



GOVERNO  
DA PARAÍBA

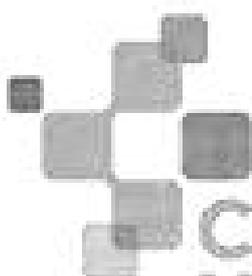
SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE



# 2020

RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE

GESTÃO Nº 0409/2019



COMPLEXO  
HOSPITALAR  
REGIONAL  
DEP. JANDUHY CARNEIRO

JANEIRO 2020

**RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE  
GESTÃO Nº 0409/2019  
JANEIRO de 2020**

**RELATÓRIO DE MENSAL DE EXECUÇÃO compreendendo o período de 01 a 31  
de JANEIRO DE 2020, 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 .....	15
4. RELATÓRIO DE SÍNTESE DE PRODUÇÃO HOSPITALAR SEGUNDO MODELO SIH/SUS, CONTENDO RELATÓRIO DE SÍNTESE DE REJEIÇÃO.....	15
5. ESCALAS DE PLANTÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	15
6. RELATÓRIO DE ATIVIDADES DOS SERVIÇOS .....	16
7. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS.....	16

## 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, lembrando 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 – JANEIRO/2019.

SERVIÇOS	AÇÃO	META MENSAL	JANEIRO	META ATINGIDA EM
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM INTERNAÇÃO	Clínica médica	200	272	136%
	Diárias de UTI	186	173	93%
	Ortopedia	300	147	49%
	Diárias de Cuidados Paliativos	150	0	0%
	Oncologia Clínica	60	0	0%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM CIRURGIAS	Ortopedia Adulto	170	130	76%
	Ortopedia Pediátrica	30	25	83%
	Cirurgia Geral	50	74	148%
	Bucomaxilo	30	13	43%
	Oncologia	50	64	128%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR AMBULATORIAL	Ortopedia	1.100	551	50%
	Oncologia	500	559	112%
	Bucomaxilo	150	27	18%
	Punção aspirativa de mama por agulha fina	15	0	0%
	Punção de mama por agulha grossa	40	9	23%
	Exérese da Zona de transformação do colo uterino	7	0	0%
	Biópsia de Colo Uterino	9	4	44%

	Biópsia Prostática	10	11	110%
	Biópsia /Exérese de nódulo de Mama	9	7	78%
	Quimioterapia	440	220	50%
<b>PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco	4.500	3.623	81%
	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas	900	3.074	342%
<b>PPRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)</b>	Raio- X	1.500	2.170	145%
	Eletrocardiograma	1.200	446	37%
	Endoscopia	220	18	8%
	Broncoscopia	20	0	0%
	Colposcopia	70	59	84%
	Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	240	8	3%
	Ressonância magnética	20	1	5%
	Cintilografia Óssea	5	4	80%
	Tomografia Computadorizada	1.000	1.148	115%
	Ultrassonografia e Ecocardiograma	700	635	91%
	Diagnóstico em Laboratório Clínico	8.530	4.615	54%
	Biologia Molecular	8	0	0%
	Diagnóstico por Anatomia Patológica e citopatologia	200	102	51%
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 houve um aumento de 8% em relação ao mês anterior, mas ainda assim não atingiu a meta de 186 diárias pela demora na avaliação dos pacientes para a admissão na UTI. O fato de não ter um médico como responsável técnico pela UTI contribui muito para isso.

**Nº de cirurgias de Ortopedia Adulto:** os problemas com os carrinhos de parada foram um impedimento para o alcance da meta nesse indicador, bem como escalas noturnas de técnicos em radiologia que atuam do centro cirúrgico descobertas, inviabilizando a realização de cirurgias ortopédicas definitivas neste turno. Está sendo estudada uma solução para o problema.

**Nº de procedimentos de Cirurgia Geral:** A da série histórica desse indicador no ano de 2019 mostra a média esteve acima da meta em 35%. Nesse mês ainda foi maior a ultrapassagem da meta (48%) 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:** Em 4 meses de 2019 a meta foi ultrapassada e nesse primeiro mês de 2020 manteve essa tendência, em decorrência da ampliação do número de vagas para procedimentos oncológicos.

**Nº de atendimentos no ambulatório de Oncologia:** em três meses do último quadrimestre de 2019 observou-se a tendência de ultrapassagem da meta desse indicador o que se confirmou igualmente no mês corrente.

**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 1 paciente.

**Nº de Biópsias de Prostática:** Pela segunda vez consecutiva esse indicador esteve acima da meta desse, 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. Todavia, o número alcançado em janeiro de 2020 foi o maior desde o início das atividades do Hospital do Bem.

**Raio- X:** Os exames de raio x são realizados apenas para demanda interna do Complexo. A média mensal em 2019 foi de 46% acima da meta o que se observa também em janeiro, 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, mas excepcionalmente nesse mês, houve uma queda em função de problemas no tubo de Rx do equipamento, impedindo seu uso de 09/01 a 22/01, período em que os exames foram feitos em clínica particular. Ainda assim esteve 15% acima da meta.

**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 – JANEIRO/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%	91%
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%
A.2.2	Taxa de rotatividade de pessoal (Turn Over)	(Número de admissões + desligamentos ÷ 2 x 100/ N.º de	≤ 2,5%	0,6%

		funcionários ativos no cadastro do hospital		
<b>A.2.3</b>	Taxa de Absenteísmo	N.º de horas/homem ausentes x 100/ N.º de horas/homem trabalhadas	≤ 4,5%	5,57%
<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%	70,7%
<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%
<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%	20%
<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	4,38
<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/Leito	4,55
<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	9,1
<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	$\geq 85\%$	84%
<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%
<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	$\leq 5\%$	0,2%
<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	$\leq 10\%$	5%
<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	$\leq 30$	*

C.2	SEGURANÇA DO PACIENTE		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
C.2.1	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	20
C.2.2	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%	6%
C.2.3	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	9
C.3	INDICADORES RELACIONADOS AO ACESSO AO USUÁRIO		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
C.3.1	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%
C.4	INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
C.4.1	Indicador Satisfação do Usuário	Nº. de Questionário c/ Resposta afirmativa à Pergunta – Padrão x 100/ Nº. de Questionários Respondido	≥ 90%	--
C.4.2	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 DEZEMBRO haja vista que o faturamento só é fechado pela SES no final do mês subsequente.

**Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento:** Foram revisados 7% dos prontuários da internação, onde observou-se um aumento de 9 pontos percentuais em relação ao mês anterior. Entretanto, 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.

**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.

**Taxa de absenteísmo e Relação Pessoal/ leito:** Os 150 atestados apresentados durante o mês de referência, somados às férias, faltas, e vacâncias de profissionais efetivos, contribuíram para o não atingimento da meta. Foram instaurados procedimentos administrativos para os profissionais efetivos que possuem faltas reiteradas e injustificadas.

**Taxa de mortalidade institucional:** Esse indicador esteve sempre acima da meta durante 2019 e mantém-se no mesmo patamar devido ao perfil dos pacientes internados. 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.

**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 8 outras movimentações de pessoal:

TABELA 3: TIPOS DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL – JANEIRO/2019.

Tipo	Qtd	Especialidade
Desligamentos	6	1 gerente de apoio, 4 auxiliares de manutenção predial e 1 técnica de enfermagem
Transferência de Vínculo Concedida	2	1 psicólogo e 1 médico cardiologista

## 6. RELATÓRIO DE ATIVIDADES DOS SERVIÇOS

Seguem no Anexo III.

## 7. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

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

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

<p><b>Comissão:</b> DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE - CPTLP</p> <p><b>Data da reunião:</b> 27/01/2020</p> <p><b>Atividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantação do Protocolo de acompanhamento dos pareceres solicitados;</li> <li>• Discussão do fluxo de pareceres solicitados e forma de acompanhamento pelos membros;</li> <li>• Solicitação de inclusão de produtos biológicos para uso exclusivo da comissão;</li> <li>• Discussão de avaliação de continuidade de condutas indicadas pela CPTLP;</li> <li>• Implantação do Termo de Consentimento da CPTLP;</li> <li>• As avaliações serão acompanhadas via WhatsApp por toda a comissão.</li> </ul>
<p><b>Comissão:</b> PROTEÇÃO RADIOLÓGICA</p> <p><b>Data da reunião:</b> 24/01/2020</p> <p><b>Atividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura da proposta do Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica com discussão dos tópicos;</li> <li>• Relatório que os laudos da leitura dos dosímetros do mês de Dezembro ainda não foram disponibilizados pela empresa responsável;</li> <li>• Sugestão para inclusão de um membro representante do setor administrativo e mais um técnico em radiologia plantonista do serviço;</li> </ul>

- Será realizado uma revisão dos EPIs existentes no serviço pelo presidente da comissão.

**Comissão:** PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS (COPAME)

**Data da reunião:** 20/01/2020

**Atividades**

- Discussão, leitura e aprovação do Regimento Interno após algumas alterações;
- Elaboradas fichas para melhor andamento das ações da COPAME: Formulário de Notificação de inconformidade de produtos relacionados à saúde; Formulário de solicitação de alteração na padronização de material e equipamentos médico do CHRDJC; Formulário de solicitação de alteração na padronização de medicamentos do CHRDJC; Formulário de solicitação de compra de produto não padronizado no CHRDJC;
- Apresentação do fluxo de notificação direcionadas a COPAME;
- Discussão com justificativas para inserção de alguns materiais e medicamentos na padronização.

**Comissão:** GERENCIAMENTO DE RISCOS E BIOSSEGURANÇA

**Data da reunião:** 22/01/2020

**Atividades**

- Discussão sobre a eleição do novo presidente da comissão que será Clécia Maria (Gerente Administrativa), a Vice Presidente Luanna Cibely (Enfermeira Assistencialista) e a Secretária, Séfora Cândida (Gerente de Enfermagem)
- Leitura e discussão sobre o Programa de Gerenciamento de Riscos do CHRDJC;
- Sugerido a elaboração de um material educativo, tipo folder, para dar subsídio a atividade de sensibilização de todos os profissionais do serviço quanto a importância do gerenciamento de riscos e biossegurança;
- Sugerida a elaboração de uma ficha específica para notificação de eventos adversos, bem como o fluxo para o registro dessas notificações.

**Comissão:** EDUCAÇÃO PERMANENTE

**Data da reunião:** Não foi realizada no mês de janeiro devido à incompatibilidade de agenda dos membros.

**Comissão:** PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS

**Data da reunião:** Não foi realizada no mês de janeiro devido à incompatibilidade de agenda dos membros.

**Comissão:** ÉTICA EM ENFERMAGEM

**Data da reunião:** 30/01/2020

**Atividades**

- Elaboração de comunicações referente a sind. N° 02/2020, definido data para oitiva;
- Instaurada sindicância abordagem e coleta da denúncia de acompanhante;
- Realizada reunião educativa com a direção assistencial e coordenadoras de enfermagem do CHRDJC;
- Realizada escuta de profissionais devido situações de trabalho;
- Planejamento de cronograma anual para as atividades da comissão,
- Elaborado relatório anual das atividades da comissão e encaminhado para o COREN-PB.

**Comissão:** ÉTICA MÉDICA

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

**Comissão:** FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

**Data da reunião:** 05/02/2020

**Atividades**

- Reunião de competência JANEIRO/2020;
- Apresentação da economia com a implantação e uso da ficha de controle de antimicrobianos;
- Demonstração do quantitativo de fichas suspensas em janeiro/2020 e do relatório de economia gerado no Sistema de Gestão Hospitalar;
- Apresentação da Planilha de Padronização de Medicamentos sugerida pela SES/PB;
- Encaminhamento a respeito da falta de água destilada na apresentação de 10ml;
- Disparado a elaboração dos Protocolos Clínicos do CHRDJC.

**Comissão:** NÚCLEO HOSPITALAR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**Data da reunião:** 04/02/2020

**Atividades**

- Reunião com dados referente ao mês de JANEIRO/2020;
- Realizado Busca Ativa nos prontuários e foram registradas as seguintes notificações compulsórias: Antirrábica: 37; Animais Peçonhentos: 14; Violências: 02; Acidente de Trânsito: 290; Acidente Material Biológico: 04; Tuberculose: 00. Total de 348 notificações;
- Monitoramento das 74 (setenta e quatro) Declarações de óbitos no mês de janeiro;
- Monitoramento nos testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e C;

- Tivemos 06(seis) pacientes com exposição à relação sexual desprotegida (com indicação para PEP), estamos com 06(seis) KITS disponíveis para profilaxia;
- Realizado registro nos Sistemas específicos para cada agravo.

**Comissão: CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

**Data da reunião:** 31/01/2020

**Atividades**

- Discussão sobre a implantação do Protocolo para realização de Culturas, Uroculturas e Hemoculturas em todos os pacientes admitidos na UTI;
- Apresentado pela enfermeira executora do SCIH, proposta para de implantação da padronização de permanência dos dispositivos em setores fechados, para diminuir o risco de infecção hospitalar nos pacientes internos por tempo prolongado;
- Discussão sobre a necessidade de se modificar a localização física da enfermaria DIC (Doenças Infectocontagiosas) que se encontra hoje localizada numa área muito central, sendo rota para todo o fluxo de visitantes, acompanhantes, assim como pacientes de outras enfermarias, gerando risco para todos;
- Realizado no mês de janeiro 06 (seis) exames de cultura, urocultura e hemocultura com resultado de presença de microrganismos, sendo um multirresistente. Houve orientações para as equipes plantonistas quanto as medidas de precaução padrão;
- Realizada videoconferência com o SCIH e NHVE da SES/PB e os responsáveis pelos demais serviços, onde foi discutido as ações diante de um possível suspeito de Infecção Humana pelo Coronavírus.

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

**Data da reunião:** 29/01/2020

**Atividades**

- Solicitação para o Serviço de Engenharia do CHRDJC para avaliação e proposta para reforma da sala de abrigo dos resíduos sólidos de saúde;
- Repasse de informações da responsável pela SERVBRASIL, sobre quantitativo elevado de objetos encontrados nas roupas sujas recolhidas do CHRDJC;
- Discussão da importância de sensibilizar os colaboradores do Complexo, sobre o descarte apropriado dos resíduos de saúde;
- Solicitar apoio dos coordenadores de enfermagem de todos os setores para montar uma campanha com o tema: Conscientização do descarte apropriado dos Resíduos Sólidos de Saúde, agendado para o próximo mês, com orientações aos colaboradores durante o horário de refeição;
- Solicitado a responsável pelo serviço de lavanderia da SERVBRASIL, planilha contendo data, hora e setor que foi encontrado objetos dentro das roupas sujas coletadas.

**Comissão: REVISÃO DE ÓBITO**

**Data da reunião:** 03/02/2020

**Atividades**

- Reunião com dados referente ao mês de JANEIRO/2020;
- Discussão sobre o quantitativo de óbitos e as principais causas;
- Revisado semanalmente os prontuários dos pacientes que foram a óbito;
- Realizado a distribuição dos óbitos por unidades, onde a área vermelha obteve o maior número: 54 (Cinquenta e quatro);
- Monitoramento das Declarações de óbitos, conferência do diagnóstico clínico com a causa da morte, além da contabilidade dos prontuários;
- 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.

**Comissão:** NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Data da reunião:** 29/01/2020

**Atividades**

- Elaborada ficha de notificação de padronização do CHRDJC para as seguintes notificações:
  - Acidentes do paciente, Broncoscopia, Evasão do paciente, Extubação endotraqueal acidental, Falhas durante assistência a saúde, Falhas nas atividades administrativas, Falhas durante procedimento cirúrgico, Falhas na administração de dietas, Falhas na identificação do paciente, Falha na documentação, Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia, Falhas envolvendo cateter venoso, Falhas envolvendo sondas, Falha na administração de O2, Falhas no cuidado/proteção do paciente, Falhas na assistência radiológica, Queda do paciente, Queimadura do paciente, Tromboembolismo venoso (TVE), Lesão por pressão – Grau 1, 2, 3, 4.
- Solicitado à gerência administrativa que todo paciente que assinar o termo de alta, deve comunicar ao NSP para notificar a evasão do paciente;
- Elaborado cronograma para atividade de educação permanente sobre a importância das Notificações nos setores da UTI, Unidades de Internação, Serviço de Urgência e Emergência e Centro Cirúrgico, nos dias: 6, 7, 10, 11, 12, 13 e 14 de fevereiro.

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

**Data da reunião:** 23/01/2020

**Atividades**

- Alteração do fluxo para solicitação de material não SUS. A solicitação deverá passar por mais uma análise médica, tornando a conduta mais coerente;
- Solicitação de mais perfuradores ortopédicos ao setor de compras;

- Acompanhamento diário das pré-faturas da empresa que fornece OPME, CROMUS;
- Houve duas solicitações de materiais não SUS.

**Comissão:** NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

**Data da reunião:** 29/01/2020

**Atividades**

- Discussão de todos os artigos do Regimento Interno com sugestões de alterações/inclusão de conteúdos;
- Discussão sobre as suspensões de terapias enterais de sistema fechado pela enfermagem devido paciente apresentar diarreia, sem consentimento médico, nem do Serviço de Nutrição;
- Debatido sobre a quantidade insuficiente de bombas de dietas enterais no serviço, dificultando o controle ideal do volume de dieta infundido, além do risco de contaminação;
- Falta de Protocolo de Nutrição Parenteral para equipe médica;
- Necessidade de uma sala específica para o armazenamento e controle de estoque das dietas enterais de forma eficiente pelo nutricionista.

**Comissão:** INTRA HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA

**Data da reunião:** 06/01/2020

**Atividades**

- Informado a comissão quanto as perspectivas para inclusão de um médico na equipe;
- Reforçadas condutas quando ocorrência de reação transfusional;
- Realizar cumprimento do Regimento Interno;
- Informado a necessidade de higienização das caixas térmicas e frigobar;
- Realizar controle de reservas sanguíneas para da baixa no sistema do hemonúcleo.

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

- Não se aplica, pois o Complexo não possui esse serviço.

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

- Iniciada elaboração de cronograma para Processo Eleitoral.

**Comissão:** RESIDÊNCIA MÉDICA

- Não se aplica, pois o Complexo não possui esse serviço.

**Comissão:** REVISÃO DE PRONTUÁRIO

**Data da reunião:** 28/01/2020

**Atividades**

- Constatação de falta de carimbo do médico na admissão dos prontuários;
- Não preenchimento dos Bucomaxilofacial na ficha de internação dos prontuários;
- Encontradas prescrições médicas sem data do clínico Francisco Carvalho;
- Evolução de Enfermagem incompleta e sem carimbo;
- Inclusão na planilha da Comissão de Revisão de Prontuário, de mais uma coluna para análise do Controle de Antibióticos;
- Diretor Técnico realizará conversa com os médicos sobre o preenchimento adequado do prontuário.