HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

Secretaria de Saúde Pública

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

Ofício DG-HOIOL - Nº 481/2019 **Belém/PA, 10 de junho de 2019**

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

CÓPIA

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

RECEBIDO
GTCAGHMR / SESPA
Em, 10/06/2019
Hora: 17:29
Edinilda

Assunto: Apresentação do Relatório de Prestação de Contas do mês de maio/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 maio/2019, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 036/2015.

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

Certa de vossas costumeiras providências, a Pró-Saúde reitera votos de estima e consideração.

Respeitosamente,

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

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

Secretaria de Saúde Pública

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

Ofício DG-HOIOL - Nº 481/2019 **Belém/PA, 10 de junho de 2019**

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

CÓPIA

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

PROTOCOLO
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SESPA - Sec. Executiva de Saúde Pública
Nº 2019, 275081
10.06.19 VALCINEI
Protocolista

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

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

Assunto: Apresentação do Relatório de Prestação de Contas do mês de maio/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 maio/2019, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 036/2015.

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

Certa de vossas costumeiras providências, a Pró-Saúde reitera votos de estima e consideração.

Respeitosamente,

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

00001.

PRÓ SAÚDE

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 036/2015 – REF.: 05/2019

10/06/2019	HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO
Protocolo	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.

Relatório de Execução das Atividades do Contrato de Gestão Nº 036/2015 – Ref.: 05/2019

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 GERAL

FÁBIO DE SOUZA MACHADO
DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

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).
- Inaugurado o espaço "Canto da Leitura" (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 maio de 2019, todas as metas quantitativas foram alcançadas, sendo realizadas 2.579 sessões de quimioterapia e 1.682 consultas ambulatoriais. Foram registradas também 135 saídas hospitalares, conforme tabelas a seguir:

2.2. Metas Qualitativas

Em maio de 2019, todas as metas qualitativas foram cumpridas satisfatoriamente. Com avaliação positiva dos usuários em 98%.

As conformidades em prontuário chegaram a 95%. Todas as autorizações de internação hospitalar referentes ao mês anterior foram apresentadas no dia 15 de maio de 2019, conforme estabelecido no manual de avaliação.

Os índices de extravasamento no ambulatório e na unidade de internação foram de 0,08% e 0,0%, respectivamente. Com relação à taxa de infecção na unidade, o resultado de 7,3% está abaixo dos parâmetros estipulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme demonstrativo abaixo:

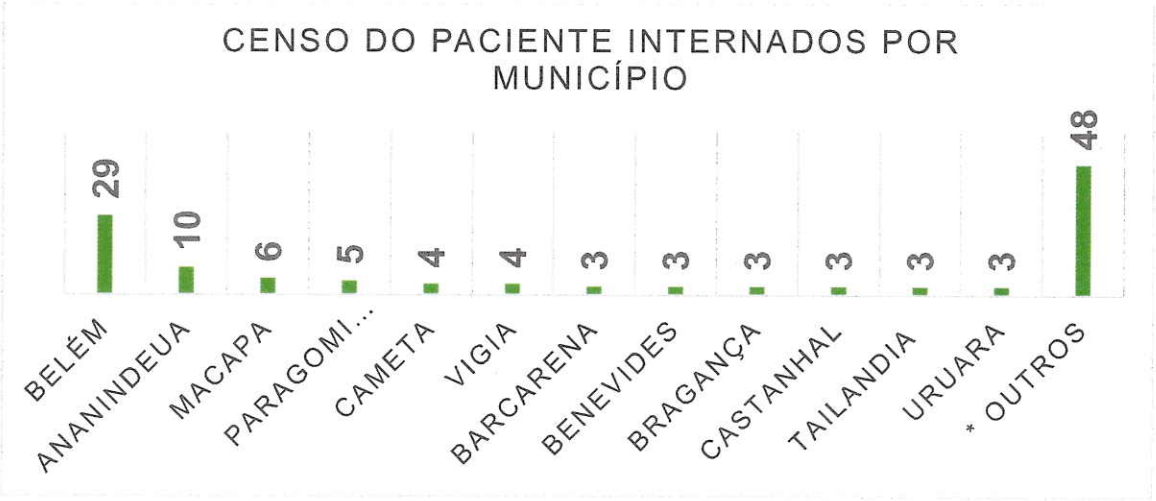
INDICADORES	META CONTRATUAL - %	PARÂMETROS*	META ATINGIDA MAIO
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO (APRESENTAÇÃO DE AIH)	100%	Apresentação de 100% das AIHs referente ao mês de competência. Livre de crítica e reapresentações. Preenchimentos de forma correta e idônea.	100%
ATENÇÃO AO USUÁRIO	100%	Espaço físico, fluxo, 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

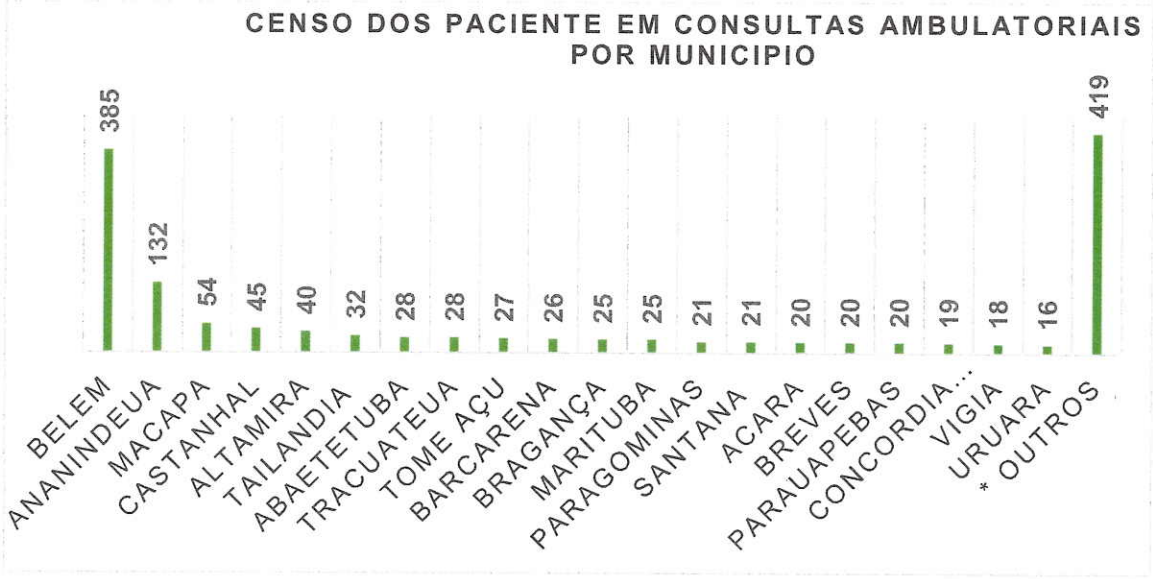
3. Censo de Origem dos Usuários

Em maio de 2019, houve 124 internados, em destaque a cidade de Belém que apresentou 23,38% dos usuários internados.



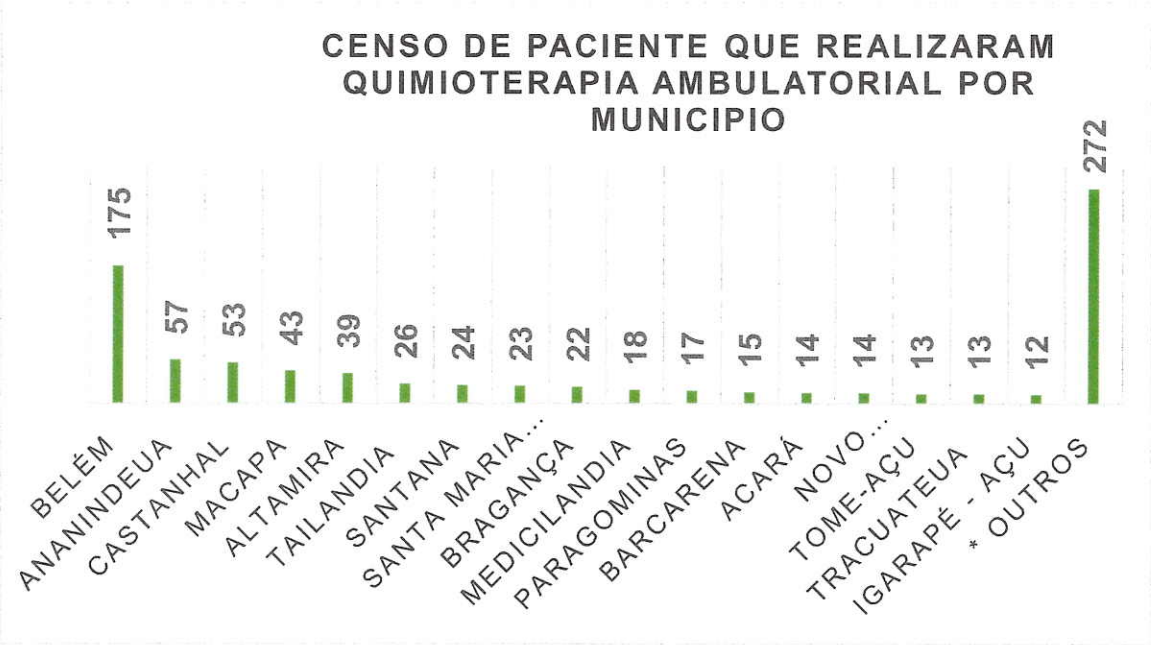
*Demais municípios do Estado do Pará (vide plano estatístico, item 1.6)

Também foram registrados, em maio, 1.421 consultas ambulatoriais, com ênfase para a cidade de Belém, que apresentou 27,09% dos usuários consultados.



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

Ainda em maio, houve 850 usuários que realizaram sessões de quimioterapia ambulatorial, em destaque a cidade de Belém, que apresentou 20,58% 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 maio de 2019 no Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo.

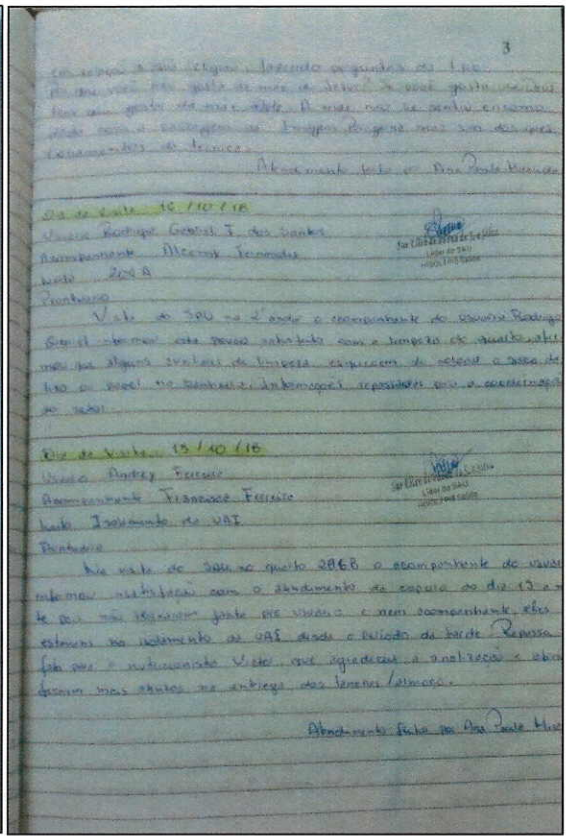
2. Espaço físico

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)

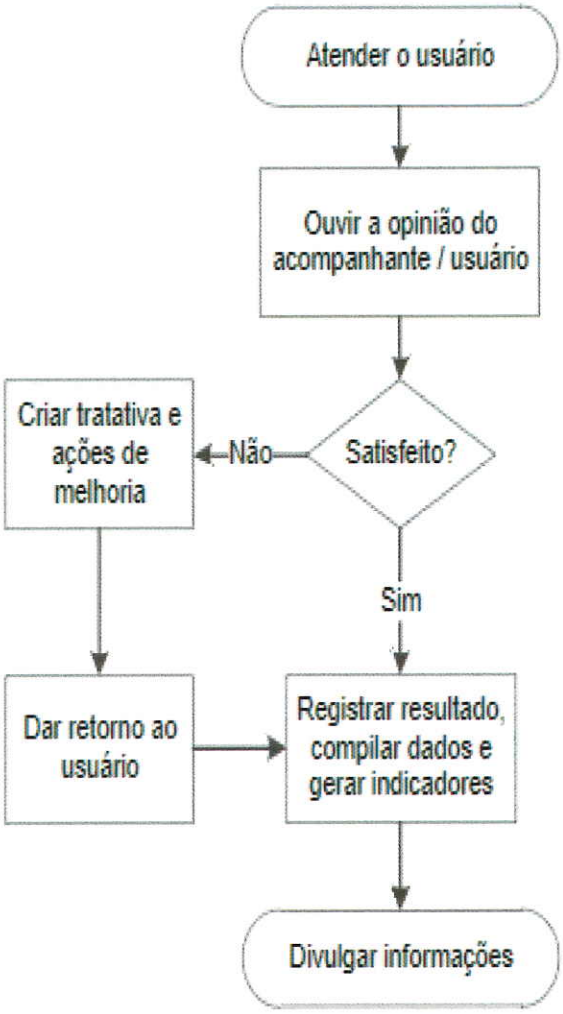
Vivian Oliveira Lêsses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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)

Viviam Sandra Lessos
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde



5. Divulgação do serviço

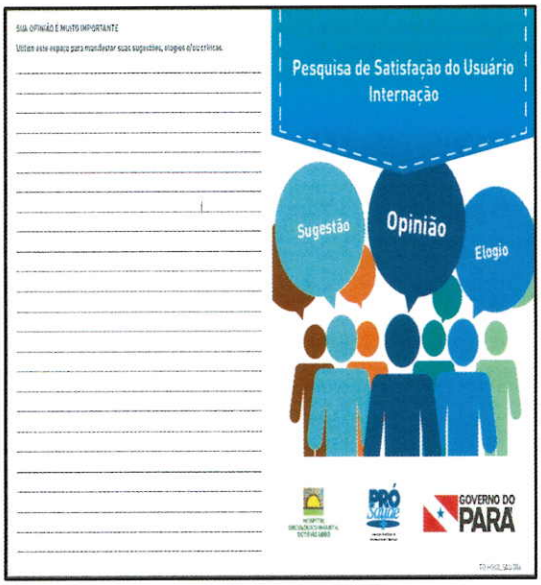
O serviço é divulgado nas recepções através de folder e totem, diariamente nas unidades de internação através das visitas beira leito e nas integrações para novos colaboradores onde é incentivado a todos utilizarem o serviço de atendimento para melhorias e resolutividade dos serviços do hospital.

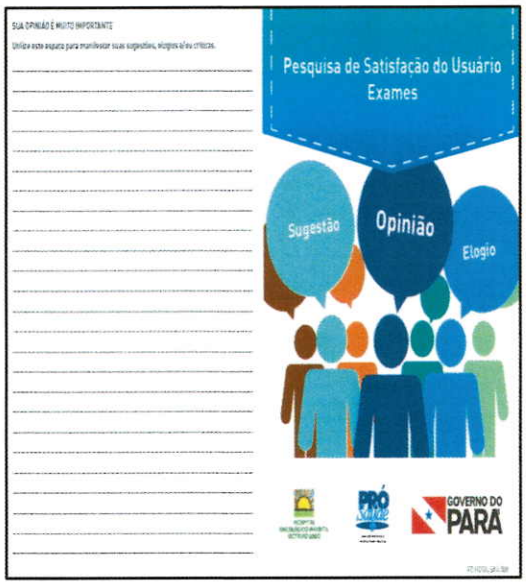
Vivianne Andreia Lisboa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

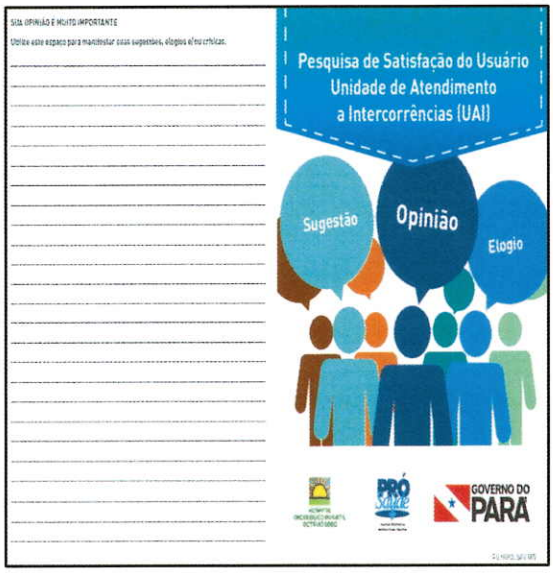
6. <u>Pesquisas de satisfação</u>

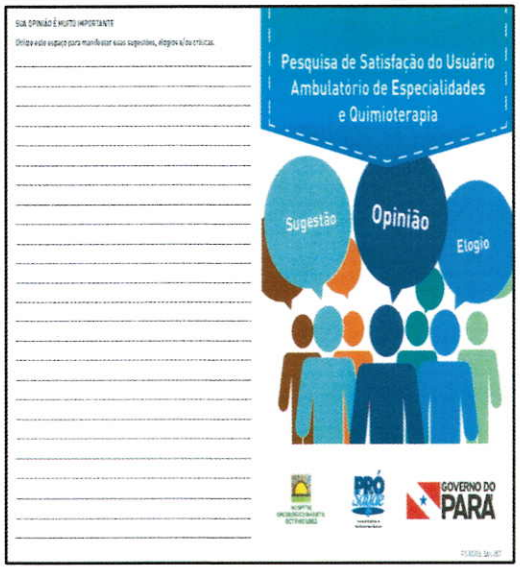
O Serviço de Atendimento ao Usuário, avalia a satisfação do usuário, por meio dos questionários de Internação (onde acompanha diariamente beira leito a satisfação dos usuários internados), Ambulatoriais, SADT, e Urgência e Emergência. Estes formulários estão em todos os andares do hospital, assim como 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.

Viviane Helena Leisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde









Fonte: ASCOM (Pesquisa de Satisfação via Tablet)

Regiault...

Vivian Lessos
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

7. Resultados das pesquisas de satisfação

Durante o período 01/05/2019 a 31/05/2019 foram realizadas pesquisas de satisfação que contabilizadas nos forneceram os seguintes dados abaixo:

Tabela 01: Total de questionários respondidos em maio 2019.

1- Total de Questionários Respondidos	Atendimentos	Meta	Pesquisas Realizadas
Ambulatório	827	83	274
Exames	541	54	273
Internação	124	12	134
Unidade de Atendimento a Intercorrências	557	58	247
TOTAL	**2049**	**207**	**928**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, maio 2019.

Tabela 2: Percentual da Satisfação por Setores e Global.

Percentual da Satisfação do Usuário por Setores e Global	%
Internação	99%
Exames	99%
UAI	99%
Ambulatório	94%
Taxa Global	**98%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, maio 2019.

Gerente Qualidade HOIOL / Pró Saúde

Tabela 2: Percentual da Satisfação Pós alta

1- Total de Questionários Respondidos	ALTAS	Meta	Pesquisas Realizadas
Internação 1º andar	75	8	31
Internação 2º andar	25	2	9
Internação 3º andar	31	3	12
UTI	0	0	0
TOTAL	**131**	**13**	**52**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, maio 2019.

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	0%	20%	2%	31%	47%	78%
Internação 2º	0%	4%	6%	41%	29%	70%
Internação 3º	0%	0%	2%	25%	75%	100%
UTI	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Média (Conceito)	0%	8%	3%	32%	50%	**83%**

8. Diagrama das perguntas de satisfação dos setores

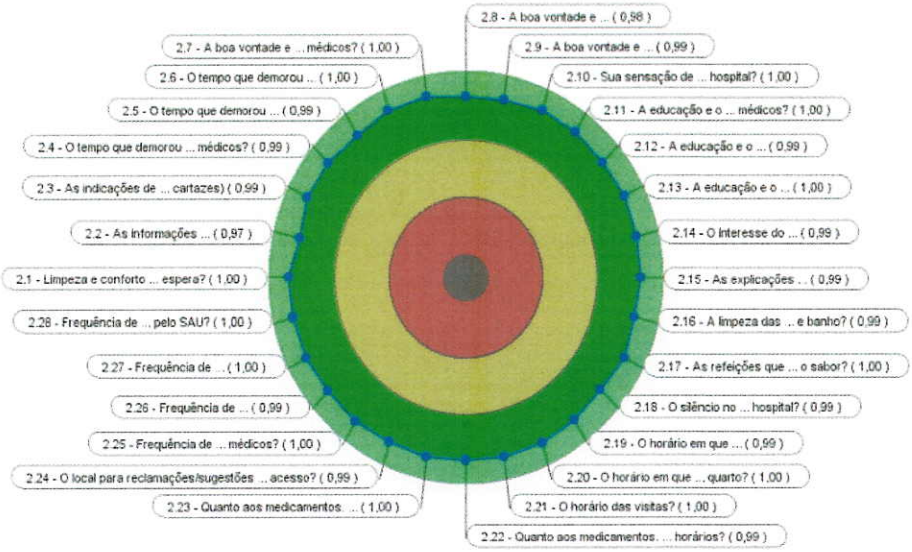
O Diagrama nos demonstra o nível de satisfação do usuário por pergunta, sendo o verde dentro da meta de 80%, o amarelo está próximo e o vermelho está abaixo.

Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

8.1 Diagrama 01: Pesquisa de Satisfação Internação.

Maio/2019

Data: 04/06/2019
Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Internação (Pontuação Atualizada) Página: 1

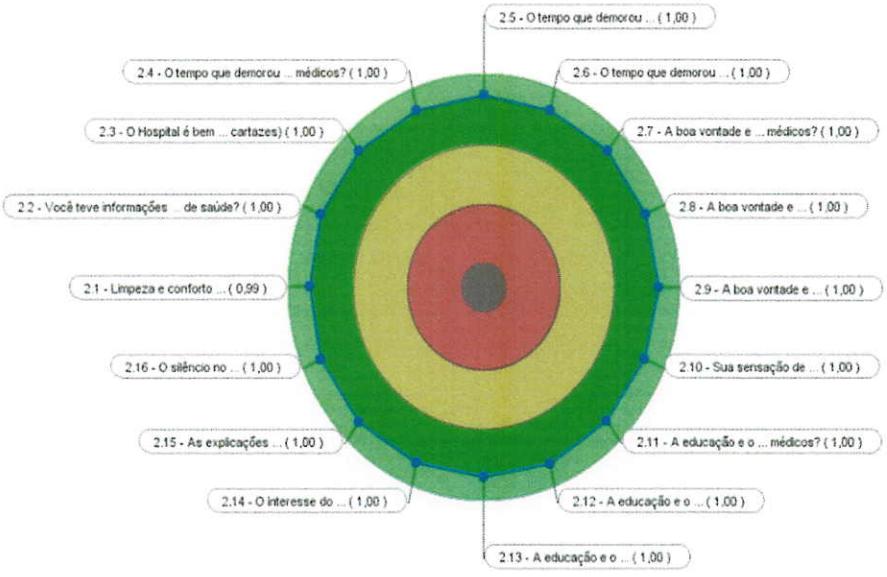


Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser

8.2 Diagrama 02: Pesquisa de Satisfação Ambulatório

Maio/2019

Data: 04/06/2019
Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Ambulatório Página: 1



Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser

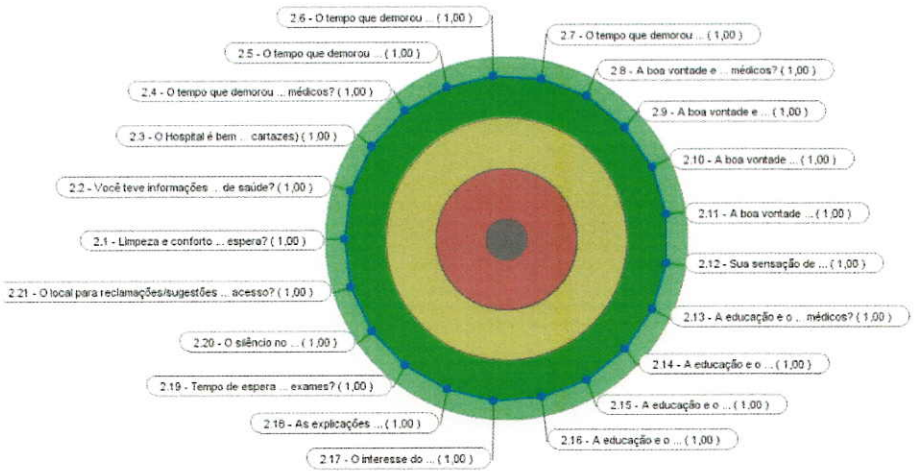
Viviane Loureiro Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

8.3 Diagrama 03: Pesquisa de Satisfação UAI.

Maio/2019

Data: 04/06/2019
Página: 1

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário UAI



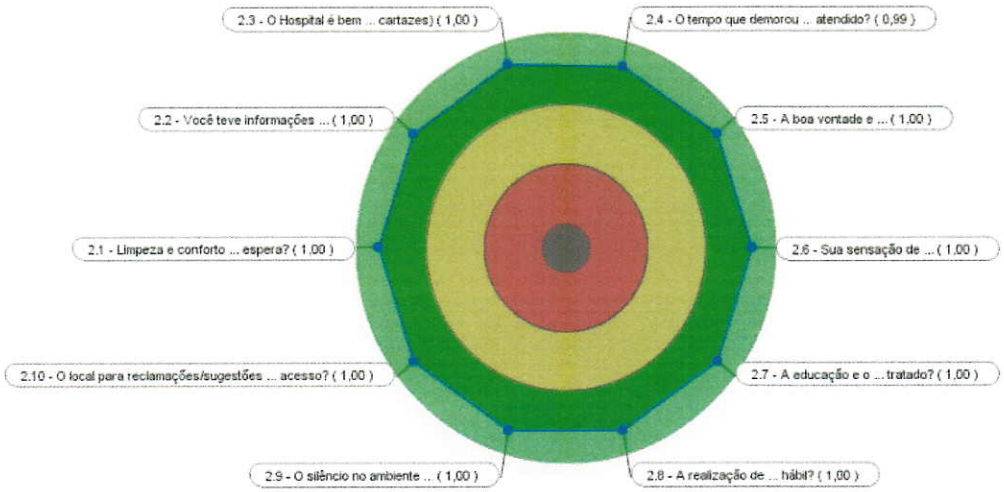
Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser

8.4 Diagrama 04: Pesquisa de Satisfação Exames.

Maio/2019

Data: 04/06/2019
Página: 1

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Exames



Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser

Viviane Ferreira Leisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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

9. Fluxo das demandas de elogios, sugestões e reclamações registradas pelo SAU no mês maio/ 2019.

Dos 139 (cento e trinta e nove) registros, 94% foram direcionados aos elogios, 4% para reclamações e 1% 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 maio 2019.

Classificação Registro	Total	%
Reclamações	6	4%
Elogios	131	94%
Sugestões	2	1%
TOTAL	**139**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, maio 2019.

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

Reclamações	Total	%
Ambulatório	0	0%
Exames	1	17%
Internação	2	33%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	3	50%
Atendimento em Sala	0	0%
TOTAL	**6**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, maio 2019.

Viviane Gerente Qualidade HOIOL / Pró Saúde

Tabela 5: Elogios Realizados nos Formulários de Pesquisa

Elogios	Total	%
Ambulatório	16	12%
Exames	14	11%
Internação	84	64%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	17	13%
TOTAL	**131**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, maio 2019.

Tabela 6: Sugestões Realizadas nos Formulários de Pesquisa.

Sugestões	Total	%
Ambulatório	0	0%
Exames	1	50%
Internação	0	0%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	1	50%
TOTAL	**2**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, maio 2019.

Conforme a tabela 7, tivemos das 06 (seis) reclamações o total de 100% tratadas, alcançando o estipulado em contrato. Segue abaixo a transcrição do tratamento, assim como o seu demonstrativo.

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

Reclamações Tratadas	Total	Tratadas
Ambulatório	0	0%
Exames	1	100%
Internação	2	100%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	3	100%
Atendimento em Sala	0	0%
TOTAL	**06**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, maio 2019

Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

"Sobre a nutrição: Tem que melhorar esse atendimento, pois não existe um protocolo de dieta via GTT, que possa ser seguido em casos de emergência. EX: A criança da entrada de manhã, mas quando demora a internar e entrar no mapa da nutrição, A copa não libera dieta, não manda nada p/ a paciente e quando a gente solicita, não obtemos resposta. Resumindo, a paciente fica com fome, não tem ninguém da copa que resolve esse problema. Nem nutricionista que libere dieta. Um absurdo a criança ficar com fome o dia todo. [sic] P.C.L.C (Acompanhante)

Tratamento:

Devido a equipe de nutrição não estar presente na UAI, a enfermagem deve ter como procedimento, informar tanto a chegada do usuário, quanto a liberação da dieta pelo médico, como também o tempo de permanência se o usuário irá subir para internação ou veio apenas para simples procedimento, pois assim a equipe pode se programar, repassando a informação ao lactarista. Ação: Já está em aberto na comissão EMTN protocolo para procedimento com GTT. Sandra Seabra – Coordenadora do SND

Complemento da Diretoria:

Agradecemos pelo registro, como ação para melhoria deste processo, a Comissão de EMTN (Equipe Multi. de terapia Nutricional) já está discutindo sobre a elaboração do protocolo de atendimento aos pacientes com gastrostomia, o que no nosso entendimento irá contribuir de forma significativa para o bom atendimento dos nossos pacientes. Todos os registros são de grande importância para melhoria do atendimento, haja vista somos uma instituição que se preocupa com a segurança e cuidado dos nossos pacientes. Josieli Pinheiro – Diretora Assistencial

Retorno:

No dia 30/05/2019, o S.A.U entrou em contato via telefone com a reclamante, que após ficar ciente da resposta ficou plenamente satisfeita, disse que gostaria de agradecer a todos envolvidos na resposta dada e que isso só melhora o atendimento ao usuário. O S.A.U se colocou à disposição sempre que precisar.

Viviane Fonseca Lesses
Gerente Qualidade
OIOL / Pró Saúde

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

"Quero reclamar da D.B plantonista. Deixa muito a desejar e ainda nos deixa muito tempo esperando."[sic] M.R S. A (Acompanhante)

Tratamento:

Já conversei com a mãe, pois a mesma me procurou sobre o ocorrido. Procurei a médica em questão que explicou que por não se tratar de atendimento de urgência, criança ia coletar exame pré qt acabou não chamando como urgência. Quero ratificar a mãe que o atendimento tem ordem de prioridade, porém ninguém (nenhum paciente) deixa de ter importância. E que a médica estava cobrindo um colega que estava doente. Desde já agradeço pela compreensão. Amanda Jácomo – Médica Pediatra.

Retorno:

No dia 27/05/2019, o S.A.U entrou em contato via telefone com a reclamante para dar um retorno da tratativa, que após ficar ciente ficou satisfeita com o retorno, e disse que no dia em questão o atendimento foi muito demorado, mas entende que na UAI tem outras crianças aguardando atendimento e que todas merecem atenção da mesma forma. Agradeceu pelo contato e elogiou o serviço pelo retorno.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

" A técnica M.C, que me deixou bastante decepcionada. Após coletar o sangue, pegou o algodão que tinha caído no chão e colocou no local da coleta, colocando em risco a pegar algum tipo de bactéria. Que tipo de profissional é esse? Me pergunto. Onde vamos chegar? data da coleta dia 09/05/2019. [sic] L.C.S (Acompanhante)

Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Tratamento:

Agradecemos a sua sinalização comunicando-nos o ocorrido. Foi conversado junto a colaboradora, escutamos a mesma e nos relatou ter realmente acontecido o fato, ressaltou que reconhece sua falha no não cuidado da higienização no ato da coleta e os riscos, a mesma chegou a se desculpar à família após o ocorrido. Registramos o ocorrido em ficha funcional da colaboradora exaltando as boas práticas da coleta e os riscos, haja vista que fazemos parte de uma instituição que se preocupa com a qualidade, segurança e agilidade no atendimento dos nossos usuários. Sheila Rocha – Supervisora SADT

Complemento da Diretoria:

A colaboradora envolvida foi orientada pontualmente sobre as boas práticas. Esperamos que este tipo de situação não volte a acontecer, haja vista fazemos parte de uma instituição que se preocupa com a saúde e segurança dos nossos pacientes. Cada registro nos permite identificar oportunidades de melhoria nos processos. Agradecemos pelo registro.

Retorno:

No dia 28/05/2019, o S.A.U pessoalmente deu o retorno da tratativa para a reclamante, que ficou satisfeita com o retorno. Agradeceu pelo contato e disse que as críticas servem para melhoria do serviço e que não ocorra este tipo de conduta novamente. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1º ANDAR

Preenchimento:

"Eu me chamo R, mãe do w.w, hoje eu tenho não é uma critica, mais pode ser uma sugestão, o que eu vejo acontecer com o meu filho todas as vezes que é feito algum procedimento como Tomografia com sedação, é pedido para deixar em jejum a partir da meia noite, que o procedimento vai ser feito ás oito. Mais não é o que acontece o meu filho ficou sem se alimentar desde ás 23:30h e só foi fazer a

Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

tomografia ás 11:00 horas. Para um adulto já é ruim agora imagina para uma criança, fui questionar, o enfermeiro informou que era o anestesista que ainda não tinha chegado e depois fui novamente e foi informada que tinha que esperar o Ophir ligar para poder ir. Mais quando chegamos lá , a assistente reclamou porque que tinham ido naquele horário, que era pra ter ido mais cedo, o que eu vi foi que faltou organizar melhor pra não deixar nossas crianças sofrer tanto, eu não falo só pelo meu filho, falo por todas as crianças". [sic] R.R.B (Acompanhante)

Tratamento:

Bom dia!
A realização dos exames de imagem são realizados em outra instituição, e seguimos as orientações passadas pelo setor responsável, para seu filho realizar o exame de imagem, e necessário o jejum e o acompanhamento de uma equipe preparada, como o anestesista, maqueiro, técnico de enfermagem, e os matérias dentro da maleta para possíveis intercorrência. Tudo isso ocorreu para uma qualidade e segurança na realização do exame, quanto a demora, desculpe nos, pois estamos sempre em busca de melhorar nossos processos. Agradeço sua sugestão, e estou à disposição para mas esclarecimentos. Josef Katiuscya – Coordenadora de Enfermagem

Complemento da Diretoria:

Conforme análise da coordenação da área os cuidados pré exames são de extrema importância para minimizar riscos assistenciais. Agradecemos pelo registro, entendemos que através dele existe a possibilidade de melhorarmos nossos processos. Agradecemos e nos colocamos à disposição. Josieli Pinheiro – Diretora Assistencial

Retorno:

No dia 04/06/2019, pessoalmente o S.A.U realizou o retorno da tratativa para a reclamante, que após ficar ciente da resposta ficou satisfeita, e espera que a demora para realização de exames não aconteça mais, pois prejudica a criança que fica em jejum prolongado e que a comunicação entre os profissionais aconteça de forma mais efetiva. Agradeceu pela resposta que obteve e parabeniza o serviço de atendimento

Gerente Qualidade Pró Saúde

ao usuário por toda atenção e resolutividade. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do Usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 3º ANDAR

Preenchimento:

"Venho através dessa fazer uma denúncia de uma profissional (Coordenadora E. que se encontrava de plantão na noite do dia 25-03 do ano 2019). Meu nome é L.C sou mãe do paciente H.R.C.M. O H. foi para a UTI na quinta passada, ele teve um choque devido a imunidade dele está muito baixa, na UTI como sempre, tem uma equipe nota 1000, médicos excelentes, não menosprezando as outras equipes médicas que tem no hospital, amo todos e tenho um grande respeito por todos. Descendo para o 3º andar quase ás 22 hs de segunda, detectei que havia um vazamento de gás na enfermaria, não sei que tipo era se nocivo ou não (mais não sou médica e imediatamente procurei a doutora de plantão, Drª J. que me informou que já tinha passado tanto ela quanto o enfermeiro de plantão da noite para a coordenadora E., o problema da enfermaria, o descaso dela foi tão grande que mesmo assim mandou o meu filho descer e colocaram ele na enfermaria, ao meu ponto de vista colocando a vida dele em risco, ele tinha saído do vale, chegou a beira da morte e uma besta fera dessa mal amada faz isso com meu filho, e não era só ele que estava na enfermaria havia um paciente chamado Y. C que também tinha saído da UTI e estava nessa enfermaria, fiquei esperando a transferência deles por quase 1 hora me estressei e eu mesma tirei o leito do H. da enfermaria, e mandei chamar Dona E. e falei poucas e boas sobre a irresponsabilidade dela, colocando em risco a vida das pessoas porque poderia haver uma explosão e ceifar a vida de várias pessoas, aqui nessa unidade de saúde se cuida da vida das crianças, então peço aos funcionários que se acham inatingível que sejam punidos como devem. Espero resposta da direção dessa casa de saúde que tanto respeito e brigo pelo meu filho, quantas vezes forem necessárias." [sic] L.C (Acompanhante)

Viviane Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Tratamento:

Para este caso em específico, houve uma reunião para alinhamento de fluxos referente a necessidade de bloqueio de leitos para a realização de manutenções. 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, por isso todos os registros são tratados como uma grande oportunidade de melhoria.

Retorno:

O S.A.U realizou contato com a reclamante para dar retorno da tratativa de reclamação, que após ficar ciente ficou satisfeita, porém espera que o episódio não aconteça mais, que isso pode ocasionar problemas graves tanto para o usuário que está debilitado, quanto para o acompanhante e espera que ocorra mais comunicação entre a equipe de enfermagem e o gerenciamento de leitos. Relatou ficar satisfeita e agradeceu e disse que na última internação do usuário tudo ocorreu muito bem e o atendimento foi além do esperado. O S.A.U se colocou à disposição sempre que precisar.

Aceitação do Usuário: Satisfeito (a)

5. Melhorias no processo do SAU

- Integração aos novos colaboradores no dia 07 e 14 de maio 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;
- Participação da líder na oficina de riscos, realizada na data de 17/05/2019 pelo NQSP, para apresentação de novo gerenciamento de riscos, conceitos, e identificação de novos riscos.

Viviane Leisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

- Participação da equipe do S.A.U na apresentação de indicadores de custos na data de 24/05/2019.
- Participação da equipe do S.A.U na reunião da equipe multi, estudo de caso do setor de nutrição no dia 22/05.
- Reunião com a Comissão do GTH e Sustentabilidade;
- Reunião de custos e Planejamento estratégico com o NQSP e gestores;
- Participação da equipe na reunião de gestão em 20/05/2019;
- No dia 29/05 a líder do S.A.U participou do Fórum Estadual de Ouvidorias – OUVEPARÁ, que tem como objetivo de promover a articulação e fortalecimento das ouvidorias no estado do Pará.
- Participação da líder na oficina de Gestão por processos, realizada na data de 30 e 31/05/2019 pelo NQSP, para apresentação da SIPOQ, novo modelo de mapa do processo do setor.

6. Considerações finais

Durante o mês de maio de 2019 foram realizadas pesquisas com mais 10% da população amostral setorial. Obtivemos 99% de satisfação no formulário do setor de Exames, Unidade de Atendimento a Intercorrências – UAI 99%, 94% do atendimento Ambulatorial e no formulário da Internação 99%. A satisfação Global em 98%. 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 Carvalho 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 assitenciais	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

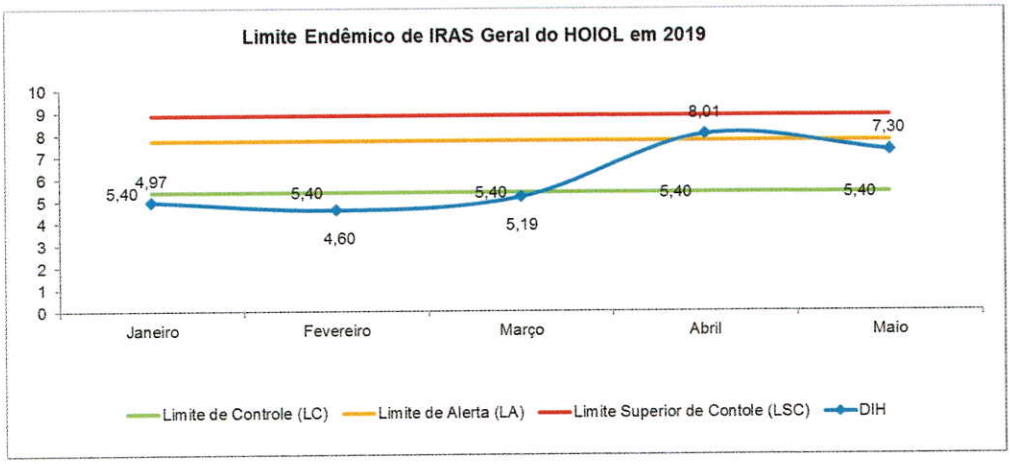
- Reunião de CCIH ocorrida no dia 22/05/2019.

- Reinspeção visita técnica de fornecedor interno: SND.
- Análise de indicadores no INTERACT e apresentação aos gestores HOIOL.
- Treinamento: Participação como facilitadores na Integração de novos colaboradores.
- Campanha de higiene das mãos.
- Acolhimento a caso novos.

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								
Julho								
Agosto								
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								
Julho								
Agosto								
Setembro								
Outubro								
Novembro								
Dezembro								

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.

[1] Infecção gastrointestinal

[2] Infecções gastrointestinais

[3] Infecção de pele e partes moles

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

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

Virgínia Andréia Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

LEGENDA:

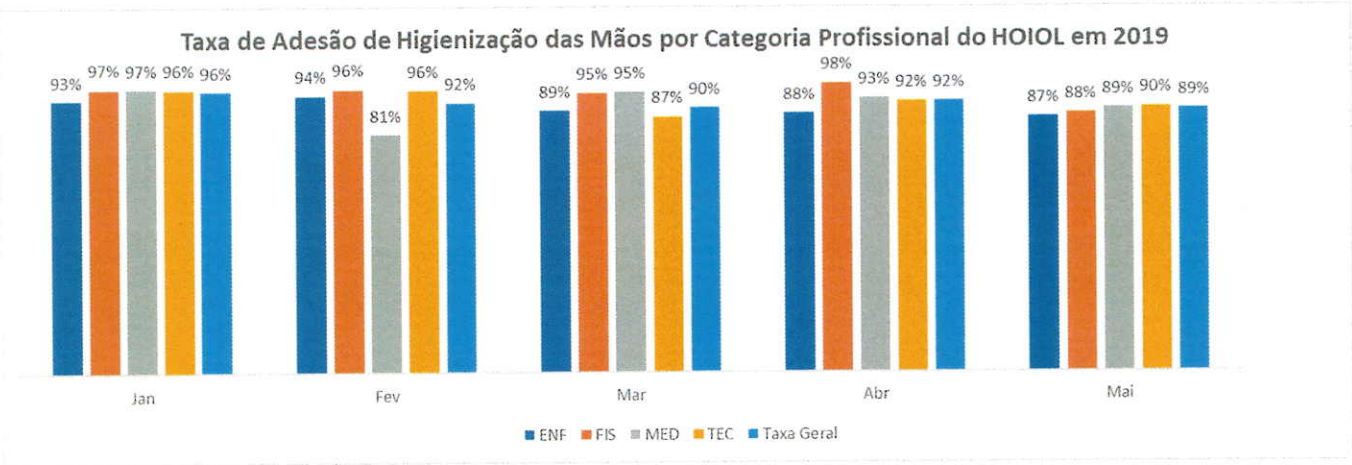
IRAS: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
DI: Densidade de Incidência
IPCS-CVC: Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter vascular central
IPCS: Infecção primária de corrente sanguínea
CVC: cateter vascular central
ITU-SVD: Infecção do Trato Urinário associada à sondagem vesical 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

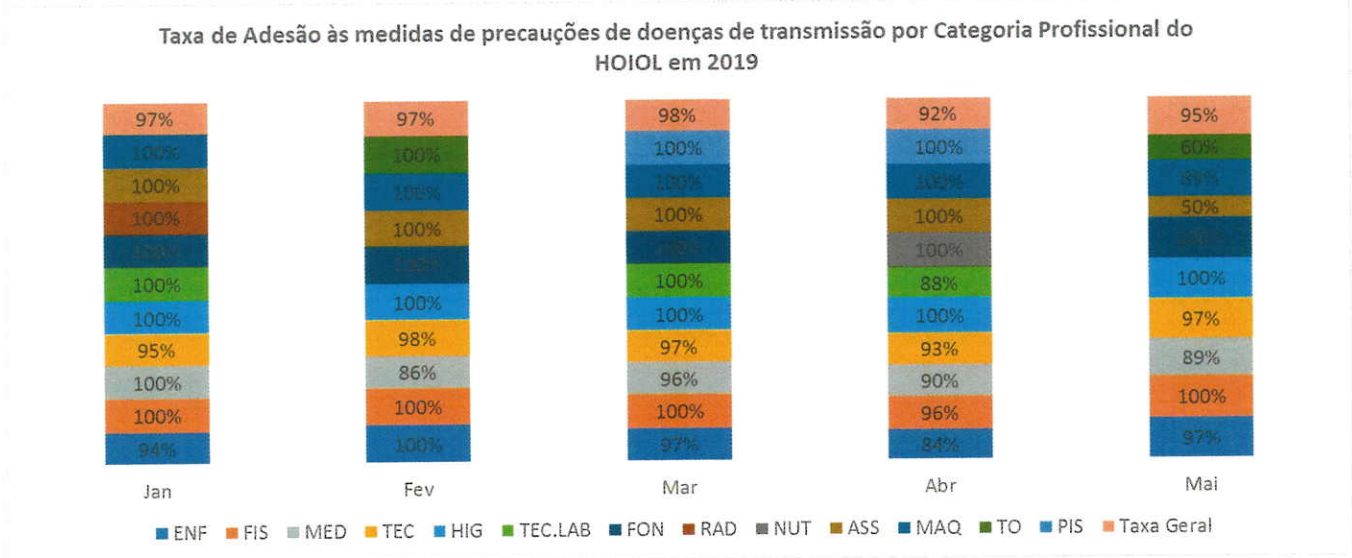
Análise: No mês de maio, a densidade de incidência de infecção hospitalar geral ficou em 7,3 episódios por 1000 pacientes-dia; melhor em relação ao mês anterior, e ficando no limite de alerta, mas ainda abaixo do limite superior de controle na curva endêmica de IRAS do hospital, conforme podemos visualizar no gráfico acima. A distribuição topográfica das IRAS está disposta na tabela acima, sendo notificadas 13 IRAS no total, sendo a IPCSCVC a mais prevalente, com 3 casos notificados.

Fazendo uma análise das densidades de incidência geral de IRAS por setor, destacamos a UTI, o 2º e 3º andar ficando acima dos limites de controle, já no de alerta, mas também ainda abaixo dos limites superiores de controle, conforme visualizaremos no decorrer deste relatório. Quando avaliamos as IRAS relacionadas à dispositivos invasivos, foram notificadas 1 PAV, 3 IPCSCVC e 1 ITUSVD, e em todos os incidentes notificados foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção, com orientação in locu para evitar casos futuros (EV 4149, 4289, 4290, 4291, 4292). As outras IRAS notificadas não relacionadas à dispositivos invasivos, 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 infecções pós cirurgias realizadas no hospital neste mês de maio.

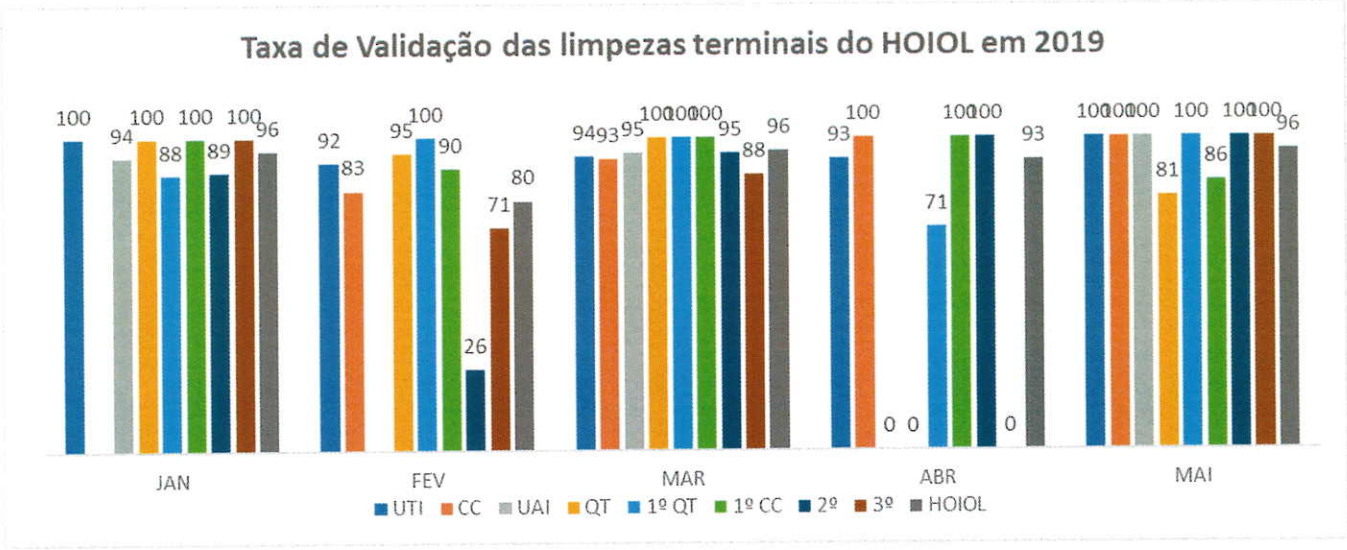
Fazendo uma análise em paralelo com as medidas de prevenção de IRAS implantadas o hospital, tais como a taxa de adesão à higiene das mãos, taxa de adesão às medidas de precauções de doenças de transmissão e validação das

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.

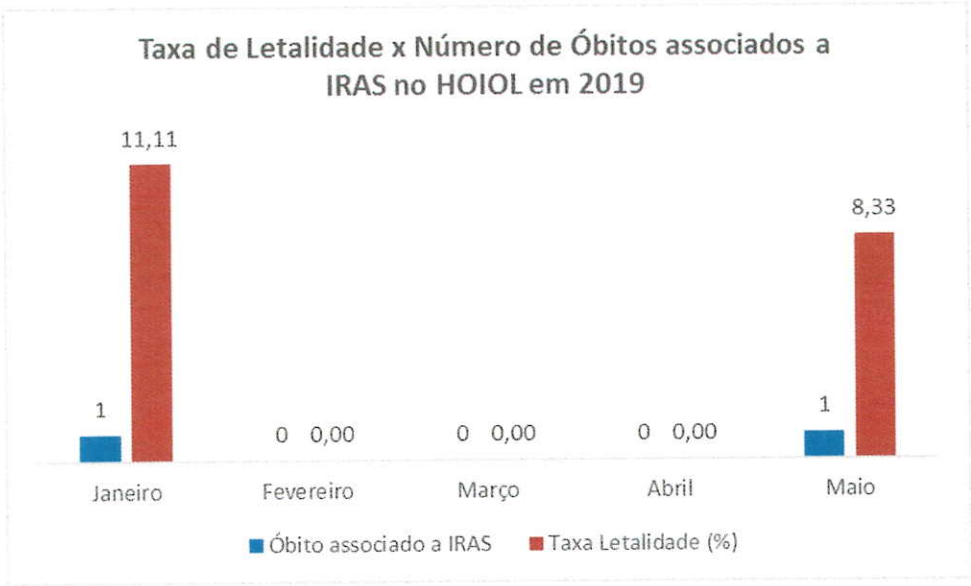




Viviane Teixeira Lesses
Gerente Qualidade
Pró Saúde



5.3 Taxa de Letalidade e Número de Óbitos associados a IRAS



Análise: Neste mês de maio tivemos 1 óbito associado a IRAS no hospital, que desenvolveu uma IGI, em paciente com vários clínicos de risco para aquisição de IRAS.

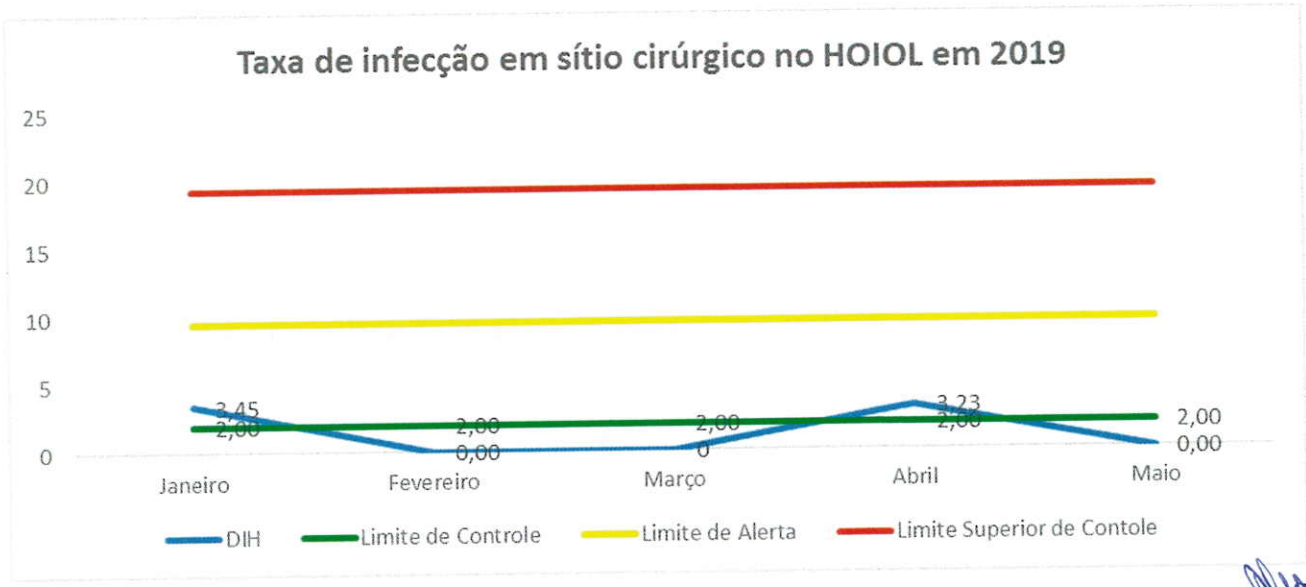
6 Indicadores de Infecções Relacionadas ao Sitio Cirúrgico, HOIOL

6.1 - Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)

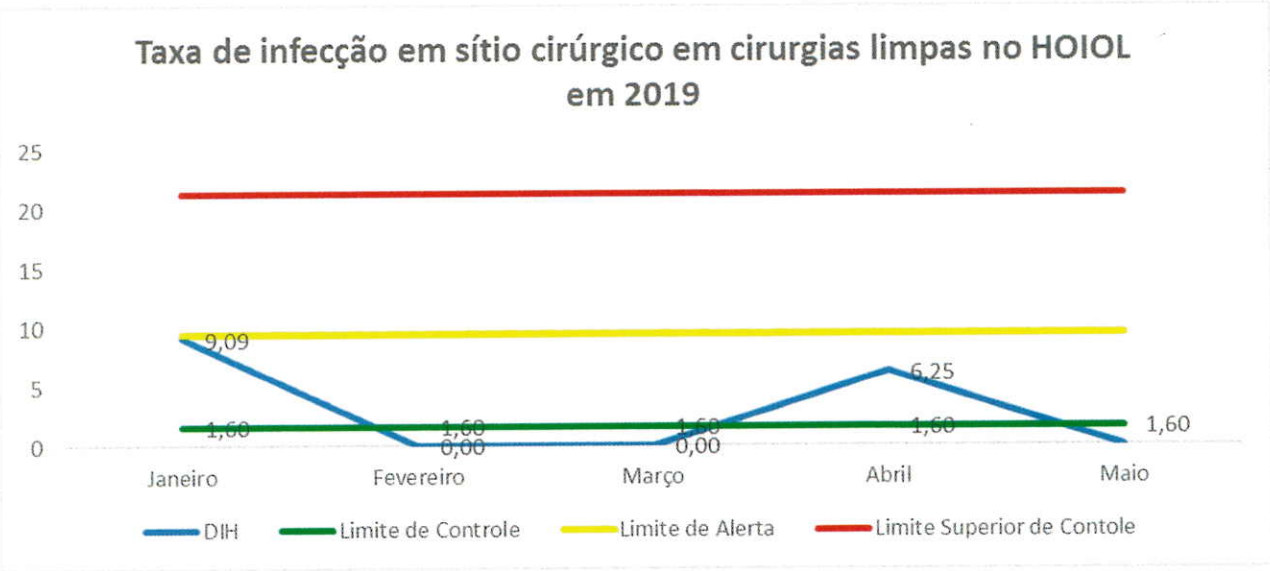
Período	ISC Total	Total de cirurgias (limpas a contaminadas	Tx geral	ISC cirurgias limpas	Total de cirurgias limpas	Tx de ISC em

			de ISC			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						
Julho						
Agosto						
Setembro						
Outubro						
Novembro						
Dezembro						

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE



Viviane Cristina Lisboa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde



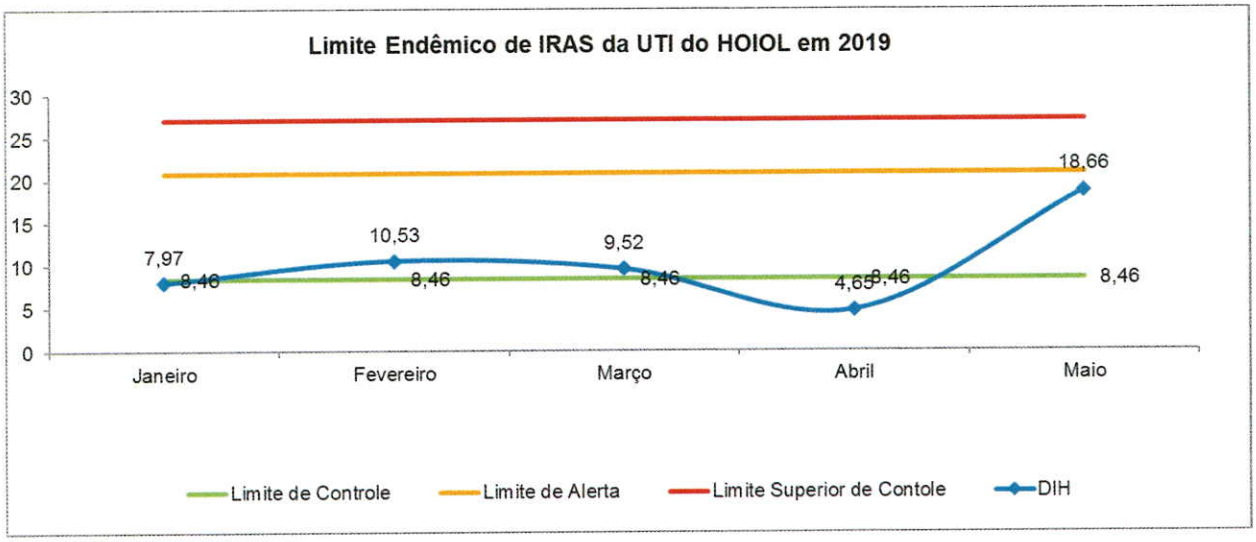
Análise: Neste mês de maio não tivemos notificação de infecção pós cirurgias realizadas no hospital. Manteremos as auditorias e orientações das medidas de prevenção desta topografia de IRAS no hospital.

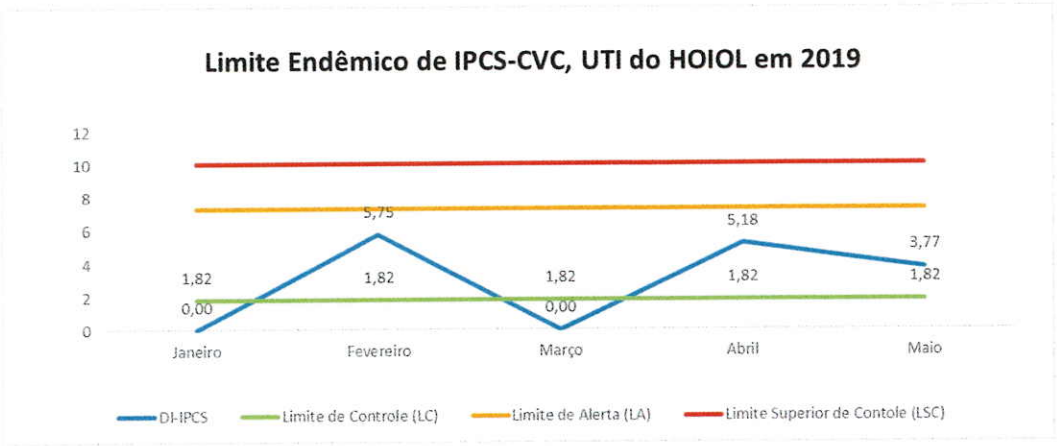
7 Indicadores de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde, UTI-HOIOL

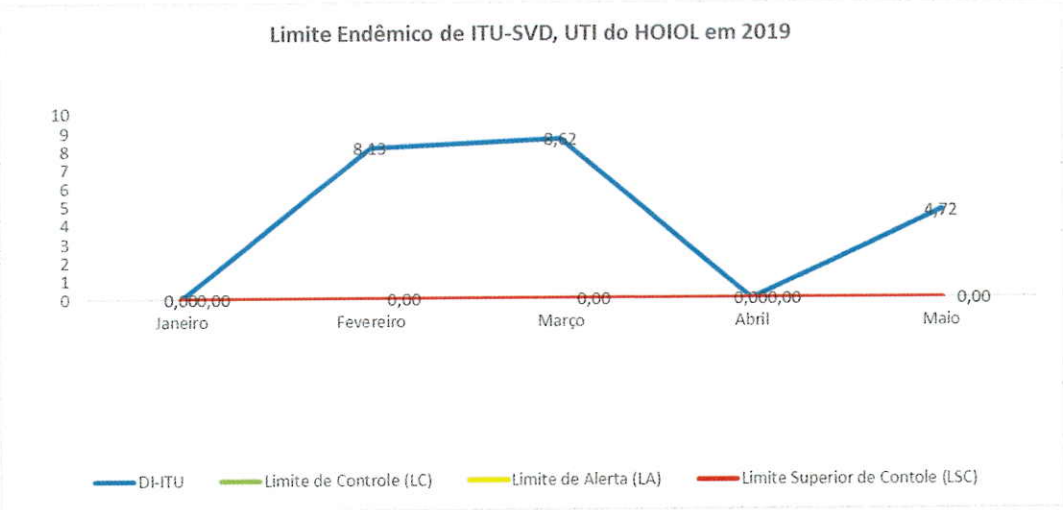
7.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Pneumonia associada a ventilador mecânico – PAV, Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) na Unidade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

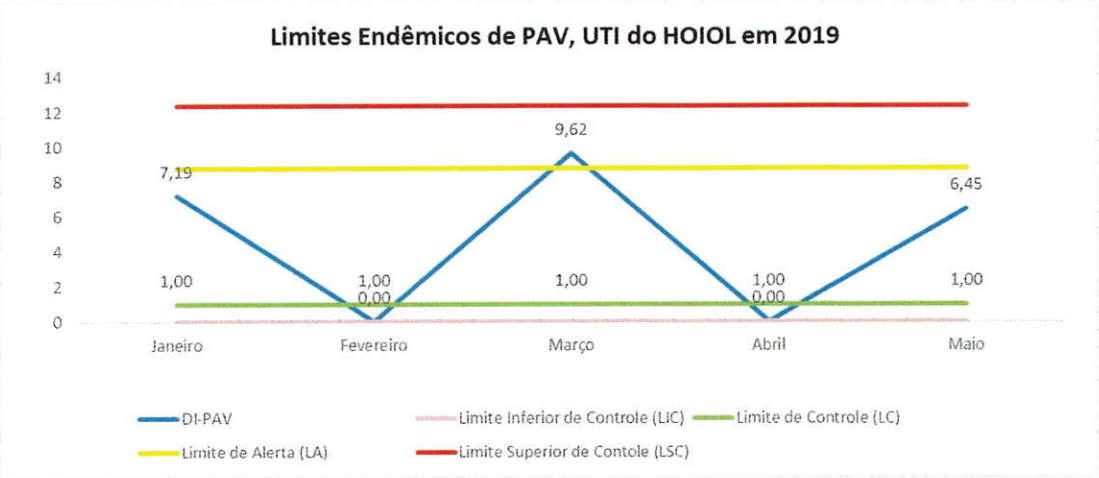
Dezembro													







Viviane Caldeira Lisboa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde



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								
Julho								
Agosto								
Setembro								
Outubro								
Novembro								
Dezembro								

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

[5] Infecção de pele e partes moles

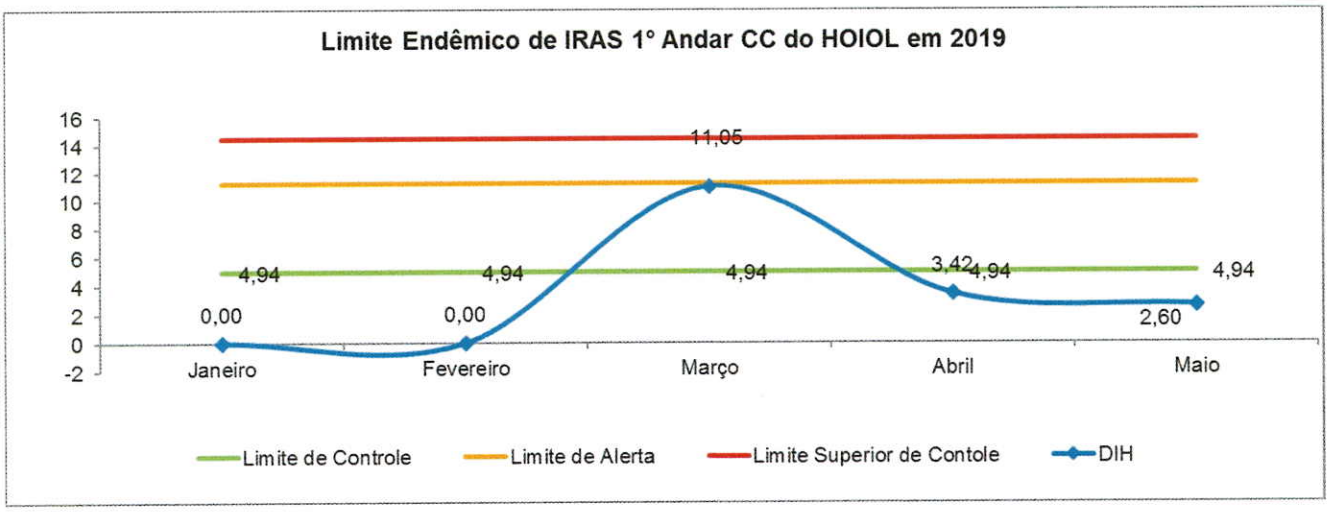
Análise: Em maio tivemos 5 notificações de IRAS na UTI, com distribuição topográfica disposta na tabela acima; ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS em 18,66 episódios por 1000 pacientes-dia; pior que o mês anterior, ficando já próxima do limite de alerta, mas ainda abaixo do limite superior de controle, conforme podemos

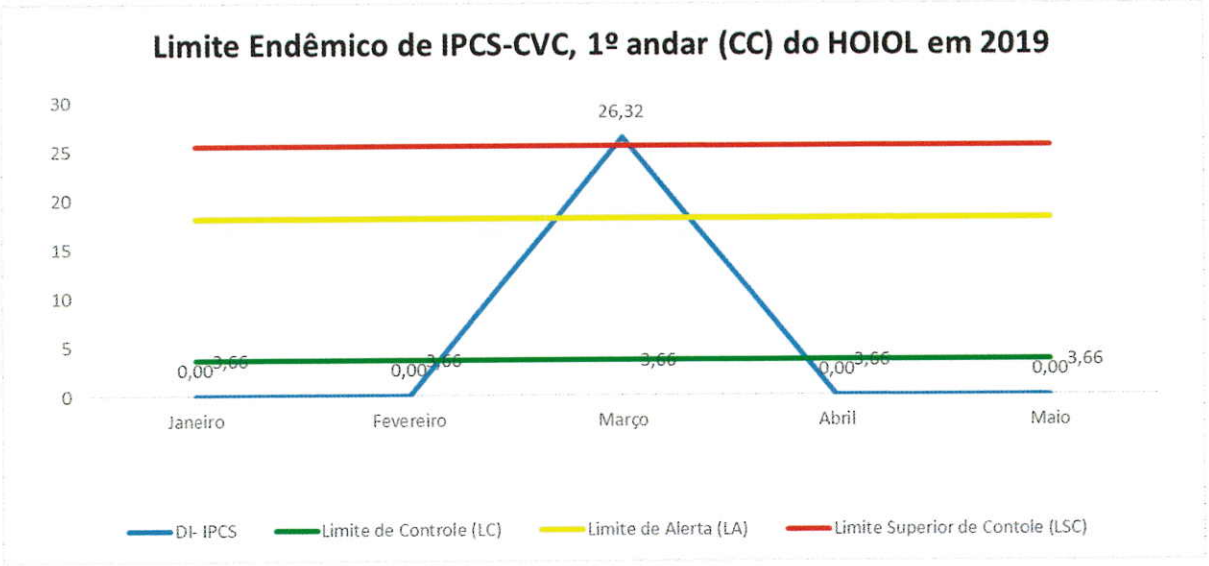
visualizar na curva endêmica de IRAS desta unidade disposta acima. Quando avaliamos as IRAS notificadas no setor, identificamos tivemos 3 notificações de IRAS relacionadas à dispositivos invasivos, sendo 1 IPCSCVC, 1 PAV e 1 ITUSVD; ficando com a densidade de incidência acima dos limites de controle, mas ainda abaixo do limite de alerta e superior de controle, na IPCSCVC e PAV; porém, acima dos limites aceitáveis na ITUSVD; conforme visualizamos nas curvas endêmicas destas topografias de IRAS dispostas acima. Quando avaliamos estes incidentes notificados foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção, com orientação in locu para evitar casos futuros (EV 4290, 4291 e 4292). A outra IRAS notificada não relacionada à dispositivo invasivo, não foi evidenciada 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).

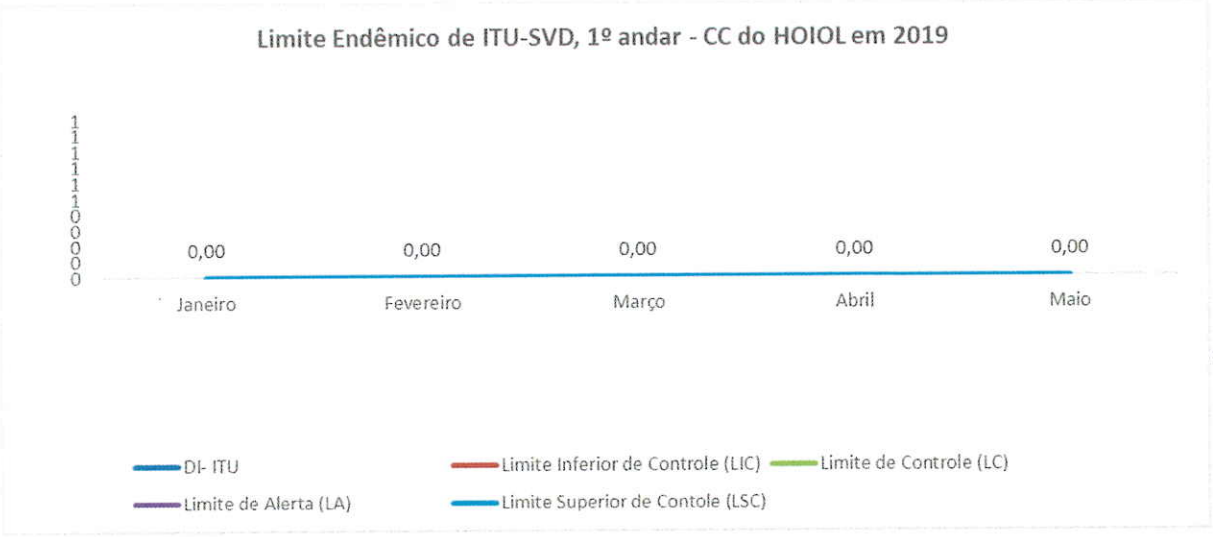
8 INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAUDE, 1º ANDAR CIRÚRGICO – HOIOL

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										
Julho										
Agosto										
Setembro										
Outubro										
Novembro										
Dezembro										







Viviane Andreia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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							
Julho							
Agosto							
Setembro							
Outubro							
Novembro							
Dezembro							

[3]infecção de pele e partes moles

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

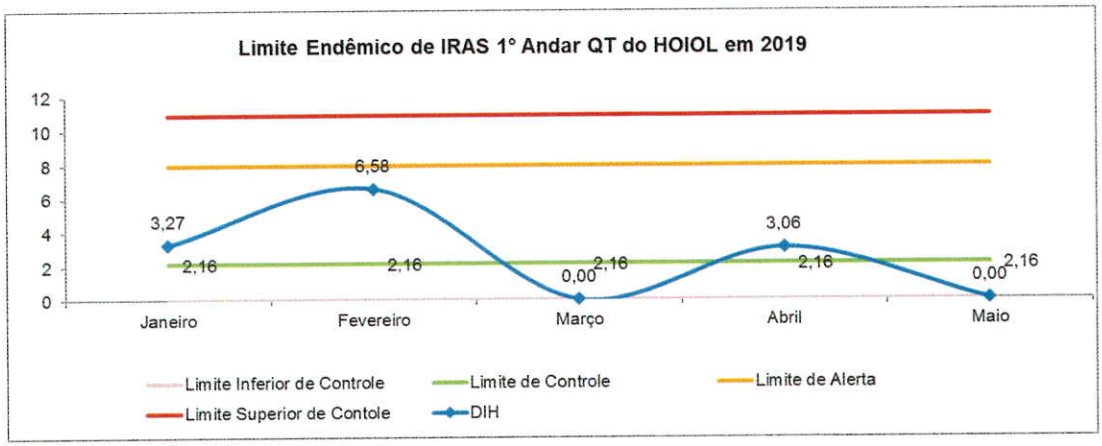
Análise: No mês de maio tivemos apenas 1 notificação de IRAS na enfermaria do 1º andar na ala cirúrgico, ficando a densidade de incidência semelhante em relação ao mês anterior e dentro dos limites aceitáveis na curva endêmica de IRAS deste setor do hospital, conforme disposto acima. Quando avaliamos as IRAS notificada não relacionada à dispositivo invasivo, 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

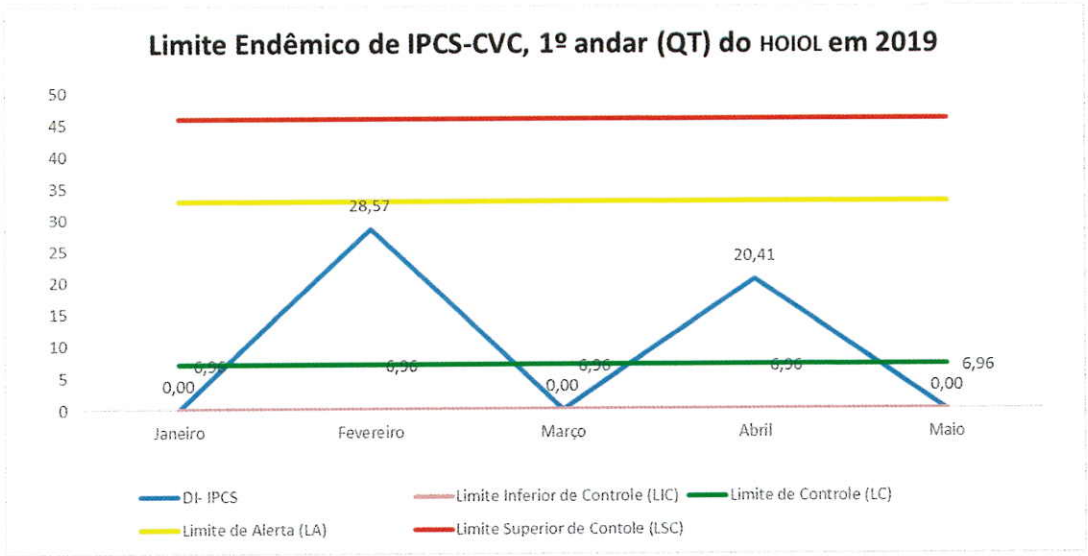
Viviane Almeida Lêssos
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

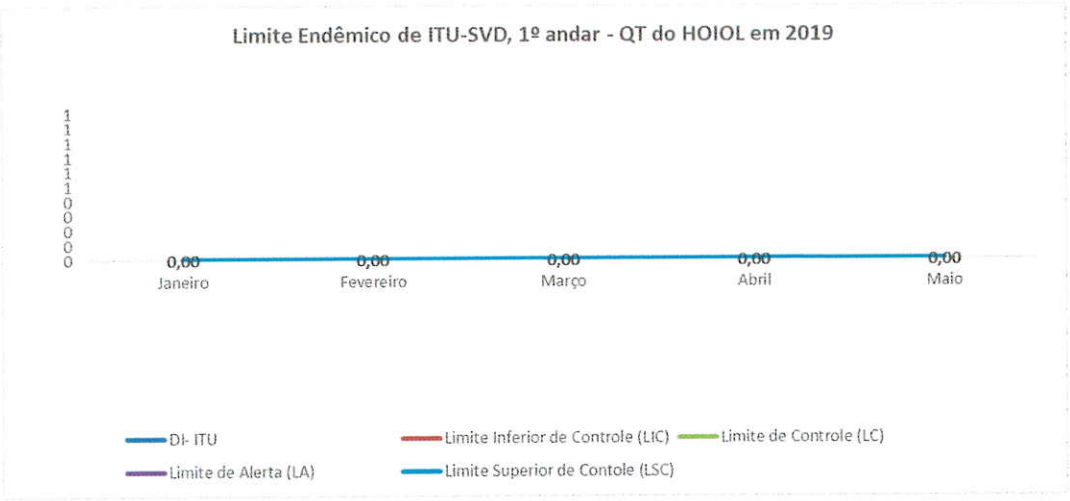
9.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) - 1 andar quimioterapia

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										
Julho										
Agosto										
Setembro										
Outubro										
Novembro										
Dezembro										



Viviane Andréia Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde





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							
Julho							

Agosto							
Setembro							
Outubro							
Novembro							
Dezembro							

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

[2]1 infecção gastrointestinal

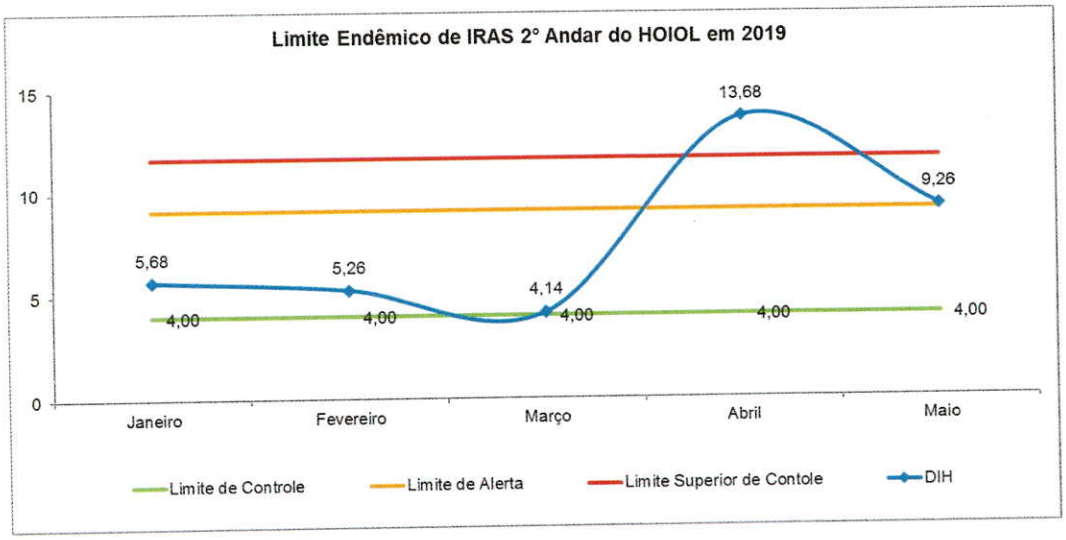
Análise: No mês de maio não tivemos notificação de IRAS na enfermaria do 1º andar na ala quimioterápica, como disposta na tabela acima. Manteremos as orientações e controle das medidas de prevenção de IRAS no setor.

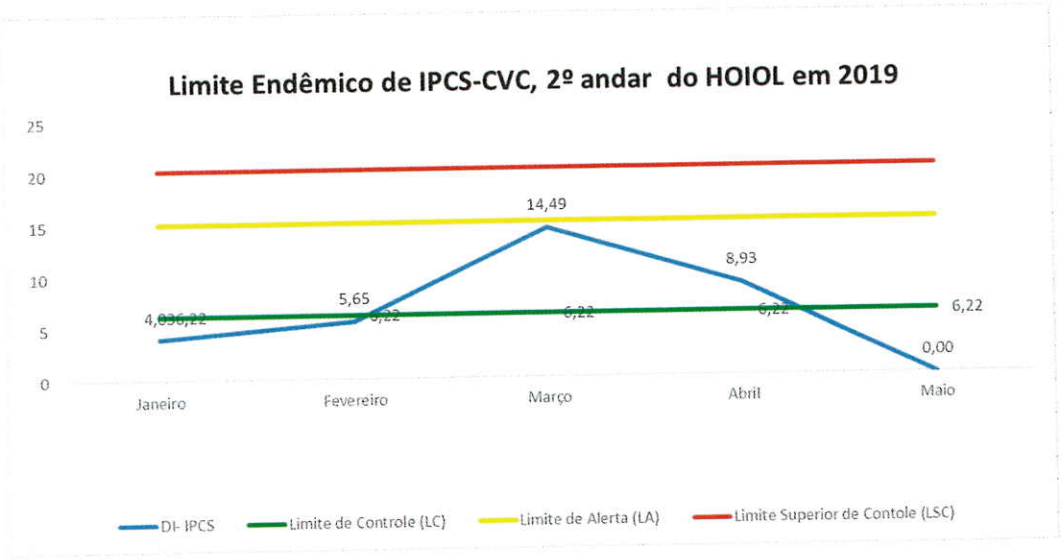
10 INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAUDE, 2º ANDAR – HOIOL

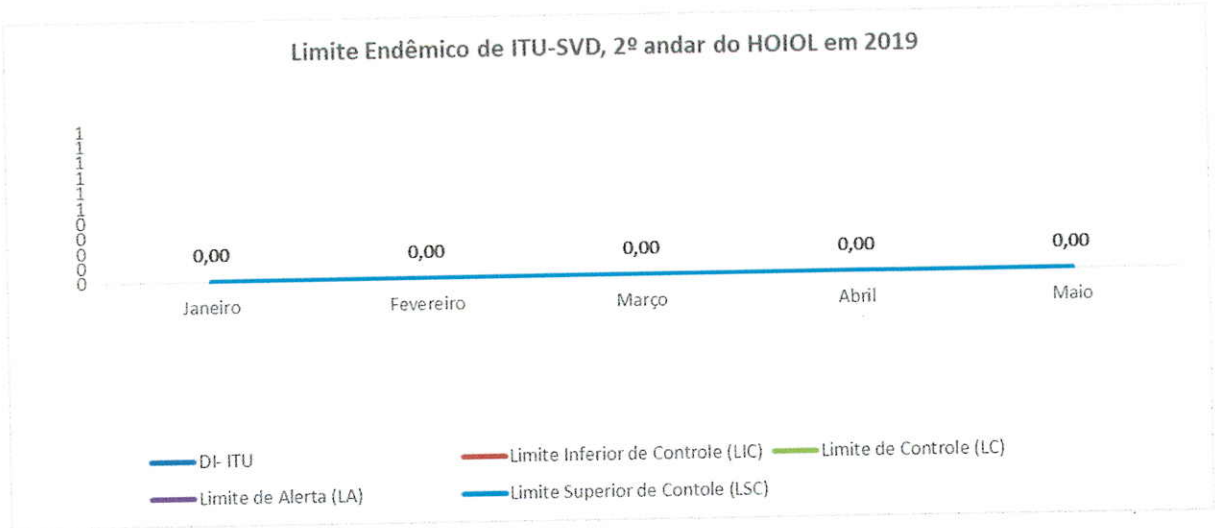
10.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) no 2º andar

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										
Julho										
Agosto										
Setembro										
Outubro										
Novembro										
Dezembro										

Vivian Teixeira Liesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde







Vivian Oliveira Lessa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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							
Julho							
Agosto							
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

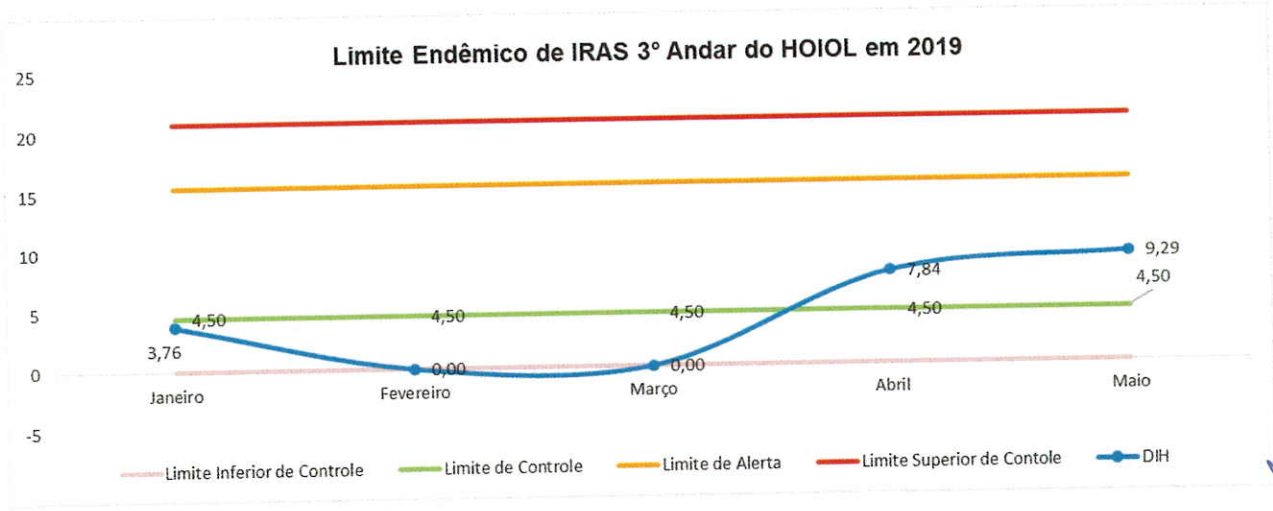
Análise: No mês de maio tivemos 4 notificações de IRAS na enfermaria do 2º andar do hospital, com distribuição topográfica disposta acima; resultando numa densidade de incidência de 9,26 episódios de IRAS por 1000 pacientes-dia; melhor em relação ao mês anterior e ficando no limite de alerta, mas ainda abaixo do limite de superior de controle, conforme visualizamos no gráfico acima da curva endêmica de IRAS nesta unidade do hospital. Quando avaliamos as IRAS notificadas, 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).

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

Viviane Andreia Lessa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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										
Julho										
Agosto										
Setembro										
Outubro										
Novembro										
Dezembro										



Viviane Andréia Lêsses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

4.3- Relatório do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE

3 Atividades desenvolvidas:

Reunião mensal do NHE ocorrida em 22/05/2019.

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

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

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

4. Exposição ocupacional à material biológico

Neste mês de maio tivemos 01 notificação de exposição com material biológico no hospital, através contato com pele integra, acidente sofrido pela colaboradora K.C.F.D.R. auxiliar de higiene e limpeza, com sorologias da paciente fonte desconhecido e, portanto, com indicação de quimioprofilaxia para HIV. A colaboradora está em acompanhamento com a medicina do trabalho do hospital.

Viviane Cabrera Lesses
Gerente Qualidade
HOL / Pró Saúde

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

Neste mês de maio houve 1 caso de notificação de doença compulsória, sendo notificado 1 caso de tuberculose.

Dra. Débora Oliveira Onuma
MÉDICA INFECTOLOGISTA
CRM 7722

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

p/p

Adrielle Ribeiro
COREN-PA 267.882-ENF
SCIH - HOIOL

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

Viviane Andreia Lesses
Gerente de Qualidade
HOIOL - Pró Saúde

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

Belém-PA, 05 de junho de 2019

4.4- Incidência de Extravasamento de Drogas Antineoplásica

RELATÓRIO MENSAL DE EXTRAVASAMENTO

Competência Maio de 2019

Analisado por:

Gerência de Enf. Lorena Portal

Coord. Enf. Quimioterapia Arielle Lima

Belém/ Pa

2019

RELATÓRIO MENSAL

EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPICOS MAIO

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.

Os citostáticos são drogas antineoplásicas que podem ser administrado por diferentes vias, entre os mais usados está o intravenoso, seja por via periférica ou por via central. Ao nos referimos aos extravasamentos periféricos que ocorreram acidentalmente e esporadicamente durante uma sessão de quimioterapia tem-se a necessidade de avaliar os danos possivelmente ocasionado pelo referido evento, bem como mensurar a ausência de dano após a ocorrência de extravasamento.

Os citostáticos que são aplicados perifericamente geralmente usam as veias dos 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.

Cada droga tem uma sensibilidade diferente para os efeitos de diferentes citostáticos. Enquanto os citostáticos são tóxicos para as células tumorais ou saudáveis. Existem citostáticos de grande agressão tecidual, cujos extravasamentos infiltram tecidos mencionados e produzem danos variáveis, sendo a necrose a complicação mais séria. Os citostáticos são classificados em três grandes grupos com ação tóxica crescente: não agressivo, irritante e vesicante. Estes últimos são os que causam necrose uma vez extravasada; e entre eles, alguns têm uma ação citotóxica mais longa do que outros,

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 seguimento de eventuais casos de extravasamento, especialmente de drogas vesicantes, estabelecendo padronização de medicamentos como dexametasona pomada típica 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.

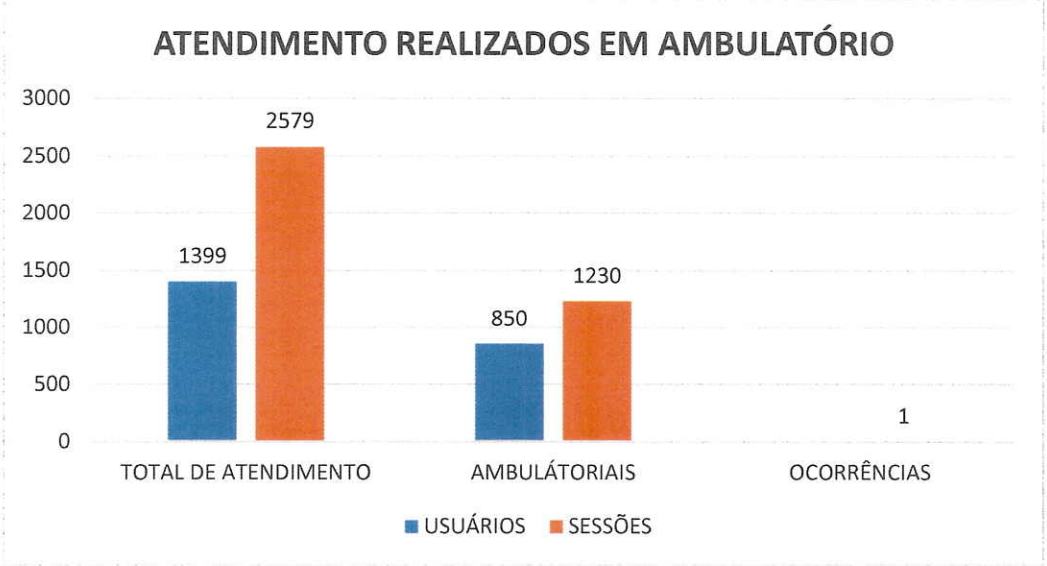
Assim ao realizar analise e levantamento do período referente de 01 a 31 de MAIO tem-se que foram atendidos 1.399 usuários na instituição que realizaram 2.579 sessões de quimioterapia, sendo destes 850 em unidade ambulatorial realizando 1.230 sessões e 549 usuários em unidades de internação realizando 1.349 sessões que somam primeiro, segundo e terceiro e UTI. No período notificando a ocorrência de um eventos sendo um classificação primário onde apresentava sinais imediatos de extravasamento no momento da infusão. Sendo identificado, pois apresentou hiperemia local caracterizando infiltração de medicamento em área intersticial.

Desta forma ao se realizar a avaliação do indicador apresentado referente ao período de referência a atendimentos realizados em identifica-se: que é calculado pelo **número de extravasamento de droga antineoplásica X 100 dividido pelo número de infusões de droga antineoplásicas.**

Assim 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 da infusão, ao se realizar o cálculo estabelecido identifica-se a ocorrência 0,03% no total de atendimentos.

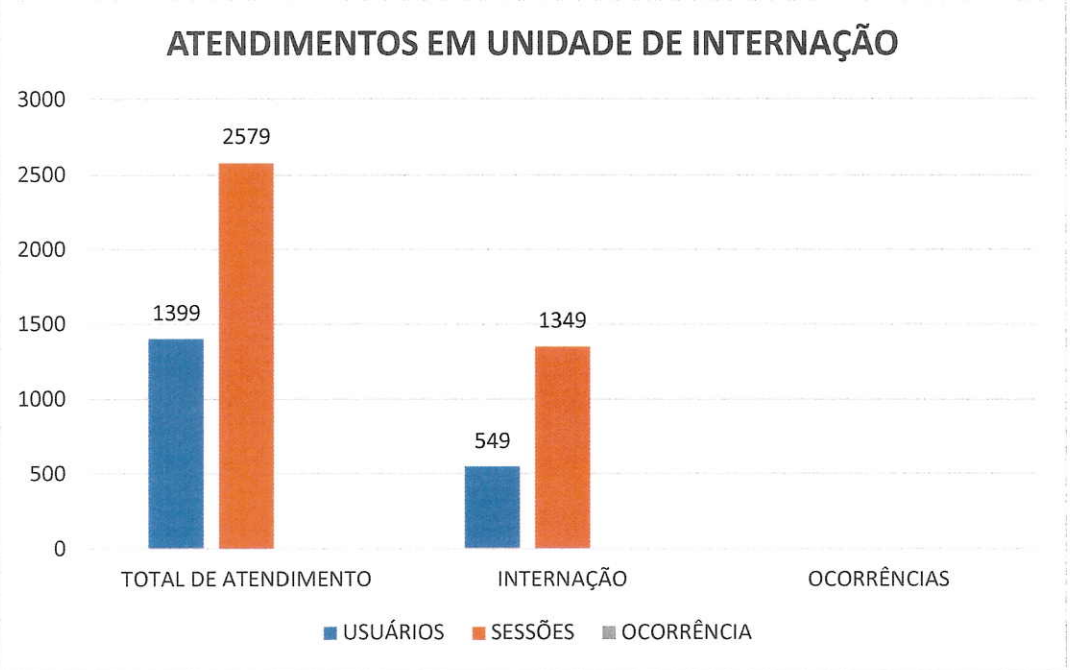
Ao se realizar levantamento da unidade ambulatorial identifica-se a ocorrência de um evento, fator relacionado ao início do quadro de manutenção onde a criança vem de um processo de intensificação de quimioterapia com boa resposta ao protocolo ao qual está submetido, porém ainda com fragilidade capilar por ter necessidades de realizar medicação antineoplásicas. Ao se realizar levantamento da taxa somente em unidade ambulatorial identifica-se 0,08% de ocorrências quando relacionado e este grupo controle.

As orientações são repassadas aos responsáveis e aplicados diretamente no momento da ocorrência conforme já estabelecido.



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.


ATENDIMENTOS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
2579
1399
1349
549
TOTAL DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO
OCORRÊNCIAS
USUÁRIOS
SESSÕES
OCORRÊNCIA

Lorena de Castro Portal
Gerente de Enfermagem
COREN - PA - 397.655 - ENF
HOIOL / Pró - Saúde

Lorena Portal
Gerência de Enfermagem
HOIOL- Pró-Saúde

Arielle Lima dos Santos
Coord. de Enfermagem
COREN - PA - 447.037 - ENF
HOIOL / Pró - Saúde

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

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

3. Plano de ação

Em maio 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 27/05/2019, conforme cronograma anual.
- Realização de auditoria qualitativa pelos membros da CRP em conjunto para melhor análise e discussão das não conformidades. Reforçado que deve constar o número do prontuário do paciente em todos os cabeçalhos das evoluções dos pacientes, visto que o modelo utilizado (PARE007_R) não contempla os quatro marcadores de identificação do paciente.
- Solicitação de intercomissão com Núcleo de Segurança de Paciente (NSP), para levantamento de ações de melhoraria de barreira junto a Portaria quanto a entrada destes prestadores não cadastrados. Além disso, convidadas para próxima reunião da CRP Orlyanne Mileo, assessora administrativa do setor de Contratos, e Daiane Nogueira, coordenadora do Núcleo de Gestão de Pessoas (NGP) para alinhamento do fluxo de ingresso de médicos no HOIOL.
- Devido novas demandas de criação (Serviço Social) e versionamento (Terapia Ocupacional e Enfermagem – Ambulatório) de E-DOC's, bem como a constante dificuldade técnica da equipe multidisciplinar em usar o programa de criação/versionamento dos mesmos, alinhado com Jozadaque, coordenador da Tecnologia da Informação (TI), que durante os meses de abril, maio e junho os técnicos em informática acompanharão essa demanda conforme cronograma.
- Treinamento/orientações em loco quanto ao registro em prontuário para a equipe multiprofissional, baseados nas não conformidades mais prevalentes.
- Reagendamento do treinamento junto ao Faturamento sobre preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para mudança de procedimento e/ou AIH secundária, para data posterior a adequação do quadro de auxiliares administrativos da Auditoria de Prontuários, previsão para segunda quinzena de junho de 2019.

Karla Emanuelle Silva Luz
Coordenadora Administrativa
112474-ENF

Miana Barreto
Auditoria de prontuários
COREN-PA 313.244-ENF

Viviane Cassia Lessa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

- Participação em reunião de revisão de planejamento estratégico na data 09/05/2019, onde é realizada uma oficina com gestores para apresentação da revisão junto à diretoria, com definição de ações de melhoria para o período de 02 anos.
- Palestra sobre Saúde Mental do Profissional de Enfermagem ministrada pela enfermeira Milana Barreto, auditora de prontuários e secretária da CRP, em parceria com a equipe multidisciplinar, durante a programação da Semana de Enfermagem que ocorreu entre 13 e 17/05/2019. Coletadas evidências (lista de presença e relatório); entregues a Gerência Assistencial.

4. Resultados

Em maio de 2019, registramos 142 altas – 138 altas melhoradas, 04 óbitos e 07 encerramentos administrativos na UTI. Auditamos 100% dos prontuários quantitativamente. Destes, a CRP auditou 10% qualitativamente (15 prontuários), apresentando 95% de taxa de conformidade em prontuário – 13 classificados como ÓTIMO 02 como BOM, considerando-se os 11 itens de verificação contratuados

A identificação completa do usuário com os 04 marcadores institucionalizados (item de verificação qualitativa 01) teve média 05, sendo observado desvio em apenas 01 prontuário auditado qualitativamente, gerando impacto positivo no indicador do NQSP: Taxa de Adesão ao Protocolo de Identificação do Paciente.

Este indicador contribui positivamente também com a Taxa de Cumprimento de Metas Contratuais e Atendimento das Metas Contratuais Qualitativas, indicadores de Planejamento Estratégico do processo Contratos, sendo os itens que apresentaram variação de média: evolução multiprofissional – desvio em 01 prontuário, letra – desvio em 02 prontuários, assinatura e carimbo da equipe de enfermagem – desvio em 05 prontuários e plano assistencial de enfermagem – desvio em 02 prontuários, conforme detalhamento da avaliação qualitativa de prontuários abaixo.

A equipe de enfermagem apresenta maior numero de não conformidades, porém esse fato se dá devido esta ser a maior classe assistencial que atua nesta instituição, contudo a Auditoria de prontuários se faz presentes nos setores em tempo real esclarecendo dúvidas e realizando as orientações pertinentes.

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

Emanuelle Silva Luz
...dora Administrativa
...2474-ENF

Viviane Andreia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL/Pró Saúde

ACREDITADO PLENO

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

Secretaria de Saúde Pública

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO / PRÓ-SAÚDE	FORMULÁRIO – Auditoria de Prontuário			GOVERNO DO PARÁ
	Avaliação Qualitativa de Prontuário			
	Código: FO.HOIOL.AUD.005	Versão: 002	Página: 1/2	

Avaliador: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Mês / Ano: MAIO / 2019

Nº de Ordem	Nº do Prontuário	Itens de Verificação											Total	Qualidade
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	1446	05	10	0	05	05	15	10	10	10	10	15	95	ÓTIMO
2	2138	05	10	05	05	02	15	10	10	10	10	15	97	ÓTIMO
3	2669	05	10	05	05	05	15	05	10	10	10	15	95	ÓTIMO
4	2691	05	10	05	05	05	15	10	10	10	05	15	92	ÓTIMO
5	2050	05	10	05	05	05	15	10	10	02	02	15	84	BOM
6	90	05	10	05	05	05	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
7	930	05	10	05	05	05	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
8	2076	05	10	05	05	05	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
9	2128	05	10	05	05	05	15	10	10	10	02	15	92	ÓTIMO
10	292	05	10	05	05	05	15	05	10	10	10	15	95	ÓTIMO
11	2163	05	10	05	05	05	15	10	10	10	02	15	92	ÓTIMO
12	2187	05	10	05	05	05	15	10	10	10	02	15	92	ÓTIMO
13	2429	02	02	05	05	05	15	10	10	10	10	15	89	BOM
14	2366	05	10	05	05	05	15	10	10	02	10	15	92	ÓTIMO
15	1709	05	10	05	05	05	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO

Emanuelle Silva Luz
...ora Administrativa
...474-ENF

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

Viviane Pereira Lêsses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO / PRÓ-SAÚDE	FORMULÁRIO – Auditoria de Prontuário			Secretaria de Saúde Pública GOVERNO DO PARÁ
	Avaliação Qualitativa de Prontuário			
	Código: FO.HOIOL.AUD.005	Versão: 002	Página: 2/2	

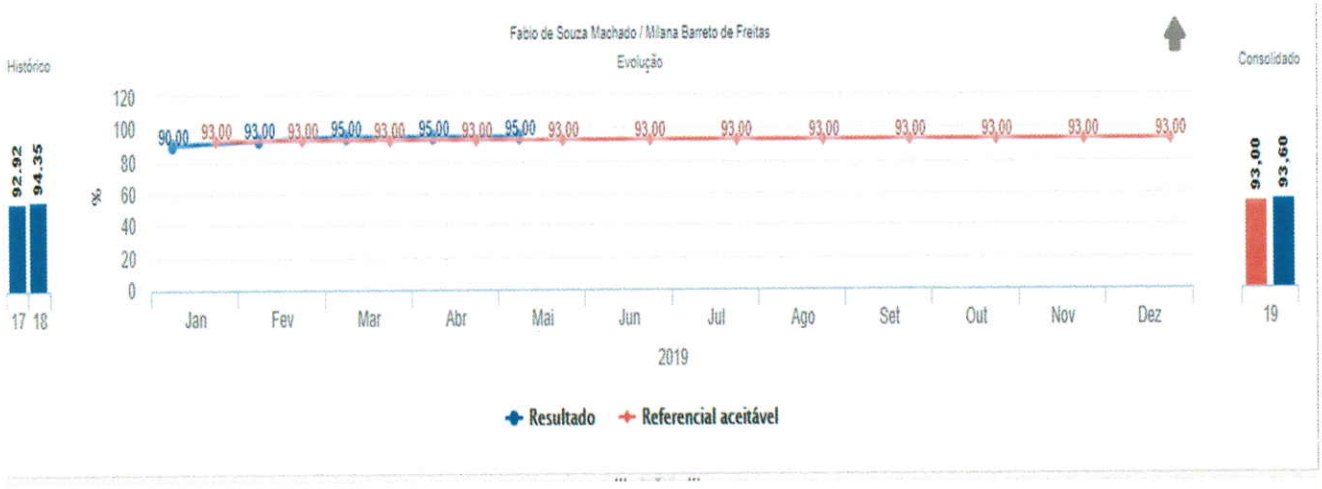
Itens de Verificação	Média	Classificação	Peso
1. Identificação	5	Completo Incompleto	5 2
2. Evolução Multiprofissional	9	Elucidativa Não Elucidativa Ausente	10 2 0
3. Solicitação de Exames	5	Realizado Realizado parcialmente Não Realizado	5 2 0
4. Relatório Operatório	5	Completo Incompleto Ausente	5 2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

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

TAXA DE CONFORMIDADE DE PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS: 95%			
Classificação	Nota	Qualidade	Recomendação
	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

4. Indicador

4.1. Taxa Conformidade de Preenchimento de Prontuários



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

Emanuelle Silva Luz
Administrativa
ENF

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

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

Secretaria de Saúde Pública

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

CÓPIA

Ofício DG-HOIOL– Nº392/2019 **Belém, 15 de maio de 2019**

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
2019 227388
15/5/19 EDU GIL
PROTOCOLISTA

15:432

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

A/C Dr. Jesse Ferreira Guimarães Junior
DDRA - GTCAGHMR/SESPA

Assunto: Entrega de Prestação de Contas - Faturamento-Competência 04-2019.

Prezado,

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 04-2019 (Apresentação 05-2019).

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 Geral

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: **05 / 2019** DATA: 14/05/2019

CNES.....: 787190-2

ESFERA ADM.....: PÚBLICO

CPF DIR. CLÍNICO: 293.785.592-04

TELEFONE.....: 32493155

Nº LOTE	QUANTIDADE	ESPECIALIDADE
00000001	148	07-PEDIATRICOS
Total QTD:	**148**	

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:____:____