

**21. RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**



# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO 32/2020 REF.: SETEMBRO/2021



## Unidade de Pronto Atendimento da Zona Leste

Relatório de Gestão dos serviços assistenciais prestados na Unidade de Pronto Atendimento da Zona Leste de Santos, no Município de Santos - SP, pela Pró-Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

## RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO 32/2020 – REF.: SETEMBRO/2021

### UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA ZONA LESTE

#### Identificação das partes

**CONTRATANTE:** PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

**PREFEITO:** Rogério Santos

**SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE:** Adriano Catapreta Lugon Ribeiro

**UNIDADE:** Unidade de Pronto Atendimento da Zona Leste de Santos

**CNPJ:** 24.232.886/0001-67 (provisório) ocupado em fase inicial de implantação até 31/05/2020. Migrado para CNPJ definitivo 24.232.886/0180-23 em 01 de junho de 2020

**ENDEREÇO:** Praça Visconde de Ouro Preto s/nº, Bairro Estuário, Santos - SP

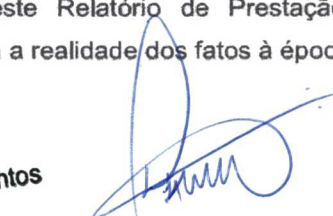
**DIRETOR ADMINISTRATIVO:** Gilmar Santos Oliveira

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).



**GILMAR SANTOS OLIVEIRA**  
DIRETOR ADMINISTRATIVO

Gilmar Oliveira  
Diretor Hospitalar  
Upa Zona Leste - Santos



**CASTORINO MARCONDES C. NETO**  
CONTADOR

Castorino M. Carvalho Neto  
Contabilidade - CRC - 1SP132.47710-4  
UPA ZONA LESTE - SANTOS

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



## SUMÁRIO

1.Introdução.....	4
2.Metas contratuais .....	4
2.1.Indicadores de Desempenho Qualitativos .....	5
2.2.Indicadores de Desempenho Quantitativos.....	8
3.Censo de Origem dos Usuários.....	9
4.Anexos .....	10

## 1. Introdução

A PRÓ-SAÚDE - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, entidade sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social vem através deste Relatório, demonstrar os resultados do mês de setembro de 2021, referente ao contrato de gestão nº 32/2020 celebrado junto à PREFEITURA DE SANTOS, tendo como o **OBJETO DO CONTRATO O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA ZONA LESTE.**

Este Relatório tem como objetivo demonstrar a atuação da Pró-Saúde no desenvolvimento de suas atividades, visando à melhoria contínua da qualidade da assistência prestada, a satisfação da população assistida e o alcance das metas contratuais.

A UPA Zona Leste foi concebida como equipamento fixo estruturado para composição da rede de urgência e emergência de Santos. Equipamento estrategicamente instalado e concebido como obra definitiva em substituição a equipamento provisório e se encontra em conformidade com as diretrizes das Políticas Nacionais de Urgência e Emergência, atendendo ao disposto nas Portarias Ministeriais; nº 1.600, de 07 de julho de 2011, nº342 de 04/03/2013, nº 104 de 15/04/2014 e nº10 de 03/01/2017, caracteriza-se como uma estrutura de Porte III, implementada com o objetivo de superar as limitações no acesso aos serviços de urgência e fortalecer a respectiva Rede de Atenção às Urgências garantindo atendimento oportuno e qualificado.

## 2. Metas contratuais

Foi publicada no Município de Santos / SP a Lei Municipal nº 2.947, de 17 de dezembro de 2013, alterada pela Lei Municipal nº 3.078, de 12 de dezembro de 2014 e no Decreto Municipal nº 6.749, de 10 de abril de 2014, alterado pelo Decreto Municipal nº 7.044, de 11 de fevereiro de 2015, para a seleção de Organização Social, visando à celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços **DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA ZONA LESTE – UPA ZL**, da Secretaria Municipal de Saúde, conforme especificações constantes no Edital de chamamento Público nº 002/2019 ao qual se aplica também a Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, sendo o referido edital o 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 de 32/2020 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 de um time capaz de vencer os desafios propostos e alcançar as metas estabelecidas.

\*Anexado Levantamento de Necessidade de Treinamento onde constam as atividades programadas para o período e listas de presença.

**Análise crítica:** Meta atingida em 100%, realizado o total das capacitações planejadas.

**Indicador 05 – Integração com Complexo Regulador (Anexo IV)**

Ação	Descritivo	Meta	Setembro
Integração com o Complexo Regulador	Realizar reunião mensal com o Departamento de Regulação Municipal para pacuações e alinhamentos	Manter reunião mensal	27/set

**Setembro:** Reunião realizada em 27/09/2021.

**Análise crítica:** Meta atingida em 100%, reunião realizada junto ao Dereg.

**Indicador 06 – Comissão de Avaliação de Prontuários (Anexo I)**

Ação	Descritivo	Meta	Setembro
Melhorar a qualidade da informação constante no prontuário	Manter 100% das prescrições médicas checadas pela enfermagem na sala de emergência	100%	100%
Ação	Descritivo	Meta	Setembro
Melhorar a qualidade da informação constante no prontuário	Realizar evolução e/ou prescrição de enfermagem nos pacientes em observação	100%	100%

**Setembro:** Durante o mês de setembro/2021, foram analisados 356 prontuários pela Comissão de Prontuários, onde observamos:

**Sala de Emergência:** Mantivemos a meta de 100% de conformidade (175 prontuários analisados) referente a checagem das prescrições médicas pela enfermagem.

**Observação Adulto:** Mantivemos a meta de 100% de conformidade (181 prontuários analisados) referente as evoluções de enfermagem e/ou checagem da prescrição de enfermagem.

**Indicador 07 – Protocolos Clínicos (Anexo V)**

Ação	Descritivo	Meta	Setembro
Protocolos Clínicos	Criar e monitorar os protocolos clínicos devidamente pactuados com o Departamento de Regulação Municipal	Avaliar 100% dos protocolos programados para o período	100%

**Protocolos Implantados**

Dentre os protocolos implantados, destacamos os que são definidos pelo município, os obrigatórios por lei e os internos para fluxo da emergência:

Protocolo Municipal Fluxo Ortopedia
Protocolo Municipal Fluxo Oftalmologia
Protocolo Municipal Fluxo AVC



Protocolo Municipal Fluxo SAMU
Protocolo Municipal Fluxo COVID-19

Protocolos de Segurança do Paciente:

Protocolo Segurança do Paciente Identificação do Paciente
Protocolo Segurança do Paciente Higiene das Mãos
Protocolo Segurança do Paciente Prescrição, Uso Seguro e Administração de Medicamentos
Protocolo de Segurança do Paciente Segurança na Comunicação Entre os Profissionais de saúde
Protocolo Segurança do Paciente Prevenção de Lesão por Pressão
Protocolo Segurança do Paciente Prevenção de Queda

Protocolos Clínicos Internos da UPA Zona Leste:

Protocolo de Tratamento para Sepses
Protocolo de Dor Torácica
Protocolo Atendimento a Parada Cardiorrespiratória
Protocolo de Acidente Vascular Encefálico

#### **Indicador 08 – Comissões Técnicas (Anexo I)**

Ação	Descritivo	Meta	Setembro
Comissões Técnicas	Implantar as atividades propostas para o exercício, visando qualidade e segurança.	Executar 100% das atividades propostas.	100%

Comissão do Controle de Infecção Hospitalar: realizada em 30/09/2021;

Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos: realizada em 28/09/2021;

Comissão de Prontuários: realizada em 30/09/2021;

Comissão de Humanização: realizada em 30/09/2021;

Comissão de Ética de Enfermagem: realizada em 29/09/2021;

Comissão de PGRSS: realizada em 27/09/2021;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA: realizada em 29/09/2021;

Comissão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente: realizada em 30/09/2021;

Comissão de Farmácia Terapêutica e Padronização: realizada em 27/09/2021;

Comissão de Perfurocortante: realizada em 27/09/2021;

Comissão de Ética Médica: realizada em 24/09/2021.

**Análise crítica:** Realizadas reuniões das comissões técnicas conforme cronograma/mês, de maneira a garantir a qualidade do serviço.

## **2.2. Indicadores de Desempenho Quantitativos**

#### **Indicador 01 – Consultas Médicas (pediatria, clínica médica, ortopedia e odontologia)**

Ação	Meta	Setembro
Disponibilizar consultas médicas de pediatria, clínica médica, ortopedia e odontologia até o limite teto físico de 15.000 consultas/mês	Clinica Médica	7417
	Pediatria	899
	Ortopedia	341
	Odontologia	259
<b>Total</b>		<b>8916</b>



### Indicador 02 – Exames Diagnósticos

Ação	Meta		Setembro
Disponibilizar exames laboratoriais, raio-x, e eletrocariograma aos pacientes atendidos, até o teto físico de 12.000 procedimentos/mês	Ofertar 100% da capacidade operacional de exames de diagnósticos pactuados	Laboratório	9554
		Raio-X	1795
		Elecardiograma	358
<b>Total</b>			<b>11707</b>

### Indicador 03 – Exames de Ultrassonografia

Ação	Meta		Setembro
Disponibilizar exames de ultrassonografia de urgência e emergência 24 horas na Unidade	Ofertar 100% da capacidade operacional de exames de ultrassonografia	Ultrassonografia	46
		<b>Total</b>	<b>46</b>

### Indicador 04 – Procedimentos ambulatoriais

Ação	Meta		Setembro
Disponibilizar procedimentos de curativo, sutura, inalação e imobilização aos pacientes atendidos até o teto físico de 2.700 procedimentos/mês	Ofertar 100% da capacidade operacional nas 24 horas na realização dos procedimentos curativo, sutura, inalação e imobilização.	Curativo	98
		Sutura	40
		Inalação	120
		Imobilização	149
<b>Total</b>			<b>407</b>

### Indicador 05 – Classificação de Risco

Ação	Meta	Setembro	
Implantar o monitoramento gerencial de tempo de espera por consulta médica após acolhimento na classificação de risco, extratificando o número de todos os atendimentos realizados e a origem do paciente	<b>Vermelho</b> 00:00:00	00:00:00	
	<b>Amarelo</b> 00:30:00	00:22:08	
	<b>Verde</b> 02:00:00	00:35:09	
	<b>Azul</b> 04:00:00	00:42:10	
<b>Total</b>			
Ação	Meta	Setembro	
Implantar o monitoramento gerencial de tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco	Tempo entre a chegada na UPA e o início da classificação de risco em até 10 minutos	00:10:00	00:09:18

## 3. Censo de Origem dos Usuários

### Setembro

CIDADE	CIDADE POR ESPECIALIDADE										POR CLASSIFICAÇÃO				
	CLÍNICA MÉDICA		ORTOPEDIA		PEDIATRIA		ODONTOLOGIA		ENFERMAGEM		TOTAL POR CIDADE				
Santos	6777	92%	308	90%	865	96%	239	92%	78	100%	8265	0,9269	VERMELHA	102	1,14%
São Vicente	287	4%	16	5%	19	2%	15	6%	0	0	337	0,0378	AMARELA	1002	11,24%
Cubatão	59	1%	5	1%	0	0,2%	1	0%	0	0	65	0,0073	VERDE	3264	36,81%
Praia Grande	56	1%	4	1%	3	0,3%	0	0%	0	0	63	0,0071	AZUL	2925	32,81%
Guarujá	101	1%	6	2%	8	1%	4	2%	0	0	119	0,0133	* não classificado	1623	18,20%
Outros	59	1%	4	1%	4	0,5%	0	0%	0	0	67	0,0075	Total Geral	8916	100%
Total por Especialidade	7339	100%	341	100%	899	100%	259	100%	78	100%	8916	100%			

\* Pacientes de CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), odontológicos, somente SADT(RX), somente medicação ou evadiram-se



# **ANEXO V**

## **Monitoramento dos Protocolos Clínicos**

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO MÊS SETEMBRO/2021**

<b>Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (S.C.I.H.)</b>			
<b>Relatório Mensal Indicadores de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde</b>			
<b>Mês: SETEMBRO/2021</b>			
<b>Taxa de IRAS Por Episódios de Infecções</b>	<b>N. de IRAS</b>	<b>Nº de Altas, Óbitos e Transferência</b>	<b>Taxa %</b>
Infecção Relacionada Assistência a Saúde	0	109	0,00%
Pacientes com Infecção Hospitalar	0	109	0,00%
Infecção de Corrente Sanguínea	0	109	0,00%
Infecção do trato urinário c/ cateter	0		#DIV/0!
Infecção do trato urinário s/cateter	0		#DIV/0!
Infecção Vascular	0		#DIV/0!
Partes moles	0		#DIV/0!
Pneumonia	0		#DIV/0!
Letalidade	0	109	0,00%
Mortalidade	19	109	17,43%
Definição: Relação percentual do número total de pacientes que desenvolveram Infecção Relacionada a Assistência a Saúde (IRAS ) com o número de altas, óbitos e transferência multiplicado por 100.			

TAXA UTILIZAÇÃO DISPOSITIVOS INVASIVOS

**CVD: 60%**

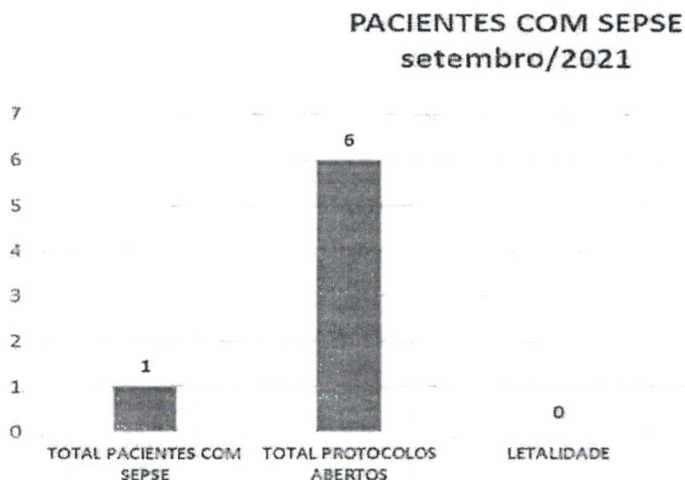
**CVC: 11%**

**IOT: 6%**

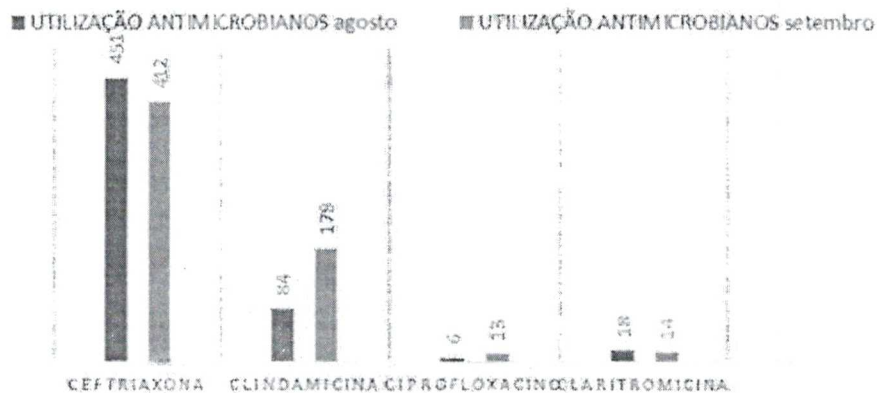


**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MENSAL**

Não houve infecção relacionada assistência a saúde no período.



**ANTIMICROBIANOS SETEMBRO**



- Ceftriaxona: (diminuição de 39 frascos)
- Clindamicina: (aumento 95 frascos)
- Ciprofloxacino: (aumento 7 frascos)
- Claritromicina: (redução 04 frascos)

## Relatório Epidemiológico setembro/2021

O Relatório foi elaborado com base nos dados levantados durante o período de 01 a 30 de setembro 2021.

Durante o período não houve Infecção Relacionada Assistência à Saúde, devido mudança no perfil de atendimento UPA, sendo evidenciado liberação de antimicrobiano compatível com infecções comunitárias, seguindo critérios de utilização de antimicrobianos não restritos.

Dispositivos invasivos utilizados: cateter vesical de demora: 34, taxa de utilização de conformidade 100% .Utilização de cateter venoso central: 06, taxa de conformidade 83%, não conformidade 17%.

Medidas de Controle, deverão ser mantidas pelas equipes com o base nos protocolos institucionais, com o propósito de garantir um atendimento seguro.

Lilian Morais da Cruz  
Enfermeira SCIH Coren: 198945

Lilian Morais da Cruz  
Enfermeira NOSP/SCIH  
COREN: 198945  
UPA ZONA LESTE - SANTOS



**RELATÓRIO INTERACT NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO  
PACIENTE – NQSP**

**SETEMBRO/2021**

**Incidência de queda de paciente**

Durante o período foi evidenciado 02 quedas. A taxa do indicador foi 7,93% dentre os 386 paciente com risco de queda na unidade.

No total de pacientes atendidos no período 01/09/2021 a 30/09/2021. Na unidade de Emergência 174 emergência e observação 212, pacientes apresentaram risco para queda.

O número total de atendimentos na unidade foi de 8916 em comparação ao mês anterior houve um aumento de 7 atendimentos.

Após análise dos indicadores assistências, observamos que dentre 386 pacientes com Risco para Queda, a média de idade está entre 65 a 90 anos.

**Plano estratégico de monitoramento e prevenção:**

- Manutenção de grades de cama/macac elevadas;
- Uso de cadeira de rodas durante o transporte do paciente;
- Aguardando reposição das longarinas.

**Taxa de Adesão da Higiene das Mãos**

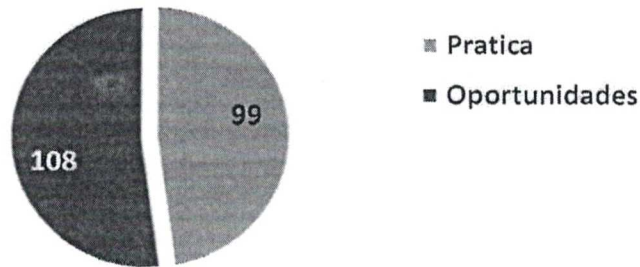
Os resultados foram obtidos através da análise dos Bundlle de Higienização das Mãos, evidenciado in loco que dentre oportunidades de higienização das mãos.

O indicador apresenta taxa de 92%, encontra-se acima da meta preconizada (70%). Em comparação ao mês anterior houve redução de 3%, sendo este justificado pela redução no quadro de colaboradores após a desmobilização da UTI Covid.

O consumo de álcool gel foi de 25.200 litros, houve redução de 600 ml em comparação ao mês anterior.

Consumo de sabonete líquido foi de 4.200 ml, houve redução 5 litros , em comparação ao mês anterior.

**Total de adesão a higienização das mãos (OMS)**  
Taxa de adesão: 92%



**Plano de ação:**

- Sensibilização in loco sobre a importância da Higienização das mãos;
- Auditoria de insumos e dispensadores de álcool gel e antisséptico para a higienização das mãos;
- Substituição de dispensers de álcool gel danificados.

**Densidade de Incidência de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde**

O Relatório foi elaborado com base nos dados levantados durante o período de 01 a 30 de setembro 2021.

Durante o período não houve Infecção Relacionada Assistência à Saúde, devido mudança no perfil de atendimento UPA, sendo evidenciado liberação de antimicrobiano compatível com infecções comunitárias, seguindo critérios de utilização de antimicrobianos não restritos.

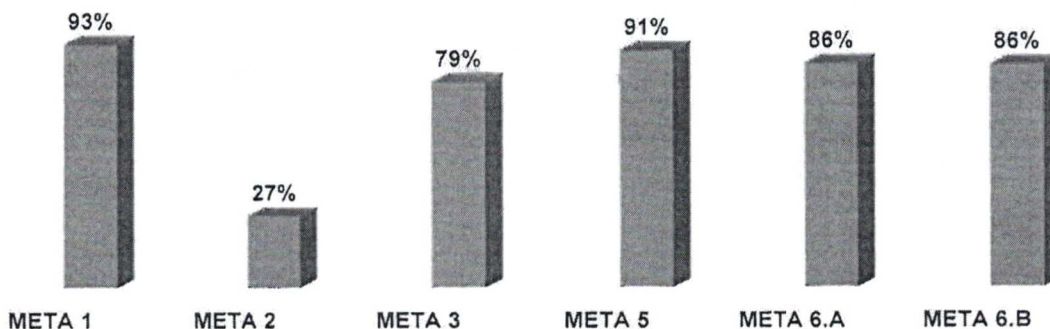
Dispositivos invasivos utilizados: cateter vesical de demora: 34, taxa de utilização de conformidade 100%. Utilização de cateter venoso central: 06, taxa de conformidade 83%, não conformidade 17%.

**Plano ação:**

- Orientação sobre a importância da higienização das mãos;
- Utilização adequadas dos EPIs (gorro e avental estéril);
- Monitoramento da inserção e manutenção dos cateteres (CVC/CVD).



**Conformidade na implantação dos protocolos de segurança do paciente**



LEGENDA:	
META 1	Identificação do Paciente
META 2	Comunicação Efetiva
META 3	Segurança na Prescrição, uso seguro e administração de medicamentos
META 5	Cuidado limpo e cuidado seguro - Higiene das mãos
META 6	Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão

CONFORMIDADE A IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SIM	NÃO	NA	TOTAL DE ITENS	% SIM
META 1	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	13	1	1	14	93%
META 2	COMUNICAÇÃO EFETIVA	3	8	0	11	27%
META 3	SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO SEGURO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	11	3	0	14	79%
META 5	CUIDADO LIMPO E CUIDADO SEGURO - HIGIENE DAS MÃOS	10	1	0	11	91%
META 6.A	REDUZIR O RISCO DE QUEDAS	12	2	0	14	86%
META 6.B	REDUZIR O RISCO DE LESÃO DE PELE	12	2	0	14	86%
TOTAL DE ITENS		61	17	1	78	77%

O indicador de conformidade da implantação dos protocolos de segurança apresenta taxa de 77%, de respostas positivas do Check List de conformidades na implantação dos protocolos, mantendo-se abaixo da meta preconizada de 80%.

**Meta 1** - identificação do paciente apresentando taxa de 93% de implantação.

O Protocolo apresenta os seguintes itens de **não conformidades**:

- 1- Falha na identificação do tubo de coleta de exame laboratorial.

**Plano de ação:**

Reforçado junto às equipes sobre a importância da identificação correta dos tubos, conforme protocolo institucional;

Reunião com responsáveis pelo laboratório para alinhamento.

**Meta 2: Comunicação efetiva: apresentando taxa de 27% de implantação.**

Protocolo elaborado, aguardando agendamento de capacitação.

O Protocolo apresenta os seguintes itens **não concluídos**:

- Evidência de prescrição médica manual.

**Plano de ação:**

- Orientação ao diretor técnico e coordenador médico, intensificarem junto às equipes sobre a importância da prescrição médica no sistema MV.

**Meta 3: Protocolo de Segurança na Prescrição, uso seguro e administração de medicamentos, apresentando taxa de 79% de implantação.**

O Protocolo apresenta os seguintes itens não concluídos: erro de administração (paciente não recebeu a medicação com infusão contínua, falta de aprazamento).

**Plano de ação:**

- Coordenado Médico Drº Marcos, ficaram responsáveis em orientar à equipe médica sobre a importância da prescrição, e utilização do sistema MV;
- Reunião e orientação as equipes de enfermagem sobre erro de administração de medicação;
- Programação de treinamento dos 13 certos com NEP.

**Meta 5: Cuidado limpo é cuidado seguro - Higiene das mãos**

O indicador apresenta taxa de 92% de implantação.

**Plano de ação:**

- Substituição dos dispensers danificados pelo setor de hotelaria;
- Treinamento in loco sobre a importância de higiene das mãos.



**Meta 6: Reduzir o risco de lesão por pressão.**

O indicador apresenta taxa de 86% de implantação.

Durante o período 218 pacientes, apresentaram risco para LPP;

Faixa etária de 65 a 90 anos.

**Plano de ação:**

- Monitoramento do protocolo;
- Mudança de decúbito 2/2hs para aliviar os pontos de pressão da pele, de acordo com o relógio de mudança de decúbito.
- Utilização de coxins para auxiliar na mudança de decúbito com intuito de estabelecer conforto e bem-estar ao paciente;
- Hidratação da pele com AGE/utilização de placa de hidrocoloide.

**6.1 Risco de Queda**

Durante o período foi evidenciado 02 quedas. A taxa do indicador foi 7,93% dentre os 386 paciente com risco de queda na unidade. Evidenciado queda da própria altura após administração de medicamentos.

No total de pacientes atendidos no período 01/09/2021 a 30/09/2021. Na unidade de Emergência 174 emergência e observação 212, pacientes apresentaram risco para queda.

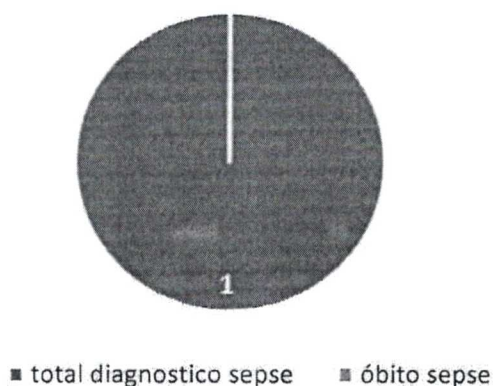
O indicador apresenta taxa de 86% de implantação, no período.

**Plano estratégico de monitoramento e prevenção:**

- Manutenção de grades de cama/macac elevadas;
- Uso de cadeira de rodas durante o transporte do paciente;
- Aguardando aquisição de longarinas, junto à Prefeitura e Diretoria.

### Taxa de letalidade por sepse

Taxa de letalidade por sepse 0 %



A taxa do indicador foi de 0 %, mantendo-se abaixo da meta preconizada de 46%, não houve óbito por sepse no período.

Os resultados foram obtidos através da análise dos indicadores de qualidade assistencial, observamos que 01 pacientes confirmaram diagnóstico de sepse através de exames laboratoriais, com lactato entre: (2,45).

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar disponibiliza os Protocolo de Sepse – PC.TRATAMENTO SEPSE.DT.001 / MT.ANTIMICROBIANOS .DT.001 às equipes e intensifica sobre a importância da abertura do Protocolo Sepse.

No total de 05 paciente elegíveis para abertura do protocolo sepse, 01 pacientes foi confirmado por diagnóstico de sepse, conforme critérios de exames laboratoriais. Taxa de letalidade de 0%.

Foi registrada abertura de 05 formulários do protocolo sepse durante o período.

#### **Plano estratégico:**

- Sensibilização do NEP junto às equipes assistenciais;
- Reforçado com o coordenador médico e gerência de assistencial sobre a importância da abertura do protocolo sepse com as equipes assistenciais.

## PROTOCOLOS GERENCIÁVEIS

- **AVC**

Total abertos: 19

84 de conformidade

16% não conformidade: Falta do preenchimento adequado como: sinais vitais.

- **Dor Torácica**

Total abertos: 10

70% Conformidade

Não conformidade 30%

Motivo: tempo ECG em até 10 minutos: tempo de abertura 58% dentro do tempo preconizado para ECG (em até 10 minutos) 42% excedeu o tempo.

- **Sepse**

Total abertos: 05

60% de conformidade;

Não conformidade 40%

Motivo: sem horário de coleta de exames/sem horário de antibiótico/sem avaliação médica: desfecho final.

### **Plano estratégico:**

- Intensificação do preenchimento adequado junto às equipes médica e enfermagem pelo NQSP;
- Treinamento das equipes médicas e enfermagem pelo NEP.

Lilian Moraes  
Enfermeira – SCIH/NQSP  
Enfermeira NQSP/SCIH  
COREN: 189345  
UPA ZONA LESTE - SANTOS