ACREDITADO PLENO

HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

GOVERNO DO PARÁ
POR TODO O PARÁ

**Ofício DG-HOIOL - Nº 659/2019** **Belém, 05 de setembro de 2019.**

**À**
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ**
Avenida João Paulo II, nº 602 – Bairro: Marco - Belém/PA

**Ilmo. Sr.**
**Dr. ALBERTO BELTRAME**
Secretário Estadual de Saúde Pública

**Ilma. Sra.**
**Dra. IVETE VAZ**
Secretária Adjunta Estadual de Saúde Pública

**Ilmo(a). Sr(a).**
Coordenador(a) GTCAGHMR/SESPA

E. PROTOCOLO
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ PAE
SESPA-Sec. Executiva de Saúde Pública
Nº 2019, 430540
06/09/19 VALCINEI
Protocolista

**Assunto: Apresentação do Relatório de Prestação de Contas do mês agosto/2019.**

Prezados Senhores,

A Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, administradora do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, honrada em cumprimentá-los, vem respeitosamente, encaminhar em anexo, o Relatório de Prestação de Contas referente ao mês de agosto/2019, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 036/2015.

Por oportuno, esta gestora hospitalar solicita retorno de parecer da aprovação desta Prestação de Contas, bem como das enviadas anteriormente.

Contando com vossas costumeiras providências, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

**Alba Lucia de Menezes Sá Muniz**
Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Diretora Hospitalar

**Gilvania Oliveira da Silva**
Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Diretora Administrativa e Financeira

PRÓ SAÚDE

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 036/2015 – REF.: 08/2019

**10/09/2019** | **HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO**

Relatório de Gestão dos serviços assistenciais prestados no HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO, no Município de Belém/PA, pela Pró-Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

Protocolo

000001

# Relatório de Execução das Atividades do Contrato de Gestão Nº 036/2015 – Ref.: 08/2019

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

## Identificação das partes

**CONTRATANTE:** SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ

**GOVERNADOR:** HELDER ZAHLUTH BARBALHO

**SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE:** ALBERTO BELTRAME

**UNIDADE:** HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

**CNPJ:** 24.232.886/0168-37

**ENDEREÇO:** TRAVESSA 14 DE ABRIL, Nº 1.394, BAIRRO SÃO BRÁS, CEP 66060-281, BELÉM/PA.

**DIRETORA GERAL:** ALBA LÚCIA DE MENEZES SÁ MUNIZ.

Os Procuradores da PRÓ-SAÚDE - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, nesta unidade de saúde, abaixo assinados, DECLARAM, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos apresentados neste Relatório de Prestação de Contas, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época).

ALBA LÚCIA DE MENEZES SÁ MUNIZ
DIRETORA HOSPITALAR

GILVANIA OLIVEIRA DA SILVA
DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRO

**PRÓ-SAÚDE Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar**

Sumário

1. Introdução .....
2. Metas contratuais .....
2.1. Metas Quantitativas .....
2.2. Metas Qualitativas.....
3. Censo de Origem dos Usuários.....
4. Execução do Plano de Trabalho .....
5. Outras informações .....
ANEXO I .....
ANEXO II .....

## 1. Introdução

Inaugurado em outubro de 2015, o Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, está localizado em Belém/PA. Com atendimento integralmente vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Oncológico Infantil foi o primeiro hospital na região Norte dedicado exclusivamente ao diagnóstico e tratamento especializado do câncer infanto-juvenil e hoje é referência no Norte e Nordeste do País.

Por meio de Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), a Unidade, que é gerenciada desde a sua inauguração pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, tem a missão de tratar e cuidar com segurança e humanização dos usuários com câncer.

A Pró-Saúde em parceria com a SESPA, trabalhou neste período com intuito de otimizar e humanizar os serviços ofertados no hospital, sempre com foco na ampliação do acesso e com objetivo de tornar o Hospital Oncológico Infantil a melhor organização de saúde, referência no tratamento de câncer infanto-juvenil da região norte do país.

O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo conta com a seguinte capacidade instalada:

- Perfil dos Serviços Ofertados: Oncológico Infanto-juvenil;
- Clínica de Oncológica Pediátrica 1ª andar - 33 leitos, sendo 01 isolamento;
- Clínica de Oncológica Pediátrica 2ª andar - 34 leitos, sendo 02 isolamentos;
- Clínica de Oncológica Pediátrica 3ª andar - 12 leitos, sendo 02 isolamentos;
- Leitos de UTI Pediátrica 4 ª andar - 10, sendo 01 isolamento;
- Leitos em Operação: 89, sendo 79 de enfermaria e 10 de UTI;
- Bloco Cirúrgico: 04 salas;
- Consultórios: 02 consultórios médicos;
- Serviços de Quimioterapia ambulatorial e de longa duração; UAI, Unidade de Terapia Intensiva, Internações de Oncologia Pediátrica; Espaços de convivências especiais para as crianças, adolescentes e jovens, como Biblioteca, Brinquedoteca, Espaço *Teen* e Solário. Reabilitação com Serviços de Cinesioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. SADT próprio com exames de Ultrassom e Raio X e laboratório.

Além disso, o Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo possui Habilitações, Premiações e Reconhecimentos, tais como:

- UNACON - Exclusiva de Oncologia Pediátrica.
- 10 leitos de UTI habilitados.
- Signatário do Pacto Global da ONU – 2016.
- Selo ONA 1 – concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) 2017.
- Signatário do Pacto de Princípios de Empoderamento das Mulheres, iniciativa da ONU para promover a igualdade de gêneros e empoderamento das mulheres (2017).
- Prêmio Excelência em Saúde 2017 - categoria Gente e Gestão (2017).
- Prêmio 'Líderes da Saúde Norte e Nordeste' - categoria Saúde Pública (2017).
- 2º lugar - Categoria Organizacional - modalidade Gestão de Pessoas, na 9ª edição do Prêmio Ser Humano, da Associação Brasileira de Recursos Humanos - Seccional do Pará (ABRH-PA) - (2017).
- Reconhecimento pela participação na Campanha Global Desafio 2020 Saúde pelo clima, campanha internacional coordenada pela Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis (2017).
- Reconhecimento pela participação no Desafio Resíduo, iniciativa da Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis (2017).
- Selo ONA 2 – concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) 2018.
- Cozinha com Selo *Green Kitchen* (2018).
- 3º lugar - Prêmio Melhores Práticas do 3º Seminário Internacional de Segurança do Paciente e Acreditação em Saúde - ONA São Paulo (2018).
- Emissão da Licença de Funcionamento junto ao Departamento de Vigilância Sanitária / Prefeitura Municipal de Belém (2018).
- Manutenção da Certificação Hospital Acreditado Pleno - ONA 2 (2019).

## 2. Metas contratuais

Em 1996 foi publicada no Estado do Pará a Lei Nº 5.980/1996, que dispôs sobre a qualificação das Organizações Sociais e definiu, entre outras, as regras de acompanhamento, avaliação e fiscalização dos Contratos de Gestão.

De acordo com o Contrato de Gestão Nº 036/2015, firmado entre CONTRATANTE e a Pró-Saúde, foram estabelecidas as metas quantitativas e qualitativas, bem como a metodologia de apuração do seu cumprimento de acordo com os objetivos a serem alcançados.

Assim, as metas estipuladas são tratadas como objetivo a ser alcançado através da implantação de metodologias de trabalho que proporcionem o aperfeiçoamento contínuo de processos operacionais, promovendo a melhoria da qualidade assistencial e a satisfação da população atendida.

A fim de viabilizar o enfrentamento dos desafios, a Pró-Saúde qualifica suas equipes de trabalho nos diversos níveis: Diretivo, Gerencial e Operacional. Assim, podemos afirmar que dotamos um time capaz de vencer os desafios propostos e alcançar as metas estabelecidas.

O HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO tem como **Negócio** "Tratamento e Cuidado a crianças e adolescentes com câncer"; **Missão** "Promover soluções na área da Saúde, Educação e Assistência Social, primar pela excelência assistencial e integridade, centradas nos princípios cristãos para a melhoria dos serviços públicos"; **Visão** "Ser líder em gestão hospitalar de saúde pública, reconhecida pela qualidade e segurança assistencial e referência em integridade e sustentabilidade das práticas institucionais" e **Princípios** como: **Humanização** - foco no ser humano de maneira integral; **Segurança** - promover práticas seguras aos usuários, profissionais e patrimônio; **Sustentabilidade** - busca pelo equilíbrio do tripé econômico, social e ambiental; **Pertencimento** - ser parte imprescindível do todo.

### 2.1. Metas Quantitativas

Em agosto de 2019, todas as metas quantitativas foram alcançadas, sendo realizadas 2.512 sessões de quimioterapia e 1.691 consultas ambulatoriais. Foram registradas também 129 saídas hospitalares, conforme tabelas a seguir:

## 2.2. Metas Qualitativas

Em agosto de 2019, todas as metas qualitativas foram cumpridas satisfatoriamente. Com avaliação positiva dos usuários em 96%.

As conformidades em prontuário chegaram a 94%. Todas as autorizações de internação hospitalar referentes ao mês anterior foram apresentadas no dia 14 de agosto de 2019, conforme estabelecido no manual de avaliação.

Os índices de extravasamento no ambulatório e na unidade de internação foram de 0,00% e 0,0%, respectivamente. Com relação à taxa de infecção na unidade, o resultado de 4,15% está abaixo dos parâmetros estipulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme demonstrativo abaixo:

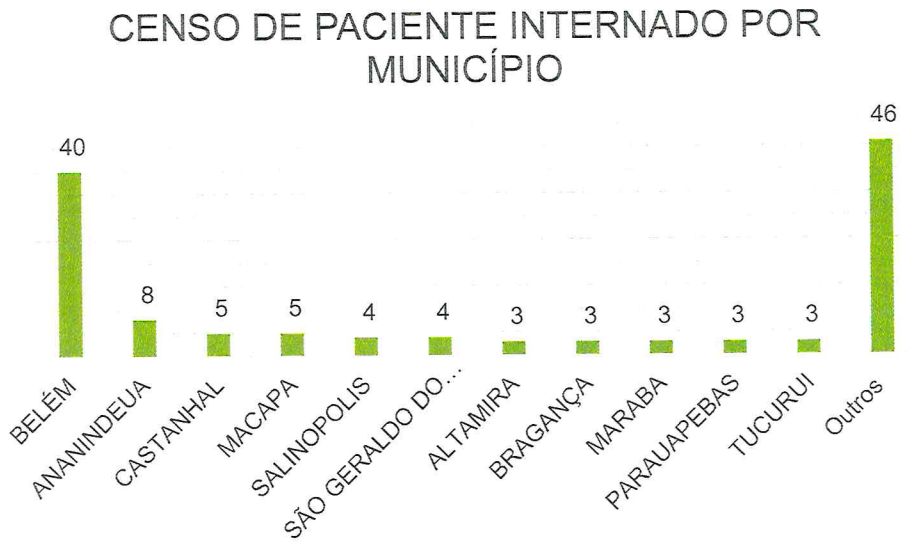
| INDICADORES | META CONTRATUAL - % | PARÂMETROS* | META ATINGIDA AGOSTO |
|---|---|---|---|
| QUALIDADE DA INFORMAÇÃO (APRESENTAÇÃO DE AIH) | 100% | Apresentação de 100% das AIHs referente ao mês de competência. Livre de crítica e reapresentações. Preenchimentos de forma correta e idônea. | 100% |
| ATENÇÃO AO USUÁRIO | 100% | Espaço físico, fluxo, responsável pela coordenação e instrumento de informação. Confirmação que foram respondidas queixas dos usuários no mínimo 80% - Implantar pesquisa de Satisfação de alta hospitalar. | 100% |
| COMISSÃO DE PRONTUÁRIO | 100% | Existência de um responsável pela coordenação da Comissão, estabelecidos formalmente Limite máximo de 10% de não conformidade de 11 itens de verificação dos prontuários. Registro de reuniões (Atas), dos participantes (nome e cargos), as atividades e medidas implantadas. | 100% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAT - CCIH | 100% | Existência de um responsável pela coordenação da Comissão, estabelecido formalmente. Monitorar e avaliar os indicadores, registro detalhado das atividades e das medidas implementadas - Registro de reuniões (Atas) | 100% |
| INCIDENCIA DE EXTRAVASAMENTO DE DROGAS ANTINEOPLÁSICA (AMBULATÓRIO E INTERNAÇÃO) | 100% | Encaminhamento do relatório mensal constando a incidência de extravasamentos de drogas antineoplásica ambulatorial e na Internação. | 100% |

Fonte de dados: sistema Salux e relatórios setoriais

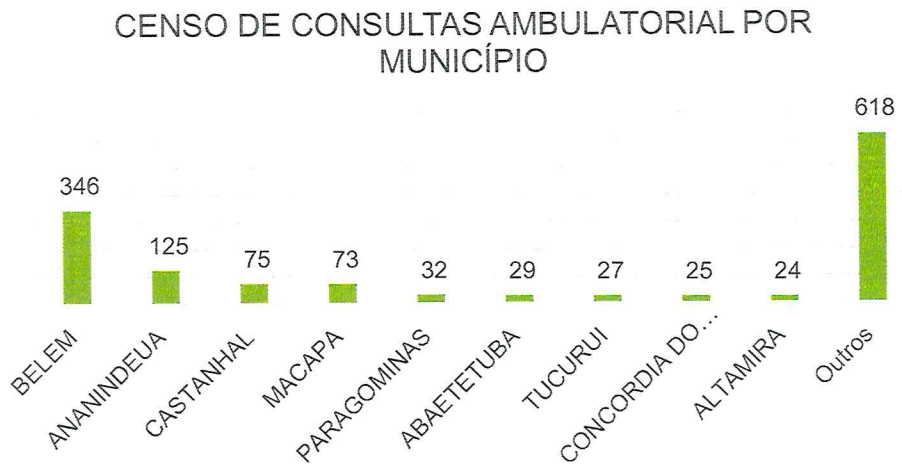
## 3. Censo de Origem dos Usuários

Em agosto de 2019, houve 129 internados, em destaque a cidade de Belém que apresentou 31% dos usuários internados.



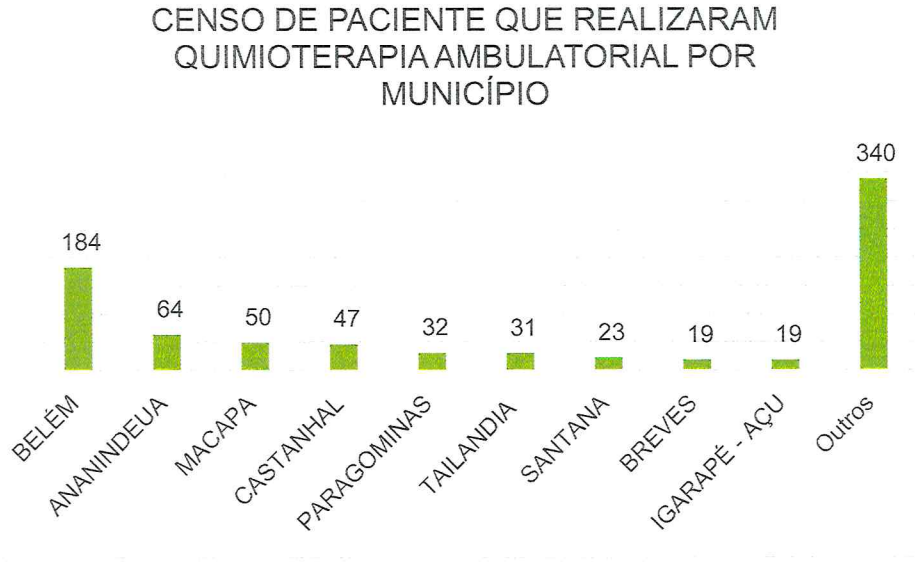

*Demais municípios do Estado do Pará (vide plano estatístico, item 1.6)

Também foram registrados, em agosto, 1.691 consultas ambulatoriais, com ênfase para a cidade de Belém, que apresentou 20,47% dos usuários consultados.




* Demais municípios do Estado do Pará (vide plano estatístico, item 2.4.14)

Ainda em agosto, houve 809 usuários que realizaram sessões de quimioterapia ambulatorial, em destaque a cidade de Belém, que apresentou 22,75% dos usuários submetidos às sessões.




*Demais municípios do Estado do Pará (vide plano estatístico, item 3.8.3)

## 4. Execução do Plano de Trabalho

No que tange ao Plano de Trabalho, este é composto pelas atas de reuniões das comissões internas obrigatórias, (Prontuário do Paciente, Verificação de Óbito, Ética Médica, Ética de Enfermagem, Controle de Infecção Hospitalar, Farmácia e Terapêutica), e, todas foram realizadas de acordo com seus respectivos regimentos.

Atividades do plano de trabalho:

**4.1- Relatório do Serviço de Atendimento ao Usuário - S.A.U;**

**4.2- Relatório SCIH / Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;**

**4.3- Relatório do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE;**

**4.4- Incidência de Extravasamento de Drogas Antineoplásica;**

**4.5- Comissão de Prontuário;**

**4.6- Protocolo de Remessa - AIH's (CD-ROM);**

**4.7- Comissão de Ética de Enfermagem (CD-ROM);**

**4.8- Comissão de Ética Médica (CD-ROM);**

**4.9- Comissão de Farmácia Terapêutica (CD-ROM);**

**4.10- Comissão de Verificação de Óbito (CD-ROM);**

**4.11- Relatório de Sugestões e Elogios - S.A.U (CD-ROM);**

**4.12- Relatório da Humanização (CD-ROM);**

**4.13- Relatório do Núcleo de Educação Permanente - NEP (CD-ROM);**

**4.14- Relatório da Sustentabilidade (CD-ROM);**

**4.15- Relatório do Programa Prosseguir (CD-ROM).**

## 4.1- Relatório do Serviço de Atendimento ao Usuário - S.A.U

**Serviço de Atendimento ao Usuário**

1. Introdução

Este relatório vem apresentar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Atendimento ao Usuário no mês de agosto de 2019 no Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo.

2. Espaço físico

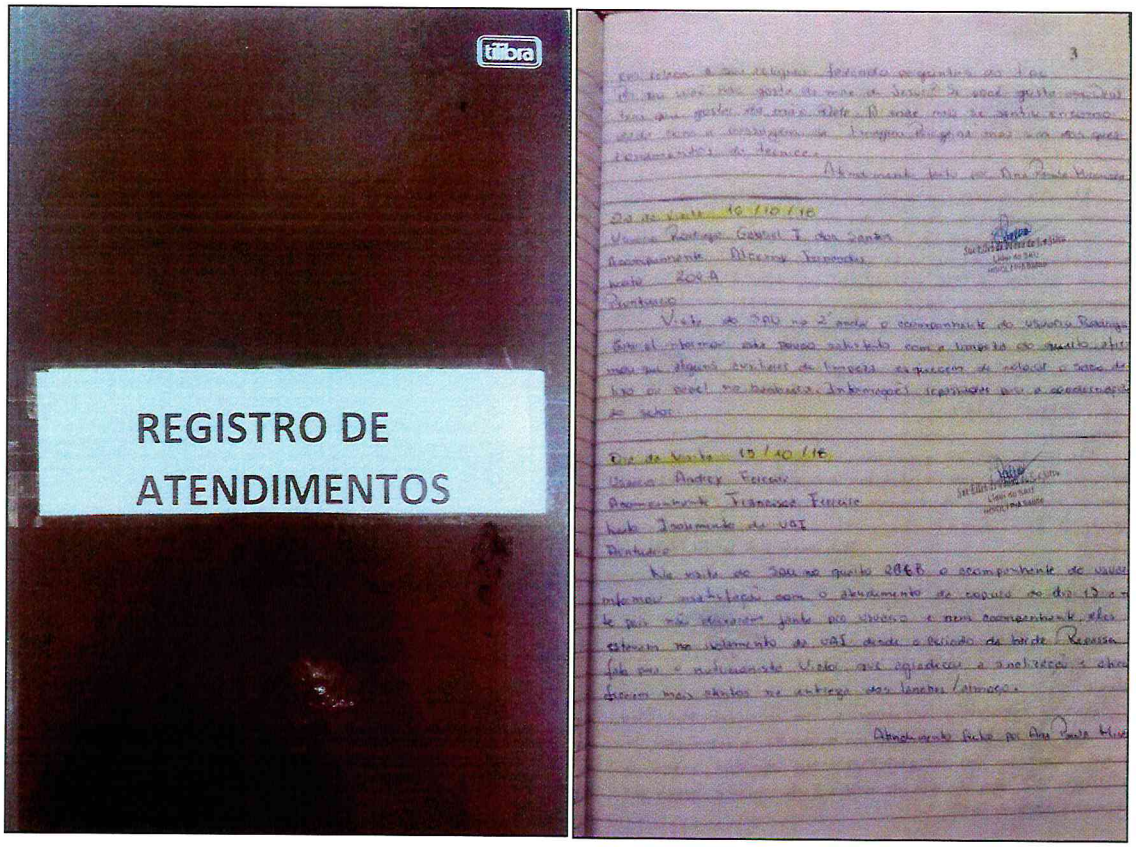
O Serviço de atendimento ao usuário atualmente está localizado no térreo do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, onde possui atendimento personalizado, e espaço reservado para atendimento dos usuários, acompanhantes, e visitantes onde realiza escuta efetiva e avaliação da satisfação da qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

Fonte: ASCOM (Sala do Serviço de Atendimento ao Usuário – S.A.U)

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

000013

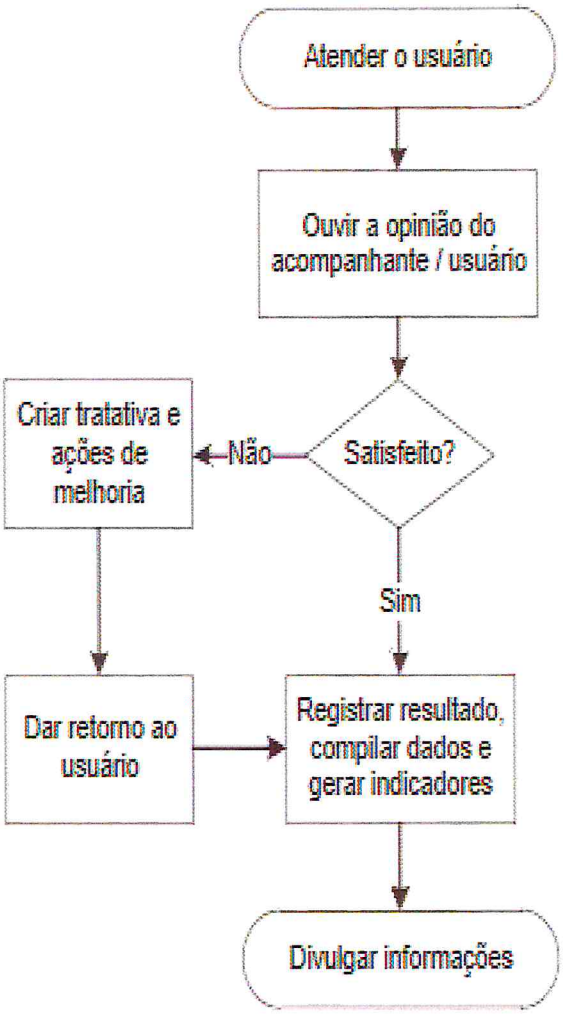
Os atendimentos realizados são registrados em livro próprio com folhas numeradas com apresentação da resolutividade e confirmação de que foram respondidas e arquivadas no setor. Em caso de elogio, será encaminhado ao gestor responsável, devendo o mesmo dar conhecimento a sua equipe das informações prestadas pelos usuários e o SAU colocará no quadro de elogiados do mês.




FONTE: ASCOM (Livro de Registro de Atendimentos)

Gerente Qualidade HOIOL/Pró Saúde

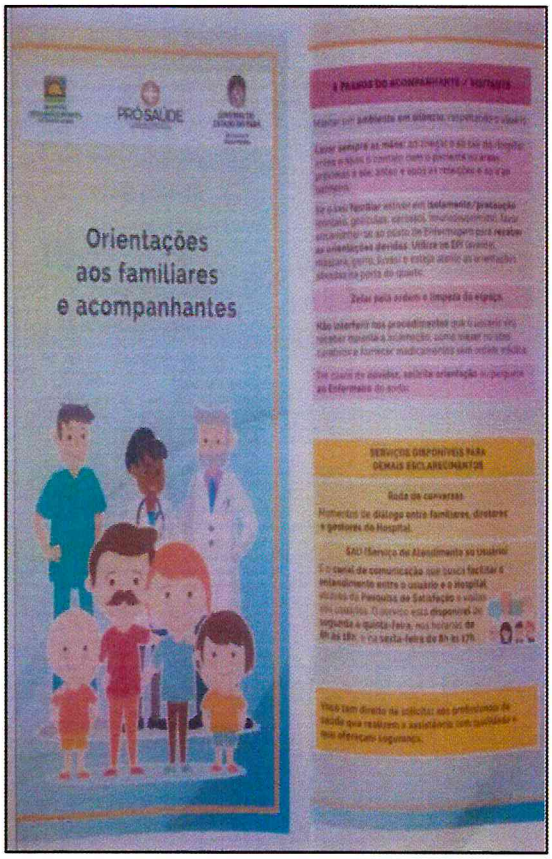
Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde




1. <u>Divulgação do serviço</u>

O serviço é divulgado nas recepções através de folder e totem, diariamente nas unidades de internação através das visitas beira leito e nas integrações para novos colaboradores onde é incentivado a todos utilizarem o serviço de atendimento para melhorias e resolutividade dos serviços do hospital.

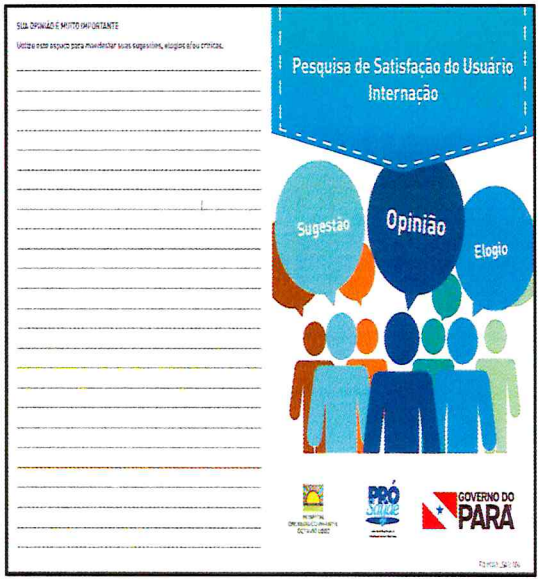
Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

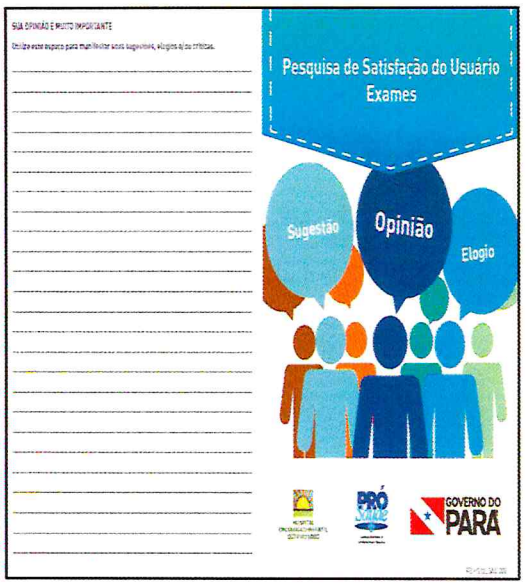


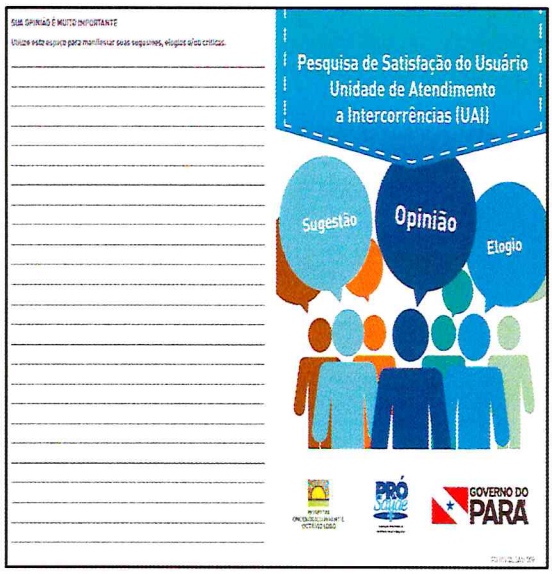
1. <u>Pesquisas de satisfação</u>

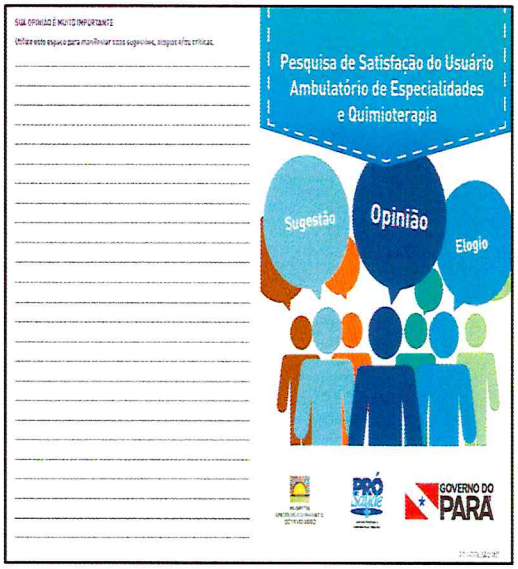
O Serviço de Atendimento ao Usuário, avalia a satisfação do usuário, por meio dos questionários de Internação (onde acompanha diariamente beira leito a satisfação dos usuários internados), Ambulatoriais, SADT, e Urgência e Emergência. Estes formulários estão em todos os andares do hospital, assim como mural de elogiados. As pesquisas de satisfação com os usuários/acompanhantes também são realizadas via tablet, interfaceada com o Interact/SAS. A boa prática é baseada nos fundamentos da gestão da saúde (Manual ONA), representando a Gestão da Inovação, Responsabilidade Socioambiental e Melhoria Contínua.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde



Fonte: ASCOM (Pesquisa de Satisfação via Tablet)

Vivian Almeida Lôsses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

5. Resultados das pesquisas de satisfação

Durante o período 01/08/2019 a 31/08/2019 foram realizadas pesquisas de satisfação que contabilizadas nos forneceram os seguintes dados abaixo:

Tabela 01: Total de questionários respondidos em agosto 2019.

| 1- Total de Questionários Respondidos | Atendimentos | Meta | Pesquisas Realizadas |
|---|---|---|---|
| Ambulatório | 823 | 82 | 267 |
| Exames | 513 | 51 | 235 |
| Internação | 127 | 13 | 101 |
| Unidade de Atendimento a Intercorrências | 518 | 52 | 222 |
| **TOTAL** | **1981** | **198** | **825** |

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, agosto 2019.

Tabela 2: Percentual da Satisfação por Setores e Global.

| Percentual da Satisfação do Usuário por Setores e Global | % |
|---|---|
| Internação | 97% |
| Exames | 96% |
| UAI | 98% |
| Ambulatório | 92% |
| **Taxa Global** | **96%** |

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, agosto 2019.

Tabela 2: Percentual da Satisfação Pós alta

| 1- Total de Questionários Respondidos | ALTAS | Meta | Pesquisas Realizadas |
|---|---|---|---|
| Internação 1º andar | 63 | 6 | 15 |
| Internação 2º andar | 37 | 4 | 30 |
| Internação 3º andar | 21 | 2 | 27 |
| UTI | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **121** | **12** | **72** |

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, agosto 2019.

Regiane de Carvalho da Si
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

| Pesquisa | Insatisfeito (1-2) | Pouco satisfeito (3 a 4) | Indiferente (5 a 6) | Satisfeito (7 a 8) | Muito satisfeito (9 a 10) | Satisfação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Internação 1º | 17% | 17% | 0% | 17% | 50% | 67% |
| Internação 2º | 6% | 25% | 0% | 38% | 31% | 69% |
| Internação 3º | 0% | 10% | 0% | 10% | 80% | 90% |
| UTI | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| **Média (Conceito)** | 6% | 13% | 0% | 16% | 40% | **75%** |

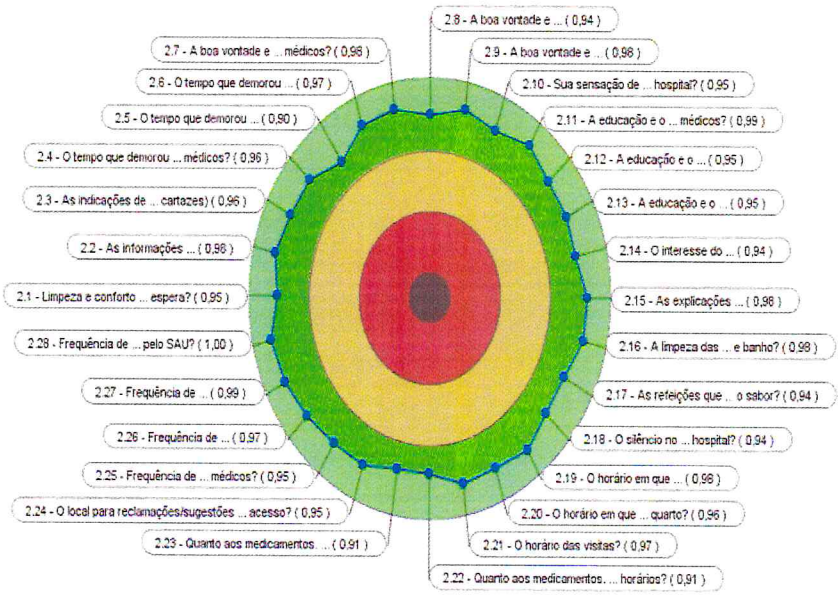
1. Diagrama das perguntas de satisfação dos setores

O Diagrama nos demonstra o nível de satisfação do usuário por pergunta, sendo o verde dentro da meta de 80%, o amarelo está próximo e o vermelho está abaixo.

Agosto/2019

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Internação (Pontuação Atualizada)

Data: 02/09/2019
Página: 1




*Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser*

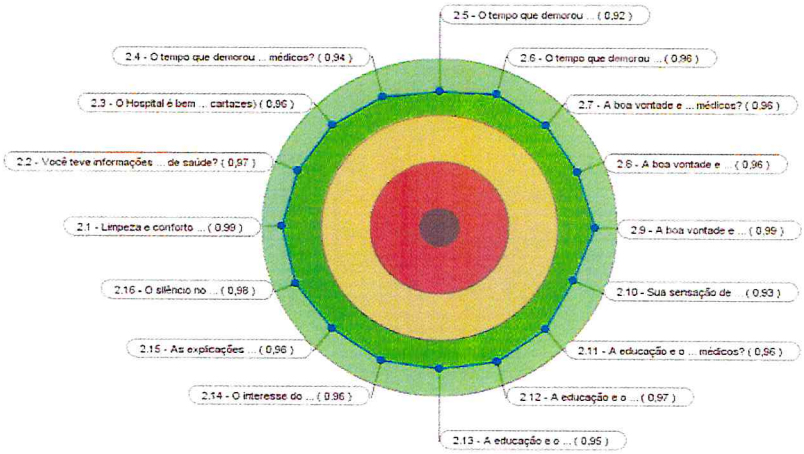
Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hofol/Pró-Saúde

## 8.2 Diagrama 02: Pesquisa de Satisfação Ambulatório

Agosto/2019

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Ambulatório

Data: 02/09/2019
Página: 1



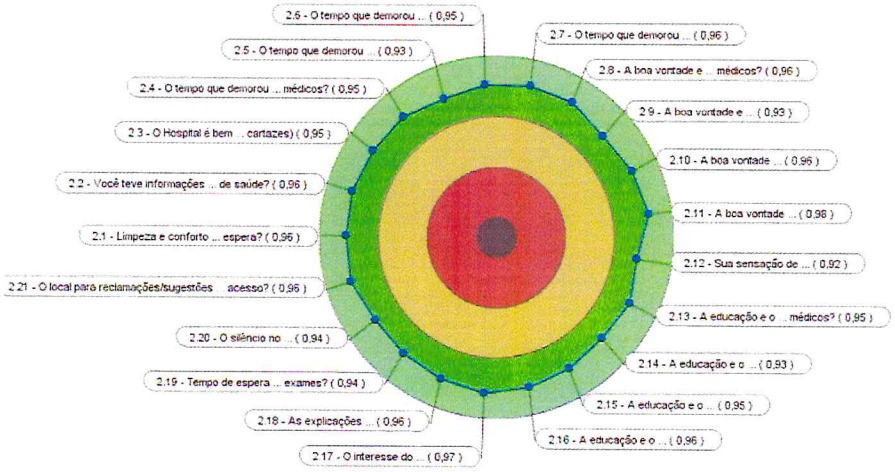

*Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser*

## 8.3 Diagrama 03: Pesquisa de Satisfação UAI.

Agosto/2019

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário UAI

Data: 03/09/2019
Página: 1




*Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser*

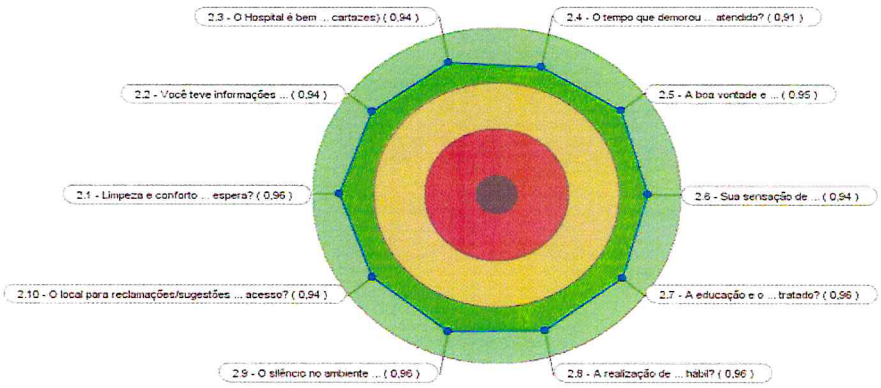
Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

8.4 Diagrama 04: Pesquisa de Satisfação Exames.

Agosto/2019

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Exames

Data: 02/09/2019
Página: 1




*Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser*

Todas as perguntas foram atendidas em mais de 80% do nível de satisfação do usuário.

1. <u>Fluxo das demandas de elogios, sugestões e reclamações registradas pelo SAU no mês agosto/ 2019.</u>

Dos 103 (cento e três) registros, 93% foram direcionados aos elogios, 7% para reclamações e 0% para sugestões. A porcentagem dos atendimentos registrados pode ser observada na tabela 3:

Tabela 3: Comparativo da quantidade de reclamações, elogios e sugestões - Mês de agosto 2019.

| Classificação Registro | Total | % |
|---|---|---|
| Reclamações | 7 | 7% |
| Elogios | 96 | 93% |
| Sugestões | 0 | 0% |
| **TOTAL** | **103** | **100%** |

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, agosto 2019.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Tabela 4: Registro de Reclamações por Formulário e Atendimento em Sala.

| Reclamações | Total | % |
|---|---|---|
| Ambulatório | 1 | 14% |
| Exames | 0 | 0% |
| Internação | 1 | 14% |
| Unidade de Atendimento a Intercorrências | 1 | 14% |
| Atendimento em Sala | 4 | 57% |
| **TOTAL** | **7** | **100%** |

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, agosto 2019.

Tabela 5: Elogios Realizados nos Formulários de Pesquisa

| Elogios | Total | % |
|---|---|---|
| Ambulatório | 14 | 15% |
| Exames | 2 | 2% |
| Internação | 73 | 76% |
| Unidade de Atendimento a Intercorrências | 7 | 7% |
| **TOTAL** | **96** | **100%** |

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, agosto 2019.

Tabela 6: Sugestões Realizadas nos Formulários de Pesquisa.

| Sugestões | Total | % |
|---|---|---|
| Ambulatório | 0 | 0% |
| Exames | 0 | 0% |
| Internação | 1 | 0% |
| Unidade de Atendimento a Intercorrências | 0 | 0% |
| **TOTAL** | **0** | **0%** |

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, agosto 2019.

Conforme a tabela 7, tivemos das 07 (sete) reclamações o total de 100% tratadas, alcançando o estipulado em contrato. Segue abaixo a transcrição do tratamento, assim como o seu demonstrativo.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Tabela 7: Reclamações por Formulário de Pesquisa e Atendimento em Sala.

| Reclamações Tratadas | Total | Tratadas |
|---|---|---|
| Ambulatório | 1 | 0% |
| Exames | 0 | 100% |
| Internação | 1 | 100% |
| Unidade de Atendimento a Intercorrências | 1 | 100% |
| Atendimento em Sala | 4 | 100% |
| **TOTAL** | **07** | **100%** |

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, agosto 2019

## RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO AMBULATÓRIO

***Preenchimento:***

*" Técnicos que não conseguem pegar acesso, sendo várias furadas no paciente, horas furando, 13 furadas. OBS: O pior de tudo é o material de pegar acesso que foi substituído por um que é horrível! As crianças sofrem muito por conta desse material. " [sic] V.B.M (Acompanhante)*

**Tratamento:**

Bom dia, de antemão agradeço seu registro e aproveito a oportunidade para esclarecer o que é dispositivo jelco.

O cateter intravenoso jelco é um dispositivo médico básico, usado para introdução de medicação na corrente sanguínea. É composto por uma agulha e revestimento flexível, tendo a possibilidade de, após o acesso venoso, poder retirar a agulha, ficando apenas o revestimento.

A punção venosa com jelco sobre uma agulha é popularmente conhecida por profissionais como jelco. É um material diferenciado pela forma como é construído, conta com um cateter de teflon que envolve o cateter com uma agulha inoxidável. O jelco apresenta diferentes tamanhos, cada um é indicado para uma punção venosa específica. Entre suas vantagens, estão:

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

- Reduz os riscos de contaminação e acidentes perfurocortantes.

- Por conta da agulha siliconizada com bisel biangulado e trifacetado, conectada ao mandril-guia e puxador, simplifica a punção e a inserção e diminui o traumatismo dos tecidos.

- Permite a retirada da mesma após o procedimento.

- Possui ótimo desempenho e permanência na veia, reduzindo a ocorrência de flebite.

- O protetor transparente possibilita a visualização do conjunto; as asas de fixação facilitam a empunhadura durante a punção e estabilização do dispositivo durante o procedimento.

- Possui tubo vinílico transparente e apirogênico que proporciona a visualização do refluxo sanguíneo e/ou medicamento infundido? garantindo, assim, um mínimo contato com o sangue.

Todas estas características do jelco estão disponíveis para consulta pública na internet e são as mesmas que o nexiva apresenta. Ressalto, ainda, que a utilização deste dispositivo nunca deixou de ser feita neste hospital quando introduzimos o nexiva. Porém devido o nexiva pode ser utilizado por mais dias do que o jelco, na UAI passamos a utilizar o jelco devido o tempo de permanência dos nossos usuários em atendimento serem bem menor do que no casos dos usuários internados. Esclareço que casos o seu menor seja internado utilizaremos o nexiva para o acesso do mesmo. Reforço e garanto que não há nenhum tipo de diferença na utilização entre o jelco e o nexiva relacionado a segurança.

Este tipo de rotina foi adotado também pela quimioterapia, visto que não oferece nenhum tipo de risco ao usuário devido sua qualidade. Nos comprometemos em rever a prática e estabelecer o número de punções de acesso venoso periférico em 24h, analisando também o quadro clínico e a necessidade desta punção para o usuário. Lembrando que em algumas situações é de suma importância a realização deste procedimento para salvaguardar a vida de nossas crianças.

Peço sua compreensão pois estamos sempre trabalhando buscando melhores alternativas para a manutenção da segurança dos nossos usuários.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde



000025

Deixo-me a disposição para maiores esclarecimentos. Enfª Adriléia Brito - Coordenação de Enfermagem UAI/NIR/AMB

**Complemento da Diretoria:**

Ao analisar o registro identificamos que se faz necessário esclarecer que ambos os dispositivos utilizados para punção de acesso periférico (nexiva/jelco) tem a mesma finalidade. Alguns pacientes apresentam uma rede vascular (veias) fragilizada devido a situação clínica e uso de medicamentos, fato que muitas vezes dificulta a punção do acesso periférico. Para melhor atender a demanda sinalizada revisamos os protocolos assistenciais e definimos o número máximo de punções periféricas em 24h para diminuir o número de tentativas de punção, haja vista entendemos que se trata de uma intervenção invasiva, especialmente quando cuidamos de crianças e adolescentes. Agradecemos pelo registro, pois conseguimos implementar ações de melhoria junto aos processos. Josieli Pinheiro - Diretora Assistencial

**Retorno:**

O S.A.U entrou em contato com a mãe da usuária via telefone na data de 09/08/2019, para dar o retorno da sua reclamação, a acompanhante após ficar ciente da sua resposta ficou insatisfeita pois a sua opinião sobre o acesso jelco apesar dos benefícios que constavam na sua reclamação ainda sim estava insatisfeita com o acesso, deixando claro que o acesso nexiva é de melhor manuseio, a mãe agradeceu o retorno que obteve da sua reclamação, o S.A.U informou está à disposição.

**Aceitação do usuário**: Insatisfeito (a)

**RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI**

***Preenchimento:***

*" Estou profundamente decepcionada com o prazo que me foi passado para marcar os exames de imagem de 60 a 90 dias, o qual não podemos esperar este prazo, pois dependemos desse exame para dar continuidade ao tratamento. Os exames são 3 tomografias. " [sic] P.S.S (Acompanhante)*

**Tratamento:**

Gerência Qualidade HOIOL/Pró Saúde

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Boa tarde, primeiramente gostaria de agradecer o seu registro e aproveitar a oportunidade para lhe explicar o fluxo de agendamento dos exames de imagem ambulatoriais.

Temos conhecimento da solicitação do exame realizada, os quais encaminhamos para agendamento junto ao DERE - Departamento de Regulação de Belém, porém temos demora na resposta deste setor sobre os agendamentos (em torno de 60 a 90 dias). Nos casos em que os exames são de urgência a equipe médica da oncologia pediátrica ou demais especialidades sinaliza para o NIR através de uma cartinha, sendo que no seu caso os exames não foram solicitados com urgência.

Esta solicitação com a cartinha que sinaliza a urgência para realização do exame é encaminhada pelo NIR para diretoria técnica do hospital que juntamente com o apoio da equipe de oncologia pediátrica avaliam caso a caso e determinam as urgências a serem realizadas ou os casos que serão realizados de rotina.

Ressalto que todos os exames de nossos usuários que sejam necessários são realizados por esta instituição, seja via DERE ou mesmo via prestadores de serviço do HOIOL, porém estes agendamentos acontecem de acordo com os critérios definidos pela oncologia e informo que o de seu filho está nesta programação de agendamento para a efetivação do exame.

Após esta liberação, o NIR solicita agendamento aos locais de realização dos exames cadastrados por este hospital e entramos em contato com os responsáveis pelos usuários solicitando o comparecimento ao NIR para as devidas orientações.

Peço que nos aguarde pois em breve entraremos em contato com sra para concluirmos esta demanda.

Certa de ter conseguido ajudar, peço desculpas pela demora. Enfª Adriléia Brito - Coordenação NIR - HOIOL

**Complemento da Diretoria:**

O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo com base nos preceitos de segurança e qualidade, segue uma linha de trabalho que se preocupa em otimizar os processos, e, portanto, considera o registro como algo de fundamental relevância para a melhoria destes. Importante reiterar que conforme análise da coordenação da área, o fluxo de

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

agendamento de alguns exames, depende de outras instituições, e que estamos empenhados em fazer sempre o melhor e no menor tempo possível. Cada registro nos faz rever processos e atuar de forma a identificar oportunidades de melhoria. Josieli Pinheiro - Diretora Assistencial

**Retorno:**

No dia 09/08/2019, o S.A.U via telefone entrou em contato com a mãe da usuária que ficou satisfeita com a resposta pois através da mesma ficou ciente do fluxo para solicitação de exame*: " Agora já sei como é o processo de solicitação de exame com urgência, a resposta me ajudou a entender melhor.* " [sic]. A usuária realizou o exame que havia solicitado pelo ambulatório na sua última internação , segundo a mãe a usuária internou para fazer quimioterapia e comentou com a Dra. que estava acompanhando que havia um exame pendente, e com o intuindo de agilizar e otimizar o processo de tratamento da paciente, a Dra. solicitou o exame pela internação e logo em seguida a usuária realizou o exame, resultando na otimização e continuidade do tratamento, ocasionando na satisfação da acompanhante. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

**Aceitação do Usuário:** Satisfeito (a)

## RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1º ANDAR

***Preenchimento:***

*"Gostaria de deixar claro minha satisfação com todos do hospital, sempre fui muito bem tratada por cada funcionário, e tenho esse hospital como referência, onde for vou sempre fala muito bem do hospital em geral, todos são um amor com exceção á duas funcionárias da cozinha do 1ª andar, cujo nome eu não sei, mas estavam trabalhando na sexta feira há noite, lá pelas 19:00hrs da noite tive uma pequena discussão com uma funcionária da cozinha por conta de um prato, que eu queria colocar em cima de um carro que fica no corredor, perguntei a ela, se eu podia colocar e ela com arrogância disse que não deveria pois já tinha passado para recolher, então voltei com o mesmos para o quarto, onde eu falei que minha filha não tinha horário para comer . E ela com outra funcionária da cozinha começaram a falar alto dizendo: que elas sim tinha obrigação para esperar a boa vontade de entregar o prato, daí comecei a reclamar com a que se envolveu e ela me mandou procurar o SAU, e ainda com deboche disse ainda*



Renone de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoipl/Pró-Saúde
000028

*que ficava no térreo, e assim fiz mais estava fechado espero quer minha reclamação chegue pra que elas aprendam a ter mais educação e humanidade dentro delas. agradeço Atenção". [sic] K.S.M.M (Acompanhante)*

**Tratamento:**

Prezada, agradecemos sua satisfação com os serviços do hospital e tê-la como referência nos engrandece. Por este motivo, a situação ocorrida foi recebida e analisada com muita atenção e cuidado pelo setor, pois, prezamos por um ambiente de trabalho e comportamentos interpessoais harmoniosos, zelando pelos nossos usuários, familiares ou responsáveis e colaboradores. Peço desculpas em nome do SND pelas condutas inadequadas dos envolvidos e realizarei reunião com a equipe para que comportamentos dessa natureza não venha ser recorrente. Aproveito para esclarecer que, no setor há algumas normas internas sobre o recolhimento de utensílios pelos copeiros, no entanto, tais informações devem ser repassadas de forma clara e respeitosa aos usuários, acompanhantes ou responsáveis, para que todos estejam atualizados quanto a essas normas internas. Estamos à disposição no setor diariamente para receber suas sugestões e esclarecer dúvidas. Desde já agradecemos. Atenciosamente. Sandra Seabra Moraes - Coord. SND

**Complemento da Diretoria:**

Primeiramente gostaria de esclarecer o quanto este tipo de registro é importante para nosso serviço. Todas as pontuações nos permitem rever processos de trabalho e até mesmo identificar condutas em ambiente de trabalho que mereçam ser reavaliadas. De acordo com a coordenação do SND a equipe será orientada em reunião sobre a postura. Estaremos ainda intensificando as orientações referente a este tipo de rotina, tendo em vista melhorar a comunicação e evitar ocorrências como a descrita. Agradecemos e nos colocamos à disposição. Josieli Pinheiro - Diretora Assistencial

**Retorno:**

O S.A.U entrou em contato com a mãe no dia 12/08/2019 via telefone, para dar o retorno da sua reclamação, na qual a mãe ficou muito satisfeita com o retorno dado , pois segundo a mãe a coordenação pode ver como a sua equipe procede mediante a esse tipo de reclamação, tomando as devidas providências, a mãe ressaltou que está ciente dos horários de entrega das bandejas térmicas mas que a situação em questão foi casual

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hool/Pró-Saúde

, que a filha estava na Colônia de Férias do Hospital e lanchou no evento e no seu retorno para a enfermaria não estava com fome resultando na devolução da refeição. *" Sempre elogiei e sempre vou elogiar todos os funcionários deste hospital, somente essa situação que aconteceu com essa copeira, mas não quero gerar nem um tipo de problema para ela.* ", [sic]. O S.A.U reforçou que as tratativas são para melhorias no processo e ficou à disposição para atendê-la sempre que precisar.

**Aceitação do Usuário:** Satisfeito (a)

**RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1º ANDAR**

**1- ATENDIMENTO EM SALA**

***Preenchimento:***

*"Queria repassar para você aqui da direção o fato que ocorreu hoje com o meu filho pela parte da tarde do dia 26/07, devido à falta de atenção de uma técnica da tarde chamada (G.), que fez meu filho levar ponto na cabeça, pois ela derrubou a DVE dele por completo no chão, que por esse motivo fez com que prejudicasse todo o sistema, que teve que ser trocado e pontiado para fixar em sua cabeça, pois arrebentou o ponto que segurava o sistema. Então por ter chegado nesse ponto, gostaria que vocês tomassem alguma providência em relação ao ocorrido de hoje. Sem contar que quando aconteceu isso, a enfermeira chamada (D.) da tarde, não tomou nenhuma providência imediata para resolver a situação. Depois de alguns minutos tornei a ir atrás da enfermeira que na hora estava tendo uma conversa em particular com a coordenadora chamada (M.). Então elas só decidiram avisar o Doutor A. porque viram que não tinha como esconder devido não estar drenando, por que se não fosse isso, elas não iam tomar providência nenhuma, eu percebi na reação delas que elas queriam omitir o que tinha acontecido. Por favor preciso que vocês façam alguma coisa pelo o que aconteceu com o meu filho, pois assim como aconteceu com ele, poderia ter acontecido com outra criança. Elas têm de prestar mais atenção no que fazem, pois desse jeito não tem como, meu filho tava tão bem, agora está sentindo dor devido o ponto que foi dado. Só acho que elas têm que ser verdadeiras profissionais, pois não podem querer esconder o que aconteceu pela falta de atenção de uma delas, me admiro mais da coordenadora tentar omitir isso também. Estou revoltada com a atitude delas, pois só queria que elas tivessem repassado logo que aconteceu para o neuro, e não ficar pensando em esconder os fatos."[sic] K.L.F.D (Acompanhante)*

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hospital Pró-Saúde

**Tratamento:**

A coordenação de enfermagem e equipe assistencial da área, fizeram suas contribuições para análise junto a Diretoria Assistencial. Todos os registros são considerados de grande importância para a avaliação dos processos e implantação de melhorias que tenham impacto positivo em relação a experiência que os pacientes e acompanhantes vivenciam durante todo o tratamento em nossa Instituição. Trabalhamos pela busca da excelência nos cuidados prestados. Diante do exposto, a equipe estará sendo reorientada quanto a importância do acionamento da equipe da neuro. em qualquer tipo de ocorrência que envolva o dispositivo de derivação ventricular externo (DVE). Equipe relata que em nenhum momento tentou omitir o fato, haja vista são todos treinados quanto a importância de registrar os incidentes ocorridos em suas unidades de trabalho. Equipe foi orientada e reconhece a importância de seguir as orientações descritas no Código de Ética e Conduta da Pró Saúde, bem como dos preceitos éticos e legais regidos pelo código de ética dos profissionais de enfermagem. Agradecemos pelo registro e nos colocamos à disposição. Josieli Pinheiro - Diretora Assistencial

**Retorno:**

No dia 02/09/2019, o S.A.U pessoalmente deu o retorno da tratativa para a reclamante, após ficar ciente, ficou insatisfeita com a resposta, segundo a mãe todos os envolvidos tinham ciência do ocorrido. Na resposta vejo que não encontram culpados, somente desculpas, tentando justificar o erro. O S.A.U se colocou à disposição para maiores esclarecimentos.

**Aceitação do Usuário:** Insatisfeito (a)

**RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1º ANDAR**

**2- ATENDIMENTO EM SALA**

***Preenchimento:***

*" Vim ao SAU para reclamar sobre a lâmpada do banheiro que esta queimada há dias, já solicitei várias vezes para a enfermeira e ela já solicitou e até agora nada, aproveitando a mangueira do banheiro também não está funcionando, é muita dificuldade para o meu neto e para o rapaz da limpeza, espero que tomem alguma providência. " [sic] J.M.N (Acompanhante)*

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

**Tratamento:**

Agradecemos a sua sinalização comunicando-nos o ocorrido e oportunidade de melhoria. Foi conversado junto a equipe de enfermagem, quanto a abertura de OS para realizarmos a troca da lâmpada e concerto da mangueira do referido leito. Gostaria de ressaltar que o setor de manutenção já realizou os devidos reparos. Esperamos melhorar a comunicação entre as equipes e evitar novas ocorrências. O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo é uma instituição preocupada com a qualidade, segurança e excelência nos serviços prestados. Jhonata Tiago - Coordenador de Apoio

**Retorno:**

No dia 26/08/2019, o S.A.U pessoalmente conversou com o reclamante, para dar retorno da resposta, que após tomar ciência ficou muito satisfeito. O mesmo agradeceu o retorno dado e disse que ficou muito feliz, porque viu que teve interesse da parte do hospital para resolver o problema. O S.A.U se dispôs a atendê-lo sempre que precisar.

**Aceitação do Usuário:** Satisfeito (a)

## RECLAMAÇÃO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

### 3- ATENDIMENTO EM SALA

***Preenchimento:***

*" A minha reclamação principal é sobre a demora da equipe da UTI , não são todos, em atender o meu sobrinho, sexta feita dia 02/08 pela parte da manhã chamei inúmeras vezes a equipe para virem olhar o meu sobrinho que aparentemente não estava bem, achei toda essa situação um absurdo, ele estava com 39º de febre e elas demoravam muito , eu peguei ele e vi que ele estava com febre mas no termômetro não atestava febre , foi quando a médica veio no nosso quarto pegou nele e viu que ele realmente estava com febre e o termômetro estava quebrado, eu estou mais chateada porque ninguém me escutou quando falei que ele não estava bem. Também quero relatar de uma funcionária que estava gripada e entrou no quarto sem máscara e espirrou e tossiu em cima do meu sobrinho, a campainha não funciona e preciso está chamando todo o tempo e ainda sim demoraram muito a vim inclusive tenho vídeo gravando essa demora." [sic] D.C.M (Acompanhante)*

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

**Tratamento:**

Funcionário realizou procedimento sem uso dos EPI's adequados, porém foram feitas as orientações as equipes pontuando a importância do uso adequado do EPI para cada tipo de precaução. Foram realizados 2 planos de ação para revisar todos os equipamentos de multiparâmetros junto a engenharia clínica e solicitar manutenção em todas as campainhas da UTI. Ítalo Marinho – Coordenador da UTI

**Complemento da Diretoria:**

Fazemos parte de uma Instituição preocupada com a qualidade e segurança assistencial, portanto todos os registros são de grande importância para a melhoria dos nossos processos. Avaliamos o registro e identificamos oportunidades que poderão contribuir de forma positiva para os resultados assistenciais. A partir do relato foi criado um plano de ações, os qual estará sendo implementado pela coordenação da área. Quanto a conduta da colaboradora, a coordenação da área realizou nova orientação. Agradecemos pelo registro e nos colocamos à disposição. Josieli Pinheiro - Diretora Assistencial

**Retorno:**

No dia 02/09/2019, o S.A.U via telefone deu o retorno da tratativa para a reclamante, após ficar ciente, ficou satisfeita com a resposta, segundo a reclamante, ela acha importante registrar esses pontos citados, pois só assim será melhorado e não ocorra novamente. O S.A.U se colocou à disposição para atendê-la sempre que precisar.

**Aceitação do Usuário:** Satisfeito (a)

## RECLAMAÇÃO NIR

## 4- ATENDIMENTO EM SALA

***Preenchimento:***

*"Estamos a 15 dias internados já aqui no hospital, aguardando para o meu filho fazer uma ressonância, e até agora nada foi resolvido, ele não ta fazendo nenhuma medicação, somente aguardando esse exame, me informei no NIR e eles me comunicaram que o exame ainda não foi autorizado. Quero saber quando ele vai realizar*

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

*esse exame? Porque já estamos muito tempo aqui esperando e ninguém sabe me informar até quando vamos ter que esperar isso. Ele tá com um nódulo na costa e até agora não tenho resposta sobre o que está acontecendo com ele. Quero que solucionem o mais rápido possível." [sic] M.F.R (Acompanhante)*

**Tratamento:**

Boa tarde, primeiramente gostaria de agradecer o contato pois é através dele que identificamos possíveis empecilhos em nosso fluxo de atendimento.

Com relação a sua reclamação vamos começar esclarecendo alguns tempos e fluxos para realização dos exames:

O menor internou no dia 16/07 e a RNM de tórax com contraste e sem sedação foi solicitada no dia 22/07 (6 dias pós a admissão) e após a avaliação do especialista. O exame em questão não existe firmado em contrato com o hospital que possuímos convênio para realização dos mesmos, logo precisamos fazer solicitação de compra, cotação de preço e busca de local para realização deste exame, e este processo acontece concomitante com o desenvolvimento do plano terapêutico traçado na admissão da criança em nosso hospital e o exame já foi realizado no dia 02/08/2019 no Hospital Porto Dias com emissão de laudo radiológico após 24 h para avaliação médica.

Informo que o exame foi realizado em 11 dias e que conseguimos cumprir o tempo definido em nosso fluxo de atendimento destes casos especiais, o qual é de 22 dias.

Certa de ter conseguido responder o seu questionamento.

Deixo-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Enfª Adriléia Brito - Coordenação NIR – HOIOL

Vivianne Carvalho Lessos
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

**Complemento da Diretoria:**

Agradecemos pelo registro. O fluxo para agendamento e realização do exame ocorreu da forma correta, de acordo com as normas institucionais. Estamos sempre em busca de oportunidades de melhorias de fluxos e processos internos, os quais possam nos ajudar a entregar um serviço de excelência. Agradecemos pelo registro e nos colocamos a disposição. Josieli Pinheiro - Diretora Assistencial

**Retorno:**

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

No dia 30/08/2019, o S.A.U via telefone entrou em contato com a reclamante para dar retorno da tratativa, que após ficar ciente a mesma ficou satisfeita. Porém destacou que achou um absurdo ocorrer uma demora tão grande para o usuário realizar o exame, mas agradeceu o retorno e disse que o mesmo já tinha realizado o exame. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

**Aceitação do Usuário:** Satisfeito (a)

6. Melhorias no processo do S.A.U

- Integração aos novos colaboradores nos dias 19 e 20 de agosto de 2019 onde foram apresentadas as atribuições do SAU, as metas, os objetivos e a finalidade, com o objetivo de ser esclarecida a importância do atendimento humanizado e de que forma ele enxerga o nosso trabalho, buscando sempre superar as expectativas dos usuários, garantindo a satisfação e excelência no cuidar.
- Analise Crítica dos indicadores envolvendo a UAI, Ambulatório, Unidade de Internação 2º andar, assim como o tempo de retorno das reclamações ao usuário, afim de garantir uma melhoria continua nos processos;
- No dia 09/08/2019, aconteceu Round de correlação de Indicadores, visando promover um melhor entendimento sobre a importância entre a relação de desempenho dos processos operacionais e financeiros da organização.
- Participação da equipe do S.A.U na apresentação de indicadores de custos na data de 12/08/2019.
- Participação da líder do S.A.U no dia 28/08/2019, na oficina de correlação de indicadores, afim de melhor entendimento e interação com os demais setores do hospital e melhor desempenho entre os processos.
- Reunião com a Comissão do GTH e Sustentabilidade;
- Reunião de custos e Planejamento estratégico com o NQSP e gestores.

7. Considerações finais

Durante o mês de agosto de 2019 foram realizadas pesquisas com mais 10% da população amostral setorial. Obtivemos 96% de satisfação no formulário do setor de Exames, Unidade de Atendimento a Intercorrências – UAI 98%, 92% do atendimento Ambulatorial e no formulário da Internação 97%. A satisfação Global em 96%.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Pró-Saúde

Atingimos 100% de reclamações tratadas com o retorno ao usuário, sendo 80% a meta estipulada no contrato de gestão. Houve orientação aos usuários quanto a fornecer o máximo de informações sobre a reclamação para se dar o devido tratamento e contato telefônico para posterior retorno.

Regiane de C. da Silva

**Regiane de Carvalho da Silva**
Líder do Serviço de Atendimento ao Usuário
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

**Viviane Andréia Lesses**
Gerente do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

## 4.2- Relatório SCIH / Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**3 Atividades desenvolvidas:**

O quadro abaixo demonstra as atividades desenvolvidas pelos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

- **Médicos, Enfermeiras e Técnica de Enfermagem**

| | | |
|---|---|---|
| **DIÁRIO** | Busca ativa e notificação das IH | Médico e enfermeiro |
| | Busca e notificação das não conformidades | |
| | Controle e orientações na prevenção de IH | Médico e enfermeiro |
| | Controle de antibióticos – Ficha de Controle Terapêutico de Antimicrobianos e de Uso Restrito | Médico |
| | Parecer Médico telefônico quanto ao uso de antimicrobianos - Senhas | Médico |
| | Controle dos usuários em Medidas de Precaução | Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem |
| | Análise e classificação das Culturas para Critério diagnóstico de IRAS | Médico |
| | Analise de culturas para instituir precaução | Médico e enfermeiro |
| | Envio da lista dos usuários em Precaução aos setores interessados | Enfermeiro e técnico de enfermagem |
| | Validação de manuais, protocolos institucionais referentes a temas que englobem controle e prevenção de infecção (Sistema hospitalar) | Médico e enfermeiro |
| **SEMANAL** | Reunião interna da SCIH (executores) e Confecção de Atas | Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem |
| | Divulgação das infecções para os setores assistenciais | Enfermeiro |

| | | |
|---|---|---|
| MENSAL | Fornecer dados das buscas ativas para Relatório IH | Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem |
| | Relatório das IH execução e revisão | Médico |
| | Relatórios do FORMSUS (ANVISA) e Vigilância Sanitária | Enfermeiro |
| | Reunião da CCIH (consultores) | Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem |
| | Encaminhamento dos relatórios para as clínicas | Médico e enfermeiro |
| | Divulgação mensal das notificações de IRAS e Medidas de Prevenção de IRAS aos setores de assistência (Infectômetro) | Médico e enfermeiro |
| | Participação de comissões: Comissão de Cateteres, Comissão de Curativos, Comissão da Agência Transfusional e Comissão de Farmácia e Terapêutica | Médico e enfermeiro |
| | Visita técnica aos setores | Médico e enfermeiro |
| TRIMESTRAL | Fornecer dados das buscas ativas para Relatório IHS | Médico e enfermeiro |
| | Relatório das IHS (compilado mensal) | Médico |
| SEMESTRAL | Fornecer dados das buscas ativas para Relatório IHS e perfil microbiológico | Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem |
| | Perfil microbiológico das IH | Médico |
| | Relatório das IHS (compilado mensal) | Médico |

## 4 CAPACITAÇÕES, VISITAS TÉCNICAS E OUTRAS ATIVIDADES

- Reunião de CCIH ocorrida no dia 14/08/2019.

CRM-PA: 7722

- Visita técnica de fornecedor interno: Laboratório HOIOL, Unidade de internação.

- Visita técnica de fornecedor externo: Laboratório Paulo Azevedo, serviço de nutrição e dietética/HMUE.

- Reinspeção de visita técnica de fornecedor interno: UTI, Agencia transfusional.

- Reinspeção de visita técnica de fornecedor externo: Serviço de processamento de roupa/HMUE, Serviço de remoção Mais Saúde.

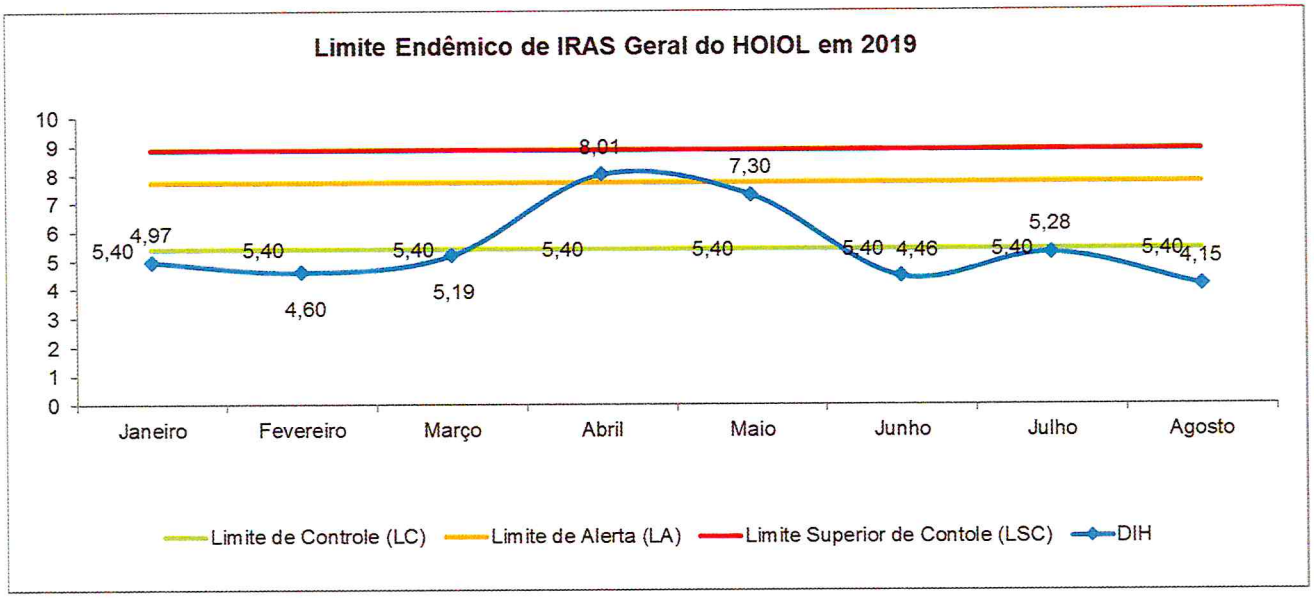
- Análise de indicadores no INTERACT e apresentação aos gestores HOIOL.

- Treinamento: Participação como facilitadores na Integração de novos colaboradores e Limpeza e Desinfecção de superfícies.

## 5 Indicadores de infecções relacionadas a assistência à saúde –HOIOL– 2019

### 5.1 Densidade de Incidência Global de IRAS, Número absoluto de IRAS e Usuários com IRAS

| Período | Saídas | Usuário/Dia (UTI+1º, 2º e 3º) | IRAS | Usuário IRAS | Óbito associado a IRAS | DI de IRAS | DI de Usuários IRAS | Taxa Letalidade (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 136 | 1811 | 9 | 9 | 1 | 4,97 | 4,97 | 11,11 |
| Fevereiro | 116 | 1521 | 7 | 7 | 0 | 4,6 | 4,6 | 0 |
| Março | 126 | 1542 | 8 | 8 | 0 | 5,19 | 5,19 | 0 |
| Abril | 127 | 1747 | 14 | 13 | 0 | 8,01 | 7,44 | 0 |
| Maio | 135 | 1781 | 13 | 12 | 1 | 7,3 | 6,73 | 8,33 |
| Junho | 115 | 1571 | 7 | 7 | 0 | 4,46 | 4,46 | 0 |
| Julho | 124 | 1705 | 9 | 7 | 0 | 5,28 | 4,11 | 0 |
| Agosto | 129 | 1929 | 8 | 8 | 0 | 4,15 | 4,15 | 0 |
| Setembro | | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | | |




## 5.2 Distribuição topográfica das IRAS do HOIOL em 2019

| Mês | IPCS -CVC | IPCS não CVC | PAV | ITR não VM | ITU-SVD | ITU não SVD | ISC | Outras |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 1 | 1[1] |
| Fevereiro | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2[2] |
| Março | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1[3] |
| Abril | 4 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 6[4] |
| Maio | 3 | 0 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 3[5] |
| Junho | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3[6] |
| Julho | 3 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Agosto | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 3[8] |
| Setembro | | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | | |

**Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.**

[1] Infecção gastrointestinal (IGI)

[2] Infecções gastrointestinais

[3] Infecção de pele e partes moles (IPPM)

[4] 3 Infecções de pele e partes moles e 3 Infeções gastrointestinais



000042

[5] 1 Infecção de pele e partes moles e 2 Infeções gastrointestinais

[6] 1 Infecção de pele e partes moles, 1 Infeção gastrointestinal e 1 Infecção no sistema nervoso central.

[8] 1 Infecção de pele e partes moles e 2 Infeções gastrointestinais

**LEGENDA:**

**IRAS: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**
**DI: Densidade de Incidência**
**IPCS-CVC: Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter vascular central**
**IPCS: Infecção primária de corrente sanguínea**
**CVC: cateter vascular central**
**ITU-SVD: Infecção do Trato Urinário associada à sondagem vesical de demora**
**ITU: Infecção do Trato Urinário**
**SVD: Sondagem vesical de demora**
**PAV: Pneumonia associada à ventilação mecânica**
**PNM: Pneumonia**
**VM: Ventilação mecânica**
**ISC: Infecção de sítio cirúrgico**

**Análise:** No mês de agosto, a densidade de incidência de infecção hospitalar geral ficou em 4,15 episódios por 1000 pacientes-dia; melhor em relação ao mês anterior (5,28), e permanecendo dentro dos limites aceitáveis de controle na curva endêmica de IRAS do hospital, conforme podemos visualizar no gráfico acima. A distribuição topográfica das IRAS está disposta na tabela acima, sendo notificadas 8 IRAS no total, sendo a ITR não VM a mais prevalente, com 4 casos notificados.

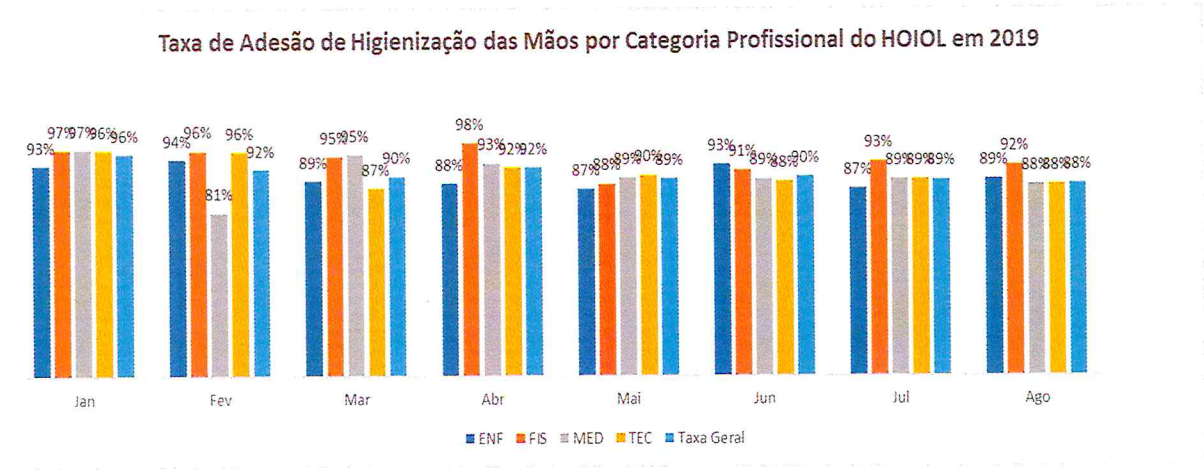
Fazendo uma análise das densidades de incidência geral de IRAS por setor, somente o 2º andar ficou acima do limite de controle, mas ainda abaixo do limite de alerta e superior de controle, na sua respectiva curva endêmica de IRAS, conforme visualizaremos no decorrer deste relatório, não tendo sido notificada nenhuma IRAS na UTI, no 1º andar da quimioterapia e no 3º andar. Quando avaliamos as IRAS relacionadas à dispositivos invasivos, foi notificada apenas 1 IPCSCVC, ficando com sua respectiva densidade de incidência dentro dos limites aceitáveis na curva endêmcia deste setor relacionada; podendo ser visualizadas no decorrer deste relatório. Porém, quando analisamos este incidentesnotificado, foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção na manutenção do CVC deste paciente que

desenvolveu esta IPCSCVC, mas apenas em alguns dias; sendo relacionado também fatores clínicos associados, devido necessidade de manutenção prolongada do mesmo pela gravidade da doença de base do usuário (EV 4703 – IPCSCVC 2º).

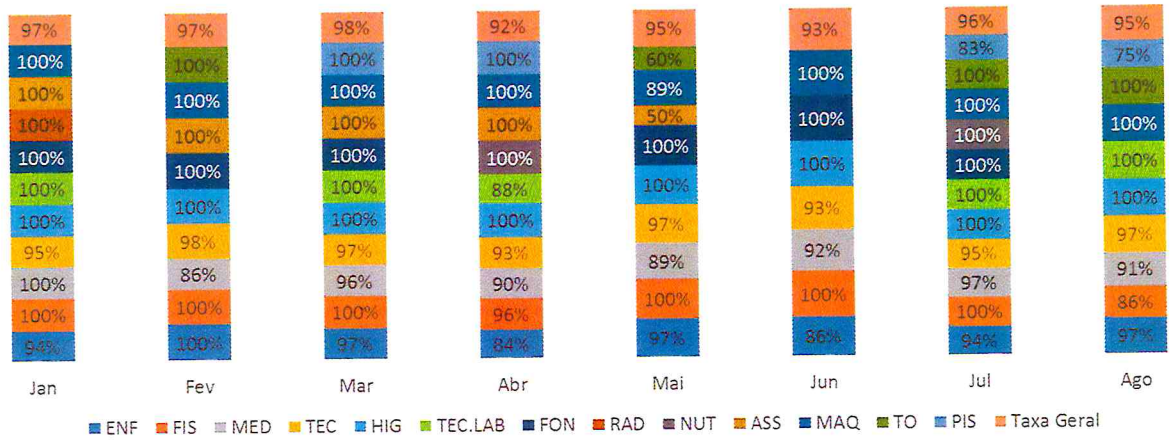
As outras IRAS notificadas não relacionadas à dispositivos invasivos (4 ITR não VM: 2 1º andar cirúrgico e 2 no 2º andar; 1 IPPM e 2 IGI – todas do 2º andar), não foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção de IRAS, sendo associados fatores de risco clínicos associados aos usuários (longa permanência hospitalar, uso de vários antimicrobianos e imunossupressão avançada.

Não tivemos notificação de infecção pós cirurgias realizadas no hospital neste mês de agosto.

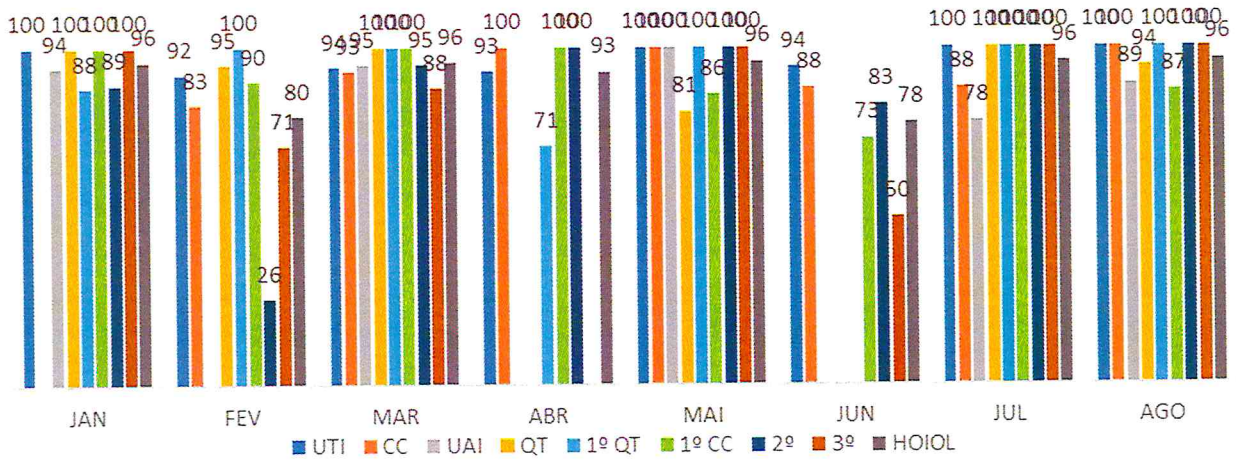
Fazendo uma análise em paralelo com as medidas de prevenção de IRAS implantadas o hospital, tais como a taxa de adesão à higiene das mãos, taxa de adesão às medidas de precauções de doenças de transmissão e validação das limpezas terminais dos setores de assistência do hospital, encontramos conformidade em todas elas, ficando todas acima da meta definida para cada uma medida de prevenção de IRAS: 88%, 85% e 70%, respectivamente; conforme podemos visualizar abaixo.



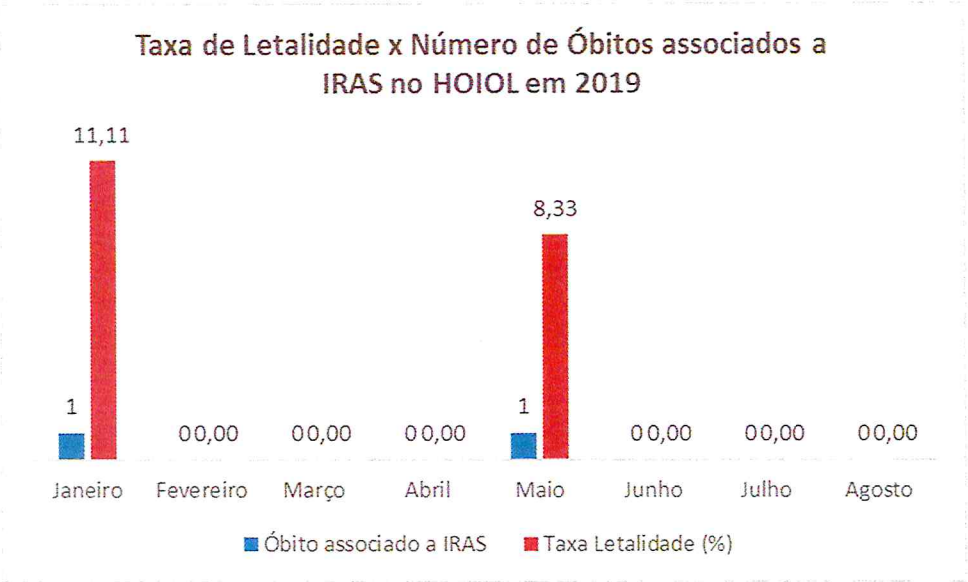
Taxa de Adesão às medidas de precauções de doenças de transmissão por Categoria Profissional do HOIOL em 2019




## Taxa de Validação das limpezas terminais do HOIOL em 2019



### 5.3 Taxa de Letalidade e Número de Óbitos associados a IRAS




**Análise:** Neste mês de agosto não tivemos óbito associado diretamente a causa de IRAS no hospital.

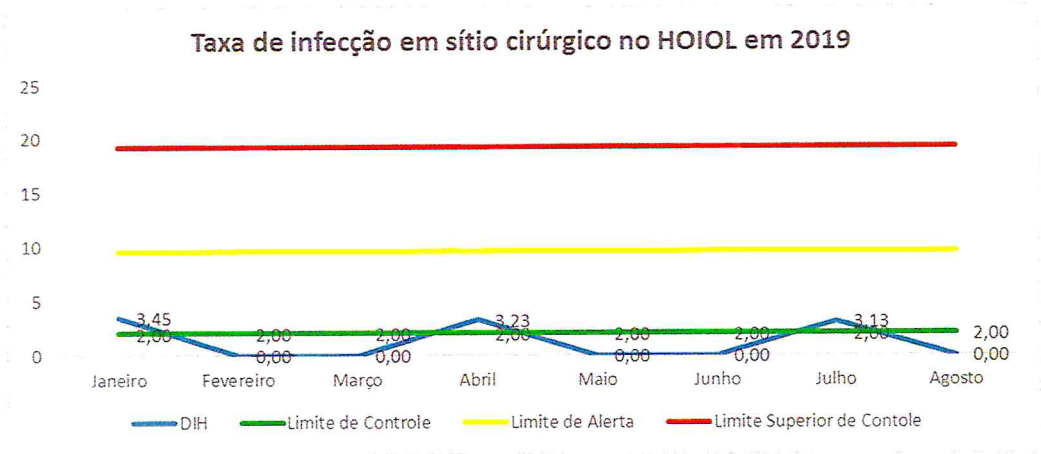
## 6 Indicadores de Infecções Relacionadas ao Sitio Cirúrgico, HOIOL

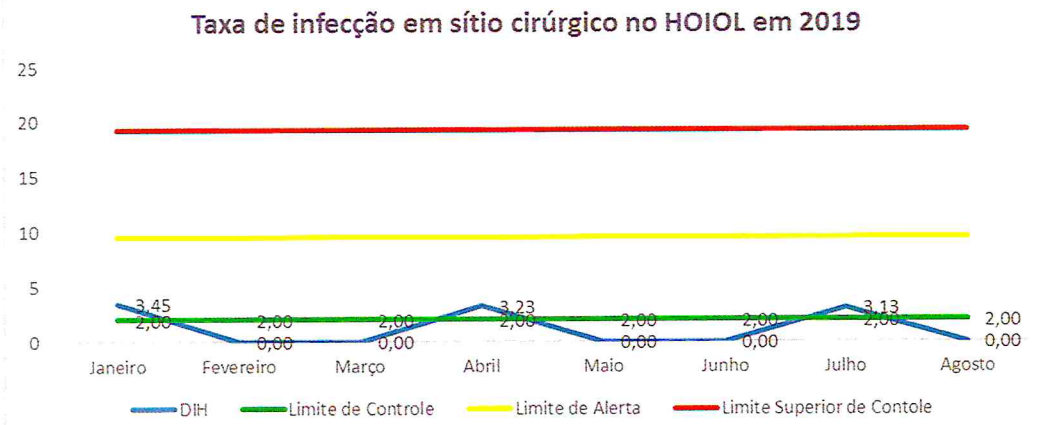
### 6.1 - Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)

| Período | ISC Total | Total de cirurgias (limpas a contaminadas | Tx geral de ISC | ISC cirurgias limpas | Total de cirurgias limpas | Tx de ISC em cirurgias limpas |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Janeiro** | 1 | 29 | 3,45 | 1 | 11 | 9,09 |
| **Fevereiro** | 0 | 21 | 0 | 0 | 13 | 0 |
| **Março** | 0 | 16 | 0 | 0 | 8 | 0 |
| **Abril** | 1 | 30 | 3,33 | 1 | 16 | 6,25 |
| **Maio** | 0 | 28 | 0 | 0 | 8 | 0 |
| **Junho** | 0 | 22 | 0 | 0 | 12 | 0 |
| **Julho** | 1 | 32 | 3,3 | 0 | 20 | 0 |
| **Agosto** | 0 | 35 | 0 | 0 | 17 | 0 |
| **Setembro** | | | | | | |
| **Outubro** | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Novembro** | | | | | | |
| **Dezembro** | | | | | | |

**Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE**



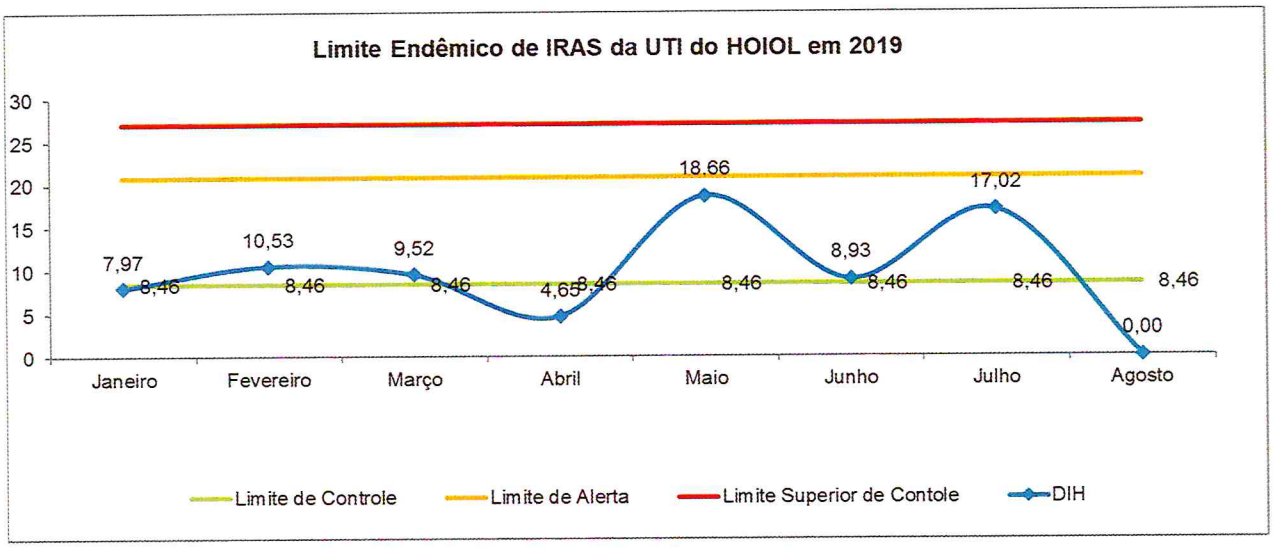




**Análise:** Neste mês de agosto não tivemos notificação de infecção pós cirurgias realizadas, ficando com a taxa melhor em relação ao mês anterior, que foi de 3,13%, e ficando dentro dos limites aceitáveis nas respectivas curvas endêmicas de ISC em cirurgias em geral e em cirurgias limpas, conforme podemos visualizar nos gráficos relacionados acima.

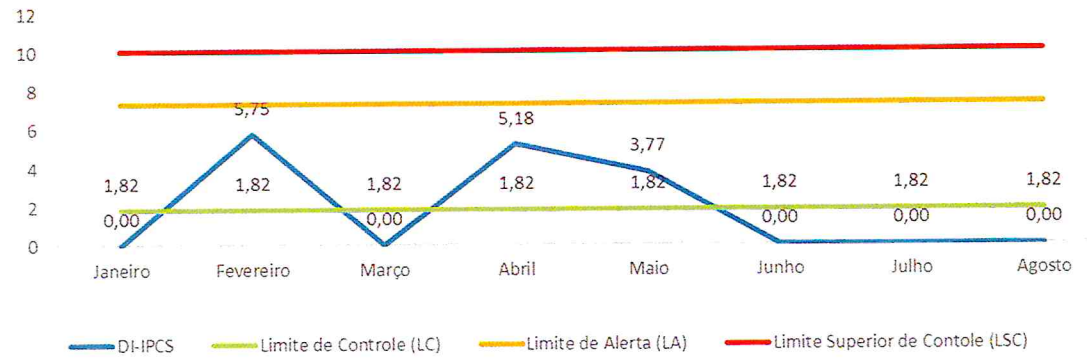
## 7 Indicadores de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde, UTI-HOIOL

## 7.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Pneumonia associada a ventilador mecânico – PAV, Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) na Unidade de Terapia Intensiva

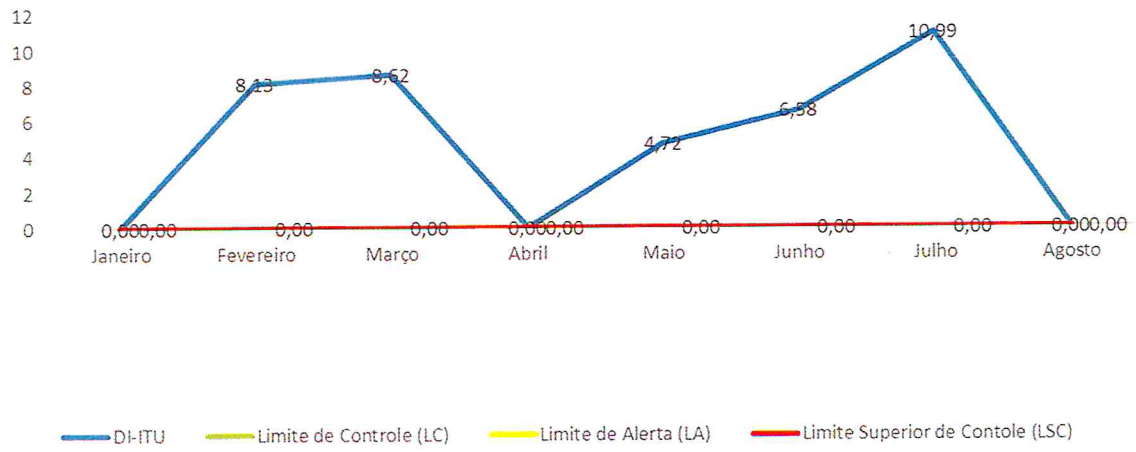
| Período | Usuário/ Dia | IRAS | Usuários IRAS | CVC-dia | VM-dia | SVD-dia | DI de IRAS | DI. IPCS-CVC | DI. PAV | DI. ITU-SVD | Taxa Utilização CVC | Taxa Utilização VM | Taxa Utilização SVD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 251 | 2 | 2 | 221 | 139 | 171 | 7,97 | 0 | 7,19 | 0 | 88,05 | 55,38 | 68,13 |
| Fevereiro | 190 | 2 | 2 | 174 | 110 | 123 | 10,53 | 5,75 | 0 | 8,13 | 91,58 | 57,89 | 64,74 |
| Março | 210 | 2 | 2 | 154 | 104 | 116 | 9,52 | 0 | 9,62 | 8,62 | 73,33 | 49,52 | 55,24 |
| Abril | 215 | 1 | 1 | 193 | 108 | 137 | 4,65 | 5,18 | 0 | 0 | 89,77 | 50,23 | 63,72 |
| Maio | 268 | 5 | 4 | 265 | 155 | 212 | 18,66 | 3,77 | 6,45 | 4,72 | 98,88 | 57,84 | 79,10 |
| Junho | 224 | 2 | 2 | 186 | 128 | 152 | 8,93 | 0 | 0 | 6,58 | 83,04 | 57,14 | 67,86 |
| Julho | 235 | 4 | 3 | 200 | 149 | 182 | 17,02 | 0 | 6,71 | 10,99 | 85,11 | 63,4 | 77,45 |
| Agosto | 217 | 0 | 0 | 197 | 121 | 141 | 0 | 0 | 0 | 0 | 90,78 | 55,76 | 64,98 |
| Setembro | | | | | | | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | | | | | | | |



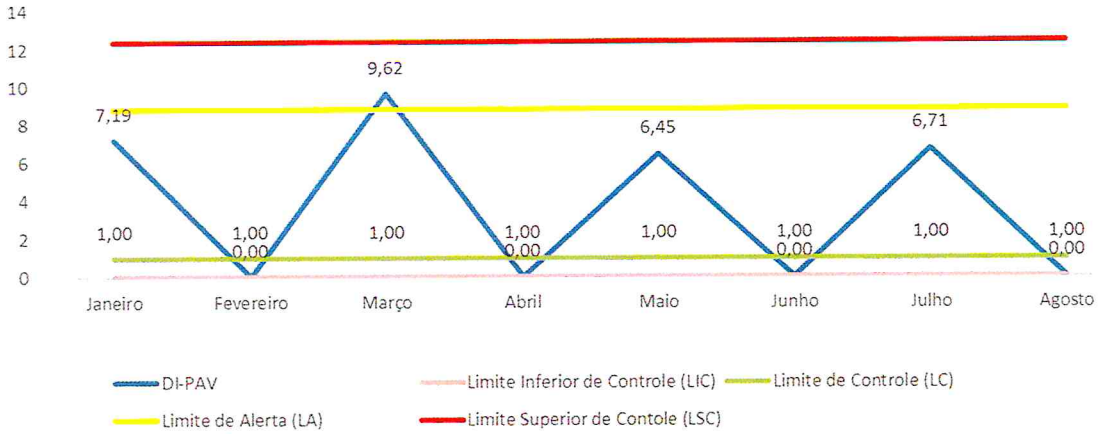
## Limite Endêmico de IPCS-CVC, UTI do HOIOL em 2019




## Limite Endêmico de ITU-SVD, UTI do HOIOL em 2019




## Limites Endêmicos de PAV, UTI do HOIOL em 2019



**7.2 Distribuição Topográfica das IRAS na Unidade de Terapia Intensiva**

| Mês | IPCS-CVC | IPCS não CVC | PAV | ITR não VM | ITU-SVD | ITU não SVD | ISC | Outras |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fevereiro | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Março | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Abril | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maio | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1[5] |
| Junho | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1[6] |
| Julho | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Agosto | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setembro | | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | | |

**Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE**

[5] Infecção de pele e partes moles (IPPM)

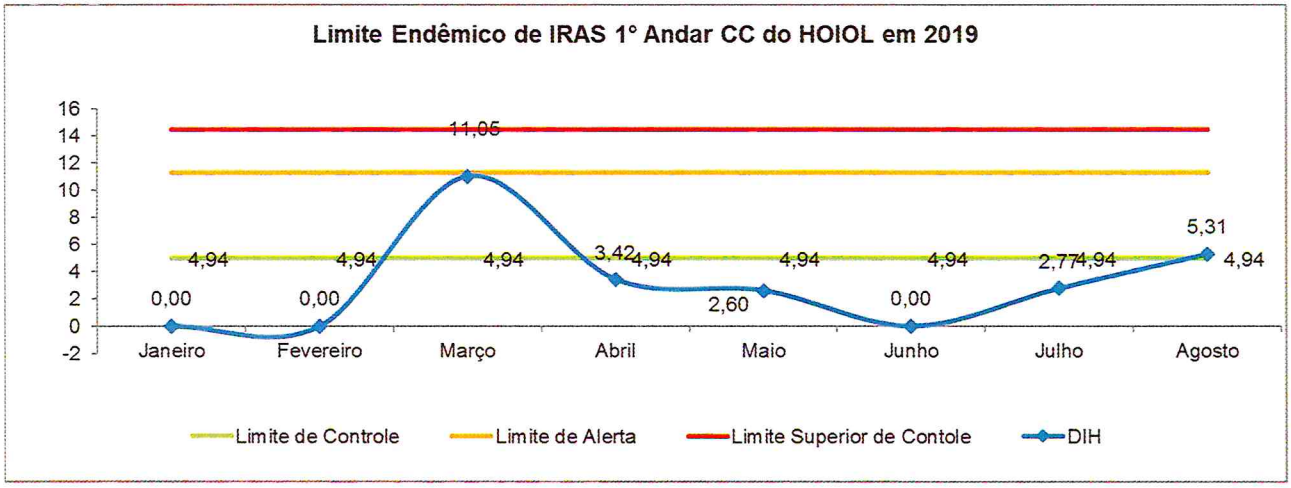
[6] Infecção de pele e partes moles

**Análise**: Em agosto não tivemos notificação de IRAS na UTI, ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS melhor que o mês anterior (17,02), e dentro dos limites aceitáveis de controle, conforme podemos visualizar na curva endêmica de IRAS desta unidade disposta acima. Serão mantidas as orientações de prevenção e controle de IRAS na unidade.

## 8 INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAUDE, 1º ANDAR CIRÚRGICO – HOIOL

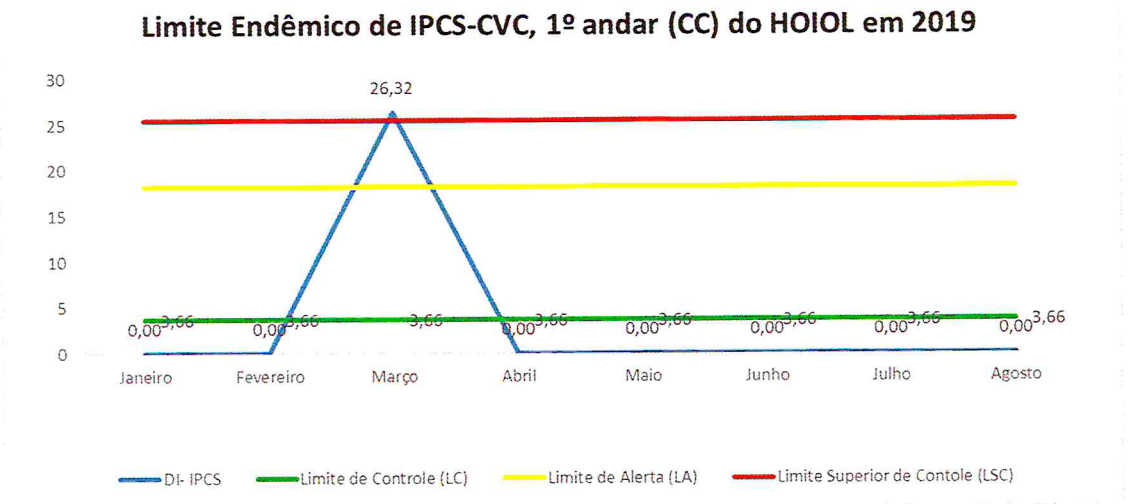
## 8.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) do 1º andar cirúrgico

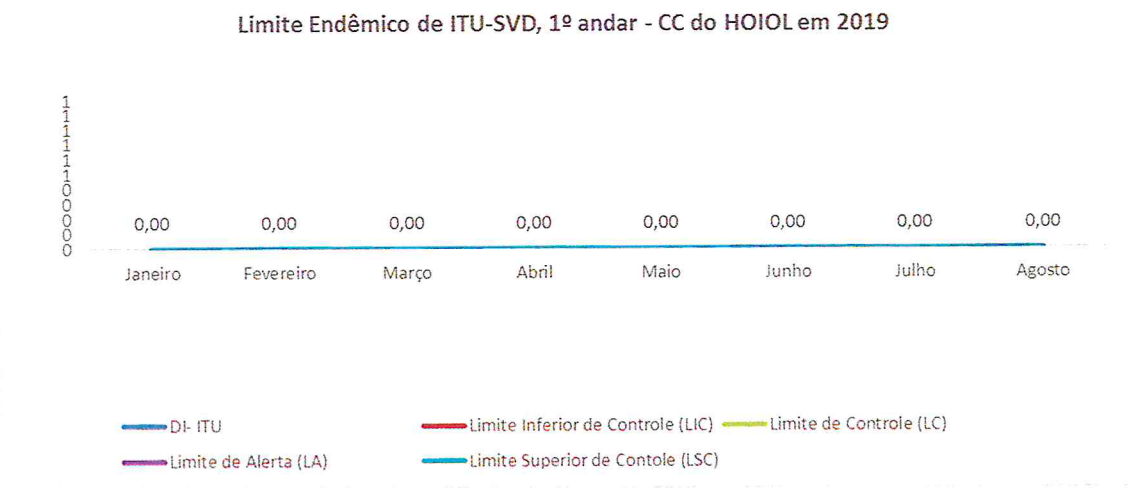
| Período | Usuário/Dia | IRAS | Usuários IRAS | CVC-dia | SVD-dia | DI de IRAS | DI. IPCS-CVC | DI. ITU-SVD | Taxa Utilização CVC | Taxa Utilização SVD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 284 | 0 | 0 | 37 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13,03 | 0 |
| Fevereiro | 257 | 0 | 0 | 48 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18,68 | 0 |
| Março | 362 | 4 | 4 | 38 | 4 | 11,05 | 26,32 | 0 | 10,5 | 1,1 |
| Abril | 292 | 1 | 1 | 56 | 0 | 3,42 | 0 | 0 | 19,18 | 0 |
| Maio | 384 | 1 | 1 | 50 | 13 | 2,6 | 0 | 0 | 13,02 | 3,39 |
| Junho | 268 | 0 | 0 | 72 | 3 | 0 | 0 | 0 | 28,87 | 1,12 |
| Julho | 361 | 1 | 1 | 74 | 6 | 2,77 | 0 | 0 | 20,5 | 1,66 |
| Agosto | 377 | 2 | 2 | 92 | 0 | 5,31 | 0 | 0 | 24,4 | 0 |
| Setembro | | | | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | | | | |






000051




## 8.2 Distribuição Topográfica das IRAS do 1º andar cirúrgico

| Mês | IPCS-CVC | IPCS NÃO CVC | ITU-SVD | ITU Não SVD | ITR não assoc | ISC | OUTRAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fevereiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Março | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1[3] |
| Abril | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Maio | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Junho | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Julho | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Agosto | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Setembro** | | | | | | | |
| **Outubro** | | | | | | | |
| **Novembro** | | | | | | | |
| **Dezembro** | | | | | | | |

[3]infecção de pele e partes moles

**Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE**

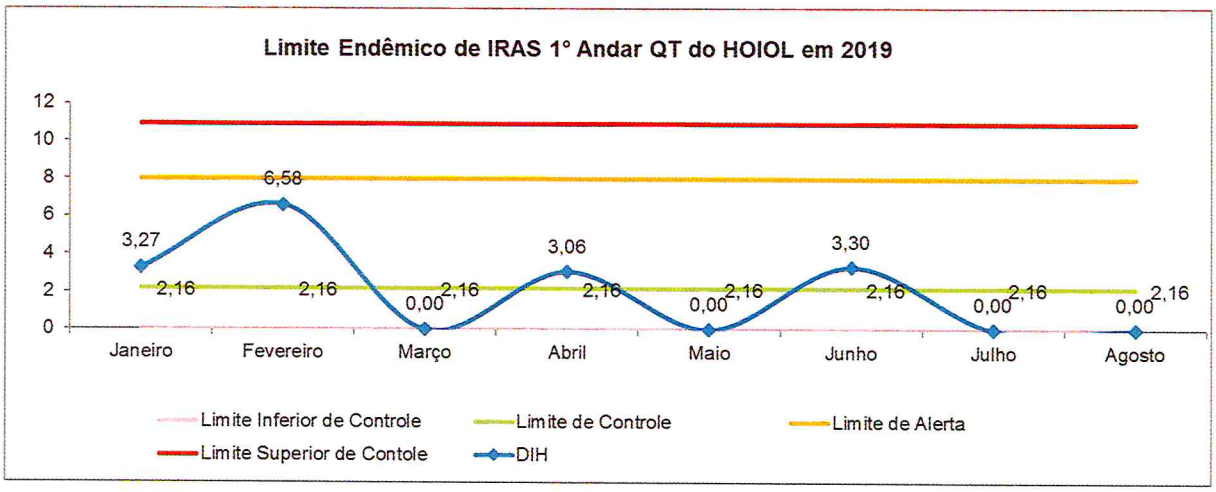
**Análise:** Em agosto tivemos 2 notificações de IRAS no 1º CC, sendo 2 ITR não VM; ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS em 5,31 episódios por 1000 pacientes-dia; pior que o mês anterior (2,77), mas ficando dentro dos limites aceitáveis de controle, conforme podemos visualizar na curva endêmica de IRAS desta unidade disposta acima. Quando avaliamos este incidente notificado, não foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção de IRAS, sendo associados fatores de risco clínicos associados aos usuários (longa permanência hospitalar, uso de vários antimicrobianos e imunossupressão avançada).

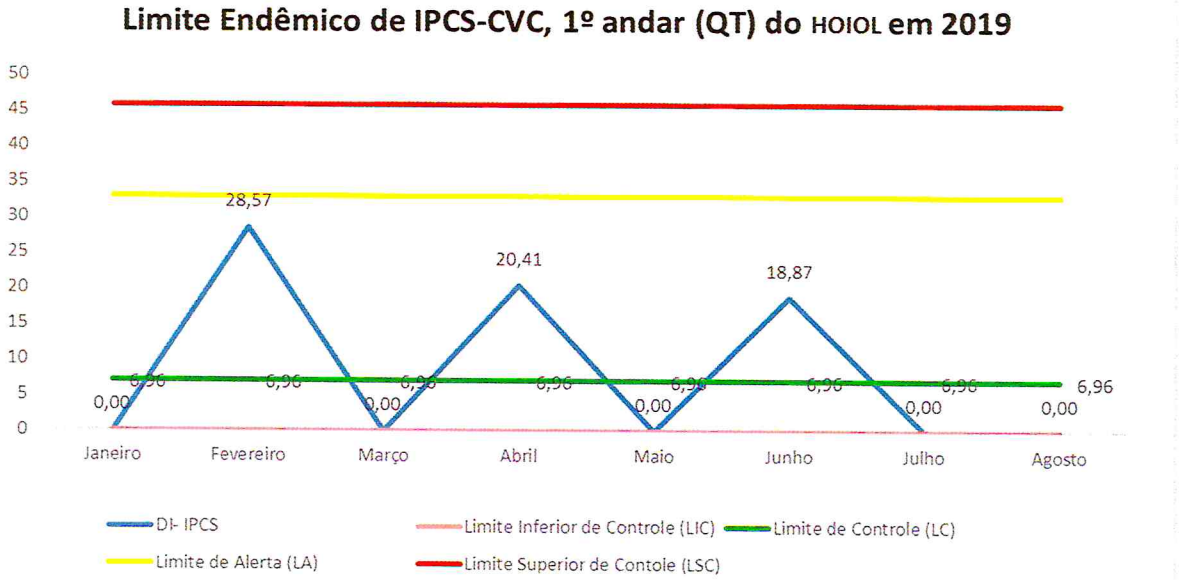
## 9 INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAUDE, 1º ANDAR QUIMIOTERAPIA – HOIOL

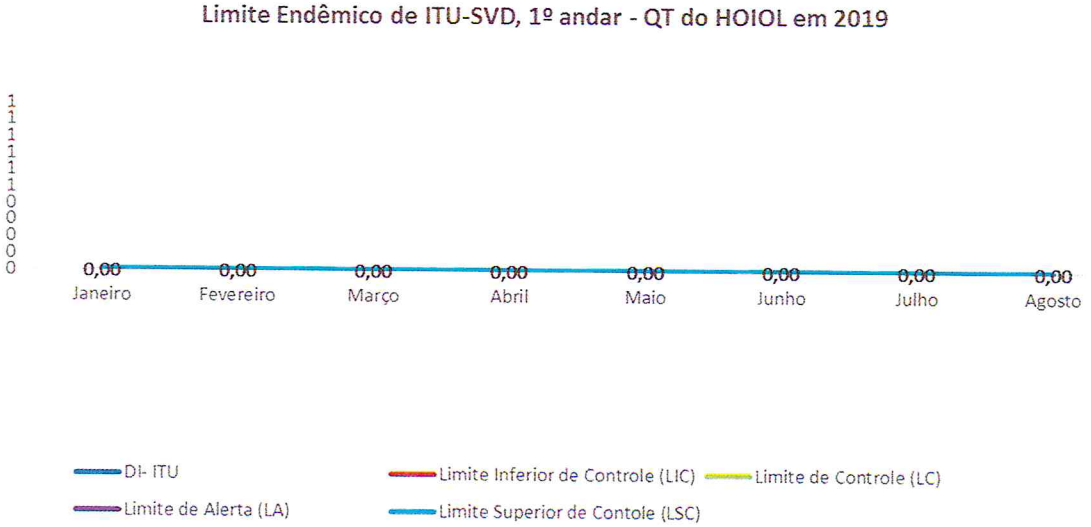
### 9.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) - 1 andar quimioterapia

| Período | Usuário/Dia | IRAS | Usuários IRAS | CVC-dia | SVD-dia | DI de IRAS | DI. IPCS-CVC | Taxa Utilização CVC | DI. ITU-SVD | Taxa Utilização SVD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Janeiro** | 306 | 1 | 1 | 56 | 0 | 3,27 | 0 | 16,99 | 0 | 0 |
| **Fevereiro** | 304 | 2 | 2 | 35 | 0 | 6,58 | 28,57 | 11,51 | 0 | 0 |
| **Março** | 288 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 10,42 | 0 | 0 |
| **Abril** | 327 | 1 | 1 | 49 | 6 | 3,06 | 20,41 | 14,98 | 0 | **1,83** |
| **Maio** | 374 | 0 | 0 | 62 | 5 | 0 | 0 | 16,58 | 0 | **1,34** |
| **Junho** | 303 | 1 | 1 | 53 | 7 | 3,3 | 18,87 | 17,49 | 0 | **2,31** |
| **Julho** | 245 | 0 | 0 | 49 | 0 | 0 | **0** | 5,71 | 0 | 0 |
| **Agosto** | 291 | 0 | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 9,62 | 0 | **0** |
| **Setembro** | | | | | | | | | | |
| **Outubro** | | | | | | | | | | |
| **Novembro** | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dezembro | | | | | | | | | | |


Limite Endêmico de IRAS 1° Andar QT do HOIOL em 2019
12
10
8
6
4
2
0
3,27
6,58
0,00
3,06
0,00
3,30
0,00
0,00
2,16
Janeiro
Fevereiro
Março
Abril
Maio
Junho
Julho
Agosto
Limite Inferior de Controle
Limite de Controle
Limite de Alerta
Limite Superior de Contole
DIH


Limite Endêmico de IPCS-CVC, 1º andar (QT) do HOIOL em 2019
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
28,57
20,41
18,87
0,00
6,96
Janeiro
Fevereiro
Março
Abril
Maio
Junho
Julho
Agosto
DI- IPCS
Limite Inferior de Controle (LIC)
Limite de Controle (LC)
Limite de Alerta (LA)
Limite Superior de Contole (LSC)


Limite Endêmico de ITU-SVD, 1º andar - QT do HOIOL em 2019
0,00
Janeiro
Fevereiro
Março
Abril
Maio
Junho
Julho
Agosto
DI- ITU
Limite Inferior de Controle (LIC)
Limite de Controle (LC)
Limite de Alerta (LA)
Limite Superior de Contole (LSC)

### 9.2 Distribuição Topográfica das IRAS no 1º andar - Quimioterapia

| Mês | IPCS-CVC | IPCS NÃO CVC | ITU-SVD | ITU NÃO SVD | ITR não VM | ISC | OUTRAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Fevereiro | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1[2] |
| Março | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Abril | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Junho | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Julho | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Agosto | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setembro | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | |

**Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE**

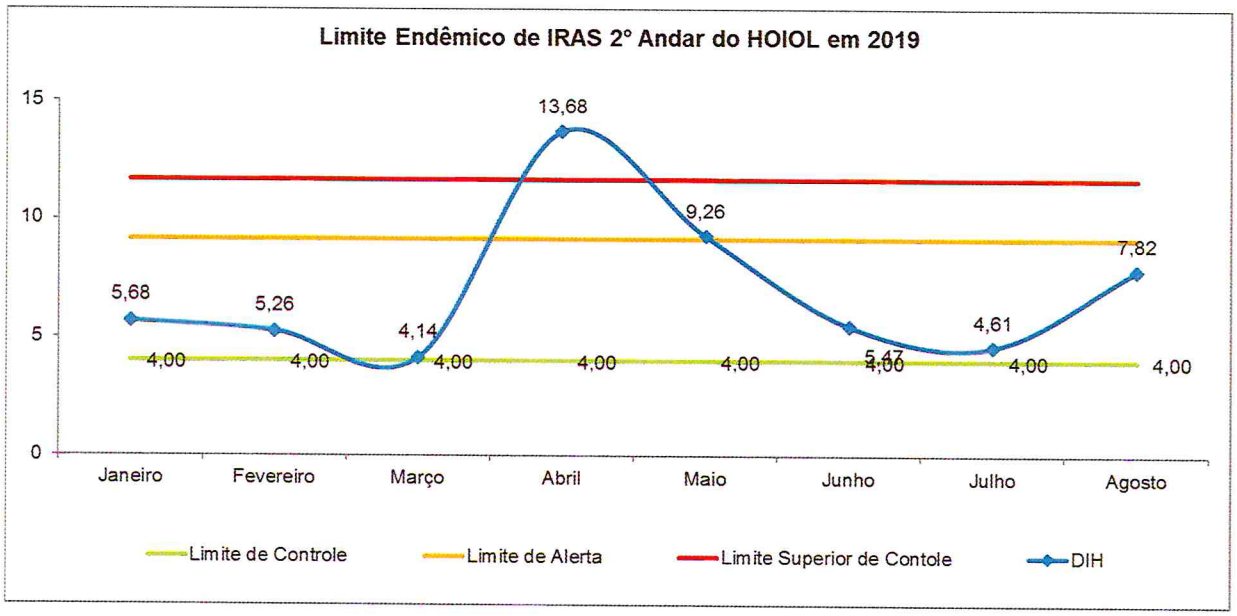
[2]1 infecção gastrointestinal (IGI)

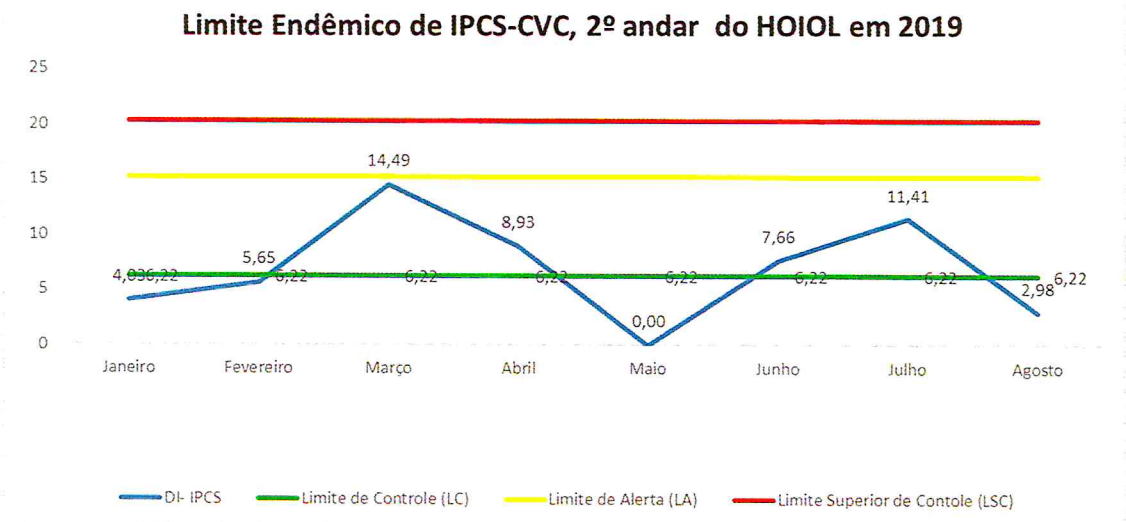
**Análise:** Em agosto não tivemos notificação de IRAS no 1º andar na ala da quimioterapia, ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS mantida em relação ao mês anterior, e dentro dos limites aceitáveis de controle, conforme podemos visualizar na curva endêmica de IRAS desta unidade disposta acima. Serão mantidas as orientações de prevenção e controle de IRAS na unidade.

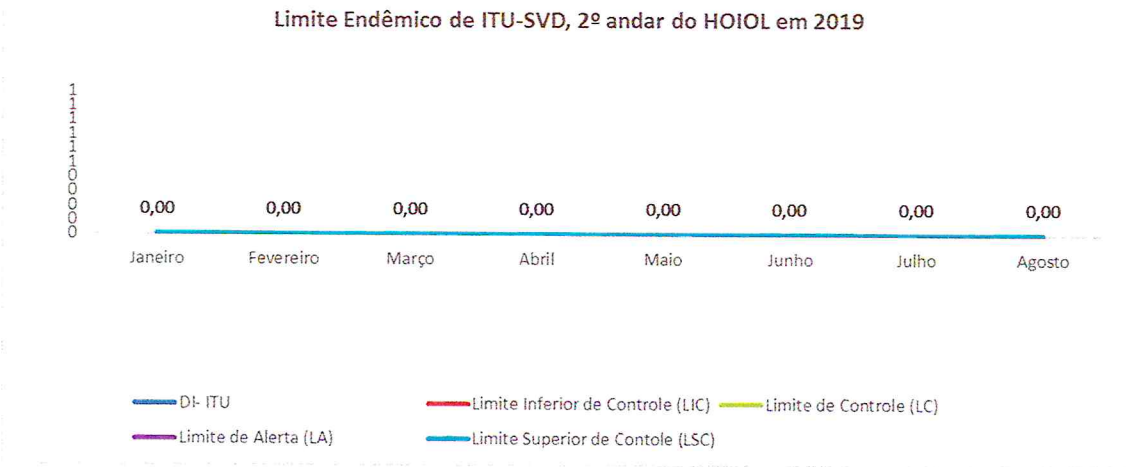
## 10 INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAUDE, 2º ANDAR – HOIOL

## 10.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) no 2º andar

| Período | Usuário/Dia | IRAS | Usuários IRAS | CVC-dia | SVD-dia | DI de IRAS | DI. IPCS-CVC | DI. ITU-SVD | Taxa Utilização CVC | Taxa Utilização SVD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 704 | 4 | 4 | 248 | 55 | 5,68 | 4,03 | 0 | 35,23 | 7,81 |
| Fevereiro | 570 | 3 | 3 | 177 | 0 | 5,26 | 5,65 | 0 | 31,05 | 0 |
| Março | 483 | 2 | 2 | 138 | 10 | 4,14 | 14,49 | 0 | 28,57 | 2,07 |
| Abril | 658 | 9 | 8 | 224 | 11 | 13,68 | 8,93 | 0 | 34,04 | 1,67 |
| Maio | 432 | 4 | 4 | 271 | 0 | 9,26 | 9,26 | 0 | 62,73 | 0 |
| Junho | 548 | 3 | 3 | 261 | 13 | 5,47 | 7,66 | 0 | 47,63 | 2,37 |
| Julho | 651 | 3 | 2 | 263 | 4 | 4,61 | 11,41 | 0 | 40,4 | 0,61 |
| Agosto | 767 | 6 | 6 | 336 | 31 | 7,82 | 2,98 | 0 | 43,81 | 4,04 |
| Setembro | | | | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | | | | |






## 10.2 Distribuição Topográfica de IRAS no 2º andar

| Mês | IPCS-CVC | IPCS NÃO CVC | ITU-SVD | ITU NÃO SVD | ITR não VM | ISC | OUTRAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1[1] |
| Fevereiro | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1[2] |
| Março | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Abril | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4[4] |
| Maio | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2[5] |
| Junho | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1[6] |
| Julho | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Agosto | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3[8] |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Setembro** | | | | | | | |
| **Outubro** | | | | | | | |
| **Novembro** | | | | | | | |
| **Dezembro** | | | | | | | |

**Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE**

[1 e 2] Infecção gastrointestinal

[4] 2 Infecções gastrointestinais e 2 infecções de pele e partes moles

[5] 2 Infecções gastrointestinais

[6] Infecção gastrointestinal

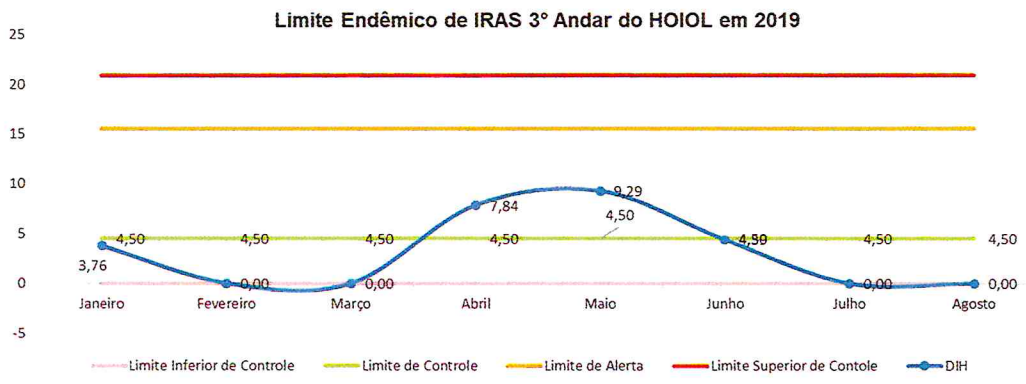
[8] 1 Infecção de pele e partes moles e 2 Infecções gastrointestinais

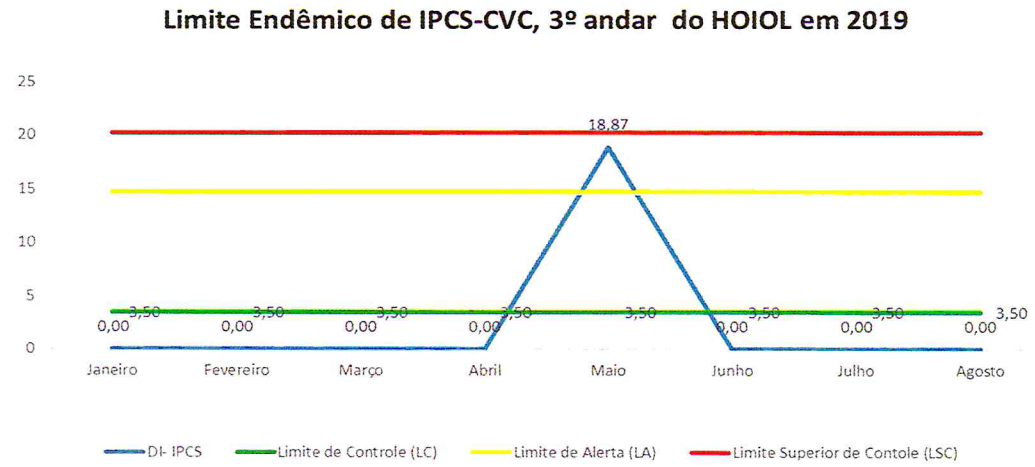
**Análise:** Em julho tivemos 6 notificações de IRAS no 2º andar de assistência do hospital, sendo 1 IPCSCVC, 2 ITR não VM , 1 IPPM e 2 IGI; ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS em 7,82 episódios por 1000 pacientes-dia; pior que o mês anterior (4,61), e ficando acima no limite de controle, mas ainda abixo dos limites de alerta e superior de controle; conforme podemos visualizar na curva endêmica de IRAS desta unidade disposta acima. Quando avaliamos as IRAS notificadas no setor, tivemos apenas 1 notificação de IRAS relacionada à dispositivo invasivo, sendo 1 ICSCVC; ficando com a densidade de incidência dentro dos limites aceitáveis, conforme visualizamos na curva endêmica desta topografia de IRAS disposta acima, sendo evidenciadas falhas nos registros de check list nas medidas de prevenção relacionada à manutenção do CVC deste usuário que evoluiu com esta IRAS, sendo orientado na clínica envolvida o devido registro em check list próprio (EV 4703). As outras IRAS notificadas, não foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção de IRAS, a não ser os fatores clínicos associados aos usuários, que apresentavam patologias de base graves e necessitavam de longo tempo de uso de dispositivos invasivos, antimicrobianos e tempo de internação prolongado.

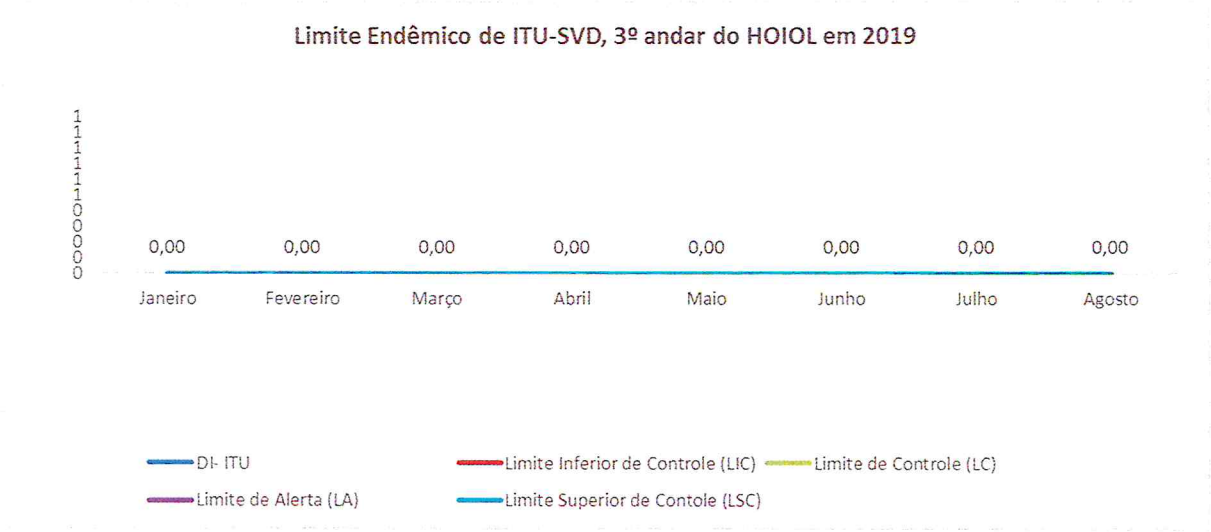
## 11 INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAUDE, 3º ANDAR – HOIOL

## 11.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) no 3º andar

| Período | Usuário/Dia | IRAS | Usuários IRAS | CVC-dia | SVD-dia | DI de IRAS | D. IPCS-CVC | D. ITU-SVD | Taxa Utilização CVC | Taxa Utilização SVD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janeiro | 266 | 1 | 1 | 45 | 2 | 3,76 | 0 | 0 | 16,92 | 0,75 |
| Fevereiro | 200 | 0 | 0 | 44 | 2 | 0 | 0 | 0 | 22,00 | 1,00 |
| Março | 199 | 0 | 0 | 45 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22,61 | 0 |
| Abril | 255 | 2 | 2 | 68 | 0 | 7,84 | 0 | 0 | 26,67 | 0 |
| Maio | 323 | 3 | 3 | 106 | 0 | 9,29 | 18,87 | 0 | 32,82 | 0 |
| Junho | 228 | 1 | 1 | 86 | 0 | 4,39 | 0 | 0 | 37,72 | 0 |
| Julho | 213 | 0 | 0 | 53 | 0 | 0 | **0** | **0** | 24,88 | 0 |
| Agosto | 277 | 0 | 0 | **73** | **4** | 0 | **0** | **0** | 26,35 | 1,44 |
| Setembro | | | | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | | | | |






## 11.2 Distribuição Topográfica das IRAS no 3º andar

| Mês | IPCS-CVC | IPCS NÃO CVC | ISC | ITR não VM | ITU-SVD | ITU não SVD | OUTRAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Janeiro** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| **Fevereiro** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Março** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Abril** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| **Maio** | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| **Junho** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1[6] |
| **Julho** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Agosto** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Setembro** | | | | | | | |
| **Outubro** | | | | | | | |
| **Novembro** | | | | | | | |
| **Dezembro** | | | | | | | |

**Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE**

[6] 1 infecção do sistema nervoso central (SNC)

**Análise:** Em agosto não tivemos notificação de IRAS no 3º andar, ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS mantida em relação ao mês anterior, e dentro dos limites aceitáveis de controle, conforme podemos visualizar na curva endêmica



000060

de IRAS desta unidade disposta acima. Serão mantidas as orientações de prevenção e controle de IRAS na unidade.

Dra. Débora Oliveira Onuma
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Presidente da Comissão

Adrielle Karoline de Souza Ribeiro Monteiro
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Vice Presidente da Comissão

Viviane Andreia Lesses
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Gerente da Qualidade

Belém-PA, 03 de setembro de 2019

## 4.3- Relatório do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE

**3 Atividades desenvolvidas:**

Reunião mensal do NHE ocorrida em 14/08/2019.

O quadro abaixo demonstra as atividades desenvolvidas pelos membros da comissão do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE).

- **Médico, Enfermeira e Técnica de Enfermagem**

| | | |
|---|---|---|
| **DIÁRIO** | Busca ativa DNC | Médico e enfermeiro |
| | Controle e orientações na prevenção de DNC | Médico e enfermeiro |
| | Controle dos usuários em Medidas de Precaução | Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. |
| **SEMANAL** | Reunião interna da NHE/SCIH (executores) e Confecção de Atas | Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. |
| **MENSAL** | Fornecer dados das buscas ativas para Relatório NHE | Enfermeiro. |
| | Relatório das NHE execução e revisão | Médico |
| | Relatórios do FORMSUS (ANVISA) e Vigilância Sanitária | Enfermeiro |
| | Reunião do NHE (consultores) | Médico e enfermeiro. |
| | Reunião com setores envolvidos | Médico e enfermeiro. |
| **TRIMESTRAL** | Relatório do NHE (compilado mensal) | Médico. |

**4. Exposição ocupacional à material biológico**

Neste mês de agosto não ocorreu nenhuma notificação de exposição material biológico.

**5. Vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória (DNC)**

Neste mês de agosto não houve nenhum caso de notificação de doença compulsória.

Poliane Peres Rodrigues
COREN-PA-489.840-ENF
SCIH

Dra. Débora Oliveira Onuma
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Presidente da Comissão

PP Poliane Peres Rodrigues
COREN-PA-489.840-ENF
SCIH

Keila Elaine Xavier Fernandes
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Vice Presidente da Comissão

Viviane Andreia Lesses
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Gerente de Qualidade

Belém-PA, 03 de setembro de 2019

## 4.4- Incidência de Extravasamento de Drogas Antineoplásica

# RELATÓRIO MENSAL DE EXTRAVASAMENTO

Competência Agosto de 2019

Analisado por:

Gerência de Enf. Lorena Portal

Coord. Enf. Quimioterapia Arielle Lima

**Belém - PA**

**2019**

# RELATÓRIO MENSAL
## EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPICOS AGOSTO

O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo (HOIOL) é uma instituição pública com atendimento 100% SUS, referência no cuidado e tratamento de usuários com câncer infanto-juvenil, atendendo um público de 0 a 19 anos. Com 89 leitos, no ano de 2018 recebeu cerca de 345 casos novos.

Os citostáticos são drogas capazes de inibir o crescimento desordenado das células tumorais, alterando a divisão celular e destruindo as células que se multiplicam mais rapidamente.

Para administração de citostáticos em veias periféricas geralmente são utilizados como primeira escolha os membros superiores e ocasionalmente os membros inferiores, dentre os sítios mais usados estão: o dorso das mãos, pulsos, antebraços, braços e os pés. As veias periféricas utilizadas estão no tecido celular subcutâneo com vasos superficiais e nervos, é um compartimento solto que permite o acúmulo de fluido extravasado facilmente.

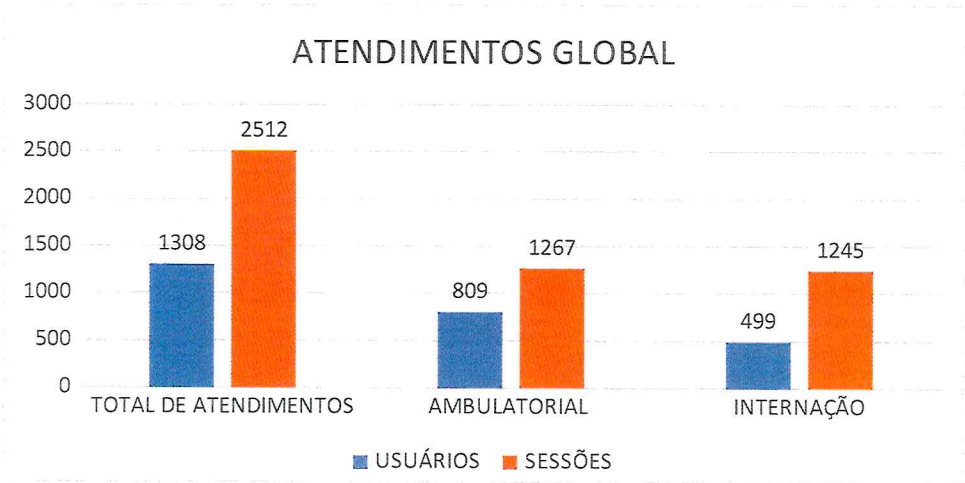
No que se refere à incidência do extravasamento de drogas antineoplásicas em pacientes oncológicos pediátricos submetidos à quimioterapia, a literatura internacional aponta taxas que variam de 0,5% a 6,0%.

O HOIOL mantém padrões de qualidade e por esse motivo preocupa-se com o preparo de sua equipe de enfermagem para a administração de drogas antineoplásicas, bem como para o tratamento e manejo de eventuais casos de extravasamento, especialmente de drogas vesicantes, estabelecendo padronização de medicamentos como dexametasona pomada tópica e hialuronidase em caso de ocorrência de qualquer evento relacionado com medicação irritante e vesicante respectivamente de acordo com o que preconiza a literatura especifica.

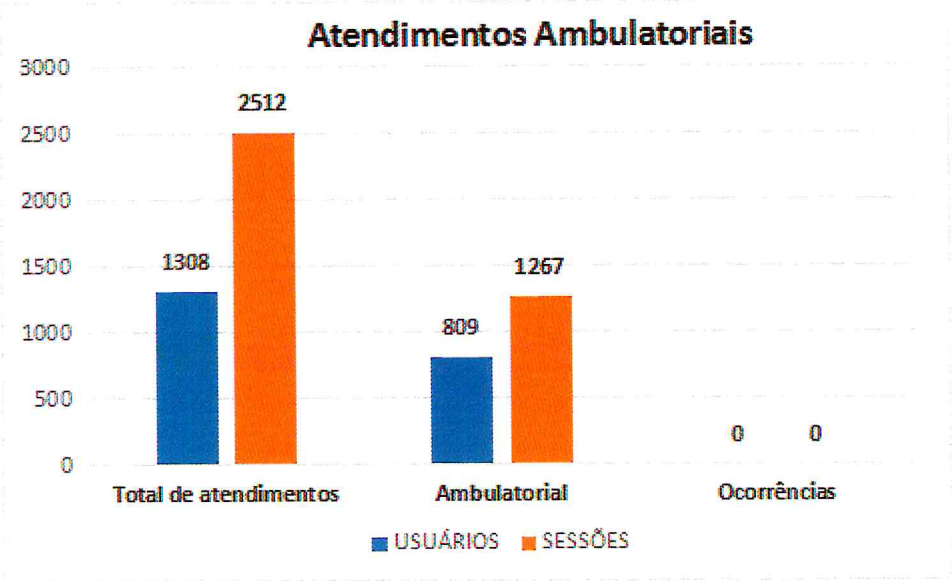
Assim ao realizar analise e levantamento do período referente de 01 a 31 de Agosto de 2019 tem-se que foram atendidos 1.308 usuários na instituição que realizaram 2.512 sessões de quimioterapia, sendo destes 809 usuários em unidade ambulatorial realizando 1.267 sessões e 499 usuários em unidades de internação realizando 1.245 sessões que somam primeiro, segundo e terceiro e unidade de terapia intensiva. No período não houve ocorrência de eventos relacionados a citostáticos.

O HOIOL se preocupa em manter a avaliação mensal do indicador de incidência de extravasamento de quimioterapia antineoplásica o qual é calculado por: **<u>número de extravasamento de droga antineoplásica</u> X 100 dividido pelo número de infusões de droga antineoplásicas.**

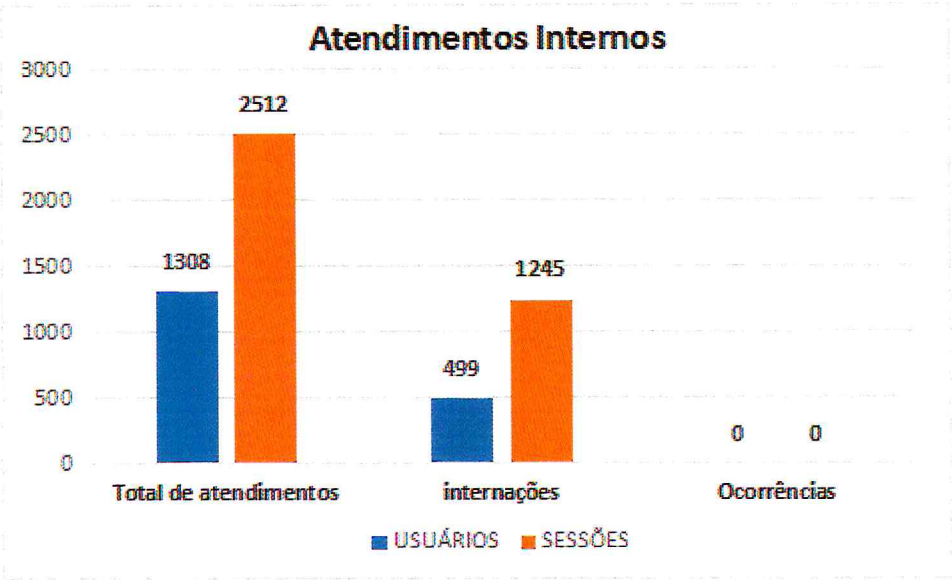
Logo, no mês de agosto/2019 tem-se a seguinte apresentação gráfica das ocorrências: A apresentação global de atendimentos na unidade demonstra em número absoluto a ocorrência de dois eventos notificados pela equipe, sendo ele de forma imediata ou tardia (quando se apresenta lesão posterior a 24horas) da realização de quimioterapia, onde constatou-se após a análise que tais notificações foram referentes a flebite, ou seja, sem sinais de extravasamento, assim, ao se realizar o cálculo estabelecido identifica-se a ocorrência 0,0% no total de atendimentos.




Ao se realizar levantamento de atendimento global da unidade ambulatorial que se mantém estável não se identifica a ocorrência de eventos relacionados a extravasamento de infusões antineoplásicas no mês, onde número de infusões de quimioterapia se manteve estável apesar das mudanças de protocolos ocorridas de acordo com as fases onde estão inseridos, mediante ao avanço do tratamento e melhores condições clínicas dos usuários.




Ao se realizar a análise das unidades de internação identificou-se a isenção de ocorrência, mesmo quando direcionados a gravidade dos usuários que recebem maior quantitativo de infusão por paciente, condição clínica dos mesmos menos favorecida com maior fragilidade de vasos periféricos é importante ressaltar que por vezes esses usuários ficam impedidos de realização de acessos venosos centrais por maior risco durante a realização do procedimento, as condutas de avaliação minuciosa são pontuadas para melhoria e aprimoramento de inexistência de eventos relacionados a extravasamento. Desta forma tem-se que na unidade que totalizou 0,0% quando relacionado ao grupo controle dos usuários.



Ao realizar a análise final do período é possível identificar a inexistência de eventos relacionados a extravasamento de drogas antineoplásica, porém as condutas e orientações para familiares e usuários se mantém as mesmas, como observação imediata e tardia, hidratação e alimentação de acordo com cada protocolo do serviço de oncologia pediátrica.

Portanto, ressaltamos que pelo terceiro mês consecutivo não há ocorrência de eventos relacionados a extravasamento, fator que contribui diretamente para a continuidade terapêutica, melhora no quadro de cada criança quando associado a gravidade a fatores externos ao usuário.

Lorena Portal
Gerência de Enfermagem
HOIOL- Pró-Saúde

Jessica S. da Silva Vasques
Coord. de Enfermagem
COREN - PA - 447.954 - ENF
HOIOL / Pró - Saúde

Arielle Lima dos Santos
Coord. Enfermagem Quimioterapia
HOIOL- Pró-Saúde

Josieli L. J. Pinheiro
Diretora Assistencial
COREN - PA - 187.260 - ENF
HOIOL / Pró - Saúde
03/09/19
às 16h 14min.

| HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO PRÓ-SAÚDE | Lista de Presença de Reunião de Comissão | | | GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ Secretaria de Saúde Pública |
|---|---|---|---|---|
| | Código: FO.HOIOL.EMTA.001 | Versão: 002 | Página 1/1 | |

**Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica**
Data: 30 / 08 / 19 Hora: 15:00 às 15:52
Local: Sala de Reuniões

**LISTA DE PRESENÇA**

| Nomes | Função na Comissão/Função e Área | Assinatura |
|---|---|---|
| Alayde Vieira Wanderley | Presidente – Médica Oncopediatra | |
| Nathalia Santos | Secretária – Farmacêutica | Nathalia Santos |
| Daisy Esther Batista do Nascimento | Suplente- 2° Secretária- Farmacêutica Plena | Daisy Esther B. do Nascimento |
| Arielle Lima dos Santos | Membro – Enf. Coordenadora QT | |
| Jéssica Oliveira | Membro – Enfermeira NQSP | |
| Samantha Ribeiro | Membro – Fisioterapeuta | |
| Luciana Maia | Membro – Nutricionista SND | |
| Maira Amaral Souza | Membro – Psicóloga | Maira Amaral Souza |
| Samantha Borges A. Lopes | Membro – Assistente Social | Samantha Borges |
| José Miguel Alves Júnior | Representante Direção – Diretor Técnico | |
| Patricia Quaresma | Membro – Coord. Suprimentos | Subst. Dennysson |

| Convidado (Nome por extenso) | Assinatura |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 4.5- Comissão de Prontuário

**Comissão de Revisão de Prontuários**

## 1. Introdução

A resolução CFM Nº 1638/2002 define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada.

Atendendo a esta mesma resolução, a Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo (HOIOL) foi implantada em 04/01/2016 e tem por competência:

I. Exigir que o médico elabore o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no artigo 69 do Código de Ética Médica.
II. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel).
III. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários.
IV. Recomendar formulários e sistemas bem como dar orientações para se obter um bom prontuário.
V. Rever e avaliar os prontuários, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.
VI. Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário.
VII. Devolver os prontuários aos chefes de serviços e unidades para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso.
VIII. Revisar os prontuários glosados e os demais por amostragem sob os seguintes aspectos.

De acordo com as informações supracitadas e em vista da aplicabilidade prática consequente comprimento contratual – Manual para Avaliação dos Indicadores e Metas Fixas e Variáveis do Contrato de Gestão (SESPA) –, auditamos qualitativamente no mínimo 10% dos prontuários de alta de cada competência, considerando os onze itens de verificação dos prontuários constante no formulário Avaliação Qualitativa de Prontuário (FO.HOIOL.AUD.005), instrumento de avaliação dos indicadores de qualidade, podendo os prontuários apresentar o limite máximo de até 10% de não conformidades.

Milana Barreto
Auditoria de prontuários
COREN-PA-313.244-ENF

Maria Emanuelle Silva Luz
Coordenadora Administrativ
COREN-PA-112474-F



0000090

### 3. Plano de ação

Em agosto de 2019, a Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) e a equipe multiprofissional do Oncológico Infantil realizaram as seguintes ações preventivas, corretivas e de melhorias:

- Reunião ordinária da CRP dia 07/08/2019, conforme cronograma anual.
- Realização de auditoria qualitativa pelos membros da CRP em conjunto, para análise, discussão das não conformidades e identificação de oportunidades de melhoria.
- Milana Barreto disponibilizou o relatório de não conformidades quantitativas do mês de julho de 2019 na reunião da CRP para ciência de todos e planejamento de melhorias.
- Jozadaque Souza, supervisor da TI, informa que com apoio do faturamento irá refazer o cadastro de alguns profissionais no sistema Salux, pois os documentos por estes gerados possuem a informação incompleta de registro de conselho de classe.
- Luís Andrade, supervisor de Facilities, em parceria a tecnologia de informação e faturamento programa capacitação da equipe da recepção a utilizar a função GED no cadastro de usuários no sistema Salux, o que possibilitará o arquivamento de todos os documentos obrigatórios escaneados.
- Jozadaque Souza disponibilizou na função modelo via Salux para a fácil consulta da informação dos 04 marcadores de identificação segura do usuário (nome do usuário, nome da mãe, data de nascimento e número do prontuário)
- A Tecnologia da Informação disponibilizou impressora de etiquetas de identificação para o setor de Auditoria de Prontuários, a fim de viabilizar a identificação correta do usuário em todos os documentos que compõem o prontuário.
- Milana Barreto apresentou para CRP as ações de melhorias imediatas para o processo de auditoria de prontuários para os meses de agosto e setembro.
- Entre os dias 24/07/2019 e 12/08/2019, continuação e finalização do treinamento/orientações quanto a qualidade do registro em prontuário para

Milana Barreto
Auditoria de prontuários
COREN-PA-313.244-ENF

Paula Emanuelle Silva Luz
Coordenadora Administrativa
COREN-PA-112474-ENF

a equipe assistencial, baseado nas não conformidades mais prevalentes por processo e por equipe entre os saídos de junho de 2019, explanando importância enquanto reflexo da qualidade da assistência prestada, além de metodologia e resultados das auditorias quantitativas.

## 4. Resultados

Em agosto de 2019, registramos 129 altas – 121 altas melhoradas, 08 óbitos. Auditamos 100% dos prontuários quantitativamente. Destes, a CRP auditou 10% qualitativamente (13 prontuários), apresentando 94% de taxa de conformidade em prontuário – 09 classificados como ÓTIMO e 04 como BOM, considerando-se os 11 itens de verificação definidos em contrato.

A identificação completa do usuário com os 04 marcadores institucionalizados (item de verificação qualitativa 01) apresentou desvio em apenas 01 prontuário avaliado, logo teve média 05, apresentando correlação com o indicador do NQSP: Taxa de Adesão ao Protocolo de Identificação do Paciente que também tem resultado positivo.

Este indicador contribui positivamente também com o indicador do Centro Cirúrgico Taxa de Adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura, considerando que 02 dos itens de verificação qualitativa são analisados neste protocolo (relatório operatório ou descrição cirúrgica e ficha de RPA).

Ressaltamos ainda que o indicador influencia positivamente a Taxa de Cumprimento de Metas Contratuais e Atendimento das Metas Contratuais Qualitativas, indicadores do Planejamento Estratégico do processo Contratos, abaixo os itens que apresentaram variação de média, respectiva quantidade de prontuários com desvio e detalhamento da avaliação qualitativa de prontuários abaixo:

- Ficha de RPA – 11 prontuários;
- Identificação – 01 prontuário;
- Assinatura e carimbo do médico – 01 prontuário;
- Assinatura e carimbo da equipe multiprofissional – 02 prontuários;
- Resumo de alta – 02 prontuários.

Milana Barreto
Auditoria de prontuários
COREN-PA-313.244-ENF

Karla Emanuelle Silva Luz
Coordenadora Administrativa
COREN-PA-112474-ENF

HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE

GOVERNO DO PARÁ
POR TODO O PARÁ

| | | | |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO<br>PRÓ-SAÚDE | **FORMULÁRIO – Comissão De Revisão de Prontuários (CRP)** | | GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ<br>Secretaria de Saúde Pública |
| | **Avaliação Qualitativa de Prontuário** | | |
| | Código: FO.HOIOL.CRP.001 | Versão: 001 | Página: 1/2 |

**Avaliador: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**

**Mês / Ano: AGOSTO / 2019**

| Nº de Ordem | Nº do Prontuário | Itens de Verificação | | | | | | | | | | | Total | Qualidade |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| 1 | 2805 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 2 | 10 | 10 | 15 | 89 | BOM |
| 2 | 2788 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 97 | ÓTIMO |
| 3 | 2821 | 5 | 10 | 5 | 5 | 5 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 100 | ÓTIMO |
| 4 | 2823 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 97 | ÓTIMO |
| 5 | 2116 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 97 | ÓTIMO |
| 6 | 2138 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 97 | ÓTIMO |
| 7 | 2175 | 2 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 94 | ÓTIMO |
| 8 | 2138 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 2 | 15 | 89 | BOM |
| 9 | 2473 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 5 | 87 | BOM |
| 10 | 953 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 5 | 87 | BOM |
| 11 | 2824 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 97 | ÓTIMO |
| 12 | 1989 | 5 | 10 | 5 | 5 | 2 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 15 | 95 | ÓTIMO |
| 13 | 2138 | 5 | 10 | 5 | 5 | 5 | 15 | 10 | 10 | 10 | 2 | 15 | 92 | ÓTIMO |

Milana Barreto
Auditora de prontuários
COREN-PA-313.244-ENF

Karla Emanuelle Silva Luz
Coordenadora Administrativa
COREN-PA-112474-ENF

| HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO / PRÓ-SAÚDE | FORMULÁRIO – Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) | | | GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ Secretaria de Saúde Pública |
|---|---|---|---|---|
| | Avaliação Qualitativa de Prontuário | | | |
| | Código: FO.HOIOL.CRP.001 | Versão: 001 | Página: 2/2 | |

| Itens de Verificação | Média | Classificação | Peso |
|---|---|---|---|
| 1. Identificação | 5 | Completo<br>Incompleto | 5<br>2 |
| 2. Evolução Multiprofissional | 10 | Elucidativa<br>Não Elucidativa<br>Ausente | 10<br>2<br>0 |
| 3. Solicitação de Exames | 5 | Realizado<br>Realizado parcialmente<br>Não Realizado | 5<br>2<br>0 |
| 4. Relatório Operatório | 5 | Completo<br>Incompleto<br>Ausente | 5<br>2<br>0 |
| 5. Ficha de RPA | 2 | Realizada<br>Realizado parcialmente<br>Não Realizado | 5<br>2<br>0 |
| 6. Prescrição Médica | 15 | Completo<br>Incompleto<br>Ausente | 15<br>5<br>0 |
| 7. Letra | 10 | Legível<br>legível em parte<br>Ilegível | 10<br>5<br>0 |
| 8. Assinatura e Carimbo do Médico | 9 | Realizada<br>Realizado parcialmente<br>Não Realizado | 10<br>2<br>0 |
| 9. Plano Assistencial de Enfermagem | 10 | Completo<br>Incompleto<br>Ausente | 10<br>2<br>0 |
| 10. Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional | 9 | Realizada<br>Realizado parcialmente<br>Não Realizado | 10<br>2<br>0 |
| 11. Resumo de Alta | 13 | Realizada<br>Realizado parcialmente<br>Não Realizado | 15<br>5<br>0 |

Milana Barreto
Auditoria de prontuários
COREN-PA-313.244-ENF

Rosa Emanuelle Silva Luz
Coordenadora Administrativa
COREN-PA-112474-ENF

| TAXA DE CONFORMIDADE DE PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS: 94% | | | |
|---|---|---|---|
| | Nota | Qualidade | Recomendação |
| Classificação | 0 - 50 | Péssimo | Controle para supervisão + Advertência |
| | 51 - 80 | Razoável | Controle para supervisão + Advertência |
| | 81 - 90 | Bom | Recebe resultado como incentivo |
| | 91 - 100 | Ótimo | Recebe resultado como exemplo |

Milana Barreto
Auditora de Prontuários
COREN-PA-313.244-ENF

Karla Emanuelle Silva Luz
Coordenadora Administrativa
COREN-PA-112474-ENF

Dr. Jose Miguel Alves Júnior
Diretor Técnico
CRM-4808
HOIOL/Pró-Saude

José Miguel Alves Júnior
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Presidente da Comissão

Milana Barreto
Auditoria de prontuários
COREN-PA-313.244-ENF

Milana Barreto de Freitas
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Secretária da Comissão

Viviane Andreia Lesses
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Gerente da Qualidade

## 4.6- Protocolo de Remessa - AIH's

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

GOVERNO DO PARÁ
POR TODO O PARÁ

**Ofício DG-HOIOL– 610/2019** **Belém, 14 de Agosto de 2019.**

RECEBIDO
14 08 19

À
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ**
Avenida João Paulo II, 602
Belém – PA

MD: Coordenador(a) GTCAGHMR/SESPA

**Assunto: Entrega de Prestação de Contas - Faturamento-Competência 07-2019.**

Prezado Senhor Coordenador,

A Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, administradora do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, vem respeitosamente, encaminhar a o Relatório de Prestação de Contas da Apresentação AIH, da Competência 07-2019 (Apresentação 08-2019).

**ANEXO 1** – CD com o Arquivo da Produção Processado no SISAIH01;

Contando com vossas costumeiras providências, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

Alba Lucia de Menezes Sá Muniz
Pró Saúde- Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Diretora Hospitalar

Fábio de Souza Machado
Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Diretor Administrativo e Financeiro

# PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

## HOSPITAL ONCOLOGICO INFATIL OCTAVIO LOBO

## PROTOCOLO DE REMESSA



APRESENTAÇÃO: **08 / 2019** DATA: 14/08/2019

**CNES**.....: 787190-2

**ESFERA ADM**.....: PÚBLICO

**CPF DIR. CLÍNICO**: 293.785.592-04

**TELEFONE**.....: 32493155

| N° LOTE | QUANTIDADE | ESPECIALIDADE |
|---|---|---|
| 00000001 | 151 | 07-PEDIATRICOS |
| **Total QTD:** | **151** | |

Assinatura:

Data:____/____/_____ Hora:____:____

**Reservado à Secretaria**

Motivo:

( ) Fora do Prazo
( ) Falta de Etiqueta
( ) Defeito Físico
( ) Bloqueado
( ) Cancelado / Não Cadastrado
( ) Inconsistência
( ) Divergência Conteúdo
( ) Processo OK

Integrado em: ____/____/_____

Assinatura:

Matrícula: Data:____/____/_____ Hora:____:____

Ayrton S. Machado
HOIOL / PROSAUDE
Super Faturamento / SSP

## 4.7- Comissão de Ética de Enfermagem