

OFÍCIO N° 006/2020  
DIREÇÃO GERAL- CHR DJC

Patos, 20 de janeiro de 2020

À Sra. Lívia Borralho  
Comissão de Acompanhamento, Fiscalização e Avaliação  
Secretaria estadual de Saúde – SES/PB

**Assunto: Entrega do Relatório de Gestão Hospitalar Mensal Assistencial referente ao mês de DEZEMBRO/2019**

Encaminho para análise os Relatórios de Gestão Hospitalar Mensal Assistencial, referente à competência de **DEZEMBRO/2019** do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, Patos/PB.

Conforme combinado os mesmos seguem em mídia (CD).

Atenciosamente,

  
Liliane Abrantes de Sena  
Diretora Geral  
CHRDJC

\_\_\_\_\_  
Liliane Abrantes de Sena  
Diretora Geral  
CHRDJC



# 2019

RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE

GESTÃO Nº 0409/2019



COMPLEXO  
HOSPITALAR  
REGIONAL  
DEP. JANDUHY CARNEIRO

DEZEMBRO 2019

**RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE  
GESTÃO Nº 0409/2019  
Dezembro de 2019**

**RELATÓRIO DE MENSAL DE EXECUÇÃO compreendendo o período de 01 a 31  
de DEZEMBRO DE 2019, referente ao Contrato de Gestão nº 0409/2018,  
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO,**

## 1. SUMÁRIO

1. Sumário.....	3
RELATÓRIO DE METAS ASSISTENCIAIS E PAINEL DE INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO, ATINGIDOS NO MÊS .....	6
1. INDICADORES QUANTITATIVOS .....	6
2. INDICADORES QUALITATIVOS .....	10
2.1. Observações.....	13
3. RELATÓRIO DE SÍNTESE DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL SEGUNDO MODELO SIA/SUS, APRESENTADO E APROVADO .....	16
4. RELATÓRIO DE SÍNTESE DE PRODUÇÃO HOSPITALAR SEGUNDO MODELO SIH/SUS, CONTENDO RELATÓRIO DE SÍNTESE DE REJEIÇÃO.....	16
5. ESCALAS DE PLANTÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	16
6. RELATÓRIO DE ATIVIDADES DOS SERVIÇOS .....	16
7. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS.....	17

## ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: INDICADORES QUANTITATIVOS .....	07
Tabela 2: INDICADORES QUALITATIVOS .....	10
Tabela 3: TIPOS DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL .....	16
Quadro 1: ATIVIDADES REALIZADAS PELAS COMISSÕES .....	16

## **ANEXOS**

ANEXO I – Demonstrativo de produção ambulatorial segundo modelo SIA/SUS, apresentado e aprovado e Demonstrativo da Produção Hospitalar, contendo relatório de síntese de rejeição

ANEXO II – Escalas de Plantão do Profissionais de saúde

ANEXO III – Relatório dos Serviços

ANEXO IV – Documentos das Comissões Obrigatórias

## RELATÓRIO DE METAS ASSISTENCIAIS E PAINEL DE INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO, ATINGIDOS NO MÊS

### 1. INDICADORES QUANTITATIVOS

Segue a apresentação dos indicadores quantitativos com a porcentagem de atingimento das metas, reforçando que muitas delas, foram estabelecidas sem prévio conhecimento da série histórica do indicador, e dessa forma, se tornam inatingíveis para a realidade da instituição.

São exemplos de indicadores com metas superdimensionadas, os números de:

- Internações em Ortopedia,
- Cirurgias de Ortopedia Adulto,
- Cirurgias de Bucomaxilo,
- atendimentos no ambulatório de Ortopedia,
- atendimentos no ambulatório de Bucomaxilo,
- Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco
- Eletrocardiograma,
- Diagnóstico em Laboratório Clínico,
- Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia
- Broncospia
- Imunohistoquímica
- Endoscopia
- Colonoscopia e Rectosigmoidoscopia
- Ressonância magnética
- Cintilografia Óssea.

No que diz respeito aos indicadores relacionados à assistência oncológica, o não atingimento da meta pode ser atribuído tanto ao superdimensionamento, quanto ao fato de que o serviço, apesar de já estabelecido e obtendo a cada mês um aumento no seu volume de atendimento, carece de fidelização de parte dos usuários que

ainda tem como referência o Hospital Napoleão Laureano do quais já eram pacientes anteriormente.

Os indicadores de internação do serviço de oncologia estão zerados por problemas com o elevador do Hospital do Bem. Em 21/03/2019 foi iniciada a retirada do equipamento provisório para a instalação do elevador definitivo. Entretanto, o definitivo não chegou à unidade durante a gestão anterior pela OS Instituto GERIR. Enquanto isso, a Direção precisou tomar a medida de interdição parcial dos 25 leitos de internação do primeiro andar do Hospital do Bem e desde o final de agosto estamos com interdição total dos leitos diante do desgaste e insegurança no transporte do piso superior para o térreo. A OSS Instituto Santa Casa de Misericórdia de Birigui enviou projeto de aquisição e instalação do elevador definitivo para a CAFA SES.

Por outro lado, o indicador **Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas** tem ultrapassado a meta em mais de 300%.

TABELA 1: INDICADORES QUANTITATIVOS –DEZEMBRO/2019.

SERVIÇOS	AÇÃO	META MENSAL	DEZEMBRO	META ATINGIDA EM
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM INTERNAÇÃO	Clínica médica	200	268	134%
	Diárias de UTI	180	158	88%
	Ortopedia	300	159	53%
	Diárias de Cuidados Paliativos	150	0	0%
	Oncologia Clínica	60	0	0%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM CIRURGIAS	Ortopedia Adulto	170	118	69%
	Ortopedia Pediátrica	30	24	80%
	Cirurgia Geral	50	73	146%
	Bucomaxilo	30	23	77%
	Oncologia	50	67	134%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR AMBULATORIAL	Ortopedia	1.100	456	41%
	Oncologia	500	469	94%
	Bucomaxilo	150	18	12%
	Punção aspirativa de mama por agulha fina	15	8	53%
	Punção de mama por agulha grossa	40	14	35%
	Exérese da Zona de transformação do colo uterino	7	0	0%



	Biópsia de Colo Uterino	9	3	33%
	Biópsia Prostática	10	12	120%
	Biópsia /Exérese de nódulo de Mama	9	6	67%
	Quimioterapia	440	143	33%
<b>PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco	4.500	3.659	81%
	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas	900	3.075	342%
<b>PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)</b>	Raio- X	1.500	2.340	156%
	Eletrocardiograma	1.200	465	39%
	Endoscopia	220	38	17%
	Broncoscopia	20	0	0%
	Colposcopia	70	37	53%
	Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	240	4	2%
	Ressonância magnética	20	3	15%
	Cintilografia Óssea	5	2	40%
	Tomografia Computadorizada	1.000	1.473	147%
	Ultrassonografia e Ecocardiograma	700	533	76%
	Diagnóstico em Laboratório Clínico	8.530	3.443	40%
	Biologia Molecular	8	0	0%
	Diagnóstico por Anatomia Patológica e citopatologia	200	111	56%
	Imuno-histoquímica	100	6	6%

**Internações pela Clínica Médica:** esta é a especialidade mais demandada do Complexo, respondendo por mais da metade dos atendimentos de urgência e emergência e pouco menos da metade nas internações.

**Diária de UTI:** No referido mês observamos uma queda de 15% em relação ao mês anterior, mas está em fase de conclusão o estabelecimento do perfil de admissão na UTI para viabilizar a utilização dos leitos de forma efetiva. Ainda não há médico responsável técnico pela UTI, o que já foi notificado pelo Conselho de Regional de Medicina.

**Nº de cirurgias de Ortopedia Adulto:** A carência de equipamentos e materiais de valor um pouco mais alto como bisturis elétricos, motor e caneta para cirurgia buco-maxilo-facial e furadeiras ortopédicas (uma furadeira stryker foi locada enquanto não

se chega a uma solução definitiva) contribuiu para o não atingimento da meta, bem como escalas noturnas de técnicos em radiologia que atuam do centro cirúrgico descobertas, inviabilizando a realização de cirurgias ortopédicas definitivas neste turno.

**Nº de procedimentos de Cirurgia Geral:** A da série histórica desse indicador mostra que o quantitativo esteve sempre um pouco acima da meta, o que é compreensível quando se avalia o número de internações (novas e já remanescentes do mês anterior) e o número de atendimento propriamente dito.

**Nº de cirurgias oncológicas:** no referido mês a meta foi ultrapassada em 34% devido ao aumento da oferta de procedimentos de pele, para os quais tem significativa demanda reprimida.

**Nº de atendimentos no ambulatório de Oncologia:** O mês anterior foi o primeiro, em mais de um ano de funcionamento do Serviço, em que se conseguiu atingir a meta.

Os 6% faltantes nesse mês são justificados pelas festividades de fim de ano, por datas em que não houve atendimentos de especialidades muito demandadas;

**Nº de Exéreses da Zona de transformação do colo uterino:** Segundo o Cirurgião Oncológico do Complexo, o procedimento que ele tem utilizado para coleta de material é a conização, a qual, no mês em questão foi realizada em 2 pacientes.

**Nº de Biópsias de Prostática:** Pela segunda vez no ano a meta desse indicador foi ultrapassada, em função da demanda.

**Nº de Quimioterapia:** Além do superdimensionamento da meta, o tempo de infusão dos protocolos administrados em nossa Unidade também é um condicionante de inviabilidade da meta estabelecida.

**Raio- X:** Os exames de raio x são realizados apenas para demanda interna do Complexo. Esse indicador tem estado sempre acima da meta, justificando-se pelo número de atendimentos ambulatoriais e de urgência e emergência realizados pela ortopedia, bem como as internações e cirurgias, considerando que em muitos casos um mesmo paciente pode se submeter a esse exame por mais de uma, duas ou até três vezes em um mesmo atendimento.

**Tomografia Computadorizada:** A série histórica desse indicador mostra que sempre esteve acima da meta tanto em função da demanda interna quanto externa.

**Ecocardiografia, endoscopia e colonoscopia:** a diminuição da escala de profissionais prestando o serviço deixou lacunas na assistência e colaborou com o não atingimento da meta.

**Ressonância magnética e cintilografia:** houve marcação de menos da metade do que está contratualizada para esses exames, onde há demanda reprimida principalmente de pacientes oncológicos.

## 2. INDICADORES QUALITATIVOS

TABELA 2: INDICADORES QUALITATIVOS – DEZEMBRO/2019.

A	INDICADORES DA ÁREA DE GESTÃO			
A.1	INDICADORES DIREÇÃO		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
A.1.1	Percentual de Gestores do hospital com especialização e/ou capacitação em gestão hospitalar	N.º Gestores com título em Gestão Hospitalar no Período x 100/ N.º Total de Gestores do Hospital.	≥ 40%	92%
A.2	INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
A.2.1	Índice de Atividades de Educação Permanente	N.º de Atividades Realizadas x 100/ N.º de atividades previstas no plano de educação permanente para o período	90%	100%

<b>A.2.2</b>	Taxa de rotatividade de pessoal (Turn Over)	(Número de admissões + desligamentos ÷ 2 x 100/ N° de funcionários ativos no cadastro do hospital	≤ 2,5%	0,72%
<b>A.2.3</b>	Taxa de Absenteísmo	N.º de horas/homem ausentes x 100/ N.º de horas/homem trabalhadas	≤ 4,5%	3,82%
<b>A.2.4</b>	N.º de Funcionários Técnico Assistencial com Especialização	N.º de funcionários Técnicos Assistencial (nível superior) com especialização em saúde x 100/ N.º Total de funcionários Técnico Assistencial (nível superior)	≥ 50%	55%
<b>A.2.5</b>	Taxa de Acidentes de Trabalho	N.º de acidentes de trabalho x 100/ N.º funcionários ativos no cadastro do hospital	≤ 0,5%	0,16%
<b>A.3</b>	<b>INDICADORES ADMINISTRATIVO-FINANCEIROS</b>		<b>META MENSAL</b>	<b>RESULTADO DO INDICADOR</b>
<b>A.3.1</b>	Taxa de glosas sobre o faturamento dos serviços habilitados apresentado para cobrança ao SUS, de responsabilidade da gestão do CHRDJC*	Total de AIH glosadas para serviços habilitados X 100/ Total de AIH referentes aos serviços habilitados apresentadas ao SUS	≤ 10%	0%
<b>B</b>	<b>INDICADORES DE PROCESSO</b>			
<b>B.1</b>	<b>INDICADORES ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>		<b>META MENSAL</b>	<b>RESULTADO DO INDICADOR</b>
<b>B.1.1</b>	Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento	Total de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento x 100/ Total de atendimentos	100%	11%
<b>B.1.2</b>	Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito	Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbito X 100/ Total de prontuários de usuários que vieram a óbito)	100%	100%
<b>B.1.3</b>	Taxa de Revisão de Prontuários de pacientes com infecção, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH	Total de prontuários de usuários com infecção revisados pela CCIH X 100/ Total de prontuários de usuários com infecção	100%	--
<b>B.2</b>	<b>EFICIÊNCIA/PRODUTIVIDADE</b>		<b>META MENSAL</b>	<b>RESULTADO DO INDICADOR</b>
<b>B.2.1</b>	Relação Pessoal/ leito	N.º. de funcionários contratados e de terceiros ativos/ N.º. de leitos ativos	≥ 5,54	4,96
<b>B.2.2</b>	Relação Enfermagem/ leito	N.º. de enfermeiros x 100/ N.º. de leitos	≥ 2,2	2,2

<b>B.2.3</b>	Índice de rotatividade do leito	Total de saídas (Altas e Óbitos, Transferência) /N°. de leitos mesmo período	$\geq 1,9$ e $\leq 4,15$ Pacientes/Leit o	4,36
<b>B.2.4</b>	Tempo médio de permanência geral	N°. de pacientes – dia /Total de saídas - dia	$\leq 7$ dias	5,7 dias
<b>B.2.5</b>	Tempo médio de permanência – UTI	N°. de pacientes – dia/ Total de saídas (Altas, Óbitos, Transferência)	$\leq 10$ dias	6,3
<b>B.2.6</b>	Taxa de ocupação Hospitalar	N°. de pacientes - dia em um mesmo período x 100/ N° de leitos – dia em um mesmo período	$\geq 85\%$	82%
<b>C</b>	<b>INDICADORES DA ÁREA DE RESULTADOS</b>			
<b>C.1</b>	<b>EFETIVIDADE</b>		<b>META MENSAL</b>	<b>RESULTADO DO INDICADOR</b>
<b>C.1.1</b>	Taxa de mortalidade institucional	N°. de óbitos após 24 horas de internação (no período analisado) x 100/Total de saídas (N°. de altas no período analisado)	$\leq 7\%$	9,87%
<b>C.1.2</b>	Taxa de mortalidade cirúrgica	N°. de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico no período x 100/ Total de atos cirúrgicos no mesmo período	$\leq 5\%$	0,3%
<b>C.1.3</b>	Taxa de Suspensão de cirurgias Eletivas	Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes x 100/ Número de cirurgias agendadas	$\leq 10\%$	9%
<b>C.1.4</b>	Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico	Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico conclusivo/ Número de pacientes com diagnóstico conclusivo em oncologia	$\leq 30$	113
<b>C.1.5</b>	Tempo (dias) entre o diagnóstico em oncologia e o início do tratamento	Tempo (dias) entre o diagnóstico conclusivo em oncologia e o início do tratamento/ Número de pacientes de oncologia com tratamento iniciado no período	$\leq 30$	*
<b>C.2</b>	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		<b>META MENSAL</b>	<b>RESULTADO DO</b>

			INDICADOR	
<b>C.2.1</b>	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em UTI	Nº total de casos novos de IPCSL no período X 1000/ Número de CVCs-dia no período	≤ 10	22
<b>C.2.2</b>	Taxa de Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico.	Número ISC relacionadas ao procedimento cirúrgico sob x100/ Número total de procedimentos cirúrgicos sob avaliação, realizadas no período	≤ 5%	7,5%
<b>C.2.3</b>	Densidade de incidência em Infecção relacionada à Assistência à Saúde (IRAS).	Nº total de casos de IRAS x 1000/ Número de total de paciente dia no período.	≤ 10	0,9
<b>C.3</b>	<b>INDICADORES RELACIONADOS AO ACESSO AO USUÁRIO</b>		<b>META MENSAL</b>	<b>RESULTADO DO INDICADOR</b>
<b>C.3.1</b>	Atendimento de pacientes acolhidos na Urgência e Emergência com classificação de risco	Nº. de pacientes classificados por risco x 100/ N.º de pacientes admitidos na Urgência e Emergência no período	100%	100%
<b>C.4</b>	<b>INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE</b>		<b>META MENSAL</b>	<b>RESULTADO DO INDICADOR</b>
<b>C.4.1</b>	Indicador Satisfação do Usuário	Nº. de Questionário c/ Resposta afirmativa à Pergunta – Padrão x 100/ Nº. de Questionários Respondido	≥ 90%	--
<b>C.4.2</b>	Resolubilidade da Ouvidoria	Total de manifestações resolvidas X 100/ total de reclamações, solicitações e denúncias feitas à ouvidoria	≥ 80%	100%

## 2.1. OBSERVAÇÕES

**Taxa de glosas:** Esse dado diz respeito aos faturamentos do mês de novembro porque o faturamento só é fechado pela SES no final do mês subsequente.

**Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento:** São revisados mensalmente em média, 10% dos prontuários da internação. A dificuldade em estabelecer uma cultura organizacional quanto à importância do registro adequado do prontuário tem sido um grande empecilho no alcance da meta.

Algumas ações fizeram com que a taxa saísse da casa da unidade para a casa das dezenas, porém ainda muito longe da meta estabelecida. Acredita-se que a possibilidade de utilização de prontuário eletrônico contribuiria bastante para esse intento.

**Taxa de Revisão de Prontuários de pacientes com infecção, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH:** A falta de registro médico evidenciando a infecção hospitalar no prontuário, impossibilita o cálculo desse indicador.

**Relação Enfermagem/ leito:** A meta desse indicador foi corrigida para 2,2 ao invés dos 22,2 por 100 leitos (constantes originalmente no contrato) que a tornava inviável. Essa meta foi alcançada devido à interdição temporária dos 25 leitos oncológicos. Quando de sua reativação, a não contratação de mais pessoal de enfermagem prejudicará o alcance da meta em 17%.

**Relação Pessoal/ leito:** O alcance da meta foi prejudicado devido aos vazios assistenciais causados nas escalas. As ausências foram ocasionadas por férias e vacâncias de profissionais efetivos, não substituição de profissionais celetistas que pediram desligamento e atestados.

**Taxa de ocupação Hospitalar:** A diferença de 3 pontos percentuais em relação à meta, está relacionada tanto a leitos de perfil específico, como para pacientes com diagnóstico suspeito ou confirmado de doenças infecto contagiosas e os para pacientes custodiados, bem como ao exposto na explicação do indicador de número de diárias de UTI. Essa taxa leva em conta a ocupação dos leitos de apoio da Urgência e Emergência.

**Índice de rotatividade do leito:** O aumento da rotatividade dos leitos está relacionado a diminuição do tempo médio de permanência dos pacientes ocasionado nos últimos meses, aumentando o giro dos leitos em 5% em relação ao mês de novembro.

**Taxa de mortalidade institucional:** A maioria dos óbitos estão relacionados a dois perfis de pacientes: idosos, que acabam tendo sua internação prolongada para além

do tempo necessário devido à questões sociais e às vezes relacionada à conduta médica, colaborando com declínio da condição clínica; e adultos jovens, que são admitidos com diagnóstico de Neoplasia em fase terminal.

**Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico:** Dois fatores interferem no desempenho desse indicador: o tempo médio entre a consulta e a realização da cirurgia e entre a cirurgia e a entrega do resultado do exame diagnóstico. Mesmo percebendo uma diminuição do tempo em cada um nos três meses de aferição desse indicador, ainda não se conseguiu atingir a meta. A principal causa é a demanda reprimida das cirurgias de pele que são oferecidas em número inferior ao necessário. Em dezembro foi ampliada a oferta, mas ainda há pacientes em lista de espera. O tempo médio para realização da cirurgia foi de 87 dias e para a chegada do resultado do exame de 26 dias.

**Tempo (dias) entre o diagnóstico em oncologia e o início do tratamento:** foi realizado um levantamento dos pacientes cujos diagnósticos foram definidos nos meses de novembro e dezembro, mas a maioria deles não teve indicação de tratamento no serviço do Hospital do Bem e outros ainda não fizeram suas consultas de retorno. Por outro lado, foram identificados 6 pacientes que procuraram o serviço em dezembro com o diagnóstico já fechado. No caso desses pacientes o tempo médio de espera para o início do tratamento foi de 26 dias necessários para a realização de outros exames de imagem e avaliação bioquímica para poder iniciar o tratamento quimioterápico.

**Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em UTI:** Não obtivemos a meta devido a ausência de registros médicos e solicitações de exames necessários para confirmação da infecção, o SCIH realiza a busca ativa nos setores, porém é necessário os resultados desses exames laboratoriais.

**Taxa de Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico:** Apresentamos um aumento na taxa de infecção, evidenciado por complicações cirúrgicas devido ao



prolongamento do tempo de permanência de internação dos pacientes em pós-operatório de alguns tipos de cirurgias, como as ortopédicas, gerais e vasculares.

**Satisfação do usuário:** O Serviço de atendimento ao usuário identificou necessidade de reformulação do questionário anteriormente utilizado, não concluindo a tempo da aplicação.

### **3. RELATÓRIO DE SÍNTESE DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL SEGUNDO MODELO SIA/SUS, APRESENTADO E APROVADO**

Segue no Anexo I.

### **4. RELATÓRIO DE SÍNTESE DE PRODUÇÃO HOSPITALAR SEGUNDO MODELO SIH/SUS, CONTENDO RELATÓRIO DE SÍNTESE DE REJEIÇÃO**

Segue no Anexo I.

### **5. ESCALAS DE PLANTÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Seguem no Anexo II

Salienta-se que no mês de referência não houve contratações, mas ocorreram as seguintes movimentações de pessoal:

*TABELA 3: TIPOS DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL – DEZEMBRO/2019.*

<b>Tipo</b>	<b>Qtd</b>	<b>Especialidade</b>
Desligamentos	3	1 técnica de enfermagem, 1 cozeira e 1 atendente
Transferência de Vínculo Recebida	2	1 porteiro e 1 fisioterapeuta
Transferência de Vínculo Concedida	1	1 técnica de enfermagem

### **6. RELATÓRIO DE ATIVIDADES DOS SERVIÇOS**

Seguem no Anexo III.

## 7. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

No mês de dezembro foram instituídas duas novas comissões: Comissão de Cuidados com a Pele e Comissão de Proteção Radiológica.

As atas e as documentações referentes a elas constam no Anexo IV. As Atividades realizadas estão expostas no quadro abaixo

QUADRO 1: ATIVIDADES REALIZADAS PELAS COMISSÕES – DEZEMBRO/2019.

<p><b>Comissão:</b> CUIDADOS COM A PELE</p> <p><b>Data de implantação:</b> 10/12/2019</p> <p><b>Atividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Implantação da Comissão;</li><li>• Apresentação de todos os membros da comissão;</li><li>• Discutido sobre os objetivos a serem alcançados pela comissão;</li><li>• Leitura e definição das atribuições da Comissão;</li><li>• Sugerido levantamento sobre caracterização das Unidades de Internação, informações sobre as práticas dos enfermeiros relacionado as lesões de pele, assim como traçar perfil das lesões;</li><li>• Definido presidente da comissão;</li><li>• Definido cronograma das reuniões.</li></ul>
<p><b>Comissão:</b> PROTEÇÃO RADIOLÓGICA</p> <p><b>Data de implantação:</b> 20/12/2019</p> <p><b>Atividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Implantação da Comissão;</li><li>• Apresentação de todos os membros da comissão;</li><li>• Discutido sobre os objetivos a serem alcançados pela comissão;</li><li>• Leitura e definição das atribuições da Comissão;</li><li>• A comissão será apresentada ao conselho de radiologia;</li><li>• Definição da presidente da comissão;</li><li>• Solicitado que tenha um Engenheiro Clínico na comissão.</li></ul>
<p><b>Comissão:</b> PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS (COPAME)</p>

**Data da reunião:** 16/12/2019

**Atividades**

- Elaboração de Notificação para COPAME;
- Proposto momento de Educação Permanente com os profissionais para divulgação do modelo de notificação;
- Discussão da lista de todos os materiais, medicamentos e equipamentos padronizados pelo CHRDJC;
- Proposta para próxima reunião, elaboração de fluxograma para notificações;
- Elaboração e discussão do Regimento Interno para próxima reunião;
- Definido cronograma de reuniões.

**Comissão:** GERENCIAMENTO DE RISCOS E BIOSSEGURANÇA

**Data da reunião:** 17/12/2019

**Atividades**

- Realizado apresentação de algumas definições de Biossegurança pelo presidente da comissão;
- Realizado planejamento de ações anuais quanto a Lavagens das Mãos;
- Discutido segregação de lixo e ações voltadas para a abordagem do assunto;
- Sugerido a participação de um representante da lavanderia na comissão para a próxima reunião;
- Datas propostas para as atividades de lavagens das mãos em janeiro: 06, 14, 22 e 30 de Janeiro.

**Comissão:** EDUCAÇÃO PERMANENTE

**Data da reunião:** 27/12/2019

**Atividades**

- Discussão da necessidade dos preceptores de estágio em realizar Educação Permanente junto aos profissionais semanalmente, durante períodos de estágios. Colocado a sugestão da discussão dos POPs junto aos estagiários e profissionais durante o plantão;
- Proposta de criação de um instrumento de avaliação, registro e feedback entre os profissionais e preceptores das Instituições de Ensino e comissão de EP;
- Elaboração de um instrumento de utilização nos momentos de EP;
- Sugestão para inclusão de um membro da CIES na comissão para a próxima reunião;

**Comissão: PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS**

**Data da reunião:** 09/12/2019

**Atividades**

- Discussão sobre a forma de inserção dos profissionais da assistência na revisão e alteração de alguns protocolos;
- Discussão sobre como otimizar as atividades da comissão;
- Discussão sobre padronização da numeração dos POPs para melhor integração;
- Proposta para elaboração de fluxograma para apresentação dos POPs afim de facilitar as informações para os profissionais;
- Proposta para priorizar quais os protocolos devem ser discutidos com os profissionais.

**Comissão: ÉTICA EM ENFERMAGEM**

**Data da reunião:** 26/12/2019

**Atividades**

- Realizada primeira sindicância da comissão sob orientação do coordenador de Processo Ético do COREN-PB, Dr Júnior Gomes;
- Discussão sobre a aplicação de penalidades a profissionais de enfermagem do CHRDJC, provocada pela Gerente de Enfermagem;
- Elaboração de Relatório de Atividades da Comissão do mês de Dezembro.

**Comissão: ÉTICA MÉDICA**

- Está sendo elaborado, pelo Diretor Técnico, cronograma para o início do processo eleitoral.

**Comissão: FARMÁCIA E TERAPÊUTICA**

**Data da reunião:** 23/12/2019

**Atividades**

- Aprovação do Regimento Interno;
- Apresentação de problemas relacionado a implantação do uso racional de antimicrobianos;
- Solicitação de elaboração de protocolos clínicos pelas equipes clínicas;
- Apresentação de dados qualitativos e quantitativos de prescrição de antimicrobianos;
- Apresentação na próxima reunião da avaliação dos impactos (econômicos e farmacoterapêuticos) decorrentes do sistema de controle de prescrição e

uso de antimicrobianos.

**Comissão:** NÚCLEO HOSPITALAR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**Data da reunião:** 30/12/2019

**Atividades**

- Realizado Busca Ativa nos prontuários e foram registradas as seguintes notificações compulsórias: Antirrábica: 36; Animais Peçonhentos: 06; Violências: 02; Acidente de Trânsito: 280; Acidente Material Biológico: 02; Tuberculose: 01. Total de 327 notificações;
- Monitoramento das 68 (sessenta e oito) Declarações de óbitos no mês de dezembro;
- Monitoramento nos testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e C;
- Realizado registro nos Sistemas específicos para cada agravo.

**Comissão:** CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

**Data da reunião:** 18/12/2020

**Atividades**

- Discussão sobre as dificuldades encontradas na implantação da padronização e uso racional dos antimicrobianos em parceria com o serviço de Farmácia e Terapêutica, as fichas ainda não estão sendo preenchidas de forma correta, assim como a falta de aderência de alguns profissionais. Encaminhado demanda para o Diretor Técnico;
- Concluído e aprovado o Protocolo de Sepsis, elaborado pelo SCIH;
- Realizado busca ativa no Centro Cirúrgico e CME para presença de microorganismos em bancadas e equipamentos, como resultado tivemos negatividade de microorganismos, de acordo com swab realizado;
- Devido a problemas relacionados aos ares condicionados com defeito, estão sendo liberados ventiladores para as Unidades de Internação o que ocasiona riscos para o serviço;
- Discussão para implantação do Bundle de monitoramento de Acesso Venoso Central.

**Comissão:** PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**Data da reunião:** 23/12/2019

**Atividades**

- Realizado substituição de membros na comissão: Exclusão de Victor Ferreira, Joselma de Queiroz e Fiana Rodrigues Medeiros. Inclusão de

Robson de Araújo (Engenharia), Rebecca Ricarte (Nutrição) e Elineide Simões (Lavanderia);

- Discussão sobre os descartes dos resíduos sólidos pelos profissionais;
- Solicitação do serviço de Engenharia para avaliação das condições do abrigo de resíduos sólidos de saúde do CHRDJC;
- Levantamento da necessidade de identificação das lixeiras do CHRDJC;
- Discussão sobre o cronograma da coleta das roupas sujas elaborado pelo serviço de lavanderia (SERVBRASIL).

**Comissão: REVISÃO DE ÓBITO**

**Data da reunião:** 03/01/2019

**Atividades**

- Discussão sobre o quantitativo de óbitos e as principais causas;
- Realizado a distribuição dos óbitos por unidades, onde a área vermelha obteve o maior número: 40(quarenta);
- Monitoramento das Declarações de óbitos, conferência do diagnóstico clínico com a causa da morte, além da contabilidade dos prontuários;
- Detectada falha, nas planilhas de registro dos óbitos nas unidades, dificultando a identificação;
- Principais causas de óbito no serviço: Neoplasia, Septicemia, ICC, Insuficiência Respiratória Aguda, Pneumonia e AVC;
- Discussão sobre as melhores estratégias para melhorar a assistência e o tempo de internação dos pacientes idosos que ainda é muito prolongado;
- Revisados prontuários semanalmente pela comissão.

**Comissão: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

**Data da reunião:** 30/12/2019

**Atividades**

- Implantação das pulseiras para pacientes de urgência e emergência de acordo com a classificação de risco por cores, como uma das estratégias para implantação do Protocolo de Identificação do Paciente;
- Aguardando as pulseiras de identificação para pacientes internos;
- Implantação de quadro de Identificação e Controle de pacientes em pré-operatório no Centro Cirúrgico, de acordo com o Protocolo de Cirurgia Segura;
- Programado para janeiro a implantação do Check-list de Cirurgia Segura em Centro Cirúrgico;
- Discutido com a comissão sobre a participação da presidente no Seminário Estadual de Segurança do Paciente na Prevenção e Controle das Infecções relacionadas à Assistência a Saúde.

**Comissão: ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)**

**Data da reunião:** 19/12/2019

**Atividades**

- Impossibilidade do RX de controle dos pacientes ortopédicos serem realizados ainda no centro cirúrgico, devido o arco cirúrgico não está autorizado a ser retirado para todas as salas devido problemas na rede elétrica;
- Ainda pendente o engajamento dos profissionais médico quanto a solicitação do RX de controle pelos ortopedistas após procedimento cirúrgico;
- Houveram duas solicitações de material NÃO SUS no mês de dezembro no CHRDJC;
- Realizado substituição de membros da comissão: Exclusão de Dr José Carletti e Inclusão de Wostenildo Crispim.

**Comissão: NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL**

**Data da reunião:** 13/11/2019

**Atividades**

- Não foi realizado reunião no mês de dezembro devido ausência da maioria dos membros.

**Comissão: INTRA HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA**

**Data da reunião:** 27/11/2019

**Atividades**

- Em dezembro não foi realizado reunião, uma vez que as reuniões são bimestrais, de acordo com regimento interno.

**Comissão: INTRA HOSPITALAR DE DOAÇÃO ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE.**

- Não se aplica, pois não possuímos esse serviço.

**Comissão: INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)**

- Iniciado elaboração de cronograma para Processo Eleitoral.

**Comissão: RESIDÊNCIA MEDICA**

- Não se aplica, pois não possuímos esse serviço.

**Comissão: REVISÃO DE PRONTUÁRIO**

**Data da reunião:** 26/12/2019

### **Atividades**

- Revisão de prontuários;
- Análise de não conformidades para discussão com os profissionais;
- Adotar avaliação do consolidado das revisões do mês anterior para desenvolver melhorias;
- Solicitado computadores para o Hospital do Bem e Centro cirúrgico.