 ações, conforme o planejamento realizado no mês de setembro, realizamos 06 ações, engajando datas comemorativas e ações permanentes.

Administrada por:





5.3. Atividades Realizadas

02 e 03/10 BLITZ EDUCATIVA COM ENTREGA DE CARTÃO E LAÇO ROSA:

Outubro rosa é uma campanha que tem como objetivo conscientizar a população sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama. Essa campanha teve início nos Estados Unidos, em 1990. No Brasil, o movimento começou apenas em 2002. O câncer de mama é um problema de saúde pública mundial, sendo a segunda principal causa de morte em mulheres por câncer no mundo. No Brasil, esse tipo de câncer é o que mais mata. Dentre os sintomas, podemos destacar a presença de nódulos e alterações na pele que recobre as mamas. Esse tipo de câncer apresenta alguns fatores de risco, como idade avançada, história familiar e hábitos de vida. O diagnóstico é realizado por meio de exames de ultrassom, mamografia e biópsia. Visando a divulgação de informações referente aos cuidados básicos e prevenção do câncer de mama, a equipe de psicologia da UEI realizou, nos dias 01 e 02 de outubro, nas dependências da unidade palestras alusivas ao tema, com distribuição de laços rosas e panfletos informativos.

Administrada por:





Fonte: Comissão de Humanização, 2022.

12/10 DIA DAS CRIANÇAS

O Dia das Crianças é comemorado anualmente em 12 de outubro no Brasil. Esta data celebra os direitos das crianças e adolescentes, ajudando a conscientizar as pessoas (os pais, em especial) sobre os cuidados necessários durante esta fase da vida.

Ser criança é ser guiado pelos pais, é fazer descobertas e sorrir a cada nova experiência. As crianças são seres iluminados e que precisam de cuidados. Que os pequeninos possam viver cada momento de suas vidas com leveza, para que quando se tornarem adultos preservem as boas recordações do que viveram na infância.

Administrada por:



As crianças que encontravam-se internadas na enfermaria pediátrica da Unidade Estadual de Internação, tiveram oportunidade de compartilhar momentos de alegria e diversão com entrega de presentes e brincadeiras.



Fonte: Comissão de Humanização, 2022.

13/10 - DIA DO FISIOTERAPEUTA

Define-se a Fisioterapia como a ciência que busca preservar, manter, desenvolver ou restaurar a saúde física de um indivíduo. A prática fisioterápica possui um histórico antigo, mas a profissão só foi regulamentada alguns anos atrás. O sancionamento da lei sobre o **Dia Nacional do Fisioterapeuta** é, sem sombra de dúvidas, uma conquista para esses profissionais, pois marca o reconhecimento e o crescimento dessa profissão tão importante para a sociedade. Durante muito tempo, os fisioterapeutas eram chamados e considerados massagistas por uma grande parcela da população. Porém, graças a um trabalho árduo e muito estudo por parte dessa classe de profissionais, hoje os fisioterapeutas são mais respeitados. Essa profissão, ao longo do tempo, criou novas formas de atuação, práticas e possibilidades. Assim sendo, é fundamental conhecer realmente o que um o dever de

Administrada por:

parabenizar e valorizar todos esses profissionais que buscam a cada dia proporcionar qualidade de vida para diversas pessoas.



Fonte: Comissão de Humanização, 2022.

17 e 18/10 – PALESTRA SOBRE PREVENÇÃO DO CANCER DO COLO DO ÚTERO.

Com o tema “**ROSA NUNCA SAI DE MODA E PREVENÇÃO TAMBÉM NÃO**”, a enfermeira Kamila Dias, palestrante da Unidade de Saúde Hospital do Amor, esteve no auditório do Centro de Atendimento Clínico, para compartilhar com os colaboradores da Unidade Estadual de Internação e do Centro de Atendimento Clínico informações sobre os exames preventivos realizados no Hospital do Amor, dinâmica para orientação de como realizar o autoexame. Na oportunidade, as colaboradoras puderam preencher um pré-cadastro para marcar os exames preventivos.

Administrada por:





UNIDADE ESTADUAL
DE INTERNAÇÃO
ZONA SUL



Fonte: Comissão de Humanização, 2022.

18/10 – DIA DO MÉDICO

A medicina é uma das profissões mais importantes da sociedade, na qual os profissionais se dedicam a salvar vidas. O Dia do Médico é a oportunidade de homenagear uma classe de profissionais que se dedicam à saúde e bem-estar das pessoas, utilizando suas competências e habilidades para diagnosticar, prevenir, tratar doenças e salvar vidas.

É uma comemoração que não pode passar em branco, por isso a equipe de medicina da nossa unidade merece todas as homenagens.

Administrada por:





Fonte: Comissão de Humanização, 2022.

25/10 – PALESTRA REALIZADA PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe de nutrição e dietética da UEI, ministrou uma palestra junto com a psicologia e serviço social em alusão ao outubro rosa, onde a nutrição explanou OS ALIMENTOS QUE ATUAM NA QUIMIOPREVENÇÃO DO CÂNCER, a psicologia destacou OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E ACEITAÇÃO DO DIAGNÓSTICOS e o serviço social trouxe informações LOCAIS DE ATENDIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES E TRATAMENTO. Um momento especial preparado para que nossos colaboradores compreendam a importância da prevenção e que, em caso de adoecimento, existem diversos profissionais preparados para dar o suporte necessário.

Administrada por:





Fonte: Comissão de Humanização, 2022.

- **Atividades alternativas**

Durante o mês de outubro foram realizadas atividades alternativas com objetivo de amenizar a angustia do paciente frente a sua internação.

Os tratamentos alternativos auxiliam no tratamento clínico dos pacientes internados na nossa unidade. Utilizamos a arte e a psicologia como método de avaliar o sofrimento dos pacientes que estão em tratamento. Além disso, cada paciente tem suas necessidades psicológicas observadas e atendidas de formas diferentes. Interação de paciente e equipe, juntos na prática da arteterapia, jogoterapia, biblioterapia e musicoterapia.

Administrada por:





Fonte: Comissão de Humanização, 2022.



Fonte: Comissão de Humanização, 2022.

6. CAPÍTULO V – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Unidade Estadual de Internação (UEI), proporciona ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

Administrada por:





O Ministério da Saúde (MS) define educação em saúde como: “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população. [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

De acordo com Falkenberg, M.B. e cols., as práticas de educação em saúde envolvem 3 segmentos:

- Os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas;
- Os gestores que apoiem esses profissionais; e
- A população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

A Comissão de Educação em Saúde (CES) da UEI, oferta a oportunidade de realizar atividades que vão garantir o desenvolvimento e a formação de grandes profissionais para lidar com uma assistência de qualidade a saúde do cliente, assim como, estimular o desenvolvimento da consciência dos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação.

São realizadas ações de educação permanente através de:

- Capacitações;
- Treinamentos;
- Palestras;

Administrada por:



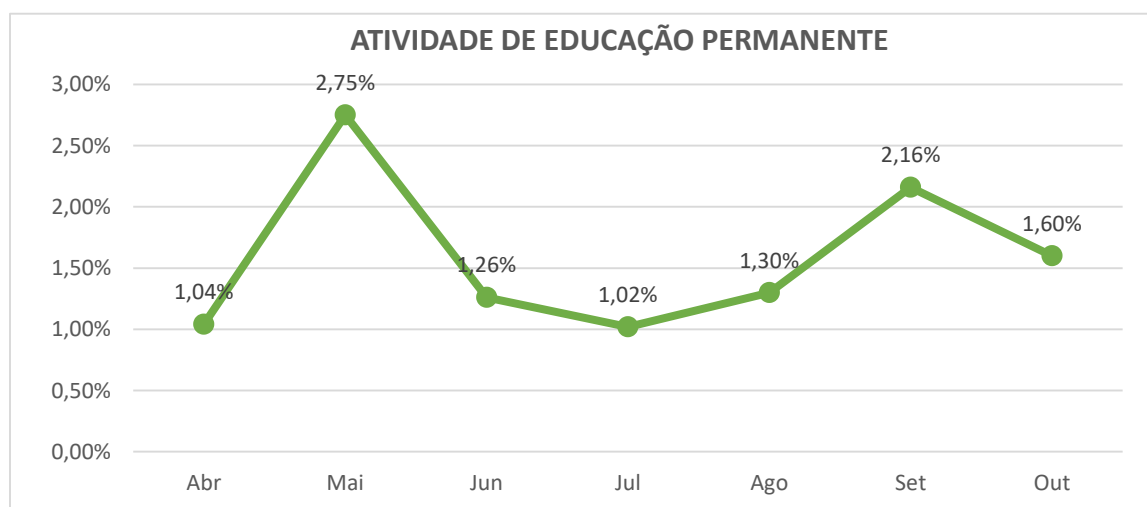


- Reuniões e
- Simpósios

Assim como, realizar ações beneficentes juntamente com todos os colaboradores na unidade. Equipes multiprofissionais e profissionais externos são convidados para contribuir e compartilhar experiências, conhecimentos, aplicar qualificação e aperfeiçoamento aos colaboradores desta unidade, melhorando sua atuação profissional e impactando na satisfação dos usuários. Afim de manter um sistema organizado, qualificado e atualizado. A CES, reuni uma vez ao mês para pontuar temas realizados no mês vigente e propondo sugestões de educação em saúde para o mês subsequente, trazendo atualizações acerca das tendências tecnológicas e outras modernizações relacionadas à prática do cotidiano assistencial.

6.1. INDICADORES

- **Formula:**
$$\frac{N^{\circ} \text{ de colaboradores concluintes no curso} \times \text{carga horária}}{n^{\circ} \text{ de } \frac{\text{horas}}{\text{homem}} \text{ trabalhadas}} \times 100$$
- **Gráfico:**



Fonte: CES, 2022.

Administrada por:





- **Análise Crítica**

No mês de outubro a unidade promoveu o quantitativo de 507 horas de atividades de educação permanente, atingido a taxa de 1,60% de ações realizadas entre elas foram realizados, PALESTRAS e TREINAMENTOS, no auditório e outras realizadas em lócus todas de grande importância para o crescimento profissional dos colaboradores desta unidade.

A educação em saúde é uma das estratégias primordial para promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos profissionais nas instituições de saúde. Durante a competência do mês, as ações obtiveram boas aceitações e procura dos colaboradores da unidade, gerando entusiasmo aos palestrantes e motivação da prática de treinar para educar.

6.2.RELAÇÃO DE TREINAMENTOS E PALESTRAS REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO

Nº	TEMA	PALESTRANTE	HORAS	DATA	Nº de PESSOAS	CARGA HORÁRIA
1	Blitz educativa- Outubro Rosa	PSI EVA, Evellin	1h	02/10/2022	22	22hs
2	Blitz educativa- Outubro Rosa	PSI EVA, Evellin	1h	02/10/2022	22	22hs
3	Blitz educativa- Outubro Rosa	PSI EVA, Evellin	1h	02/10/2022	11	11hs
4	Blitz educativa- Outubro Rosa	PSI Evellin	1h	02/10/2022	22	22hs
5	Blitz educativa- Outubro Rosa	PSI Aurilene	1h	02/10/2022	12	12hs
6	Fluxo sobra de alimentos	Nutri. Mauricio	1h	10/10/2022	10	10hs
7	Destarte correto do lixo orgânico	Nutri. Mauricio	1h	10/10/2022	22	22hs
8	Destarte correto do lixo orgânico	Nutri. Mauricio	1h	11/10/2022	7	7hs
9	Destarte correto do lixo orgânico	Nutri. Mauricio	1h	11/10/2022	22	22hs
10	Práticas de higienização das mãos	Enf da CCIH Francinete	1h	11/10/2022	06	6hs
11	Checagem de medicamentos/ dupla checagem	Enf. Regiane nascimento	1h	11/10/2022	4	4h

Administrada por:





12	Normas e rotina do CME	ENF. JAQUELINE BARBOSA	2H	12/10/2022	9	18hs
13	Protocolo de cultura de vigilância e novos indicadores	Enf. Ingrid e Francinete	1h	14/10/2022	07	7hs
14	Rosa nunca sai de moda e prevenção também não!	Enf. Camila Dias	1h	17/10/2022	5	5hs
15	Protocolo de cultura de vigilância e novos indicadores	Enf. Ingrid e Francinete	1h	17/10/2022	19	19hs
16	Rosa nunca sai de moda e prevenção também não!	Enf. Camila Dias	1h	18/10/2022	6	6hs
17	Protocolo de cultura de vigilância e novos indicadores	Enf. Ingrid e Francinete	1h	18/10/2022	13	13hs
18	Protocolo de cultura de vigilância e novos indicadores	Enf. Ingrid e Francinete	1h	19/10/2022	10	10hs
19	Higienização das mãos	Enf. Francinete	1h	20/10/2022	4	4hs
20	Orientação do uso das mascaras no ambiente hospitalar	Enf. Francinete	1h	24/10/2022	23	23hs
21	Orientação do uso das mascaras no ambiente hospitalar	Enf. Francinete	1h	24/10/2022	23	23hs
22	Organização do fluxo de entrada de acompanhantes e visitantes	Enf Regiane nascimento	1h	24/10/2022	23	23hs
23	Os quatro pilares do auto cuidado	PSI Juliana	1h	24/10/2022	19	19hs
24	Rede de atendimento a mulher	PSI Juliana	1h	25/10/2022	23	23hs
25	Importância da máscara no ambiente hospitalar	Enf. Francinete	1h	25/10/2022	23	23hs
26	Atuação do psicólogo na prevenção do câncer de mama	PSI Alessandra Tavares	1h	25/10/2022	18	18hs
27	Atuação do psicólogo na prevenção do câncer de mama	PSI Alessandra Tavares	1h	25/10/2022	22	22hs
28	Alimentos que atuam na quimio prevenção do câncer	Nutri. Mauricio	2hs	25/10/2022	15	15hs
29	Alimentos que atuam na quimio prevenção do câncer	Nutri. Mauricio	2hs	25/10/2022	22	22hs
30	Normas e rotinas: lavagem das mãos	ENF. Waleska	1H	28/10/2022	22	22HS
31	Normas e rotinas dentro da UTI	ENF. ROBERTO DE PAULA	1H	28/10/2022	15	15HS
32	Normas e rotinas dentro da UTI	ENF. ROBERTO DE PAULA	1H	28/10/2022	17	17HS
TOTAL DE HORAS						507

Fonte: CES, 2022.

No mês de outubro a unidade promoveu o quantitativo de 507 horas de atividades de educação permanente, atingido a taxa de 1,60% de ações realizadas

Administrada por:





entre elas foram realizados, PALESTRAS e TREINAMENTOS, no auditório e outras realizadas em lócus todas de grande importância para o crescimento profissional dos colaboradores desta unidade.

A educação em saúde é uma das estratégias primordial para promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos profissionais nas instituições de saúde. Durante a competência do mês, as ações obtiveram boas aceitações e procura dos colaboradores da unidade, gerando entusiasmo aos palestrantes e motivação da prática de treinar para educar.

6.3. RELAÇÃO DE REUNIÕES DE ALINHAMENTOS COM AS EQUIPES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO

Nº	TEMA	RESPONSÁVEL	DATA	HORA	Nº DE PARTICIPANTES	CH
1	Reunião da comissão de educação em saúde	Enf. Regiane	03/10/2022	2h	5	10hs
2	Reunião de Alinhamento – FLUXO DO SERVIÇO DA NUTRIÇÃO	NUT. Mauricio	21/10/2022	1h	10	10hs
3	Reunião da comissão do Núcleo de Qualidade de Segurança do Paciente	Enf. Ana Paula	10/10/2022	1h	5	5hs
4	Checagem de medicamentos	Enf. Regiane nascimento	11/10/2022	1h	4	4hs
5	Normas e rotinas da CME	Enf. jaqueline	12/10/2022	2hs	9	9hs
6	Reunião da comissão de revisão de prontuários	Enf. Rodrigo	13/10/2022	1h	9	9hs
7	Reunião da comissão de revisão de óbitos	Enf. Rodrigo	13/10/2022	1h	9	9hs
8	Reunião da comissão de humanização	PSI. Kellen	17/10/2022	1h	7	7hs
9	Reunião de alinhamento: humanização	PSI. Kellen	19/10/2022	1h	14	14hs
10	Reunião de alinhamento POP de Psicologia	PSI. Kellen	20/10/2022	1h	14	14hs

Administrada por:





11	Reunião de alinhamento rotinas de plantão diurno e noturno	PSI. Kellen	21/10/2022	1h	14	14hs
12	Atualização de protocolos internos	Ass. Social Juliana de sa	24/10/2022	1h	11	11hs
13	Reunião: planejamento de novembro com o RH	PSI. Kellen	21/10/2022	1h	03	03hs
14	Reunião da comissão do CCIRAS	Enf. FRANCINETE	31/10/2022	2h	9	9hs
TOTAL DE HORAS						119hs

Fonte: CES, 2022.

Foram realizados 119hs de reuniões de alinhamento com as equipes das Comissões e Responsáveis Técnicos da unidade para manter um trabalho de excelência do serviço desempenhado pelos os colaboradores da Unidade Estadual de Internação – UEI.

No mês de outubro obtivemos um Total de 626hs horas realizadas no mês de outubro, somados entre as PALESTRAS, TREINAMENTOS E REUNIÕES, com isso garantimos uma equipe preparada para desenvolver suas atividades laborais e uma assistência de qualidade aos pacientes internados.

6.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações realizadas pela CES são desenvolvidas por colaboradores responsáveis envolvidos e comprometidos com a saúde e o crescimento do saber. A construção desse processo representa um dos canais para a humanização e para a qualidade do atendimento e favorecer não somente o entendimento abstrato, mas também a compreensão ativa dos determinantes sociais do processo de adoecimento e nas condições de vida. Os pacientes a família e a comunidade, também tem a possibilidade de estabelecer uma relação com os colaboradores da unidade,

Administrada por:





conseqüentemente, com o processo de construção social da saúde do cidadão. Desse modo, eles podem desencadear ações voltadas para a totalidade, rompendo fragmentado e barreiras adquirida ao longo dos tempos, foi nessas considerações que também se levaram à necessidade de manter uma comissão de educação em saúde. Tendo como meta o engajamento dos trabalhadores da saúde em ações que envolvam os pacientes e os familiares, a equipe de saúde e as práticas multiprofissional e intersetoriais, afastando-se da reprodução das relações tradicionais.

Pode-se concluir que o CES, contribui para a Educação Permanente e continuada dentro de um contexto cultural, educativo, social e econômico. Por fim, uma formação que considere a saúde um direito universal e um direito de todos.

7. CAPÍTULO VI – RELATÓRIO DA COMISSÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (CNQSP)

O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente foi instituído através da RDC nº 36/2013, em consolidação com a Portaria 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tem como objetivo fortalecer as práticas seguras na Instituições de Saúde. Assim, também foi instituído os 5 Protocolos de Segurança do Paciente, que cabem na Unidade Estadual de Internação Zona Sul, publicados nas Portarias 1.377/2013 e 2095/2013, descritas a seguir:

1. Identificação do Paciente
2. Prevenção de Lesão por Pressão (LPP)

Administrada por:





3. Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde
4. Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos
5. Prevenção de Quedas

O Plano de Segurança do Paciente e os protocolos básicos de Segurança do Paciente são de fácil acesso aos colaboradores da unidade, estando disponíveis em rede, a qual pode ser acessada em todos os computadores da unidade.

No mês de outubro a reunião da CNQSP ocorreu de forma ordinária no dia 24/10/2022 às 15:00 horas via Google Meet, na qual alinhamos quanto ao Protocolo de Culturas de Vigilância e sua implementação na unidade após as capacitações realizadas, além de alinharmos sobre os novos indicadores e as respectivas coleta de dados dos mesmos além dos instrumentos utilizado e as dificuldades e falhas encontradas no período de implementação. Definimos também o cronograma de atividades da comissão para o mês de novembro tal como das reuniões ordinárias a ocorrer no dia 22 do mês supracitado.

7.1. INDICADORES

Indicadores de segurança do paciente são medidas que visam identificar e monitorar eventos adversos ou riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes. De modo geral, como todo indicador de qualidade, eles costumam ser classificados, segundo o tipo de informação, em indicadores de estrutura, processo ou resultado.

Administrada por:





Notificações de Incidentes e Eventos Adversos

- **Objetivo:** Avaliar as notificações realizadas, para verificar os incidentes e propor barreiras.
- **Dados:** Total de notificações
- **Resultado:** 62
- **Análise Crítica**

No mês de outubro, foram acolhidas 62 notificações via formulário online disponibilizado e divulgado mensalmente à equipe multiprofissional da unidade, além de existir cartazes espalhados em todos os setores da unidade com QR code que dá acesso direto ao formulário de notificação.

Neste quantitativo, todos os incidentes foram categorizados conforme mostrado na tabela abaixo. A partir desta categorização foi possível constatar que dos 84 incidentes notificados, 89,29% foram de circunstâncias de risco, não tendo ocorrido dano ao paciente em nenhuma destes incidentes. Ainda com esses dados foi possível observar que 83,33% dos incidentes foram relacionados a descumprimentos de protocolos da unidade, onde deste 31,43% foram relacionados ao protocolo de identificação segura do paciente e 38,51 ao protocolo de prevenção de quedas.

Cabe ressaltar que houveram notificações com mais de uma circunstância notificável, nesses casos as situações descritas foram separadas para a correta classificação do incidente. Conforme visto na tabela abaixo:

Administrada por:





GRAVIDADE DO INCIDENTE	TIPO DE INCIDENTE	SUBTIPO DE INCIDENTE	GRAVIDADE DO DANO
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	FALHAS DURANTE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Assistência geral - Abandono de Assistência - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	NÃO CONFORMIDADE	Comunicação - Enfermeira - Inadequado	Sem Dano
NÃO CONFORMIDADE	NÃO CONFORMIDADE	Comunicação - Téc Enf - Inadequado	Sem Dano
NÃO CONFORMIDADE	NÃO CONFORMIDADE	Descumprimento de rotinas - Descarte de lixo - Inadequado	Sem Dano
NÃO CONFORMIDADE	NÃO CONFORMIDADE	Descumprimento de rotinas - Descarte de lixo - Inadequado	Sem Dano
NÃO CONFORMIDADE	NÃO CONFORMIDADE	Descumprimento de rotinas - Descarte de lixo - Inadequado	Sem Dano
NÃO CONFORMIDADE	NÃO CONFORMIDADE	Descumprimento de rotinas - Setor Sem Supervisão- Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Transporte seguro - Maqueiro Sem EPI - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	LESÃO POR PRESSÃO	Estágio I	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Equipe Não Identificado - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Equipe Não Identificado - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Equipe Não Identificado - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	FALHA NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Falta de identificação no leito do paciente	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Equipe Não Identificado - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Identificação Incorreta - Inadequado	Sem Dano

Administrada por:





CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Ausencia Etiqueta Infusão - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Incompleto	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Ausencia Etiqueta Infusão - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Sem Etiqueta Padrão - Inadequada	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Ausencia Etiqueta Infusão - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Ausencia Etiqueta Infusão - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Incompletas - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informações Divergentes - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	FALHAS DURANTE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Assistência geral - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano

Administrada por:





CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção PAV - Identificação do Risco - Indisponível	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Equipe Identificado Incompleta - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Informação Obsoleta - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção PAV - Identificação do Risco - Indisponível	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção PAV - Identificação do Risco - Indisponível	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção IPCS - Identificação da Punção Venosa - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção PAV - Identificação do Risco - Indisponível	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção PAV - Identificação do Risco - Indisponível	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Identificação segura - Equipe Não Identificado - Inadequado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção PAV - Identificação do Risco - Indisponível	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	SEPSE - Não efetuado quando indicado	Sem Dano

Administrada por:





CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção PAV - Identificação do Risco - Indisponível	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de Quedas - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção PAV - Identificação do Risco - Indisponível	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	DESCUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS	Prevenção de LPP - Não efetuado quando indicado	Sem Dano
CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO	FALHA NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Falta de identificação no leito do paciente	Sem Dano
INCIDENTE SEM DANO	MEDICAÇÕES	Administração - Não administração	Sem Dano
NÃO CONFORMIDADE	NÃO CONFORMIDADE	Descumprimento de rotinas - Uso de Adornos - Inadequado	Sem Dano

Fonte: COQUA, 2022

Ressalto que há uma quantidade muito pequena de notificações de incidentes e eventos adversos sendo realizados pela equipe multiprofissional da unidade, assim sendo, foi feita notificações dos incidentes e eventos adversos encontrados durante as visitas feitas à unidade para checar a segurança dos pacientes, visitas estas citadas no mês anterior, no qual os achados nestas visitas técnicas e que são passíveis de notificação foram apresentadas em uma tabela a parte, ênfase que em tais visitas se faz um check-list voltado à segurança do paciente, com formulário padronizado e validado para esse fim.

Ênfase que as visitas duram cerca de uma hora, e esses achados não são todo o conjunto de circunstâncias e eventos notificáveis, apenas reflete que apesar da baixa notificação feito por profissionais da equipe assistencial, há eventos e incidentes ocorrendo e que estão subnotificados na unidade. A CNQSP, a partir dos achados nas visitas técnicas, elabora justamente aos seus membros e em parceria com outras comissões, planos de ação para diminuir a ocorrência dessas situações que tem

Administrada por:





grande potencial para pôr em risco a segurança do paciente. Para o mês de novembro foram pensados em palestras e ações que busquem atuar em cima dos achados.

Taxa de Incidência de Lesão Por Pressão (LPP)

- **Objetivo:** Monitorar as práticas de prevenção de LPP, observando a incidência destas.
- **Fórmula:**
$$\frac{N^{\circ} \text{ de Novos casos de LPP}}{N^{\circ} \text{ Total de pacientes expostos ao risco de adquirir LPP}} \times 100$$
- **Resultado:**

No presente mês não serão apresentados dados referentes a taxa de incidência de LPP, justificamos que no mês de analisado houve a implementação de instrumentos reestruturados para a coleta de dados referente a este indicador, sendo eles dois Checklist, um admissional (FOR.076) e outro a ser realizado diariamente nos pacientes internados na unidade (FOR.077).

O instrumento necessário a coleta dos dados deste indicador refere-se principalmente ao Checklist Admissional, no qual os pacientes admitidos na unidade devem receber avaliação quanto ao risco de desenvolver LPP, devendo também ser aplicado a escala de Braden, no qual o escore atribuído sinalizará o grau do risco desse paciente para o desenvolvimento de LPP.

Contudo das 87 novas admissões que ocorreram no mês de outubro e das 16 transferências internas, as quais também devem receber o Checklist admissional, houve a aplicação do instrumento acima citado em somente 46 pacientes, e destes apenas 4 pacientes receberam indicação para risco de desenvolver LPP, não tendo

Administrada por:





sido aplicado a escala de Braden em nenhum dos pacientes admitidos, tal informação foi checada no prontuário eletrônico dos pacientes, disponível no sistema PROMEDICO, ao qual disponibiliza de diversas escalas assistências que fazem parte da rotina hospitalar, entre elas podemos citar a de Morse e a de Braden.

Abaixo apresento o quantitativo de LPP registrados no mês de outubro na UEI-ZS, dados estes fornecidos pela Responsável Técnica (RT) de enfermagem da unidade.

Classificação/ Estagio da LPP	Local	Quantidade
Grau I	Trocanter D; Sacral; Calcâneo D e E	3
Grau II	Coccix; Sacral; Espacular E	4
Grau III	Sacral	4
TOTAL		11

Fonte: RT de enfermagem da UEI-ZS, 2022.

- **Análise Crítica**

Os dados acima apresentados foram fornecidos pela RT de Enfermagem da unidade e compõem o relatório apresentado pela mesma a empresa Primordial, responsável pela equipe multidisciplinar. Tais dados referem-se a todos os setores da unidade, enfermarias e UTIs, algo alinhado no mês de setembro com a RT, uma vez que no referido mês haviam sido apresentados dados de LPP referentes apenas as UTIs.

Administrada por:





Ressalto a ocorrência de LPP é uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, sendo resultado de uma combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples, sendo abordado na unidade no protocolo de Prevenção de LPP, que é um dos 5 Protocolos de Segurança do Paciente instituídos logo que a unidade foi criada em abril deste ano.

Taxa de Incidência de Queda

- **Objetivo:** Monitorar a ocorrência de Quedas na unidade, observando a eficiência das práticas de prevenção de quedas.
- **Fórmula:**
$$\frac{N^{\circ} \text{ de Quedas}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 100$$
- **Resultado:** $\frac{0}{125} \times 100 = 0\%$
- **Análise Crítica**

Não houve nenhuma queda na unidade durante o mês de outubro, porém notou-se circunstâncias de risco para queda durante as visitas técnicas realizadas no referido mês, onde constatou-se que na enfermaria masculina, muitos pacientes sinalizados com risco para queda se encontravam ou fora do seu respectivo leito ou não estavam com as grades do leito elevadas. Já na pediatria foi observado que algumas progenitoras dormem com crianças pequenas no colo na cadeira do acompanhante, mesmo sendo feita as devidas orientações e solicitando que elas permaneçam com as crianças no berço.

Administrada por:





Tal fato é corroborado pelas notificações de incidentes e eventos adversos feitas no presente mês, ao qual temos a ocorrência de 25 notificações relacionados a circunstâncias de risco para queda, onde destas, 16 foram no setor da clínica médica masculina, 4 no setor pediátrico e 4 na UTI e apenas uma no Setor da clínica médica feminina. O que demonstra que o Protocolo de Prevenção de Quedas, que é um dos 5 Protocolos de Segurança do Paciente instituídos na unidade, deve ser reforçado e melhor trabalhado com a equipe assistencial, algo que estará no planejamento de ações a serem executadas por esta comissão.

7.2. NOVOS INDICADORES

No mês de outubro houve a implementação de cinco novos indicadores relacionados a segurança do paciente, que serão apresentados logo abaixo. Destes cinco, dois não terão dados apresentados este mês, pois por necessidade e dificuldades encontradas no período de implementação, teve a coleta de dados reestruturas para o mês de novembro.

Os dados nos novos indicadores foram coletados por meio de dois instrumentos validados e padronizados na instituição, sendo eles:

- FOR 076: CHECKLIST DE ADMISSÃO PACIENTE
- FOR 077: CHECKLIST DIÁRIO DA ENFERMAGEM

Tais instrumentos foram implementados na unidade no dia 07 de outubro, sendo que alguns setores só iniciaram seu preenchimento a partir do dia 10 de outubro. Portanto os dados abaixo apresentados referem-se a este período, não contemplando a totalidade do mês de outubro.

Administrada por:





A coleta e análise destes dados, enfrentaram muitos problemas durante o período de implementação, tendo resistência da equipe de enfermagem em realizar o preenchimento dos instrumentos validados na unidade para este fim. Houveram também dias em que os instrumentos que aplicação diária, não foram realizados, nos instrumentos preenchidos também foram constatados inconformidades e inconsistência, além de diversos dados incompletos que dificultaram a análise dos dados, atrasando o processamento destes dados e a confecção dos relatórios das comissões de que dependiam dos dados existentes dos instrumentos.

Ao todo, foram realizados 46 instrumentos admissionais o que corresponde a 52,87% das admissões realizadas no mês de agosto, destes instrumentos aplicados, 23 apresentavam dados incompletos, principalmente quanto a avaliação dos pacientes para o risco de LPP e Queda. Quanto aos instrumentos diários, ao todo foram realizados 509 Checklist, o que corresponde a 56,94% dos pacientes/dia do mês de outubro, destes instrumentos 209 apresentavam dados inconsistentes e 199 continham dados incompletos.

Quando analisamos as entregas dos instrumentos por setores, nota-se que o setor de UTI foi o que apresentou o menor número de instrumentos realizados, com apenas 25% de pacientes/dia tendo a aplicação dos Checklist diários e não tendo realizado 8 dias de aplicação deste instrumento. O setor com maior índice de aplicação dos instrumentos foi o setor de pediatria, ao realizou a aplicação dos instrumentos diários em 77,59% dos pacientes/dia do período de implantação. Abaixo estão descritos a quantidade de instrumentos diários entregues por setor, tais como o quantitativo de inconformidades e de dados incompletos.

Administrada por:





SETOR	PACIENTES/DIA POR SETOR (No período)	INSTRUMENTOS DIÁRIOS ENTREGUES	DADOS INCONFORMES	DADOS INCOMPLETOS
UTI	232	58	44	25
CMM	235	149	30	45
CMF	186	115	46	44
PED	241	187	86	185

Fonte: COQUA, 2022.

Ressalto que esta comissão acompanhou diariamente a implantação dos instrumentos de coleta na unidade, verificando o quantitativo entregue e os erros ocorridos e orientando os enfermeiros dos setores quanto ao correto preenchimento dos dados. Somado a isto, buscou-se junto a gerencia de enfermagem e a Responsável Técnica (RT) de enfermagem da unidade, alinhar a melhor forma e o melhor turno para o preenchimento do instrumento, uma vez que é competência destas a organização da equipe e da rotina assistencial, tais dificuldades também foram apresentadas a direção da unidade e a gerencia de qualidade para que juntos, se pensasse formas de contornar os problemas e dificuldades encontradas no período de implantação dos novos indicadores.

Porcentagem de dias em ventilação mecânica em que a cabeceira da cama permaneceu elevada em um ângulo ≥ 30 graus

- **Objetivo:** Monitorar as práticas de prevenção de PAV, observando a incidência o uso de cabeceira elevada $\geq 30^\circ$ de pacientes em VM
- **Fórmula:**
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de dias em VM com a cabeceira da cama elevada em } \geq 30 \text{ graus}}{\text{N}^\circ \text{ Total de dias em VM}} \times 100$$
- **Resultado:** $\frac{16}{145} \times 100 = 11,03\%$
- **Análise Crítica**

Administrada por:





A PAV é a principal infecção nosocomial em pacientes que recebem VM, ela não está associada diretamente aos ventiladores, mas sim aos ductos artificiais (tubos endotraqueais e cânulas para traqueostomia), estando relacionada também com o tempo de duração da ventilação mecânica e da permanência em UTIs. Ocorre pela falta de equilíbrio entre os mecanismos de defesa do indivíduo e o agente microbiano, de acordo com a literatura, o fator de risco para as pneumonias nosocomiais aumenta de seis a vinte vezes nos pacientes que se encontram em IOT e VM (GIRAULT et al, 1999).

Segundo o III consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica uma intervenção simples e que deve ser utilizada no ambiente hospitalar para minimizar a ocorrência de PAV é a elevação de cabeceira, quando não houver contraindicação, diminuindo assim o risco de aspiração da nutrição enteral, quando realizada no paciente em VM. Além disto, o grau de elevação do encosto e do tempo de permanência em supino são fatores que influenciam na ocorrência de PAV, sendo que pacientes mantidos em baixas elevações do encosto estão associadas com um aumento da aspiração de conteúdo gástrico, sendo um importante fator de risco para PAV.

Partindo deste princípio, nota-se que no mês de outubro houve uma porcentagem muito pequena de pacientes em ventilação mecânica com cabeceira elevada durante os dias de internação na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Tal fato pode ser justificado pelo não preenchimento correto dos instrumentos de coleta dos novos indicadores, que conforme relatado acima apresentou muitos dados incompletos e inconsistências.

Administrada por:





Quando analisamos apenas os instrumentos de coletas aplicados no setor de UTI, notamos que houveram 8 dias no qual não houve a aplicação do Checklist diário (FOR.077), tendo sido entregues apenas 58 destes instrumentos preenchidos, o que de um total de 232 pacientes/dia (período de 10 a 31 e outubro), corresponde somente a 25%, em outras palavras, significa que 174 Checklist diários não foram preenchidos durante o período de implementação. Somado a isto o fato de que, destes 58 instrumentos, 25 estavam com informações incompletas, havendo ainda 44 inconformidades.

Assim sendo, a porcentagem apresentada no presente indicador é apenas uma amostragem, não refletindo a totalidade dos dias e pacientes que estiveram internados em VM na UEI-ZS. Para o mês de novembro esta comissão refinará a coleta de dados, já tendo alinhado com a RT de enfermagem, gerencia de enfermagem e com a direção um maior rigor e precisão no preenchimento dos instrumentos, para que os dados sejam apresentados integralmente. Ressalto que o instrumento de coleta diário (FOR.077) foi unificado ao Checklist de passagem de plantão da enfermagem (FOR.133) para melhor integrar a coleta dos dados a rotina da equipe assistencial, espera-se que assim os dados sejam mais precisos e rigorosamente coletados.

Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP na admissão

- **Objetivo:** Monitorar as práticas de prevenção de LPP em pacientes admitidos na unidade, observando a incidência de pacientes submetidos a avaliação do risco para LPP na admissão.
- **Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº de de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP na admissão}}{\text{Nº de pacientes internados}} \times 100$$

Administrada por:





- **Resultado:** $\frac{0}{125} = 0\%$
- **Análise Crítica**

A LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis. Assim é necessário que haja uma avaliação constante dos pacientes internados em serviços hospitalares para a correta identificação, classificação do risco e prevenção das LPP, devendo ser aplicadas escalas próprias para este fim, desde a admissão do paciente até a sua saída da unidade hospitalar.

A avaliação dos pacientes na admissão apresenta dois componentes:

- A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e
- A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas, tal avaliação deve contemplar fatores como mobilidade, incontinência, déficit sensitivo, estado nutricional entre outros. Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele

Administrada por:





Uma das escalas utilizadas para este fim é a escala de Braden, amplamente utilizada nos serviços de saúde, que para pacientes pediátricos possui a variação de escala de Braden Q. Ambas são instrumentos padronizados e validados dentro da UEI-ZS, disponível tanto em formulário físico, quanto no sistema PROMEDICO, integrando o sistema juntamente com outras escalas que fazem parte da rotina assistencial hospitalar.

Ao se aplicar uma escala preditiva como a escala de Braden, é possível estabelecer um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, com base no risco que cada paciente possui de adquirir LPP. A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele são uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

Mediante isto, torna-se preocupante que dos 46 pacientes admitidos na unidade em que houve a aplicação do instrumento admissional, apenas 4 pacientes receberam indicação para risco de desenvolver LPP e que em nenhum destes houve a avaliação do paciente pela escala de Braden. Como já citado acima, tal informação foi checada no prontuário eletrônico dos pacientes, disponível no sistema PROMEDICO e constatado que na avaliação inicial dos pacientes não houve a aplicação de nenhuma escala relacionado ao risco para LPP.

Administrada por:





Esta comissão realizou no mês de outubro palestras nos turnos diurnos e noturnos a respeito da classificação de riscos assistenciais, entre eles o de risco para LPP, com o intuito de melhor capacitar da equipe quanto a correta utilização de instrumentos que facilitem a avaliação e levam a correta classificação para o risco de desenvolvimento de LPP nos pacientes de nossa unidade.

Além disto, foi alinhado com a RT de enfermagem, gerencia de enfermagem e com a direção a retomada da aplicação das escalas assistências disponibilizadas no PROMEDICO, que não estavam sendo realizadas pela equipe de enfermeiros, conforme normas e rotinas já preconizadas na instituição. Espera-se que assim a avaliação e a prevenção de LPP em nossos pacientes torne-se rotina da equipe, desde a admissão até a sua saída, melhorando a qualidade da assistência prestada ao paciente

Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão

- **Objetivo:** Monitorar as práticas de prevenção de quedas em pacientes admitidos na unidade, observando a incidência de pacientes submetidos a avaliação do risco para quedas na admissão.
- **Fórmula:** $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão}}{N^{\circ} \text{ de pacientes internados}} \times 100$
- **Resultado:** $\frac{2}{125} \times 100 = 1,6\%$
- **Análise Crítica**

A avaliação do risco de queda é uma importante prática assistencial que ajuda a prevenir a incidência de quedas no ambiente hospitalar, uma vez que permite

Administrada por:





identificar e classificar o grau de risco para queda de cada paciente, possibilitando planejar e implementar cuidados voltados a prevenção e segurança do paciente.

Tal avaliação deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de cada paciente, na UEI temos padronizado e validados duas escalas que possibilitam a correta classificação do risco para queda dos pacientes internado, sendo elas a escala de risco de quedas de Morse e a escala de risco de quedas “Humpty Dumpty” adaptada à pacientes pediátricos.

Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

Assim sendo a proporção de pacientes que obtiveram avaliação para o risco de queda com a aplicação de uma escala predita, validada e instituída na unidade é preocupante, já que dos 46 pacientes admitidos na unidade em que houve a aplicação do instrumento admissional apenas 2 pacientes receberam um escore com o risco para queda. Ressalto que nos instrumentos admissionais realizados, 23 pacientes foram assinalados como pacientes que possuem risco para queda, porém, conforme já citado acima, apenas dois foram avaliados com instrumentos adequados.

Esta comissão realizou no mês de outubro palestras nos turnos diurnos e noturnos a respeito da classificação de riscos assistenciais, entre eles o de risco para

assinada por:





queda, buscando aprimorar e capacitar a equipe para correta utilização de instrumentos que facilitem a avaliação e levam a correta classificação dos pacientes de nossa unidade. Além disto, foi alinhado também com a RT de enfermagem, gerencia de enfermagem e com a direção a retomada da aplicação das escalas assistências disponibilizadas no PROMEDICO, entre ela a escala de Morse, amplamente utilizada para classificação do risco de queda.

Ressalto que a escala “Humpty Dumpty” adaptada à pacientes pediátricos ainda não está disponível no sistema PROMEDICO, existindo a mesma validada na unidade apenas em formato de formulário físico. Informo também que já foi solicitado ao serviço de TI da instituição a inclusão da mesma no sistema para que seu uso seja facilitado e melhor empregado na rotina assistencial. Espera-se que assim a avaliação e a prevenção de quedas em nossos pacientes torne-se rotina da equipe, desde a admissão até a sua saída, melhorando a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Percentual de pacientes que receberam avaliação diária do risco de lesão por pressão (LPP)

- **Objetivo:** Monitorar as práticas de prevenção de LPP, observando a realização de avaliação diária dos pacientes internados na unidade.
- **Fórmula:**
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados}} \times 100$$

Administrada por:





Percentual de pacientes de risco que receberam cuidado preventivo apropriado para LPP

- **Objetivo:** Monitorar as práticas de prevenção de LPP nos pacientes internados na unidade, observando a realização de cuidados preventivos apropriados para LPP.
- **Fórmula:**
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com risco}} \times 100$$

Os indicadores apresentados nos itens 3.4 e 3.5 ainda estão em fase de implementação e terão dados a ser apresentados somente no relatório do mês de novembro. Tais indicadores irão aprofundar o monitoramento de práticas ligadas a segurança do paciente ligados a incidência de LPP, além de aprimorar os indicadores já implementados. Assim, esta comissão busca agregar valor e melhorar os processos existentes na unidade, elevando, conseqüentemente, o padrão da assistência prestada aos nossos usuários.

7.3. ATIVIDADES REALIZADAS PELA COMISSÃO

- Reunião ordinária (24/10), convocado pela nova presidente da comissão para dar os devidos encaminhamentos a comissão para o mês de novembro, com criação de um cronograma de reuniões ordinárias para o mês citado (22/11) e avaliação da implantação dos novos indicadores da comissão.
- Realização de palestras para as equipes do Diurno e do Noturno, dia par e dia ímpar, sobre classificação de riscos assistenciais e treinamento acerca do protocolo de cultura de vigilância (PRO.015).

Administrada por:





- Visitas Técnicas com Check-List de segurança do paciente nos diversos setores da unidade, com tabulação dos achados para acompanhamento das circunstâncias notadas, a fim de monitorar e intervir da melhor forma nas diversas situações que se apresentaram.
- Elaboração de um Cronograma de Atividades para o mês de novembro, com a realização de palestras e treinamentos em ambos os turnos e para as equipes dos dias ímpares e pares, além de visitas no turno noturno.

7.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comissão do núcleo de qualidade e segurança do paciente desenvolve ações de maneira contínua e integrada aos diversos setores e equipe multiprofissional, a fim de prestar a assistência mais segura e de maior qualidade ao nosso paciente. Buscando sempre, formas que irão impactar, fortalecer e desenvolver os processos existentes dentro da unidade.

8. CAPÍTULO VII – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Unidade Estadual de Internação – Zona Sul, também tem como objetivo contribuir com a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica estabelecida pela Resolução/MS Nº 338, DE 06 de Maio de 2004 com as etapas relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, administração e o uso racional de medicamentos. Estando sempre em um processo onde haja participação

Administrada por:





multiprofissional para assegurar a terapêutica eficaz, segura e melhoria na qualidade de assistência prestada à saúde.

A Resolução/CFF Nº 449 de 24 de Outubro de 2006, diz: Dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica e trata ainda sob Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos, observando normativas do Ministério da Saúde.

Considerando que a Comissão de Farmácia e Terapêutica é a instância técnico – científica, de natureza permanente, de caráter consultivo, educativo e de assessoria do hospital, vinculada à assistência farmacêutica, cujas ações devem ser voltadas à promoção do uso seguro e racional de medicamentos, através do desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização dos medicamentos e insumos objetivando resultados clínicos satisfatórios e menores riscos potenciais;

A PORTARIA Nº 013/2022 – UEI/IBGH, no seu Art.2º - NOMEOU os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- Jacidalva Lopes – Presidente;
- Gisele dos Santos – Membro;
- Francinete Tenório – Membro;
- André Franco Ribeiro – Membro;
- Edian Nunes – Membro;
- Waleska Dias – Membro;
- Ingrid Gibson – Membro.

Administrada por:





Observa-se que a área da saúde e conseqüentemente a indústria farmacêutica está em constante lançamento de novos produtos, fazendo com que a seleção de novos produtos seja um processo imprescindível nas Instituições Hospitalares.

Assim, o medicamento como um dos insumos mais importantes dessa intensa incorporação tecnológica, necessita de constantes avaliações e a implementação de normas e protocolos para garantir seu uso com segurança.

Devendo ser imprescindível considerar sempre a análise de dados e informações geradas pela execução das atividades farmacêuticas de forma muito ampla já que além das constantes inovações tecnológicas que mudam sem previsão de tempo, pois, todos os dias há algo novo. Há ainda, mudanças no segmento das leis, normas e regulamentos que podem todos os dias sofrer alterações.

Este relatório foi gerado no período de **01/10/2022 à 31/10/2022**, como ferramenta de controle da prestação de serviço contratado para execução da prestação de serviços de assistência farmacêutica nesta Unidade de Internação.

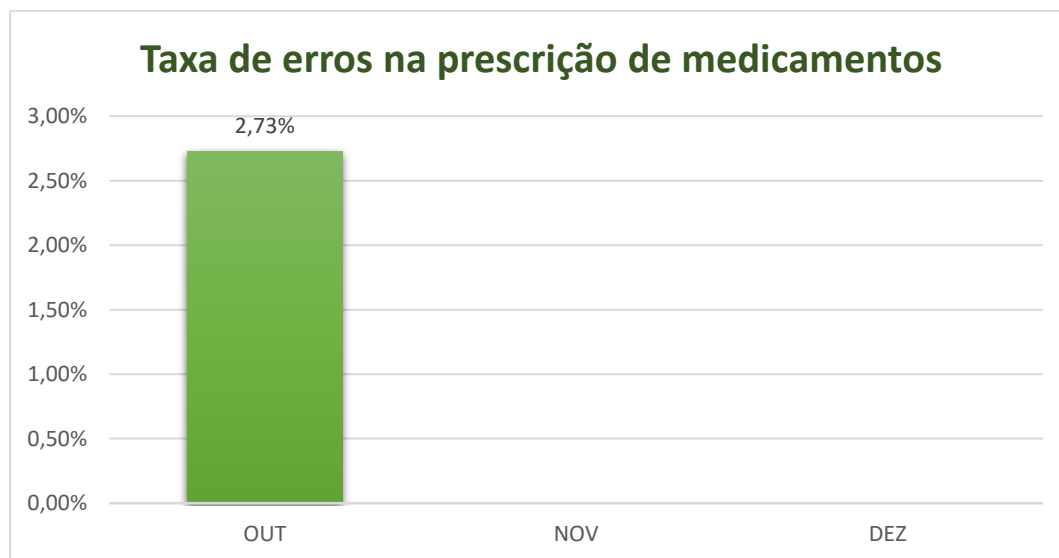
8.1.INDICADORES

Taxa de erros na prescrição de medicamentos

- **Objetivo:**
- **Formula:**
$$\frac{\text{Nº de medicamentos prescritos com erro}}{\text{Nº total de medicamentos prescritos na amostra}} \times 100$$
- **Resultado:**
$$\frac{30}{1.100} \times 100 = 2,73\%$$
- **Gráfico:**

Administrada por:





Fonte: CFT, 2022

- **Análise Crítica:**

Erro de prescrição é definido como um erro de decisão ou de redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade do tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas. O erro de decisão terapêutica pode surgir de um desvio não intencional de padrões de referência, como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária. Já um erro de prescrição pode estar relacionado à seleção do medicamento, a dose, a concentração, o esquema terapêutico, a forma farmacêutica, a via de administração, a duração do tratamento e orientações de utilização, assim como pela ausência de prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença já diagnosticada ou para impedir os incidentes com outros medicamentos.

Baseado nesses conceitos, houve a necessidade de monitorizar as taxas de erro de prescrição na unidade. Afim de se ter maior controle e conhecimento sobre os casos

Assinada por:

 **IBGH**



ocorridos no mes de outubro do corrente ano. Os dados foram coletados atraves de amostragem de 10 por cento em cima de um total de 125 pacientes internados, onde desses 10% totalizaram 12 prontuarios fisicos revisados, sendo analisados todas as prescrições existentes totalizando 125 prescricoes analisadas. Os prontuarios analisados contemplaram 04 do setor de pediatria com idades de 01 a 04 anos, 02 do setor Clinica Medica Masculina com idades de 18 e 37 anos, 03 do setor Clinica Medica Feminina com idades de 22 a 62 anos e 03 do Setor de Unidade de Terapia Intensiva com idade de 36 a 85 anos, com uma media de idade geral de 31,58 anos.

Nestas, foram encontrados 30 erros de prescricoes, um quantitativo considerado relativamente alto considerando o numero de pacientes internados e numeros de prontuarios analisados. O que denota que deve necessita de aperfeicoamento de prescricoes medicas para um maior rigor tecnico e menor numero de erros que possam gerar danos ao paciente. Esta comissao buscara no mes de novembro alinhar com a equipe medica a respeito destes achados, orientando-os e os capacitando

Número de erros prescrição de medicamentos

- **Objetivo:** Monitorar o número notificados de erros e inconformidades nas prescrições medicamentosas.

Número de queixa técnica a medicamentos

- **Objetivo:** Identificar casos onde ocorra inconformidades técnicas de medicamentos

Administrada por:





Número de queixa técnica a materiais hospitalares equipamentos

- **Objetivo:** Monitorar o número de inconformidade técnicas de materiais hospitalares e equipamentos

Número de reações adversas a medicamentos

- **Objetivo:** Monitorar o número de notificações de reações adversas a medicamentos em pacientes.

Porcentagem de medicamento prescritos para crianças, que incluem a dose correta dos medicamentos por quilograma (ou área de superfície corporal) e uma dose de segurança total

- **Objetivo:**
- **Formula:**

$$\frac{\text{Nº de medicamentos prescritos para crianças } (\leq 18 \text{ anos) com a dose correta por quilograma (ou área de superfície corporal)}}{\text{Nº total de medicamentos prescritos na amostra}} \times 100$$

Taxa de erros na dispensação de medicamentos

- **Objetivo:** monitorar índice de erros na dispensação de medicamentos.
- **Formula:** $\frac{\text{Nº de medicamentos dispensados com erro}}{\text{Nº total de medicamentos dispensados}} \times 100$

Porcentagem de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância diferenciados de outros medicamentos com sinalizações, alertas ou outros sistemas

- **Objetivo:** monitorar o uso de sinalização adequada dos medicamentos potencialmente perigosos existentes na unidade.
- **Formula:**

$$\frac{\text{Nº de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que são diferenciados de outros medicamentos com sinalizações, alertas ou outros sistemas}}{\text{Nº total de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância na amostra}}$$

x 100

Administrada por:





Porcentagem de antibióticos de uso restrito prescritos em concordância com critérios aprovados por uma "Comissão de Farmácia e Terapêutica"

- **Objetivo:** monitorar a porcentagem de prescrições de antibióticos restritos em concordância com os critérios aprovados pela comissão de farmácia terapêutica.
- **Formula:**

$$\frac{\text{Nº de antibióticos de uso restrito prescritos em concordância com critérios aprovados por uma "Comissão de Farmácia e Terapêutica"}}{\text{Nº de antibióticos de uso restrito prescritos na amostra}} \times 100$$

Os indicadores desta comissão estão sendo reestruturados para atender as diretrizes do ministério da saúde, com intuito de ampliar e aprofundar o monitoramento do processo da cadeia medicamentosa da unidade estadual de internação (UEI). Assim sendo, os dados dos indicadores dos itens 2.2 a 2.9 não serão apresentados neste mês, estando a coleta destes dados em processo de redefinição, por meio da elaboração de novo instrumentos para a coleta.

Somado a isto, esta comissão está implementando novos indicadores (itens 2.6 a 2.9) que terão como base a revisão de prontuários, tendo sido optado a busca ativas das informações, uma vez que os indicadores que necessitam de notificações possuem um baixo quantitativo de notificações por parte da equipe multiprofissional, estando a cerca de 3 meses sem qualquer tipo de notificação relacionados a queixas técnicas e inconformidades na cadeia medicamentosa.

Esta comissão estará atuando no mês de novembro, juntamente as demais comissões de qualidade e segurança do paciente (CNQSP) e com o serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) para um melhor monitoramento dos dados dos indicadores. Estando previsto nas ações a serem executadas no mês acima citado, a

Administrada por:





elaboração e validação de critérios para prescrição de antibióticos de uso restrito na unidade. Também serão executadas ações educativas e treinamentos ao corpo técnico farmacêutico acerca da importância e via de notificações de queixas técnicas e incidentes da cadeia medicamentosa, afim de ampliar o conhecimento dos mesmo sobre o assunto.

8.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ações que visam fortalecer barreiras que previnem problemas envolvendo, medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares associadas a uma visão sistêmica, ferramentas de qualidade e monitoramento contínuo de indicadores, podem resultar em práticas efetivas de gerenciamento, visando a segurança do paciente. Diante do papel do farmacêutico, a gestão da qualidade em farmácia hospitalar deve considerar os serviços de farmácia clínica e de farmacovigilância.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório traz dados analisados e produzidos pelas comissões existentes na UEI-ZS no mês de outubro de 2022, e apresenta os resultados da gestão do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar em parceria com a Secretária de Saúde do Estado do Amapá.

A Unidade Estadual de Internação Zona Sul tem como objetivo principal prestar um atendimento eficiente, satisfatório e humanizado para a população amapaense, tendo como premissa a constante evolução e melhoria dos serviços prestados, buscando o aprimoramento dos processos existentes e a criação de novos, para

Administrada por:





**UNIDADE ESTADUAL
DE INTERNAÇÃO**
ZONA SUL

atender com mais qualidade e eficácia nossos pacientes, pautando-se sempre nos princípios da política nacional de humanização e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim sendo a criação das comissões é um elemento essencial para a operacionalização da unidade e a realização da melhoria dos processos existentes. Criando meios para alcançar as metas e objetivos propostos pela gestão, além de indentificar eventuais falhas que possam surgir, constituindo um importante subsídio para as tomadas de decisões e para a elaboração de intervenções que se façam necessárias.

Administrada por:





Documento assinado eletronicamente por INGRID MAIRA BRITO GIBSON, 002.447.422-35, UNIDADE - QUALIDADE, em 14/11/2022 às 11:08, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por MARA HELENA JARDIM BITTES HENRIQUE BORGES, 920.014.401-20, UNIDADE - DIRETORIA GERAL, em 14/11/2022 às 11:35, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por REGIANE DOS SANTOS NASCIMENTO, 776.497.962-72, UNIDADE - COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM, em 14/11/2022 às 11:54, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por FRANCINETE TENÓRIO VIEIRA, 671.740.002-15, UNIDADE - COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM, em 14/11/2022 às 14:10, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por RODRIGO DE MENEZES SANTOS, 026.211.192-63, UNIDADE - ENFERMEIRO AUDITOR, em 14/11/2022 às 14:23, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://sistemas.vozdigital.com.br/sinprocesso/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 336718 e o código verificador 38160.