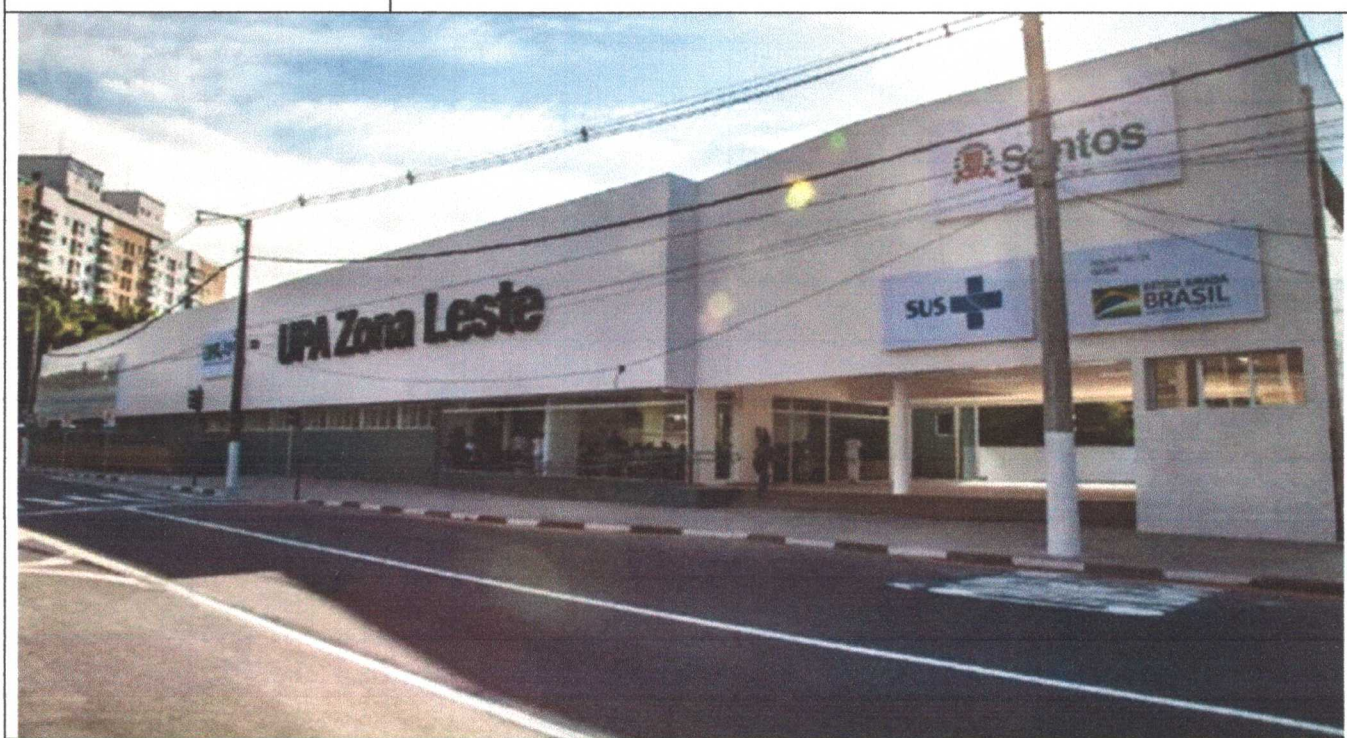
21. RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

PRÓ SAÚDE

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO 32/2020 - REF.: 11/2021



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.: 11/2021

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 Oliveira
Diretor Hospitalar
Upa Zona Leste / Santos

GILMAR SANTOS OLIVEIRA DIRETOR ADMINISTRATIVO

ANA PAULA FELIX RUTA
CONTADORA

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO 4
2.METAS CONTRATUAIS 4
2.1INDICADORES DE DESEMPENHO QUALITATIVOS 5
2.2INDICADORES 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 novembro 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 as 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.

Indicador 06 – Comissão de Avaliação e Revisão de Prontuários (Anexo I)

Ação	Descritivo	Meta	Novembro
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	Novembro
Melhorar a qualidade da informação constante no prontuário	Realizar evolução e/ou prescrição de enfermagem nos pacientes em observação	100%	100%

Durante o mês de novembro foram analisados 40 prontuários pela Comissão de Prontuários, onde observamos:

Sala de emergência: mantivemos a meta de 100% de conformidade (187 prontuários analisados) referente a checagem das prescrições médicas pela enfermagem.

Observação adulto: mantivemos a meta de 100% de conformidade (259 prontuários analisados) referente às evoluções de enfermagem e/ou checagem da prescrição de enfermagem.

Indicador 07 – Protocolos Clínicos (Anexo V)

Ação	Descritivo	Meta	Novembro
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 de Segurança do Paciente: Identificação do Paciente
Protocolo de Segurança do Paciente: Higienização das Mãos
Protocolo de Segurança do Paciente: Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos
Protocolo de Segurança do Paciente: Segurança na Comunicação Entre os Profissionais de Saúde
Protocolo de Segurança do Paciente: Prevenção de Lesão Por Pressão
Protocolo de Segurança do Paciente: Prevenção de Queda

Protocolos clínicos internos da UPA Zona Leste:

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

*Anexados relatórios de monitoramento dos protocolos realizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Indicador 08 – Comissões Técnicas (Anexo I)

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

Reuniões realizadas conforme abaixo:

Comissão do Controle de Infecção Hospitalar: 24/11/2021;

Comissão Avaliação e Revisão de Óbitos: 23/11/2021;

Comissão de Prontuários: 23/11/2021;

Comissão de Humanização: 29/11/2021;

Comissão de Ética de Enfermagem: 30/11/2021;

Comissão de PGRSS: 24/11/2021;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes: 30/11/2021;

Comissão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente: 24/11/2021;

Comissão de Farmácia Terapêutica e Padronização: 25/11/2021;

Comissão de Perfurocortante: 24/11/2021;

Comissão de Ética de Médica: 25/11/2021.

2.2 INDICADORES DE DESEMPENHO QUANTITATIVOS

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

Ação	Meta		Novembro
Disponibilizar consultas médicas de pediatria, clínica médica, ortopedia e odontologia até o limite teto físico de 15.000 consultas/mês	Ofertar 100% das consultas pactuadas nas especialidades de pediatria, ortopedia, clínica médica e odontologia	Clínica Médica	8236
		Pediatria	1022
		Ortopedia	425
		Odontologia	217
Total			**9900**

Indicador 02 – Exames Diagnósticos

Ação	Meta		Novembro
Disponibilizar exames laboratoriais, raio-x, e eletrocariograma aos pacientes atendidos, até o teto físico de	Ofertar 100% da capacidade operacional de exames de diagnósticos pactuados	Laboratório	9112
		Raio-X	1998
		Elecardiograma	253
Total			**11363**

ANEXO II

S.A.U.

ESTATÍSTICA DA UPA ZONA LESTE DE SANTOS
PERÍODO 01/11/2021 à 30/11/2021

Nº total de Atendimentos	Nº total de Questionários Aplicados	Tabela de classificação				
		Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizado	% total atendido
9900	170	538	380	37	60	1,72%

AVALIAÇÃO	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	NÃO UTILIZOU	TOTAL	% total de Respostas
RECEPÇÃO	104	75	3	0	182	100%
ATENDIMENTO MÉDICO	98	68	9	0	175	100%
ATENDIMENTO ENFERMAGEM	113	63	5	1	182	100%
ATENDIMENTO FARMÁCIA	55	45	2	53	155	100%
HIGIENE E LIMPEZA	92	64	8	2	166	100%
INSTALAÇÕES FÍSICAS	76	65	10	4	155	100%

TOTAL	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	NÃO UTILIZOU
RECEPÇÃO	57,14%	41,21%	1,65%	0,00%
ATENDIMENTO MÉDICO	56,00%	38,86%	5,14%	0,00%
ATENDIMENTO ENFERMAGEM	62,09%	34,62%	2,75%	0,55%
ATENDIMENTO FARMÁCIA	35,48%	29,03%	1,29%	34,19%
HIGIENE E LIMPEZA	55,42%	38,55%	4,82%	1,20%
INSTALAÇÕES FÍSICAS	49,03%	41,94%	6,45%	2,58%

= Índice global de satisfação do usuário			90,00%

Lilian Murais da Cruz
Enfermeira NQSP/SAU

Gilmar Oliveira
Diretor Hospitalar
Upa Zona Leste – Santos
DIRETOR ADMINISTRATIVO

ANEXO III

Núcleo de Educação Permanente

UPA 24h Zona Leste	Formulário					PRÓ-SAÚDE	
	LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO (LNT)						
MÊS	DATA	TREINAMENTO (TEMA)	COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS	FACILITADOR		PUBLICO	
				INTERNO	EXTERNO	CARGOS	Nº
NOVEMBRO	16/11/21	Protocolo uso racional de antimicrobianos/ Protocolo Segurança do Paciente.	Assegurar a utilização adequada dos antimicrobianos padronizados, de acordo com o protocolo institucional.	Lilian Morais		Equipe Médica.	50
	18/11/21	Notificação Compulsória	Notificação compulsória, e a sua importância.	Fabiana Orsi Bulo		Supervisor de enfermagem	
	19/11/21	Notificação Compulsória	Notificação compulsória, e a sua importância.	Fabiana Orsi Bulo		Supervisor de enfermagem	
	23/11/21	Controle de Estoque	Controle a entrada de mercadorias no Serviço de Nutrição, verificando o acondicionamento e data de validade.	Paula de Menezes		Copeiras	3
	24/11/21	Descarte Correto de Resíduos / Prevenção de Acidentes com materiais perfurocortantes.	Assegurar o descarte de resíduos de forma adequada de acordo com o protocolo de PGRSS.	Lilian Morais		Equipe Assistencial, Apoio,SHL.	150
		Limpeza Terminal, Concorrente e Carrinho	Técnicas como proceder.	Valéria Lopes		Higienização	12
		Controle de Estoque	Controle a entrada de mercadorias no Serviço de Nutrição, verificando o acondicionamento e data de validade.	Paula de Menezes		Copeiras	3
	25/11/21	Descarte Correto de Resíduos / Prevenção de Acidentes com materiais perfurocortantes.	Assegurar o descarte de resíduos de forma adequada de acordo com o protocolo de PGRSS.	Lilian Morais		Equipe Médica.	50
		Limpeza Terminal, Concorrente e Carrinho	Técnicas como proceder.	Valéria Lopes		Higienização	12
Ano elaboração/vigência: 10/021 21		Unidade/Serviço:				FO.NEP.005-00/001	
Ger/Coord/Sup:		Diretor da área:					

Gerson Macalinan
Diretor Administrativo
UPA ZONA LESTE - SANTOS

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

Legenda:
Consta em LNT

UPA 24h

FORMULÁRIO

CONTROLE DE TREINAMENTOS

Código: FO.UPAZLSANTOS.NEP.023 Versão: 00

PRÓ SAÚDE

DATA	CURSO / TREINAMENTO	COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS	MODELO	FACILITADOR		PÚBLICO		TEMPO	TEMPO TOTAL (HORAS)
				INTERNO	EXTERNO	CARGO	PARTICI-PANTES		
03/11/21	Rotinas/ Orientações	Vacinação Antirrábica no P.A Nova Cintra	Capacitação	Marcela Joga		Equipe assistencial	22	04:00	88:00:00
04/11/21	Rotinas/ Orientações	Reação vacinal	Capacitação	Rita Martins		Equipe assistencial	17	00:40	11:20:00
04/11/21	Rotinas/ Orientações	Oculos de Segurança	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe assistencial	14	00:05	01:10:00
04/11/21	Rotinas/ Orientações	Armazenamento óculos de segurança	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe assistencial	4	00:05	00:20:00
05/11/21	Rotinas/ Orientações	Oculos de Segurança	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe assistencial	8	00:05	00:40:00
05/11/21	Rotinas/ Orientações	Armazenamento óculos de segurança	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe assistencial	3	00:10:00	00:30:00
05/11/21	Rotinas/ Orientações	Gerenciamento de risco	Capacitação	Lilian Morais		Equipe administrativa	2	11:00:00	22:00:00
08/11/21	Rotinas/ Orientações	Gerenciamento de risco	Capacitação	Lilian Morais		Equipe administrativa	1	00:30:00	00:30:00
08/11/21	Rotinas/ Orientações	Gerenciamento de risco	Capacitação	Lilian Morais		Equipe administrativa	1	01:30:00	01:30:00
09/11/21	Rotinas/ Orientações	Gerenciamento de risco	Capacitação	Lilian Morais		Equipe administrativa	1	00:40:00	00:40:00
10/11/21	Integração	Higienização das mãos	Capacitação	Lilian Morais		Equipe administrativa	1	00:30:00	00:30:00
10/11/21	Integração	Integração a segurança do trabalho	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe administrativa	1	00:30:00	00:30:00
11/11/21	Integração	Sistema MV	Capacitação	Bruno Cardoso		Equipe assistencial	1	00:25:00	00:25:00
11/11/21	Integração	Higienização das mãos	Capacitação	Rita Martins		Equipe assistencial	1	00:40:00	00:40:00
11/11/21	Treinamento	Avaliação de Risco	Capacitação	Lilian Morais		Equipe assistencial	1	02:10:00	02:10:00
12/11/21	Rotinas/ Orientações	Planilha de ações RAG	Capacitação	Lilian Morais		Diretoria técnica	1	01:30:00	01:30:00
13/11/21	Rotinas/ Orientações	Regulação de pacientes	Capacitação	Ricielle Donato		Equipe NIR	4	01:00:00	04:00:00
16/11/21	Treinamento	Utilização adequada de antimicrobianos	Capacitação	Lilian Morais		Equipe médica	3	01:00:00	03:00:00
17/11/21	Integração	Atestados médicos	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe assistencial	1	00:15:00	00:15:00
18/11/21	Treinamento	Rotina de baixa de insumos	Capacitação	Rita Martins		Equipe assistencial	5	00:30:00	02:30:00
18/11/21	Treinamento	Assistência a pacientes	Capacitação	Rita Martins		Equipe assistencial	2	01:30:00	03:00:00
18/11/21	Treinamento	Notificação Compulsória	Capacitação	Rita Martins		Equipe administrativa	6	01:00:00	06:00:00
18/11/21	Rotinas/ Orientações	Orientações gerais	Capacitação	Sandra Colaço		Equipe assistencial	20	01:00:00	20:00:00
20/11/21	Treinamento	Baixa sistema MV	Capacitação	Lucas Domingues		Equipe assistencial	2	00:30:00	01:00:00
20/11/21	Rotinas/ Orientações	Controle de uso material	Capacitação	Rita Martins		Equipe assistencial	7	01:00:00	07:00:00
22/11/21	Rotinas/ Orientações	Fluxograma de acidente biológico e típico	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe médica	4	00:10:00	00:40:00
22/11/21	Rotinas/ Orientações	Manual de biossegurança	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe assistencial	14	00:15:00	03:30:00
23/11/21	Rotinas/ Orientações	Fluxograma de acidente biológico e típico	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe assistencial	14	00:15:00	03:30:00
23/11/21	Rotinas/ Orientações	Controle de estoque	Capacitação	Rita Martins		Equipe nutrição	2	01:00:00	02:00:00
24/11/21	Rotinas/ Orientações	Controle de estoque	Capacitação	Rita Martins		Equipe nutrição	2	01:00:00	02:00:00
24/11/21	Rotinas/ Orientações	Rotinas rouparia	Capacitação	Valeria Maimoni		Equipe higienização	2	00:25:00	00:50:00
24/11/21	Treinamento	Descarte correto de resíduos	Capacitação	Lilian Morais		Equipe assistencial	9	01:10:00	10:30:00
24/11/21	Treinamento	Limpeza terminal, concorrente e caminhos	Capacitação	Valeria Maimoni		Equipe higienização	2	00:40:00	01:20:00
25/11/21	Treinamento	Limpeza terminal, concorrente e caminhos	Capacitação	Valeria Maimoni		Equipe higienização	3	01:00:00	03:00:00
25/11/21	Treinamento	Descarte correto de resíduos	Capacitação	Lilian Morais		Equipe assistencial	11	00:50:00	09:10:00
25/11/21	Treinamento	Meta 3	Capacitação	Rita Martins		Equipe assistencial	5	00:45:00	03:45:00
25/11/21	Evento	SIPAT	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe UPA ZL	16	01:00:00	16:00:00
25/11/21	Evento	SIPAT	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe UPA ZL	22	01:30:00	33:00:00
26/11/21	Evento	SIPAT	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe UPA ZL	20	02:00:00	40:00:00
26/11/21	Evento	SIPAT	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe UPA ZL	7	01:15:00	08:45:00
26/11/21	Evento	SIPAT	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe UPA ZL	20	01:30:00	30:00:00
26/11/21	Evento	SIPAT	Capacitação	Aparecida Luiza		Equipe UPA ZL	31	00:30:00	15:30:00
26/11/21	Treinamento	Baixa de material ortopedia	Capacitação	Bárbara TI		Equipe assistencial	1	00:20:00	00:20:00
27/11/21	Treinamento	Baixa sistema MV	Capacitação	Bruno Cardoso		Equipe assistencial	2	02:30:00	05:00:00
29/11/21	Treinamento	Maratona de treinamentos	Capacitação	Rita Martins		Equipe administrativa	10	00:30:00	05:00:00
29/11/21	Rotinas/ orientações	Gerenciamento de Riscos	Capacitação	Lilian Morais		Equipe administrativa	1	01:15:00	01:15:00
30/11/21	Rotinas/ orientações	Gerenciamento de Riscos	Capacitação	Lilian Morais		Equipe administrativa	1	03:00:00	03:00:00
							TOTAL DE HORAS		377:15:00
							TOTAL DE CAPACITAÇÕES		47
							Nº TOTAL DE PARTICIPANTES		326

Rita de Cassia M. dos Santos
Enfermeira NEP.
Upa Zona Leste - Santos

Gilmar Oliveira
Diretor Hospitalar
Upa Zona Leste - Santos

ANEXO V

Monitoramento dos Protocolos Clínicos

RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE – NQSP

NOVEMBRO/2021

Incidência de queda de paciente

Durante o período foi evidenciado 01 queda, dentre os 384 pacientes com risco de queda na unidade.

No total de pacientes atendidos no período 01/11/2021 a 30/11/2021. Na unidade de Emergência 202 / observação 182 pacientes apresentaram risco para queda.

O número total de atendimentos na unidade foi de 9.900 em comparação ao mês anterior houve um aumento de 462 atendimentos.

Após análise dos indicadores assistências, observamos que dentre 384 pacientes com Risco para Queda, a média de idade está entre 68 a 92 anos.

Plano estratégico de monitoramento e prevenção:

- Manutenção de grades de cama/macas elevadas;
- Uso de cadeira de rodas durante o transporte do paciente;
- Acompanhamento do paciente após medicação.

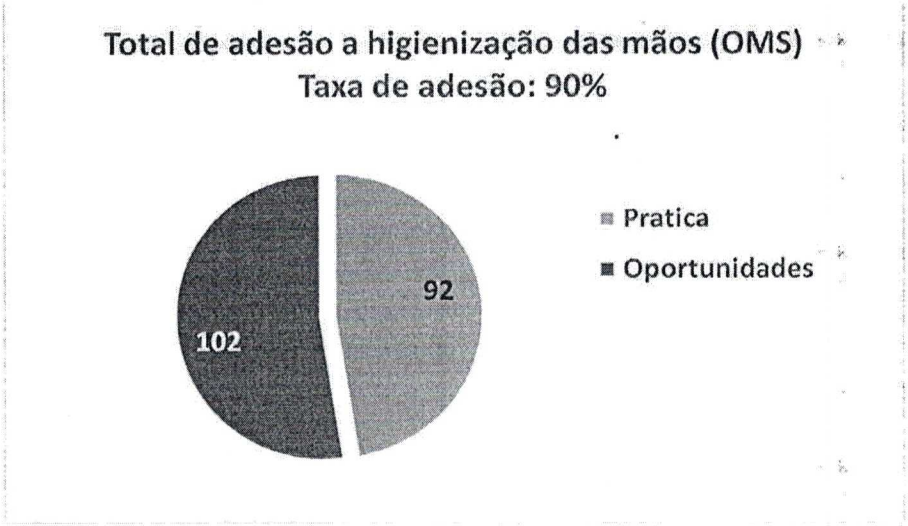
Taxa de Adesão da Higiene das Mãos

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 90%, encontra-se acima da meta preconizada (70%). Em comparação ao mês anterior houve redução de aumento de 5%, sendo este justificado pela redução de oportunidades de observações in loco, devido demanda setorial, redução quadro de colaboradores.

O consumo de álcool gel foi de 15.600 litros, houve redução de 4.400 litros em comparação ao mês anterior.

Consumo de sabonete líquido foi de 16.100 litros, houve aumento de 7.700 litros, em comparação ao mês anterior.



Plano de ação:

- Capacitação in loco sobre a importância da Higienização das mãos;
- Auditoria de insumos e dispensadores de álcool gel e antisséptico para a higienização das mãos;
- Solicitação para substituição dos dispensers da unidade de observação (aguardando setor de compras).

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 novembro 2021.

Durante o período não houve Infecção Relacionada Assistência à Saúde, sendo evidenciado liberação de antimicrobiano compatível com infecções comunitárias, seguindo critérios de utilização de antimicrobianos não restritos.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar adota medidas de controle e vigilância contínua das boas práticas, com utilização de indicadores de processos, através de *Bundle* que são monitorados pelos seguintes indicadores:

No total de 11 formulário de checklist boas práticas na inserção do cateter venoso central houve uma taxa de 100% de conformidade; sendo evidenciado melhoria nos processos de adesão as boas práticas. No total de 32 formulários de checklist boas práticas na inserção do cateter vesical de demora houve uma taxa de 100% de conformidade, permanecendo dentro da meta de adesão as boas práticas.

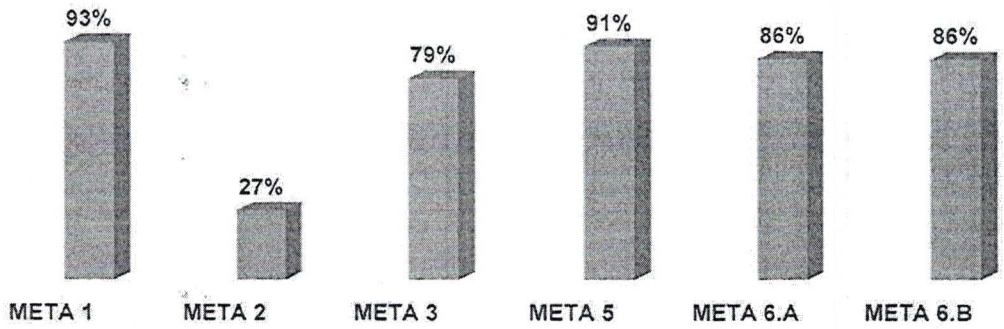
Taxa de utilização de dispositivos invasivos: **CVD:** 29%, houve aumento 6% em comparação ao mês anterior; **CVC:** 12% houve redução de 2% em comparação ao mês anterior; IOT: 10%, houve um aumento de 5% em comparação ao mês anterior.

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

Plano ação:

- 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 é 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;

Solicitação de compras de impressora de etiquetas na sala de coleta, alinhado com a diretoria;

Levantamento da possibilidade de laboratório local.

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

Falha de comunicação/passagem de plantão para agendamento AMBESP

Plano de ação:

Atualização do fluxo do ambesp (discutido em reunião da farmácia);

Aguardando liberação do fluxo atualizado para capacitação junto ao NEP.

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

Plano de ação:

- Coordenado Médico Drº Marcos, ficaram responsáveis em orientar à equipe médica sobre a importância da prescrição, e utilização do sistema MV;
- Realizado treinamento dos 13 certos pelo NEP;
- Disponibilizado nas unidades mapa colorido de medicamento de alta vigilância e nomes semelhantes.

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

O indicador apresenta taxa de 92% de implantação.

Plano de ação:

- Aguardando substituição dos dispensers danificados pelo setor de hotelaria (setor de compras);
- 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 189 pacientes, apresentaram risco para LPP;

Faixa etária de 68 a 92 anos.

Plano de ação:

- Mudança de decúbito 2/2hs para aliviar os pontos de pressão da pele, de acordo com o relógio de mudança de decúbito;

6.1 Risco de Queda

Durante o período foi evidenciado 01 queda, dentre os 384 pacientes com risco de queda na unidade.

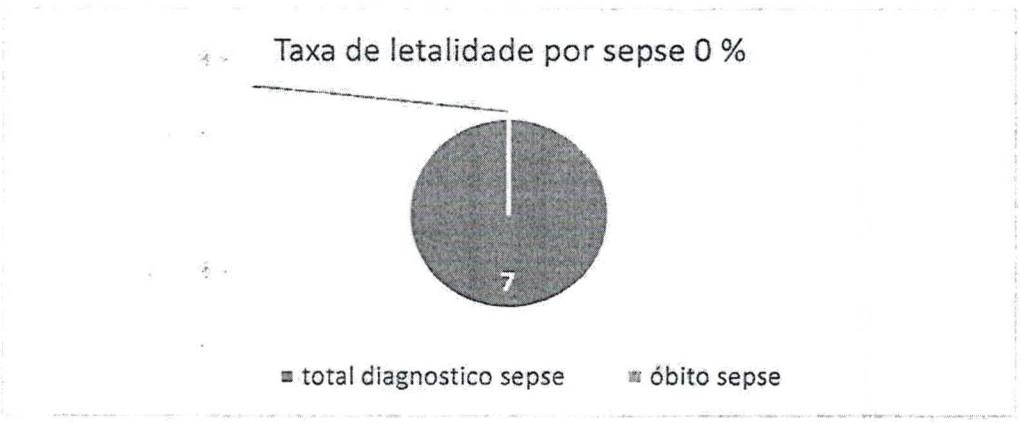
No total de pacientes atendidos no período 01/11/2021 a 30/11/2021. Na unidade de Emergência 202 / observação 182 pacientes apresentaram risco para queda.

Após análise dos indicadores assistências, observamos que dentre 384 pacientes com Risco para Queda, a média de idade está entre 68 a 92 anos.

Plano estratégico de monitoramento e prevenção:

- Manutenção de grades de cama/macas elevadas;
- Uso de cadeira de rodas durante o transporte do paciente;
- Acompanhamento do paciente após medicação.

Taxa de letalidade por sepse



Durante o período não foi evidenciado óbito por sepse.

Os resultados foram obtidos através da análise dos indicadores de qualidade assistencial, observamos que 07 pacientes confirmaram diagnóstico de sepse através de exames laboratoriais, com lactato entre: (2,86 a 3,82).

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.

Foi registrada abertura de 06 formulários do protocolo sepse durante o período.

Plano estratégico:

- Reforçado com o coordenador médico e gerência de assistencial sobre a importância da abertura e disponibilização da 2ª via no display para retirada pelo NQSP.

PROTOCOLOS GERENCIÁVEIS

- **AVC**

Total abertos: 16

Conformidade: 62%

Não conformidade: 38%

Motivo: falta preenchimento: sinais vitais, início dos sintomas, dados escala NIHSS

- **Dor Torácica**

Total abertos: 10

Conformidade: 40%

Não conformidade 60%

Tempo preconizado ECG em até 10 minutos: conforme 40%

Não conformidade: 60% - motivo: sem horário do preenchimento da abertura para comparação do tempo preconizado.

- **Sepse**

Total abertos: 06

Conformidade: 0%

Não conformidade: 100%

Motivo: sem horário de coleta de exames/sem horário do início de antibiótico.

Plano estratégico:

- Intensificação do preenchimento adequado junto às equipes médica e enfermagem pelo NQSP;
- Reforço junto às equipes para destacar a segunda via para fins estatísticos e disponibilizar no display;
- Solicitação do prontuário para destacar a 2ª via do protocolo.
- Sinalização diária à Diretoria Técnica e Gerencia Assistencial das inconformidades dos preenchimentos dos protocolos;
- Treinamento protocolo sepse (NEP).

Lilian Morais
Enfermeira – SCIH/NQSP

Lilian Morais da Cruz
Enfermeira NQSP/SCIH
COREN:192945
UPA ZONA LESTE - SANTOS

Gisele Abud Nicolau
Diretora Médica
CRM 79416
UPA ZONA LESTE – Santos

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SCIH - MÊS NOVEMBRO/2021

Taxa de letalidade por sepse

Durante o período não foi evidenciado óbito por sepse. Os resultados foram obtidos através da análise dos indicadores de qualidade assistencial, observamos que 07 pacientes confirmaram diagnóstico de sepse através de exames laboratoriais, com lactato entre: (2,86 a 3,82).

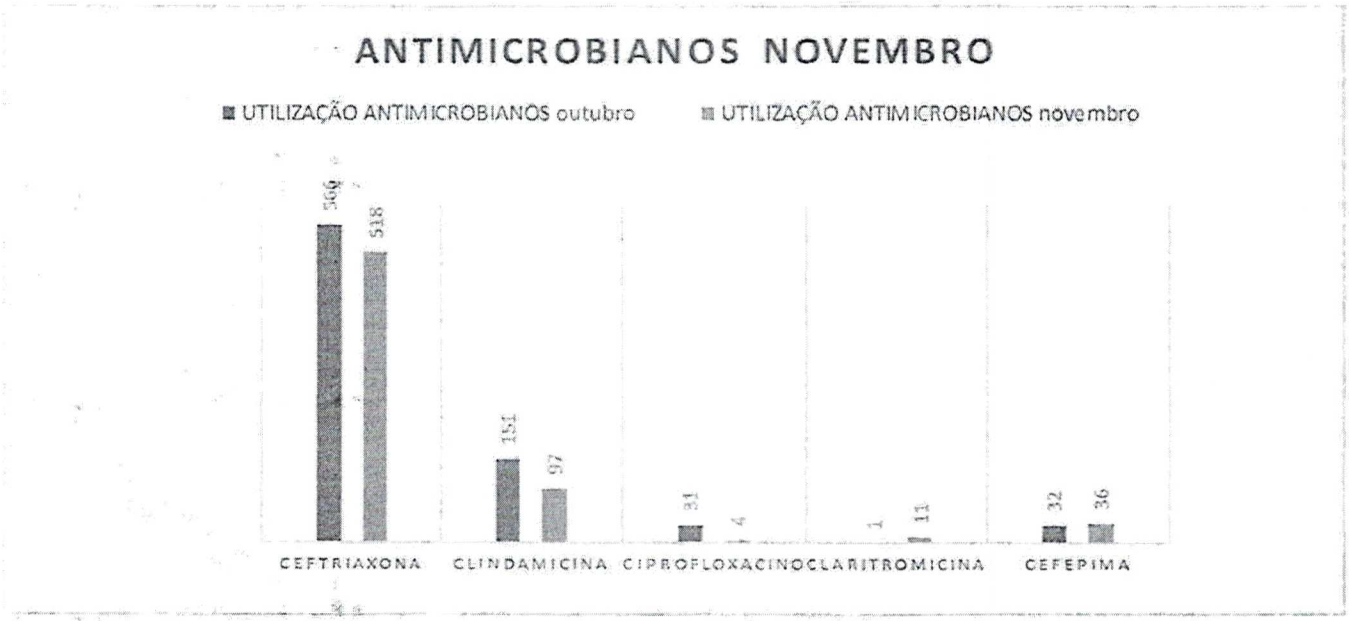
O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar disponibiliza os Protocolo de Sepse – PC.TRATAMENTO SEPSE.DT.001 / MT.ANTIMICROBIANOS .DT.001 às equipes e intensifica sobre a importância da abertura do Protocolo Sepse.

Foi registrada abertura de 06 formulários do protocolo sepse durante o período.

Plano estratégico:

- Reforçado com o coordenador médico e gerência de assistencial sobre a importância da abertura e disponibilização da 2ª via no display para retirada pelo NQSP.

Consumo de antimicrobianos



Comparação ao mês anterior

- Ceftriaxona: (redução 48 frascos)
- Clindamicina: (redução 54 frascos)
- Ciprofloxacino: (redução 27 frascos)
- Claritromicina: (aumento 10 frascos)
- Cefepima: (aumento 04 frascos).

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 novembro 2021.

Durante o período não houve Infecção Relacionada Assistência à Saúde, sendo evidenciado liberação de antimicrobiano compatível com infecções comunitárias, seguindo critérios de utilização de antimicrobianos não restritos. Total de pacientes em ocupação no leito de curta permanência (leitos destinados a doenças infectocontagiosas): Casos suspeitos e/ou confirmados para tuberculose: 10 ; Casos suspeito e/ou confirmados para covid-19: 04.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar adota medidas de controle e vigilância contínua das boas práticas, com utilização de indicadores de processos, através de *Bundle* que são monitorados pelos seguintes indicadores:

No total de 11 formulário de checklist boas práticas na inserção do cateter venoso central houve uma taxa de 100% de conformidade; sendo evidenciado melhoria nos processos de adesão as boas práticas. No total de 32 formulários de checklist boas práticas na inserção do cateter vesical de demora houve uma taxa de 100% de conformidade, permanecendo dentro da meta de adesão as boas práticas.

Taxa de utilização de dispositivos invasivos: **CVD:** 29%, houve aumento 6% em comparação ao mês anterior; **CVC:** 12% houve redução de 2% em comparação ao mês anterior; IOT: 10%, houve um aumento de 5% em comparação ao mês anterior.

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

Gisele Abud Nicolau
Diretora Medica
CRM 79416
UPA ZONA LESTE – Santos