



RELATÓRIO MENSAL DE GESTÃO

COMISSÕES TÉCNICAS INSTAURADAS

UNIDADE DE SAÚDE:

UNIDADE ASSISTENCIAL – ANEXO/HE

CONTRATO DE GESTÃO Nº:

002/2022/SESA/AP

PERÍODO DE REFERÊNCIA:

1 A 28 DE FEVEREIRO DE 2023



SESA
SECRETARIA DA
SAÚDE



INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR – IBGH

RELATÓRIO MENSAL DAS COMISSÕES TÉCNICAS INSTAURADAS

**UNIDADE ASSISTENCIAL–ANEXO/HE
(Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do
Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz)**

CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2022/SESA/AP

**FEVEREIRO
2023**

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	9
1.1. Contextualização.....	12
2. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS).....	15
2.1. Indicadores	15
2.1.1. Percentual de Adesão à Higienização das Mãos.....	15
2.1.2. Índice de consumo de sabonete líquido.	17
2.1.3. Índice de consumo de álcool em gel para higienização das mãos.	18
2.1.4. Taxa de Culturas Analisadas	19
2.2. Novos Indicadores	20
2.3. Plano de Ação para Melhor Adesão à Higiene das Mãos	21
2.4. Atividades Realizadas	22
3. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (COARP).....	24
3.1. Indicadores	25
3.1.1. Taxa de Prontuários Analisados.....	25
3.1.2. Taxa de Prontuários em Conformidade	26
3.3. Plano de Ação	27
4. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (COMVO)	28
4.1. Indicadores.....	28
4.1.1. Taxa de Óbitos Institucional	28
4.1.2. Taxa de Óbitos Avaliados pela Comissão	29
4.1.3. Taxa de Declarações de Óbitos em Conformidade.....	30
4.1.4. Proporção de óbitos pela causa	30
4.2. Plano de Ação	32

5. COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO (COHUM).....	33
5.1. Atividades Realizadas	34
5.2. Cronograma de Atividades a serem desenvolvidas	39
5.3. Novos Indicadores	39
5.3.1. Taxa de Ações de Humanização Realizadas x Previstas	39
6. COMISSÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (CNQSP).....	41
6.1. Atividades Realizadas	41
7. COMISSÃO DE EPIDEMIOLOGIA (COEPI)	43
7.1. Coleta de Dados e Informações.....	43
8. COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL (COMTN).....	47
8.1. Atividades Realizadas	48
9. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS (COPMME).....	51
9.1. Novos Indicadores	51
10. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA).....	53
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56

1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório traz consigo as atividades realizadas pelas Comissões Técnicas instituídas na Unidade Assistencial-Anexo/HE, no período de 01 de fevereiro a 28 de fevereiro de 2023, em atenção ao Contrato de Gestão nº 002/2022-NGC/SESA.

As Comissões Técnicas de Saúde desempenham as mais diversas atividades no suporte e apoio à gestão da Unidade. As comissões hospitalares são de fundamental importância para a gestão da instituição hospitalar, e contribuem para a formulação de políticas, coordenação e monitoramento da Unidade Assistencial-Anexo/HE.

É papel das Comissões Técnicas, ainda, garantir a qualidade no atendimento aos pacientes, que devem trabalhar, prioritariamente e de forma sistemática, possuindo membros em quantidade suficiente para atender a demanda dos serviços.

Dessa forma, cada Comissão deve ter sua constituição fundamentada em Portarias e Resoluções, e contar com a estrutura necessária para o desempenho das suas funções. Como resultado, o seu trabalho é evidenciado nos indicadores — ferramentas imprescindíveis para a qualidade dos serviços da Unidade de Saúde.

Portanto, ao produzir e disponibilizar tais números e indicadores relevantes da Unidade de Saúde à alta gestão e à sociedade, as Comissões Técnicas contribuem para a transparência e melhor gestão dos serviços prestados.

Tem sua organização e competências descritas em regimentos internos próprios. Suas demandas são oriundas de planos de trabalhos ou planos de ações atreladas às próprias competências regimentais e são monitoradas periodicamente a fim de avaliar a efetividade de atuação.

As comissões, obrigatórias ou não, podem ser grandes fontes de melhorias nos processos assistenciais e na garantia de sustentabilidade institucional.

A Implementação de uma Comissão é constituída pelo ato de nomeação, regimento interno, modelo de ata, existência e análise crítica de indicadores (em temas pertinentes as Comissão e em relação ao seu próprio desempenho) e do cronograma de reuniões. Existe uma constante integração com a gestão da Unidade de Saúde, com outras Comissões, com o Núcleo de Segurança do Paciente e com as áreas envolvidas, assistenciais ou não.

O que se pretende é que as Comissões sejam capazes de elaborar e gerenciar a execução de planos de ação, promover debates e mudanças na Instituição, fomentar ações educativas e de reciclagem e ser espaço, até mesmo, para a participação de representantes dos pacientes.

Com o objetivo de promover subsídios de análises e instrumentos de gestão capazes de atender às diretrizes da Unidade Assistencial-Anexo/HE, em consonância ao Planejamento Estratégico (PE), no que tange às Comissões Técnicas, foi desenvolvido o Relatório Gerencial de atividades das Comissões, com base em indicadores de desempenho relacionados as especificidades de cada Comissão.

Para avaliar e mensurar as atividades realizadas nas Comissões, foram definidos indicadores como ferramenta de gestão, passíveis de traduzir informações relevantes quanto ao seu desempenho e avaliar a sua contribuição na melhoria da gestão da Unidade Assistencial-Anexo/HE.

A criação e padronização de indicadores nas Comissões contemplou aspectos tanto quantitativos como qualitativos, gerais e específicos, estabelecendo metas, atendendo as características de serem específicas, mensuráveis, alcançáveis/factíveis, relevantes e temporais.

Dessa forma, verifica-se que a meta deve estar alinhada ao indicador, pois enquanto a meta define o alvo a ser alcançado; o indicador (resultado) informa se os números apresentados estão na direção do alcance/cumprimento de uma meta definida. Dependendo dos resultados, em metas não alcançadas, possibilita-se a elaboração de um plano de ação corretivo para sanar as inconformidades.

Assim, os indicadores aqui apresentados contemplam a forma eficaz de traduzir o desempenho das Comissões Técnicas da Unidade Assistencial-Anexo/HE, retratando a realidade e explicitando o comprometimento das equipes em desenvolver e apresentar propostas de modernização dos processos de trabalho e aperfeiçoamento de rotinas, de forma transparente.

- ✓ **Qualidade Objetiva:** aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes nas unidades de saúde.
- ✓ **Qualidade Subjetiva:** aquela que está relacionada com a percepção que o usuário (paciente e/ou acompanhante) obtém de sua passagem pelas unidades de saúde. Medidas para promoção de relação humana e apoio social na comunidade interna e externa nas unidades de saúde.

a) **Acolhimento:** Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência, conforme Classificação de Risco. Como irá desenvolver as Políticas de Humanização e os dispositivos do Programa Nacional de Humanização (PNH) para gestão de leitos, acolhimento com Classificação de Risco, utilizando protocolo que tenha validação científica, dentre outros. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.

b) **Atendimento:** Proposta para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os Acompanhantes. Proposta para implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de Pesquisa de Satisfação do Usuário, estabelecendo como irá pesquisar a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas. Proposta de implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS.

As atividades estratégicas desenvolvidas expressam e promovem meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços visando a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários das unidades de saúde e comunidade.

Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de Comissões Técnicas que monitoram os serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações na Unidade Assistencial-Anexo/HE.

1.1. Contextualização

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH) apresenta o seguinte Relatório das atividades desenvolvidas pelas comissões instituídas no Hospital de Emergências Oswaldo Cruz, em atenção ao Contrato de Gestão nº 002/2022.

O principal papel das comissões é a melhoria contínua dos processos internos, tendo como foco central a melhor qualidade no atendimento prestado ao paciente. E para isso, elas são as mais variadas possíveis, visando atender as especificidades de cada área.

A Unidade Assistencial-Anexo/HE, utiliza das diversas ferramentas de gestão e qualidade, com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.

As Comissões Técnicas foram instituídas por meio de portarias, e são compostas, por profissionais multidisciplinares, atuando ativamente na construção de políticas, protocolos e monitoramento em todas as atividades que são consideradas críticas na prestação de serviços de saúde de qualidade.

Suas responsabilidades variam conforme suas especificidades individuais, atualmente na Unidade Assistencial-Anexo/HE foram instituídas as seguintes comissões:

- ✓ Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS): Contemplada 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 030/2022;

- ✓ 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 Unidade. Portaria em vigor: nº 026/2022;
- ✓ Comissão de Verificação de Óbitos (COMVO): 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 Unidades 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, integralidade e aumento da equidade na assistência, em benefício dos 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 do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (CNQSP): Tem como objetivo fortalecer as práticas seguras nas Unidades de Saúde, sendo pautado na RDC nº 36/2013, em consolidação com a Portaria nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Portaria em vigor: nº 029/2022;

- ✓ Comissão de Epidemiologia: A Comissão de Epidemiologia é regida pela Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010, é responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória e outros fatos de interesse para a saúde pública, ou seja, é o serviço do hospital responsável pela vigilância permanente dos problemas de saúde que podem pôr em risco a saúde da população;
- ✓ Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral: A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral é regulamentada pela Portaria nº 272, de 08/04/1998, tem como objetivo: assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico-laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e ou enteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitando os riscos. Objetiva desenvolver mecanismos para triagem e vigilância nutricional na Unidade, sistematizando metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional, a serem encaminhados aos cuidados da Comissão.

Assim sendo, o Relatório Mensal das Comissões Técnicas da Unidade Assistencial-Anexo/HE tem por objetivo apresentar subsídios necessários para a análise técnica da SESA/AP, quanto as atividades desenvolvidas no período referente ao mês de fevereiro.

2. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à 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 Saúde. Com a finalidade de elaborar, executar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Infecção hospitalar é considerada 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.

Contemplada 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

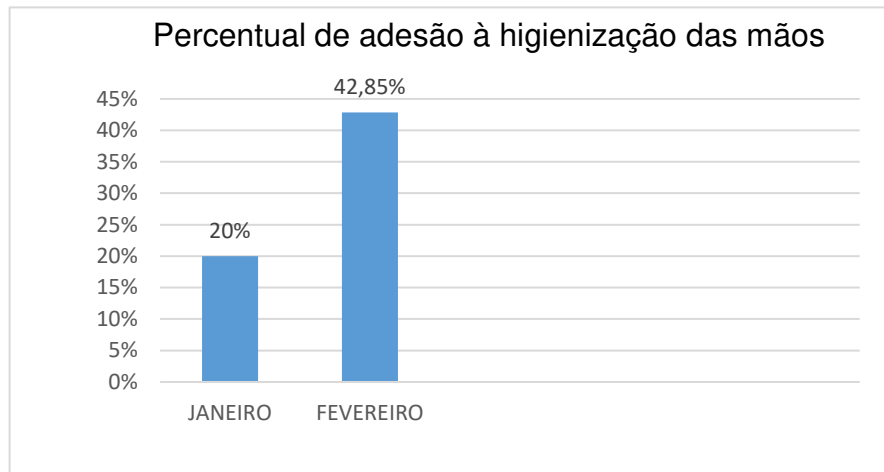
2.1.1. Percentual de Adesão à Higienização das Mãos

Objetivo: Mensurar o percentual de adesão a higienização das mãos pelos profissionais de saúde para prevenir e controlar as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Fórmula:
$$\frac{N^{\circ} \text{ de ações executadas pelos profissionais de saúde}}{N^{\circ} \text{ de Oportunidades observadas}} \times 100$$

Resultado: $\frac{21}{49} \times 100: 42,85\%$

Gráfico 1: Percentual de Adesão à Higienização das Mãos (fevereiro/2023)



Fonte: SCIRAS, 2023

Análise Crítica

No início do mês fevereiro, verificou-se a necessidade de intensificação da metodologia de incentivo e fiscalização da adesão dos profissionais ao protocolo de higienização das mãos, visto que a ANVISA preconiza a higienização em 5 (cinco) momentos. Para tanto, foram realizadas palestras com a equipe multiprofissional atuante na instituição.

Durante as visitas de rotina da SCIRAS em horários alternados nas enfermarias, ao observar a conduta não conforme de profissionais, os mesmos foram orientados a realizarem a lavagem das mãos entre os procedimentos assistenciais, além da verificação das condutas profissional através do FOR 104, o qual evidenciou mudança significativa no comportamento e adesão ao protocolo, com as medidas conjuntas de intensificação das visitas com orientações ostensivas da equipe de SCIRAS direcionadas às equipes assistenciais.

É necessário continuar educando os profissionais da unidade, enfatizando, monitorando e mostrando a importância de higienizar as mãos no ambiente hospitalar. Além disto, a unidade oferece uma estrutura adequada que facilita essa prática, disponibilizando em todas as enfermarias e postos as pias, sabão líquido, álcool gel e papel toalha, sendo em locais de fácil acesso, dando o suporte necessário a todos os profissionais, para que tal atitude possa se tornar rotina.

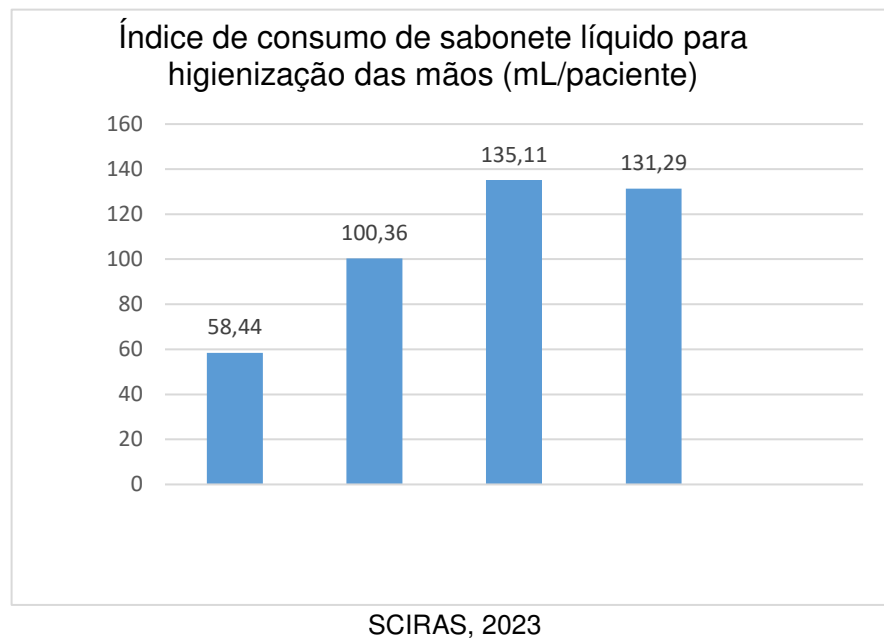
2.1.2. Índice de consumo de sabonete líquido.

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: $\frac{36.500}{278}$:131,29 mL

Gráfico 2: Índice de consumo de sabonete líquido para higienização das mãos (fevereiro/2023)



Análise Crítica

No referido mês observou-se uma discreta diminuição no consumo de sabonete líquido comparado ao mês de janeiro, justificando-se pela quantidade de pacientes atendidos na instituição ser inferior em comparação ao mês anterior (janeiro), concomitantes a fatores como quantidade de dias do mês de fevereiro ser de apenas 28 dias para o transcorrer das atividades.

Através dos dados, foi observado que os profissionais e pacientes, permanecem aderindo as orientações e treinamentos realizados pela CCIRAS, onde a mesma tem desenvolvido palestras e visitas, orientando a todos quanto a importância da higiene das mãos, para o controle de infecção hospitalar, evidenciando a eficácia da metodologia adotada.

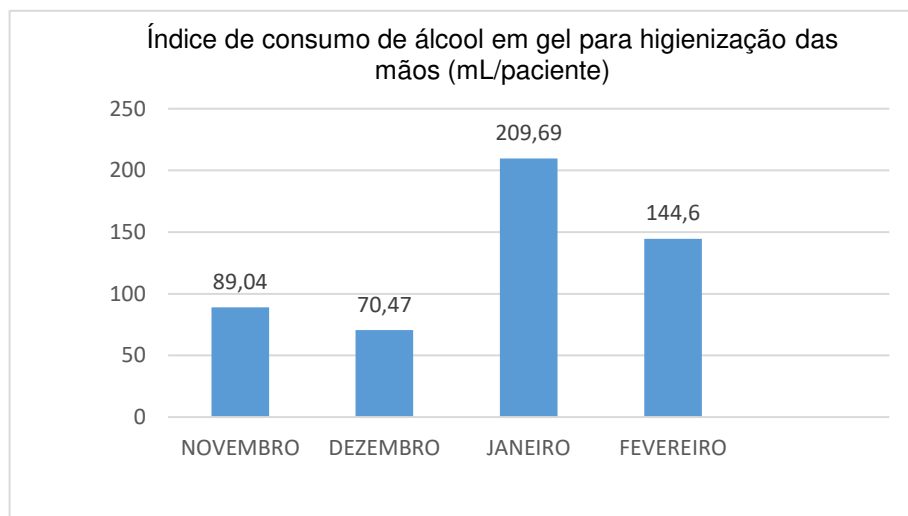
2.1.3. Índice de consumo de álcool em gel para higienização das mãos.

Objetivo: Mensurar mensalmente o consumo de álcool em gel utilizado na Unidade.

Fórmula: $\frac{\text{Total de álcool utilizado (mL)}}{\text{Total de pacientes atendidos no mês}}$

Resultado: $\frac{40,200}{278} : 144,60 \text{ mL.}$

Gráfico 3: Índice de consumo de álcool em gel para higienização das mãos (fevereiro/2023)



SCIRAS, 2023

Análise Crítica

No mês de fevereiro, foi observado redução expressiva no consumo de álcool em gel, essa redução pode estar relacionada a uma maior adesão dos profissionais a utilização de água e sabão para higienização das mãos, priorizando as orientações da ANVISA, que recomenda a utilização do álcool apenas em casos em que o sabão líquido não esteja disponível, o que indica maior conscientização profissional sobre a importância da realização correta do protocolo introduzido na instituição.

O quantitativo de pacientes internados também apresentou uma discreta redução no mês de fevereiro, com um total de 278 pacientes internados, se comparado ao mês anterior (janeiro) em que foram realizadas 299 internações gerando um decréscimo no quantitativo do número de pacientes atendidos na instituição durante o período.

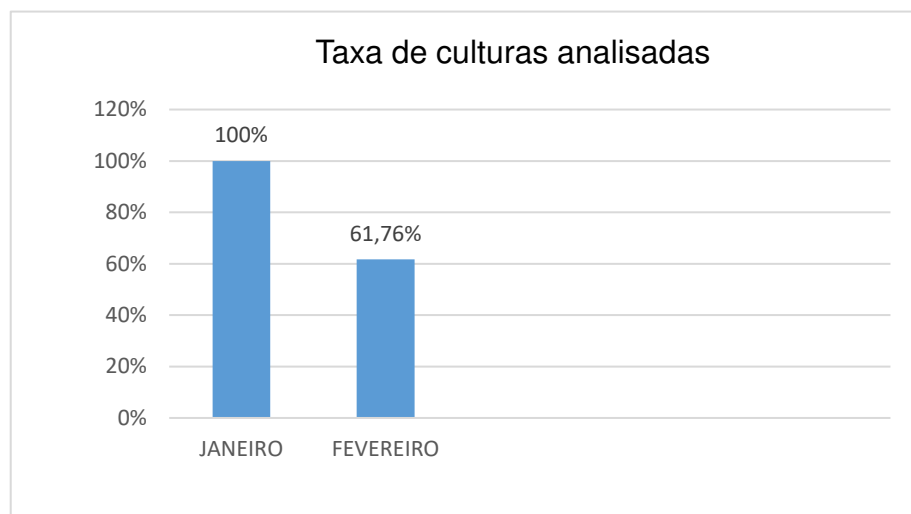
2.1.4. Taxa de Culturas Analisadas

Objetivo: Mensurar a densidade global de culturas realizadas no mês.

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de culturas analisadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de culturas realizadas}} \times 100$

Resultado: $\frac{21}{34} \times 100$: 61,76%

Gráfico 4: Taxa de culturas analisadas (fevereiro/2023)



Fonte: SCIRAS, 2023

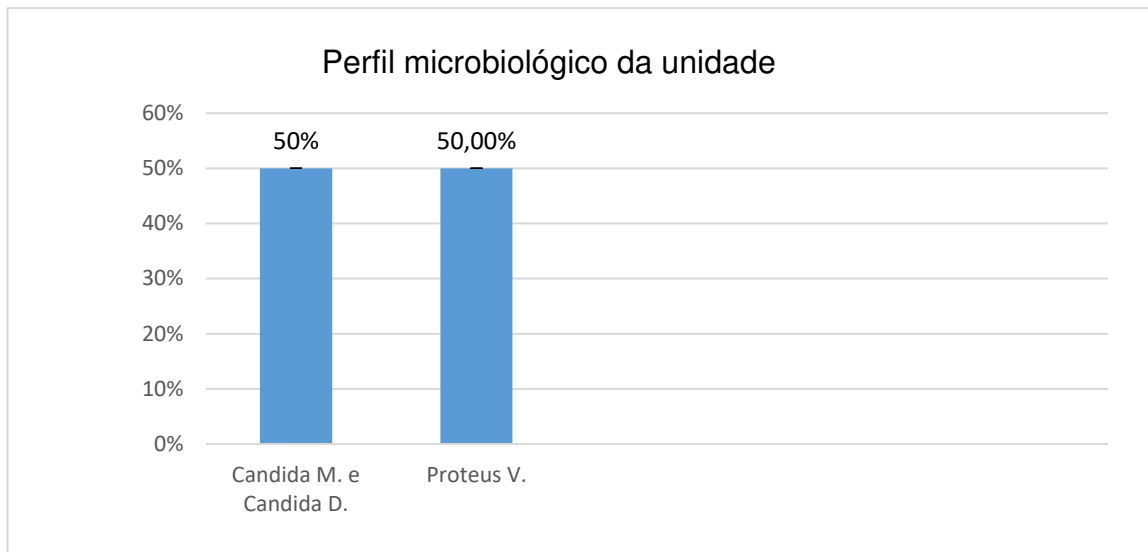
TIPO DE CULTURA	POSITIVA	NEGATIVA	EM ANDAMENTO
HEMOCULTURA	0	07	06
UROCULTURA	0	08	02
CULTURA AUTOMATIZA (F.0)	02	04	05
TOTAL GERAL	02	19	13

FONTE: LABEX, 2023

Análise Crítica

A diferença nos dados apresentados no período de fevereiro se deve ao tempo de processamento das amostras coletadas pelo laboratório, uma vez que as culturas demandam 07 (sete) dias para serem processadas, permanecendo pendentes 13 (treze) resultados de culturas realizadas no final do mês, devido a não conclusão do período demandado para seu devido processamento e análise laboratorial.

Gráfico 5: Perfil Microbiológico da Unidade (fevereiro/2023)



FONTE: LABEX,2023

Análise Crítica

Durante o mês de fevereiro foram realizadas um total de 34 (trinta e quatro) culturas, sendo 19 (dezenove) com resultado negativo e 02 (duas) com resultado positivo, destas positivas, 50% foram de *Candida metapsilosis/cândida duobushaemulonis* e 50% de *Proteus vulgarisi*, sendo as 02 (duas) amostras de cultura de ferida operatória (F.O), sendo necessária investigação, através do prontuário do pacientes, e análise clínica, para confirmação ou descarte de infecção hospitalar associada à assistência à saúde.

2.2. Novos Indicadores

Entre as infecções hospitalares, as urinárias figuram entre as de maior incidência, provavelmente pela frequência da necessidade de instrumentação do trato urinário tanto para diagnóstico quanto para drenagem de urina.

A instrumentação vesical é o motivo de maior preocupação das equipes de controle de infecções hospitalares, no que se refere as infecções urinárias, pois a falha na técnica correta poderá determinar o seu desenvolvimento. O uso de Sonda vesical de demora (SVD) é comum em várias situações clínicas.

Entretanto, apesar da formação multidisciplinar das CCIRAS, grande parte da responsabilidade tanto da prevenção quanto do controle das infecções é assumida pelos enfermeiros assistenciais, tornando-se um desafio para estes profissionais.

A CCIRAS, durante o mês de março, implantará na instituição, o POP de Sonda Vesical de Demora, juntamente com seu Bundle de inserção e manutenção, através dos mesmos, será possível treinar e nivelar a equipe na execução do procedimento, não somente na sua introdução, como também na manutenção diária.

O Bundle (pacote de medidas) para prevenção de infecção do trato urinário por sonda vesical é uma prática de supervisão diária baseado em um checklist de medidas, com envolvimento da equipe no controle e adesão as principais barreiras preventivas que evitam a infecção, sendo verificado diariamente os itens solicitados. Estando algum item em não conformidade sua correção é imediata.

Sendo uma das barreiras de prevenção que auxilia os profissionais no controle dos riscos de infecção durante a inserção e manipulação da sonda pois a ocorrência de infecção está diretamente relacionada ao aumento da média de permanência, custos hospitalares e mortalidade.

2.3. Plano de Ação para Melhor Adesão à Higiene das Mãos

Durante o mês de março, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, para melhorar o indicador de adesão a lavagem das mãos pelos profissionais de saúde, continuará a realizar treinamentos com a equipe assistencial sobre a importância e necessidade da lavagem das mãos, focando na qualidade da assistência prestada e no benefício desta prática para a saúde dos pacientes, diminuição do tempo de internação, diminuição de complicações e ocorrência de infecção hospitalar.

Permanecendo as visitas diárias para monitoramento dos profissionais pela equipe de CCIRAS através de formulários autoexplicativos para verificar a adesão das práticas do protocolo de lavagens das mãos pelos profissionais que prestam serviços de assistência a todos os pacientes da unidade.

2.4. Atividades Realizadas

Durante o mês de fevereiro foram realizadas visitas diárias nas enfermarias de clínicas médica e cirúrgica, em conjunto com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para a verificação do cumprimento dos protocolos já implementados na unidade, verifica-se nas visitas as identificações de equipos, medicações, sondas e acessos; a disponibilidade de sabão líquido e álcool em gel nas enfermarias e adesão dos profissionais a lavagem das mãos.

Realizou-se na terceira sexta feira do mês a reunião da CCIRAS, onde foi reforçada a importância da fiscalização da NR-32 por todos os membros da Comissão, apresentação e aprovação do protocolo de saída de isolamento, protocolo de admissão do paciente, e a apresentação dos treinamentos a serem realizados no mês de março.

Foi realizado treinamento dia 07 de fevereiro, com simulação sobre a maneira correta de manuseio e descarte de materiais e resíduos, abrangendo outros temas também, como: lavagem das mãos (os cinco momentos), identificação e segurança do paciente, NR32 (o não uso de adornos) e o uso correto de EPI'S.



Fonte: Arquivo CCIRAS,2023



Fonte: Arquivo CCIRAS,2023

Durante o treinamento, uma profissional simulou condutas inadequadas dentro do ambiente hospitalar e os profissionais participantes deveriam observar e identificar os erros cometidos. O treinamento contou com a participação de toda equipe multiprofissional, sendo bem aceito por todos, no final, após as equipes identificarem os erros, foi explanado sobre todas as temáticas abordadas, focando na segurança dos pacientes e dos profissionais da Unidade Assistencial-Anexo do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz.

Diante dos fatos mencionados a CCIRAS da Unidade Assistencial-Anexo/HE busca garantir a qualidade da assistência de saúde através do controle de infecção hospitalar, pois entende que esta é uma meta que precisa ser alcançada para a melhoria da saúde dos pacientes, para tanto é necessário que essa prática seja abraçada por todos que fazem parte do quadro de profissionais da unidade, orientando-os, com o objetivo de manter o padrão de qualidade da saúde na unidade.

Esta Comissão não medirá esforços para que suas metas quanto aos indicadores de controle de infecção hospitalar sejam implementadas e monitoradas de forma rotineira, e os índices de infecção hospitalar estejam nos níveis tolerados pelos órgãos fiscalizadores.

3. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (COARP)

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários da Unidade Assistencial-Anexo/HE tem natureza técnico-científica e educacional permanente, tendo como princípio assessorar as Gerências Técnica e Administrativa no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento dos registros produzidos na assistência integral ao paciente, proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde, promovendo o adequado desempenho técnico e ético das profissões e a avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Atende a resolução CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2002, na qual é definido prontuário médico como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada aos pacientes.

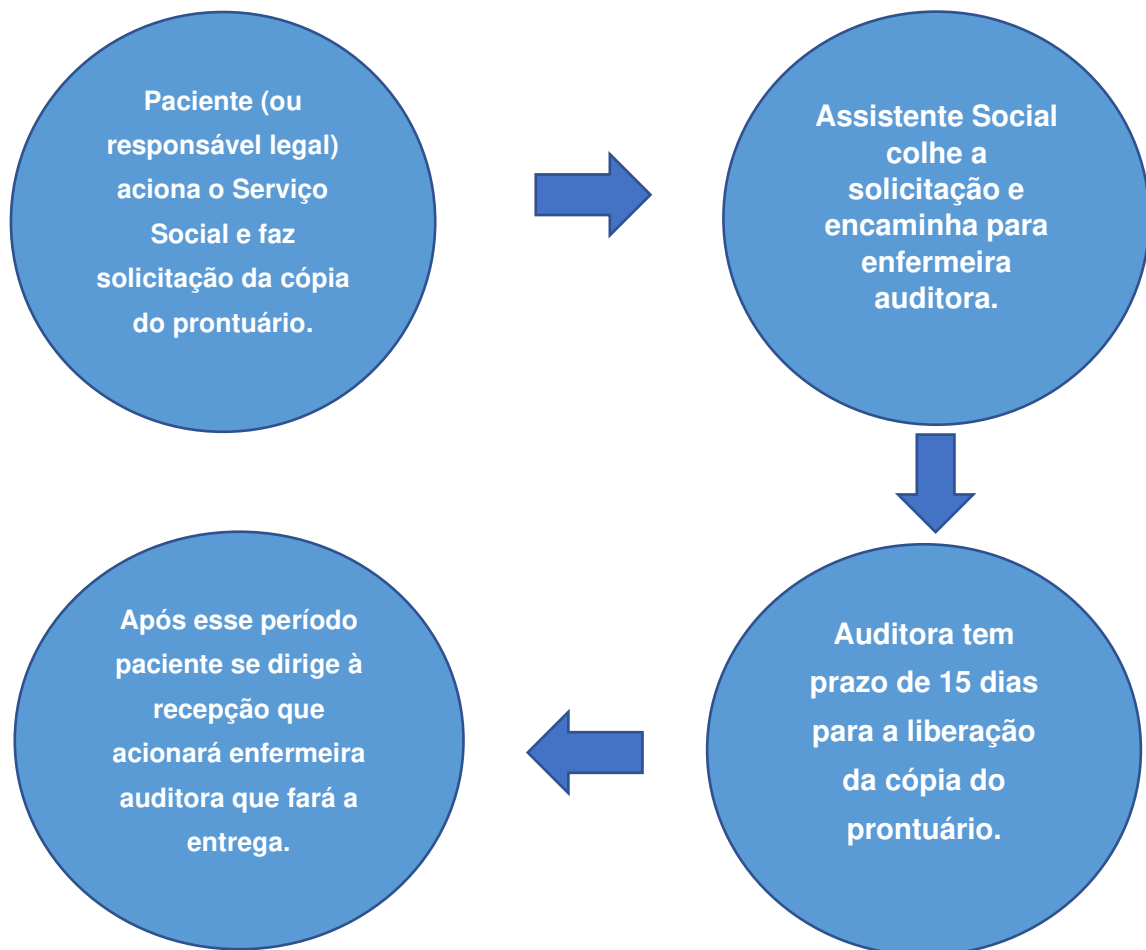
A Comissão tem papel importante de revisar os prontuários, observar conformidades e não conformidades, quando necessário, propor e realizar planos de ação visando melhorias.

Inicialmente, foi estabelecido uma meta de 7% mensal de avaliação dos prontuários da Instituição, sendo que a revisão é realizada através de um checklist constando os seguintes itens como: ficha de identificação do atendimento; prescrição médica; evolução médica; sumário de alta; checagem de medicação do técnico de enfermagem; relatório do técnico de enfermagem; balanço hídrico; evolução do enfermeiro: prescrição da enfermagem; relatórios da equipe multiprofissional; exames complementares e identificação dos profissionais.

Cada um dos itens desse checklist é avaliado como conforme, não conforme ou não se aplica. Seguimos com o levantamento quantitativo dos prontuários, conforme orientação do Diretor Técnico Dr. Gustavo Bispo, sendo previsto que, a partir desse levantamento, no mês de abril/2023 iniciemos ação educativa para que cheguemos a 90% de conformidade nos prontuários da instituição.

Nesse mês foi estabelecido juntamente com a Diretoria Técnica e Diretoria Administrativa o fluxo a ser seguido pelo paciente ou seu responsável legal para solicitar cópia do seu prontuário, sendo o fluxo exposto a seguir.

Fluxo 1: Fluxo de Solicitação de Prontuário



3.1. Indicadores

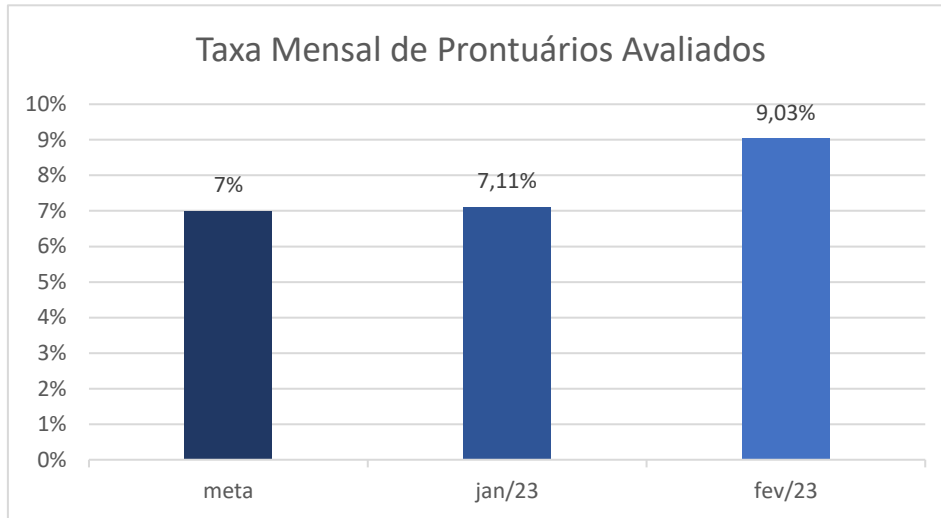
3.1.1. Taxa de Prontuários Analisados

Objetivo: Evidenciar a taxa de prontuários avaliados pela Comissão.

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Prontuários avaliados}}{\text{N}^\circ \text{ total mensal de prontuários}} \times 100$

Resultado: $\frac{18}{192} \times 100 = 9,3\%$.

Gráfico 6: Taxa de prontuários avaliados (fevereiro/2023)



Fonte: COARP, 2023

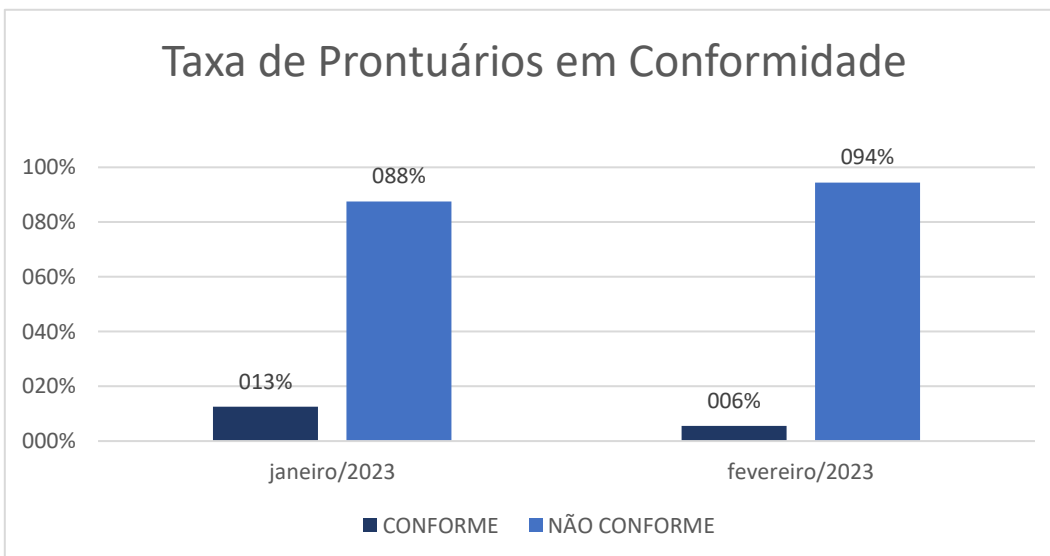
3.1.2. Taxa de Prontuários em Conformidade

Objetivo: Avaliar a conformidade no preenchimento dos prontuários.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de Prontuários em conformidade}}{\text{Nº de prontuários avaliados}} \times 100$

Resultado: $\frac{1}{18} \times 100 = 5,55\%$

Gráfico 7: Taxa de prontuários em conformidade (fevereiro/2023)



FONTE: COARP, 2023

Análise Crítica:

No mês de fevereiro de 2023, num total de 192 (cento e noventa e duas) admissões a COARP avaliou 18 (dezoito) prontuários superando assim a meta de pré-estabelecida de 7%. Dos 18 (dezoito) prontuários avaliados no mês de janeiro, apenas 1 (um) estava em conformidade, logo 17 (dezessete) deles apresentavam uma ou mais não conformidades. Sendo assim a taxa de prontuários conformes avaliados em fevereiro, foi de apenas 5,55%, persistindo assim baixa.

3.3. Plano de Ação

O que será realizado?	Como será realizado?	Porque?	Onde?	Responsável	Quando?
Reunião com RT do Serviço Social para orientação do fluxo de solicitação de cópia do prontuário	Reunião presencial	Necessidade de fixar o fluxo para melhor atendimento ao paciente	HE bloco anexo	Valdineia e Messias	23/02/23
Elaboração de documento padronizado para solicitação de cópia de prontuário	Será elaborado pela enfermeira auditora Valdineia	Necessidade de padronizar e documentar a solicitação da cópia de prontuário	HE bloco anexo	Valdineia	23/02/23

FONTE: COARP, 2023

O mês de fevereiro foi marcado por melhorias no que diz respeito a padronização e montagem do fluxo para solicitação de cópia de prontuários na instituição, inclusive tudo que foi elaborado e determinado até aqui já está implantado e funcionando.

Quanto aos indicadores, percebemos uma maior porcentagem de prontuários avaliados no período em questão, porém persiste baixo o indicador de conformidade dos prontuários avaliados. A Comissão segue realizando a análise quantitativa para, em seguida, elaborar e desenvolver os planos de melhorias.

4. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (COMVO)

A Comissão de Verificação de Óbitos da Unidade Assistencial-Anexo/HE foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS nº 2400 de 02 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Verificação de Óbitos nas instituições de saúde. Considera-se, ainda, a Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de julho de 2006, que instituiu a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis e a Resolução CFM nº 2171/2017 que regulamenta e normatiza as Comissões de Verificação de Óbitos.

O objetivo da Comissão é analisar os óbitos ocorridos na Unidade de maneira objetiva e segura, de modo que sejam identificadas todas as fases no processo de atendimento ao paciente e sua relação com o óbito em questão. Deste modo, pretende-se propor intervenções que melhorem o processo institucional.

Nesse mês foi avaliado óbito pendente de verificação, advindo de períodos anteriores a este mês de fevereiro. Em relação a um óbito específico o Diretor Técnico Dr. Gustavo orientou e esclareceu dúvidas relevantes, levando a Comissão a entender melhor o funcionamento da Unidade, buscar frente aos RTs melhorias e capacitações para suas respectivas equipes, para que, assim, o paciente possa desfrutar de uma assistência cada vez melhor. Como planejado, foi iniciado nesse mês de fevereiro o cálculo das taxas de declarações de óbitos em conformidade e da proporção de óbitos pela causa, que serão apresentados a seguir.

4.1. Indicadores

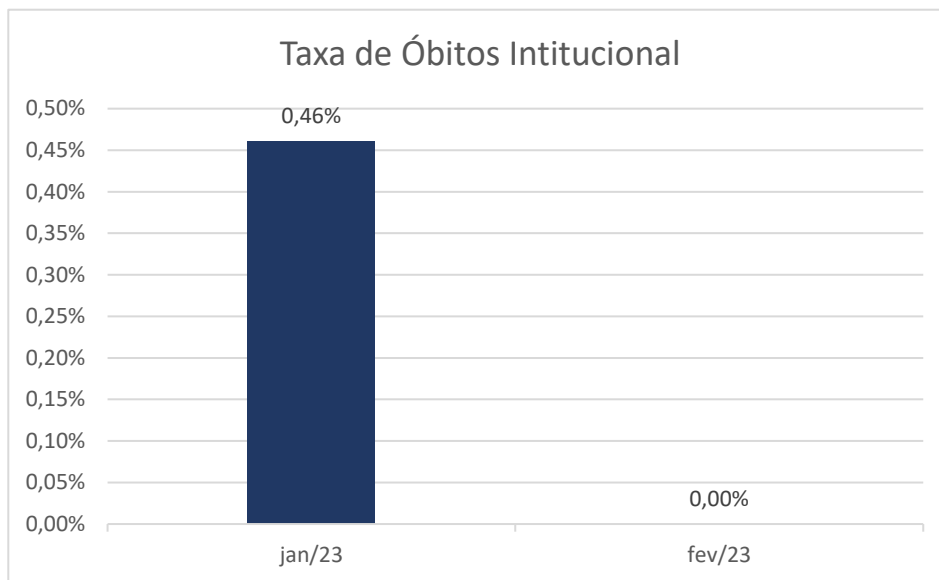
4.1.1. Taxa de Óbitos Institucional

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

Fórmula: $\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos} > 24\text{hr}}{N^{\circ} \text{ de saídas}} \times 100$

Resultado: $\frac{0}{193} \times 100 = 0\%$

Gráfico 8: Taxa de óbito institucional (fevereiro/2023)



FORNTE: COMVO, 2023

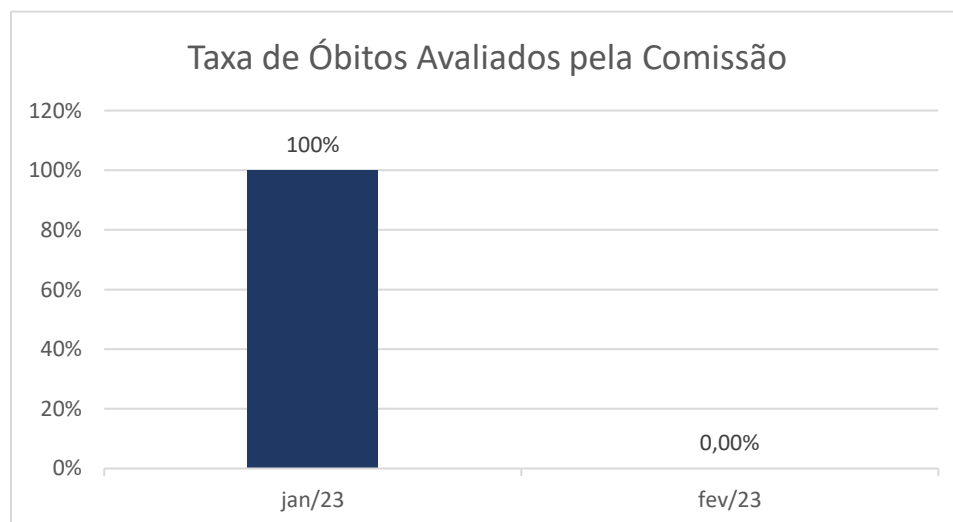
4.1.2. Taxa de Óbitos Avaliados pela Comissão

Objetivo: Avaliar o número de óbitos revisados pela comissão no período de 1 mês.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de óbitos analisados}}{\text{Nº de obitos total}} \times 100$

Resultado: não houveram óbitos.

Gráfico 9: Taxa de Óbitos Avaliados pela Comissão (fevereiro/2023).



Fonte: COMVO, 2023

4.1.3. Taxa de Declarações de Óbitos em Conformidade

Objetivo: Avaliar a conformidade no preenchimento das Declarações de Óbitos (D.O).

Fórmula: $\frac{N^{\circ} \text{ de DO's em conformidade}}{N^{\circ} \text{ de DO's revisadas}} \times 100$

Resultado: $\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$

Gráfico 10: Taxa de declaração de óbito em conformidade (fevereiro/2023)



Fonte: COMVO, 2023

4.1.4. Proporção de óbitos pela causa

Objetivo: Demonstrar a proporção que uma determinada causa de morte tem em relação às demais causas de morte ocorridas no período e região analisados.

Fórmula: $\frac{N^{\circ} \text{ de Óbitos decorrentes da causa}}{\text{Total de óbitos}} \times 100$

Resultados:

$\frac{3 \text{ óbitos decorrentes de neoplasia}}{7} \times 100 = 42,8\%$

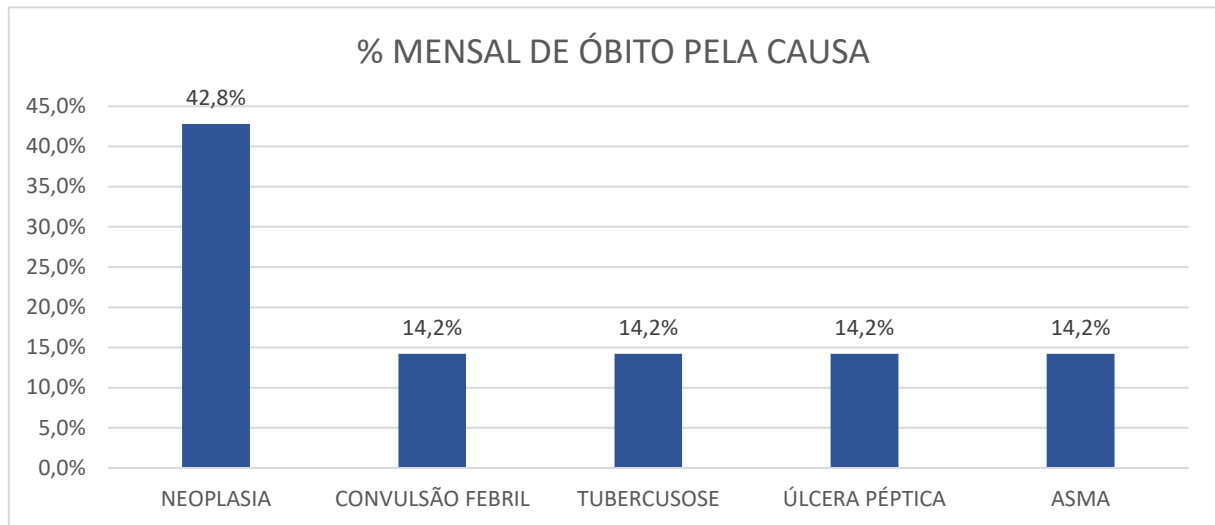
$\frac{1 \text{ óbito decorrente de convulsão febril}}{7} \times 100 = 14,2\%$

$\frac{1 \text{ óbito decorrente tuberculose}}{7} \times 100 = 14,2\%$

$\frac{1 \text{ óbito decorrente de úlcera péptica}}{7} \times 100 = 14,2\%$

$\frac{1 \text{ óbito decorrente de asma}}{7} \times 100 = 14,2\%$

Gráfico 11: Proporção de óbitos pela causa



Fonte: COMVO, 2023

Em decorrência do fato de que no mês de fevereiro não ocorreram óbitos na instituição a taxa de óbito institucional foi de 0%, também referente a esse mês a comissão não avaliou óbito, logo não se tem cálculo de taxa de óbitos avaliados pela Comissão.

Porém, no referido mês foi avaliado um óbito retroativo referente ao mês de novembro de 2022, entrando assim no cálculo do indicador de Taxa de Declarações de Óbitos em Conformidade que foi de 100%, visto que a única D.O. avaliada se encontrava conforme.

Com relação a “Proporção de Óbitos pela Causa”, dos sete óbitos ocorridos até o momento a principal causa base da morte foi neoplasia, correspondendo a 42,8%, representando assim a causa da morte de três dos sete óbitos avaliados. As outras causas de óbito como, convulsão febril, tuberculose, asma e úlcera péptica correspondem a aproximadamente 14% cada uma, ou seja, dos quatro óbitos restantes um foi devido a convulsão febril, um foi devido a tuberculose, um devido a asma e por fim um devido a úlcera péptica.

4.2. Plano de Ação

O que será realizado?	Como será realizado?	Porque?	Onde?	Responsável	Quando?
Reunião com RT das equipes de enfermagem, equipe médica, multiprofissional, representante da Alvarenga.	Reunião presencial.	Orientar: Importância das evoluções e conteúdo delas. Treinamento e capacitações das equipes. (SBV) Comportamento da equipe médica quando acionados.	Unidade Assistencial -Anexo/HE	Fernanda Palhares	14/02/2023
Solicitação da evolução médica retroativa do óbito em questão junto ao RT médico.	Contato com RT médico.	Os prontuários devem ter evolução médica diária, o contrário não é aceitável.	Unidade Assistencial -Anexo/HE	Fernanda Palhares	14/02/2023
Solicitar ao responsável da TI a retirada de dois óbitos que não ocorreram na instituição.	Contato com responsável da TI	Óbitos que não ocorreram na Unidade Assistencial-Anexo/HE não devem constar no Sistema desta Unidade.	Unidade Assistencial -Anexo/HE	Fernanda Palhares	14/02/2023

Fonte: COMVO, 2023

Em virtude dos fatos mencionados, no mês de fevereiro de 2023 não houve óbito, logo a taxa de óbitos institucional foi 0% e a Taxa de Óbitos Avaliados pela Comissão não teve como ser calculada, porém novos indicadores, como previsto no mês anterior, começaram a ser calculados (Proporção de óbitos pela causa e Taxa de D.O em conformidade) melhorando assim nossa análise.

Foram realizados planos de ação, buscando junto aos RTs da instituição orientações e capacitações para suas equipes, de forma que possam prestar uma assistência cada vez melhor para os pacientes. Além disso, foi feita a evolução médica retroativa como solicitado ao responsável em questão, também foi feito contato com o setor responsável para a retirada de dois óbitos que constam no sistema eletrônico, porém não ocorreram nesta Unidade Assistencial-Anexo/HE, aguardamos confirmação da exclusão dos casos.

5. COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO (COHUM)

A Comissão de Humanização da Unidade Assistencial-Anexo/HE foi estruturada no mês de dezembro de 2022, com a participação de diversos setores da Unidade. O principal intuito é empreender uma política institucional de resgate dos valores da universalidade, integralidade 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 Unidade Assistencial-Anexo/HE, atua com os pacientes e familiares, trabalhadores e gestores. Tem por objetivo assessorar a direção da unidade, 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 a dimensão humana presente em todo ato de assistência à saúde, proporcionando um ambiente acolhedor.

O principal intuito desta Comissão é empreender uma política institucional de resgate dos valores da universalidade, integralidade 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.

5.1. Atividades Realizadas

- ✓ **Parabéns, Macapá! - Arteterapia com paisagens locais**

Fonte: COHUM, 2023



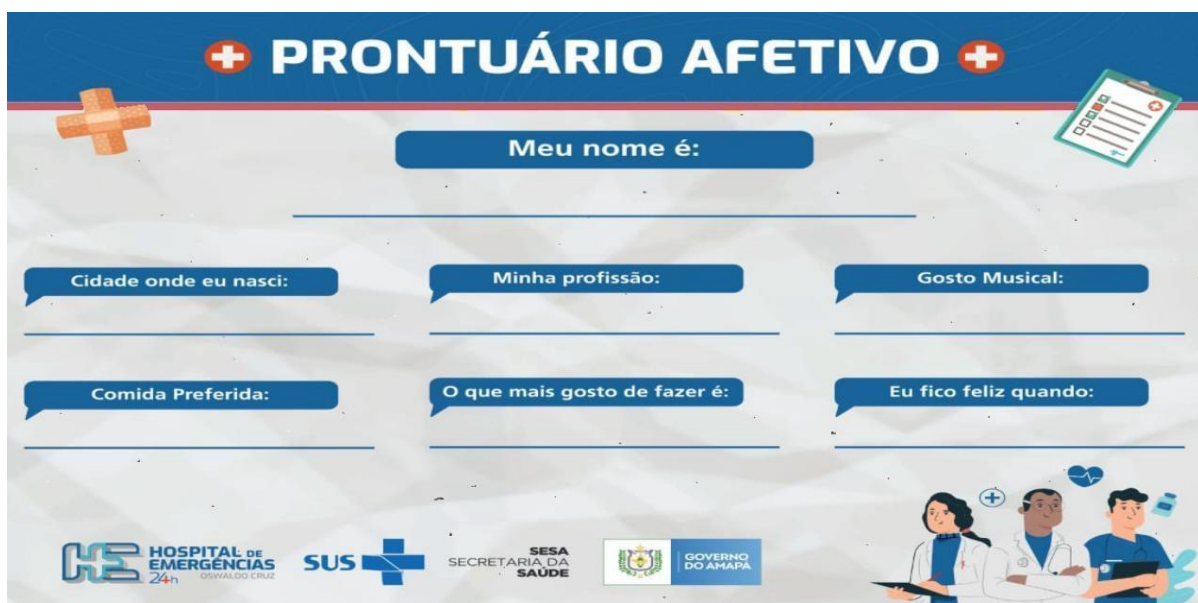
Fonte: COHUM, 2023



Desenho dos lugares turísticos como a Fortaleza de São José, Obelisco do Marco Zero, a bandeira da Cidade a expressão artística mais popular do Estado (Marabaixo) foram impressas e, posteriormente, coloridas pelos pacientes e acompanhantes no dia 04/02 (sábado), aniversário de Macapá, ocasião onde o Município completou 265 anos de existência.

✓ **Prontuário Afetivo - Cuidando com carinho do paciente**

O prontuário afetivo é uma importante ferramenta de humanização que auxilia na comunicação do paciente para com a equipe e vice-versa, pois possibilita um diálogo mais amigável, disponibilizando informações que melhoram significativamente as abordagens beira à leito. Pelo prontuário afetivo, é possível identificar por qual nome o paciente gosta de ser chamado, sua cidade Natal, profissão, gosto musical, comida favorita, o que mais gosta de fazer, o que lhe deixa feliz, entre outras informações que podem ser acrescentadas, desde que com a permissão do paciente.



+ PRONTUÁRIO AFETIVO +

Meu nome é: _____

Cidade onde eu nasci: _____

Minha profissão: _____

Gosto Musical: _____

Comida Preferida: _____

O que mais gosto de fazer é: _____

Eu fico feliz quando: _____

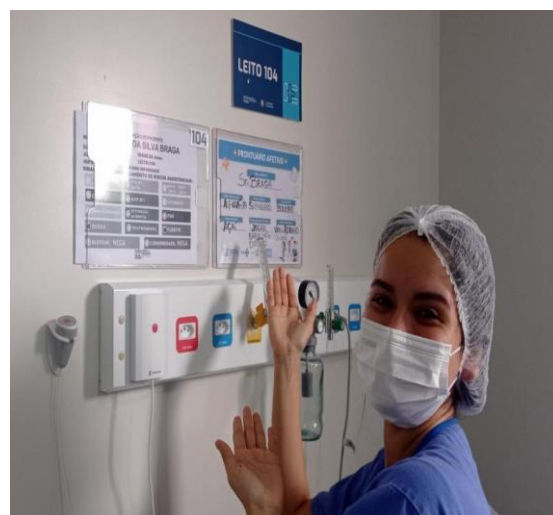
HOSPITAL DE EMERGÊNCIAS 24h OSWALDO CRUZ | SUS | SESA SECRETARIA DA SAUDE | GOVERNO DO AMAPÁ

Fonte: COHUM, 2023



FONTE: COHUM,2023

A ação foi elogiada pelos pacientes e acompanhantes como “inovadora”, pois muitos nunca tinham conhecimento desta atividade. A cada paciente admitido, a Coordenação de Experiência com o paciente é acionada para que seu prontuário afetivo seja preenchido. Poucas enfermarias encontram-se sem os acrílicos de suporte para do prontuário afetivo, porém, já existe pedido de compra deste material, para que todos possam ser atendidos nessa ação.



FONTE: COHUM, 2023

O Prontuário Afetivo visa a favorecer uma relação de respeito, união e afeição, além de criar um vínculo de confiança também com a família, tornando o atendimento menos impessoal, mais personalizado e valorizando a subjetividade e a individualidade do paciente. Trata-se de uma ação de humanização permanente nesta Unidade.

✓ **Acompanhante, você também é importante**

As ações de humanização também se estendem aos acompanhantes, que muitas vezes não entendem a importância do suporte que proporcionam ao paciente. Visando esclarecer o papel do acompanhante e de que forma eles podem auxiliar em uma melhor comunicação com o paciente e profissionais da saúde, a ação foi realizada no interior das enfermarias com instruções e dinâmicas, finalizando com uma roda de conversa para esclarecer dúvidas e solicitar esclarecimentos. Percebe-se a necessidade desta ação ser realizada com mais frequência, pois obteve uma boa receptividade e aceitação, bem como colaborou para um melhor fluxo interno.



FONTE: COHUM, 2023

No decorrer da ação, foram instaladas nas portas das enfermarias um acesso direto a Ouvidoria e Coordenação de Experiência do Paciente através de whatsapp, email e Qr code, canais nos quais são relatados as principais queixas, reclamações e/ou sugestões dos pacientes e acompanhantes. Todo processo de acesso foi explicado e o mesmo vêm sendo utilizado.

✓ **Exposição cultural - Marabaixo, dança, história e arte**

O Marabaixo é uma expressão artística e cultural repleta de significados e histórias. O Amapá é reconhecido por agregar vários grupos folclóricos que se apresentam em festividades e eventos culturais, tradição repassada por gerações e permanece presente em importantes ocasiões. A origem da dança é um ato de resistência a escravidão dos negros e a exploração dos indígenas, bem representados por passos limitados como se estivessem presos a correntes que os impediam de fugir, mas não de sonhar por dias nos quais a liberdade seria celebrada.

Atendendo a convites, o Grupo Folclórico São Sebastião do Igarapé do Lago se apresentou mais uma vez na Unidade, oportunidade na qual os pacientes, acompanhantes e visitantes puderam prestigiar o evento. Uma equipe de reportagem local também se fez presente para registrar o momento.



Fonte: COHUM, 2023

5.2. Cronograma de Atividades a serem desenvolvidas

AÇÃO	DATA DE EXECUÇÃO
Fisioterapia ao ar livre - realização de atividades com os pacientes na parte externa da unidade (Execução e supervisão da equipe de fisioterapia e Coordenação de Experiência do Paciente).	06/03 e 07/03/2023.
Dia Mundial da Infância (21/03 - terça-feira) - Dinâmicas e atividades lúdicas com os pacientes e acompanhantes.	21/02 e 22/03/2023.
Dia da Saúde e da Nutrição (31/03 - sexta-feira) - Palestra sobre a importância da alimentação saudável e distribuição de biscoitos com saudáveis para pacientes e acompanhantes (Execução e supervisão da equipe de Nutrição e da Coordenação de Experiência do Paciente).	24/03/2023.

Fonte: COHUM, 2023

5.3. Novos Indicadores

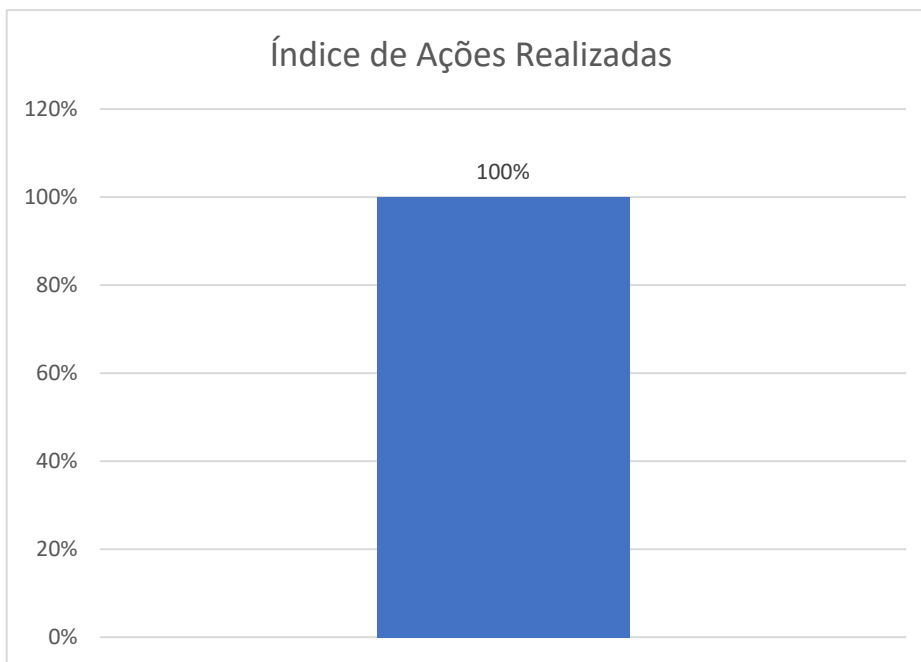
5.3.1. Taxa de Ações de Humanização Realizadas x Previstas

Objetivo: Avaliar o quantitativo de ações realizadas x previstas.

Fórmula: $\frac{4}{4} \times 100$

Resultado: 100%.

Gráfico 12: Índice de ações realizadas (fevereiro/2023)



Fonte: COHUM, 2023

Análise Crítica

As ações foram realizadas com uma significativa aderência dos públicos-alvo, nas quais a própria equipe assistencial, multiprofissional, administrativa cooperaram com a participação e o suporte necessário para a realização.

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

6. COMISSÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (CNQSP)

O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente é regulamentado pela RDC nº 36/2013, em consolidação com a Portaria nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e tem como objetivo fortalecer as práticas seguras nas Instituições de Saúde. Assim, também foram instituídos na Unidade Assistencial do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz os 5 (cinco) Protocolos de Segurança do Paciente, publicados nas Portarias nº 1.377/2013 e nº 2095/2013, descritas a seguir:

1. Identificação do Paciente;
2. Prevenção de Lesão Por Pressão (LPP);
3. Reduzir O Risco De Infecção Através Da Higienização Das Mãos;
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 virtual, a qual pode ser acessada em todos os computadores da Unidade.

As reuniões da Comissão acontecem mensalmente, nas quais é definido as ações de prevenção, controle e mitigação de incidentes, além da integração dos Setores da Unidade. A Comissão promove, também, a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente.

6.1. Atividades Realizadas

Tabela 4: Cronograma de Atividades da CNQSP (fevereiro/2023)

AÇÃO	DATA DE EXECUÇÃO
Visita diária nas enfermarias	Segunda a sexta
Treinamento realístico sobre segurança do paciente	07/02/23 (terça-feira)
Reunião mensal da Comissão	15/02/2023 (Quarta-feira)
Reunião a respeito do formulário de notificação de incidentes.	17/02/2023 (Sexta-feira)

FONTE: CNQSP, 2023

No decorrer do mês de fevereiro, a Comissão dedicou-se na criação dos protocolos clínicos para acompanhamento dos indicadores necessários como:

- ✓ Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão através do PRO.005
- ✓ Protocolo de Prevenção de Quedas através do PRO.005.

Além destes Protocolos criados, a Comissão iniciou a criação do Plano de Segurança do Paciente, um documento elaborado em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) por meio da RDC nº 36 de 25 de julho de 2013 e que, posteriormente, após aprovação, será implementado na Unidade.

Treinamento Realístico com a Equipe Multiprofissional:



FONTE: CNQSP, 2023

7. COMISSÃO DE EPIDEMIOLOGIA (COEPI)

Epidemiologia pode ser definida como a ciência que estuda o processo saúde doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes e condicionantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde individual e coletiva, propondo medidas específicas de prevenção e controle ou erradicação de doenças; para tanto fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

O objetivo principal é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações para controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, em uma determinada área geográfica ou população definida.

Há uma lista com os agravos que devem ser notificados. O objetivo é garantir que casos de maior relevância e risco à saúde pública sejam sempre acompanhados. Essa lista é conhecida como Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos adversos da saúde pública; sendo constantemente atualizada levando em consideração o surgimento de novas doenças e a situação sanitária atual.

7.1. Coleta de Dados e Informações

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de informação para a ação. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados para se constituírem em um poderoso instrumento – a informação –, capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações.

A coleta de dados ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde. A força e o valor da informação (dado analisado) dependem da precisão com que o dado é gerado. Portanto, os responsáveis pela coleta devem ser preparados para aferir a qualidade do dado obtido. Essas informações são obtidas através do preenchimento das fichas de notificação compulsórias, elas podem ser feitas por qualquer profissional de saúde capacitado, as informações podem ser obtidas com o próprio paciente, acompanhante e ou através do prontuário.

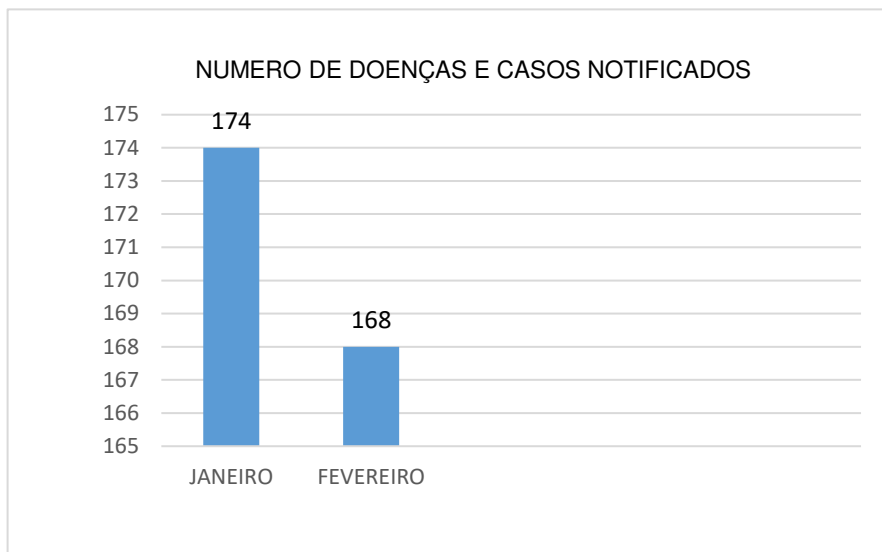
É importante ressaltar que:

- I. Grande parte das notificações devem ser realizadas frente à suspeita. Não devendo-se aguardar a confirmação do caso, uma vez que podemos perder a oportunidade de uma ação eficaz.
- II. Toda notificação deve ser sigilosa e a quebra desse sigilo é permitida apenas em casos de risco para comunidade.
- III. Mesmo quando não é identificada a ocorrência de uma doença ou agravo no serviço de saúde, é necessário notificar. Ou seja, devemos realizar o que se chama de NOTIFICAÇÃO NEGATIVA, caracterizando um indicador de qualidade do sistema de informações.

Após a etapa de coleta de dados, os mesmos precisam ser registrados em banco de dados, que têm por atribuição máxima a consolidação de informações em saúde, possibilitando a análise de situações de risco.

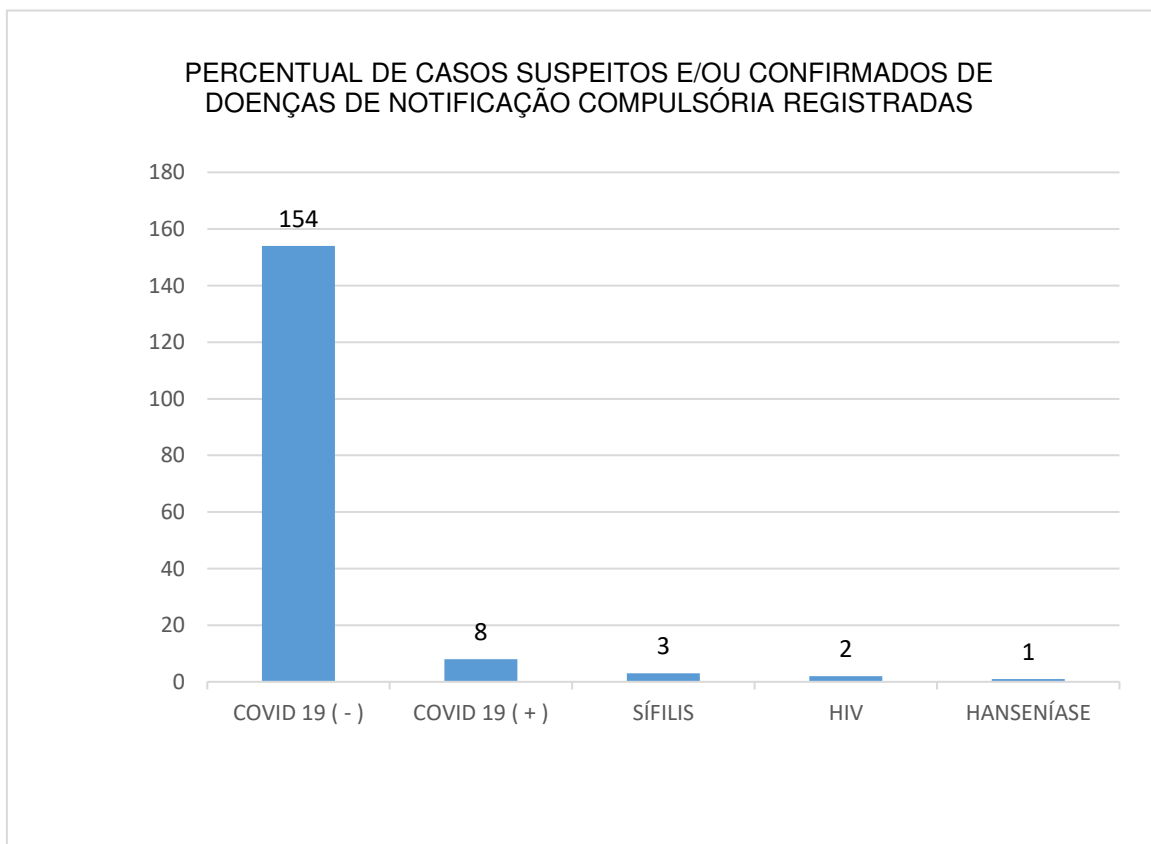
Os dados a seguir são referentes ao meses de dezembro de 2022, janeiro e fevereiro de 2023, da Unidade Assistencial-Anexo/HE.

Gráfico 13: Número de doenças e casos notificados (fevereiro/2023)



Fonte, COEPI, 2023

Gráfico 14: Percentual de casos suspeitos e/ou confirmados de doenças de notificação compulsória registradas (fevereiro/2023)



Fonte, COEPI, 2023

Análise Crítica

Os dados coletados no mês de fevereiro de 2023, evidencia a situação da unidade, o gráfico 1 apresenta a quantidades de notificações realizadas nos 3 últimos meses. O gráfico 2 apresenta o quantitativo total de doenças de notificações compulsórias registradas no decorrer do mês de fevereiro, do total de 168 notificações preenchidas, houve 154 casos de covid-19 com resultado negativo, 08 casos de covid 19 com resultado positivo, 03 casos de sífilis, 02 casos de HIV e 01 caso suspeito de hanseníase na referida instituição.

O objetivo da Comissão de Epidemiologia no âmbito hospitalar é detectar, investigar e notificar oportunamente doenças de notificação compulsória atendidas na Unidade Assistencial-Anexo/HE e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar.

Com base nos fatos mencionados, as informações contidas neste relatório expressam a realidade do atendimento da Unidade Assistencial-Anexo/HE, sendo enviadas diariamente via e-mail institucional, para análise pela SEMSA (Secretaria de Municipal de Saúde), no setor de DVE (Divisão de Vigilância Epidemiológica), onde são realizados as devidas interpretações e disseminação de informações com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de problemas de saúde, no sentido de planejar ações que venham a melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestada aos usuários do SUS.

Sendo necessária uma rotina de sensibilização dos profissionais de saúde dos mais diversos setores do hospital quanto à importância do registro das doenças e agravos de notificação compulsória a fim de que o trabalho da equipe de Vigilância Epidemiológica possa ser otimizado.

8. COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL (COMTN)

A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral está amparada pela Portaria nº 272, de 08/04/1998 do Ministério da Saúde/Agência nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Resolução da Diretoria colegiada – RDC – da Anvisa nº 63, de 06/07/2000.

Os objetivos da Comissão permeiam por:

- ✓ Acompanhar os pacientes internados em terapia nutricional - TN enteral e/ou parenteral;
- ✓ Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional enteral - TNE, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- ✓ Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE;
- ✓ Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE;
- ✓ Padronizar dietas e materiais para TN;
- ✓ Cumprir a legislação vigente (RCD N°63, DE 6 DE JULHO DE 2000).

A comissão de nutrição Enteral e parenteral tem o intuito de promover e participar de discussões sobre as necessidades e a importância do suporte nutricional no ambiente hospitalar, antes da instalação de um quadro de desnutrição. De acordo com a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) e Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE), a indicação para o início da dieta enteral deve ocorrer quando não há ingestão de alimentos por mais de uma semana ou menos de 60% das necessidades nutricionais por mais de 1-2 semanas, desde que o paciente esteja dentro de um quadro de estabilidade hemodinâmica.

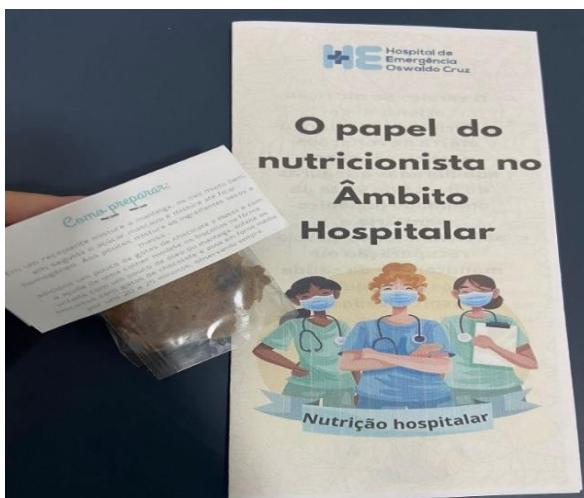
8.1. Atividades Realizadas

✓ Roda de conversa com o tema: O papel do nutricionista no âmbito hospitalar

Com o intuito de promover educação continuada aos profissionais atuantes nas unidades, foi realizada uma roda de conversa enfatizando o papel do nutricionista no âmbito hospitalar, já que pacientes internados exigem uma atenção especial em relação ao seu estado nutricional. Foi realizada, ainda, a distribuição de panfletos e biscoitos funcionais com suas respectivas receitas, a fim de promover hábitos saudáveis no dia a dia dos envolvidos. Seguem imagens dos momentos.



Fonte: COMNT, 2023.



Fonte: COMNT, 2023

✓ **Refeição humanizada em alusão ao período carnavalesco**

As refeições foram servidas com mensagens relacionadas ao carnaval e a nutrição hospitalar, com a equipe, marmitas e copeiros devidamente caracterizados. Buscando ter um momento de descontração com os pacientes internados na unidade no período carnavalesco.



Fonte: COMNT, 2023

Demais atividades desenvolvidas pelo serviço de nutrição no âmbito hospitalar

- ✓ Triagem e avaliação nutricional dos pacientes;
- ✓ Elaboração de plano terapêutico nutricional individualizado conforme protocolos de atendimentos clínicos;
- ✓ Visita beira leito para implementação do plano terapêutico dos pacientes e prescrição dietética no prontuário, investigando a aceitação e tolerância alimentar a fim de ajustar diariamente a aceitação;
- ✓ Análise de prontuário avaliando os exames bioquímicos, histórico do caso clínico para realização da prescrição dietética de maneira individualizada;
- ✓ Supervisionar a entrega das dietas orais aos pacientes;
- ✓ Evolução diária no prontuário registrando todas as condutas nutricionais realizadas e plano terapêutico até transição de cuidado na alta hospitalar;
- ✓ Discussão de casos e de estratégias nutricionais com a equipe de nutricionistas na atenção ao paciente;
- ✓ Orientação aos pacientes sobre a importância da terapia nutricional e da importância da manutenção durante e após o tratamento.

Tabela 5: Quantitativo com indicadores produzidos e coletados pelo Serviço de Nutrição realizados (fevereiro/2023)

DESCRIÇÃO	QTD.
Triagem Nutricional	162
Avaliação Nutricional	199
Prescrição Dietética	246
Alimentação oral	592
Suplementação Oral	08
Alimentação Enteral	06
Orientação Nutricional	646
Reavaliação Nutricional	99
Datas Comemorativas	0
Refeição Humanizada	37
Total de atendimentos realizados em fevereiro 2023	1.995

Fonte: COMNT, 2023

No mês de fevereiro está sendo dado enfoque na elaboração do regimento interno da Comissão de nutrição enteral e Parenteral da unidade, para alinhamento das condutas a serem tomadas no dia a dia da equipe multidisciplinar, tratando cada paciente de maneira individualizada. Além da manutenção do relacionamento com a equipe multiprofissional e pacientes, visando manter todos alinhados quanto a importância de se manter bem nutrido, neste mês trazendo dinâmicas mais espontâneas para todos conforme demonstrado neste documento.

Tabela 6: Cronograma de atividades para o mês de março/2023

AÇÃO	DATA DE EXECUÇÃO
Alusão ao dia mundial da obesidade	04/03/2023
Alusão ao Dia Internacional da Mulher	08/03/2023
Alusão ao nacional de combate ao sedentarismo	10/03/2023
Alusão ao Dia Mundial da Água	22/03/2023
Alusão ao dia da saúde e nutrição	31/03/2023

9. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS (COPMME)

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos da Unidade Assistencial-Anexo/HE tem por objetivo facilitar os processos de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento do estoque, de acordo com a Lei 9.784/1999 (Processo administrativo) e Lei nº 8666/1993, arts nº 14º e 15º (Licitações e Contratos) através da racionalização sistemática e garantindo a qualidade dos itens adquiridos nas unidades de saúde.

A aquisição desses produtos sem análise de qualidade, para o uso em serviços de saúde, pode resultar na ocorrência de eventos indesejáveis, levando ao agravamento da condição de saúde do paciente, colocar em risco a saúde do profissional de saúde, além de significar desperdício de recursos financeiros investidos na compra de artigos que não atendam ao propósito a que se destinam. É importante ressaltar que os produtos para saúde representam mais da metade dos produtos utilizados nos procedimentos clínicos e que a aquisição de produtos com qualidade comprometida eleva também o tempo gasto pelos profissionais de saúde na realização de sua rotina de trabalho.

Sendo assim, no mês de fevereiro ocorreu o fluxo de notificação de materiais, medicamentos e equipamentos que auxiliarão também no momento da compra e irá evitar danos gerados por itens sem qualidade. Dessa forma, foram utilizados os seguintes indicadores:

9.1. Novos Indicadores

- ✓ Índice de queixa técnica a medicamentos

Objetivo: Identificar casos onde envolva ampolas com material particulado (partículas visíveis); rótulo descolando; solução que deveria ser incolor e apresenta outra coloração; ausência do número de autorização de funcionamento da empresa, número de registro do produto ou prazo de validade no rótulo; produto comercializado por empresa diferente da que detém o seu registro; frascos incompatíveis com a indicação do volume expresso no rótulo; produto irregular ou clandestino; presença de corpo estranho; defeito na tampa; alterações na consistência do produto.

- ✓ Índice de queixa técnica a materiais.

Objetivo: Avaliar os materiais hospitalares que possuem fragilidades.

- ✓ Índice de queixa técnica a equipamentos.

Objetivo: Avaliar os equipamentos hospitalares que possuem fragilidades.

- ✓ Índice de reações adversas a medicamentos.

Objetivo: Avaliar as reações adversas a medicamentos em pacientes.

- ✓ Taxa de prescrição dos pacientes revisados por farmacêutico antes da dispensação.

Objetivo: Monitorar a taxa de revisão da prescrição de medicamentos de pacientes atendidos em unidades assistenciais.

- ✓ Taxa de erros de prescrição com notificação ao núcleo de segurança do paciente.

Objetivo: Avaliar a taxa de erros de prescrição de medicação de pacientes atendidos em unidades assistenciais.

Diante dos fatos mencionados a Comissão intensificará as ações que visam a fortalecer barreiras para evitar fragilidades 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.

10. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes no ambiente de trabalho, de modo a tornar as atividades executadas pelo colaborador seguras para sua saúde.

Para tanto, os membros participam e desenvolvem ações na Comissão junto às funções de rotina. As atribuições da CIPA são solicitar, planejar, implantar e manter medidas preventivas capazes de eliminar ou reduzir riscos de acidentes. Além disso, a Comissão deve analisar acontecimentos e imprevistos para estabelecer Planos de Ações.

Prevista pela legislação brasileira, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) trata-se de um grupo de pessoas que se reúne com o objetivo de prevenir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Logo, é uma comissão mista, formada por empregados e empregadores, eleitos para atuarem voluntariamente na CIPA.

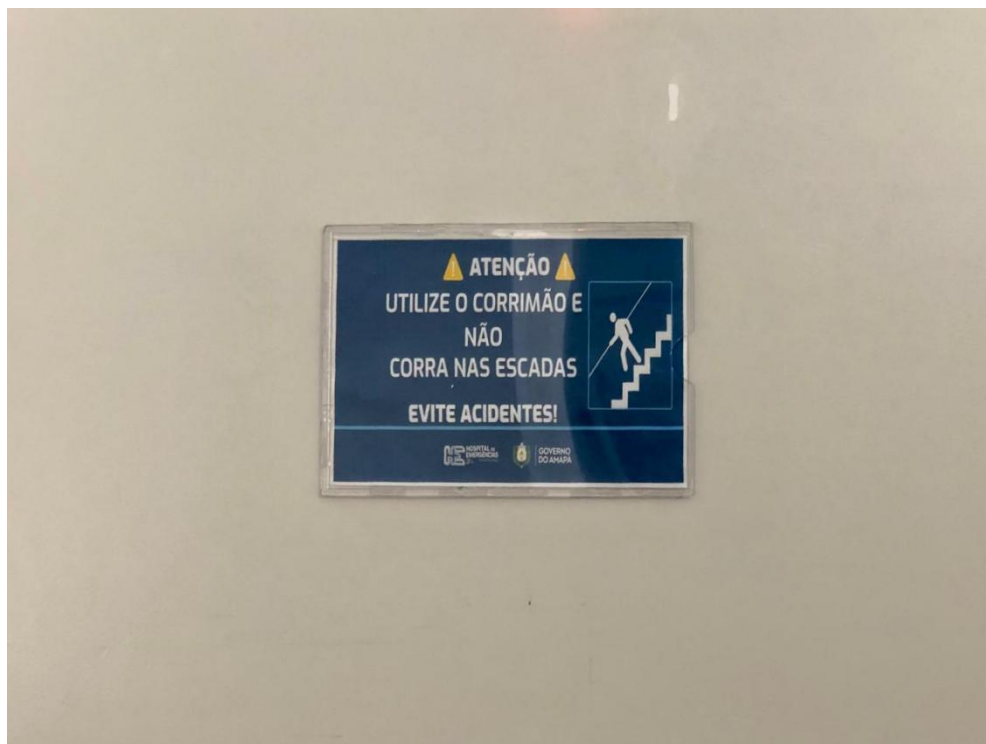
Durante o mês de fevereiro a CIPA deu continuidade as atividades educativas aos colaboradores da unidade propondo medidas de sinalização tendo em vista a segurança dos mesmos.

✓ **A importância de utilizar o corrimão**

O corrimão é um item de segurança, independentemente da idade do usuário, e pode salvar vidas. Muitas pessoas evitam utilizar o corrimão para não diminuírem a velocidade da descida, mas o tempo perdido no caso de uma queda provavelmente será muito maior.

A Norma Brasileira NBR 9050 institui com relação aos corrimãos que estes devam ter afastamento mínimo de 4cm do elemento vertical a que está acoplado (parede ou guarda-corpo) e máximo de 10cm além de possuir diâmetro entre 3 e 4,5cm.

Diante disto, no dia 14/02/2023 iniciamos uma ação falando sobre a utilização do corrimão, demonstrada na imagem a seguir.



Fonte: CIPA,2023

✓ **Palestra: Síndrome de Burnout: A importância de um trabalho saudável**

Desequilíbrios como a síndrome de Burnout apontam para o limite físico e mental do funcionário, níveis excessivos de estresse e podem gerar grandes prejuízos pessoais e, também, para a própria empresa como, por exemplo, a queda na qualidade dos serviços prestados, a ausência de profissionais da equipe e outros.

Foram abordados tópicos de como melhorar a qualidade de vida:

- I. Reorganizar o trabalho;
- II. Aumentar o convívio com amigos;
- III. Fazer atividades relaxantes;
- IV. Praticar exercício físico regularmente;
- V. Reservar um tempo maior para o descanso e para o lazer;
- VI. Definir um hobby durante a semana;
- VII. Buscar transformar suas atividades diárias no trabalho.



FONTE: CIPA, 2023

Diante dos fatos mencionados a CIPA tem o objetivo de continuar engajada na melhoria da qualidade de vida dos colaboradores da unidade bem como a prevenção de acidentes.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório traz dados analisados e produzidos pelas Comissões existentes na Unidade Assistencial-Anexo/HE durante o mês de fevereiro de 2023 e apresenta os resultados da gestão do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar (IBGH) em parceria com a Secretária de Saúde do Estado do Amapá (SESA/AP).

No referido mês foi possível acompanhar as atividades das Comissões, bem como os Planos de Ação traçados para sanar as dificuldades e inconformidades verificadas.

A Unidade Assistencial-Anexo/HE tem como objetivo principal prestar um atendimento eficiente e humanizado para os pacientes, tendo como premissa a constante evolução e melhoria dos serviços prestados, buscando o aprimoramento dos processos existentes e a criação de novos, para atender com mais qualidade e eficácia, 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 identificar eventuais falhas que possam surgir, constituindo um importante subsídio para as tomadas de decisões e para a elaboração de intervenções que se façam necessárias.

Conforme apresentado neste Relatório, o funcionamento das Comissões tem envolvido os profissionais e integrado as Áreas da Unidade, seja no planejamento de suas ações, seja na execução e desenvolvimento dessas ações, realizando orientações e visitas regulares na Unidade para acompanhar e observar os colaboradores durante a assistência prestada e, ainda, na avaliação por meio da mensuração dos indicadores utilizados.

Esse conjunto de ações tem possibilitado melhorias no monitoramento das atividades e na qualidade da assistência prestada, contribuindo no aprimoramento da segurança do paciente e do ambiente hospitalar como um todo.

Clara Beatriz M. Nunes
Supervisora de Qualidade
Unidade Assistencial-Anexo/HE

Macelir Kobayashi Penna
Gerente de Qualidade
Unidade Assistencial-Anexo/HE

Analú Alves dos Santos
Gerente Assistencial
Unidade Assistencial-Anexo/HE

Marcela da Silva Castilho
Diretora Administrativa
Unidade Assistencial-Anexo/HE

Rodrigo Lima Dutra
Diretor de Planejamento e Performance
Unidade Assistencial-Anexo/HE

Maria Aparecida de Arruda L.
Gerente de Monitoramento e Metas
Unidade Assistencial-Anexo/HE

Raoni Carricondo
Coordenador de Monitoramento e Metas
Unidade Assistencial-Anexo/HE

Gustavo E. Martins Bispo
Diretor Técnico
Unidade Assistencial-Anexo/HE

Mara Helena Jardim B. H. Borges
Diretora Geral
Unidade Assistencial-Anexo/HE



Documento assinado eletronicamente por CLARA BEATRIZ MONTEIRO NUNES, 023.118.152-37, UNIDADE - QUALIDADE, em 11/03/2023 às 15:30, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por ANALU ALVES DOS SANTOS, 006.542.171-06, UNIDADE - GERÊNCIA ASSISTENCIAL, em 13/03/2023 às 08:14, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por RAONI CARRICONDO LEITE, 010.427.491-32, IBGH - COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO DE METAS, em 13/03/2023 às 09:20, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO ESTANISLAU MARTINS BISPO, 024.684.491-42, UNIDADE - DIRETORIA TÉCNICA, em 13/03/2023 às 09:21, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por MACELIR KOBAYASHI PENNA, 900.588.952-72, IBGH - GERENTE DA QUALIDADE, em 13/03/2023 às 09:24, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por MARCELA SILVA CASTILHO, 023.118.202-30, UNIDADE - DIRETORIA ADMINISTRATIVA, em 13/03/2023 às 09:33, 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 13/03/2023 às 09:42, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por MARIA APARECIDA CARRICONDO DE ARRUDA LEITE, 015.702.618-30, IBGH - GERENTE DE MONITORAMENTO DE METAS, em 13/03/2023 às 09:55, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por RODRIGO LIMA DUTRA, 106.019.066-40, IBGH - DIRETORIA, em 14/03/2023 às 15:21, 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 367651 e o código

verificador 41375.