HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO | PRÓ-SAÚDE | SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA | GOVERNO DO PARÁ

Ofício DG-HOIOL - Nº 718/2019 **Belém/PA, 07 de outubro de 2019.**

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

E. PROTOCOLO
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SESPA - Sec. Executiva de Saúde Pública
Nº: 2019/494047
09/10/19 Denilson
Protocolista

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

Assunto: Apresentação do Relatório de Prestação de Contas mensal – Setembro/2019.

Prezados,

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 setembro de 2019, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 036/2015.

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

Certa de vossas costumeiras providências, a Pró-Saúde agradece a atenção que a este for dispensada.

Respeitosamente,

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
Diretor Administrativo Financeiro

RECEBIDO
GTCAGHMR / SESPA
Data: 09 / 10 / 19
Hora: 10:18

Ofício DG-HOIOL - Nº 718/2019 **Belém/PA, 07 de outubro 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

Assunto: Apresentação do Relatório de Prestação de Contas mensal – Setembro/2019.

Prezados,

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 setembro de 2019, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 036/2015.

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

Certa de vossas costumeiras providências, a Pró-Saúde agradece a atenção que a este for dispensada.

Respeitosamente,

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
Diretor Administrativo Financeiro

PRÓ SAÚDE

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 036/2015 – REF.: 09/2019

10/10/2019	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.

000002

Relatório de Execução das Atividades do Contrato de Gestão Nº 036/2015 – Ref.: 09/2019

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 04
2. Metas contratuais 06
2.1. Metas Quantitativas 06
2.2. Metas Qualitativas 07
3. Censo de Origem dos Usuários 09
4. Execução do Plano de Trabalho 11
5. Outras informações 168
ANEXO I 169
ANEXO II 176

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 setembro de 2019, todas as metas quantitativas foram alcançadas, sendo realizadas 2.464 sessões de quimioterapia e 1.787 consultas ambulatoriais. Foram registradas também 117 saídas hospitalares.

2.2. Metas Qualitativas

Em setembro de 2019, todas as metas qualitativas foram cumpridas satisfatoriamente. Com avaliação positiva dos usuários em 97%.

As conformidades em prontuário chegaram a 94%. Todas as autorizações de internação hospitalar referentes ao mês anterior foram apresentadas no dia 16 de setembro de 2019, conforme estabelecido no manual de avaliação.

Os índices de extravasamento no ambulatório e na unidade de internação foram de 0,75% e 0,0%, respectivamente. Com relação à taxa de infecção na unidade, o resultado de 5,93% está abaixo dos parâmetros estipulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme demonstrativo abaixo:

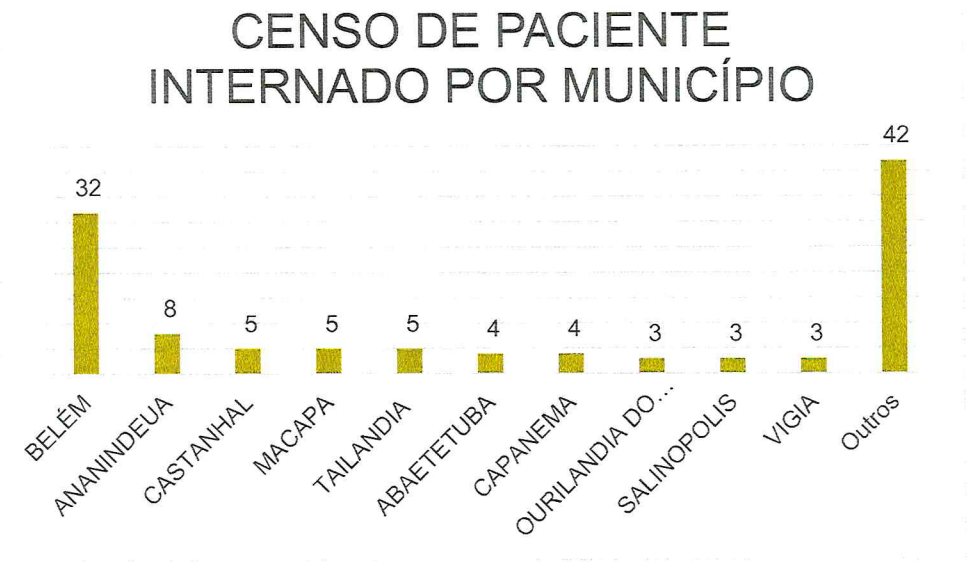
INDICADORES	META CONTRATUAL - %	PARÂMETROS*	META ATINGIDA SETEMBRO
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO (APRESENTAÇÃO DE AIH)	100%	Apresentação de 100% das AIHs referente ao mês de competência. Livre de crítica e reapresentações. Preenchimentos de forma correta e idônea.	100%
ATENÇÃO AO USUÁRIO	100%	Espaço físico,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

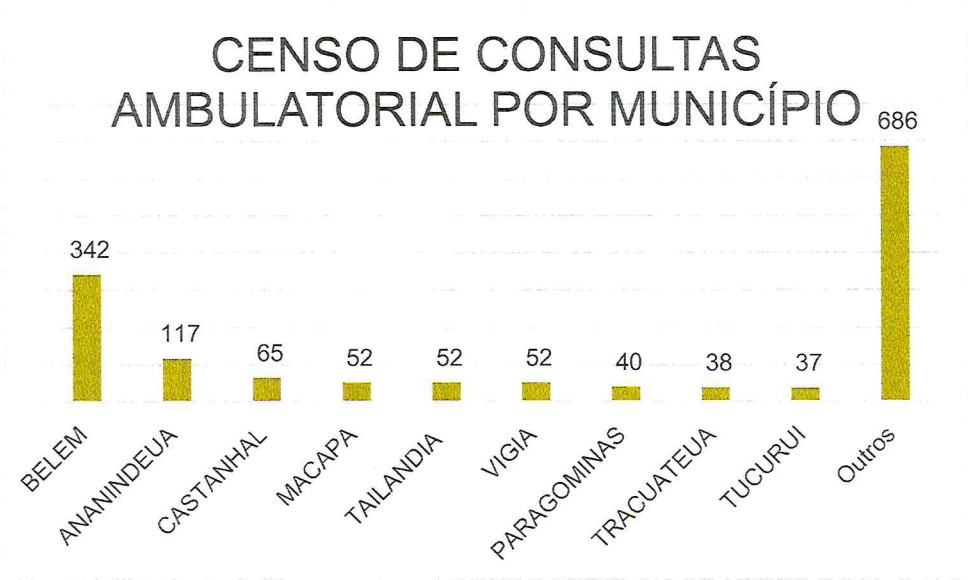
3. Censo de Origem dos Usuários

Em setembro de 2019, houve 114 internados, em destaque a cidade de Belém que apresentou 28% dos usuários internados.



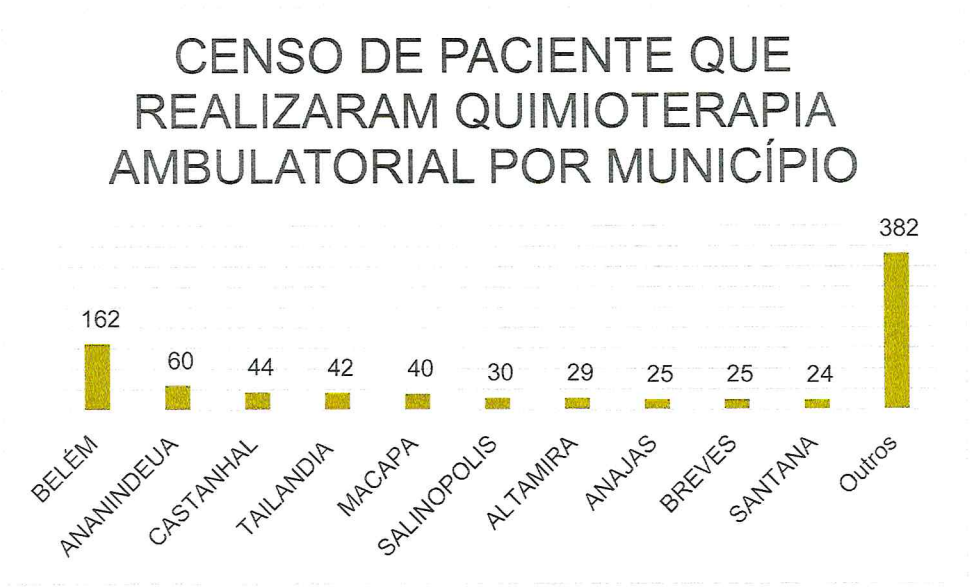
*Demais municípios do Estado do Pará (vide plano estatístico, item 1.6)

Também foram registrados, em setembro, 1.787 consultas ambulatoriais, com ênfase para a cidade de Belém, que apresentou 19,13% dos usuários consultados.



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

Ainda em setembro, houve 1.361 usuários que realizaram sessões de quimioterapia ambulatorial, em destaque a cidade de Belém, que apresentou 11,90% 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 setembro de 2019 no Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo.

2. Espaço físico

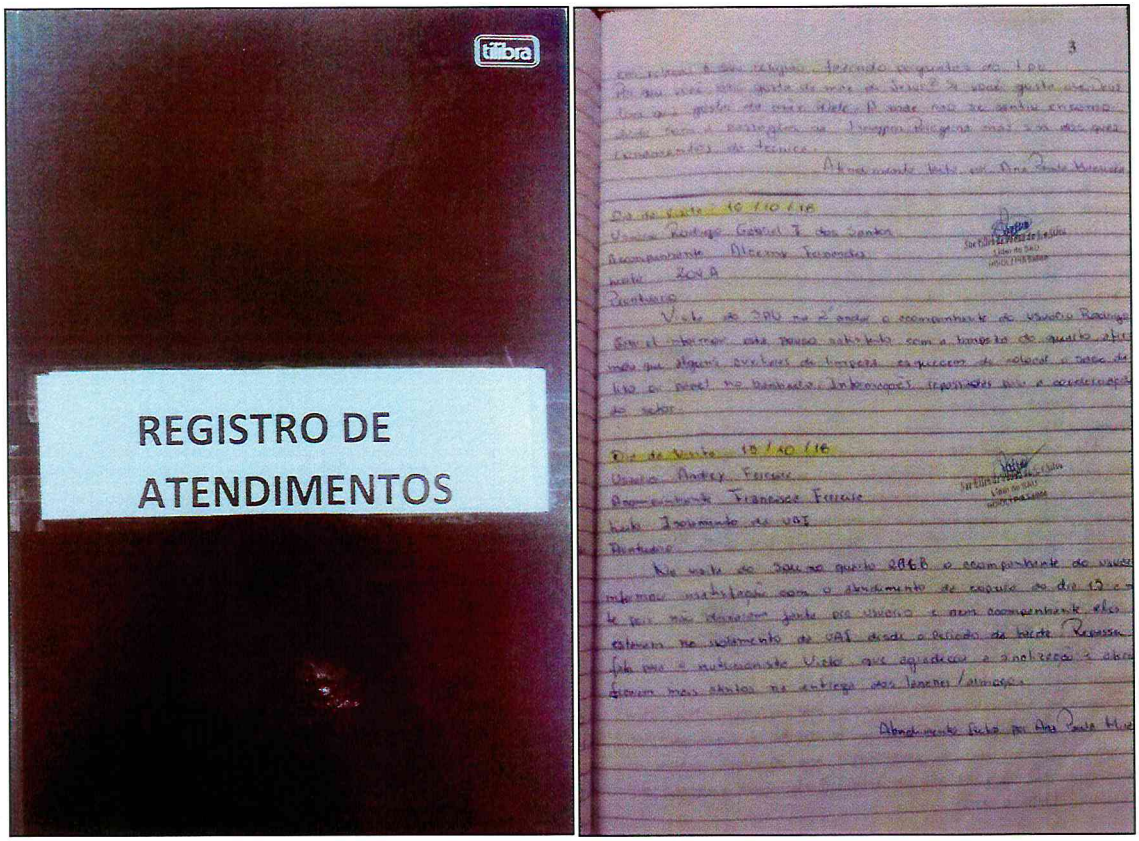
O Serviço de atendimento ao usuário atualmente está localizado no térreo do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, onde possui atendimento personalizado, e espaço reservado para atendimento dos usuários, acompanhantes, e visitantes onde realiza escuta efetiva e avaliação da satisfação da qualidade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

Viviane Andréia Lesses
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.

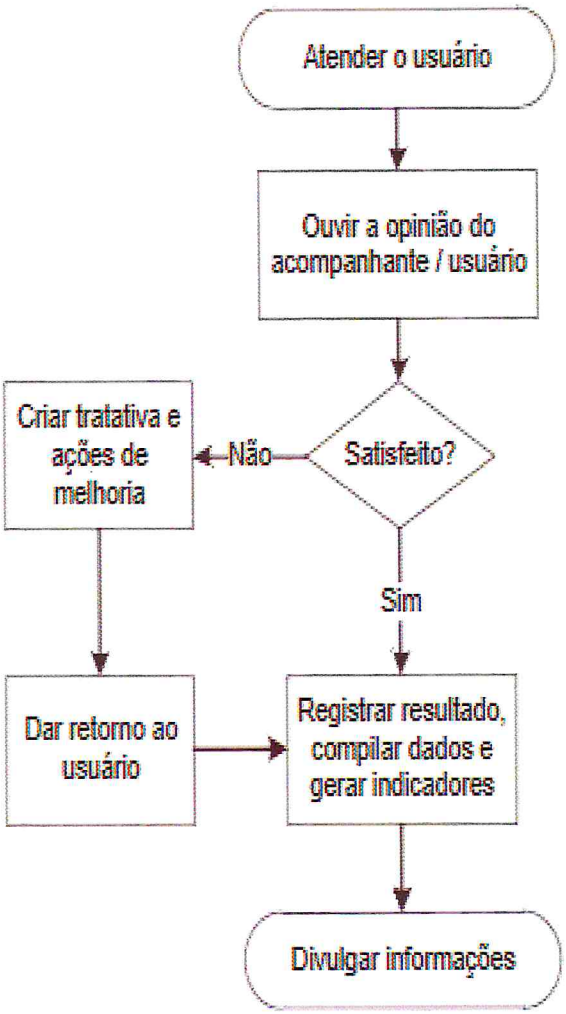


FONTE: ASCOM (Livro de Registro de Atendimentos)

Vivian Cristeia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL/Pró Saúde

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

000016



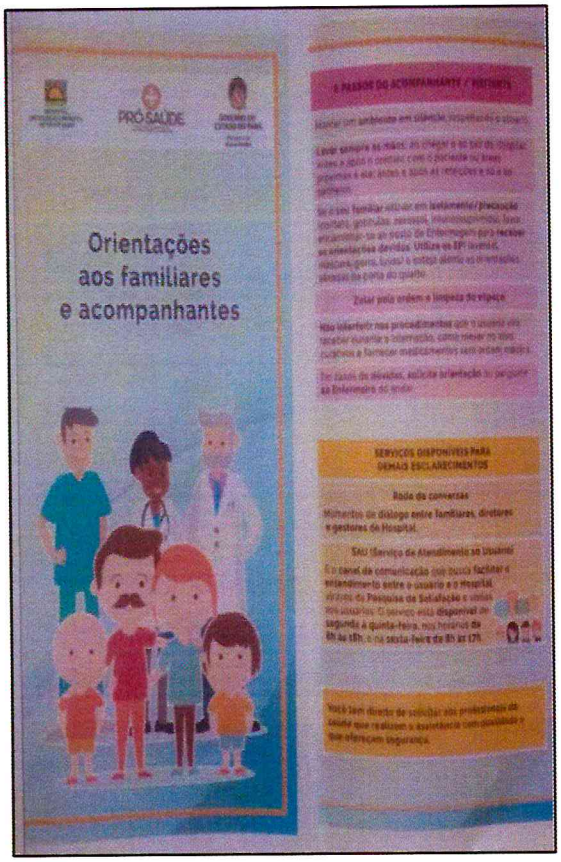
1. <u>Divulgação do serviço</u>

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.

Vivian Fabia Lessos
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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

000017



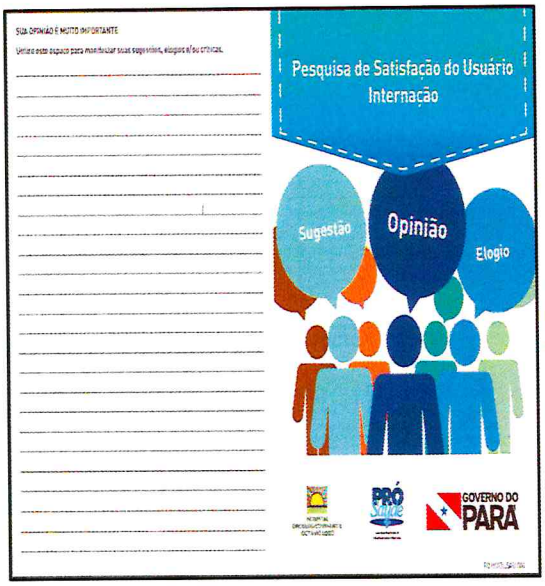
1. <u>Pesquisas de satisfação</u>

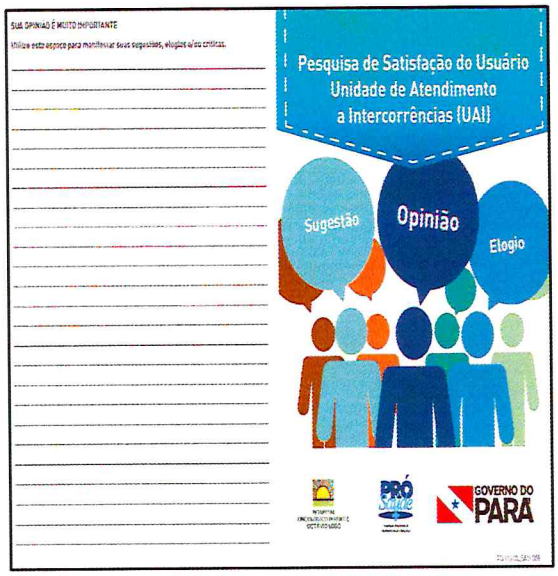
O Serviço de Atendimento ao Usuário, avalia a satisfação do usuário, por meio dos questionários de Internação (onde acompanha diariamente beira leito a satisfação dos usuários internados), Ambulatoriais, SADT, e Urgência e Emergência. Estes formulários estão em todos os andares do hospital, assim como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

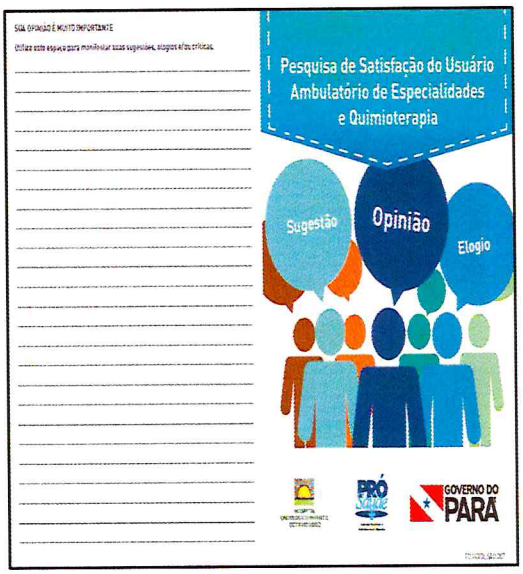
Viviane Andréia Lessecs
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Viviane Andréia Lessecs
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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







Fonte: ASCOM (Pesquisa de Satisfação via Tablet)

Viviane Andréia Leisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Viviane Andréia Leisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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

000015

5. Resultados das pesquisas de satisfação

Durante o período 01/09/2019 a 30/09/2019 foram realizadas pesquisas de satisfação que contabilizadas nos forneceram os seguintes dados abaixo:

Tabela 01: Total de questionários respondidos em setembro 2019.

1- Total de Questionários Respondidos	Atendimentos	Meta	Pesquisas Realizadas
Ambulatório	874	87	273
Exames	554	55	238
Internação	114	11	138
Unidade de Atendimento a Intercorrências	574	57	275
TOTAL	**2116**	**210**	**924**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, setembro 2019.

Tabela 2: Percentual da Satisfação por Setores e Global.

Percentual da Satisfação do Usuário por Setores e Global	%
Internação	98%
Exames	99%
UAI	99%
Ambulatório	93%
Taxa Global	**97%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, setembro 2019.

Tabela 2: Percentual da Satisfação Pós alta

1- Total de Questionários Respondidos	ALTAS	Meta	Pesquisas Realizadas
Internação 1º andar	60	6	36
Internação 2º andar	31	3	26
Internação 3º andar	14	1	11
UTI	0	0	0
TOTAL	**105**	**10**	**73**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, setembro 2019.

Vivian Lúcia Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / PRÓ-SAÚDE

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

00002

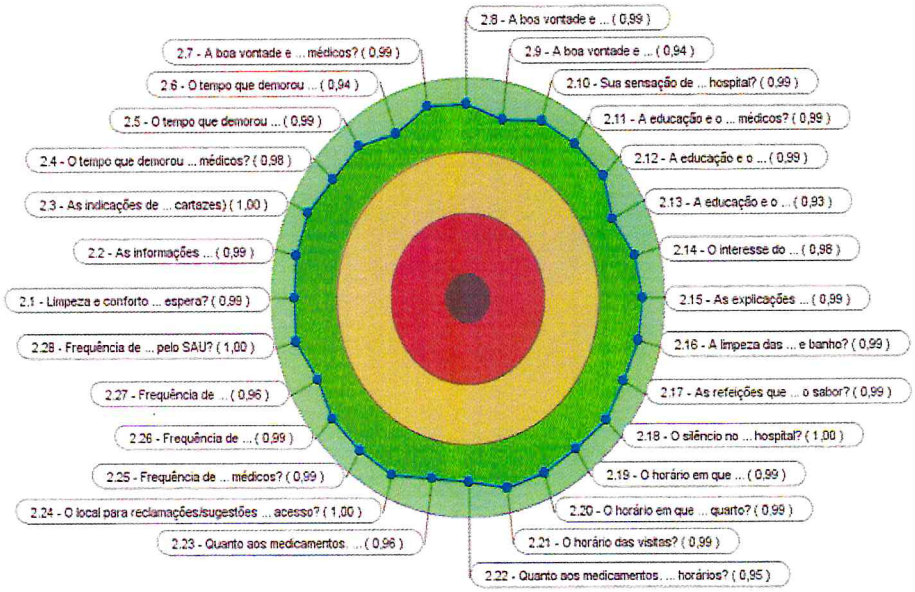
Pesquisa	Insatisfeito (1-2)	Pouco satisfeito (3 a 4)	Indiferente (5 a 6)	Satisfeito (7 a 8)	Muito satisfeito (9 a 10)	Satisfação
Internação 1º	9%	11%	0%	32%	42%	74%
Internação 2º	15%	15%	0%	0%	68%	68%
Internação 3º	11%	21%	0%	5%	58%	63%
UTI	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Média (Conceito)	9%	12%	0%	9%	42%	**68%**

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.

Setembro/2019

Data: 01/10/2019
Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Internação (Pontuação Atualizada) Página: 1



Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser

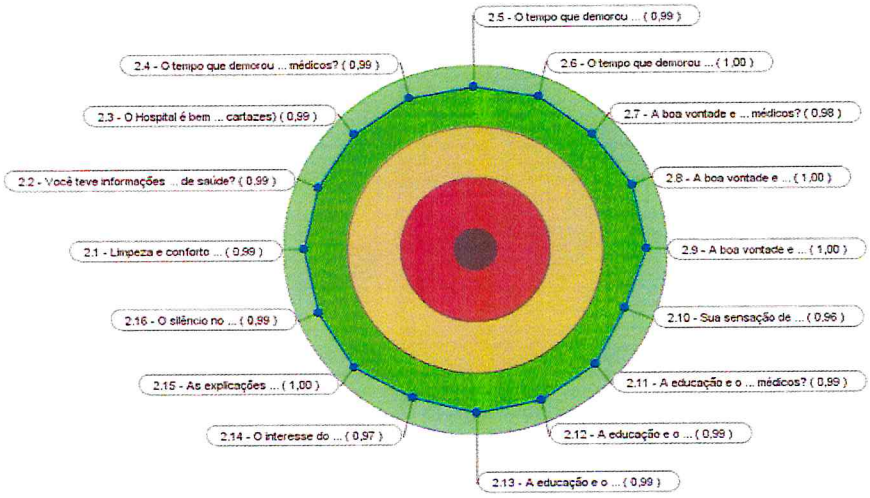
Vivane Fabéria Lésses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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

8.2 Diagrama 02: Pesquisa de Satisfação Ambulatório

Setembro/2019

Data: 01/10/2019
Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Ambulatório
Página: 1

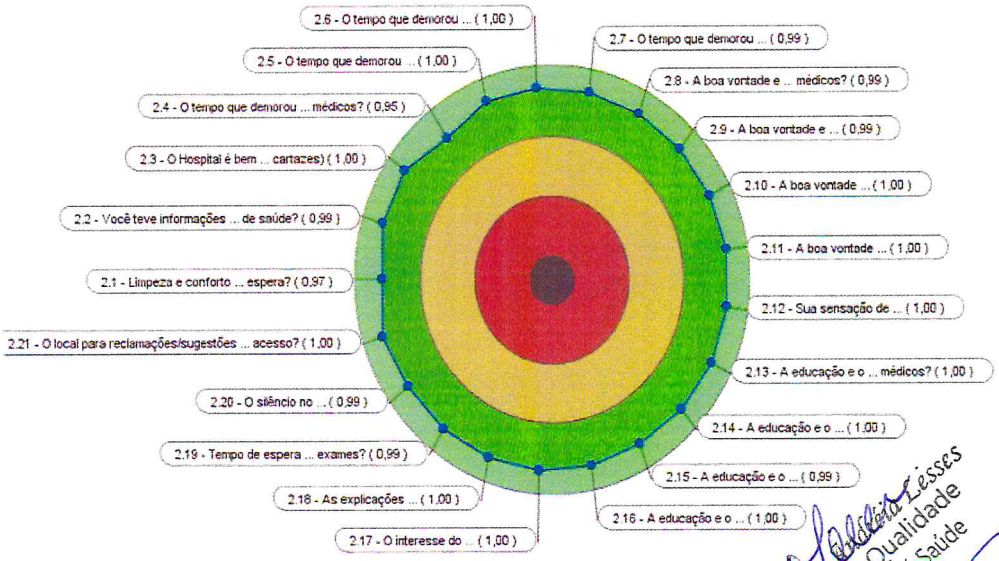


Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser

8.3 Diagrama 03: Pesquisa de Satisfação UAI.

Setembro/2019

Data: 01/10/2019
Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário UAI
Página: 1



Este relatório foi gerado pelo SA - Strategic Adviser

Viviane Lessa Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

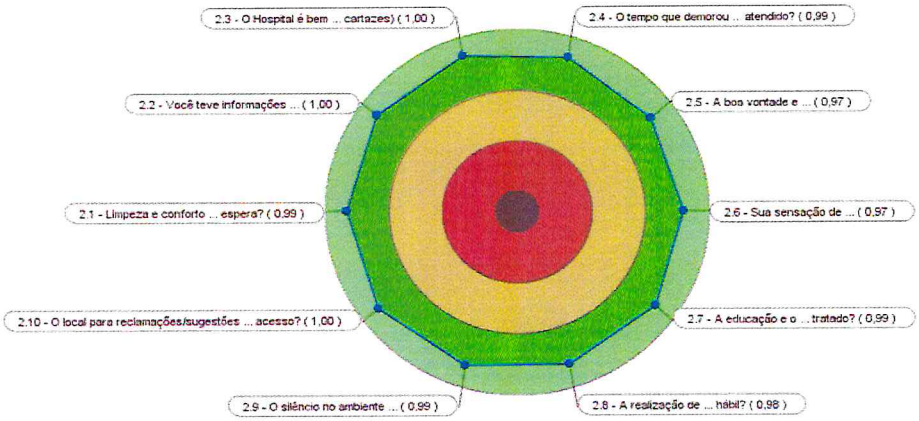
Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

8.4 Diagrama 04: Pesquisa de Satisfação Exames.

Setembro/2019

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Exames

Data: 01/10/2019
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 setembro/ 2019.</u>

Dos 176 (cento e setenta e seis) registros, 95% foram direcionados aos elogios, 5% 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 setembro 2019.

Classificação Registro	Total	%
Reclamações	8	5%
Elogios	168	95%
Sugestões	0	0%
TOTAL	**176**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, setembro 2019.

Viviane Santana Lessa
Gerente Qualidade
HOIOL/Pró Saúde

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

000023

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

Reclamações	Total	%
Ambulatório	0	0%
Exames	1	13%
Internação	4	50%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	2	25%
Atendimento em Sala	1	13%
TOTAL	**8**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, setembro 2019.

Tabela 5: Elogios Realizados nos Formulários de Pesquisa

Elogios	Total	%
Ambulatório	46	27%
Exames	20	12%
Internação	92	55%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	10	6%
TOTAL	**168**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, setembro 2019.

Tabela 6: Sugestões Realizadas nos Formulários de Pesquisa.

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

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, setembro 2019.

Vinícius Andreu Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Conforme a tabela 7, tivemos das 08 (oito) 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	0	0%
Exames	1	100%
Internação	4	100%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	2	100%
Atendimento em Sala	1	100%
TOTAL	**08**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, setembro 2019

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

" No dia 3 de setembro a médica D. fez pouco caso do estado de saúde da minha filha S.M.S sendo que a criança estava em estado grave com plaquetas baixa e tendo sangramento. Na hora do plantão a enfermeira Luciana estava mais perdida que médica, sendo que o caso só veio ser resolvido quando a Dr R. chegou à noite. Ela sim teve os cuidados que a minha menina precisava, já é o segundo erro que acontece de descaso com a S.M. Espero que o hospital melhore os cuidados com os pacientes, e principalmente com os treinamentos com os seus funcionários. Obrigada!"[sic] A.S.S.M (Acompanhante)

Tratamento:

Após contato com a médica plantonista da UAI no dia 03 de setembro de 2019 e análise de prontuário foi relatado que a menor S.M.S no momento do atendimento não apresentava sangramento ativo, sendo, portanto, de imediato solicitados exames laboratoriais para melhor avaliação. Houveram vários atendimentos na UAI no mesmo dia, estando a médica também prestando assistência à outras crianças. Após a chegada do resultado dos exames foi possível melhor analise diagnóstica e

Vivian Andrade Gomes
Gerente Qualidade
HOIOL

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

planejamento terapêutico, sendo prescrito ainda na UAI concentrado de plaquetas e solicitado internação hospitalar. Anna Maria Prado – Médica Pediatra

Retorno:

No dia 30/09/2019, o S.A.U via telefone informou a reclamante o retorno realizado, que após ficar ciente a mesma informou insatisfação com a resposta. A acompanhante relatou que a médica que estava de plantão, em nenhum momento foi ver a usuária que já estava passando mal, ela só fez os pedidos de exame e quem avaliou foi a médica da noite. Espera que não ocorra isso novamente, pois é muito sério, que é um descaso com as crianças que já sofrem tanto com esse tratamento e que alguns médicos deveriam ser mais humanizados. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Insatisfeito (a)

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

"Quero me manifestar sobre o horário de atendimento do serviço social, que se você chegar a partir de 13 horas em diante tem que esperar até as 16 horas para ser atendido, estou reclamando e quero mais respeito conosco, quem usa o serviço social é quem realmente precisa de atendimento e isso não tem hora." [sic] R.M.S.F (Acompanhante)

Tratamento:

No dia 11/09 houve reunião coma equipe do Serviço Social do período da tarde, onde dentre as discussões estava o horário de atendimento ambulatorial. Em reunião ficou deliberado que duas colaboradoras iram revezar nos atendimentos, iniciando as 14h findando as 19h. Com essa medida visamos garantir o atendimento em horário continuo. Igor Leonard Cruz – Supervisor Psicossocial

Complemento da Diretoria:

Agradecemos pelo registro, é importante informar que não temos colaborador de serviço social para atender de forma exclusiva o ambulatório, e que mesmo diante desta situação, a supervisão da área, preocupada em atender as demandas geradas no setor, reorganizou a escala de trabalho, o que favoreceu a cobertura do ambulatório

Viviane Andréa Lisboa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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

por um período de tempo maior. Todos os registros são bem-vindos, através deles vislumbramos oportunidades de melhorias nos processos. Josieli Pinheiro – Diretora Assistencial

Retorno:

No dia 30/09/2019, o S.A.U via telefone entrou em contato com a reclamante para dar retorno, e após ficar ciente a mesma ficou satisfeita com a resposta. A mesma disse ter ficado feliz, pelo fato de o hospital ter visto a reclamação e ter dado um retorno, espera que venha melhorar os atendimentos no serviço social. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO EXAMES

Preenchimento:

" Fiquei muito triste pois dia 24/08/2019, não veio almoço para meu filho, que se encontrava desde o dia 23/08 na UAI esperando desocupar leito no 2° andar , fui até a nutrição pois a mesma disse que não podia fazer nada, pois tinha acabado a comida, e o meu filho chorando com fome, trouxeram ovo, que nem em casa ele almoça assim, fiquei muito decepcionada e toda vez que está na UAI o almoço só vem tarde quase 2 horas." [sic] A.P.F (Acompanhante)

Tratamento:

A equipe do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital preza pela humanização e segurança do paciente e por este motivo pede desculpas pela forma como foi feito a colocação da resposta mediante sua solicitação sobre a refeição.
Informo que o atraso da refeição se tratou de uma situação pontual ocorrida no setor, porém estamos trabalhando para que eventos desta natureza sejam minimizados, pois temos horários padronizados de entrega de refeições que são: 07:00h às 08:00h (Desjejum), 09:30:00h às 10:30h (Lanche da manhã), 11:15h às 12:15h (Almoço), 15:30h às 16:30h (lanche da tarde), 17:00h às 18:00h (jantar), 19:30h às 21:00h (ceia). Na UAI, temos uma média de fornecimento de dietas, devido a rotatividade do setor,

Vivian Alvarenga Leites
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró-Saúde

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

porém, em casos específicos onde a demanda está muito aumentada, ofertamos lanche extra para que nenhum usuário fique sem se alimentar.
Estamos à disposição para maiores esclarecimento no Serviço de Nutrição e Dietética, localizado no 1° andar. Sua opinião é muito importante para melhoria dos nossos serviços prestados.
Atenciosamente. Sandra Seabra Moraes - Coord. do Serviço de Nutrição e Dietética

Complemento da Diretoria:

Agradecemos pelo registro. As medidas necessárias para que não tenhamos outras ocorrências estão sendo adotadas pela coordenação da área. Importante ressaltar que a instituição prima pela qualidade e humanização na assistência prestada, logo todos registros de reclamações e sugestão são considerados de extrema importância para a busca de melhoria nos processos.

Retorno:

No dia 30/09/2019, o S.A.U pessoalmente deu retorno ao acompanhante, que após ciência da resposta, informou estar satisfeito. Porém espera que não ocorra novamente, nem com eles e nem com outras crianças. Agradeceu o retorno do hospital. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do Usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1º ANDAR

Preenchimento:

" Quero criticar a maneira que o enfermeiro S. faz o curativo do meu filho, que por sinal é muito mal feito, ou ele faz de muito mal gosto, ou faz com muita preguiça. Gostaria que ele fizesse o trabalho dele direito, até porque meu filho não pedia para estar aqui, se ele está é porque infelizmente ele precisa. Também queria que ele lembrasse de aspirar meu filho quando solicito. " [sic] K.L.F.D (Acompanhante)

Tratamento:

Buscando acompanhar o ocorrido conforme relato apresentado pela genitora, foi realizada conversa com o colaborador. Informo que a conduta descrita na tratativa é considerada inadequada e incompatível

Viviane Andrade Gomes
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró-Saúde

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

com as normativas do que prega a instituição no que se refere à prestação de cuidados aos usuários. Informo também que condutas/posturas inadequadas foi pauta de reunião com equipe assistencial realizada em 29 e 30.08.2019 com intuito de conscientização de que o cuidado prestado deve ser realizado de forma ética, respeitosa e segura, atendendo as necessidades dos usuários promovendo sua recuperação de forma humanizada.

À Genitora, agradeço o repasse de informações oportunizando melhorias no cuidado e continuidade na assistência de nossos usuários. Me coloco à disposição para maiores esclarecimentos no que concerne a tratativa, bem como para apresentar normas institucionais que se fizerem necessárias ao conhecimento dos genitores e responsáveis, objetivando oferecer ao paciente assistência segura durante o período em que estiver sob nossos cuidados. Michelle Kzam - Enfermeira

Complemento da Diretoria:

A coordenação da área realizou orientação à equipe assistencial, incluindo o enfermeiro citado na ocorrência, tendo em vista melhorar a qualidade dos processos assistenciais, e garantir aos nossos pacientes o melhor atendimento possível. Fazemos parte de uma instituição que se preocupa com a excelência nos cuidados prestados, logo, este tipo de registro nos oportuniza rever práticas e melhorar os processos. Josieli Pinheiro – Diretora Assistencial

Retorno:

No dia 02/09/2019, o S.A.U pessoalmente conversou com a acompanhante, para dar retorno da tratativa e após ficar ciente. A mesma ficou satisfeita com a resposta, pois ver que o colaborador em questão melhorou no seu atendimento e até mesmo no curativo, ele está fazendo bem feito. O S.A.U se dispôs a atendê-lo sempre que precisar.

Viviane Medeiros Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Aceitação do Usuário: Satisfeito (a)

Reguane de Carvalho da S
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR

Preenchimento:

" No dia 24, fiz a troca de acompanhante que foi com o pai da M. C. sendo nesse dia a baliza de colostomia dela abriu sugando toda a cama e principalmente ela, foi quando

ele foi chamar a técnica C. que estava com ela, foram inúmeras vezes que ele foi e não teve retorno dela, na última vez foi com o tom mais alto, ela simplesmente respondeu que ela ia resolver outras coisas e depois ia ver se vinha, no caso foi a enfermeira de plantão que fez o trabalho e repassou plantão na manhã com essas palavras , que a M. C. tinha "pertubado" ela a noite toda. Agora eu pergunto elas estão aqui exatamente pra quê? Eu não gostei em nem um momento dessas palavras, eu estou aqui não porque eu quero, e outra e o serviço dela? Eu fui instruída a não manusear ela enquanto ela estiver no hospital. " [sic] T.A (Acompanhante)

Tratamento:

Buscando acompanhar o ocorrido conforme relato apresentado pela genitora, foi realizado levantamento de mais detalhes em visita beira leito. Informo que a conduta descrita na tratativa é considerada inadequada e incompatível com as normativas do que prega a instituição. Informo que a colaboradora será orientada quanto a sua postura visando a conscientização de que o cuidado prestado deve ser realizado de forma ética, respeitosa e segura, atendendo as necessidades dos usuários com intuito de promover sua recuperação de forma humanizada.
À Genitora, agradeço o repasse de informações oportunizando melhorias no cuidado e continuidade na assistência de nossos usuários. Me coloco à disposição para maiores esclarecimentos no que concerne a tratativa, bem como para apresentar normas institucionais que se fizerem necessárias ao conhecimento dos genitores e responsáveis, objetivando oferecer ao paciente assistência segura durante o período em que estiver sob nossos cuidados, por meio da adoção de protocolos que visam a prevenção, redução de incidentes e integração entre as áreas assistenciais de forma eficaz. Michelle Kzam - Enfermeira

Complemento da Diretoria:

A coordenação da área estará orientando a colabora envolvida quanto a conduta ética e profissional em ambiente de trabalho. Reitero que toda a equipe assistencial é orientada quanto ao cuidado ético e humanizado no desempenho de suas atividades. Pedimos desculpas pelo fato ocorrido, esperamos não haver mais queixas em relação a este tipo de postura. Agradecemos pelo registro. Josieli Pinheiro – Diretora Assistencial

Vivian Gomes Gerente Qualidade HOIOL / Pró Saúde

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

Retorno:

No dia 12/09/2019, o S.A.U pessoalmente deu o retorno da tratativa para a acompanhante, que após ficar ciente ficou satisfeita, a mesma informou que a Coordenação já tinha conversado com ela, e que estava muito feliz, pois o atendimento melhorou e a humanização dos profissionais também. Agradeceu pelo retorno e pelos pontos de melhorias. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do Usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR

Preenchimento:

"Quero informar a direção, a atual situação que me encontro no leito 210 A. Quero notificar o turno noite do dia 25/08 (domingo) meu filho precisava fazer reposição de potássio e a técnica tirou a mesma para introduzir antibióticos no mesmo equipo de potássio, interrompendo a reposição, alegando que não ia passar a noite toda colocando antibióticos e assim passou 3 antibióticos ao mesmo tempo (Anfotericina, Ciprofloxacina, Sulfametazol) causando bacteremia e muito vômito, devido o mesmo está com o sistema imunológico enfraquecido. Isso vem ocorrendo constantemente nos turnos da noite. Na mesma noite quando terminou a NPP fui ao posto de enfermagem participar a troca da NPP, os técnicos estavam dormindo e o posto de enfermagem sem ninguém, com aproximadamente 30 minutos, retornei e não havia ninguém, então a técnica foi instalar a NPP sem fazer nem uma identificação. OBS: a troca da NPP está sendo realizada pelos técnicos. Vocês devem saber a atual situação de meu filho, foi marcado um exame (colonoscopia) e o mesmo não teve o preparo, ocasionando erro no resultado, quero pedir a repetição do mesmo com o máximo de urgência possível. Quero reforçar que meu filho já teve várias bacteremias tendo que fazer expansão por conta das negligencias técnicas. Tá sendo muito difícil confiar no trabalho desses "profissionais" tenho que ficar sempre em alerta, não consigo descansar por não confiar no trabalho técnico. Eu gostaria que os horários das medicações fossem respeitados e as mesmas identificadas para o paciente. Meu filho está a 40 dias sem se alimentar passando por situações fragilizadas e por isso preciso de pessoas para salvar e não para lhe tirar a vida. No turno do dia 26/08 (noite) a técnica passou antibiótico em 30 minutos sendo que

Vivian Andreia Lessa
Gerente Qualidade
HOIOL

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

o mesmo era em 1:00h ocasionando muito vômito (Ciprofloxacina) e a mesma fez a troca da NPP, não passando nem uma informação referente a NPP." [sic]

Tratamento:

Houve relato da genitora de que a equipe assistencial estaria utilizando o equipo da reposição de potássio para administrar ATB, ressaltamos que a equipe é treinada e orientada a não realizar o uso do mesmo equipo de reposição para administrar outras medicações, tendo em vista a existência da rotina instituída sobre o uso adequado dos equipos, tais rotinas, bem como, aplicabilidade das práticas assistenciais de acordo com os protocolos institucionais são validados pela farmácia e pelo serviço de controle de infecção hospitalar. Além do mais, conforme prescrição médica e os aprazamentos os ATB citados possuem aprazamentos distintos e o sulfametazol é realizado apenas nas Segundas, Quartas e Sextas as 08h e 20h, não sendo feito no dia 25 (domingo), e em registro seguro no prontuário, evidencia-se a checagem conforme aprazamentos, e em relatório emitido pelo serviço farmacêutico a dispensação feita conforme horário, informo que para segurança na cadeia medicamentosa, a farmácia dispensa os medicamentos conforme programação do aprazamento, não sendo dispensado de uma única vez, podendo ser evidenciado pelo relatório de dispensação via salux e canhoto de entrega.
- Esclareço que o Ciprofloxacino 2mg/ml é dispensado pela farmácia conforme prescrição medica e horário de aprazamento (sendo este as 23h), para realizar os 2mg/ml de Ciprofloxacino são realizada em duas etapas (2 bolsas de 100ml de Ciprofloxacino, devido não termos em padrão bolsa de 200ml de Ciprofloxacino) cada etapa corre em 30min, somando-se assim, 1h de infusão.
- Em relação a administração da NPP, sendo a NPP uma terapia Nutricional, a equipe de enfermagem envolvida na administração da Terapia Nutricional é formada por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, executando estes profissionais suas atribuições em conformidade com o disposto em legislação específica - a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem no país, outrossim, os Técnicos de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício profissional no país, participam da atenção de enfermagem em TN, naquilo que lhes couber, ou por delegação, sob a supervisão e orientação do enfermeiro. Ressalto que

Vivian Almeida Gomes
Gerente Qualidade
HOIOL

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

além do disposto no que tange o exercício profissional. - No que tange o preparo para realização da Colonoscopia há evidencias em prontuário que fora acionado o plantonista para prescrição de preparo e devido condições clinicas e jejum prolongado do usuário, adotou-se a conduta de manter jejum sem uso de preparo medicamentoso. Hellen Monteiro – Enfermeiro

Complemento da Diretoria:

Agradecemos pelo registro, pois entendemos o quanto a participação dos pacientes e acompanhantes se faz necessária para que possamos realmente evoluir em relação aos processos. A coordenação da área estará redobrando a atenção em relação aos pontos sinalizados. Josieli Pinheiro – Diretora Assistencial

Retorno:

No dia 06/09/2019, o S.A.U pessoalmente deu o retorno da tratativa para a acompanhante, que após ficar ciente a acompanhante ficou satisfeita com o retorno da sua reclamação pois segundo a mãe o atendimento já melhorou em relação as técnicas de enfermagem que já se identificam e identificam a medicação que está sendo colocada, as NPP já está sendo sendo colocada somente pelos enfermeiros e não mais pelos técnicos, e a comunicação entre equipe assistencial e acompanhante melhorou também. A mãe agradeceu a equipe do SAU e coordenação pela atenção e resolução das queixas.

Aceitação do Usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR

Vivian Andreia Lisboa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Preenchimento:

"Hoje eu venho deixar o descontentamento em relação algumas coisas que estão acontecendo que de maneira alguma poderia acontecer. Estou com minha filha internada a quase dois meses e ela está a quase três meses sem quimioterapia, devido ter acontecido algumas intercorrências no meio do caminho. O fato é, ela está fazendo antibióticos fortíssimos e precisa ser cumprido tudo ao pé da letra. Só que infelizmente, alguns profissionais, não seguem condutas certas e está deixando a desejar. Aconteceu precisamente a 4 dias atrás a medicação da minha filha ficou pendurado 3 horas e simplesmente não vieram instalar, acordei com bomba apitando esse tanto de horas e

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

fui falar com técnica e ela diz: " Ah , é a bomba da sua filha que esta apitando ? como assim ela estava ouvindo e não teve a consciência de vim ver o porquê , e quando questionei ainda falou que eu que tenho que avisar quando a medicação acabar, acredito que esse não seja o meu papel aqui e não que eu não faça isso , faço direto só que era madrugada e eu dormir , não consigo ficar acordada 24 horas mas eles tem a prescrição dos horários e sabem que tem que cumprir , achei isso uma falta de amor ao próximo, ela está aqui não porque gosta mas pela necessidade do dinheiro. Eles estão cuidando de vidas. O que vale o médico prescrever tal medicação e os técnicos não fazer, não seguem tudo direitinho. Então acho que vocês tinham que filtrar mais nessa parte. Tem que ter mais fiscalização pela noite, atrasam muitas medicações, por exemplo tem que está mudando os horários das medicações da minha filha, por negligencia deles. Falta de amor ao próximo. Estamos aqui não porque queremos, mas pela fatalidade da vida. Eles escolheram esse emprego sabiam com que iam lidar. Mais respeitos a essas crianças é o mínimo que eles podem dar. E como fazer isso? Cumprindo com os horários das medicações, fazendo a higienização adequada quando vem fazer as medicações. Muitos acham que uma criança de contato é a mesma coisa que uma imuno, sendo que não é, quase nunca tomam precaução. E isso é em todos os turnos claro que existem técnicos que exercem sua função com amor, e podem ter certeza que eu reconheço cada um, pois se cuidam dos nossos filhos estão cuidando de nós também. Gostaria das medidas necessárias para tudo isso.! "[sic] R.M.S (Acompanhante)

Tratamento:

Informo que a conduta descrita na tratativa é considerada inadequada e incompatível com as normativas do que prega a instituição no que se refere à prestação de cuidados aos usuários. Informo também que condutas/posturas inadequadas vem sendo incluída em pauta de reunião com equipe assistencial realizada em 29 e 30.08.2019 com intuito de conscientização de que o cuidado prestado deve ser realizado de forma ética, respeitosa e segura, atendendo as necessidades dos usuários promovendo sua recuperação de forma humanizada.

À Genitora, agradeço o repasse de informações oportunizando melhorias no cuidado e continuidade na assistência de nossos usuários. Me coloco à disposição para maiores esclarecimentos no que concerne a tratativa, bem como para apresentar normas institucionais que se fizerem necessárias ao conhecimento dos genitores e

Vivian Andreia Les
Gerente Qualid
HOIOL/Pró

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

responsáveis, objetivando oferecer ao paciente assistência segura durante o período em que estiver sob nossos cuidados. Michelle Kzam - Enfermeira

Complemento da Diretoria:

Agradecemos pelo registro, todos estes são cuidadosamente analisados e as condutas são adotadas. A instituição prima pela excelência nos serviços prestados, portanto, qualidade e humanização são premissas para a realização do trabalho. Josieli Pinheiro – Diretora Assistencial

Retorno:

No dia 30/09/2019, o S.A.U pessoalmente deu o retorno da tratativa para a reclamante, que após ficar ciente ficou muito satisfeita. A mesma informou que já consegue visualizar mudanças na assistência e espera que melhore ainda mais. Agradece a todos do hospital por obter uma resposta do seu registro. Mas enfatiza que precisa de mais fiscalização no plantão noturno, porque ainda deixa a desejar. O S.A.U se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do Usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO AMBULATÓRIO

1- ATENDIMENTO EM SALA

Preenchimento:

" Eu vim até ao SAU para solicitar uma reunião com a equipe medica, para conversar sobre a minha quimioterapia pois creio que não está fazendo efeito, passaram apenas 10 dias após a última quimio, o tumor já está cresceu muito, hoje dia 29 vim fazer a quimio e não posso porque são 3 dias de quimio e não faz quimio ambulatorial no sábado e domingo dizendo a enfermeira, a enfermeira remarcou para segunda feira, hoje já é quinta, tenho medo de quanto os tumores vão crescer e se espalhar até lá." [sic] H.M.C (Acompanhante)

Vivian Cabreira Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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

Tratamento:

A resposta à quimioterapia é individual de cada paciente, e depende de diversos fatores. Caso o paciente e seu responsável desejam reunir com a equipe assistencial estamos à disposição para dirimir dúvidas. Será feito um encaminhamento a coordenadora da quimioterapia para verificar os agendamentos de quimioterapia em continuação durante o final de semana.

Retorno:

No dia 30/09/2019, o S.A.U conversou com a acompanhante e usuário para dar retorno da tratativa, que após ficar ciente demonstrou insatisfação, pois já tinham ido ao serviço social para marcar uma reunião e não obteve sucesso. A mãe relatou que iria conversar com a médica sobre o caso. Agradeceu pelo retorno. O S.A.U se dispôs a atende-la sempre que precisar.

Aceitação do Usuário: Insatisfeito (a)

6. Melhorias no processo do S.A.U

- Integração aos novos colaboradores nos dias 10 e 24 de setembro 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.
- Nos dias 17 a 19/09/2019, aconteceu avaliação de certificação UP GRADE ONA para Nível 3, acreditado com Excelência. o plano de visita foi realizado pela Fundação Vanzolini e o S.A.U ficou no apoio para os demais setores e garantir uma avaliação com sucesso.
- Participação da equipe do S.A.U na apresentação de indicadores de custos na data de 30/09/2019.
- Reunião com a Comissão do GTH, NSP e Sustentabilidade;

Vivian Andreia Lisboa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró-Saúde

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

7. Considerações finais

Durante o mês de setembro 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%, 93% do atendimento Ambulatorial e no formulário da Internação 98%. A satisfação Global em 97%. 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 Qualidade
HOOIL / Pró Saúde

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

Viviane Andréia Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Adriellen Ribeiro
COREN-PA 367.882-ENF
SCIH - HOIOL

Débora Oliveira
Médica do SCIH
CRM-PA: 7722

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 26/09/2019.

Adriane Ribeiro COREN-PA 26.882-ENF CCIH-HOIOL

Débora Oliveira Médica do SCIH CRM-PA: 7722

Viviane Andreia Lessa Gerente Qualidade HOIOL / Pró Saúde

- Visita técnica de fornecedor interno: CME e Quimioterapia.

- Reinspeção de visita técnica de fornecedor interno: Farmácia e CAF

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

- Auditoria ONA 3 em 17/09/2019.

- Treinamentos: Participação como facilitadores na Integração de novos colaboradores; Ações do setembro Dourado; Palestra UAI sobre o Dia Mundial de Segurança do Paciente.

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

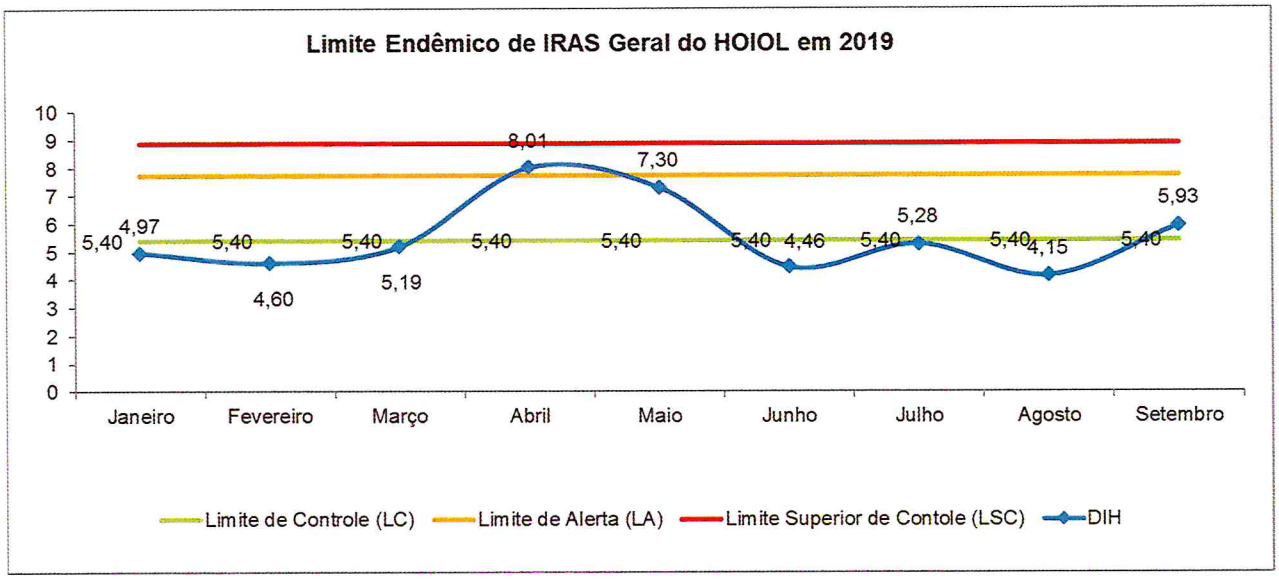
Período	Saídas	Usuário/Dia (UTI+1º, 2º e 3º)	IRAS	Usuário IRAS	Óbito associado a IRAS	DI de IRAS	DI de Usuários IRAS	Taxa Letalidade (%)
Janeiro	136	1811	9	9	1	4,97	4,97	11,11
Fevereiro	116	1521	7	7	0	4,6	4,6	0
Março	126	1542	8	8	0	5,19	5,19	0
Abril	127	1747	14	13	0	8,01	7,44	0
Maio	135	1781	13	12	1	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	117	1854	11	10	0	5,93	5,39	0
Outubro								
Novembro								
Dezembro								

Adriette Ribeiro COREN-PA 882-ENF SCIH-HOIOL

Médica do SCIH CRM-PA: 7722

Viviane Quaresma Lessa Gerente Qualidade HOIOL / Pró Saúde

000042



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	4	1	0	2	0	0	3	1[9]
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

Viviane Andreia Lessa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Adriane Ribeiro
COREN-PA 281.282-ENF
SCIH-HOIOL

Débora Onuma
Médica do SCIH
CRM-PA: 7722

[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

[9] 1 Infecção intraabdominal

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 setembro, a densidade de incidência de infecção hospitalar geral ficou em 5,93 episódios por 1000 pacientes-dia; pior em relação ao mês anterior (4,15), ficando pouco acima do limite de controle, mas ainda abaixo dos limites de alerta e 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 11 IRAS no total, sendo a IPCSCVC a mais prevalente, com 4 casos notificados.

Fazendo uma análise das densidades de incidência geral de IRAS por setor, o 1º andar na ala cirúrgica e da quimioterapi; e 2º andar, ficaram acima dos limites de controle, mas ainda abaixo dos limites de alerta e superior de controle, nas suas respectivas curva endêmicas de IRAS, conforme visualizaremos no decorrer deste relatório. Quando avaliamos as IRAS relacionadas à dispositivos invasivos, foram notificadas apenas 4 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

Viviane Rubeira Leisses
Gerente Qualidade
HOL / Pró Saúde

Adrielle Ribeiro
COREN-PA 267.882-ENF
SCIH/HOL

Débora Oliveira
Médica do SCIH
CRM-PA: 7726

incidentesnotificado, foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção na manutenção e inserção do CVC de pacientes, 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 4966 – IPCSCVC 1º CC; EV 4847 e 4965 – IPCSCVC do 2º e EV 4971 – IPCSCVC do 3º andar).

As outras IRAS notificadas não relacionadas à dispositivos invasivos (2 ITR não VM: 1 no 1º andar cirúrgico e 1 na UTI; e 1 infecção intraabdominal 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.

Tivemos 3 notificações de infecções pós cirurgias realizadas no hospital neste mês de setembro, sendo 2 pós cirurgias limpas. Ao realizar a análise destes incidentes, evidenciamos em duas destas notificações fatores clínicos relacionados aos usuários, devido uma delas ocorrer a dificuldade de mudança de decúbito, o que facilitou a descência da ferida operatória e facilitando a infecção posteriormente; e na outra, a própria criança manipulou a derivação venrricular externa, chegando a arancá-la (EV 4881 e 4880, respectivamente). Já na outra notificação, foi evidenciada falhas na administração do antibioticoprofilatico durante o intra-operatório (EV4970). Em todas estas análises de eventos, foram sugeridas ações de preventivas para evitar casos futuros na discussão com corpo clínico.

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 quase todas elas,exceto a de higiene das mãos, ficando abaixoque é de 88%. Já a adesão às medidas de precauções e validação das limpezas terminais atingiram a meta definida de 85% e 70%, respectivamente; conforme podemos visualizar abaixo. Em outubro está programado campanha de higiene das mãos no hospital. Esperamods que com esta atividade a adesão à esta prática de prevenção de IRAS atinja novamente a meta pré-estabelecida.

Adriella Ribeiro
COREN-PA 101.[illegible]
CHF - HOIOL

Médica de Aceh
CRM-PA: 7722

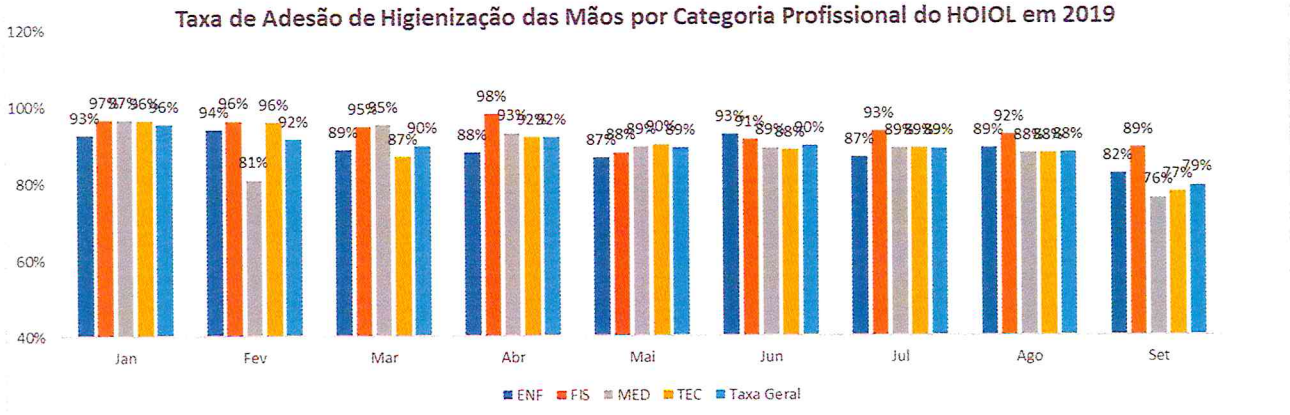
Viviane Andreia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO

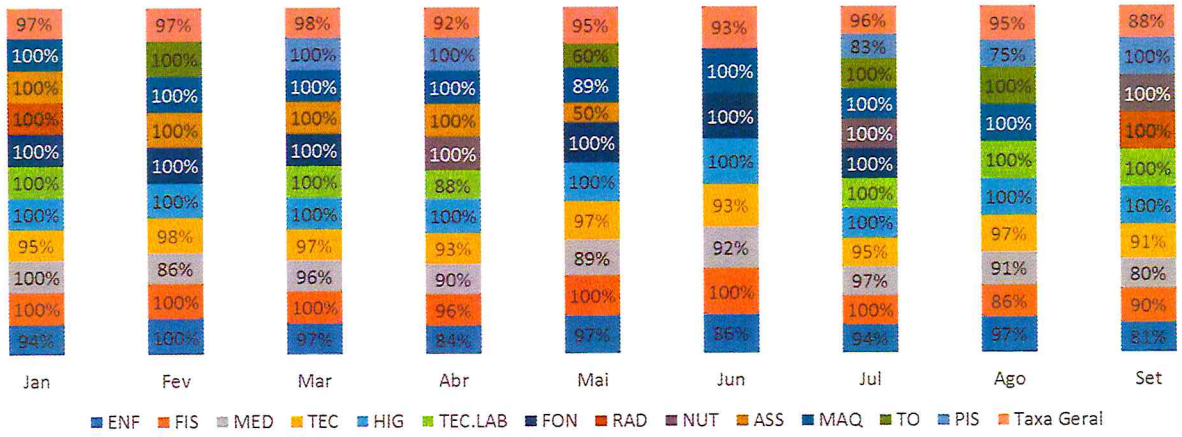
PRÓ-SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

GOVERNO DO PARÁ
POR TODO O PARÁ

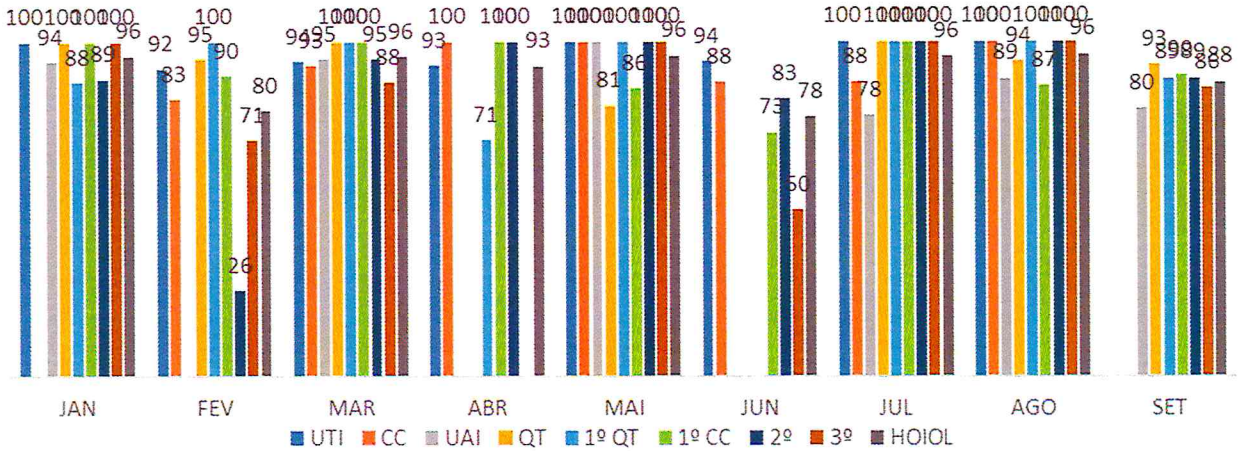
Taxa de Adesão de Higienização das Mãos por Categoria Profissional do HOIOL em 2019



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



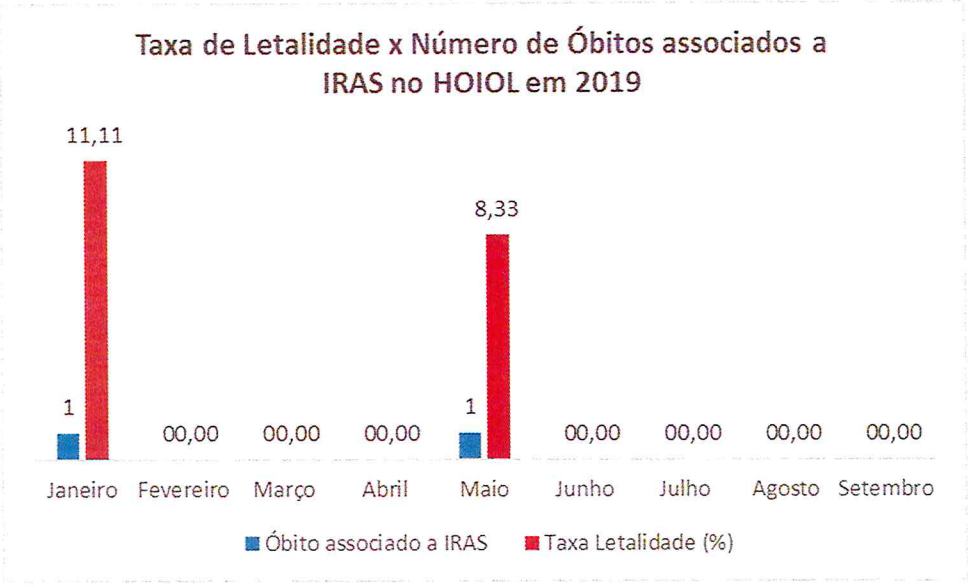
Adriella Ribeiro
COREN-PA 182-ENF
SCIH HOIOL

Débora Oliveira
Médica em SCIH
CRM-PA: 7722

Viviane Amaréia Le
Gerente Qualida
HOIOL / Pró Saú

000046

5.3 Taxa de Letalidade e Número de Óbitos associados a IRAS



Análise: Neste mês de setembro 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)

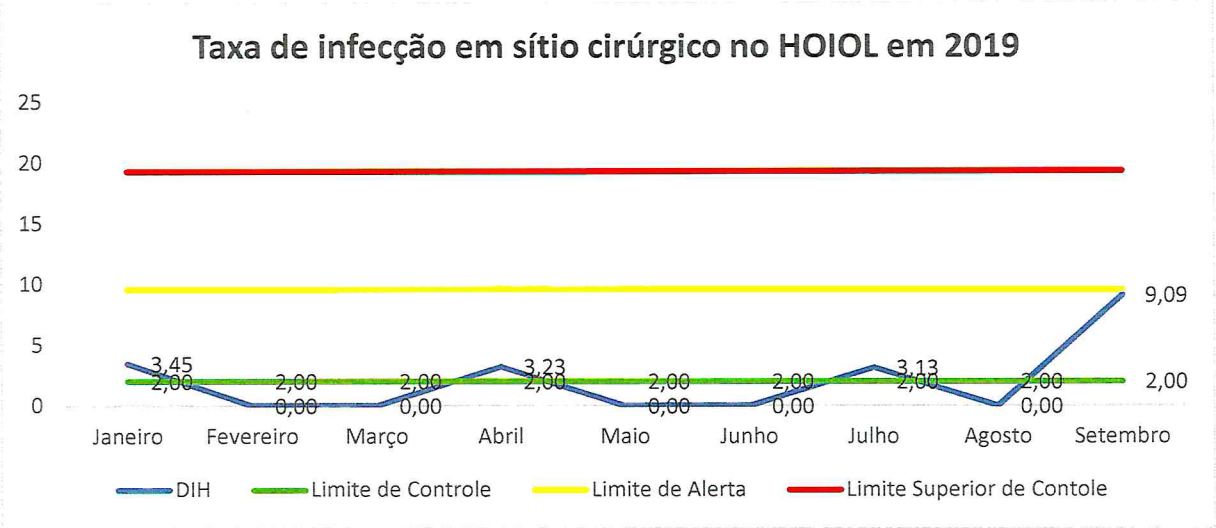
Período	ISC Total	Total de cirurgias (limpas a contaminadas	Tx geral de ISC	ISC cirurgias limpas	Total de cirurgias limpas	Tx de ISC em cirurgias limpas
Janeiro	1	29	3,45	1	11	9,09
Fevereiro	0	21	0	0	13	0
Março	0	16	0	0	8	0
Abril	1	30	3,33	1	16	6,25
Maio	0	28	0	0	8	0
Junho	0	22	0	0	12	0
Julho	1	32	3,3	0	20	0
Agosto	0	35	0	0	17	0
Setembro	3	33	9,09	2	22	9,09
Outubro						

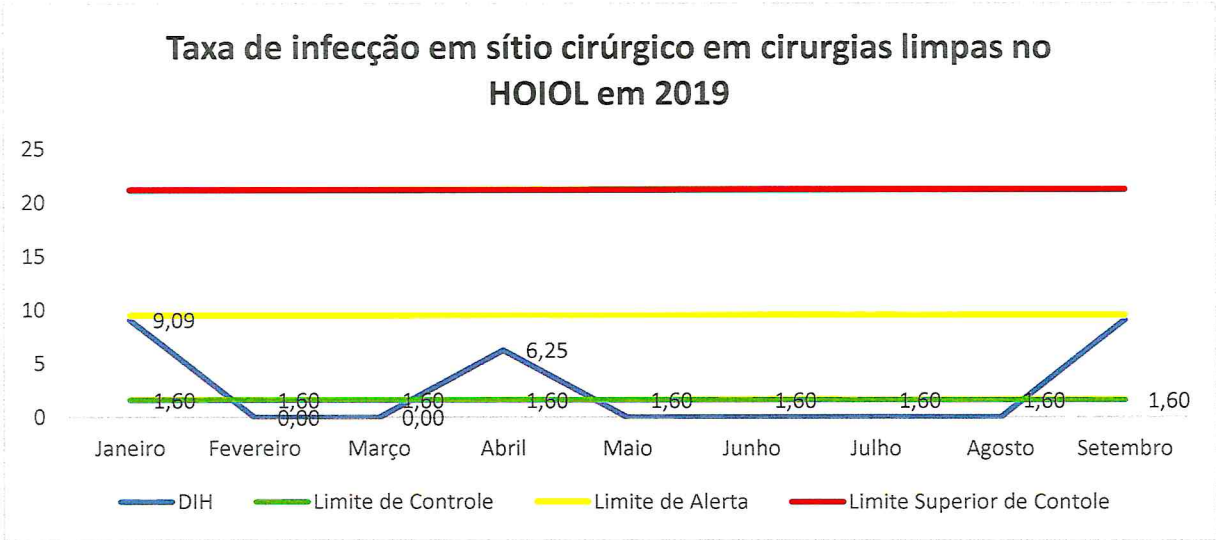
Adriele Siqueira
COREN-PA 000.[illegible]-LNF
SCIH - HOIOL

Viviane Andreia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Novembro						
Dezembro						

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE





Análise: Neste mês de setembro tivemos 3 notificações de infecções pós cirurgias realizadas no hospital, ficando com a taxa pior em relação ao mês anterior, que foi de 0%, e ficando acima dos limites de controle, já nos limiutes de alerta, mas ainda abaixo dos limites superiores de controle nas respectivas curvas endêmicas de ISC em cirurgias em geral e em cirurgias limpas, conforme podemos visualizar nos gráficos relacionados acima. Ao realizar a análise destes incidentes, evidenciamos em duas destas notificações fatores clínicos relacionados aos usuários, devido uma delas ocorrer a dificuldade de mudança de decúbito, o que facilitou a descência da ferida operatória e facilitando a infecção posteriormente; e na outra, a própria criança

Vivian Andréia Lessa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

000048

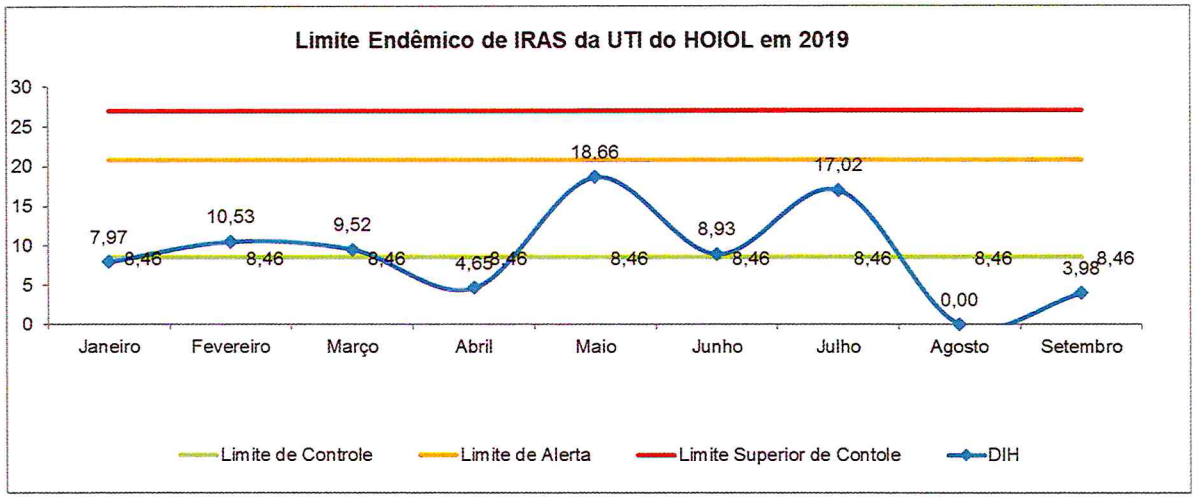
manipulou a derivação venrricular externa, chegando a arancá-la (EV 4881 e 4880, respectivamente). Já na outra notificação, foi evidenciada falhas na administração do antibioticoprofilatico durante o intra-operatório (EV4970). Em todas estas análises de eventos, foram sugeridas ações de preventivas para evitar casos futuros na discussão com corpo clínico.

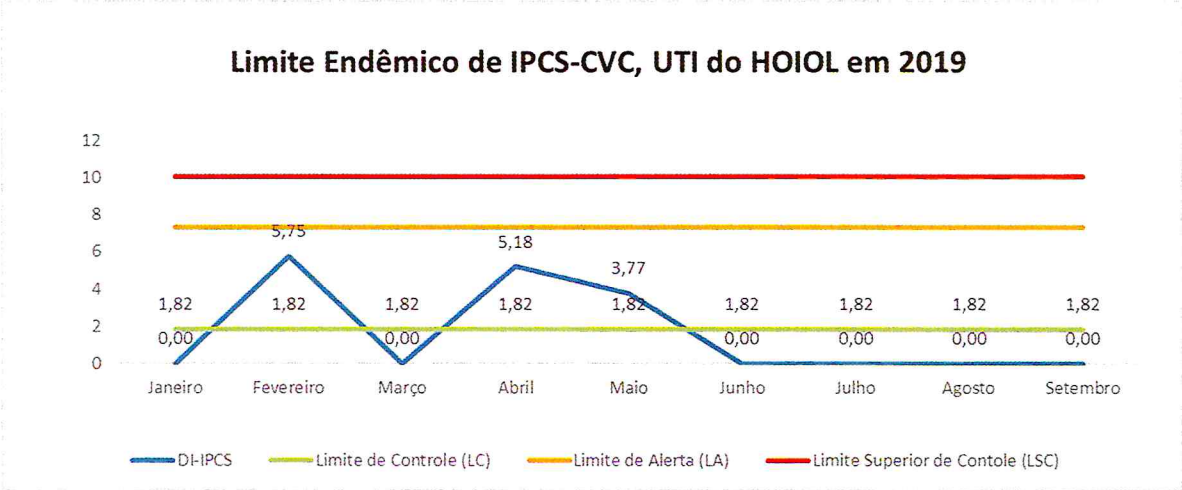
7 Indicadores de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde, UTI-HOIOL

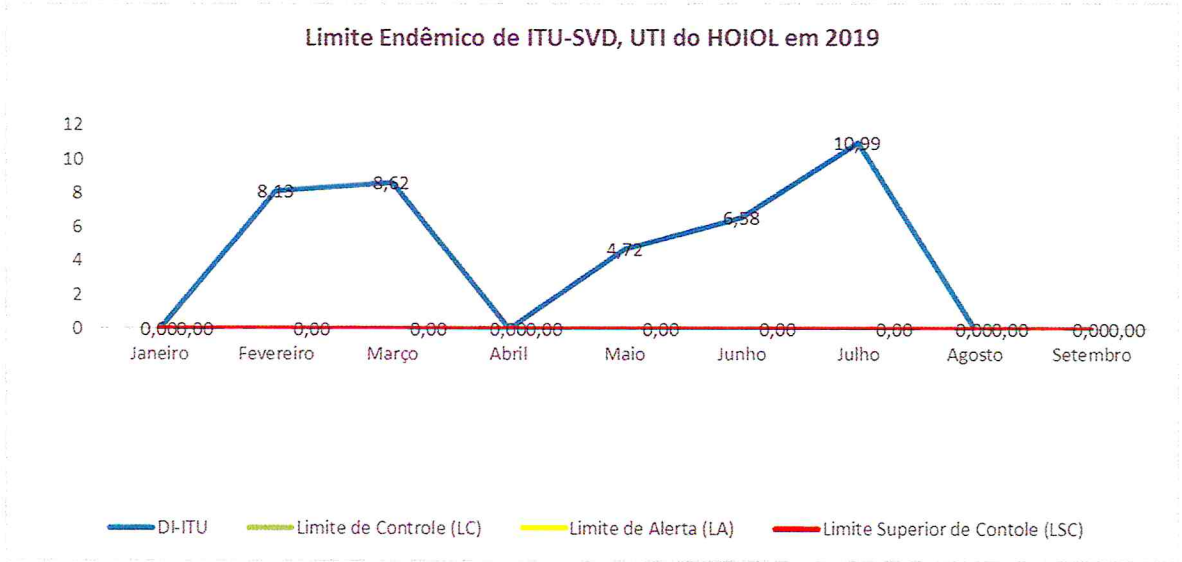
7.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Pneumonia associada a ventilador mecânico – PAV, Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) na Unidade 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	251	1	1	222	141	152	3,98	0	0	0	88,45	63,51	68,46
Outubro													
Novembro													
Dezembro													

Viviane Valeria Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde



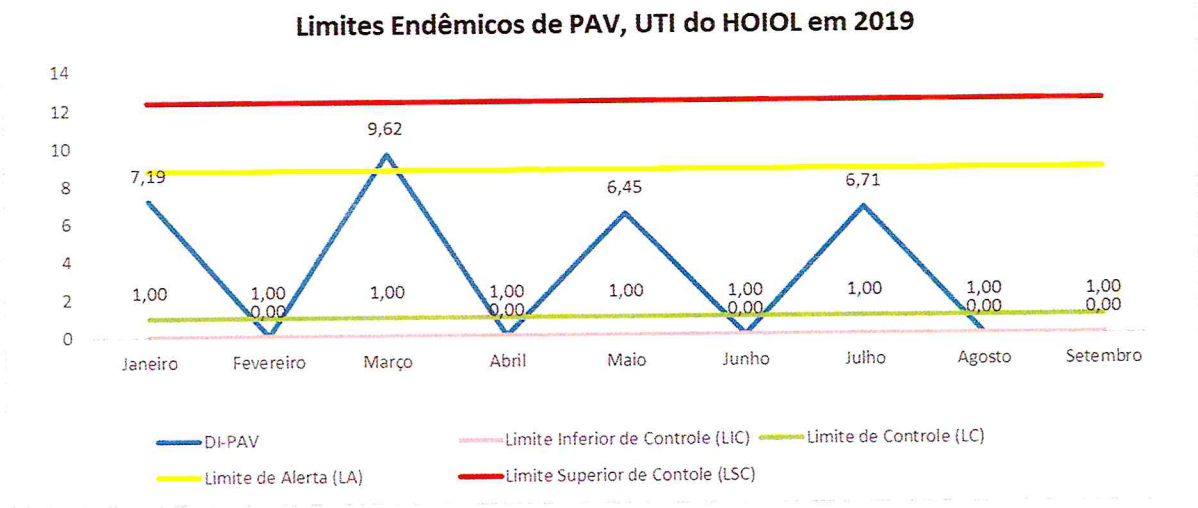




Adriana Ribeiro
COREN-PA 267.882-ENF

Vivyane Andreia Leão
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

000050



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	0	0	0	1	0	0	0	0
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

Viviane Andreia Leisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Análise: Em setembro tivemos 1 notificação de IRAS na UTI, ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS pior que o mês anterior (3,98), mas dentro dos limites aceitáveis de controle, conforme podemos visualizar na curva endêmica de

Adriele Ribeiro
COREN-PA 287882-ENF
SCIH - HOIOL

000051

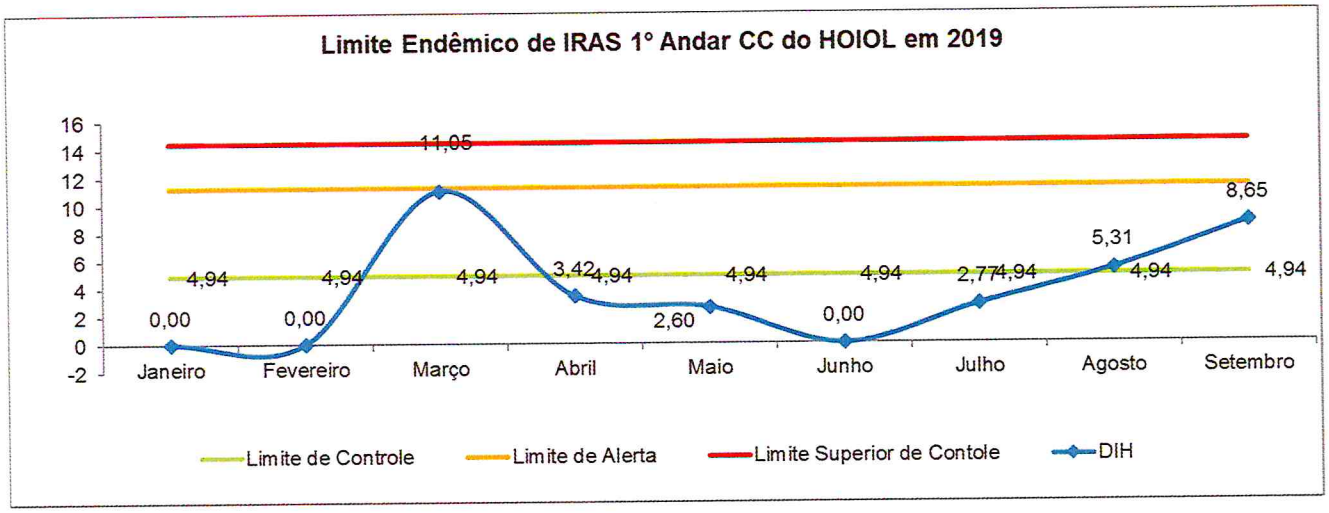
IRAS desta unidade disposta acima. Nao foram notificadas IRAS relacionadas à dispositivos invasivos e/ou feridas cirúrgicas nesta unidade e essa notificação de IRAS esteve relaciobada à fatores clínicos do usuário, gravidade da doença de base, não sendo evidenciadas flalhas nas medidas de prevenção de IRAS. Serão mantidas as orientações de prevenção e controle de IRAS na unidade.

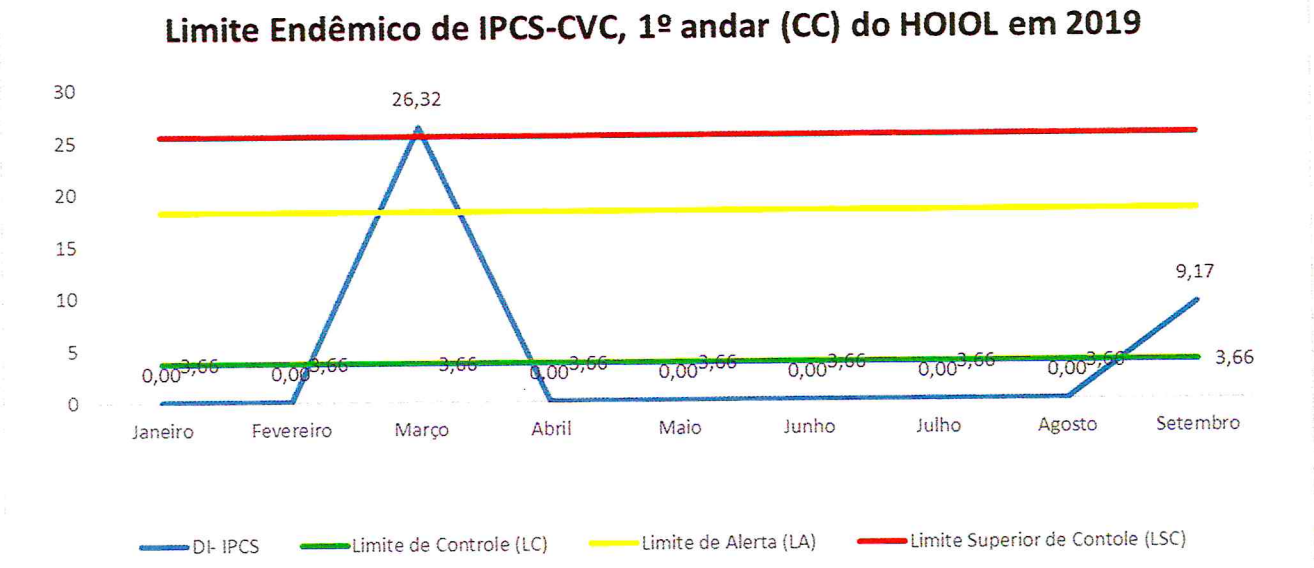
8 INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA A SAUDE, 1º ANDAR CIRÚRGICO – HOIOL

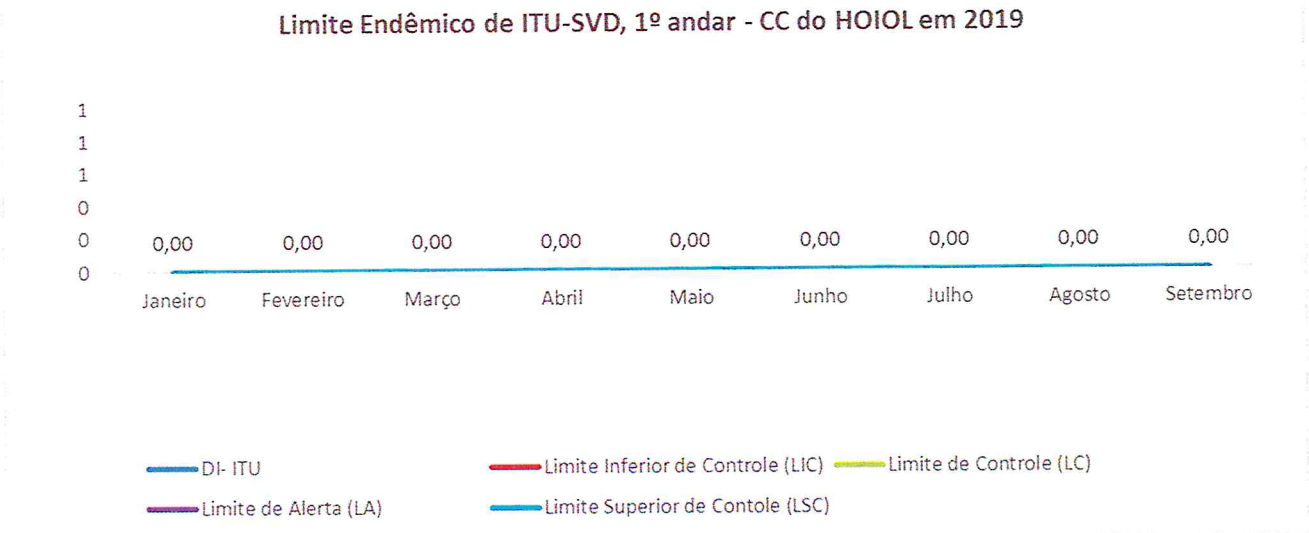
8.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) do 1º andar cirúrgico

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	347	3	3	109	25	8,65	9,17	0	31,41	7,2
Outubro										
Novembro										
Dezembro										

Viviane Andrad Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde







Viviane Oliveira Leisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Adriana Ribeiro
COREN-PA 167.862-ENF
CCIH - HOIOL

000053

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	1	0	0	0	0	2	0
Outubro							
Novembro							
Dezembro							

[3]infecção de pele e partes moles

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

Análise: Em setembro tivemos 3 notificações de IRAS no 1º CC, sendo 1 IPCSCVC e 2 ISC; ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS em 8,65 episódios por 1000 pacientes-dia; pior que o mês anterior (5,31), e ficando acima do limite de controle, mas ainda abaixo do limite de alerta e superior de controle, conforme podemos visualizar na curva endêmica de IRAS desta unidade disposta acima. Quando avaliamos estes incidentes notificados, foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção de IRAS na IPCSCVC, com relação a manutenção e inserção do dispositivo (EV 4966); e ficando com a densidade de incidência de IPCSCVC desta unidade em 9,17 episódios por 1000 CVC-dia, acima do limite de controle, mas ainda abaixo dos limites de alerta e superior de controle, na sua respectiva curva endêmica relacionada disposta acima. E já nas notificações de ISC, foram evidenciadas fatores clínicos relacionados aos usuários, devido uma delas ocorrer a dificuldade de mudança de decúbito, o que facilitou a descência da ferida operatória e facilitando a infecção posteriormente; e na outra, a própria criança manipulou a derivação venrricular externa, chegando a arancá-la (EV 4881 e 4880, respectivamente). Em

Viviane Pereira Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Adriane Ribeiro
COREN-PA 000.332-ENF
SCIH - HOIOL

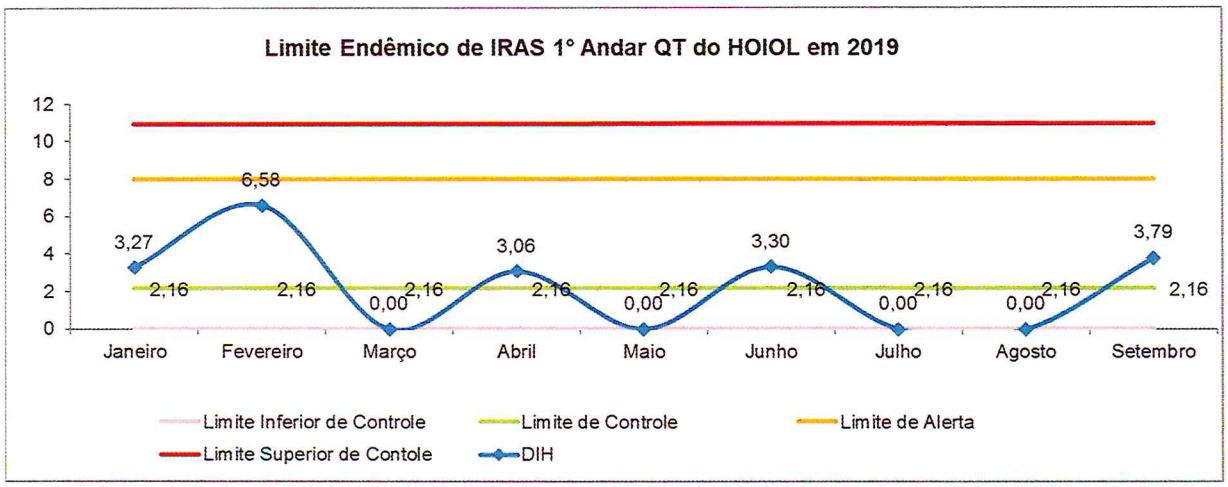
000054

todas estas análises de eventos, foram sugeridas ações de preventivas para evitar casos futuros na discussão com corpo clínico.

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

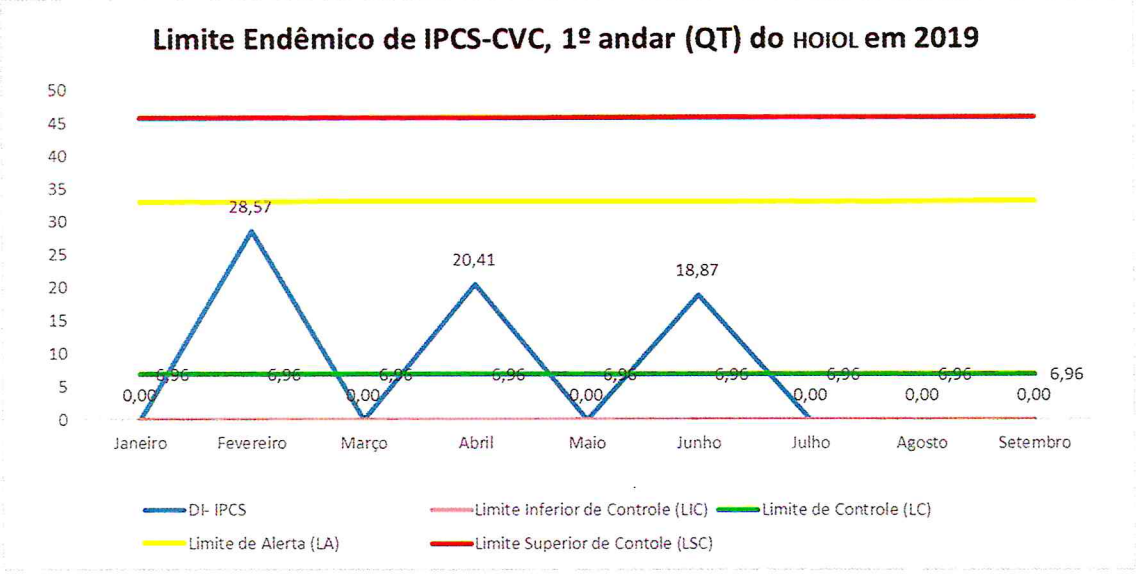
Período	Usuário/Dia	IRAS	Usuários IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	DI. IPCS-CVC	Taxa Utilização CVC	DI. ITU-SVD	Taxa Utilização SVD
Janeiro	306	1	1	56	0	3,27	0	16,99	0	0
Fevereiro	304	2	2	35	0	6,58	28,57	11,51	0	0
Março	288	0	0	30	0	0	0	10,42	0	0
Abril	327	1	1	49	6	3,06	20,41	14,98	0	**1,83**
Maio	374	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	264	1	1	25	0	3,79	**0**	9,47	0	**0**
Outubro										
Novembro										
Dezembro										

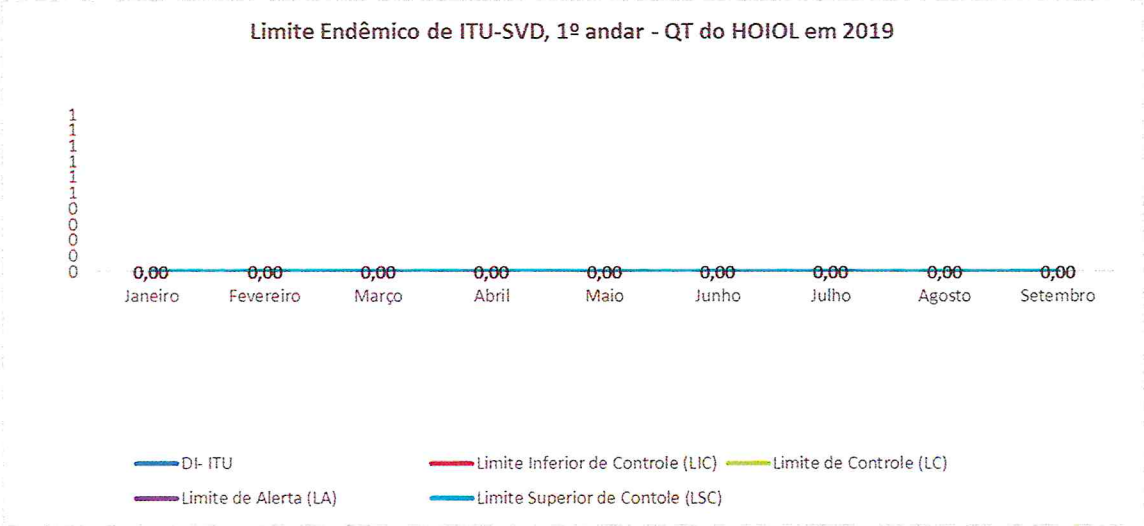


Viviani Andréia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Adriette Ribeiro
COREN PA

000055





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

Viviane Andreia Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

000056

Agosto	0	0	0	0	0	0	0
Setembro	0	0	0	0	1	0	0
Outubro							
Novembro							
Dezembro							

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

[2]1 infecção gastrointestinal (IGI)

Análise: Em setembro tivemos 1 notificação de IRAS no 1º andar na ala da quimioterapia, ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS pior que o mês anterior (0,00), sendo de 3,79 episódios por 1000 pacientes-dia; ficando acima do limite de controle, mas ainda abaixo dos limites de alerta e superior de controle, conforme podemos visualizar na curva endêmica de IRAS desta unidade disposta acima. Nao foram notificadas IRAS relacionadas à dispositivos invasivos e/ou feridas cirúrgicas nesta unidade e essa notificação de IRAS esteve relacionada à fatores clínicos do usuário, gravidade da doença de base, não sendo evidenciadas flalhas nas medidas de prevenção de IRAS. Serão mantidas as orientações de prevenção e controle de IRAS na unidade.

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

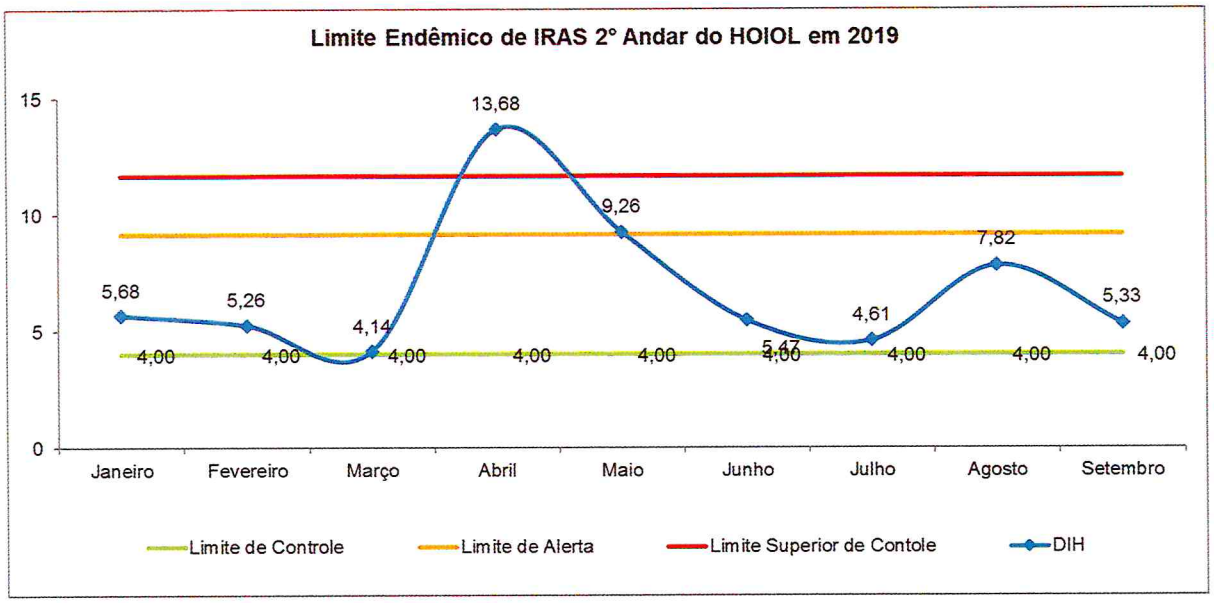
10.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (Infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central – IPCSCVC e Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical de demora - ITUSVD) no 2º andar

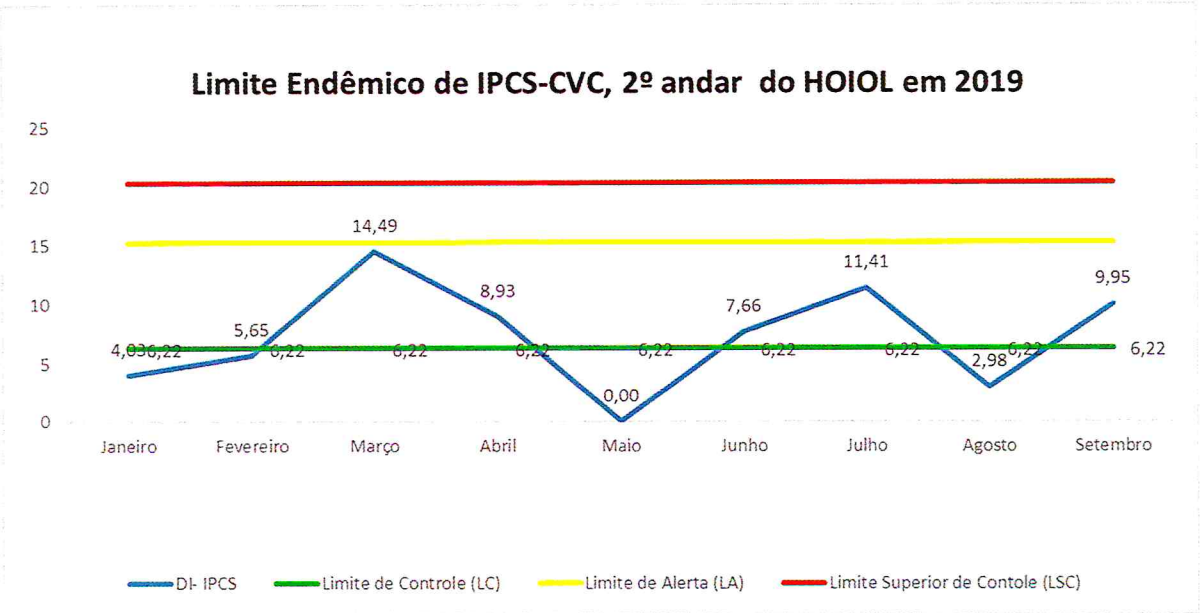
Período	Usuário/Dia	IRAS	Usuários IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	DI. IPCS-CVC	DI. ITU-SVD	Taxa Utilização CVC	Taxa Utilização SVD
Janeiro	704	4	4	248	55	5,68	4,03	0	35,23	7,81
Fevereiro	570	3	3	177	0	5,26	5,65	0	31,05	0
Março	483	2	2	138	10	4,14	14,49	0	28,57	2,07
Abril	658	9	8	224	11	13,68	8,93	0	34,04	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

Viviane Andréia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

000057

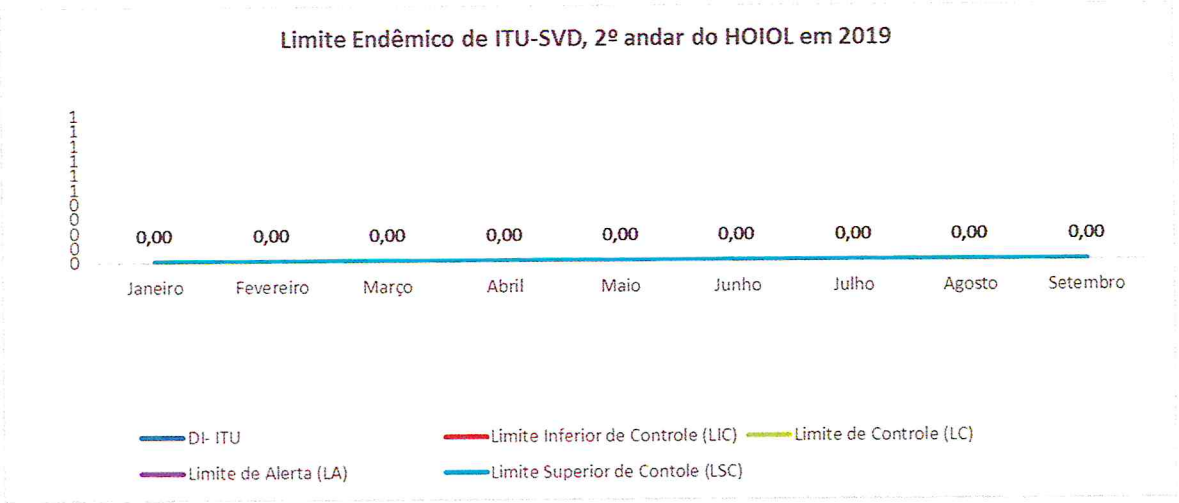
Agosto	767	6	6	336	31	7,82	2,98	0	43,81	4,04
Setembro	750	4	4	221	25	5,33	9,95	0	26,8	3,33
Outubro										
Novembro										
Dezembro										





Vivian Andréia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

000058



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	2	1	0	0	0	0	1[9]
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

Vivian Andréia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Adriana Galvão
COREN-PA 76.[illegible]-ENF
SCIH - HOIOL

000059

[9] 1 Infecção intraabdominal

Análise: Em setembro tivemos 4 notificações de IRAS no 2º andar, sendo 2 IPCSCVC, 1 IPCS mão CVC e 1 infecção intraabdominal; ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS em 5,33 episódios por 1000 pacientes-dia; melhor que o mês anterior (8,65), ficando acima do limite de controle, mas ainda abaixo do limite de alerta e superior de controle, conforme podemos visualizar na curva endêmica de IRAS desta unidade disposta acima. Quando avaliamos estes incidentes notificados, foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção de IRAS nas IPCSCVC, com relação a manutenção e inserção do dispositivo (EV 4847 e 4965); e ficando com a densidade de incidência de IPCSCVC desta unidade em 9,95 episódios por 1000 CVC-dia, acima do limite de controle, mas ainda abaixo dos limites de alerta e superior de controle, na sua respectiva curva endêmica relacionada disposta acima. E já nas notificações de IPCS não CVC e infecção intraabdominal, 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

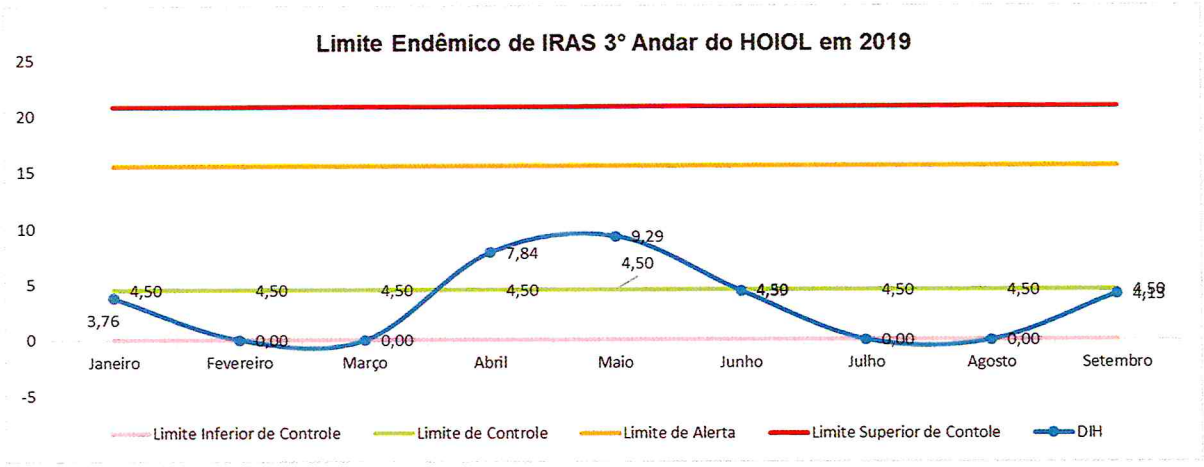
Período	Usuário/Dia	IRAS	Usuários IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	D. IPCS-CVC	D. ITU-SVD	Taxa Utilização CVC	Taxa Utilização SVD
Janeiro	266	1	1	45	2	3,76	0	0	16,92	0,75
Fevereiro	200	0	0	44	2	0	0	0	22,00	1,00
Março	199	0	0	45	0	0	0	0	22,61	0
Abril	255	2	2	68	0	7,84	0	0	26,67	0
Maio	323	3	3	106	0	9,29	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

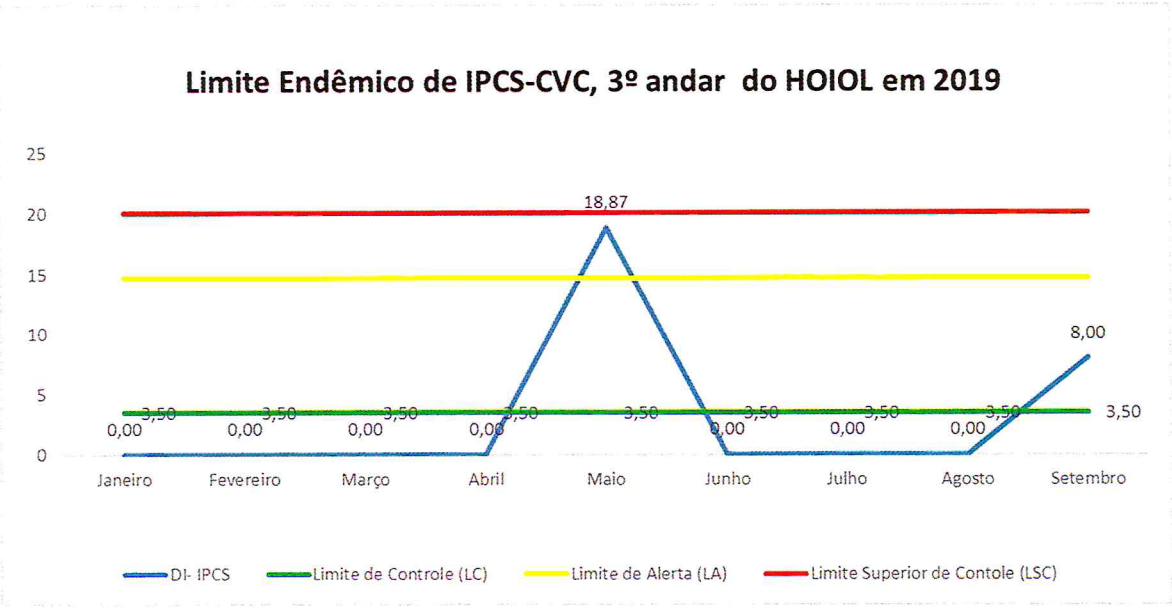
Viviane Andréia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

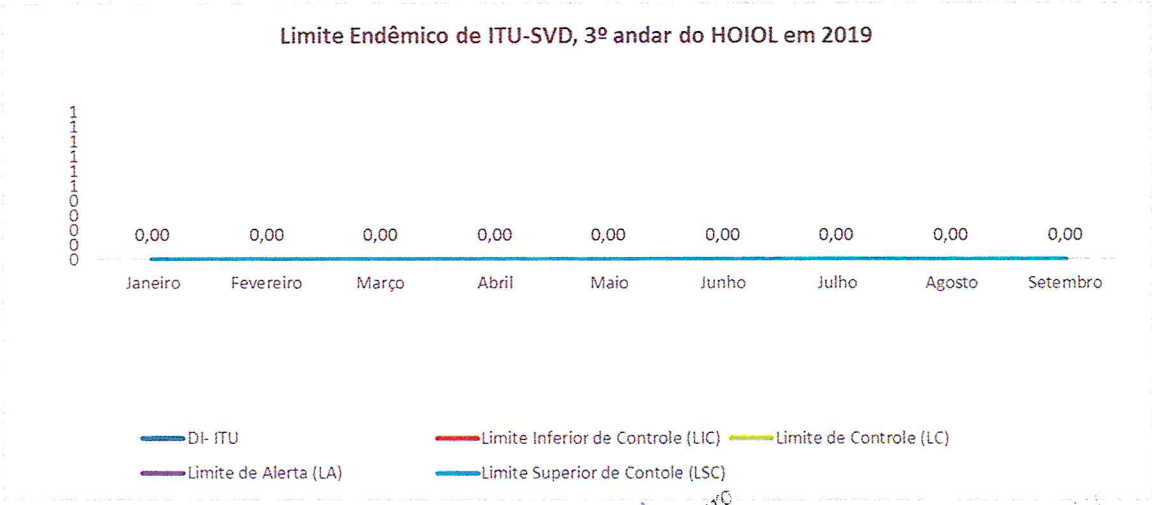
Adelino Ribeiro
COREN-PA 167.882-ENF
SCIH - HOIOL

000060

Setembro	242	1	1	**125**	**4**	4,13	**8**	**0**	**51,65**	**1,65**
Outubro										
Novembro										
Dezembro										







Viviane Pereira Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

000061

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	1	0	0	0	0	0	0
Outubro							
Novembro							
Dezembro							

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

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

Análise: Em setembro tivemos 1 notificação de IRAS no 3º andar, sendo 1 IPCSCVC, ficando com uma densidade de incidência geral de IRAS em 4,13 episódios por 1000 pacientes-dia; pior que o mês anterior (0,00), 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, foram evidenciadas falhas nas medidas de prevenção de IRAS na IPCSCVC, com relação a manutenção do dispositivo (EV 4971); e ficando com a densidade de incidência de IPCSCVC desta unidade em 8 episódios por 1000 CVC-dia, acima do limite de controle, mas ainda abaixo dos limites de alerta e superior de controle, na sua respectiva curva endêmica relacionada disposta acima.

Viviane Pereira Leisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

000062

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

Belém-PA, 03 de outubro de 2019

4.3- Relatório do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE

3 Atividades desenvolvidas:

Reunião mensal do NHE ocorrida em 26/09/2019.

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 setembro não ocorreu nenhuma notificação de exposição material biológico.

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

Neste mês de setembro houve 2 notificações de doenças de notificação compulsória, sendo uma tuberculose e 1 toxoplasmose.

Viviane Andréia Lesses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Poliane Peres Rodrigues
COREN-PA-489.840-ENF
SCIH

000072

Dra. Débora Oliveira Onuma

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

Poliane Peres Rodrigues
COREN-PA-489.840-ENF
SCIH

Poliane Peres Rodrigues
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Vice Presidente da Comissão

Viviane Andreia Lesses
Gerente 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, 03 de outubro de 2019

4.4- Incidência de Extravasamento de Drogas Antineoplásica

RELATÓRIO MENSAL DE EXTRAVASAMENTO

Competência: Setembro

Analisado por:

Gerência de Enf. Lorena Portal

Coord. Enf. Quimioterapia Arielle Lima

Belém/ Pá

2019

000077

RELATÓRIO MENSAL
EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPICOS - SETEMBRO

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.

O avanço terapêutico obtido no tratamento de crianças com leucemia linfoide aguda (LLA) nos últimos 50 anos resultou em taxas de cura em torno de 80%, culminando em um aumento impactante no número de sobreviventes.

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 que são aplicados via acesso venoso periférico, usam geralmente 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.

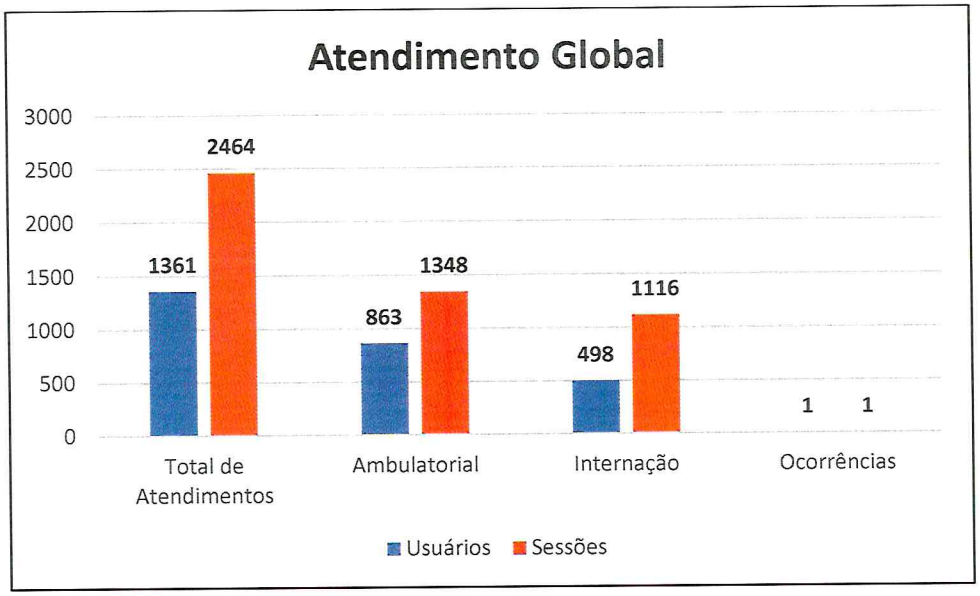
No que se refere à incidência do extravasamento de drogas antineoplásicas em pacientes oncológicos pediátricos submetidos à quimioterapia, a literatura internacional aponta taxas que variam de 0,5% a 6,0%.

Assim ao realizar a análise do indicador referente ao período de 01 a 30 de setembro identifica-se que foram atendidos 1.361 usuários na instituição que realizaram 2.464 sessões de quimioterapia, sendo destes 863 em unidade ambulatorial realizando 1.348 sessões e 498 usuários em unidade de internação realizando 1.116 sessões que somam primeiro, segundo e terceiro e unidade de terapia intensiva. No período houve 01 ocorrência de evento relacionado a citostático com o medicamento etoposide e as medidas foram aplicadas de forma imediata pela equipe assistencial.

O cálculo da taxa de extravasamento é feito com base na seguinte fórmula: número de extravasamento de droga antineoplásica X 100 dividido pelo número de infusões de droga antineoplásicas.

008078

Os dados são gerados através eventos notificados pela equipe sendo eles 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 0,04% no total de atendimentos, mantendo-se dentro dos padrões descritos na literatura, porém sempre classificado como evento esperado não desejado dentro dos riscos que envolvem a terapia antineoplásica quando realizada em acesso periférico.

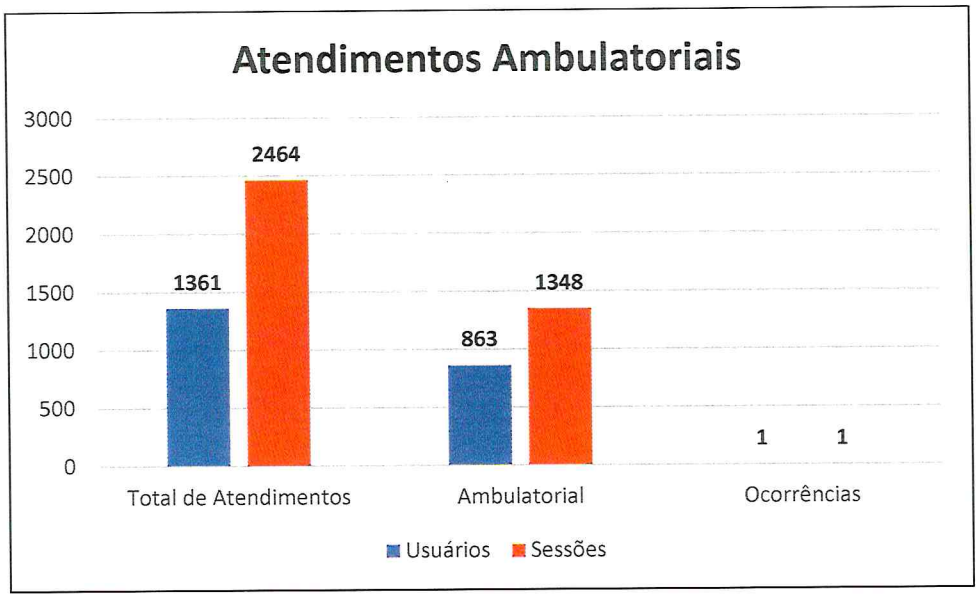


Ao se realizar levantamento da unidade ambulatorial identifica-se a ocorrência de um evento, sendo o mesmo foi tratado pontualmente com a adolescente e sua genitora, a usuária em questão apresenta fragilidade capilar intensa durante a realização dos protocolos propostos, porém há recusa por parte da responsável em ser autorizado implante de dispositivo venoso central totalmente implantado.

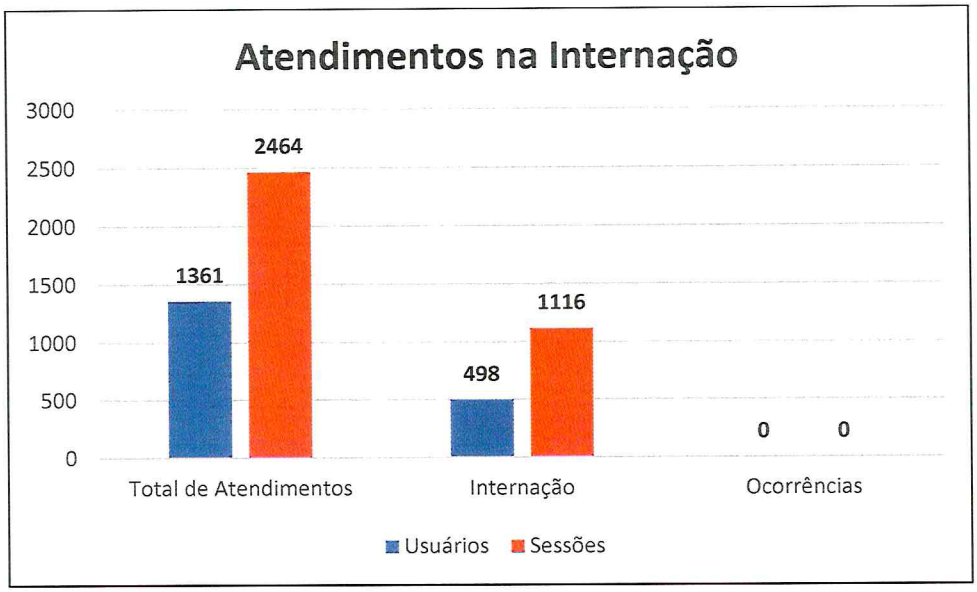
Cabe assaltar que na unidade ambulatorial é reduzido a ocorrência deste evento por se ter um período maior de pausa entre as administrações de quimioterapia antineoplásica e maior tempo para recuperação dos vasos periféricos.

Desta forma a incidência de eventos ocorridos na unidade ambulatorial no período de 01 a 30 de setembro totaliza em 0,75%.

000079



Ao se realizar a análise das unidades de internação identificou-se a inexistência de eventos relacionados a extravasamento de drogas antineoplásicas. Assim um resultado que totaliza 0,0% de ocorrência na unidade de internação.



Medidas preventivas são empregadas diariamente e a cada infusão realizada, com o objetivo de minimizar danos a rede venosa periférica de nossos usuários e como garantia da manutenção do tratamento no que concerne a perspectiva do acesso venoso.

Arielle Lima dos Santos
Coord. de Enfermagem
COREN - PA - 147.037 - ENF
HOIOL / Pró - Saúde

Enfª Arielle Lima dos Santos

Coordenação de Enfermagem – Quimioterapia

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

Enfª Lorena de Castro Portal

Gerente de Enfermagem - HOIOL

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.

Viviane Andreia Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

Karla Emanuelle Silva Lu
Coordenadora Administrati
COREN-PA-112474-

3. Plano de ação

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

- Reunião ordinária da CRP dia 11/09/2019, conforme cronograma anual.
- Realização de auditoria qualitativa dos prontuários da competência pelos membros da CRP, com análise compartilhada, discussão das não conformidades e identificação de oportunidades de melhoria.
- Apresentação e avaliação dos relatórios de não conformidades quantitativas nas reuniões da CRP para ciência de todos.
- Expressiva diminuição das não conformidades geradas pela equipe de Enfermagem, reflexo do treinamento de escala de deterioração clínica e registro de prontuários realizado em parceria com a Comissão de Ética (inter comissão) nas datas de 24/07/2019 à 12/08/2019.
- Versionamento do formulário de passagem de plantão pela Gerência Assistencial, visto que o mesmo não acompanhou a evolução da assistência prestada com o modelo horizontal (enfermeiras hospitalistas).
- Consolidação da auditoria de prontuários de quimioterapia ambulatorial.
- Programada nova orientação para equipe assistencial quanto o registro do número do prontuário nas evoluções dos pacientes.
- Auditoria de Prontuários apresentou a CRP os resultados alcançados no processo de auditoria quantitativa e qualitativa e atividades afins durante o ano de 2019.
- Revisão de cadastros de profissionais da equipe multiprofissional no sistema Salux, devido geração de documentos com informações incompletas de registro de conselho de classe.
- Realização de treinamento para a equipe multiprofissional acerca da qualidade das evoluções e descrição de metas e condutas.
- Finalização do documento eletrônico (E-DOC) de triagem do Serviço Social. E-DOC da Enfermagem/Ambulatório em andamento.
- Habilitação da função GED no cadastro de usuários no Salux, possibilitando o arquivamento de todos os documentos obrigatórios escaneados.

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

4. Resultados

Em setembro de 2019, registramos 117 altas – 108 altas melhoradas e 09 óbitos. Auditamos 100% dos prontuários quantitativamente. Destes, a CRP auditou 10% qualitativamente (12 prontuários), apresentando 94% de taxa de conformidade em prontuário – 08 classificados como ÓTIMO e 04 como BOM, considerando-se os 11 itens de verificação definidos em contrato. Abaixo os itens que apresentaram variação de média e respectiva quantidade de prontuários com desvio:

- 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 – 01 prontuário.

O indicador qualitativo Taxa de Conformidade de Preenchimento de Prontuários tem como objetivo identificar a conformidade no preenchimento dos prontuários, melhorar o preenchimento e prevenir problemas jurídicos oriundos da falta de documentos. Tem como definição a relação percentual entre o número de requisitos em conformidade no checklist da análise de prontuário da CRP e número total de requisitos auditados no período x 100.

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 apresenta correlação com o indicador do NQSP: Taxa de Adesão ao Protocolo de Identificação do Paciente que também tem resultado positivo, bem como influencia positivamente a Taxa de Cumprimento de Metas Contratuais e Atendimento das Metas Contratuais Qualitativas, indicadores do Planejamento Estratégico do processo Contratos.

Nas reuniões mensais, a comissão analisa os resultados do indicador e define o plano de ações para melhoria dos processos e segurança da informação.

Viviane Andrea Lesser
Gerente Onci...

Karla Emanuelle Silva Luz
Coordenadora Administrativ...
COREN-PA-112474-E...

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO / PRÓ-SAÚDE	FORMULÁRIO - Comissão de Revisão de Prontuários (CRP)			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA / GOVERNO DO PARÁ
	Avaliação Qualitativa de Prontuário			
	Código: FO.HOIOL.CRP.001	Versão: 002	Página: 1/2	

Avaliador: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Mês / Ano: SETEMBRO / 2019

Nº de Ordem	Nº do Prontuário	Itens de Verificação												Qualidade
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total	
1	1083	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
2	2210	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
3	1263	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
4	2732	5	10	5	5	2	15	10	10	10	10	15	97	ÓTIMO
5	2401	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
6	2764	5	10	5	5	2	15	10	10	10	10	15	97	ÓTIMO
7	2620	5	10	5	5	5	15	10	10	10	2	15	92	ÓTIMO
8	2778	5	10	5	5	2	15	10	10	10	10	15	97	ÓTIMO
9	2490	2	10	5	5	5	15	10	10	2	10	15	89	BOM
10	2632	5	10	5	2	2	15	10	10	10	2	15	86	BOM
11	2475	5	10	5	5	2	15	5	2	10	10	15	84	BOM
12	2523	5	10	5	5	5	15	10	2	2	15	15	84	BOM

Vivian Andréa Lessa
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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

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 Incompleto	5 2
2. Evolução Multiprofissional	10	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	2	Realizada Realizado parcialmente Não Realizado	5 2 0
6. Prescrição Médica	15	Completo Incompleto Ausente	15 5 0
7. Letra	10	Legível legível em parte Ilegível	10 5 0
8. Assinatura e Carimbo do Médico	9	Realizada Realizado parcialmente Não Realizado	10 2 0
9. Plano Assistencial de Enfermagem	10	Completo Incompleto Ausente	10 2 0
10. Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional	9	Realizada Realizado parcialmente Não Realizado	10 2 0
11. Resumo de Alta	13	Realizada Realizado parcialmente Não Realizado	15 5 0

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

Gerente Geral

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

Vivian Cristina Lisses
Gerente Qualidade
HOIOL / Pró Saúde

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

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

Karla Emanuelle Silva Luz
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Coordenadora Administrativa – Auditoria de Prontuários / Membro da CRP

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

000095

HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO | PRÓ-SAÚDE | SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA | GOVERNO DO PARÁ

Ofício DG-HOIOL n° 689/2019 **Belém, 16 de setembro de 2019**

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

A/C: Coordenador(a) GTCAGHMR/SESPA

Assunto: Entrega de Prestação de Contas - Faturamento-Competência 08-2019.

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 08-2019 (Apresentação 09-2019).

- **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

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

Jackson S. Machado
HOIOL / PRÓ-SAÚDE
Super Faturamento / SSF

PROTOCOLO
EM 16/09/19

MS-DATASUS
VERSÃO: **16.50**

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL ONCOLOGICO INFATIL OCTAVIO LOBO
PROTOCOLO DE REMESSA
APRESENTAÇÃO**09 / 2019**

DATA: 13/09/2019

CNES.....:787190-2

ESFERA ADM.....:PÚBLICO

CPF DIR. CLÍNICO:293.785.592-04

TELEFONE.....:32493155

N° LOTE	QUANTIDADE	ESPECIALIDADE
00000001	159	07-PEDIATRICOS

Total QTD: 159

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 / PRÓ-SAÚDE
Super Faturamento / SSP

Ayrton S. Machado
HOIOL / PRÓ-SAÚDE
Super Faturamento / SSP

000101

4.7- Comissão de Ética de Enfermagem