2023

INSTITUTO NACIONAL
DE TECNOLOGIA E SAÚDE

# RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO



## Hospital Municipal Guarapiranga

CONTRATO DE GESTÃO 001/2020 - SMS.G / AHM

Relatório de Execução das atividades prestadas na competência de 2023, na unidade **Hospital Municipal Guarapiranga**, São Paulo / SP, pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

**CONTRATANTE**

Prefeitura do Município de São Paulo por meio da sua Secretaria Municipal de Saúde e interveniência da Autarquia Hospitalar Municipal.

**N° CHAMAMENTO PÚBLICO**

Processo Nº 6110.2019/0005666-0.

**N° CONTRATO DE GESTÃO**

001/2020 - SMS.G / AHM.

**OBJETO CONTRATUAL**

Prestação de serviços especializados na implementação, gestão, monitoramento e avaliação de 120 (cento e vinte) leitos de cuidados prolongados, em atendimento à demanda de hospitais municipais desta cidade, consoante Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.809/2012.

**CNES**

0161438.

**ENDEREÇO**

Estrada da Riviera, 4742 - Riviera Paulista – São Paulo/SP.

**FUNCIONAMENTO**

Atendimento 24hrs, todos os dias.

## EQUIPE GESTORA DA UNIDADE

Simone Araújo – Diretora Geral;

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont – Diretor Técnico;

Carmen Isabel Domingues de Souza – Gerência de Enfermagem;

Daniele de Mello Martorano – Coordenação de Enfermagem;

Diego Borges de Melo – Coordenação de Enfermagem;

Dr. André Luiz Parrilha Panont – Coordenação Médica;

Anderson Tomas de Oliveira – Coordenação Multiprofissional;

Elizabete Cunha Damião – Coordenação de Recursos Humanos;

Paulo Henrique Ferreira Lopes – Coordenação Financeira;

Robert da Silva – Coordenação de Prestação de Contas.

## COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Simone Araújo – Diretora Geral;

Kamila Tamara de Oliveira Sales – Supervisora de Qualidade;

Izadora Andrade Mariani – Secretária Executiva;

Thiago Tavares Carvalho Mancuzo – Analista de Comunicação;

Paulo Rodrigo de Souza Barbosa – Analista de Qualidade.

SUMÁRIO

1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE ..... 5
2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA ..... 6
3. ESTUTURA DO SERVIÇO ..... 8
3.1. RECURSOS HUMANOS ..... 10
3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO ..... 16
3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS ..... 19
3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA ..... 31
3.5. SUPRIMENTOS ..... 41
3.6. INFRAESTRUTURA ..... 42
3.7. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO ..... 43
3.8. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS ..... 44
4. MONITORAMENTO CONTRATUAL ..... 46
5. INDICADORES CONTRATUAIS ..... 47
5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS ..... 47
5.2. INDICADORES CONTRATUAIS QUANTITATIVOS ..... 49
5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES ..... 50
6. COMISSÕES ..... 52
7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE ..... 60
8. AÇÕES DE DESTAQUE ..... 167
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 179
10. ANEXOS ..... 180

## 1. O INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) é uma organização social sem fins lucrativos, certificada pelo CEBAS – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área de Saúde, com foco na pesquisa e inovação das melhores práticas tecnológicas para a gestão pública e operação de unidades nas áreas de saúde no Brasil.

Ao longo de quinze anos, o INTS já contribuiu para a gestão de diversos municípios brasileiros nos estados da Bahia, São Paulo, Goiás, Espírito Santo, Ceará, Sergipe e Minas Gerais aplicando as melhores práticas tecnológicas e de inovação. O INTS concentra sua base corporativa e de operações na cidade de Salvador – BA, onde conta com uma equipe extremamente qualificada para atender as necessidades do setor público brasileiro nas áreas da Saúde, Educação e da Assistência Social. Além da estrutura administrativa, o INTS é registrado em todos os conselhos de classes de suas áreas de atuação.

A estrutura organizativa do INTS é composta por um Conselho Administrativo; Presidência; Superintendências Geral, de Planejamento e de Relações Institucionais; Diretorias Geral, de Projetos, de Contratos, Administrativa, Financeira, de Tecnologia, Infraestrutura e Jurídica que, juntos com a equipe, atuam diretamente na organização, execução, avaliação e auditoria dos contratos vigentes, bem como na busca de novos contratos com vistas a ampliação do rol de unidades geridas pelo INTS.

O INTS recebeu, em 2021, o Certificado que garante a manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade ISO 9001, versão 2015. Isto valida as atividades do Instituto junto à gestão dos contratos com órgãos públicos relativos à prestação de serviços nas áreas de saúde, educação e assistência social. O certificado agora tem validade até fevereiro de 2024, com auditorias de manutenção anual.

O INTS assume o compromisso com a qualidade dos produtos e serviços, com a eficiência operacional e com a satisfação dos usuários. No campo da saúde, o INTS visa o gerenciamento, operacionalização e organização dos serviços de saúde, prestando assistência seguindo os princípios de diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca de ser

líder atuante, empenhado no desenvolvimento e implantação de melhoria contínua dos requisitos do Sistema de Gestão de Qualidade.

## 2. HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA

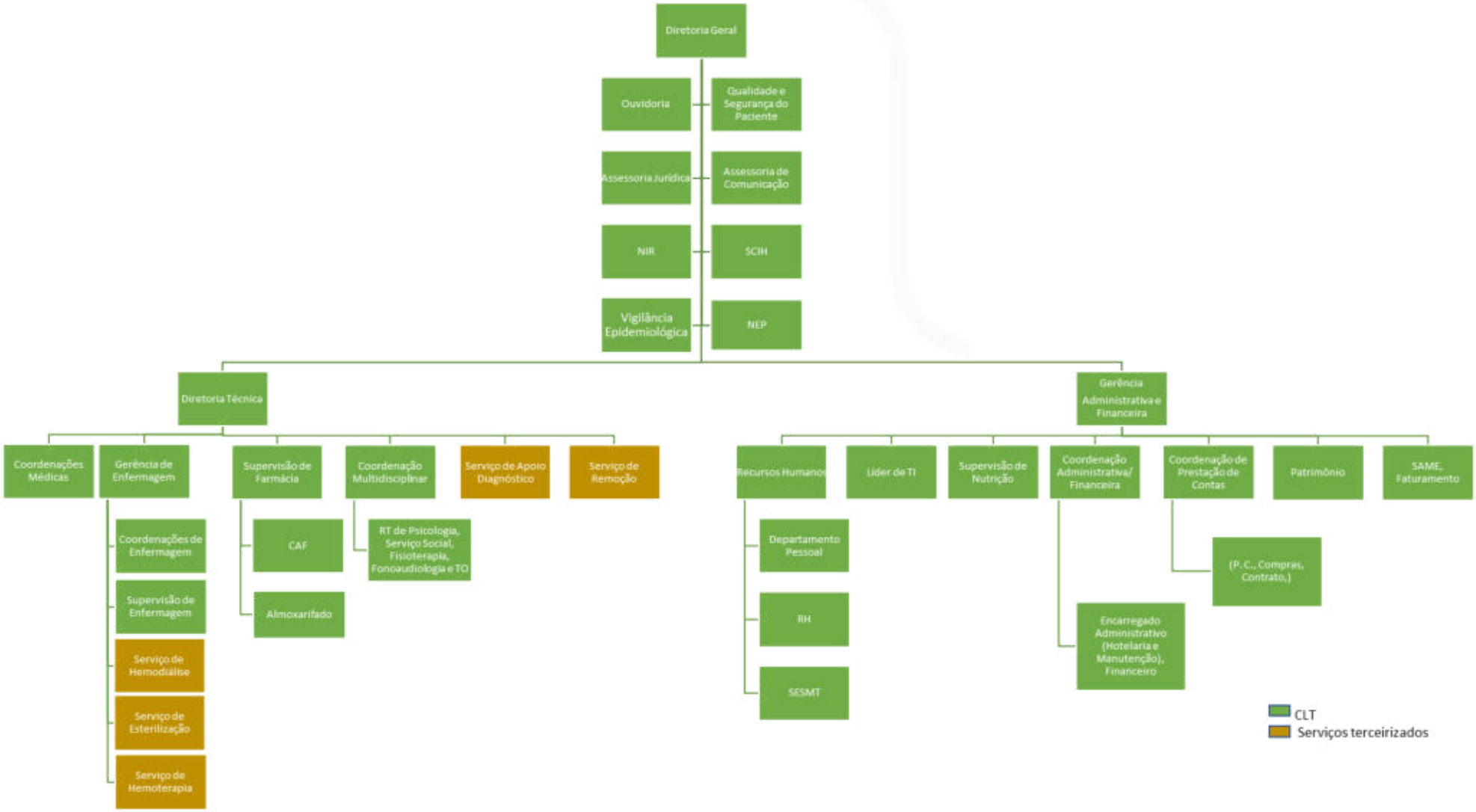
O Hospital Municipal Guarapiranga é o primeiro hospital próprio do INTS, deu início às suas atividades em junho de 2020 com a ativação de 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 20 leitos de Enfermaria para pacientes acometidos pelo COVID-19. Em seu primeiro ano de atuação, a unidade ampliou seus leitos para 190 leitos de Unidade de Terapia Intensiva e 69 de enfermaria.

Com a redução dos casos de SARS COVID-19, a partir de maio de 2022 o Hospital Municipal Guarapiranga passou a tornar um equipamento de saúde de 186 leitos, atuando em duas frentes:

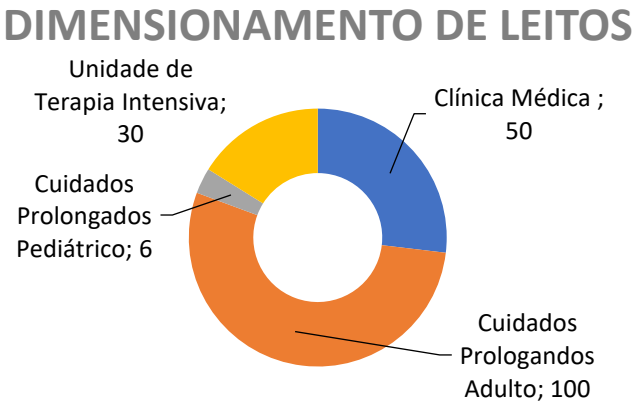
- Como retaguarda de unidade primárias (AMA e UPA) da região SUL, preferencialmente, mas operando com as demais unidades do Município de São Paulo, havendo leitos disponíveis, regulando pacientes de clínica médica que necessitam de internamento para término de seu tratamento, liberando os leitos de porta de entrada à população.

- Unidade de Cuidados Prolongados que se destinam a pacientes em situação clínica estável, que necessitam de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

A unidade atua em busca da satisfação de seus pacientes assistidos se comprometendo com o atendimento humanizado. Preza pela participação social na gestão, para o desenvolvimento e melhoria da assistência prestada.


Diretoria Geral
Ouvidoria
Qualidade e Segurança do Paciente
Assessoria Jurídica
Assessoria de Comunicação
NIR
SCIH
Vigilância Epidemiológica
NEP
Diretoria Técnica
Gerência Administrativa e Financeira
Coordenações Médicas
Gerência de Enfermagem
Supervisão de Farmácia
Coordenação Multidisciplinar
Serviço de Apoio Diagnóstico
Serviço de Remoção
Recursos Humanos
Líder de TI
Supervisão de Nutrição
Coordenação Administrativa/ Financeira
Coordenação de Prestação de Contas
Patrimônio
SAME, Faturamento
Coordenações de Enfermagem
Supervisão de Enfermagem
Serviço de Hemodiálise
Serviço de Esterilização
Serviço de Hemoterapia
CAF
Almoxarifado
RT de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e TO
Departamento Pessoal
RH
SESMT
Encarregado Administrativo (Hotelaria e Manutenção), Financeiro
(P. C., Compras, Contrato,)
CLT
Serviços terceirizados

## 3. ESTUTURA DO SERVIÇO




Como retaguarda de unidade primárias (AMA e UPA) da região SUL, preferencialmente, mas operando com as demais unidades do Município de São Paulo, havendo leitos disponíveis, regulando pacientes de clínica médica que necessitam de internamento para término de seu tratamento, liberando os leitos de porta de entrada à população.

Unidade de Cuidados Prolongados que se destinam a pacientes em situação clínica estável, que necessitam de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

A unidade atua em busca da satisfação de seus pacientes assistidos se comprometendo com o atendimento humanizado. Preza pela participação social na gestão, para o desenvolvimento e melhoria da assistência prestada.

### SERVIÇOS OFERTADOS

A unidade é composta por quatro frentes de atuação, de acordo com os seguintes processos:

Secretaria de Saúde, Contrato de Gestão e Corporativo INTS

| | |
|---|---|
| **ADMINISTRATIVO** | Financeiro<br>Compras<br>Faturamento<br>Saúde e Segurança Ocupacional<br>Tecnologia da Informação<br>Gestão de Pessoas<br>Prestação de Contas<br>Patrimônio<br>Hotelaria<br>Gestão de Abastecimento<br>Engenharia Clínica<br>Contratos<br>Manutenção Predial<br>SAME<br>Medicina Ocupacional |
| **QUALIDADE** | Ouvidoria<br>Gestão de Documentos<br>Comissões<br>Auditoria Interna<br>Auditoria Fornecedores<br>Mapeamento de Processo<br>Gestão de Perigos e Riscos<br>Não Conformidades<br>Indicadores<br>Planejamento Estratégico<br>Processos Regulatórios<br>Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente |
| **ENFERMAGEM** | Admissão do Paciente<br>Agência Transfusional<br>Cadeia Medicamentosa<br>Coleta de Exames Laboratoriais<br>CME<br>Hemodiálise<br>NEP |
| **MÉDICA** | Farmácia<br>Solicitação de Exames<br>Prescrição de Medicamentos<br>Evolução Médica / Alta<br>Nutrição<br>Fisioterapia<br>Fonoaudiologia<br>Regulação<br>Psicologia<br>Serviço Social<br>Unidade de Internação<br>Unidade de Terapia Intensiva<br>Laboratório de Análises Clínicas<br>Raio X<br>Remoção<br>Núcleo de Vigilância Epidemiológica<br>Serviço de Controle de Infecção Hospitalar<br>Terapia Ocupacional |

Sustentabilidade econômica e financeira, satisfação das partes interessadas e cumprimento de metas.

### 3.1. RECURSOS HUMANOS

A unidade é composta por quase 900 profissionais, incluindo equipes administrativas, assistenciais e de apoio, sendo aproximadamente 240 terceirizados.

| FUNÇÃO | QTD |
|---|---|
| TECNICO ENFERMAGEM | 277 |
| ENFERMEIRO | 99 |
| FISIOTERAPEUTA | 75 |
| AUXILIAR FARMACIA | 26 |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO JUNIOR | 17 |
| FARMACEUTICO | 15 |
| AUXILIAR DE ENFERMAGEM | 10 |
| AUXILIAR LAVANDERIA | 10 |
| NUTRICIONISTA | 9 |
| RECEPCIONISTA | 8 |
| SUPERVISOR DE ENFERMAGEM | 8 |
| TECNICO DE RADIOLOGIA | 8 |
| ANALISTA ADM PLENO | 7 |
| ASSISTENTE SOCIAL | 7 |
| AUXILIAR ADM PLENO | 5 |
| AUXILIAR DE ALMOXARIFE | 5 |
| AUXILIAR DE REGULACAO | 5 |
| PSICOLOGO HOSPITALAR | 5 |
| TECNICO DE INFORMATICA | 4 |
| TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO | 3 |
| ANALISTA ADMINISTRATIVO SR | 2 |
| ANALISTA DE DP | 2 |
| ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | 2 |
| ASSISTENTE FATURAMENTO | 2 |
| COORDENADOR DE ENFERMAGEM | 2 |
| FONOAUDIOLOGO | 2 |
| SUPERVISOR DE ADMINISTRATIVO | 2 |
| ALMOXARIFE | 1 |
| ANALISTA DE QUALIDADE | 1 |
| ANALISTA DE RH | 1 |
| AUX. DEPARTAMENTO PESSOAL | 1 |
| AUXILIAR DE RH | 1 |
| AUXILIAR JURIDICO | 1 |
| AUXILIAR SERVICOS GERAIS | 1 |
| COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO | 1 |
| COORDENADOR DE PRESTACAO DE CONTAS | 1 |
| COORDENADOR DE RH | 1 |
| COORDENADOR MULTIPROFISSIONAL RT | 1 |

| | |
|---|---|
| DIRETOR GERAL | 1 |
| DIRETOR TECNICO | 1 |
| ENCARREGADO (A) OUVIDORIA | 1 |
| ENCARREGADO ADMINISTRATIVO | 1 |
| ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | 1 |
| ENFERMEIRO AUDITOR | 1 |
| ENFERMEIRO CCIH | 1 |
| ENFERMEIRO CME | 1 |
| ENFERMEIRO DA SEGURANCA DO PACIENTE | 1 |
| ENFERMEIRO DO TRABALHO | 1 |
| ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA | 1 |
| ENFERMEIRO (A) ESTOMATERAPEUTA | 1 |
| ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO | 1 |
| FATURISTA | 1 |
| FISIOTERAPEUTA RT | 1 |
| GERENTE DE ENFERMAGEM | 1 |
| MAQUEIRO | 1 |
| MOTORISTA | 1 |
| SECRETARIA EXECUTIVA | 1 |
| SUPERVISOR (A) FARMACIA | 1 |
| SUPERVISOR (A) NUTRICAO RT | 1 |
| SUPERVISOR FARMACIA RT | 1 |
| SUPERVISOR QUALIDADE | 1 |
| SUPERVISOR TI | 1 |
| TECNICO DE ENFERMAGEM LABORATORIAL | 1 |
| TECNICO DE RADIOLOGIA RT | 1 |
| TERAPEUTA OCUPACIONAL | 1 |
| **TOTAL** | **655** |

## ESPECIALIDADES MÉDICAS (TERCEIRIZADOS)

| ESPECIALIDADES | QUANTITATIVO |
|---|---|
| Clínico Geral | 81 |
| Nefrologista | 2 |
| Infectologista | 1 |
| Cirurgia Vascular | 1 |
| Paliativista | 1 |
| Pediatria | 1 |
| Psiquiatria | 1 |
| Geriatria | 1 |
| Nutrologia | 1 |
| Cardiologista | 1 |
| Intensivista | 1 |
| **Total de Médicos: 92** | |

## HIGIENIZAÇÃO (TERCEIRIZADOS)

| CARGOS | QUANTITATIVO |
|---|---|
| SUPERVISOR | 1 |
| ENCARREGADO | 2 |
| AG. HIGIENIZADOR | 2 |
| JARDINEIRO | 3 |
| AUX. DE LIMPEZA | 72 |
| **Total: 80** | |

## ENGENHARIA CLÍNICA E PREDIAL (TERCEIRIZADOS)

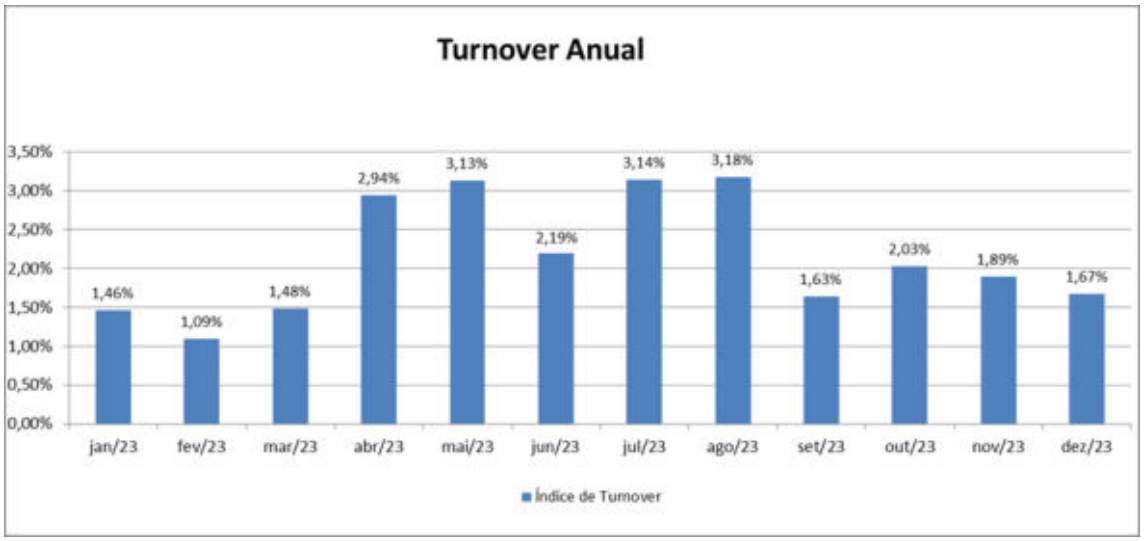
| CARGOS | QUANTITATIVO |
|---|---|
| COORDENADOR | 1 |
| SUPERVISOR | 2 |
| AUX. TÉCNICO | 1 |
| TÉC. ENGENHARIA CLÍNICA | 1 |
| REPRESENTANTE ADMINISTRATIVO | 1 |
| AUX. MANUTENÇÃO PREDIAL | 4 |
| TÉC. EM REFRIGERAÇÃO | 2 |
| TÉC. MANUTENÇÃO PREDIAL | 2 |
| ELETRICISTA | 4 |
| **Total: 18** | |

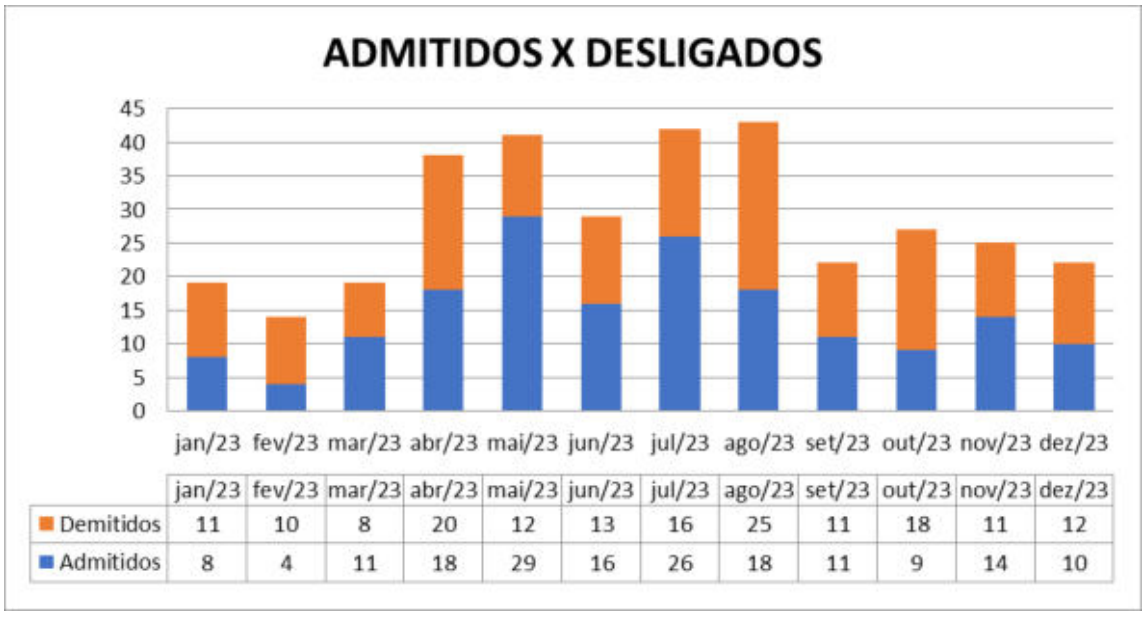
## PORTARIA E VIGILÂNCIA (TERCEIRIZADOS)

| CARGOS | QUANTITATIVO |
|---|---|
| PORTEIRO | 16 |
| VIGILANTE | 19 |
| **Total: 35** | |

## TURNOVER

Turnover refere-se a uma métrica que mede a frequência com que os empregados entram e saem de uma empresa durante um determinado período de tempo. O turnover pode ser expresso como uma porcentagem da força de trabalho total. Segue dados abaixo:




| | jan/23 | fev/23 | mar/23 | abr/23 | mai/23 | jun/23 | jul/23 | ago/23 | set/23 | out/23 | nov/23 | dez/23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Demitidos | 11 | 10 | 8 | 20 | 12 | 13 | 16 | 25 | 11 | 18 | 11 | 12 |
| Admitidos | 8 | 4 | 11 | 18 | 29 | 16 | 26 | 18 | 11 | 9 | 14 | 10 |

**Fonte: Sistema TOTVS RM*

*TURNOVER Fórmula: ((Total admissões + Total desligamentos) /2)/total de colaboradores*

No mês de **Janeiro** foram realizadas 08 contratações sendo: 02 para o setor de qualidade, 02 para o setor de farmácia, 03 para o setor de enfermagem e 01 para o setor de recursos humanos, todas as contratações foram por substituição.

Houve 11 desligamentos sendo 10 pedidos de demissão e um termino de contrato, nos seguintes setores: Qualidade 01; Enfermagem 08; Ouvidoria 01; Farmácia 01.

No Mês de **Fevereiro** foram realizadas 04 contratações sendo: 02 para o setor de enfermem e 02 para equipe Mult.

Houve 10 desligamentos sendo 07 pedidos de demissão e 03 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 07; Equipe Mult 03.

No mês de **Março** foram realizadas 11 contratações sendo: 02 para o setor recepção; 09 para o setor de enfermagem, todas as contratações foram por substituição.

Houve 08 desligamentos sendo 07 pedidos de demissão e um termino de contrato nos seguintes setores: Enfermagem 04; Farmácia 02; Administrativo 01; Farmácia 01

No Mês de **Abril** foram realizadas 18 contratações, todas para o setor de enfermagem, Todas Substituições.

Houve 20 desligamentos sendo 08 pedidos de demissão e 12 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 12; Equipe Mult 4; Qualidade 01, Prestação de contas 01; Farmácia 01, NIR 01.

No Mês de **Maio** foram realizadas 29 contratações, sendo 16 no setor de enfermagem; Equipe Mult 01; Qualidade 01; Ouvidoria 01; Farmácias 05; NIR 01; Financeiro 01; Faturamento 01, houve mudança no plano de trabalho em abril e aumento no quadro de profissionais 20 contrações foram por aumento de quadro e 09 substituições.

Houve 12 desligamentos sendo: 06 pedidos de demissão e 06 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 05; Equipe Mult 02; Lavanderia 02; Farmácia 02; SESMT 01.

No Mês de **Junho** foram realizadas 16 contratações, sendo 11 no setor de enfermagem; Faturamento 02; Almoxarifado 01 ; Administrativo 01 Jurídico 01, houve mudança no plano de trabalho em abril, 9 contratações foram por aumento no quadro de profissionais, 07 contratações foram por substituição.

Houve 13 desligamentos sendo: 05 pedidos de demissão e 08 desligamentos por iniciativa do empregador, nos seguintes setores: Enfermagem 08; Lavanderia 01; Segurança do Paciente 01; Compras 01; Almoxarifado 01; Faturamento 01.

No Mês de **Julho** foram realizadas 26 contratações, sendo: 15 no setor de Enfermagem; Farmácia 05; Administrativo 01; Almoxarifado 01; Recepção 01; SESMT 01; Lavanderia 01; Segurança do Paciente 01. Houve mudança no plano de trabalho em abril, 12 contratações foram por aumento de quadro e 14 substituições.

Houve 16 desligamentos sendo: 05 pedidos de demissão e 11 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 10; Equipe Mult 03; Farmácia 01; Nutrição 01; Administrativo 01.

No Mês de **Agosto** foram realizadas 18 contratações, sendo: 12 no setor de Enfermagem; Administrativo 01; Departamento De Pessoal 03; Equipe Mult 02 . Houve mudança no plano de trabalho em abril, 02 contratações foram por aumento de quadro e 16 substituições.

Houve 25 desligamentos sendo: 08 pedidos de demissão e 17 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 15; Equipe Mult 01; Departamento De Pessoal 02; SESMT 01; Farmácia 06. O cargo de maqueiro foi extinto ocasionando o desligamento da equipe inteira

No Mês de **Setembro** foram realizadas 11 contratações, sendo: 10 no setor de Enfermagem; Nutrição 01. Houve mudança no plano de trabalho em abril, 01 contratação foi por aumento de quadro e 10 substituições.

Houve 11 desligamentos sendo: 06 pedidos de demissão e 5 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 06; Equipe Mult 01; SESMT 01; Farmácia 02; Lavanderia 01.

No Mês de **Outubro** foram realizadas 09 contratações, sendo: 06 no setor de farmácia; Almoxarifado 02 Equipe Mult 01. Houve mudança no plano de trabalho em abril, 01 contratação foi por aumento de quadro e 08 substituições.

Houve 18 desligamentos sendo: 12 pedidos de demissão e 6 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 10; Equipe Mult 02; Farmácia 04; Qualidade 01;  Administrativo 01.

No Mês de **Novembro** foram realizadas 14 contratações, sendo: 08 no setor de Enfermagem; Lavanderia 01; Sesmet 01; Administrativo 03; Recepção 01. Todas substituição.

Houve 11 desligamentos sendo: 08 pedidos de demissão e 3 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 08; Farmácia 03.

No Mês de **Dezembro** foram realizadas 10 contratações, sendo: 06 no setor de Enfermagem; Equipe Mult 02; Farmácia 01; Administrativo 01. Todas substituição.

Houve 12 desligamentos sendo: 06 pedidos de demissão e 6 desligamentos por iniciativa do empregador nos seguintes setores: Enfermagem 07; Equipe Mult 02 ; NIR 01; Farmácia 01; Patrimônio 01.

## 3.2. APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

### INDICADORES IMAGEM – GERAL (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE EXAMES DE RAIO-X** | M/R | 372 | 363 | 396 | 394 | 383 | 393 |
| **N° DE FALHAS** | M/R | 9 | 4 | 12 | 6 | 8 | 7 |
| **TAXA DE FALHAS DE IMAGEM** | <10% | 2,42% | 1,10% | 3,03% | 1,52% | 2,09% | 1,78% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

### INDICADORES IMAGEM – GERAL (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE EXAMES DE RAIO-X** | M/R | 381 | 309 | 342 | 389 | 344 | 347 | 4086 |
| **N° DE FALHAS** | M/R | 11 | 12 | 10 | 9 | 13 | 8 | 109 |
| **TAXA DE FALHAS DE IMAGEM** | <10% | 3% | 3,88% | 3% | 2% | 4% | 2% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

### INDICADORES IMAGEM – CLÍNICA MÉDICA (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE EXAMES DE RAIO-X** | M/R | - | - | 162 | 211 | 149 | 178 | 700 |
| **N° DE FALHAS** | M/R | - | - | 2 | 3 | 11 | 5 | 21 |
| **TAXA DE FALHAS DE IMAGEM** | <10% | - | - | 1% | 1% | 7% | 3% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO OBS: Os indicadores de imagem eram calculados de forma geral. A partir de setembro começou a ser calculado separadamente, por setor.*

## INDICADORES IMAGEM – UTI (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE EXAMES DE RAIO-X** | M/R | - | - | 89 | 80 | 68 | 88 | 325 |
| **N° DE FALHAS** | M/R | - | - | 4 | 2 | 1 | 1 | 8 |
| **TAXA DE FALHAS DE IMAGEM** | <10% | - | - | 4% | 3% | 1% | 1% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

*OBS: Os indicadores de imagem eram calculados de forma geral. A partir de setembro começou a ser calculado separadamente, por setor.*

## INDICADORES IMAGEM – RETAGUARDA ADULTO (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE EXAMES DE RAIO-X** | M/R | - | - | 76 | 90 | 120 | 74 | 360 |
| **N° DE FALHAS** | M/R | - | - | 4 | 4 | 2 | 2 | 12 |
| **TAXA DE FALHAS DE IMAGEM** | <10% | - | - | 5% | 4% | 2% | 3% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

*OBS: Os indicadores de imagem eram calculados de forma geral. A partir de setembro começou a ser calculado separadamente, por setor.*

## INDICADORES IMAGEM – PEDIATRIA (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE EXAMES DE RAIO-X** | M/R | - | - | 15 | 8 | 7 | 7 | 37 |
| **N° DE FALHAS** | M/R | - | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TAXA DE FALHAS DE IMAGEM** | <10% | - | - | 0% | 0% | 0% | 0% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

*OBS: Os indicadores de imagem eram calculados de forma geral. A partir de setembro começou a ser calculado separadamente, por setor.*

## INDICADORES LABORATÓRIO (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXAMES LIBERADOS | M/R | 10941 | 9462 | 9175 | 8825 | 9785 | 8519 | 56707 |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE | M/R | 12412 | 10717 | 11148 | 9677 | 11051 | 9854 | 64859 |
| VALORES CRÍTICOS NÃO COMUNICADOS | < = 2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| VALORES CRÍTICOS | M/R | 148 | 162 | 120 | 97 | 38 | 61 | 626 |
| TEMPO DE LIBERAÇÃO DOS EXAMES (TAT) | >99% | 99% | 99% | 97% | 99% | 98% | 99% | - |
| TAXA DE INSUCESSO | <=2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| ÍNDICE DE RECOLETA | <=2% | 6,41% | 7,94% | 7,57% | 9,01% | 5,03% | 4,95% | - |
| TAXA DE RETIFICAÇÃO DE LAUDOS | <=0,02% | 0,0183% | 0,0211% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | - |

## INDICADORES LABORATÓRIO (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXAMES LIBERADOS | M/R | 9565 | 8028 | 8056 | 8560 | 7283 | 7024 | 48516 |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE | M/R | 10659 | 8949 | 9165 | 9919 | 8200 | 8500 | 55392 |
| VALORES CRÍTICOS NÃO COMUNICADOS | < = 2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| VALORES CRÍTICOS | M/R | 117 | 110 | 87 | 117 | 160 | 140 | 731 |
| TEMPO DE LIBERAÇÃO DOS EXAMES (TAT) | >99% | 99% | 99% | 99% | 99% | 97% | 97% | - |
| TAXA DE INSUCESSO | <=2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| ÍNDICE DE RECOLETA | <=2% | 5,35% | 4,71% | 5,24% | 5,31% | 5,65% | 5,40% | - |
| TAXA DE RETIFICAÇÃO DE LAUDOS | <=0,02% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | - |

## 3.3. OUTROS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

### INDICADORES ASSISTENCIAIS – Global (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA* | < 15% | 1,36% | 0,22% | 0,39% | 0,20% | 17,36% | 11,19% |
| TAXA DE OCUPAÇÃO* | > 85% | 91,94% | 88,42% | 88,23% | 90,42% | 90,84% | 91,94% |
| TAXA DE ÚLCERA POR PRESSAO* | < 20% | 3,65% | 2,78% | 0,74% | 7,61% | 1,39% | 4,10% |
| TAXA DE FLEBITE | N/A | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,02% | 0,01% | 0,00% |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | < 5 | 2,74 | 2,74 | 5,15 | 2,63 | 4,61 | 4,87 |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | < 50 DIAS | 31,28 | 20,93 | 38,61 | 24,78 | 45,78 | 51,97 |
| TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL | N/A | 10,37% | 7,73% | 19,70% | 8,87% | 15,79% | 17,35% |
| GIRO LEITO INSTITUCIONAL | N/A | 0,88 | 1,18 | 0,71 | 1,09 | 0,61 | 0,53 |
| Nº DE PACIENTE DIA | > 4750 | 5130 | 4605 | 5096 | 5031 | 5219 | 5093 |
| Nº DE LEITOS DIA | N/A | 5580 | 5208 | 5776 | 5564 | 5745 | 5570 |
| Nº CASOS FLEBITE | N/A | 0,00 | 0 | 0 | 2 | 5 | 3 |
| Nº CASOS UPP | N/A | 5 | 3 | 1 | 7 | 4 | 11 |
| Nº CASOS QUEDA | N/A | 7 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 |
| Nº DE ADMISSÕES | N/A | 137 | 108 | 135 | 92 | 115 | 96 |
| Nº DE SAÍDAS | N/A | 164 | 220 | 132 | 203 | 114 | 98 |
| Nº DE OBITOS | N/A | 17 | 17 | 26 | 18 | 18 | 17 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | N/A | 29 | 51 | 18 | 44 | 37 | 35 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | N/A | 229 | 158 | 141 | 166 | 208 | 181 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP*

*TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE –Dados retiradas de controle interno;*

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Global (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TAXA DE QUEDA*** | < 15% | 0,15% | 1,52% | 1,57% | 0,38% | 0,8% | 0,76% | - |
| **TAXA DE OCUPAÇÃO*** | > 85% | 91,18% | 91,55% | 91,16% | 90,44% | 89,30% | 89,14% | - |
| **TAXA DE ÚLCERA POR PRESSAO*** | < 20% | 4,47% | 3,14% | 4,01% | 3,02% | 2,82% | 2,57% | - |
| **TAXA DE FLEBITE** | N/A | 0,16% | 0,01% | 0,01% | 0,00% | 0,38% | 0,01% | - |
| **INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO** | < 5 | 4,06 | 2,83 | 4,74 | 4,63 | 2,28 | 2,45 | 43,73 |
| **TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA** | < 50 DIAS | 42,41 | 59,31 | 48,91 | 43,82 | 41,52 | 20,14 | 469,46 |
| **TAXA DE OBITO INSTITUCIONAL** | N/A | 10,40% | 9,88% | 16,35% | 15,13% | 10% | 5,49% | - |
| **GIRO LEITO INSTITUCIONAL** | N/A | 0,67 | 0,92 | 0,56 | 0,64 | 1,41 | 1,37 | 10,57 |
| **Nº DE PACIENTE DIA** | > 4750 | 5251 | 5279 | 5087 | 5215 | 4983 | 5136 | 61125 |
| **Nº DE LEITOS DIA** | N/A | 5759 | 5766 | 5580 | 5766 | 5580 | 5762 | 67656 |
| **Nº CASOS FLEBITE** | N/A | 2 | 8 | 1 | 0 | 5 | 3 | 29 |
| **Nº CASOS UPP** | N/A | 20 | 5 | 11 | 9 | 8 | 7 | 91 |
| **Nº CASOS QUEDA** | N/A | 8 | 8 | 8 | 2 | 4 | 4 | 53 |
| **Nº DE ADMISSÕES** | N/A | 128 | 86 | 106 | 127 | 114 | 119 | 1363 |
| **Nº DE SAÍDAS** | N/A | 125 | 172 | 104 | 119 | 262 | 255 | 1968 |
| **Nº DE OBITOS** | N/A | 13 | 17 | 17 | 19 | 14 | 14 | 207 |
| **Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS** | N/A | 25 | 55 | 44 | 41 | 18 | 10 | 407 |
| **Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE** | N/A | 197 | 241 | 242 | 169 | 105 | 87 | 2124 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP*

*TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* — Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE –Dados retiradas de controle interno;*

## INDICADORES ASSISTENCIAIS - Clínica Médica (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA | <15% | 2,79% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| TAXA DE OCUPAÇÃO | >85% | 92,52 | 89,86% | 91,87% | 89,91% | 94,11% | 96,93% |
| TAXA DE ULCERA POR PRESSAO | <20% | 14,29% | 0,00% | 0,00% | 1,16% | 0,00% | 0,00% |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | M/R | 1,09 | 1,69 | 1,69 | 1,81 | 0,96 | 0,61 |
| TAXA DE FLEBITE | <15% | 0% | 0% | 0,14% | 0% | 0% | 0% |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | 16,0 | 13,53 | 14,98 | 19,14 | 16,10 | 15,31 | 19,33 |
| TAXA DE OBITO | M/R | 0% | 2,4% | 6,9% | 1,2% | 4,3% | 2,7% |
| GIRO LEITO | M/R | 2,12 | 1,68 | 1,44 | 1,66 | 1,88 | 1,50 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | M/R | 77 | 14 | 9 | 18 | 9 | 9 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | M/R | 12 | 50 | 59 | 79 | 104 | 105 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP*

*TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE –Dados retiradas de controle interno;*

## INDICADORES ASSISTENCIAIS - Clínica Médica (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA | <15% | 1,37% | 4,07% | 2,84% | 0,00% | 0,71% | 0,69% | - |
| TAXA DE OCUPAÇÃO | >85% | 94,56% | 95,23% | 93,80% | 93,23% | 93,40% | 93,94% | - |
| TAXA DE ULCERA POR PRESSAO | <20% | 2,5% | 6,35% | 1,43% | 3,95% | 1,5% | 0,08% | - |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | M/R | 0,79 | 1,09 | 0,94 | 0,93 | 0,99 | 0,92 | 13,51 |
| TAXA DE FLEBITE | <15% | 0% | 0,01% | 0% | 0% | 0,13% | 0,13% | - |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | 16,0 | 13,76 | 21,71 | 14,21 | 12,79 | 14,01 | 14,27 | 189,14 |
| TAXA DE OBITO | M/R | 3,77% | 5,9% | 3,0% | 4,4% | 1% | 8,8% | - |
| GIRO LEITO | M/R | 3,7 | 1,36 | 1,98 | 2,26 | 2,0 | 2,04 | 23,62 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | M/R | 8 | 18 | 18 | 24 | 5 | 4 | 213 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | M/R | 122 | 137 | 142 | 110 | 80 | 77 | 1077 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP*

*TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE –Dados retiradas de controle interno;*

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Cuidados Prolongados Adulto (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA* | <15% | 0,99% | 0,37% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| TAXA DE OCUPAÇÃO* | >85% | 97,07% | 95,79% | 95,38% | 97,70% | 97,26% | 96,76% |
| TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* | <20% | 17,65% | 13,33% | 5,00% | 22,22% | 0,00% | 0,00% |
| TAXA DE FLEBITE | <15% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,04% | 0,00% | 0,00% |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | M/R | 1,20 | 5,36 | 4,21 | 2,65 | 1,89 | 4,04 |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | 16,0 | 39,68 | 121,91 | 86,74 | 112,65 | 67,00 | 120,71 |
| TAXA DE OBITO | M/R | 13,16% | 31,82% | 38,24% | 26,92% | 24,44% | 33,33% |
| GIRO LEITO | M/R | 0,76 | 0,22 | 0,34 | 0,26 | 0,45 | 0,24 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | M/R | 9 | 11 | 5 | 13 | 7 | 15 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | M/R | 92 | 48 | 17 | 38 | 57 | 51 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP - TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE –Dados retiradas de controle interno;*

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Cuidados Prolongados Adulto (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA* | <15% | 2,6% | 0,65% | 0,68% | 0,66% | 0,34% | 1,0% | - |
| TAXA DE OCUPAÇÃO* | >85% | 97,97% | 98,81% | 98,50% | 97,65% | 97,77% | 96,48% | - |
| TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* | <20% | 36,84% | 0% | 1,92% | 3,96% | 1,83% | 0,52% | - |
| TAXA DE FLEBITE | <15% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0,02% | - |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | M/R | 3,94 | 2,85 | 1,73 | 2,35 | 1,52 | 3,41 | 35,15 |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | 16,0 | 120,71 | 235,62 | 113,65 | 97,65 | 304 | 93,34 | 1513,66 |
| TAXA DE OBITO | M/R | 25% | 6% | 23,08% | 16,13% | 0% | 6,25% | - |
| GIRO LEITO | M/R | 0,16 | 0,13 | 0,26 | 0,31 | 0,44 | 0,32 | 3,89 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | M/R | 5 | 4 | 0 | 1 | 2 | 1 | 73 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | M/R | 41 | 47 | 30 | 34 | 13 | 5 | 473 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP - TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE –Dados retiradas de controle interno*

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Cuidados Prolongados Infantil (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA* | <15% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| TAXA DE OCUPAÇÃO* | >85% | 50,00% | 50,00% | 66,02% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* | <20% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| TAXA DE FLEBITE | < 15% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | 150 | 31 | 105 | 139 | 169 | 199 | 229 |
| TAXA DE OBITO | M/R | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| GIRO LEITO | M/R | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP*

*TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE –Dados retiradas de controle interno*

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Cuidados Prolongados Infantil (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA* | <15% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| TAXA DE OCUPAÇÃO* | >85% | 100,0% | 91,84% | 100% | 94,62% | 83,99% | 85,33% | - |
| TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* | <20% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| TAXA DE FLEBITE | < 15% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | M/R | 0 | 8 | 0 | 10 | 0 | 0 | 18 |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | 150 | 260 | 291 | 303 | 176 | 200 | 226 | 2328 |
| TAXA DE OBITO | M/R | 0% | 100%** | 0% | 100%** | 0% | 0% | - |
| GIRO LEITO | M/R | 0 | 0,33 | 0 | 0,17 | 0 | 0 | 0,5 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP - TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE – Dados retiradas de controle interno* | **Taxa de óbito calculada sob o número de saídas, nos meses de agosto e outubro houve um óbito em cada mês.

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Unidade de Terapia Intensiva – UTI (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA* | <15% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| TAXA DE OCUPAÇÃO* | >85% | 73,67% | 69,17% | 68,21% | 65,11% | 62,26% | 62,89% |
| TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* | <20% | 0,00% | 1,41% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| TAXA DE FLEBITE | M/R | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,01% | 0,00% | 0,00% |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | M/R | 1,91 | 2,88 | 04,10 | 3,34 | 3,34 | 3,55 |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | 6,0 | 5,35 | 6,46 | 08,79 | 6,23 | 5,51 | 6,02 |
| TAXA DE OBITO | M/R | 5,51% | 8,89% | 11,11% | 10,64% | 2,86% | 7,45% |
| GIRO LEITO | M/R | 4,23 | 3,00 | 2,40 | 3,13 | 3,50 | 3,13 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | M/R | 8 | 26 | 4 | 13 | 21 | 88 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | M/R | 60 | 60 | 51 | 49 | 47 | 136 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP*

*TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente;*

*N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE – Dados retiradas de controle interno*

## INDICADORES ASSISTENCIAIS – Unidade de Terapia Intensiva – UTI (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE QUEDA* | <15% | 8,93% | 0% | 3,67% | 0% | 0% | 0% | - |
| TAXA DE OCUPAÇÃO* | >85% | 61,18% | 61,29% | 60,56% | 60,97% | 55,33% | 57,85% | - |
| TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* | <20% | 4,46% | 1,23% | 8,51% | 0,86% | 0% | 1,72% | - |
| TAXA DE FLEBITE | M/R | 0% | 0% | 0% | 0% | 3% | 0% | - |
| INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | M/R | 3,19 | 4,5 | 3,59 | 3,39 | 3,44 | 3,29 | 40,52 |
| TEMPO MEDIO DE PERMANENCIA | 6,0 | 5,04 | 7,13 | 5,51 | 5,30 | 4,26 | 4,52 | 70,12 |
| TAXA DE OBITO | M/R | 4,42% | 7,50% | 8,08% | 6,54% | 17,86% | 2,52% | - |
| GIRO LEITO | M/R | 3,77 | 2,67 | 3,30 | 3,57 | 3,9 | 3,97 | 40,57 |
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | M/R | 12 | 33 | 26 | 16 | 11 | 5 | 263 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | M/R | 34 | 57 | 70 | 35 | 16 | 5 | 620 |

**Fonte: Dados retirados do SMPEP TAXA DE ULCERA POR PRESSAO* – Dados retirados da Auditoria interna estomaterapia e Núcleo de Segurança do Paciente; N° DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS E SESSÕES DE HEMODIÁLISE – Dados retiradas de controle interno*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NUTRIÇÃO (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ATENDIMENTOS | M/R | 1.095 | 1.000 | 1.100 | 1.139 | 1.151 | 1.035 |
| Nº DE TRIAGEM NUTRICIONAL | M/R | 121 | 105 | 133 | 92 | 115 | 87 |
| Nº DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA | M/R | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES | M/R | 24.427 | 22.125 | 25.070 | 24.150 | 25.570 | 25.549 |
| Nº DE REFEIÇOES SERVIDOS PARA ACOMPANHANTE | M/R | 421 | 570 | 464 | 309 | 439 | 349 |
| Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES | M/R | 10.865 | 9.756 | 11.012 | 10.585 | 11.625 | 11.231 |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NUTRIÇÃO (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ATENDIMENTOS | M/R | 1.091 | 1.072 | 1.068 | 1.099 | 1.037 | 1.095 | 6462 |
| Nº DE TRIAGEM NUTRICIONAL | M/R | 127 | 77 | 95 | 127 | 105 | 121 | 652 |
| Nº DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ALTA | M/R | 4 | 1 | 1 | 6 | 3 | 4 | 19 |
| Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA PACIENTES | M/R | 25.608 | 24.768 | 24.397 | 24.389 | 23.047 | 23.823 | 146032 |
| Nº DE REFEIÇOES SERVIDOS PARA ACOMPANHANTE | M/R | 486 | 359 | 341 | 507 | 689 | 603 | 2985 |
| Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS PARA COLABORADORES | M/R | 11.483 | 11.908 | 11.049 | 11.250 | 10.843 | 10.988 | 67521 |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES QUALITATIVOS – NUTRIÇÃO (1º Semestre)

| INDICADOR IMC | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESNUTRIÇÃO | 35% | 37% | 39% | 39% | 37,51% | 39,53% | 37% |
| EUTROFIA | 35% | 38% | 35% | 37% | 32,79% | 35,65% | 34% |
| SOBREPESO | 20% | 32% | 15% | 13% | 11,98% | 11,31% | 14% |
| OBESIDADE | 10% | 12% | 10% | 11% | 15,48% | 14,34% | 16% |

## INDICADORES QUALITATIVOS – NUTRIÇÃO (2º Semestre)

| INDICADOR IMC | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESNUTRIÇÃO | 35% | 37% | 39% | 40% | 37% | 39% | 37% |
| EUTROFIA | 35% | 36% | 35% | 34% | 34% | 34% | 41% |
| SOBREPESO | 20% | 11% | 12% | 12% | 13% | 11% | 9% |
| OBESIDADE | 10% | 16% | 14% | 14% | 16% | 16% | 13% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

*OBS: Não alcançamos a meta de desnutrição devido à taxa de internação que é estável e alguns pacientes já chegam com o quadro de risco nutricional e a meta de obesidade devido ao perfil do paciente com mobilidade reduzida, impossibilitando o gasto energético.*

## INDICADORES FISIOTERAPIA (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ATENDIMENTOS | 7200 | 7807 | 7162 | 7779 | 7723 | 7960 | 7633 |
| TOTAL PROCEDIMENTOS FISIO. RESPIRATÓRIA | 11.100 | 11.761 | 11.082 | 12.277 | 12.190 | 12.055 | 11.463 |
| TOTAL PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA | 9800 | 9580 | 8950 | 9928 | 9916 | 10.159 | 11.463 |
| Nº DE INTUBAÇÕES | M/R | 7 | 3 | 4 | 9 | 6 | 8 |
| Nº DE EXTUBAÇÕES | M/R | 11 | 5 | 6 | 6 | 5 | 7 |
| Nº DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| INDICE DE FALHA NA EXTUBAÇÃO | 0% | 0% | 1% | 2% | 1% | 1% | 2% |
| MEDIA PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS | M/R | 9,8 | 10,8 | 10,1 | 13,1 | 11,3 | 10,7 |
| MEDIA DE PACIENTES EM CNO2 | M/R | 16,2 | 11,6 | 8,2 | 11,1 | 10,7 | 11,2 |
| MEDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS | M/R | 3,9 | 4 | 4,7 | 3,5 | 1,9 | 1,5 |
| MEDIA DE PACIENTES EM MNR | M/R | 0,5 | 0,1 | 0,5 | 0,2 | 0,3 | 0,7 |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES FISIOTERAPIA (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ATENDIMENTOS | 7200 | 7.513 | 7254 | 7256 | 7472 | 7117 | 7056 | 89732 |
| TOTAL PROCEDIMENTOS FISIO. RESPIRATÓRIA | 11.100 | 11.422 | 11.119 | 11.291 | 11.028 | 10.776 | 10.035 | 136.499 |
| TOTAL PROCEDIMENTOS FISIOTERAPIA MOTORA | 9800 | 9.266 | 9.313 | 9439 | 8824 | 8697 | 8331 | 113866 |
| Nº DE INTUBAÇÕES | M/R | 6 | 4 | 12 | 7 | 7 | 3 | 76 |
| Nº DE EXTUBAÇÕES | M/R | 6 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2 | 59 |
| Nº DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| INDICE DE FALHA NA EXTUBAÇÃO | 0% | 1% | 1% | 0% | 2% | 0% | 0% | - |
| MEDIA PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS | M/R | 13,6 | 15,8 | 14,4 | 14,9 | 13,6 | 14,5 | 152,6 |
| MEDIA DE PACIENTES EM CNO2 | M/R | 12,3 | 10,9 | 10,6 | 12,3 | 12,9 | 8,9 | 136,9 |
| MEDIA DE PACIENTES NEBULIZADOS | M/R | 2,9 | 5,4 | 3,6 | 3,9 | 5,6 | 4,6 | 45,5 |
| MEDIA DE PACIENTES EM MNR | M/R | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 3,7 |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES SERVIÇO SOCIAL (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ALTA HOSPITALAR | M/R | 104 | 78 | 94 | 59 | 83 | 69 |
| Nº DE ATENDIMENTOS | 450 | 492 | 454 | 468 | 357 | 114 | 449 |
| Nº DE SOLICITAÇÕES DE O2 | M/R | 7 | 3 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Nº DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD | M/R | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| Nº DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA | M/R | 49 | 31 | 23 | 27 | 18 | 20 |
| TAXA DE EVASÃO/DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO | 5% | 2,88% | 1,28% | 3,2% | 8,5% | 1% | 3% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES SERVIÇO SOCIAL (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ALTA HOSPITALAR | M/R | 99 | 53 | 78 | 96 | 88 | 69 | 970 |
| Nº DE ATENDIMENTOS | 450 | 524 | 437 | 570 | 608 | 456 | 449 | 5378 |
| Nº DE SOLICITAÇÕES DE O2 | M/R | 2 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 26 |
| Nº DE ALTA MELHOR EM CASA/EMAD | M/R | 0 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 20 |
| N° DE RELATÓRIOS DE RETAGUARDA | M/R | 0 | 9 | 10 | 6 | 1 | 20 | 214 |
| N° DE ADMISSÕES DE PACIENTES SOCIAL | M/R | - | - | 97 | 1 | 1 | 4 | 103 |
| N° DE ORIENTAÇÕES AOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS (DURANTE O MANEJO DE ALTA) | M/R | - | - | 2 | 0 | 1 | 7 | 10 |
| TAXA DE EVASÃO/DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO | 5% | 3% | 2% | 3% | 2% | 3% | 2% | - |
| TAXA DE PACIENTES COM SINAL DE VIOLÊNCIA | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| TAXA DE ACOLHIMENTO DE ÓBITO | M/R | - | - | 88% | 3% | 90% | 93% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

*OBS: N° de admissões pacientes social, N° de orientações aos benefícios previdenciários e Taxa de acolhimento de óbito começaram a ser calculados a partir de setembro.*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - PSICOLOGIA (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ATENDIMENTOS | 230 | 364 | 298 | 257 | 243 | 198 | 288 |
| Nº DE ACOLHIMENTOS NOS ÓBITOS/ COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS | M/R | 19 | 24 | 20 | 18 | 21 | 11 |
| Nº DE INTERCONSULTAS RECEBIDAS | M/R | 39 | 49 | 53 | 49 | 42 | 45 |
| Nº DE INTERCONSULTAS REALIZADAS | M/R | 95 | 65 | 65 | 59 | 53 | 53 |
| Nº DE INTERCORRÊNCIAS | M/R | 17 | 15 | 24 | 9 | 9 | 5 |
| Nº DE ATENDIMENTOS FAMILIARES | 80 | 104 | 94 | 108 | 90 | 87 | 77 |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - PSICOLOGIA (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ATENDIMENTOS | 230 | 292 | 317 | 252 | 182 | 164 | 198 | 1405 |
| Nº DE INTERCONSULTAS RECEBIDAS | M/R | 27 | 32 | 26 | 31 | 37 | 30 | 183 |
| Nº DE INTERCONSULTAS REALIZADAS | M/R | 55 | 69 | 58 | 44 | 37 | 44 | 307 |
| Nº DE INTERCORRÊNCIAS | M/R | 7 | 11 | 5 | 7 | 6 | 10 | 46 |
| Nº DE ATENDIMENTOS FAMILIARES | 80 | 134 | 98 | 60 | 75 | 48 | 64 | 479 |
| N° DE VISITAS DE MENOR DE 12 ANOS | M/R | - | - | 7 | 4 | 3 | 7 | 21 |
| N° DE ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO** | M/R | - | - | 8 | 3 | 4 | 6 | 21 |
| N° DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS MÊS** | M/R | - | - | 3 | 68 | 9 | 10 | 90 |
| N° DE REUNIÕES E CONFERENCIAS C/ FAMILIARES PARA FECHAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS** | M/R | - | - | 3 | 14 | 12 | 3 | 32 |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO - **Indicadores mensurados a partir de setembro de 2023.*
*obs: N° de visitas de menor de 12 anos, N° de atendimento a paciente psiquiátrico, N° de pacientes inseridos no protocolo e N° de reuniões e conferencias c/ familiares começaram a ser calculados em setembro.*

## INDICADORES QUALITATIVOS - PSICOLOGIA (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTICIAS | M/R | 19 | 24 | 20 | 18 | 21 | 11 |
| TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICIDIO | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS | M/R | 5% | 5% | 9% | 11% | 13% | 10% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES QUALITATIVOS - PSICOLOGIA (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE ACOLHIMENTO DE ÓBITOS E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTICIAS | M/R | 18 | 18 | 14 | 14 | 6 | 18 | 201 |
| TAXA DE PACIENTES EM RISCO DE VULNERABILIDADE EMOCIONAL E RISCO DE SUICIDIO | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| TAXA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS | M/R | 10% | 10% | 6% | 2% | 78% | 48% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES FONOAUDIOLOGIA (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ATENDIMENTOS | M/R | 367 | 301 | 301 | 234 | 246 | 203 |
| Nº DE AVALIAÇÕES | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TAXA DE DECANULADOS | 27% | 25% | 66,67% | 0% | 75,0% | 0% | 0% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## INDICADORES FONOAUDIOLOGIA (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE ATENDIMENTOS | M/R | 198 | 181 | 168 | 173 | 166 | 130 | 2668 |
| Nº DE AVALIAÇÕES | M/R | 0 | 0 | 0 | 151 | 63 | 54 | 268 |
| N° DE PACIENTES QUE PASSARAM DE VIA ALTERNATIVA PARA ORAL** | M/R | - | - | - | 18 | 11 | 12 | 41 |
| N° DE ALTAS DA FONOAUDIOLOGIA** | M/R | - | - | - | 25 | 16 | 14 | 55 |
| TAXA DE DECANULADOS | 27% | 50% | 93% | 74% | 33% | 0% | 40% | - |
| TAXA DE PACIENTES INSERIDOS NO PROTOCOLO DE BRONCOAPSIRAÇÃO | 90% | 92% | 93% | 74% | 87% | 91% | 44% | - |
| TAXA DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE ESPESSANTE** | M/R | - | - | - | 25% | 38% | 30% | - |
| TAXA DE TREINO DE OCLUSÃO OU USO DE VÁLVULA DE FALA** | M/R | - | - | - | 5% | 26% | 33% | - |
| TAXA DE PACIENTES REALIZADO DESMAME DE CUFF** | M/R | - | - | - | 2% | 32% | 33% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO - **Indicadores mensurados a partir de outubro de 2023.*
*OBS: N° de pacientes que passaram de via alternativa para oral, N° de altas da fonoaudiologia, Taxa de pacientes com indicação de espessante, Taxa de treino de oclusão ou uso de válvula de fala e Taxa de pacientes realizado desmame de cuff começaram a ser calculados em outubro.*

## INDICADORES NIR - REGULAÇÃO

Os pacientes do HMG são admitidos através da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, gerenciada pela equipe do Núcleo Interno de Regulação da unidade.

O Núcleo Interno de Regulação é responsável por gerenciar e analisar as solicitações de vagas de outras instituições. Após análise, a confirmação da vaga é feita pelo próprio sistema respeitando os critérios de complexidade da unidade.

Após esse retorno, a unidade de origem é responsável por encaminhar este paciente até o HMG. A unidade não possui pronto-atendimento, todas as admissões são realizadas através da Central de Regulação.

## Resultado dos indicadores do 1º semestre de 2023

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE FICHAS AVALIADAS | M/R | 1234 | 1094 | 1222 | 962 | 1272 | 1405 |
| Nº DE REJEIÇÕES | M/R | 1125 | 1101 | 1102 | 889 | 1141 | 1305 |
| Nº DE ACEITES | M/R | 118 | 92 | 148 | 73 | 114 | 93 |
| Nº DE CANCELADAS | M/R | 12 | 10 | 18 | 9 | 17 | 7 |
| Nº DE PACIENTES ADMITIDOS** | M/R | 106 | 92 | 102 | 66 | 114 | 93 |
| Nº DE TRANSFERÊNCIAS | M/R | 8 | 3 | 8 | 4 | 8 | 9 |
| Nº DE AVALIAÇÕES EXTERNAS | M/R | 93 | 68 | 93 | 66 | 97 | 90 |
| Nº DE REMOÇÕES | M/R | 113 | 82 | 113 | 81 | 107 | 103 |
| TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER (DIAS) | <15 | 25 | 18 | 20 | 21 | 16 | 13 |
| TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS | 85% | 90% | 90% | 85% | 88% | 87% | 93% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

## Resultado dos indicadores do 2º semestre de 2023.

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE FICHAS AVALIADAS | M/R | 1697 | 1702 | 1570 | 984 | 1092 | 1012 | 15246 |
| Nº DE REJEIÇÕES | M/R | 1560 | 1619 | 1455 | 855 | 970 | 896 | 14018 |
| Nº DE ACEITES | M/R | 122 | 77 | 105 | 110 | 102 | 116 | 1270 |
| Nº DE CANCELADAS | M/R | 15 | 6 | 10 | 19 | 20 | 17 | 160 |
| Nº DE TRANSFERÊNCIAS | M/R | 7 | 4 | 2 | 10 | 7 | 10 | 80 |
| Nº DE AVALIAÇÕES EXTERNAS | M/R | 104 | 107 | 113 | 86 | 103 | 109 | 1129 |
| Nº DE REMOÇÕES | M/R | 116 | 113 | 123 | 100 | 111 | 125 | 1287 |
| TEMPO DE SOLICITAÇÃO X REALIZAÇÃO DE CATETER (DIAS) | <15 | 13 | 8 | 7 | 8 | 10 | 8 | 167 |
| TAXA DE CONVERSÃO DE PACIENTES ADMITIDOS | 85% | 89% | 92% | 90% | 83% | 80% | 85% | - |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO*

*OBS: As rejeições realizadas na Central de Regulação correspondem a fichas que não se enquadram com o perfil da unidade, bem como a sua complexidade. **Indicador pacientes admitidos retirado do relatório.*

## 3.4. SERVIÇOS AUXILIARES À ASSISTÊNCIA

### INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - GLOBAL (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | 13 | 14 | 11 | 12 | 10 | 4 |
| Nº DE NC REGISTRADAS | M/R | 85 | 58 | 95 | 83 | 72 | 139 |
| Nº DE NC TRATADAS | M/R | 49 | 25 | 75 | 83 | 69 | 122 |
| CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICAVEL | M/R | 46 | 33 | 85 | 70 | 46 | 126 |
| NEAR MISS (QUASE ERRO) | M/R | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO) | M/R | 0 | 11 | 1 | 1 | 18 | 13 |
| INCIDENTE SEM DANO | M/R | 16 | 14 | 8 | 3 | 8 | 0 |
| RISCO DE QUEDA | M/R | 7 | 1 | 2 | 1 | 5 | 4 |
| RISCO DE LPP | M/R | 6 | 2 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| PROCEDIMENTOS | M/R | 5 | 14 | 7 | 1 | 7 | 16 |
| SEGURANÇA MEDICAMENTO (Erros de administração e/ou prescrição) | M/R | 24 | 10 | 3 | 2 | 10 | 17 |
| RISCO DE INFECÇÃO | M/R | 13 | 11 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| COMUNICAÇÃO EFETIVA | M/R | 24 | 19 | 8 | 9 | 5 | 19 |
| IDENTIFICAÇÃO SEGURA | M/R | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 |

**Fonte: Controle interno*

### INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - GLOBAL (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | 3 | 5 | 32 | 32 | 35 | 34 | 205 |
| Nº DE NC REGISTRADAS | M/R | 225 | 181 | 215 | 116 | 70 | 48 | 1387 |
| Nº DE NC TRATADAS | M/R | 218 | 179 | 202 | 114 | 68 | 46 | 1250 |
| CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICAVEL | M/R | 216 | 172 | 208 | 108 | 58 | 38 | 1206 |
| NEAR MISS (QUASE ERRO) | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| INCIDENTE COM DANO (EVENTO ADVERSO) | M/R | 9 | 7 | 5 | 2 | 7 | 7 | 81 |
| INCIDENTE SEM DANO | M/R | 0 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 | 68 |
| RISCO DE QUEDA | M/R | 9 | 11 | 8 | 2 | 6 | 4 | 60 |
| RISCO DE LPP | M/R | 56 | 2 | 8 | 9 | 6 | 3 | 142 |
| PROCEDIMENTOS | M/R | 80 | 34 | 16 | 10 | 15 | 17 | 222 |
| SEGURANÇA MEDICAMENTO (Erros de administração e/ou prescrição) | M/R | 12 | 48 | 26 | 25 | 10 | 2 | 189 |
| RISCO DE INFECÇÃO | M/R | 3 | 3 | 7 | 2 | 5 | 2 | 59 |
| COMUNICAÇÃO EFETIVA | M/R | 13 | 8 | 14 | 10 | 8 | 5 | 142 |
| IDENTIFICAÇÃO SEGURA | M/R | 26 | 17 | 17 | 10 | 3 | 4 | 86 |

**Fonte: Controle interno*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - CLÍNICA MÉDICA - (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | - | - | - | - | - | - |
| Nº NC REGISTRADA | M/R | 25 | 16 | 17 | 22 | 12 | 17 |
| Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (20 dias) | M/R | 25 | 16 | 17 | 22 | 12 | 17 |
| NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL | M/R | 10 | 9 | 12 | 19 | 6 | 14 |
| Nº NC NEAR MISS | M/R | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Nº NC INCIDENTE COM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO | M/R | 7 | 5 | 5 | 1 | 4 | 0 |
| Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS | M/R | 4 | 0 | 3 | 0 | 2 | 3 |
| Nº NC RELACIOANADA À LPP | M/R | 2 | 0 | 1 | 4 | 1 | 0 |
| Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO | M/R | 6 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Nº DE LONDRES | M/R | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº NC RELACIONAMENTO INTERPESSOAL | M/R | 1 | 1 | 3 | 6 | 0 | 2 |

**Fonte: Controle interno*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - CLÍNICA MÉDICA - (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | 2 | 28 | 32 | 10 | 10 | 8 | 90 |
| Nº NC REGISTRADA | M/R | 43 | 29 | 31 | 14 | 12 | 14 | 252 |
| Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (20 dias) | M/R | 43 | 29 | 31 | 13 | 11 | 13 | 249 |
| NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL | M/R | 36 | 26 | 28 | 14 | 12 | 13 | 199 |
| Nº NC NEAR MISS | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Nº NC INCIDENTE COM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO | M/R | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS | M/R | 3 | 4 | 3 | 0 | 2 | 1 | 25 |
| Nº NC RELACIOANADA À LPP | M/R | 12 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0 | 27 |
| Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO | M/R | 4 | 4 | 7 | 2 | 6 | 1 | 41 |
| Nº DE LONDRES | M/R | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Nº NC RELACIONAMENTO INTERPESSOAL | M/R | 0 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 19 |

**Fonte: Controle interno*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - UTI - (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | - | - | - | - | - | - |
| Nº NC REGISTRADA | M/R | 14 | 11 | 14 | 6 | 14 | 36 |
| Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (20 dias) | M/R | 14 | 11 | 14 | 6 | 14 | 36 |
| NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL | M/R | 8 | 4 | 13 | 5 | 4 | 33 |
| Nº NC NEAR MISS | M/R | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Nº NC INCIDENTE COM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO | M/R | 4 | 3 | 1 | 0 | 3 | 0 |
| Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº NC RELACIOANADA À LPP | M/R | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 1 |
| Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO | M/R | 6 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 |
| Nº DE LONDRES | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Nº NC RELACIONAMENTO INTERPESSOAL | M/R | 0 | 0 | 8 | 1 | 1 | 2 |

**Fonte: Controle interno*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - UTI - (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | 2 | 25 | 35 | 10 | 10 | 10 | 92 |
| Nº NC REGISTRADA | M/R | 43 | 23 | 36 | 33 | 23 | 12 | 265 |
| Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (20 dias) | M/R | 43 | 23 | 30 | 33 | 22 | 12 | 258 |
| NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL | M/R | 41 | 19 | 36 | 32 | 19 | 9 | 223 |
| Nº NC NEAR MISS | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Nº NC INCIDENTE COM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 16 |
| Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS | M/R | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| Nº NC RELACIOANADA À LPP | M/R | 8 | 0 | 0 | 4 | 0 | 3 | 21 |
| Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO | M/R | 2 | 0 | 6 | 5 | 2 | 1 | 31 |
| Nº DE LONDRES | M/R | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Nº NC RELACIONAMENTO INTERPESSOAL | M/R | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 15 |

**Fonte: Controle interno*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - RETAGUARDA - (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | - | - | - | - | - | - |
| Nº NC REGISTRADA | M/R | 36 | 25 | 36 | 28 | 35 | 44 |
| Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (20 dias) | M/R | 36 | 25 | 36 | 25 | 35 | 44 |
| NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL | M/R | 24 | 14 | 33 | 19 | 25 | 37 |
| Nº NC NEAR MISS | M/R | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Nº NC INCIDENTE COM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO | M/R | 5 | 6 | 3 | 2 | 2 | 0 |
| Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS | M/R | 3 | 1 | - | 1 | 3 | 0 |
| Nº NC RELACIOANADA À LPP | M/R | 3 | 2 | 9 | 8 | 6 | 9 |
| Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO | M/R | 15 | 2 | 4 | 1 | 5 | 6 |
| Nº DE LONDRES | M/R | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº NC RELACIONAMENTO INTERPESSOAL | M/R | 0 | 2 | 3 | 4 | 0 | 6 |

**Fonte: Controle interno*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - RETAGUARDA - (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | 2 | 20 | 20 | 7 | 3 | 10 | 62 |
| Nº NC REGISTRADA | M/R | 56 | 56 | 27 | 33 | 17 | 20 | 413 |
| Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (20 dias) | M/R | 56 | 55 | 26 | 32 | 16 | 20 | 406 |
| NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL | M/R | 49 | 55 | 26 | 29 | 17 | 14 | 342 |
| Nº NC NEAR MISS | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Nº NC INCIDENTE COM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO | M/R | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 27 |
| Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS | M/R | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 4 | 25 |
| Nº NC RELACIOANADA À LPP | M/R | 3 | 1 | 3 | 4 | 4 | 0 | 52 |
| Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO | M/R | 3 | 19 | 1 | 5 | 3 | 0 | 64 |
| Nº DE LONDRES | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Nº NC RELACIONAMENTO INTERPESSOAL | M/R | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 25 |

**Fonte: Controle interno*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - PEDIATRIA - (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | - | - | - | - | - | - |
| Nº NC REGISTRADA | M/R | - | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (20 dias) | M/R | - | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL | M/R | - | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Nº NC NEAR MISS | M/R | - | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Nº NC INCIDENTE COM DANO | M/R | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO | M/R | - | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS | M/R | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº NC RELACIOANADA À LPP | M/R | - | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO | M/R | - | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº DE LONDRES | M/R | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Nº NC RELACIONAMENTO INTERPESSOAL | M/R | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Fonte: Controle interno*

*OBS: Nº VISITAS TÉCNICAS começou a ser calculado em Julho. Em fevereiro, iniciou o calculo de novos indicadores.*

## INDICADORES QUANTITATIVOS - NSP - PEDIATRIA - (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº VISITAS TÉCNICAS | 30 | 3 | 10 | 15 | 5 | 3 | 6 | 42 |
| Nº NC REGISTRADA | M/R | 3 | 0 | 4 | 4 | 18 | 2 | 37 |
| Nº NC TRATADA DENTRO DO PRAZO (20 dias) | M/R | 3 | 0 | 4 | 4 | 17 | 2 | 35 |
| NC CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL | M/R | 3 | 0 | 4 | 4 | 15 | 1 | 32 |
| Nº NC NEAR MISS | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Nº NC INCIDENTE COM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Nº DE NC: INCIDENTE SEM DANO | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| Nº NC RELACIONADAS À QUEDAS | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Nº NC RELACIOANADA À LPP | M/R | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 11 |
| Nº DE NC RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO / PRESCRIÇÃO | M/R | 1 | 0 | 1 | 3 | 3 | 0 | 9 |
| Nº DE LONDRES | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Nº NC RELACIONAMENTO INTERPESSOAL | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Fonte: Controle interno*

## INDICADORES QUALITATIVOS - NSP - GLOBAL - (1º Semestre)

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO) | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| TAXA DE NC TRATATA TOTAL | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| LONDRES EM 72 HORAS | 100% | 100% | ** | ** | ** | 100% | 100% |
| TAXA DE INCIDENTE COM DANO | <10% | ** | ** | ** | ** | ** | ** |
| Nº TOTAL DE NC POR PERFIL | M/R | 75 | 53 | 69 | 58 | 62 | 97 |
| Nº TOTAL DE NC | M/R | 78 | 58 | 95 | 83 | 72 | 139 |

**Fonte: Controle interno / **Indica os meses que não houve registros.*

## INDICADORES QUALITATIVOS - NSP - GLOBAL - (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TAXA DE NC TRATADA (DENTRO DO PRAZO) | 95% | 100% | 99,07% | 92,85% | 95,68% | 95% | 99,02% | - |
| TAXA DE NC TRATATA TOTAL | 90% | 100% | 100% | 92,85% | 95,68% | 95% | 99,02% | - |
| LONDRES EM 72 HORAS | 100% | 100% | 100% | ** | 0% | 0% | 0% | - |
| TAXA DE INCIDENTE COM DANO | <10% | ** | ** | ** | 1,72% | 1,0% | 1,0% | - |
| Nº TOTAL DE NC POR PERFIL | M/R | 145 | 108 | 98 | 84 | 4 | 48 | 901 |
| Nº TOTAL DE NC | M/R | 225 | 181 | 215 | 116 | 70 | 48 | 1380 |

**Fonte: Controle interno - **Indica os meses que não houve registros.*

***OBS: Taxa de incidente com dano começou a ser calculado em Outubro.***

## INDICADORES NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é o setor responsável pelo planejamento, organização e execução de cursos de atualização direcionados aos colaboradores da unidade que compõem o quadro funcional.

### Resultado dos indicadores do 1º Semestre.

| INDICADOR | Meta | 01/23 | 02/23 | 03/23 | 04/23 | 05/23 | 06/23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Total de Treinamentos** | 75 | 61 | 83 | 66 | 98 | 45 | 127 |
| **Total de Participações** | 1500 | 1020 | 1237 | 1480 | 1850 | 1005 | 2066 |
| **Total de Horas Realizadas** | 1700 | 1096 | 1240 | 1587 | 1868 | 1005 | 2483 |
| **Homem Hora** | 02 H | 1,42 | 1,61 | 2,07 | 2,39 | 1,27 | 2,86 |

**Fonte: Controle interno*

### Resultado dos indicadores do 2º Semestre.

| INDICADOR | Meta | 07/23 | 08/23 | 09/23 | 10/23 | 11/23 | 12/23 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Total de Treinamentos** | 75 | 86 | 95 | 35 | 64 | 23 | 64 | 847 |
| **Total de Participações** | 1500 | 1759 | 1873 | 1419 | 1104 | 146 | 1116 | 16075 |
| **Total de Horas Realizadas** | 1700 | 2021 | 2178 | 1419 | 1243 | 243 | 1132 | 17515 |
| **Homem Hora** | 02 H | 2,44 | 2,63 | 1,75 | 1,45 | 2,82 | 1,3 | 24,01 |

**Fonte: Controle interno*

## ESCOLAS RECEBIDAS EM 2023

| Instituições de Ensino | Curso | Quantidade de alunos |
|---|---|---|
| Grau Tecnico Santo Amaro | Enfermagem | 312 |
| Proz | Enfermagem | 777 |
| Centro de Ensino Grau Tecnico Santo Amaro | Enfermagem | 120 |
| Associação Sequencial de Ensino Superior | Enfermagem | 720 |
| Etec | Enfermagem | 120 |
| Universidade Anhembi Morumbi | Medicina | 320 |
| Universidade Anhembi Morumbi | Fisioterapia | 311 |

## INDICADORES DE SCIH

### Resultado dos indicadores do 1º Semestre.

| INDICADOR | Meta | 01/23 | 02/23 | 03/23 | 04/23 | 05/23 | 06/23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO TOTAL DE IRAS - HOSP | M/R | 4 | 1 | 3 | 5 | 6 | 1 |
| NUMERO TOTAL DE IRAS - UTI | M/R | 2 | 0 | 1 | 4 | 5 | 1 |
| TAXA DE INFECÇÃO HOSP - GERAL | 0% | 2,72% | 0,86% | 2,21% | 5,26% | 5,04% | 0,95% |
| TAXA DE INFECÇÃO HOSP - UTI | 0% | 1,57% | 0% | 0,91% | 4,26% | 4,76% | 1,06% |
| DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC - GERAL | 0 | 7,42% | 2,18% | 8,00% | 7,25% | 12,66% | 2,14% |
| DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC - UTI | 0% | 7,78% | 0% | 7,75% | 17,54% | 28,09% | 7,35% |
| DENSIDADE INCIDENCIA PAV - GERAL | 0% | 0% | 0% | 0% | 11,17% | 0% | 0% |
| DENSIDADE INCIDENCIA PAV - UTI | 3,78% | 0% | 0% | 0% | 16,81% | 0% | 0% |
| DENSIDADE INCIDENCIA ITU - GERAL | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| DENSIDADE INCIDENCIA ITU - UTI | 1,04% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILÇÃO MECANICA | 25,24% | 20,44% | 28,23% | 16,90% | 20,31% | 14,85% | 9,36% |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS - UTI | 55,61% | 37,79% | 45,96% | 20,38% | 19,45% | 30,74% | 24,03% |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA - UTI | 42,35% | 37,79% | 39,07% | 20,38% | 33,45% | 22,28% | 15,55% |
| PERCENTUAIS DE CONTAMINAÇÃO EM UROCULTURAS - GERAL | 0% | 1,27% | 2,63% | 1,16% | 6,15% | 3,45% | 2,27% |
| PERCENTUAIS DE CONTAMINAÇÃO EM UROCULTURAS - UTI | 0% | 0% | 0% | 2,86% | 0% | 2,63% | 5,88% |

*Fonte: Controle interno*

## Resultado dos indicadores do 2º Semestre.

| INDICADOR | Meta | 07/23 | 08/23 | 09/23 | 10/23 | 11/23 | 12/23 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO TOTAL DE IRAS - HOSP | M/R | 4 | 6 | 6 | 4 | 5 | 5 | 50 |
| NUMERO TOTAL DE IRAS - UTI | M/R | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 28 |
| TAXA DE INFECÇÃO HOSP - GERAL | 0% | 2,94% | 6,74% | 5,41% | 3,13% | 4,17% | 4,17% | - |
| TAXA DE INFECÇÃO HOSP - UTI | 0% | 1,77% | 2,50% | 4,04% | 1,87% | 2,56% | 1,68% | - |
| DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC - GERAL | 0% | 7,14% | 1,14% | 12,10% | 3,89% | 2,56% | 12,15% | - |
| DENSIDADE INCIDENCIA DE IPCS ASSOCIADAS A CVC - UTI | 0% | 10,58% | 3,51% | 22,73% | 5,05% | 17,86% | 14,29% | - |
| DENSIDADE INCIDENCIA PAV - GERAL | 3,78% | 0% | 0% | 0% | 0% | 37,97% | 34,48% | - |
| DENSIDADE INCIDENCIA PAV - UTI | 3,78% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 8,62% | - |
| DENSIDADE INCIDENCIA ITU - GERAL | 0% | 0% | 0% | 0% | 6,92% | 0% | 0% | - |
| DENSIDADE INCIDENCIA ITU - UTI | 1,04% | 0% | 0% | 0% | 5,95% | 0% | 0% | - |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILÇÃO MECANICA | 25,24% | 21,27% | 15,44% | 20,37% | 24,87% | 7,63% | 5,39% | - |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS - UTI | 55,61% | 33,22% | 34,91% | 32,29% | 34,92% | 15,86% | 13,01% | - |
| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS DE DEMORA - UTI | 42,35% | 27,24% | 17,72% | 16,70% | 29,63% | 11,24% | 12,64% | - |
| PERCENTUAIS DE CONTAMINAÇÃO EM UROCULTURAS - GERAL | 0% | 1,45% | 2,94% | 3,75% | 1,27% | 6,67% | 0% | - |
| PERCENTUAIS DE CONTAMINAÇÃO EM UROCULTURAS - UTI | 0% | 0% | 0% | 4,00% | 0% | 5,88% | 0% | - |

*Fonte: Controle interno*

## INDICADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### Resultado dos indicadores do 1º Semestre.

| INDICADOR | Meta | 01/23 | 02/23 | 03/23 | 04/23 | 05/23 | 06/23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POSITIVIDADE COVID | M/R | 0 | 0 | 10 | 7 | 1 | 0 |
| TUBERCULOSE | M/R | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| HIV/AIDS | M/R | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HEPATITES | M/R | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SÍFILIS | M/R | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| TAXA DE FALHA NO TRATAMENTO ATB | M/R | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DE OUTRA UNIDADE HOSPITALAR | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM TB-PROVENIENTE DE OUTRA UNIDADE HOSPITALAR | M/R | 1 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DO HMG | M/R | 2 | 0 | 10 | 7 | 1 | 0 |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM TB-PROVENIENTE DO HMG | M/R | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NOTIFICAÇÃO REALIZADA | M/R | 4 | 2 | 1 | 7 | 0 | 2 |
| QUANTIDADE DE NOTIFCAÇÃO DEVOLVIDA | M/R | 142 | 32 | 59 | 0 | 22 | 51 |

### Resultado dos indicadores do 2º Semestre.

| INDICADOR | Meta | 07/23 | 08/23 | 09/23 | 10/23 | 11/23 | 12/23 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POSITIVIDADE COVID | M/R | 0 | 0 | 10 | 3 | 0 | 0 | 31 |
| TUBERCULOSE | M/R | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| HIV/AIDS | M/R | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| HEPATITES | M/R | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| SÍFILIS | M/R | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| TAXA DE FALHA NO TRATAMENTO ATB | M/R | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DE OUTRA UNIDADE HOSPITALAR | M/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM TB-PROVENIENTE DE OUTRA UNIDADE HOSPITALAR | M/R | 1 | 3 | 1 | 4 | 4 | 4 | 25 |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM COVID-PROVENIENTE DO HMG | M/R | 0 | 0 | 10 | 3 | 0 | 0 | 33 |
| QUANTIDADE DE PACIENTE COM TB-PROVENIENTE DO HMG | M/R | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| NOTIFICAÇÃO REALIZADA | M/R | 4 | 2 | 0 | 4 | 1 | 0 | 27 |
| QUANTIDADE DE NOTIFCAÇÃO DEVOLVIDA | M/R | 2 | 4 | 2 | 11 | 0 | 12 | 337 |

## INDICADORES QUALITATIVOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

| INDICADOR | Meta | 01/23 | 02/23 | 03/23 | 04/23 | 05/23 | 06/23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POSITIVIDADE COVID | 5,3% | 0% | 0% | 5,3% | 3,76% | 0,54% | 0% |
| TUBERCULOSE | 1,61% | 0,2% | 0,2% | 0,1% | 0,1% | 0,3% | 0,4% |
| HIV/AIDS | 2,68% | 0,1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| HEPATITES | 2,68% | 0,2% | 0,1% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| SÍFILIS | 2,68% | 0,1% | 0% | 0% | 0,1% | 0% | 0% |
| **INDICADOR** | **Meta** | **07/23** | **08/23** | **09/23** | **10/23** | **11/23** | **12/23** |
| POSITIVIDADE COVID | 5,3% | 0% | 0% | 5,3% | 1,61% | 0% | 0% |
| TUBERCULOSE | 1,61% | 0,6% | 0,4% | 0,6% | 0,8% | 0,3% | 0% |
| HIV/AIDS | 2,68% | 0,1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| HEPATITES | 2,68% | 0,2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| SÍFILIS | 2,68% | 0% | 0,1% | 0% | 0% | 0% | 0% |

### 3.5. SUPRIMENTOS

## INDICADORES FARMÁCIA (1º Semestre)

| INDICADOR | POLARIDADE | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR DE SOLICITAÇÃO DE EMPRÉSTIMO | Quanto menor, melhor | 0,18% | 0,61% | 0,08% | 0,01% | 0,07% | 0,24% |
| Nº DE ITENS DISPENSADOS | Variável | 299.844 | 326.922 | 340.480 | 345.144 | 317.692 | 267.643 |
| PERCENTUAL DE ITENS DEVOLVIDOS | Quanto menor, melhor | ** | ** | ** | 2% | 1,5% | 2% |
| Nº DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS | Quanto maior, melhor | 2.813 | 2.656 | 247 | 590 | 541 | 616 |
| PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO DE MED DE USO PRÓPRIO DO PACIENTE | Variável | 7% | 9% | 3% | 13,4% | 15% | 15,8% |
| RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS | Quanto maior, melhor | 46% | 21% | 60% | 75% | 72% | 70% |
| TAXA DE ERRO SEPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS | Quanto menor melhor | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO / **Percentual de itens devolvidos começou a calculado em abril, mas foi retirado em julho devido o resultado apresentar porcentagens muito baixas e possuir a necessidade de acompanhamento do dado.*

### INDICADORES FARMÁCIA (2º Semestre)

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERDAS DE ITENS POR VALIDADE/ QUEBRA | <= 0,3 % | 0,4% | 1,79% | 0,13% | 0,81% | 0,89% | 0,3% |
| ITENS SEM MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE | < = 1,5% | 9,9% | 6,3% | 8,4% | 13,8% | 12,3% | 10,6% |
| EMPRÉSTIMOS SOLICITADOS | <= 0,3 % | 0,12% | 0,01% | 0,13% | 0,13% | 0,08% | 0,00% |
| INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS | 200% | 179% | 267% | 229% | 179% | 291% | 319% |
| RECONCILIAÇÕES MEDICAMENTOSAS REALIZADAS | 100% | 81% | 71% | 85% | 80% | 94% | 96% |
| COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO | Indicadores alterados a partir do segundo semestre.*

## 3.6. INFRAESTRUTURA

### ENGENHARIA CLÍNICA E PREDIAL

### Resultado dos indicadores do 2º Semestre.

| INDICADOR - ENGENHARIA CLÍNICA | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CALIBRAÇÃO | M/R | 35 | 40 | 19 | 27 | 21 | 0 | 142 |
| MANUTENÇÃO CORRETIVA | M/R | 132 | 103 | 68 | 122 | 54 | 51 | 530 |
| ENTREGA DE EQUIPAMENTO | M/R | 46 | 5 | 2 | 13 | 6 | 1 | 73 |
| INSPEÇÃO DE ROTINA | M/R | 303 | 236 | 141 | 182 | 237 | 270 | 1369 |
| INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS | M/R | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| MANUTENÇÃO PREVENTIVA | M/R | 315 | 302 | 323 | 242 | 152 | 293 | 1627 |
| TESTE DE SEGURANÇA ELÉTRICA | M/R | 79 | 42 | 20 | 2 | 10 | 0 | 153 |

***OBS: Os indicadores deste setor passaram à serem mensurados somente à partir de julho de 2023.***

## Resultado dos indicadores do 2º Semestre.

| INDICADOR - MANUTENÇÃO PREDIAL | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANUTENÇÃO CORRETIVA | M/R | 187 | 236 | 223 | 287 | 148 | 149 | 1230 |
| MANUTENÇÃO PREVENTIVA | M/R | 278 | 395 | 381 | 316 | 356 | 456 | 2182 |
| INSPEÇÃO DE ROTINA | M/R | 139 | 128 | 83 | 101 | 109 | 130 | 690 |
| INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS | M/R | 103 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 111 |

***OBS: Os indicadores deste setor passaram à serem mensurados somente à partir de julho de 2023.***

## 3.7. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

### Resultado dos indicadores do 2º Semestre

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| QUANTIDADE DE CHAMADOS INCIDENTE | M/R | ** | 59 | 94 | 82 | 92 | 98 | 425 |
| QUANTIDADE DE CHAMADOS DEREQUISICAO | M/R | ** | 140 | 129 | 151 | 129 | 106 | 655 |
| QUANTIDADE DE CHAMADOSFINALIZADOS | M/R | ** | 186 | 220 | 219 | 205 | 193 | 1023 |
| QUANTIDADE DE CHAMADOSTOTAIS | M/R | ** | 199 | 223 | 233 | 221 | 204 | 1080 |
| TEMPO MEDIO DE SOLUCAO EMHORAS | M/R | ** | 59 | 4 | 4 | 3h | 3h | 67 |
| INDISPONIBILIDADE DE INTERNETEM HORAS | M/R | ** | 00:00:00 | 00:00:00 | 00:00:00 | 00:00:00 | 00:00:00 | 00:00:00 |
| QUANTIDADE DE SOLICITAÇÃO DEACESSO AS CÂMERAS | M/R | ** | 0 | 0 | 10 | 2 | 4 | 16 |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO / ** Os indicadores deste setor passaram à serem mensurados somente à partir de agosto de 2023.*

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chamados abertos x Chamadosfechados | 100% | ** | 93,47% | 98,66% | 93,98% | 92.77% | 94,6% |
| Chamados atendidos no prazo SLA 24h (engloba chamados pendentes que precisa atuaçãode terceiros) | 60% | ** | 53% | 66.5% | 52% | 54% | 96% |

**Fonte: SMPEP E CONTROLE INTERNO / ** Os indicadores deste setor passaram à serem mensurados somente à partir de agosto de 2023.*

## 3.8. OUTROS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

### INDICADORES FATURAMENTO

Durante o período, todas as autorizações de Internações Hospitalares – AIH, obtiveram aceitação.

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL DE AIH FATURADAS | M/R | 186 | 132 | 161 | 124 | 140 | 123 |
| TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS | M/R | 58 | 25 | 29 | 33 | 27 | 28 |
| TOTAL DE ATENDIMENTOS A COLABORADORES | M/R | 18 | 12 | 3 | 3 | 7 | 8 |
| REPRESENTAÇÃO DE COMPRETÊNCIA ANTERIOR | M/R | 0 | 0 | 3 | 6 | 4 | 0 |
| TOTAL DE DEVOLUTIVAS POR FALHA DO SETOR | M/R | 3 | 9 | 3 | 0 | 38 | 7 |
| TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS | M/R | 119 | 37 | 67 | 43 | 27 | 4 |
| TOTAL DE PROCEDIMENTOS LANÇADOS PELO FATURAMENTO | M/R | ** | ** | ** | ** | ** | ** |

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL DE AIH FATURADAS | M/R | 161 | 114 | 130 | 196 | 220 | 221 | 1908 |
| TOTAL DE PARCIAIS COBRADAS | M/R | 37 | 31 | 31 | 81 | 109 | 118 | 607 |
| TOTAL DE ATENDIMENTOS A COLABORADORES | M/R | 12 | 8 | 6 | 5 | 14 | 12 | 108 |
| REPRESENTAÇÃO DE COMPRETÊNCIA ANTERIOR | M/R | 8 | 4 | 0 | 1 | 1 | 0 | 27 |
| TOTAL DE DEVOLUTIVAS POR FALHA DO SETOR | M/R | 18 | 2 | 20 | 87 | 18 | * | 205 |
| TOTAL DE GLOSAS POR ESTOURO DE LEITOS | M/R | 1 | 2 | 11 | 6 | * | * | 317 |
| TOTAL DE PROCEDIMENTOS LANÇADOS PELO FATURAMENTO | M/R | ** | ** | ** | 442 | 318 | 265 | 1025 |

** Alguns indicadores vão ser alterados conforme devolutiva do faturamento que acontece somente depois da entrega dos indicadores de qualidade.*

## INDICADORES OUVIDORIA

A Ouvidoria do HMG foi implantada em agosto de 2020. No que diz respeito a sua atuação, busca-se acolher, compreender, qualificar as diferentes formas de manifestação, acompanhar e responder aos cidadãos e reconhecê-los, sem qualquer distinção, como sujeitos de direitos.

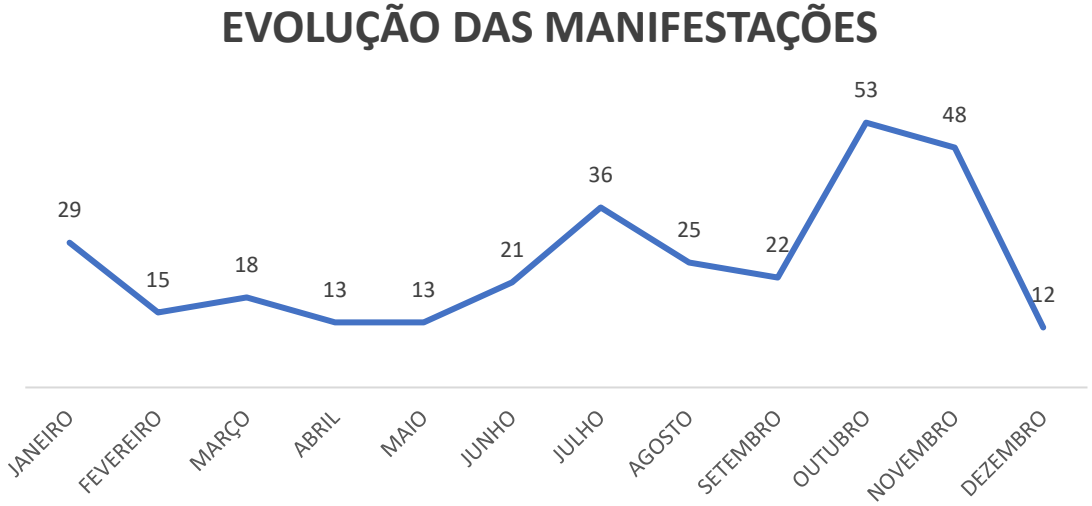
De acordo com as informações do Banco de dados Ouvidoria SUS, foram registradas no ano de 2023, o total de 305 manifestações, conforme tabelas a seguir:

**Banco de dados Ouvidor SUS - Resultado dos indicadores do 1º semestre de 2023.**

| | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Denúncia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Elogio | 13 | 6 | 6 | 7 | 8 | 10 |
| Informação | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reclamação | 10 | 8 | 7 | 4 | 2 | 7 |
| Solicitação | 6 | 1 | 5 | 2 | 3 | 4 |
| Sugestão | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **29** | **15** | **18** | **13** | **13** | **21** |

**Banco de dados Ouvidor SUS - Resultado dos indicadores do 2º semestre de 2023.**

| | JULHO | AGOSTO | SETEMBRO | OUTUBRO | NOVEMBRO | DEZEMBRO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Denúncia | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Elogio | 23 | 9 | 12 | 41 | 43 | 7 | 185 |
| Informação | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reclamação | 9 | 12 | 7 | 8 | 4 | 5 | 83 |
| Solicitação | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 0 | 35 |
| Sugestão | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **36** | **25** | **22** | **53** | **48** | **12** | **305** |




## 4. MONITORAMENTO CONTRATUAL

O INTS desenvolve ferramentas que possibilitam acompanhar mensalmente os resultados alcançados pela unidade. Desta forma, é realizado o monitoramento dos indicadores contratuais e custos do projeto, visando a eficiência contratual, através do equilíbrio entre o cumprimento das metas e orçamento proposto, bem como a eficácia operacional, através de acompanhamento permanente da qualidade dos serviços prestados.

O monitoramento contratual é realizado através de controles internos compartilhados com as lideranças, assim como os arquivos comprobatórios necessários. A direção local da unidade, a alta gestão do INTS e a equipe coorporativa de monitoramento contratual avalia mensalmente a efetividade e qualidade dos serviços ofertados, buscando e implementando melhorias para as ocorrências externas ao planejamento.

A unidade monitora constantemente a evolução de suas despesas, a fim de assegurar que o projeto seja executado conforme foi orçado. Com isso, é possível administrar de forma detalhada como os recursos estão sendo utilizados e como é possível tornar as despesas mais eficientes.

Até o momento o Hospital Municipal Guarapiranga não recebeu devolutiva formal da Prefeitura sobre o monitoramento contratual referente ao ano de 2023.

# 5. INDICADORES CONTRATUAIS

## 5.1. INDICADORES CONTRATUAIS QUALITATIVOS

### Resultado dos indicadores do 1º Semestre

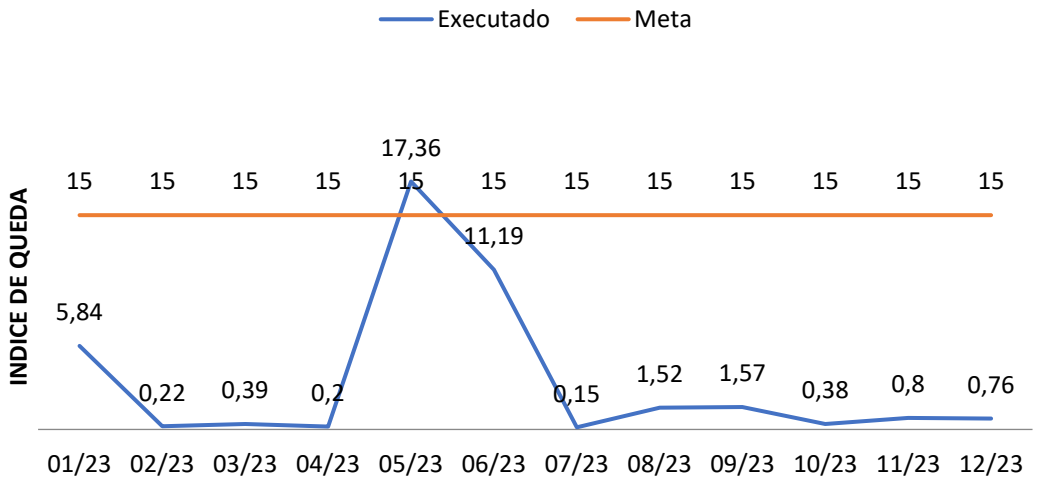
| INDICADOR | Meta | 01/23 | 02/23 | 03/23 | 04/23 | 05/23 | 06/23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÍNDICE DE QUEDA | ≤ 15% | 5,84% | 0,22% | 0,39% | 0,2% | 17,36% | 11,19% |
| TAXA DE OCUPAÇÃO | ≥ 85% | 91,94% | 88,42% | 88,23% | 90,42% | 90,84% | 91,44% |
| ÍNDICE DE ÚLCERA POR PRESSÃO | ≤ 20% | 3,65% | 2,78% | 0,74% | 7,61% | 1,39% | 4,10% |
| TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA | ≥ 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

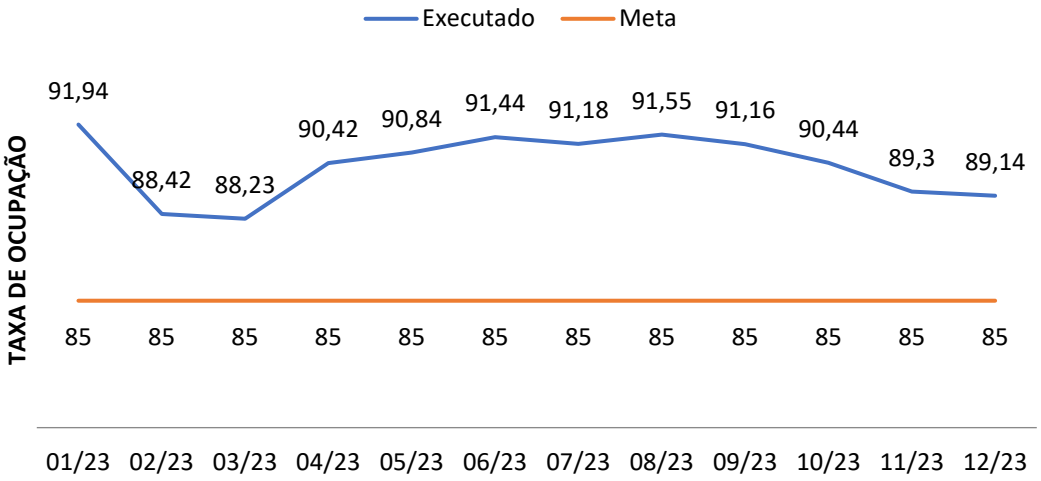
**Fonte: SMPEP e Ouvidor SUS.*

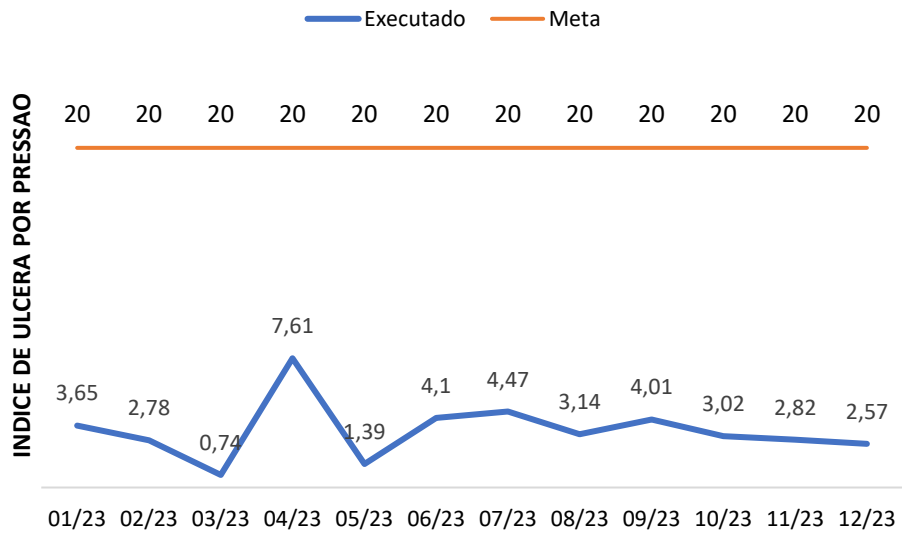
### Resultado dos indicadores do 2º Semestre

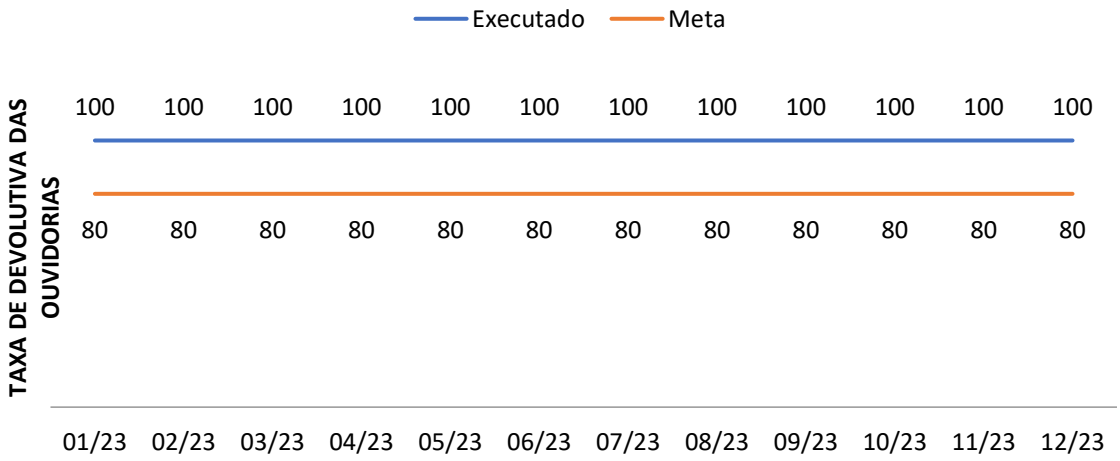
| INDICADOR | Meta | 07/23 | 08/23 | 09/23 | 10/23 | 11/23 | 12/23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÍNDICE DE QUEDA | ≤ 15% | 0,15% | 1,52% | 1,57% | 0,38% | 0,8% | 0,76% |
| TAXA DE OCUPAÇÃO | ≥ 85% | 91,18% | 91,55% | 91,16% | 90,44 | 89,3% | 89,14% |
| ÍNDICE DE ÚLCERA POR PRESSÃO | ≤ 20% | 4,47% | 3,14% | 4,01% | 3,02% | 2,82% | 2,57% |
| TAXA DE DEVOLUTIVA DE OUVIDORIA | ≥ 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| TAXA DE APRESENTAÇÃO DE AIH | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

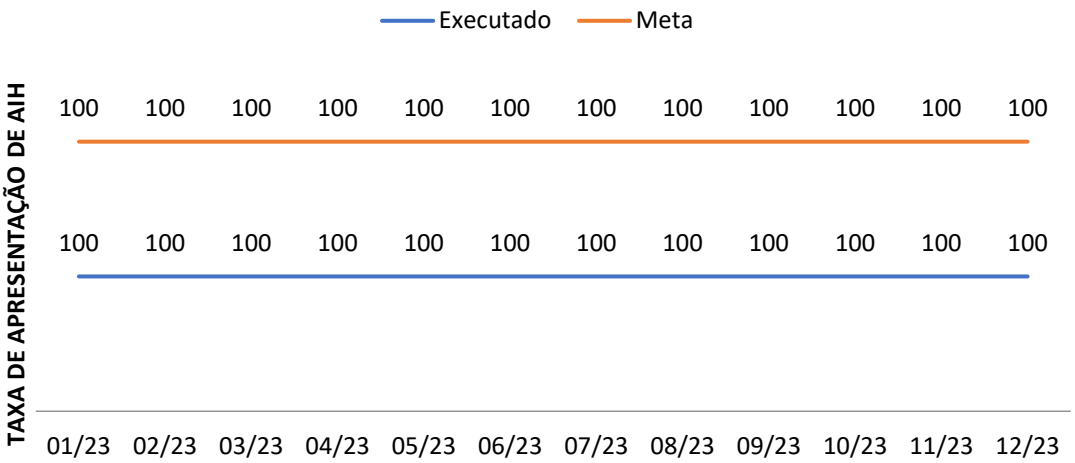
**Fonte: SMPEP e Ouvidor SUS.*




Executado
Meta
TAXA DE OCUPAÇÃO
91,94
88,42
88,23
90,42
90,84
91,44
91,18
91,55
91,16
90,44
89,3
89,14
85
01/23
02/23
03/23
04/23
05/23
06/23
07/23
08/23
09/23
10/23
11/23
12/23


Executado
Meta
INDICE DE ULCERA POR PRESSAO
20
3,65
2,78
0,74
7,61
1,39
4,1
4,47
3,14
4,01
3,02
2,82
2,57
01/23
02/23
03/23
04/23
05/23
06/23
07/23
08/23
09/23
10/23
11/23
12/23


Executado
Meta
TAXA DE DEVOLUTIVA DAS OUVIDORIAS
100
80
01/23
02/23
03/23
04/23
05/23
06/23
07/23
08/23
09/23
10/23
11/23
12/23




## 5.2. INDICADORES CONTRATUAIS QUANTITATIVOS

### Resultado dos indicadores do 1º Semestre

| INDICADOR | Meta | 01/23 | 02/23 | 03/23 | 04/23 | 05/23 | 06/23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE QUEDAS | M/R | 7 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 |
| PACIENTES DIA / 186 LEITOS | > 4750 | 5130 | 4605 | 5096 | 5031 | 5219 | 5093 |
| CASOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO | M/R | 5 | 3 | 1 | 7 | 4 | 11 |
| DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA | M/R | 29 | 15 | 18 | 13 | 13 | 21 |
| APRESENTAÇÃO DE AIH | M/R | 186 | 132 | 161 | 124 | 140 | 123 |

**Fonte: SMPEP e Ouvidor SUS.*

### Resultado dos indicadores do 2º Semestre

| INDICADOR | Meta | 07/23 | 08/23 | 09/23 | 10/23 | 11/23 | 12/23 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE QUEDAS | M/R | 8 | 8 | 8 | 2 | 4 | 4 | 53 |
| PACIENTES DIA / 186 LEITOS | > 4750 | 5251 | 5279 | 5087 | 5215 | 4983 | 5136 | 61125 |
| CASOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO | M/R | 20 | 5 | 11 | 9 | 8 | 7 | 91 |
| DEVOLUTIVAS DE OUVIDORIA | M/R | 36 | 25 | 22 | 53 | 48 | 12 | 305 |
| APRESENTAÇÃO DE AIH | M/R | 161 | 114 | 130 | 196 | 220 | 221 | 1908 |

**Fonte: SMPEP e Ouvidor SUS.*

## 5.3. INDICADORES COMPLEMENTARES

### INDICADORES GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

#### Resultado dos indicadores do 1º Semestre

| INDICADOR | Meta | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO | 0 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES | 12.500 kg | 11.085 kg | 10.805 kg | 12.298 kg | 14.687 kg | 14.427 kg | 13.501 kg |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM | 16.500 kg | 16.665 kg | 14.468 kg | 17.205 kg | 15.979 kg | 16.705 kg | 17.734 kg |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS | 3 L | 0 L | 0 L | 0 L | 0 L | 0 L | 0 L |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS | 1.600 kg | 1.841 kg | 1.557 kg | 1.590 kg | 1.497 kg | 1.385 kg | 1.849 kg |
| RESÍDUO INFECTANTE PACIENTE DIA | 2,5 kg | 2,2 kg | 2,3 kg | 2,4 kg | 2,9 kg | 2,8 kg | 2,7 kg |

**Fonte: Controle interno.*

#### Resultado dos indicadores do 2º Semestre

| INDICADOR | Meta | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACIDENTES OCUPACIONAIS DEVIDO DESCARTE ERRÔNEO | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 13 |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS INFECTANTES | 12.500 kg | 12.348 kg | 13.653 kg | 13.676 kg | 13.759 kg | 12.692 kg | 12.297 kg | 180228 kg |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS COMUM | 16.500 kg | 15.573 kg | 15.393 kg | 15.183 kg | 13.584 kg | 16.461 kg | 16.118 kg | 224068 kg |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS | 3 L | 0 L | 0 L | 0 L | 0 L | 0 L | 0 L | 0 L |
| PRODUÇÃO DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS | 1.600 kg | 1.474 kg | 1.194 kg | 1.223 kg | 1.274 kg | 1.389 kg | 1239 kg | 20712 kg |
| RESÍDUO INFECTANTE PACIENTE DIA | 2,5 kg | 2,4 kg | 2,6 kg | 2,68 kg | 2,6 kg | 2,5 kg | 2,4 kg | 35,48 kg |

**Fonte: Controle interno.*

## INDICADORES HEMODIÁLISE

### Resultado dos indicadores do 1º Semestre

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO ABSOLUTO DE HEMODIÁLISES REALIZADAS | M/R | 229 | 158 | 159 | 166 | 207 | 181 |
| NÚMERO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA HEMODIÁLISE | M/R | 37 | 29 | 28 | 24 | 21 | 24 |
| NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES | M/R | 6,2 | 5,4 | 5,7 | 6,9 | 9,9 | 7,5 |

*Fonte: Controle interno.*

### Resultado dos indicadores do 2º Semestre

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO ABSOLUTO DE HEMODIÁLISES REALIZADAS | M/R | 197 | 241 | 242 | 169 | 110 | 87 | 2146 |
| NÚMERO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA HEMODIÁLISE | M/R | 25 | 29 | 37 | 28 | 14 | 15 | 311 |
| NÚMERO MÉDIO DE SESSÕES POR NÚMERO DE PACIENTES | M/R | 7,9 | 8,3 | 6,5 | 6,0 | 7,5 | 5,8 | 83,6 |

*Fonte: Controle interno.*

## INDICADORES HEMOCOMPONENTES

### Resultado dos indicadores do 1º Semestre

| INDICADOR | META | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | N/A | 29 | 51 | 18 | 44 | 37 | 35 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | N/A | 229 | 158 | 159 | 166 | 207 | 181 |
| PORCENTAGEM DE BOLSAS INSTALADAS EM CP | M/R | 31,81% | 21,57% | 27,78% | 29,55% | 20,51% | 42,86% |
| PORCENTAGEM DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS | 0% | 0% | 1,96% | 0% | 0% | 0% | 0% |

*Fonte: Controle interno.*

### Resultado dos indicadores do 2º Semestre

| INDICADOR | META | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS | N/A | 25 | 55 | 44 | 41 | 18 | 10 | 407 |
| Nº DE SESSÕES DE HEMODIALISE | N/A | 197 | 241 | 242 | 169 | 105 | 87 | 2141 |
| PORCENTAGEM DE BOLSAS INSTALADAS EM CP | M/R | 20% | 7,27% | 0,0% | 0% | 27,78% | 10% | - |
| PORCENTAGEM DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | - |

*Fonte: Controle interno.*

## 6. COMISSÕES

Conforme o contrato de gestão firmado com a extinta Autarquia Hospitalar Municipal é citada sobre a exigência de pleno funcionamento as Comissões Obrigatórios e aquelas exigidas pelos Conselhos de Classe. Em cumprimento ao citado, a unidade possui as seguintes comissões implantadas:

| Comissão | Periodicidade | Anexos | Base Regulatória |
|---|---|---|---|
| Revisão de Óbitos<br>A Comissão de Revisão de Óbitos do Hospital Municipal Guarapiranga tem como atividade avaliar as condições e causas mortis de seus óbitos, bem como promover a melhoria contínua da qualidade de seus registros. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade informações dos atestados de óbitos. Buscar continuamente a melhoria do processo diagnóstico e terapêutico através de análise crítica dos óbitos ocorridos e como documento ético profissional. | Mensal | Anexo 1. Atas das reuniões<br>Anexo 2. Regimento | Resolução CFM nº 2.171/2017. |
| Revisão de Prontuários<br>A Comissão de Revisão de Prontuários do Hospital Municipal Guarapiranga tem como atividade avaliar quantitativamente e qualitativamente, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos registros multiprofissionais. Estabelecer normas para estruturar, monitorar, avaliar a qualidade e promover ações de melhoria dos prontuários do paciente/ cliente. | Mensal | Anexo 3. Atas das reuniões<br>Anexo 4. Regimento | Resolução CFM nº. 1.638/2002. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ética de Enfermagem<br>A Comissão de Ética de Enfermagem do HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA tem função educativa, consultiva e conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético disciplinar dos profissionais de enfermagem, garantindo a conduta ética dos profissionais de Enfermagem, zelando pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Agindo de forma preventiva nas intercorrências e conflitos éticos, notificando o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição sempre que houver irregularidades, reivindicações, sugestões, e, infrações éticas. | Mensal | Anexo 5. Atas das reuniões<br><br>Anexo 6. Regimento | Resolução COFEN nº 593/2018,no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen 421, de 15 de fevereiro de 2012. |
| Ética Médica<br>A Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga tem como atividade funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina. Fiscalizando o exercício das atividades médicas de forma preventiva através da promoção de cursos, palestras, simpósios em educação continuada. | Mensal | Anexo 7. Atas das reuniões<br><br>Anexo 8. Regimento | Resolução CFM 2.152/2016, e Resolução CREMESP 161/2007. |
| Farmácia Terapêutica<br>A Comissão de Farmácia e Terapêutica é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga, tendo a responsabilidade de caráter regulatório, colegiada em atendimento ao Ministério da Saúde (2011) de natureza técnico científica, permanente que tem por finalidade assessorar o gestor e | Mensal | Anexo 9. Atas das reuniões | A Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos visando o uso seguro e racional.<br><br>Para tanto, realiza como atividades principais a seleção de medicamentos da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração de guia farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio á assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras. | | Anexo 10. Regimento | |
| Controle de Infecção Hospitalar<br>A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem por finalidade a definição de ações que visem o controle e a prevenção das infecções hospitalares. Conta para tanto, com a atuação dos membros executores e consultores que estão subordinados à mesma Direção e que têm por finalidade garantir o desenvolvimento das ações programadas de controle das infecções hospitalares. | Mensal | Anexo 11. Atas das reuniões<br><br>Anexo 12. Regimento | Lei nº 9431, de 06.01.1997 e da Portaria n┐2616/98 do Ministério da Saúde. |
| Segurança do Paciente<br>A Comissão de Segurança do Paciente é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem por finalidade garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos pacientes da nossa unidade. Essa comissão é responsável por desenvolver e implementar políticas, protocolos e procedimentos que visam prevenir eventos adversos, reduzir erros médicos, promover a cultura de segurança, e melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. | Mensal | Anexo 13. Atas das reuniões<br><br>Anexo 14. Regimento | Resolução RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Proteção Radiológica**<br>A Comissão de Proteção Radiológica é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga, de natureza técnico científica e assessoria de caráter deliberativo nos assuntos relacionados à proteção radiológica, tem como objetivo o estabelecimento de requisitos básicos de proteção radiológica, promoção de técnicas e procedimentos em radioproteção capaz de minimizar a exposição à radiação ionizante. | Trimestral | Anexo 15. Atas das reuniões<br><br>Anexo 16. Regimento | Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019. |
| **Humanização**<br>A Comissão de Humanização do Hospital Municipal Guarapiranga tem como objetivo promover um ambiente de cuidados de saúde que seja acolhedor, compassivo, respeitoso e centrado no paciente, trabalhando para garantir que os pacientes sejam tratados com dignidade, que suas necessidades físicas, emocionais e psicossociais sejam atendidas, e que eles sejam envolvidos ativamente em seu próprio cuidado. | Mensal | Anexo 17. Atas das reuniões<br><br>Anexo 18. Regimento | Política Nacional de Humanização – PNH. |
| **Prevenção de Acidentes – CIPA**<br>A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga com objetivo na prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador, identificando riscos no ambiente de trabalho e propondo medidas para eliminá-los ou reduzi-los. Organizando campanhas de conscientização, treinamentos e atividades relacionadas à saúde e segurança | Mensal | Anexo 19. Atas das reuniões<br><br>Anexo 20. Regimento | Norma Regulamentadora - NR 5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ocupacional. | | | |
| Cuidados Pele<br>A Comissão de Cuidados da Pele é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem como objetivo principal prevenir e tratar lesões na pele, como úlceras de pressão, dermatites, queimaduras e outras condições dermatológicas. Sempre dedicada a promover a saúde da pele, especialmente em pacientes que estão em risco de desenvolver lesões devido a fatores como imobilidade, incontinência, cirurgias prolongadas, entre outros. | Mensal | Anexo 21. Atas das reuniões<br>Anexo 22. Regimento | Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015. |
| Gerenciamento de Resíduos de Saúde<br>A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem como objetivo principal garantir a correta gestão dos resíduos gerados em nossa unidade, visando à proteção da saúde pública e do meio ambiente. Estabelecendo procedimentos e medidas para minimizar riscos à saúde e ao meio ambiente decorrentes da geração, segregação, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos de serviços de saúde. | Mensal | Anexo 23. Atas das reuniões<br>Anexo 24. Regimento | Resolução RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução RDC 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos; |
| Terapia Nutricional<br>A Comissão de Terapia Nutricional é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga, tendo a responsabilidade de normatizar os processos nutricionais em nossa unidade, acompanhando os pacientes | Trimestral | Anexo 25. Atas das reuniões | RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021 – Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| internados que necessitam de terapia nutricional, sendo enteral ou parenteral, assegurando condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional, visando obter benefícios máximos do procedimento e evitar riscos, através de protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento. | | Anexo 26. Regimentos | |
| Educação Permanente<br>A Comissão de Educação Permanente é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem como objetivo conduzir processos de educação permanentes, como recursos estratégicos para a gestão do trabalho e da educação na saúde, promovendo a integração e negociação entre o INTS e as instituições formadoras, possibilitando a melhoria no desenvolvimento dos trabalhadores. Introduzindo debates e implementando a melhor e mais adequada ação e induzindo processos de transformação das práticas de saúde, por meio do desenvolvimento profissional, garantindo maior impacto da atuação. | Mensal | Anexo 27. Atas das reuniões<br>Anexo 28. Regimento | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) |
| Perfurocortantes<br>A Comissão de Perfurocortantes é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem como objetivo principal promover a segurança dos profissionais de saúde que lidam com materiais perfurocortantes, como agulhas, bisturis e outros instrumentos cirúrgicos afiados. Esses objetos representam um risco significativo de ferimentos e transmissão de doenças, | Trimestral | Anexo 29. Atas das reuniões<br>Anexo 30. Regimento | Norma regulamentadora NR: 32 / ANEXO lll Portaria N.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e ANVISA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| principalmente se não forem manuseados corretamente. | | | |
| Acompanhamento contratual – CAC<br>A Comissão de Acompanhamento Contratual (CAC) é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem como objetivo principal monitorar e garantir o cumprimento de contratos estabelecidos com os fornecedores de produtos ou serviços, acompanhando todas as etapas do processo contratual, desde a seleção e negociação inicial até a execução e avaliação final. | Trimestral | Anexo 31. Atas das reuniões<br>Anexo 32. Regimento | Conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM, através desse ato administrativo |
| Controle de animais Sinantrópicos<br>A Comissão de Controle de Animais Sinantrópicos é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem como objetivo principal a implementação de medidas para controlar a presença e proliferação de animais que vivem no entorno da nossa unidade, conhecidos como animais sinantrópicos. Estes animais podem incluir insetos, roedores, aves e outros que, quando em excesso ou em condições inadequadas, podem representar riscos à saúde pública e ao ambiente. | Trimestral | Anexo 33. Atas das reuniões<br>Anexo 34. Regimento | norma regulamentadora NR: 32 / ANEXO I - Portaria N.º 485, parágrafo 32.10.6, de 11 de novembro de 2005 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde |
| Prevenção da violência<br>A Comissão de Prevenção da Violência é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem como objetivo principal promover a segurança e o bem-estar dos pacientes, visitantes e profissionais de saúde, prevenindo incidentes de violência em ambientes de saúde, trabalha para criar um ambiente seguro e acolhedor, onde todos | Mensal | Anexo 35. Atas das reuniões<br>Anexo 36. Regimento | Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde |

| | | | |
|---|---|---|---|
| os envolvidos possam se sentir protegidos e respeitados. | | | |
| Medicina integrativa<br>A Comissão de Medicina Integrativa é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga e tem como objetivo principal promover a integração de abordagens de saúde convencionais com terapias complementares e alternativas, visando oferecer aos pacientes uma abordagem mais abrangente e holística no cuidado da saúde, buscando incorporar métodos e práticas que são eficazes, seguros e baseados em evidências, tanto da medicina convencional quanto de abordagens complementares, como ozônio terapia, hipnoterapia, meditação, entre outras. | Mensal | Anexo 37. Atas das reuniões<br><br>Anexo 38. Regimento | Tendo a responsabilidade em atendimento à resolução do Conselho |

## 7. AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE

## MÊS DE JANEIRO

### Palestra de Diversidade de Gêneros

No dia 19 de janeiro, os líderes do HMG participaram de uma palestra sobre diversidade de gênero, ministrada pela psicóloga Vitória Freitas. A identidade de gênero e os diferentes tipos de orientação sexual, entre outros tópicos, foram abordados durante o encontro.

Devido ao recebimento de pacientes transgêneros na unidade, foi avaliado e considerado essencial a realização do treinamento para proporcionar aos pacientes um atendimento confortável e uma equipe preparada.

Durante os dias 10, 11, 12 e 13 a palestra foi ministrada aos colaboradores e profissionais das empresas terceirizadas, em horários e turnos distintos, abrangendo assim o maior número possível de colaboradores da instituição.



**Reciclagem brigada de incêndio**

O time de colaboradores que formam a Brigada de Incêndio do HMG, após receber treinamento externo no final ano passado, passou por uma reciclagem nos procedimentos de combate à princípios de incêndio durante os dias 26 e 27.



**Comissão de Perfurocortantes**

No dia 27, seguindo a norma regulamentadora NR: 32 / ANEXO III, foi implantada a Comissão de Prevenção de Acidentes com Produtos Perfurocortantes em nossa unidade. Uma importante ferramenta de monitoramento e prevenção atuando na redução dos riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, com probabilidade de exposição a agentes

biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização do plano de prevenção de riscos de acidentes.




**Ações janeiro branco**

Em promoção à campanha do Janeiro Branco, mês que destaca o cuidado com a saúde mental, o HMG montou um mural informativo, como forma de incentivo, divulgação e reflexão do tema. O objetivo foi promover a conscientização e a importância da prevenção ao adoecimento emocional.



**Protocolo de Londres**

No dia 26 foi realizado um treinamento com os líderes para a implantação do Protocolo de Londres no HMG. O uso do Protocolo de Londres oferece à equipe uma metodologia estruturada que possibilita um conjunto de vantagens na ivestigação de intercorrencias, pois: Instiga a análise do que pode ter contribuído para a falha; Ajuda a promover uma cultura focada na melhoria dos processos; Entende as particularidades da Organização a qual se está inserido.



## MÊS DE FEVEREIRO

### Simulado de Abandono - Brigada de Incêndio

Nos dias 07 e 08, a Brigada de Incêndio do HMG realizou um simulado de incêndio com abandono e evacuação em uma das alas do Hospital. Essas simulações periódicas são essenciais para manter os funcionários atentos em seu ambiente de trabalho acerca de possíveis situações de incêndio ou em emergências similares.



## Festejos de Carnaval

Em comemoração ao Carnaval, no dia 17 a Comissão de Humanização promoveu um concurso de fantasias e um café colaborativo no espaço recreativo do Hospital.



# MÊS DE MARÇO

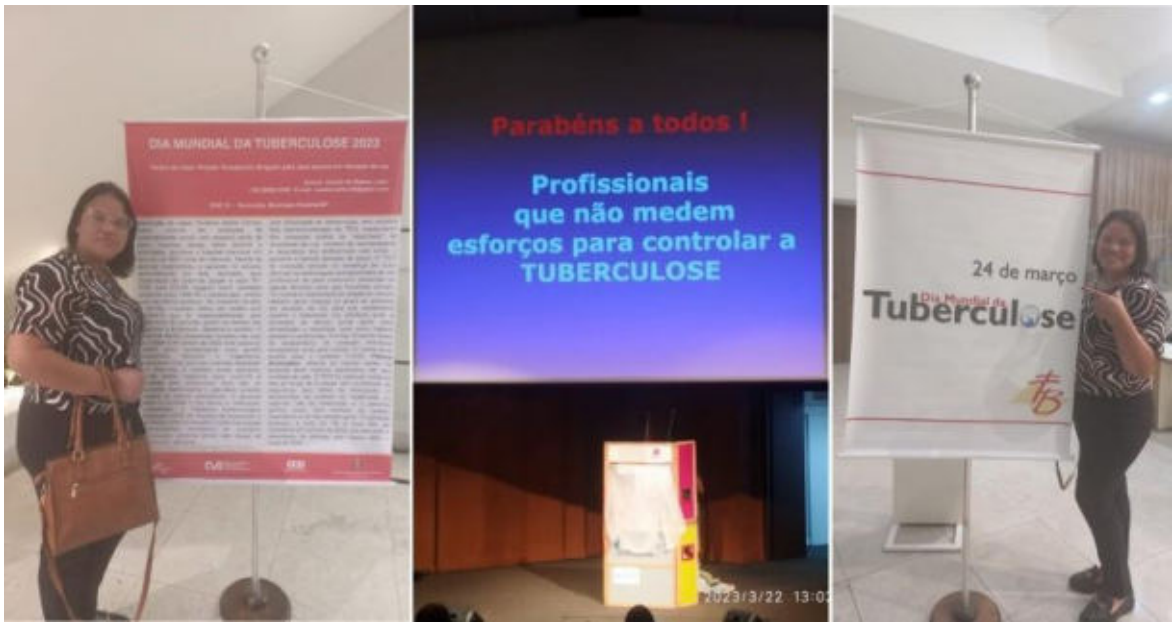
## Ação Ergonômica – Orientações Posturais

No mês de março, o SESMT do Hospital Municipal Guarapiranga realizou ação para promover a saúde ocupacional aos trabalhadores da unidade, atuando na prevenção de doenças e de problemas relacionados ao trabalho, muitas vezes causados pela rotina laboral.



## Congresso sobre Turbeculose

Em 2023, o congresso sobre tuberculose, promovido pelo Governo do Estado de São Paulo, contou com a participação de colaboradores do HMG, com o objetivo de discutir ações preventivas e de cura da doença. O Dia Mundial de Combate à Tuberculose, 24 de março, foi instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em homenagem aos 100 anos do descobrimento do bacilo causador da doença pelo médico Robert Koch.




**Dia das Mulheres**

No dia 08 de Março, a unidade Guarapiranga, em homenagem a Mulher, participou do Talk Show institucional. Nossa diretora geral Simone Araújo e a gerente administrativa financeira Ana Patrícia Palma foram entrevistadas. Foi realizada a entrega de brindes a todas as funcionárias do INTS e das empresas terceirizadas que atuam no hospital. Também houve um sorteio de acessórios de beleza, oferecemos momentos relaxantes de massagem para as nossas colaboradoras, por fim disponibilizamos o mural para correio elegante com mensagens e fotos de mulheres inspiradoras.





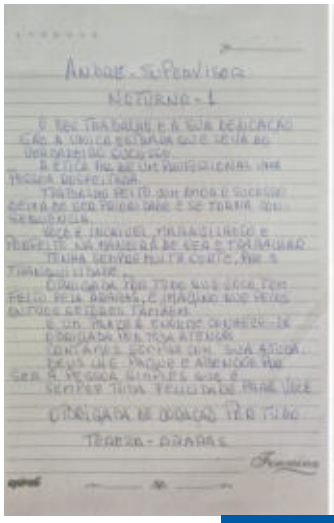
**Dia do Ouvidor**

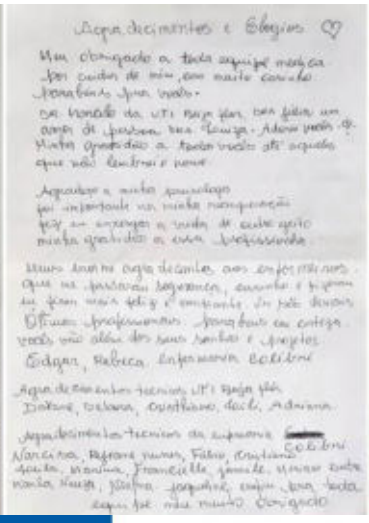
Dia 16 de março celebramos o dia do Ouvidor com a entrega de um cartão personalizado aos colaboradores deste setor que surgiu para defender os direitos do cidadão através do intermédio entre o Estado e os problemas enfrentados pela população.

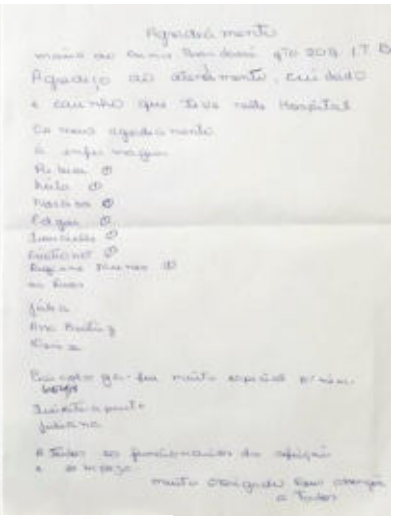





**Elogios da Ouvidoria**












"GOSTARIA DE AGRADECER A TODOS ESSES FUNCIONÁRIOS PELA DEDICAÇÃO E CARINHO QUE TIVERAM COM GO NESTE PERÍODO AQUI NESTE HOSPITAL GUARAPIRANGA, PELA ATENÇÃO E CUIDADO QUE DEUS OS ABENÇOE MUITO, COM MUITA SAÚDE PELA MISSÃO ESCOLHIDA.

MUITO OBRIGADA A TODOS

ENFERMEIRAS DEBORA DA UTI, EDMA DA UTI, FRANCIELE, LEILA, MARINA, NARCISA, REBECA, REGIANE E ROSELI;

ENFERMEIROS ALEXANDRE DA UTI, CRISTIANO, EDGAR E FABIO DA UTI;

DRA. ANA BEATRIZ E DRA. JULIA; PSICÓLOGA VITÓRIA;

FISIOTERAPEUTAS JULIANA E LEANDRO;

PACIENTE NICIDE DO NASCIMENTO - QUARTO 209 LEITO D."

"QUERO ELOGIAR A EQUIPE POR TODO CUIDADO COM O MEU FILHO EMANUEL, A EQUIPE DO ENFERMEIRO JOÃO, INAIA QUE TEM UMA ATENÇÃO E CUIDADO AS TECNICAS TALITA QUE TEM UM AMOR LINDO E CUIDADO COM MEU FILHO A CAROL YUKA TODAS DESSE PLANTÃO COM TODO AMOR AGRADECER A DO OUTRO PLANTÃO A TÉCNICAS ELIS A TALIA AS DA NOITE ENFERMEIRO EDGAR E DENISE A TÉCNICA UBERLÂNDIA A TÉCNICA BIGNARIA A LUCINEIA QUE AMAM CUIDAR DOS PEQUENO MEU FILHO ESTA SENDO BEM CUIDADO."

PACIENTE EMANUEL FILHA NASCIDO EM HOSPITAL GUARAPIRANGA JOÃO DE BARRO PEQ 11

**Encontro dos escritórios de Qualidade**

Dia 22 de março, a Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH), pertencente a Secretaria -Executiva de Gestão Hospitalar (SEAH), da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), promoveu o 1º encontro presencial dos hospitais municipais de São Paulo, com foco na qualidade e segurança do paciente. O evento reuniu representantes dos escritórios de qualidade e a gerência de enfermagem de 30 unidades do município. Nesse primeiro encontro, o evento contou com a participação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do HMG.




**Entrega de doações Casa Sofia**

Que o Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) vai muito além do gerenciamento de seus contratos, disso ninguém tem dúvida. No dia 10 de março, por exemplo, membros da equipe do HMG doaram aproximadamente 5 mil itens de higiene pessoal ao Centro de Defesa e Convivência da Mulher Casa Sofia. Os donativos foram arrecadados pelos próprios colaboradores do

hospital durante o Torneio de Segurança do Paciente, que é realizado anualmente pelo INTS e envolve todos os serviços da entidade pelo país. Localizada no Jardim Ângela, em São Paulo, a Casa Sofia atende centenas de mulheres do território (região do Jardim Ângela e Jardim São Luís) vítimas de violência doméstica. De acordo com a técnica de psicologia do espaço, Natalia Torres Bonfim, as usuárias do serviço são vítimas de violência praticada no âmbito familiar, por alguém que tem algum tipo de ligação afetiva, e ela pode ser psicológica, física, sexual, patrimonial, moral, ameaça etc.








**Reunião Comitê Humanização SMS**

A Comissão de Humanização é um grupo sistematizado, participativo e deliberativo, que de forma organizada e democrática se destina a implementar uma política de sensibilização, ação e gestão da Humanização na assistência plena à saúde de pacientes e colaboradores. No mês de março, a unidade participou, junto da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e demais hospitais do município de São de Paulo, do Encontro de Humanização com o objetivo de discutir ações voltadas aos colaboradores e pacientes.



**Treinamento Mapeamento de Processos**

Com o objetivo de treinar líderes sobre a importância da ferramenta de mapeamento de processos e a sua utilização nos demais fluxos de melhoria contínua, o setor de Qualidade promove no mês de março mais um grande treinamento.



**Treinamento PGRS**

Treinamento para todos os colaboradores da instituição, com o intuito de disseminar o conhecimento e a importância do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). No mês de março, a comissão do PGRSS promoveu no HMG um grande movimento que contou com a participação de centenas de funcionários nos treinamentos.





**Vacinação para pacientes**

Finalizando março com ação de vacinação das nossas crianças internadas e pacientes acima de 60 anos. Foram aplicadas 32 vacinas para covid-19 e as crianças, além da imunização ao coronavírus, também obtiveram a atualização das vacinas que constam no calendário oficial, como Hepatite A, SCR, HPV, entre outras.



## MÊS DE ABRIL

**Abril Verde – Segurança com Perfurocortantes**

Ação realizada entre os dias 24 e 28 para promover a conscientização e importância da segurança no manuseio de materiais perfurocortantes.







**Cuidados com a pele**

Na primeira semana de abril, o HMG realizou uma ação de promoção e prevenção à lesão por pressão, implantando o GACAP (Grupo Assistencial de Cuidados e Atenção à Pele) composto por um grupo de Enfermeiros referenciados para esta atuação em conjunto com os GUARDIÕES DA PELE, composto pela equipe de técnicos de enfermagem, em conjunto com a Comissão de Pele no ato representada pela Enfermeira Estomaterapeuta Pamela Domingues, Gerência de enfermagem representada por Carmen Souza e Coordenação de enfermagem representada por Diego Melo, juntamente com a equipe de supervisores. A ação contou com treinamentos, padronizações e atividades voltadas para a prevenção e promoção dos cuidados com a pele. A programação foi encerrada com um café da manhã juntamente com toda equipe de enfermagem e seus Gestores.



**Dia do Médico Infectologista**

No dia 11 de abril a Comissão de Humanização fez uma singela homenagem ao nosso médico infectologista, Dr. Lucas Vieira, em celebração ao Dia do Infectologista. Data criada em 2005 pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), para homenagear os profissionais da saúde que atuam em um campo amplo e essencial da saúde: na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas.



**Páscoa HMG**

A Páscoa no HMG foi comemorada com a distribuição de chocolates aos colaboradores. Uma forma de trazer um pouco mais de doçura ao dia a dia de cada um, levando um pouco de leveza e descontração em cada setor que as coelhinhas passavam.



**Missa de Páscoa**

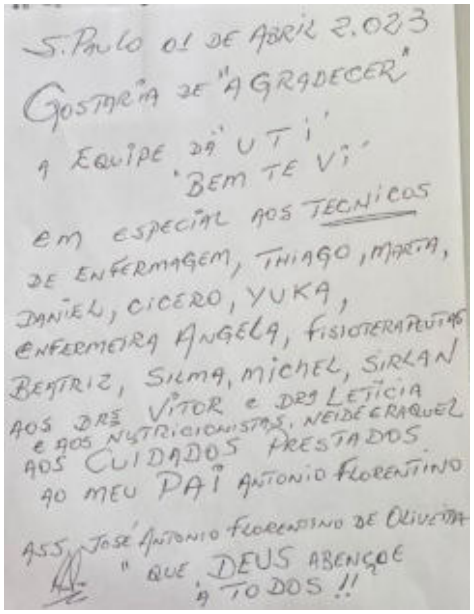
A Páscoa é uma das festividades mais importantes para o cristianismo, pensando em aconchegar o público católico da nossa instituição e também à todos aqueles que se sentissem à vontade em participar, a Comissão de Humanização promoveu a realização de uma missa na Capela do hospital, celebrada por um padre da região, contemplando pacientes, colaboradores, visitantes e acompanhantes.

O evento foi marcado por muita emoção, foram distribuídas medalhinhas aos presentes e o Padre percorreu os leitos do hospital abençoando os acamados que não puderam participar da missa, levando uma palavra de conforto e esperança para os enfermos.





## Elogios da Ouvidoria








"GOSTARIA DE AGRADECER IMENSAMENTE A DEDICAÇÃO DE TODOS OS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL MUNICIPAL DO GUARAPIRANGA. EXCELENTE ATENDIMENTO DESDE A RECEPÇÃO ATÉ SEGURANÇA, MÉDICOS, ENFERMEIROS (A) E TÉCNICO DE ENFERMAGEM. ATENDIMENTO HUMANIZADO DO COMEÇO AO FIM. PROFISSIONAIS COM EXTREMA EDUCAÇÃO, DEDICAÇÃO E CARINHO COM O PACIENTE. EM ESPECIAL A ENFERMEIRA MILENA, DRA DENISE, DR MARCELO E DR OTÁVIO. E TODOS OS PROFISSIONAIS DA FISIOTERAPIA, NUTRICIONISTA. OBRIGADO POR TUDO. PELO EXCELENTE ATENDIMENTO COM A MINHA MÃE."

MANIFESTANTE (FILHO ) ORLEAN DOS SANTOS PEREIRA
PACIENTE DARCY CARDOSO DOS SANTOS
ENF CM COLIBRI 213 LD

GOSTARIA DE ELOGIAR O TECNICO DE ENFERMAGEM CRISTIANO RUANO, ELE É MUITO ATENCIOSO, NUNCA VI UM TECNICO IGUAL A ELE.

PACIENTE NILZA MARIA RODRIGUES
ALA ENF CM COLIBRI 208 LA

## Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente

Durante todo o mês de abril foi realizada a Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente. Os colaboradores foram incentivados a responder um formulário eletrônico com perguntas relacionadas aos cuidados do paciente, com objetivo de mensurar o conhecimento sobre o assunto.



**Treinamento da NR-32**

Com o objetivo de estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores da nossa unidade, o SESMT promoveu a semana de Treinamentos da NR-32, abrangendo todos aqueles que exercem direta ou indiretamente atividades de assistência à saúde em geral, incluindo todos os colaboradores e terceirizados.



**Treinamento do Protocolo de Queda**

Com o objetivo de elucidar o Protocolo de Queda institucional e reduzir a ocorrência de queda e o dano dela decorrente em pacientes nos pontos assistenciais, o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente promoveu treinamentos aos colaboradores do hospital. Visamos implementar medidas que contemplam a avaliação de risco do paciente, garantindo o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, promovem a educação do paciente, familiares e profissionais.



## MÊS DE MAIO

**Aniversário do paciente Claumirone**

A cura vai além da medicina, ela está associada ao cuidar de todas as formas, físicas, sociais e também emocionais. Em internação por um longo período, o aniversário do sr. Clauminore teve balões coloridos e cantamos um animado parabéns em sua homenagem.



**Banho de sol com os pacientes**

Reservamos horários de banho de sol aos pacientes. A cura também está associada ao acolhimento e empatia, no amor ao cuidar, e é justamente nesse momento em que o paciente percebe a sua importância no mundo. Um simples gesto, um bom dia, uma surpresa podem fazer toda diferença no dia do paciente.



**Dia das Mães**

No mês de maio, a comissão de humanização do Hospital Municipal Guarapiranga dedicou a homenagear as mamães colaboradoras, com uma pequena, mas poderosa lembrança com seus filhos. Recordar é viver!



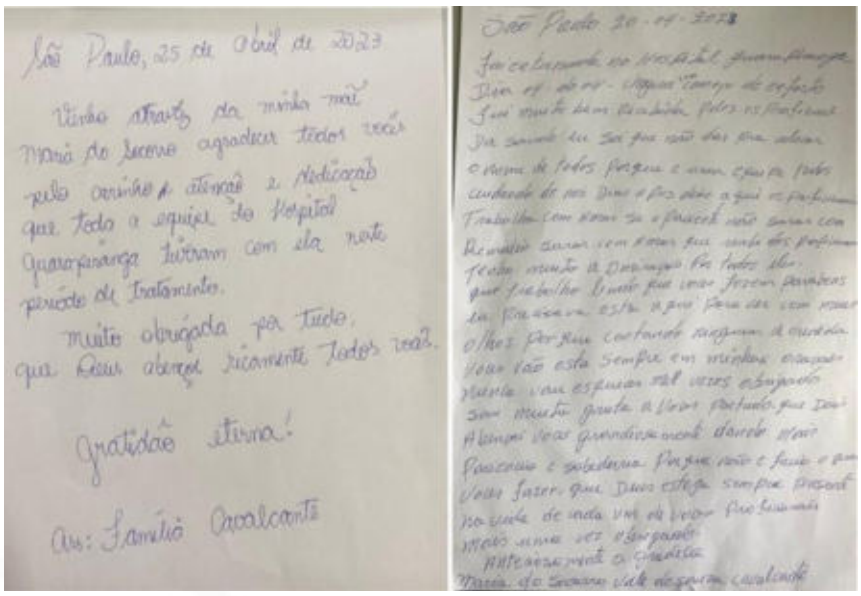

**Dia de Cuidados com os pacientes**

Um momento de descontração para nossas pacientes, para que possam ser cuidadas de outras formas além da medicina. Enfeites de cabelo, penteados, manicure e pedicure são alguns dos cuidados que fazem parte do Humanizar,

faz bem, tanto para quem recebe quanto para quem pratica.



**Elogios da Ouvidoria**


São Paulo, 25 de Abril de 2023

Venho através da minha mãe Maria do Socorro agradecer todos vocês pelo carinho e atenção e dedicação que toda a equipe do Hospital Guarapiranga tiveram com ela neste período de tratamento.

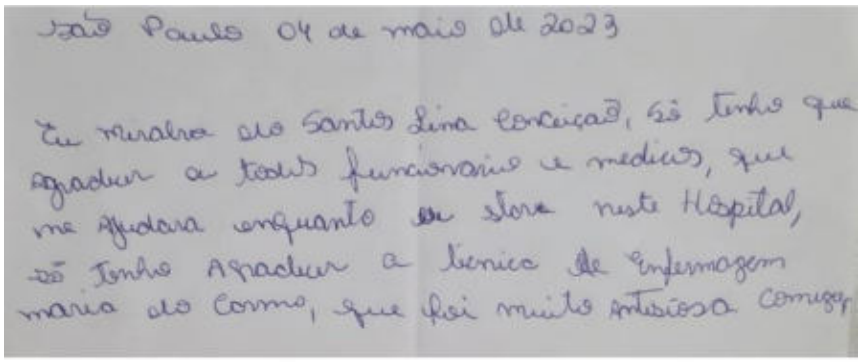
Muito obrigada por tudo, que Deus abençoe grandemente todos vocês.

Gratidão eterna!

Ass: Família Cavalcante

São Paulo 20-04-2023

Fui encaminhada ao Hospital Guarapiranga [illegible] fui muito bem atendida pelos profissionais [illegible] o carinho de todos [illegible] cuidando de nós Deus abençoe a todos os profissionais [illegible] Maria do Socorro Cavalcante

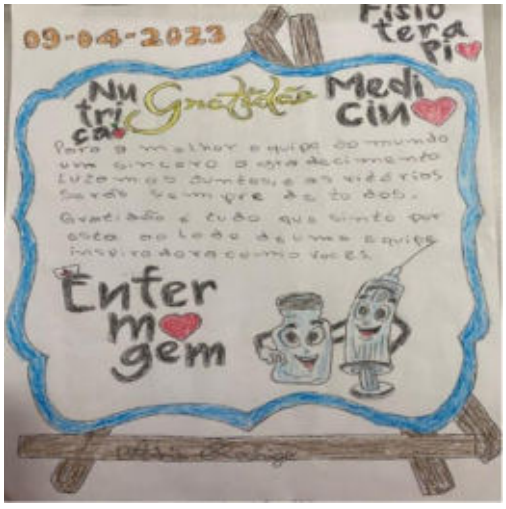

São Paulo 04 de maio de 2023

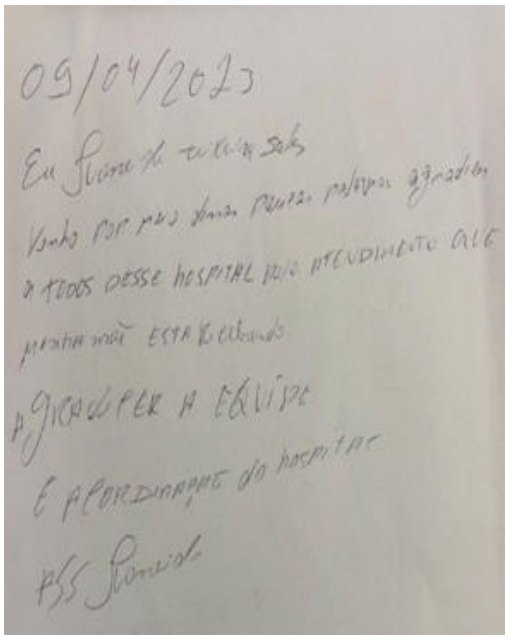
Eu Maria do Santos Lima Conceição, só tenho que agradecer a todos funcionários e medicos, que me ajudara enquanto estive neste Hospital, só tenho Agradecer a Técnica de Enfermagem Maria do Carmo, que foi muito Atenciosa Comigo




CIDADÃ SRA **IRENE GUILHERME DE OLIVEIRA SILVA**, ENTROU EM CONTATO COM A OUVIDORIA PARA MENCIONAR QUE DESEJA ELOGIAR A EQUIPE MÉDICA QUE ACOMPANHOU O TRATAMENTO, E A INTERNAÇÃO DE SUA IRMÃ PACIENTE **MARIA ENI GUILHERME DE OLIVEIRA**, NO HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA. MENCIONA QUE DURANTE O TEMPO DE INTERNAÇÃO FOI MUITO BEM ACOMPANHADA PELA EQUIPE MÉDICA QUE ACOMPANHOU A PACIENTE DE UMA FORMA MUITO ATENCIOSA E CUIDADOSA, E QUE É MUITO GRATA A TODOS DA EQUIPE PELO TRABALHO.

ÂNGELA MARIA-TÉCNICA DE ENFERMAGEM
JOSEANE-TÉCNICA DE ENFERMAGEM
DANIELA -TÉCNICA DE ENFERMAGEM
TANIA-TÉCNICA DE ENFERMAGEM
VALDIRENE- TÉCNICA DE ENFERMAGEM
JOÃO - ENFERMEIRO
AMANDA- MÉDICA





09/04/2023

Eu Silvania

Venho por meio desta agradecer a todos desse hospital pelo atendimento que prestam aos pacientes

Agradecer a equipe

E a coordenação do hospital

ASS Silvania




**Indicadores Hospitalares**

O setor de Qualidade age na unidade promovendo treinamentos voltados aos indicadores hospitalares. O objetivo do treinamento é aprimorar como o setor faz a gestão desse processo.



**Semana da Enfermagem**

A semana da enfermagem no Hospital Municipal Guarapiranga foi marcada por vários eventos, que começaram no dia 12 de maio. A Gestão assistencial, junto com a comissão de humanização realizou várias homenagens aos colaboradores da enfermagem. Apresentações do humorista Dr. Nanal com a palestra de “besteirologia”, coffee breaks, momentos de massagem, aulas práticas de autocuidado, sorteio de brindes entre outros fizeram parte da programação do HMG.








**Treinamento Interno da Brigada de Incêndio**

A CIPA promoveu reciclagem do treinamento de combate a incêndios com o uso dos hidrantes e mangueiras.



**Treinamento de Higienização das mãos**

Reciclagem de umas das metas internacionais de segurança do paciente. Apesar de ser um hábito básico, higienizar as mãos é ação importante e deve ser feita de forma correta, pois vírus e bactérias estão presentes em toda a parte, principalmente nas mãos e são responsáveis pela transmissão de várias doenças.



**Treinamento Segurança do Paciente / Notificação de Evento Adverso**

O objetivo da notificação de evento adverso é promover saúde com qualidade e segurança à curto e longo prazo durante o tratamento, com racionalidade, visando sempre a prevenção de doenças e promoção da saúde da população.







# MÊS DE JUNHO

**Ação SESMT**

Em junho, o SESMT do Hospital Municipal Guarapiranga, com o intuito de trazer mais segurança aos nossos colaboradores, promoveu um diálogo de segurança dentro dos setores para tirar dúvidas sobre o carrapato estrela e alertar as equipes que laboram na unidade. A febre maculosa, transmitida pelo carrapato estrela, está sendo um assunto muito recorrente nos noticiários de São Paulo, devido ao avanço dos casos com morte, o que gera muitas dúvidas por parte das pessoas. O parasita habita principalmente em animais de grande porte, como cavalos, bois e capivaras e, como o Hospital Municipal Guarapiranga fica localizado em uma reserva hídrica. O diálogo dentro dos setores com o tema: "Cuidados com área de mata - Acidente com Carrapato Estrela", direcionado pelo Engenheiro de Segurança do Trabalho, Bruno Nascimento, ocorreu durante todo o mês de junho na unidade e contou com a participação de todos os colaboradores.







**Três anos de HMG e São João (Arraiá)**

Uma missa de Corpus Christi marcou o início das comemorações de 3 anos do hospital, a Comissão de Humanização do hospital também promoveu dois dias de arraiá, com muita comida, música e a tradicional quadrilha. Os dias de festa abrangeram os 4 plantões, garantindo que todos participassem. A nossa Diretora Geral, Simone Araujo e o Diretor Técnico, Victor Hugo conduziram a quadrilha no primeiro dia (noivo e a noiva) e o nosso coordenador Administrativo Paulo Henrique foi o padre da festa. No segundo dia tivemos Ana Patrícia Palma, Gerente Administrativa, e o Coordenador de Prestação de Contas, Robert Silva como noiva e noivo, e o Coordenador médico André Panont como padre.



**São João dos Pacientes (Arraiá Assistencial)**

Idealizado pela equipe de enfermagem em parceria com a equipe Multi, Nutrição e Comissão de Humanização, o Hospital Municipal Guarapiranga promoveu um arraiá para os pacientes da unidade. Teve ornamentação nos setores, forró e arrumação dos pacientes para que ficassem a carater de festa junina. E para comida, o setor de nutrição preparou um curau de milho especial para todos. O paciente Ricardo ficou muito emocionado quando comeu o curau lembrando do seu passado… ele falou: “fiz uma viagem no tempo agora”. Com a muita música e comida típica, o evento gerou muita interação entre os internados. O cuidado prolongado faz parte do perfil do hospital, então existem pacientes que chegam a ficar internados mais de 1 ano para reabilitação, logo humanizar o cuidado ao paciente tem sido o nosso foco no HMG, para que eles realmente se sintam em casa. Desenvolver ações que promovam o bem estar dos internados e colaboradores é fundamental para que haja um cuidado legítimo dentro do SUS.



**Auditoria Interna**

Auditoria interna realizada em parceria com o Hospital Dia de Cidade Ademar.

“A auditoria interna hospitalar é uma ferramenta de apoio gestão e a tomada de decisão, e possui um valor fundamental no processo de investigação sistemático, utilizando-se de relatórios para otimizar os resultados da instituição, reduzir os gargalos produtivos, melhorar a qualidade na prestação de serviços de saúde.”



**Avaliação odontológica**

No dia 26 de junho, o Hospital Municipal Guarapiranga recebeu a visita da equipe de serviço odontológico da UBS Jardim Herculano, para avaliação dos pacientes da ala pediátrica e 3 pacientes idosos na unidade.

A Avaliação foi realizada pela dra. Gisele da UBS Jardim Herculano. A visita foi programada via solicitação da equipe de assistentes sociais do Hospital, e foi acompanhada pela Responsável Técnica do Serviço Social, Silmara Carvalho, ainda contou com o apoio da Comissão de Humanização, tornando possível que a avaliação se transforme em acompanhamento contínuo para os pacientes que precisam desse serviço. A parceria com a UBS tem ajudado

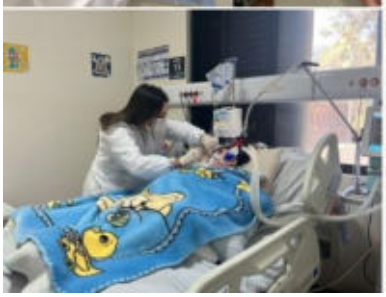
muito, e já contou com vacinação para pacientes e colaboradores. Esse acompanhamento odontológico irá contribuir com a melhora da saúde dos pacientes e auxiliar na prevenção de infecção de corrente sanguínea.

]











**Dia da mulher na engenharia**

O HMG homenageou as engenheiras Juliana Borges e Emanuelle Guerra pelo Dia Internacional das Mulheres na Engenharia, comemorado no dia 23 de junho.




**Dia do vigilante**

O Dia do Vigilante é comemorado anualmente em 20 de junho. Nesta data são homenageados todos os profissionais que se dedicam a proteger e vigiar propriedades públicas e privadas, com o intuito de evitar vandalizações e garantir a segurança do ambiente. Não poderíamos deixar de homenagear os nossos queridos colaboradores desta área.





**Dia do Faturista**

Nosso Hospital é composto por um corpo de profissionais das mais variadas especialidades. Cada um deles exerce sua atividade com compromisso e profissionalismo. Hoje é dia de cumprimentarmos nossos faturistas hospitalares (10 de junho), função de extrema responsabilidade, determinante para o equilíbrio de nossa instituição.



## Elogios da Ouvidoria






**Missa de Corpus Christi**

Sob gestão do Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS), o Hospital Municipal Guarapiranga deu início às celebrações em comemoração aos seus três anos de funcionamento com uma emocionante missa realizada no último dia 5 de junho. A Comissão de Humanização da unidade se mobilizou para a organização do evento, que contou com a presença do padre Wilson e seus auxiliares. A missa ganhou um significado especial com a presença do próprio padre Wilson, que ficou internado por 40 dias durante a pandemia da Covid-19. O convite para celebrar a cerimônia em um hospital que já foi um hospital de campanha durante o período pandêmico ressaltou a importância do evento, trazendo força e esperança para muitos pacientes que estão internados há muito tempo, inclusive se recuperando da mesma doença. Colaboradores, pacientes e seus acompanhantes participaram ativamente da celebração, recebendo a hóstia do padre como um símbolo de comunhão e fé. Além disso, colaboradores do hospital entoaram cânticos religiosos durante a missa, tornando o momento ainda mais especial e tocante. Uma das partes emocionantes da cerimônia foi a leitura bíblica realizada pela Diretora Geral do hospital, Simone Araújo, que expressou sua gratidão e emoção por mais uma missa ser realizada na capela da unidade. A presença de todos os envolvidos, unidos pela fé e pela superação, fortaleceu o espírito de comunidade e

esperança dentro do hospital. A missa realizada no Hospital Guarapiranga marcou o início das comemorações pelos três anos de dedicação e cuidado prestados pela unidade de saúde. Nesse momento desafiador que o mundo enfrenta, eventos como esse trazem conforto e esperança, reforçando a importância da fé e do apoio mútuo em meio às adversidades. O Hospital Guarapiranga, através de sua comissão de humanização, reafirma o compromisso de oferecer não apenas assistência médica de qualidade, mas também um ambiente acolhedor que valoriza o bem-estar emocional e espiritual dos pacientes, colaboradores e seus familiares.





**Pré-Conferência de Nutrição**

No dia 2 de junho, no CEU Caminho do Mar, foi realizado a Pré-Conferência Macrorregional de Segurança Alimentar e Nutricional da Região Sul III, no qual teve participação da nossa RT de Nutrição, Jamile Reis, representando o HMG. Com o objetivo de discutir sobre a alimentação adequada e saudável, como direito garantido na constituição, o assunto é de extrema importância e conta com vários especialistas no assunto. As Conferências são espaços de avaliação e debate das políticas e ações necessárias para o enfrentamento da fome nos territórios e para a formulação de diretrizes que subsidiarão a construção do Plano Municipal de SAN.




**Dia do Profissional de RH**

O RH vive uma nova era, focada em pessoas, na consolidação da cultura organizacional, people analytics e ações de humanização e engajamento no ambiente de trabalho – o que podemos chamar de RH 5.0. Comemorar essa data é reconhecer a importância dessa profissão e suas contribuições positivas para pessoas e organizações.  Por isso, no dia 03 de junho comemoramos o Dia do Profissional de RH com cartões exclusivos e personalizados.




**Treinamento de Auditores**

Nos dias 26, 27 e 28 de junho, o Hospital Municipal Guarapiranga sediou um treinamento de Auditor Interno, capacitando 15 profissionais para aplicar processos de auditoria na unidade. O curso abordou diversos módulos relacionados ao Sistema de Gestão da Qualidade, Qualidade em Saúde, Ética na Auditoria e Protocolos de Segurança do Paciente.

Os participantes foram instruídos sobre os diferentes tipos de auditores, o papel do auditor interno, a importância da gestão documental e os níveis de certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Além das aulas teóricas, o treinamento incluiu uma dinâmica para fomentar o trabalho em equipe e destacar a relevância da continuidade dos Planos de Ação. Os participantes também tiveram a oportunidade de vivenciar o processo de auditoria na prática, por meio de uma auditoria teste realizada durante o treinamento. Com a conclusão bem-sucedida deste treinamento, espera-se que

o Hospital Municipal Guarapiranga, sob a gestão do Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS), fortaleça ainda mais sua cultura de qualidade, aprimorando constantemente seus processos e garantindo a segurança e bem-estar dos pacientes.



**Treinamento NR-17 para líderes**

Esta Norma Regulamentadora (NR-17), visa estabelecer as diretrizes e os requisitos que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar conforto, segurança, saúde e desempenho eficiente no trabalho.

As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário dos postos de trabalho, ao trabalho com máquinas, equipamentos e ferramentas manuais, às condições de conforto no ambiente de trabalho e à própria organização do trabalho.




**Vacinação**

No dia 14/06, o Hospital Municipal Guarapiranga, em parceria com a UBS Jardim Herculano, disponibilizou in loco na nossa unidade a vacinação de reforço para COVID-19 (PFIZER BIVALENTE) e INFLUENZA aos nossos colaboradores (CLT) e terceiros que possuem pendências em seu cronograma vacinal.

Ao todo foram aplicadas 203 doses,e 110 colaboradores foram vacinados, gerando mais segurança para os nossos colaboradores e pacientes.



## MÊS DE JULHO

**Auditoria Interna**

Dando continuidade ao projeto de Auditoria Interna, após a capacitação dos auditores internos no mês de junho, foi dado início a semana de auditoria interna na unidade. Durante o período de 24 à 28 de julho, 12 setores do Hospital Municipal Guarapiranga foram auditados, todos os processos foram avaliados nos requisitos ONA (Organização Nacional de Acreditação) e requisitos institucionais do INTS. As áreas escolhidas foram: Nutrição, Tecnologia da Informação, Compras, Contratos, Financeiro, Recursos Humanos, Departamento Pessoal, Faturamento, Assistência Psicológica, Almoxarifado, Prestação de Contas, Núcleo de Educação Permanente, Medicina do Trabalho e Qualidade e Segurança do Paciente.





**Campanha de Prevenção de Acidentes**

Foram realizadas no dia 27 e 28 de julho, no período diurno e noturno. Foram realizados testes de Glicemia nos colaboradores. A fim de prevenir e orientar a respeito de doenças silenciosas como o Diabetes. A Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CANPAT é um conjunto de ações de cunho prevencionista promovida pela Inspeção do Trabalho no Brasil e que tem por objetivo ajudar a implantar uma cultura em prevenção de acidentes e doenças do trabalho em nosso País.




**Dia do Amigo**

Comemoramos o Dia do Amigo com a campanha institucional do INTS. A Comissão de Humanização do HMG realizou uma comemoração com muita música, correio elegante, distribuição de brindes, gerando muita alegria para pacientes e colaboradores. Alguns amigos acabam se tornando uma verdadeira família e a campanha ajuda lembrar a importância dos amigos no ambiente de trabalho, passamos muitas horas dos nossos dias trabalhando, e boas amizades ajudam a criar um clima mais harmonioso entre as equipes.




**Dia do Motorista**

O Dia do Motorista é comemorado anualmente em 25 de julho. Este dia é uma homenagem aos profissionais que trabalham com o “pé na estrada”, seja transportando mercadorias ou pessoas por diversos lugares do país.





**Treinamento - Registro em Prontuário**

Nos dias 5, 6 e 7 de julho, o setor de Qualidade e Segurança do Paciente, junto com o Núcleo de Educação Permanente do Hospital Municipal Guarapiranga, promoveu a semana de treinamento voltada para o registro correto do prontuário, com o objetivo de alcançar todos os profissionais que fazem registro nesse documento, desde administrativos aos cargos de liderança. Além de tornar a prestação do cuidado mais segura, o preenchimento correto garante que a prestação de contas entre a unidade e a contratante seja mais clara, e que o faturamento não seja prejudicado. Esperamos que após esses treinamentos realizados, aprimoremos a cultura de comunicação efetiva no hospital e que a continuidade do cuidado seja cada vez melhor, trazendo cada vez mais benefícios para o paciente.



**Treinamento NR-23**

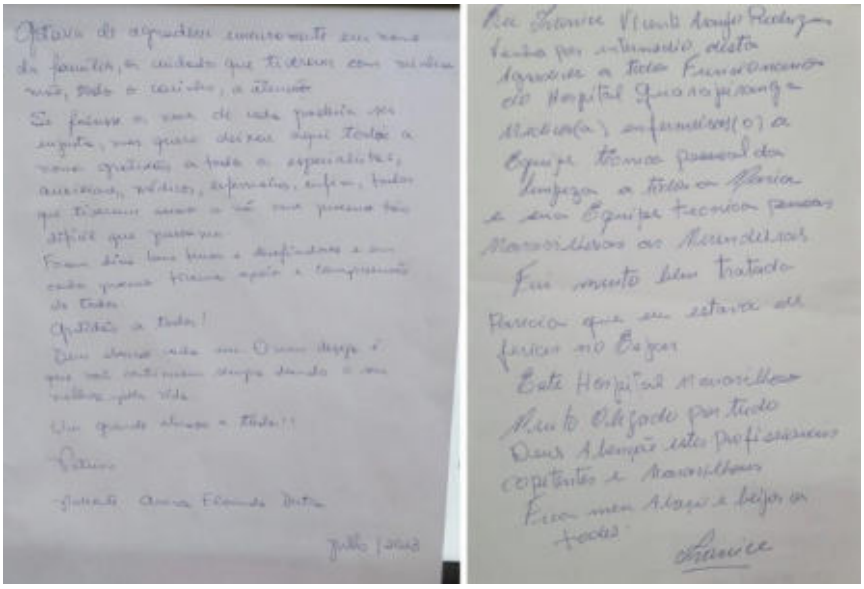
A NR-23 é uma norma regulamentadora que dispõe informações e orientações acerca da proteção e combate a incêndios.

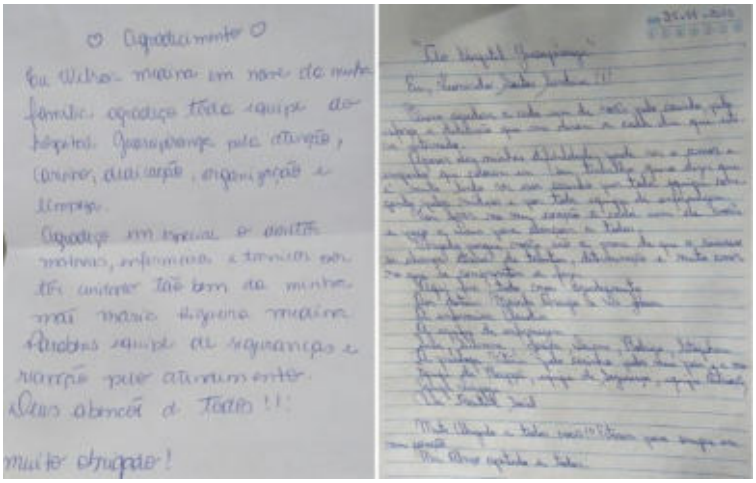
O objetivo da NR-23 é proteger as pessoas, o patrimônio e combater um incêndio ou início de incêndio, uma vez que a situação já tenha sido desencadeada. Por isso ela é chamada de Proteção Contra Incêndios, ou Proteção e Combate a Incêndios.

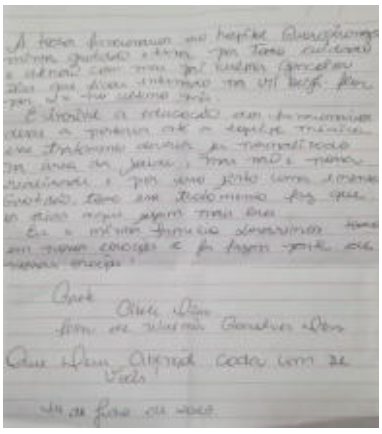
Publicada pela primeira vez há décadas atrás, sua última atualização ocorreu em 2011, o que requer que as empresas se mantenham atualizadas com a norma para observar a adequação e se proteger de forma efetiva.



## Elogios da Ouvidoria







## MÊS DE AGOSTO

### Dia do Advogado

Aos 11 de agosto é comemorado no Brasil o Dia do Advogado. A escolha dessa data remete ao dia em que foram instituídas, no ano de 1827, as duas primeiras faculdades de Direito do Brasil, a saber: a Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, em São Paulo, e a Faculdade de Direito de Olinda, em Pernambuco.




### Inauguração da Brinquedoteca

Em uma quinta-feira, 10 de agosto de 2023, o Hospital Municipal Guarapiranga inaugurou a sua primeira brinquedoteca, na ala pediátrica da unidade. O hospital além de UTI adulto, clínica médica adulto e cuidados prolongados adulto, ainda conta com 6 leitos para cuidados prolongados infantil. A inauguração da brinquedoteca só foi possível após a doação dos brinquedos pela nossa gerente administrativa financeiro Ana Patrícia Palma.

A Comissão de Humanização realizou a cerimônia de inauguração e contou com a participação da Diretora Geral da Unidade, Simone Araújo, equipe nutricional, coordenação médica, demais equipes administrativas, enfermeiros,

fisioterapeutas e membros da Comissão de Humanização. A inauguração dessa brinquedoteca irá ajudar na interação entre as crianças e familiares, e amenizar o processo de internação hospitalar, que por muitas vezes torna-se exaustivo para corpo e mente. Essa é mais uma ação de humanização promovida pelo HMG.





**Dia da Nutrição**

A data de 31 de agosto marca o nascimento da Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN), em 1949, atualmente conhecida como Associação Brasileira de Nutrição (Asbran). O trabalho deste profissional inclui o apoio à gestão no planejamento de ações capazes de incentivar a implementação de iniciativas de promoção da alimentação adequada e saudável, monitoramento

do cenário alimentar e nutricional da população e, dentre outras, o planejamento alimentar que possa suprir alguma necessidade nutricional de uma pessoa visando a melhoria da qualidade de vida e, se for caso, também o tratamento de doenças.







**Dia do Psicólogo**

No dia 27 de agosto, comemoramos mais um aniversário da regulamentação da profissão de psicóloga e psicólogo e enaltecemos a Psicologia, uma ciência que, ao longo dos anos, tem se consolidado como um verdadeiro compromisso com a humanidade. Por meio de valores fundamentais como ética, Direitos Humanos e responsabilidade social, a Psicologia tem sido uma aliada inestimável na luta pela promoção do bem-estar e da justiça social.





**Dia dos Pais**.

A comemoração do Dia dos Pais no Hospital Guarapiranga foi marcada pela missa realizada em nossa capela, no dia 10 de agosto. O evento ocorreu graças ao envolvimento da Comissão de Humanização e também a participação da comunidade local. Tivemos também a entrega de brindes para os colaboradores que são pais.







**Implantação do Protocolo de Comunicação Efetiva**

Dos dias 29, 30 e 31 de agosto, o Hospital Municipal Guarapiranga promoveu o treinamento para implantação do protocolo de Comunicação Efetiva. A meta 2 de Segurança do Paciente é uma comunicação clara, objetiva, completa e fácil de ser compreendida por todos. A segurança no ambiente hospitalar envolve a comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, por exemplo: na passagem de plantão entre equipes, nas transferências internas e externas, na ordem verbal em situações de emergência, na divulgação dos resultados de exames, nos registros no prontuário, na escuta de queixas e sintomas, na divulgação dos resultados de exames e no esclarecimento sobre a situação de saúde do paciente e os atendimentos realizados.



**Programa de Desenvolvimento de Liderança (PDL)**

No último dia 3 de agosto, o Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) promoveu o primeiro módulo do Programa de Desenvolvimento de Liderança (PDL) para líderes de todas as unidades geridas pela instituição. A

coordenadora da célula de melhoria contínua do RH, Zeni Silva, conduziu o evento online e ao vivo, abordando o tema ‘Gestão de Conflito’. Os líderes se reuniram presencialmente nas unidades para participar do treinamento.

O objetivo principal deste primeiro módulo foi equipar os líderes com reflexões, técnicas e ferramentas para lidar efetivamente com conflitos entre indivíduos ou equipes, aprimorando a comunicação e promovendo a transformação de tensão em colaboração. A capacitação busca desenvolver habilidades fundamentais nos líderes para lidar com divergências dentro de suas equipes.



**Pró-Líder**

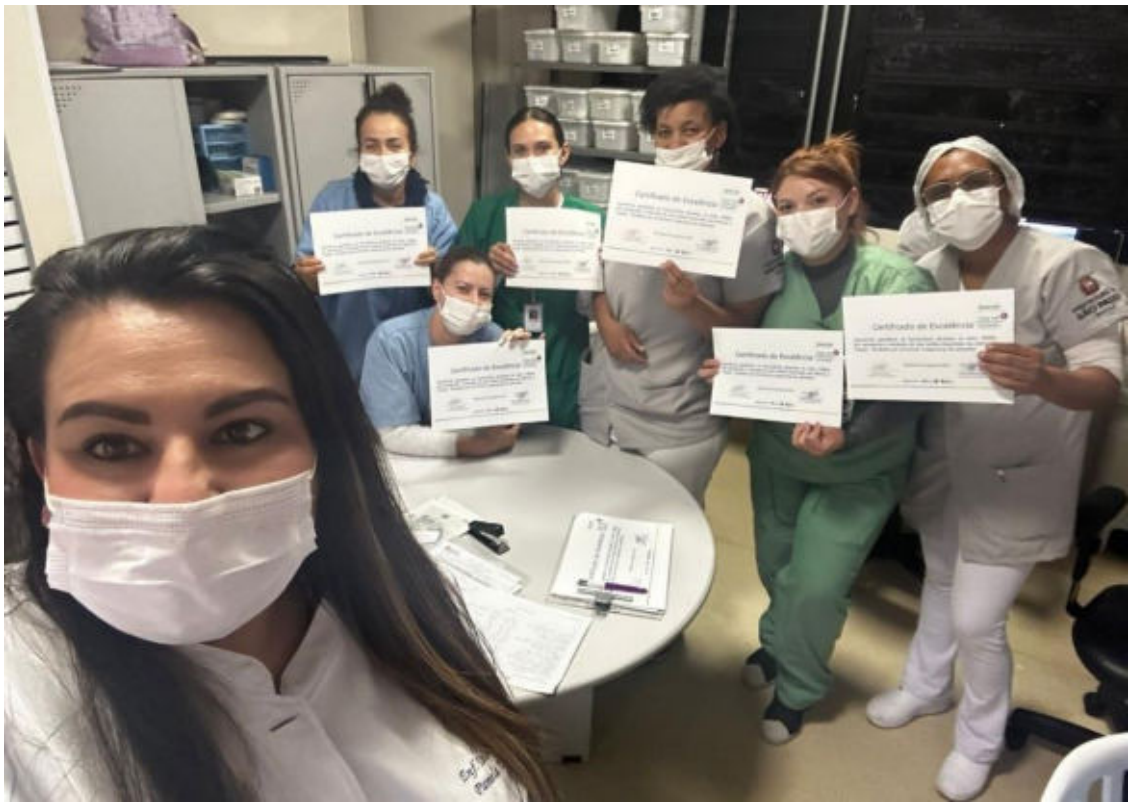
No dia 16 de agosto o Hospital Municipal Guarapiranga recebeu a visita da coordenadora da célula de melhoria contínua do RH, Zeni Silva, onde foi ministrado o treinamento do pró-líder para os colaboradores que atuam em cargos de lideranças ou são líderes de processos. Dentre os assuntos abordados tivemos: Espírito empreendedor, comunicação, liderança de resultados, inteligência emocional, papel do líder, reconhecimento do trabalho do outro, entre vários outros assuntos que englobam o papel do líder.



**Projeto de Prevenção de LPP**

Agosto começou com reconhecimento no Hospital Municipal Guarapiranga, em São Paulo. A unidade realizou um projeto voltado à prevenção de lesões por pressão entre os colaboradores e reconhecimento dos setores com histórico de excelência na segurança do paciente. O projeto culminou na entrega de certificados aos funcionários que contribuíram para a ausência de lesões nos últimos 3 meses.

Neste projeto, foram agraciadas 3 enfermarias da instituição com o reconhecimento pelo compromisso e dedicação em manter os pacientes livres de lesões por pressão. Essa iniciativa visa não apenas valorizar o trabalho dos colaboradores, mas também motivar outras áreas da unidade de saúde a adotar práticas similares para melhorar ainda mais os índices de segurança do paciente.



**SIPAT**

A semana da SIPAT do HMG, promovida pela CIPA e pelo SESMT, foi realizada do dia 21 ao dia 25 de agosto e contou com palestras com foco na saúde mental do trabalhador, treinamento de primeiros socorros, saúde mental em ambiente corporativo e ainda foi desenvolvido pelos membros da CIPA um teatro para mostrar, de forma lúdica, os riscos que é trabalhar sob pressão.


HMG





**Torneio de Segurança do Paciente**

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, junto com equipe de enfermagem realiza divulgação do 3º Torneio de Segurança do Paciente na unidade, para promover o projeto idealizado pela Qualidade Assistencial da Sede. A ideia é incentivar o maior número de pessoas possíveis para que participem do torneio.




**Troféu de 3 anos de HMG**

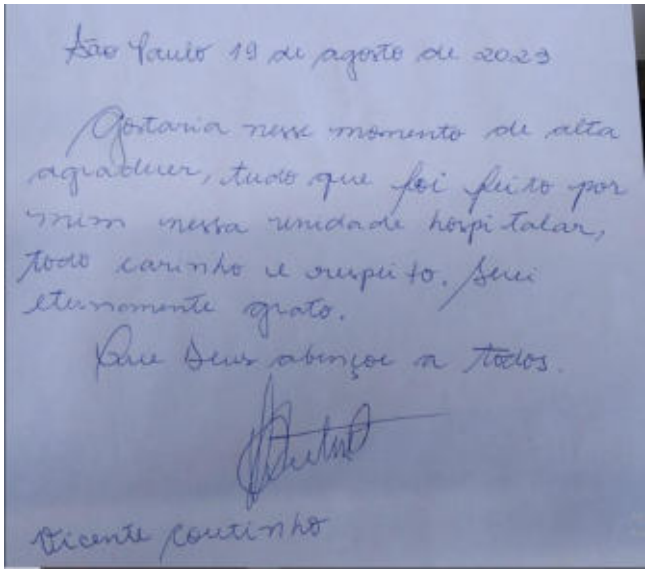
A Comissão de Humanização do Hospital Municipal Guarapiranga realizou entrega de troféus para colaboradores que completaram 3 anos na unidade. A campanha idealizada pela diretora geral da unidade Simone Araújo foi realizada para reconhecer os funcionários que laboram na unidade desde a inauguração do hospital. Homenagear esse profissionais que estão a tanto tempo conosco é fundamental para que possamos continuar com o nosso serviço humanizado, ao todo foram mais de 60 colaboradores homenageados nessa ação.







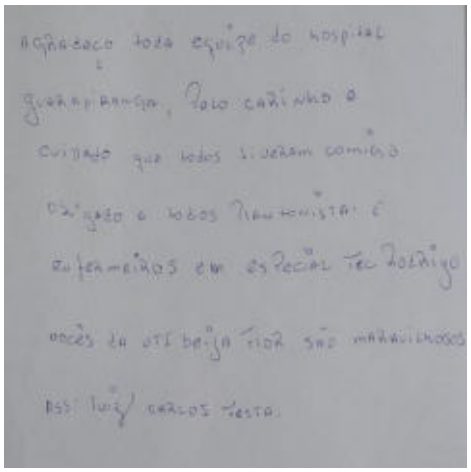
## Elogios da Ouvidoria


São Paulo 19 de agosto de 2023

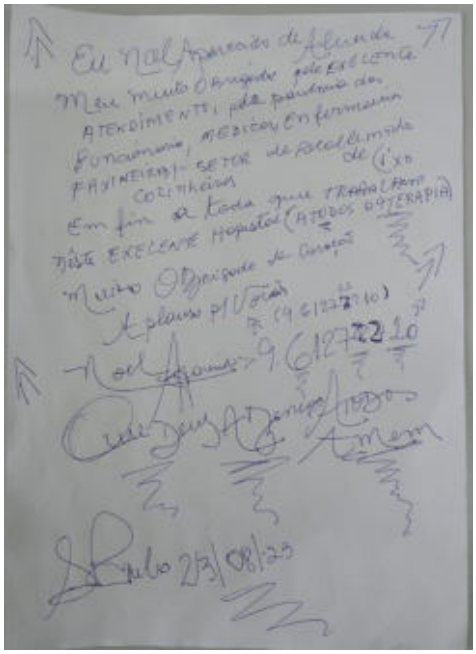
Gostaria nesse momento de alta agradecer, tudo que foi feito por mim nessa unidade hospitalar, todo carinho e cuidado. Sou eternamente grato.

Que Deus abençoe a todos.

Vicente Coutinho


Agradeço toda equipe do hospital Guarapiranga, pelo carinho e cuidado que todos tiveram comigo. Obrigado a todos fisioterapeutas e enfermeiros em especial Tec Rodrigo

Assinado Luiz Carlos Testa.


Eu Nalfa Aparecida de Alcinda

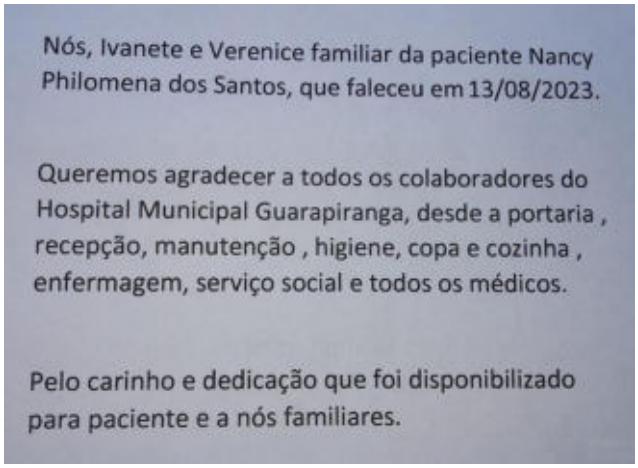
Meu muito Obrigado pela excelente ATENDIMENTO, pela paciência dos Funcionários, MEDICOS, Enfermeiros FISIOTERAPEUTAS, SETOR de Faturamento COZINHEIROS

Em fim a toda equipe que trabalham nesta EXCELENTE Hospital (ATENDO OXIGENOTERAPIA)

Muito Obrigado de Coração

Deus Abençoe

São Paulo 25/08/23


Nós, Ivanete e Verenice familiar da paciente Nancy Philomena dos Santos, que faleceu em 13/08/2023.

Queremos agradecer a todos os colaboradores do Hospital Municipal Guarapiranga, desde a portaria , recepção, manutenção , higiene, copa e cozinha , enfermagem, serviço social e todos os médicos.

Pelo carinho e dedicação que foi disponibilizado para paciente e a nós familiares.




## MÊS DE SETEMBRO

**Atividades com os pacientes**

Terapia realizada para os pacientes no HMG. Equipe Multiprofissional e enfermeiros, aproveitando o sol para cuidar além da reabilitação física, cuidar também da valorização da vida, com interação e reabilitação psicomotora que fazem parte do cuidado pensando sempre na humanização e bem-estar de todos.



**Combate a SEPSE**

No dia 13/09 a equipe da CCIH/Vigilância iniciou uma ação pré-treinamento do protocolo de rota sepse que aconteceu nos dias 14 e 15/09. A ação foi iniciada no dia mundial de combate e prevenção a sepse. Nessa ação realizamos orientações, esclarecemos dúvidas e interagimos com toda a equipe multidisciplinar administrativa e assistencial. Realizamos entrega de chocolates como lembrança e recompensa pela participação de todas. Lembramos que a sepse é uma das principais causas de morte em ambientes hospitalares.







**Dia do Comprador**

Reconhecido pela Lei 5.039 de 17 de abril de 1986, o dia 19 de setembro é celebrado como o Dia do Comprador. A atuação dos compradores é imprescindível para manter as operações de um hospital, sendo essencial no mercado da saúde.



**Doação para paciente músico**

Em comemoração ao aniversário do paciente Sidney de Morais, que é músico, foi realizada a doação de um violão pela colaboradora Juliane do diurno 2 ao paciente.





**Treinamento de FAST HUG-BID**

Na semana dos dias 25/09/2023 à 29/09/2023, foi realizado o treinamento do Protocolo FAST HUG-BID, que trata dos cuidados fundamentais à serem realizados aos pacientes em âmbito da Unidade de Terapia Intensiva e nas enfermarias do Hospital Municipal de Guarapiranga. O treinamento foi organizado pelo Núcleo de Educação Permanente, sob a responsabilidade do Enfermeiro Thiago William Machado, em conjunto da Diretoria Técnica do Hospital, sob responsabilidade do Dr. Victor Hugo Parrilha Panont e médicos especialistas da GlobalMED.

O FAST HUG-BID é uma ferramenta que foi criada por Jean Louis Vincent em 2005, com o objetivo de sistematizar e padronizar o atendimento, através de um Checklist. Os cuidados englobam os aspectos nutricionais, analgésicos, sedações, profilaxia do tromboembolismo, elevação da cabeceira da cama, profilaxia de úlceras gastro-intestinais, úlceras oculares, lesões por pressão,controle glicêmico, teste de respiração espontânea, hábito intestinal, cateteres, sondas e terapia antimicrobiana. O treinamento contemplou todas as equipes multidisciplinares, entre elas a nutrição, fisioterapia, médica, enfermagem, farmácia, docentes e discentes, focando na luz de cada ciência e código de exercício profissional, visando a segurança do nosso paciente. Foram realizados 12 encontros, distribuídos ao longo desta semana, o encontro foi muito produtivo e esclarecedor, promovendo o desenvolvimento, aperfeiçoamento e empoderamento das nossas equipes. Dessa forma, o INTS, reafirma o seu compromisso com a educação permanente e a segurança do paciente. Ofertando um serviço de qualidade, pautado na ciência para todos os seus usuários.



**PDL**

Com o objetivo principal equipar os líderes com reflexões, técnicas e ferramentas para lidar efetivamente com conflitos entre indivíduos ou equipes, aprimorando a comunicação e promovendo a transformação de tensão em colaboração, o HMG participa do PDL, com transmissão da nossa Sede. A capacitação busca desenvolver habilidades fundamentais nos líderes para lidar com divergências dentro de suas equipes.



**Projeto Encantar**

O projeto encantar é o ato de registrar na forma de uma carta de boa alta aos pacientes / familiares, o que por sua consequência gerar percepção familiar quanto a importância dos mesmos para nossa unidade, fortalecendo assim o carinho e acolhimento empregados durante sua internação.





**Quizz LPP**

Pele iniciativa da estomaterapeuta Pâmela Viana e gestão de enfermagem, uma atividade de melhoria contínua está em andamento no Guarapiranga um Quizz de Lesões! Atividade lúdica com equipe para testar os conhecimentos pertinentes à prevenção de lesões e certificação dos setores que apresentaram zero lesões no último mês. As lesões por pressão, conhecidas popularmente como “escaras”, são um problema comum em ambientes hospitalares, especialmente em pacientes com mobilidade reduzida ou acamados. O

hospital, por meio desse projeto, busca conscientizar e capacitar sua equipe para prevenir essas lesões, melhorando o cuidado e a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes. A ideia surgir durante o torneio de segurança do paciente do INTS e está educando profissionais de forma divertida.




**Semana de Segurança do Paciente**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o dia 17 de setembro como o Dia Mundial da Segurança do Paciente. O tema da campanha de 2023 no HMG foi a prevenção de quedas com treinamentos em todos os plantões, paralelo a isso, celebrando e torcendo juntos na final do 3º torneio de segurança do paciente que aconteceu em Salvador




**Setembro Amarelo**

O setembro Amarelo é uma campanha criada no Brasil, pelo Centro de Valorização à Vida (CVV), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM), com o objetivo de conscientizar a população a respeito do suicídio, uma das 10 principais causas de mortalidade em todo o mundo. A orientação da população sobre as principais causas, fatores de risco e formas de prevenção pode auxiliar a prevenir e reduzir o número de mortes por suicídio.

O setembro Amarelo é realizado no mesmo mês em que acontece o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio (10 de setembro), sendo uma forma de dar maior visibilidade à causa. Várias ações de prevenção e valorização da vida foram realizadas na unidade durante o mês de setembro.




**Treinamento de Proteção individual**

Dos dias 12 e 13 de setembro, o SESMT realizou um importante treinamento para todos do Hospital Municipal Guarapiranga sobre o uso de equipamento de proteção individual.

Todas as atividades profissionais que possam gerar algum tipo de risco para o trabalhador devem ser realizadas com o auxílio de EPIs – Equipamentos de Proteção Individual, que podem incluir óculos, protetores auriculares, máscaras, mangotes, capacetes, luvas, botas, cintos de segurança, protetor solar e outros itens que tragam proteção ao colaborador. O uso do EPI é fundamental para auxiliar na saúde e a proteção do trabalhador, evitando

consequências negativas em casos de acidentes de trabalho, podendo gerar sequelas negativas para toda vida, ou até mesmo a morte. Além disso, o EPI também é usado para garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida dos profissionais durante e depois da fase ativa de trabalho.

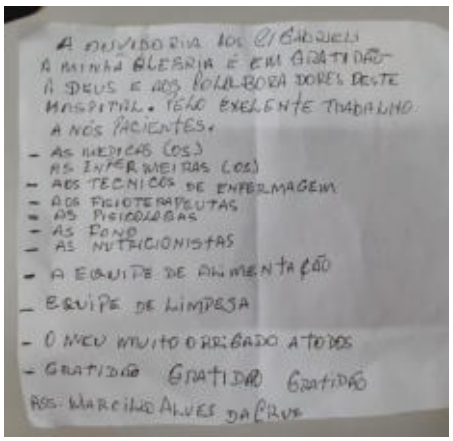


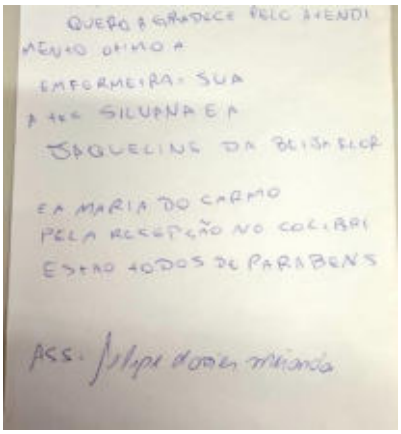
**Um ano do Conselho gestor no Hospital Guarapiranga**

Reunião do mês de setembro marca um ano de conselho gestor implantado na unidade Guarapiranga, foi a 13º reunião nos últimos 12 meses. A participação da população na gestão hospitalar é um direito e um dever garantido na LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 e Lei Municipal 13.325/2002.



## Elogios da Ouvidoria






## MÊS DE OUTUBRO

**Terapia Musical e Readaptação do Paciente no Hábito Antigo de Tocar Violão**

Destacamos um notável progresso no processo de readaptação de um paciente, permitindo que retomasse um hábito anterior de tocar violão. Com o apoio dedicado da equipe multidisciplinar, essa aspiração se tornou realidade dentro do ambiente hospitalar. Essa conquista não só evidencia o comprometimento da equipe, mas também destaca a importância do suporte na reconstrução da vida cotidiana dos pacientes.



**Festa da Fisioterapia em Comemoração ao Dia do Fisioterapeuta**

Em celebração ao Dia do Fisioterapeuta, realizamos uma festa dedicada à equipe de fisioterapia. O evento foi um momento de reconhecimento e valorização do trabalho árduo e dedicado dos fisioterapeutas, ressaltando seu papel fundamental na reabilitação dos pacientes e no bem-estar geral da instituição.



**Ação de Bingo entre a Equipe Multidisciplinar e os Pacientes**

Uma atividade de bingo foi organizada, envolvendo não apenas a equipe multidisciplinar, mas também os pacientes. Essa ação teve como objetivo promover interação, estimular a cognição e proporcionar momentos de lazer e entretenimento, reforçando os laços entre todos os envolvidos no ambiente hospitalar.





**Dia do Médico**

O papel do médico, como profissional responsável pela promoção da saúde da população, incentivo a uma vida saudável e prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, é imprescindível em nossa sociedade, por isso, nada mais justo do que dedicarmos um dia em sua homenagem.






**Outubro Rosa - Distribuição dos Brincos e Pins**

Para celebrar o outubro Rosa e conscientizar os colaboradores sobre a importância do autocuidado e prevenção do câncer de mama, foram distribuídos brincos e pins. Além da montagem de um painel com informativos e uma prótese para a simulação do exame do toque.








**Dia do Profissional de Tecnologia da Informação**

Essa data é uma forma de reconhecer a importância do profissional de TI em nossa instituição e, assim, homenageá-lo. O profissional da Informática atua em diversas funções, sendo que é o responsável por uma boa interação entre usuários e computador, criação de softwares, criação de sites, suporte técnico, organização de banco de dados, configurações em redes de computadores, entre outros.



## Elogios da Ouvidoria

**AGRADECIMENTO**

A Ilma. Sra. Simone da Silva de Araújo ( Dir. Geral do HMG ) e

Ao Ilmo. Sr. Victor Hugo Parrilha (Dir. Médico do HMG)

São Paulo, 16 de outubro de 2023.

Gostaria de expressar minha sincera gratidão pelo tempo em que estive internado no Hospital Municipal Guarapiranga. Venho externar os mais sinceros agradecimentos pela enaltecedora atuação dos profissionais de saúde.

Neste período em que estive (03/ago – 27/set), recebi além do profissionalismo, o respeito, carinho, os cuidados e a dedicação em uma postura humanizada com pessoas completamente comprometidas a se dispor do melhor de si.

Com toda certeza se fez a notória diferença e gostaria de nobilitar a dedicação dos colaboradores que se destacaram pela sua empatia e que trouxeram alegria a nós pacientes. Assim gostaria de elogiar um a um dos brisos:

***Téc. de Enfermagem (diurna):***
- Alexana
- Betânia
- Célia
- Edislaine (Edi)
- Eduarda Moreira (Duda)
- Francielli
- Lidia
- Maria
- Pérsio Campos
- Priscila
- Raquel
- Tania

***Téc. de Enfermagem (noturna):***
- Ana Paula Rosa
- Fabio Santos
- Jéssica
- Karen Cristina
- Maicon
- Paulo

***Enfermeiros(as):***
- Andréa Barbosa
- Astrid Bianca
- Caroline Rocha
- Cristina
- Elaine
- Gilvanete
- Juliana Duarte
- Maria Gabriela
- Miriam F. Souza
- Rafael

***Médicos (as):***
- Dra. Isabelle
- Dra. Julia
- Dra. Isabella
- Dr. Fábio
- Dra. Yasmine

***Fisioterapeutas:***
- Allan
- Ana Paula Jesus
- Eduardo Gomes
- Gulybelle (Belly)
- Joselton (Ilton)
- Josi
- Leandro
- Simone
- Vitor

***Recepção:***
- Luiza
- Bianca
- Luana
- Mariana
- Rafael

***Copeiras:***
- Andreia
- Gabi
- Josi
- Nézia
- Thais
- Thalita

***Limpeza:***
- Gabriela
- Gleudelaine (Elaine)
- Luciana
- Rosemar

***Psicologia:***
- Rafaella Curatolo
- Rosana
- Vitoria

***Transporte:***
- Valdir (motorista amb.)
- Rosely (Téc. Enf. amb.)

***Ouvidoria:***
- Gabriele
- Vanda

***Odontologia:***
Todas as colaboradoras

***Portaria:***
Todos os colaboradores

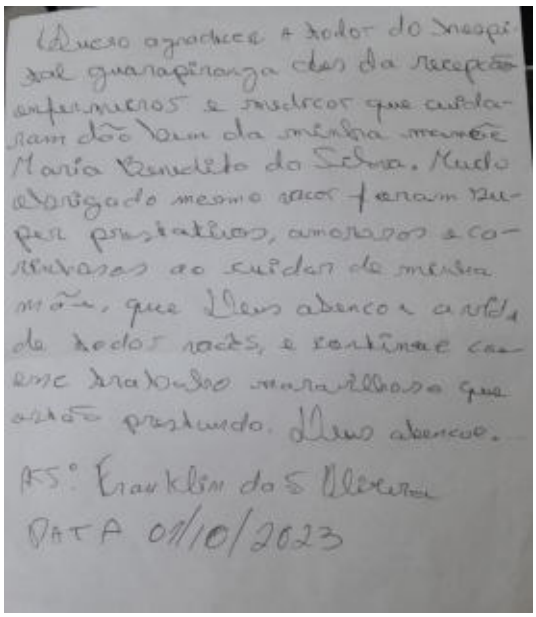
Se possível, que este elogio fosse publicado em Boletim Interno, para que todos se sintam elogiados e demostrada a importância de todos.

Dessa forma, desejamos sucesso e apresentamos votos de estima e consideração.

Muito grato,

Eu Vera Lucia quero agradecer imensamente a equipe do Colibri diurno 2 pelos cuidados com meu irmão José Alves Rodrigues no período de 30/09/2023 a 03/10/2023 Deus abençoe a todos com saúde, paz muito amor.

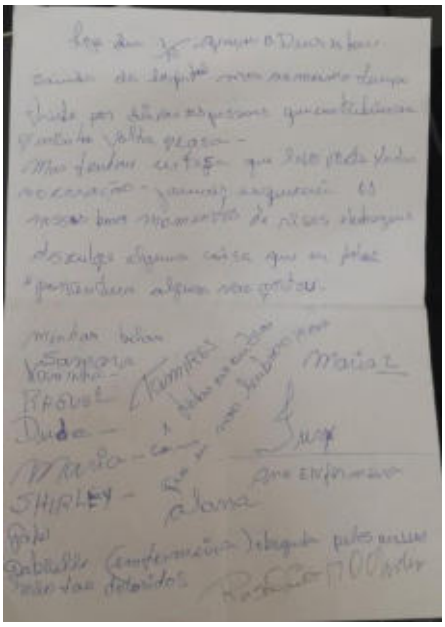
Vera Lúcia

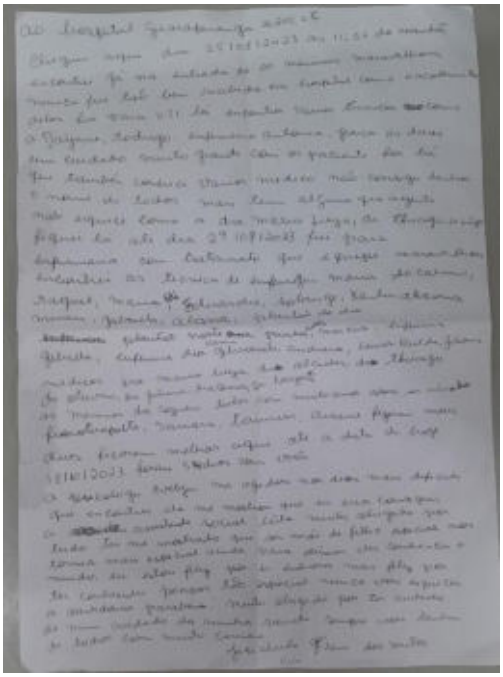


Quero agradecer a todos do Hospital Guarapiranga das da recepção enfermeiros e residentes que cuidaram dão bem da minha mamãe Maria Benedita da Silva. Muito obrigado mesmo todos vocês foram super prestativos, amorosos e carinhosos ao cuidar de minha mãe, que Deus abençoe a vida de todos vocês, e continue com esse trabalho maravilhoso que estão prestando. Deus abençoe.

Ass: Franklin da S Oliveira

DATA 01/10/2023





SP 18-10-2023

Venho agradecer a todos que cuidaram de meu irmão nos 9 dias em que ele esteve internado aqui nesta unidade.

Infelizmente ele veio a falecer na data de hoje, mas eu sou grato a todos os envolvidos até o último instante de vida dele.

Frizo mais uma vez: cuidem da saúde de vocês, se alimentem bem, façam exercícios.

Gratidão as assistentes sociais que me deram suporte na hora da notícia (Evelin e Jaqueline).

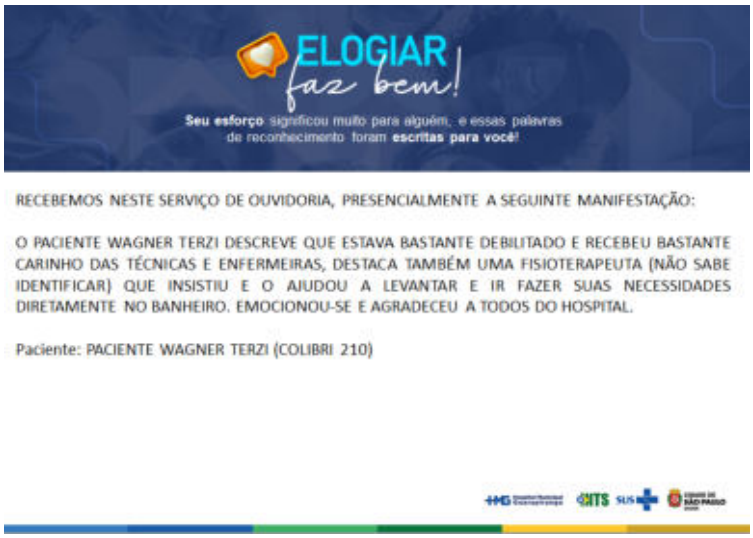
Gratidão aos médicos e enfermeiros do setor.

Gratidão ao pessoal da limpeza e lavanderia, são todos muito gentis.

Gratidão a recepcionista Jaqueline que me recebeu na hora da internação e que também foi muito prestativa ao me convocar por telefone.

Paciente Paulo Henrique Santos Soares.

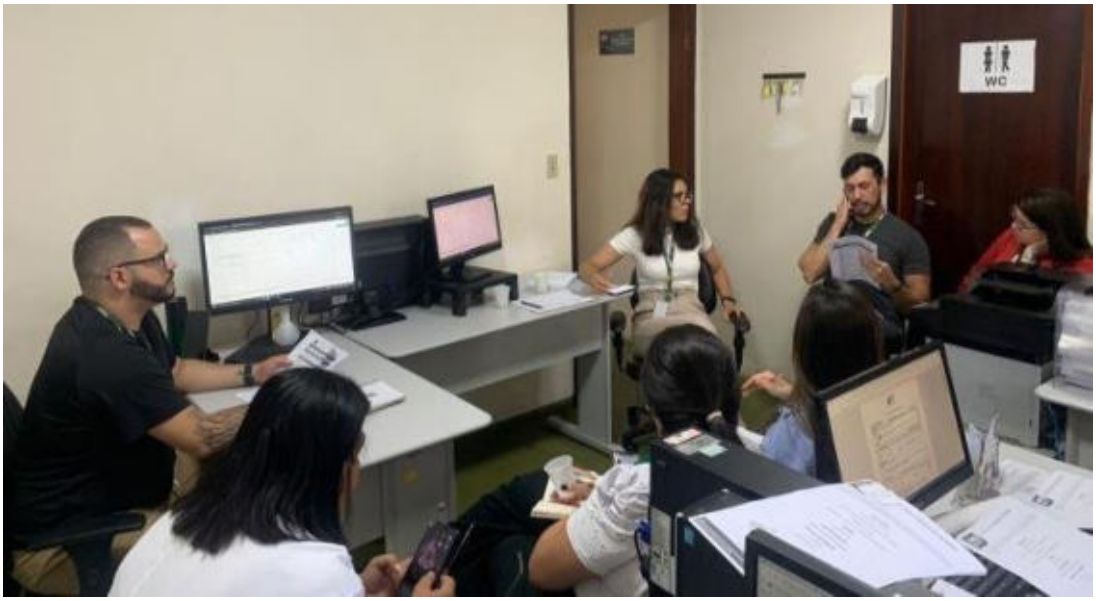
Obrigado.




## MÊS DE NOVEMBRO

**Reunião do grupo de tratativas dos documentos regulatórios do HMG**

Idealizado pela Diretoria Geral, foi criado um grupo dedicado a atualização de toda a documentação regulatória do Hospital.



**Postura corporal NR 17**

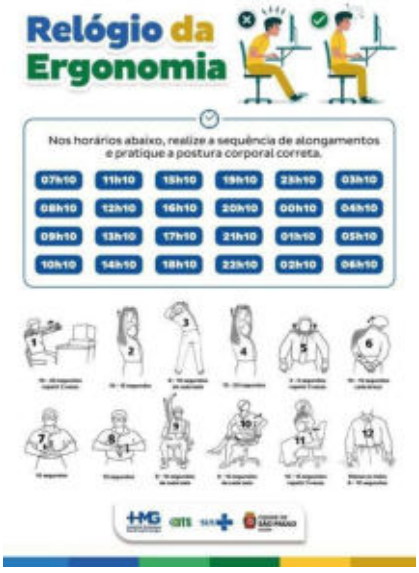
Foi realizado pela equipe do SESMT treinamentos e orientações nos postos de trabalho dos colaboradores sobre a importância da postura correta no local de trabalho, visando uma melhor qualidade de vida.



**Relógio da Ergonomia**

Atividades realizadas nos postos de trabalho dos colaboradores, visando uma melhor qualidade de vida através da instalação de quadros informativos com movimentos de alongamento e correção de postura corporal.





**Curso de CIPA**

Curso CIPA Gestão 2023/2024 conforme norma regulamentadora 5, para capacitação dos novos eleitos.



**Treinamento da Brigada de Incêndio**

Treinamento de capacitação da Brigada de Incêndio para auxiliarem os demais colegas de trabalho em situações de emergência, especialmente, em casos de princípio de incêndio - Gestão 2023/2024.



**Reunião de alinhamento sobre o Simulado de Catástrofe**

Alguns líderes realizaram uma reunião de alinhamento referente a elaboração do simulado de catástrofe para preparar a unidade para possíveis eventos de emergência.






**Meu Coração é INTS (Nutrição)**

Foi realizado nos dias 06 e 07/11 uma comemoração ao aniversário de 14 anos do INTS. Foi disponibilizado no refeitório bolo confeitado para todos os funcionários nos 04 turnos. E no dia 21/11 foi realizado o evento “Meu Coração é INTS”, onde foi ofertado coffee break para todos os participantes que estavam presentes.




**3º Seminário Nacional de Ouvidoria**

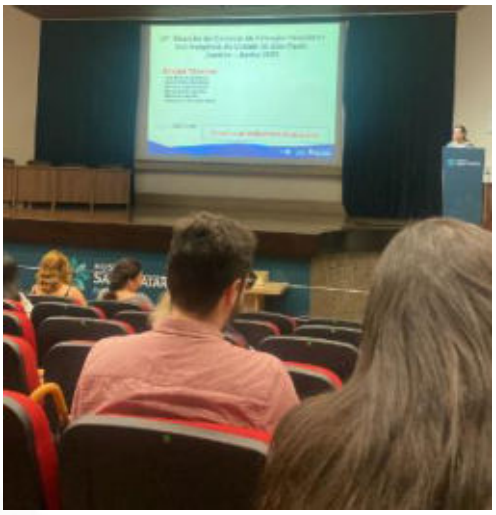
A Controladoria-Geral da União, a Controladoria-Geral do Município de São Paulo e demais instituições apoiadoras promoveram a terceira edição dos Seminários Nacionais de Ouvidoria de 2023. O evento foi realizado entre os dias 30 de outubro e 1º de novembro, na Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – FUNDACENTRO, em São Paulo – SP.

O objetivo do Seminário foi reunir ouvidoras e ouvidores para a difusão de conhecimentos e troca de experiências. O tema que guiou os encontros foi “Ouvidoria Inteligente, Criativa e Participativa”. Com os painéis sobre a humanização do atendimento em Ouvidoria, Proteção ao Denunciante e Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Além disso, foram desenvolvidas oficinas instruídas por especialistas em temas centrais à atividade de ouvidoria como o uso da Linguagem Simples e da Comunicação

Não Violenta, Produção de Relatórios, Mediação de Conflitos, Discriminação e Assédio Sexual e Moral.




**35º Reunião de Controle de Infecção Hospitalar dos Hospitais da Cidade de São Paulo**



**Ronda em Isolamento e discussão no setor sobre isolamento de paciente com bactéria multirresistente para tratamento de tuberculose (SCIH)**





**Dia dos Profissionais do mês de novembro**

Realizamos uma homenagem ao dia dos profissionais em seu respectivo dia de comemoração, contemplando o Dia do Técnico de Radiologia, Dia do Técnico de Segurança do Trabalho, Dia do Biomédico e dia da Enfermeira Auditora, para reconhecer, valorizar e motivar a equipe de saúde.






**Campanha do novembro Azul**

Entre os dias 16 a 21/11 a Comissão de Humanização do Hospital Municipal Guarapiranga realizou a entrega de lembrancinhas em prol da conscientização do novembro Azul e em conjunto a foto oficial do mês. O objetivo principal da campanha é alertar os homens sobre a importância da realização de exames preventivos, como o exame de próstata, para detectar precocemente possíveis problemas de saúde.



**Aniversário 14 anos de INTS**

Ação realizada para comemoração do aniversário da instituição, juntamente com a montagem de um quebra-cabeças entre os colaboradores. O objetivo foi promover um ambiente festivo que fortaleçe os laços da equipe e celebra as conquistas coletivas. A atividade de montagem de quebra-cabeças simboliza a colaboração e a união necessárias para alcançar os objetivos comuns da instituição. Ao envolver os colaboradores nessa atividade interativa, cria-se uma oportunidade única para promover a comunicação, o trabalho em equipe e a resolução de problemas em um contexto descontraído. Além de reforçar o espírito de coletividade, a celebração do aniversário da instituição e a montagem do quebra-cabeça também contribuem para o aumento do engajamento dos colaboradores, gerando um sentimento de pertencimento e orgulho pela missão e conquistas da organização ao longo do tempo. Essa iniciativa não apenas destaca os marcos importantes, mas também fomenta um ambiente positivo e colaborativo, essencial para o crescimento contínuo e o sucesso a longo prazo da instituição.





**Entrega de Doações – Materiais Escolares CCA e CJ**

Uma ação remanescente do 3º Torneio de Segurança do Paciente arrecadou 2.307 itens de material escolar que foram entregues no Centro da Criança e do Adolescente (Centro Jovem) no dia 28/11 com objetivo de apoiar as crianças e os jovens em sua jornada educacional.

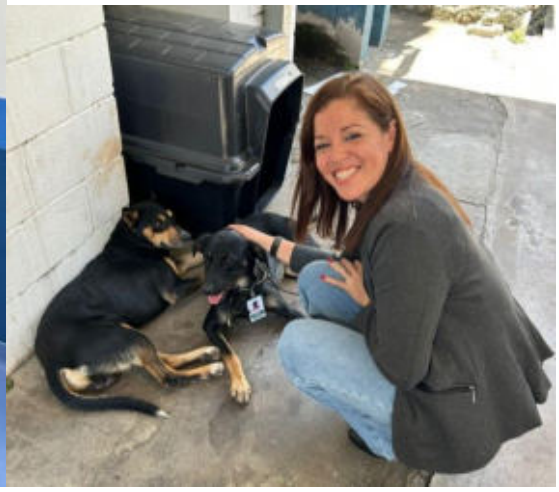


**Projeto PET - Hospital Dia**

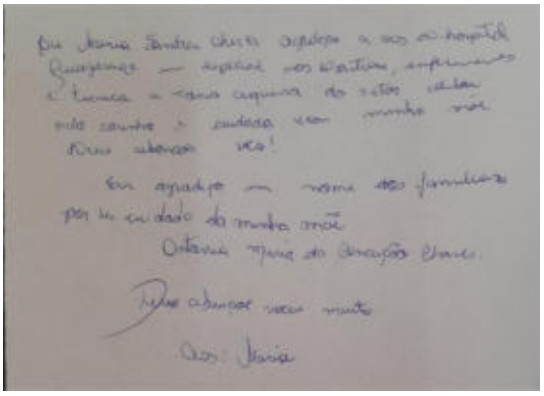
Neste mês visitamos à instituição Hospital Dia para desenvolvimento do Projeto PET. Este projeto, que integra a terapia assistida por animais, visa proporcionar benefícios terapêuticos e emocionais aos pacientes por meio da interação positiva com os animais.

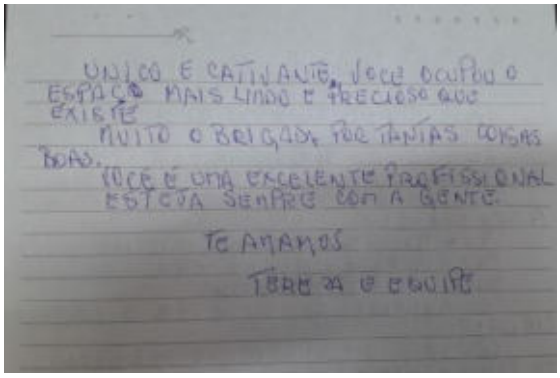
Durante a visita, a presença dos pets contribui para criar um ambiente acolhedor e amigável, promovendo uma atmosfera de bem-estar e conforto para os pacientes. A interação com os animais pode ter efeitos positivos na saúde mental e emocional, ajudando a reduzir o estresse, a ansiedade e promovendo um clima mais descontraído no ambiente hospitalar.





## Elogios da Ouvidoria






## MÊS DE DEZEMBRO

### Dia da Fonoaudiologia

No dia 9 de dezembro, celebramos e prestamos uma merecida homenagem à nossa dedicada fonoaudióloga Thais Mascarenhas, em reconhecimento ao Dia da Fonoaudióloga. Este é um momento especial para expressar nossa gratidão pela notável contribuição de Thais ao setor de fonoaudiologia do Hospital Municipal Guarapiranga.



**Integração com vistas as informações de saúde e segurança do trabalho**

No dia 05 de dezembro a segurança do trabalho juntamente com os colaboradores da Antomari (empresa terceirizada de higienização) realizou a integração com vistas e informações de saúde e segurança do trabalho, aplicou orientações sobre os equipamentos de combate a incêndio, informou a finalidade do ramal de emergência, a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual, e demais boas práticas e condutas a serem seguidas no ambiente de trabalho durante suas atividades.



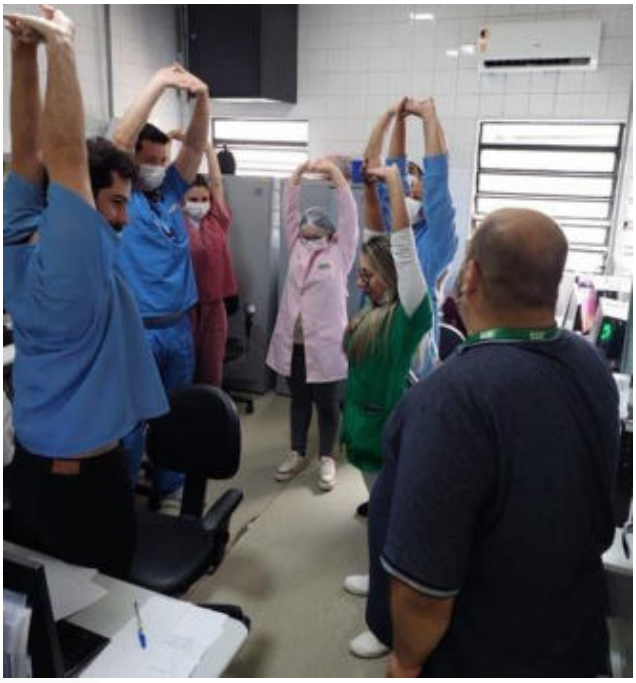
**Reunião da CIPA Nova Gestão**

No dia 11 de dezembro foi realizado a Reunião da CIPA Gestão 2023/2024 - A CIPA é responsável por observar quais são os riscos iminentes e promover formas de prevenção. Além disso, será a comissão responsável por desenvolver diversos eventos que auxiliam na promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho.



**Relógio da Ergonomia - prática coletiva**

Entre os dias 12 e 20 de dezembro foi realizada a prática do Relógio da Ergonomia em diversos setores do Hospital, contemplando colaboradores da assistência, equipe multidisciplinar e administrativa. A ação visa o alongamento e correção da postura corporal dos colaboradores através de ginástica laboral, para uma melhor qualidade de vida no trabalho.



**Diálogo de Segurança Semanal (DSS)**

No dia 12 de dezembro no setor Colibri com os colaboradores da assistência e equipe multidisciplinar, foi realizado o Diálogo de Segurança Semanal (DSS), destacando a importância sobre a não utilização de adornos e visando o cumprimento da NR-32 (Norma regulamentadora dos serviços de saúde).



**Simulado de Catástrofe**

No dia 13 de dezembro foi realizado o Simulado de Catástrofe do Hospital Municipal Guarapiranga para preparar a unidade para possíveis eventos de emergência. O evento simulou um afogamento na de Represa Guarapiranga. As “vítimas” foram socorridas na Marina Riviera por ambulância e levadas para o HMG.



**Reunião da Brigada de Incêndio**

No dia 13 de dezembro, após passarem por treinamento externo em empresa especializada na formação e treinamento de combate à princípio de incêndio, foi realizada na sala do SESMT a primeira reunião da nova turma de brigadistas da unidade para alinhar os processos da nova equipe no ano de 2024. O grupo agora é composto por colaboradores de diversos setores e seu dimensionamento é de acordo com as instruções técnicas do Corpo de Bombeiros de São Paulo.



**Manual de Biossegurança**

No dia 14 de dezembro no setor da farmácia, foi realizado o treinamento sobre o Manual de Biossegurança. Neste manual estão dispostas as informações sobre o fluxo de acidente de trabalho, combate ao princípio de incêndio, boas práticas com perfurocortantes, lavagem das mãos, utilização dos equipamentos de proteção individual entre outros, visando o cumprimento da NR-32 (Norma regulamentadora dos serviços de saúde).



**Sinalização de segurança no entorno das caixas de hidrantes**

No dia 26 de dezembro a segurança do trabalho iniciou o reforço da sinalização de segurança no entorno das caixas de hidrantes do HMG, seguindo a instrução técnica do Corpo de Bombeiros da cidade de São Paulo (IT 20/2019). Tal sinalização possui a finalidade de evitar que os equipamentos de combate a incêndio fiquem obstruídos.



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| E17 | | Sinalização de solo para equipamentos de combate a incêndio (hidrantes e extintores) | Símbolo: quadrado (1,00 m x 1,00 m)<br>Fundo: vermelha (0,70 m x 0,70 m)<br>Borda: amarela (largura = 0,15 m) | Usado para indicar a localização dos equipamentos de combate a incêndio e alarme, para evitar a sua obstrução |

**Entrega de panetones aos pacientes**

Foi realizado no dia 22/12 junto com a Comissão de Humanização a entrega de panetones para todos os pacientes do HMG. Essa ação gerou grande comoção para aqueles que tiveram memórias afetivas com o panetone.







**Entrega de panetones aos colaboradores**

Entrega de panetone para os colaboradores do HMG. Foi realizada entre os dias 18, 19 e 20/12 a entrega de panetones para todos os funcionários e terceirizados dos turnos diurno e noturno.







**Certificação da Acreditação Institucional de Ouvidoria SUS do Brasil**

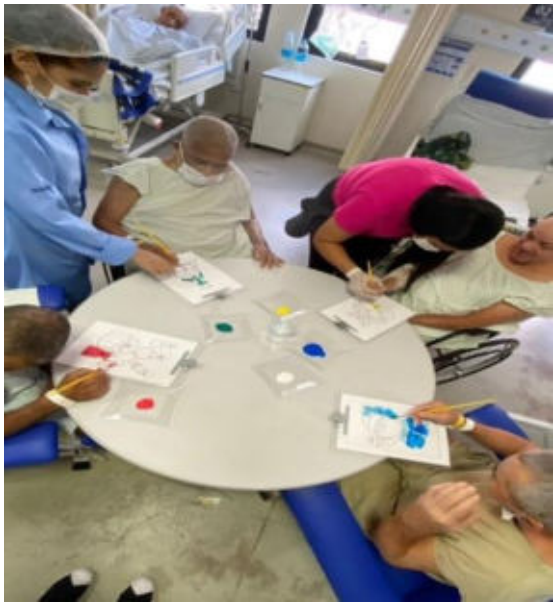
A Divisão de Ouvidoria SUS da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo realizou no dia 11/12 (segunda-feira) no anfiteatro da Uninove - Campus Vergueiro o “Ato Solene de Entrega da Certificação da Acreditação Institucional de Ouvidoria SUS do Brasil", conferida pela Fundação Oswaldo Cruz — FIOCRUZ. O objetivo desse encontro foi reunir ouvidoras e ouvidores para a comemoração do marco na história.




**Oficina de pintura com os pacientes**

A oficina de pintura com desenhos natalinos foi realizada no dia 06 de dezembro, com o propósito de proporcionar uma experiência terapêutica e recreativa para os pacientes de cuidados prolongados, estimulando a expressão criativa e promovendo um ambiente festivo durante a temporada de Natal. Essas pinturas foram emolduradas e penduradas no painel de decoração natalino para exposição aos colaboradores e pacientes.









**Decoração Natalina**

A iniciativa de decorar o hospital com temas natalinos foi concebida com o propósito de criar um ambiente acolhedor, festivo e reconfortante durante a temporada de Natal, realizada no dia 20 de dezembro. O objetivo era elevar o espírito natalino tanto para os pacientes quanto para os funcionários, promovendo uma atmosfera positiva.

Uma árvore de Natal central foi instalada em uma área de destaque, servindo como ponto focal da decoração e espaço para interações festivas, com bolinhas decorativas com as fotos dos colaboradores e suas famílias.





**Culto Ecumênico**

O culto ecumênico realizado no dia 21 de dezembro na área de convivência, teve como propósito oferecer um momento de reflexão espiritual e promover a inclusão religiosa para os pacientes que têm a capacidade de deambular. A intenção era proporcionar um ambiente de conforto e suporte espiritual, independentemente das crenças individuais.



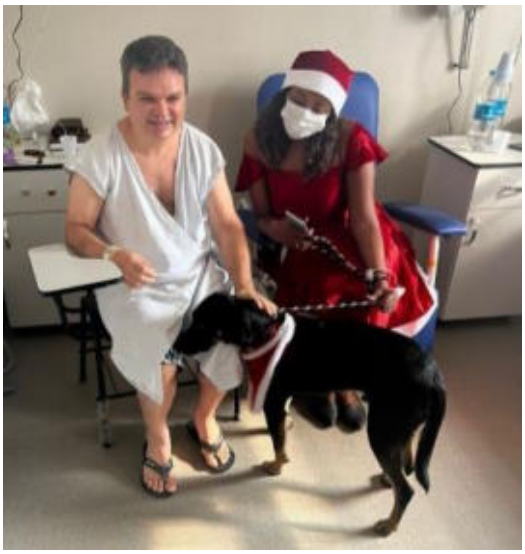


**Ação de Natal com apadrinhamento de pacientes e visita pet**

A ação de Natal, que envolveu o apadrinhamento de pacientes de cuidados prolongados, foi organizada com o intuito de proporcionar um momento especial aos pacientes durante a temporada natalina, promovendo a alegria, a inclusão e a interação social. Colaboradores foram convidados a apadrinhar pacientes de cuidados prolongados, selecionando presentes de acordo com as preferências e necessidades específicas de cada paciente. No dia 22 de dezembro, os colaboradores entregaram pessoalmente os presentes aos pacientes, proporcionando uma experiência personalizada e afetuosa.

Durante a entrega, foi organizado um ambiente festivo com música natalina e um colaborador vestido de Papai Noel esteve presente para adicionar um toque especial ao evento. Um cachorro terapêutico participou da ação, proporcionando conforto emocional e alegria aos pacientes.





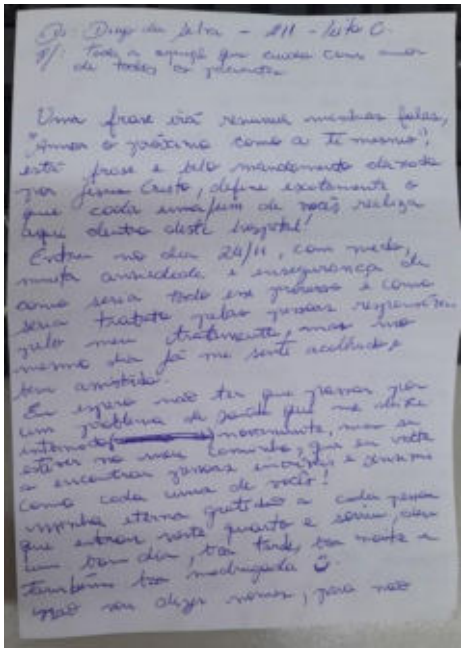






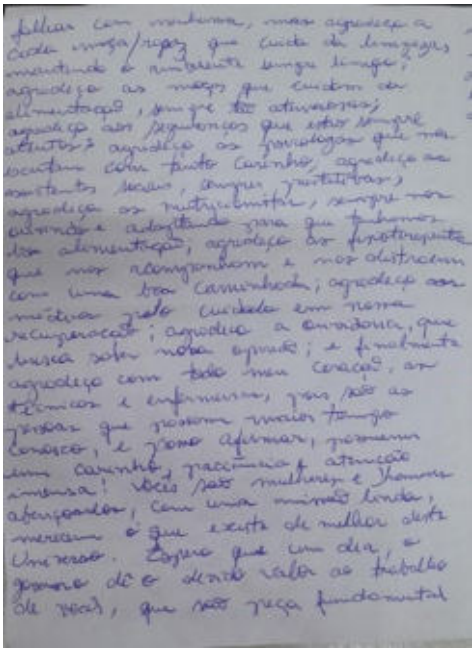


## Elogios da Ouvidoria



Dr. Diego da Silva - 211 - Leito C.
P/: Todo a equipe que cuida com amor de todos os pacientes

Uma frase irá resumir muitas falas, "Amar o próximo como a ti mesmo", esta frase é pilar mandamento deixado por Jesus Cristo, difere exatamente o que cada uma/um de vocês realiza aqui dentro deste hospital!
Entrei no dia 24/11, com medo, muita ansiedade e insegurança de como seria todo em grávidas e como seria tratado pelas grávidas negras. Pelo meu tratamento, mas hoje mesmo dia já me sinto acolhida, sem ansiedade.
Eu espero não ter que passar por um problema de saúde que me obrigue a internar novamente, mas se estiver no meu caminho, já sei onde encontrar grandes amigos e grandes profissionais como cada uma de você!
Minha eterna gratidão a cada pessoa que estiver neste quarto e sorrir para mim com um bom dia, boa tarde, boa noite e também boa madrugada ☺
Não vou chorar nunca, para não



falhar com ninguém, mas agradeço a cada moça/rapaz que cuida da limpeza mantendo o ambiente sempre limpo, agradeço as moças que cuidam da alimentação, sempre tão atenciosas; agradeço aos seguranças que estão sempre atentos; agradeço as psicólogas que me escutam com tanto carinho, agradeço as assistentes sociais, sempre prestativas; agradeço as nutricionistas, sempre me atendo e adaptando para que tenhamos boa alimentação; agradeço as fisioterapeutas que me reanimaram e nos distraem com uma boa conversa; agradeço com minha gratidão cuidado em nossa recuperação; agradeço a enfermeira, que busca sempre nova opinião; e finalmente agradeço com todo meu coração, as técnicas e enfermeiras, pois são as pessoas que passam maior tempo conosco, e posso afirmar, possuem um carinho, paciência e atenção imensa! Vocês são mulheres e Mamães abençoadas, com uma missão linda, merecem o que existe de melhor deste Universo. Espero que um dia, o governo dê o devido valor ao trabalho de vocês, que são peça fundamental

## 8. AÇÕES DE DESTAQUE

## MÊS DE JANEIRO

### Palestra de Diversidade de Gêneros

No dia 19 de janeiro, os líderes do HMG participaram de uma palestra sobre diversidade de gênero, ministrada pela psicóloga Vitória Freitas. A identidade de gênero e os diferentes tipos de orientação sexual, entre outros tópicos, foram abordados durante o encontro.

Devido ao recebimento de pacientes transgêneros na unidade, foi avaliado e considerado essencial a realização do treinamento para proporcionar aos pacientes um atendimento confortável e uma equipe preparada.

Durante os dias 10, 11, 12 e 13 a palestra foi ministrada aos colaboradores e profissionais das empresas terceirizadas, em horários e turnos distintos, abrangendo assim o maior número possível de colaboradores da instituição.



## MÊS DE FEVEREIRO

### Simulado de Abandono - Brigada de Incêndio

Nos dias 07 e 08, a Brigada de Incêndio do HMG realizou um simulado de incêndio com abandono e evacuação em uma das alas do Hospital. Essas simulações periódicas são essenciais para manter os funcionários atentos em seu ambiente de trabalho acerca de possíveis situações de incêndio ou em emergências similares.



# MÊS DE MARÇO

**Entrega de doações Casa Sofia**

Que o Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS) vai muito além do gerenciamento de seus contratos, disso ninguém tem dúvida. No dia 10 de março, por exemplo, membros da equipe do HMG doaram aproximadamente 5 mil itens de higiene pessoal ao Centro de Defesa e Convivência da Mulher Casa Sofia. Os donativos foram arrecadados pelos próprios colaboradores do hospital durante o Torneio de Segurança do Paciente, que é realizado anualmente pelo INTS e envolve todos os serviços da entidade pelo país. Localizada no Jardim Ângela, em São Paulo, a Casa Sofia atende centenas de mulheres do território (região do Jardim Ângela e Jardim São Luís) vítimas de violência doméstica. De acordo com a técnica de psicologia do espaço, Natalia Torres Bonfim, as usuárias do serviço são vítimas de violência praticada no âmbito familiar, por alguém que tem algum tipo de ligação afetiva, e ela pode ser psicológica, física, sexual, patrimonial, moral, ameaça etc.



# MÊS DE ABRIL

**Missa de Páscoa**

A Páscoa é uma das festividades mais importantes para o cristianismo, pensando em aconchegar o público católico da nossa instituição e também à todos aqueles que se sentissem à vontade em participar, a Comissão de Humanização promoveu a realização de uma missa na Capela do hospital, celebrada por um padre da região, contemplando pacientes, colaboradores, visitantes e acompanhantes.

O evento foi marcado por muita emoção, foram distribuídas medalhinhas aos presentes e o Padre percorreu os leitos do hospital abençoando os acamados que não puderam participar da missa, levando uma palavra de conforto e esperança para os enfermos.





# MÊS DE MAIO

## Semana da Enfermagem

A semana da enfermagem no Hospital Municipal Guarapiranga foi marcada por vários eventos, que começaram no dia 12 de maio. A Gestão assistencial, junto com a comissão de humanização realizou várias homenagens aos colaboradores da enfermagem. Apresentações do humorista Dr. Nanal com a palestra de “besteirologia”, coffee breaks, momentos de massagem, aulas práticas de autocuidado, sorteio de brindes entre outros fizeram parte da programação do HMG.












# MÊS DE JUNHO

**Três anos de HMG e São João (Arraiá)**

Uma missa de Corpus Christi marcou o início das comemorações de 3 anos do hospital, a Comissão de Humanização do hospital também promoveu dois dias de arraiá, com muita comida, música e a tradicional quadrilha. Os dias de festa abrangeram os 4 plantões, garantindo que todos participassem. A nossa Diretora Geral, Simone Araujo e o Diretor Técnico, Victor Hugo conduziram a quadrilha no primeiro dia (noivo e a noiva) e o nosso coordenador Administrativo Paulo Henrique foi o padre da festa. No segundo dia tivemos Ana Patrícia Palma, Gerente Administrativa, e o Coordenador de Prestação de Contas, Robert Silva como noiva e noivo, e o Coordenador médico André Panont como padre.



# MÊS DE JULHO

**Auditoria Interna**

Dando continuidade ao projeto de Auditoria Interna, após a capacitação dos auditores internos no mês de junho, foi dado início a semana de auditoria interna na unidade. Durante o período de 24 à 28 de julho, 12 setores do Hospital Municipal Guarapiranga foram auditados, todos os processos foram avaliados nos requisitos ONA (Organização Nacional de Acreditação) e requisitos institucionais do INTS. As áreas escolhidas foram: Nutrição, Tecnologia da Informação, Compras, Contratos, Financeiro, Recursos Humanos, Departamento Pessoal, Faturamento, Assistência Psicológica, Almoxarifado, Prestação de Contas, Núcleo de Educação Permanente, Medicina do Trabalho e Qualidade e Segurança do Paciente.



# MÊS DE AGOSTO

**Inauguração da Brinquedoteca**

Em uma quinta-feira, 10 de agosto de 2023, o Hospital Municipal Guarapiranga inaugurou a sua primeira brinquedoteca, na ala pediátrica da unidade. O hospital além de UTI adulto, clínica médica adulto e cuidados prolongados adulto, ainda conta com 6 leitos para cuidados prolongados infantil. A inauguração da brinquedoteca só foi possível após a doação dos brinquedos pela nossa gerente administrativa financeiro Ana Patrícia Palma.

A Comissão de Humanização realizou a cerimônia de inauguração e contou com a participação da Diretora Geral da Unidade, Simone Araújo, equipe nutricional, coordenação médica, demais equipes administrativas, enfermeiros, fisioterapeutas e membros da Comissão de Humanização. A inauguração dessa brinquedoteca irá ajudar na interação entre as crianças e familiares, e amenizar o processo de internação hospitalar, que por muitas vezes torna-se exaustivo para corpo e mente. Essa é mais uma ação de humanização promovida pelo HMG.





# MÊS DE SETEMBRO

**Setembro Amarelo**

O setembro Amarelo é uma campanha criada no Brasil, pelo Centro de Valorização à Vida (CVV), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM), com o objetivo de conscientizar a população a respeito do suicídio, uma das 10 principais causas de mortalidade em todo o mundo. A orientação da população sobre as principais causas, fatores de risco e formas de prevenção pode auxiliar a prevenir e reduzir o número de mortes por suicídio. O setembro Amarelo é realizado no mesmo mês em que acontece o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio (10 de setembro), sendo uma forma de dar maior visibilidade à causa. Várias ações de prevenção e valorização da vida foram realizadas na unidade durante o mês de setembro.






# MÊS DE OUTUBRO

**Outubro Rosa - Distribuição dos Brincos e Pins**

Para celebrar o outubro Rosa e conscientizar os colaboradores sobre a importância do autocuidado e prevenção do câncer de mama, foram distribuídos brincos e pins. Além da montagem de um painel com informativos e uma prótese para a simulação do exame do toque.








# MÊS DE NOVEMBRO

**Aniversário 14 anos de INTS**

Ação realizada para comemoração do aniversário da instituição, juntamente com a montagem de um quebra-cabeças entre os colaboradores. O objetivo foi promover um ambiente festivo que fortaleçe os laços da equipe e celebra as conquistas coletivas. A atividade de montagem de quebra-cabeças simboliza a colaboração e a união necessárias para alcançar os objetivos comuns da instituição. Ao envolver os colaboradores nessa atividade interativa, cria-se uma oportunidade única para promover a comunicação, o trabalho em equipe e a resolução de problemas em um contexto descontraído. Além de reforçar o espírito de coletividade, a celebração do aniversário da instituição e a montagem do quebra-cabeça também contribuem para o aumento do engajamento dos colaboradores, gerando um sentimento de pertencimento e orgulho pela missão e conquistas da organização ao longo do tempo. Essa iniciativa não apenas destaca os marcos importantes, mas também fomenta um ambiente positivo e colaborativo, essencial para o crescimento contínuo e o sucesso a longo prazo da instituição.



# MÊS DE DEZEMRO

**Ação de Natal com apadrinhamento de pacientes e visita pet**

A ação de Natal, que envolveu o apadrinhamento de pacientes de cuidados prolongados, foi organizada com o intuito de proporcionar um momento especial aos pacientes durante a temporada natalina, promovendo a alegria, a inclusão e a interação social. Colaboradores foram convidados a apadrinhar pacientes de cuidados prolongados, selecionando presentes de acordo com as preferências e necessidades específicas de cada paciente. No dia 22 de dezembro, os colaboradores entregaram pessoalmente os presentes aos pacientes, proporcionando uma experiência personalizada e afetuosa.

Durante a entrega, foi organizado um ambiente festivo com música natalina e um colaborador vestido de Papai Noel esteve presente para adicionar um toque especial ao evento. Um cachorro terapêutico participou da ação, proporcionando conforto emocional e alegria aos pacientes.







## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório traz dados analisados do ano 2023 e apresenta os resultados do Hospital Municipal Guarapiranga, onde a gestão é realizada pelo INTS em parceria com a Secretária de Saúde do Município de São Paulo.

A gestão desenvolvida busca sempre o planejamento e as realizações das ações dos serviços públicos de saúde, por meio da organização, desenvolvimento e acompanhamento contínuo dos instrumentos e das ferramentas, que constituem e são utilizadas como diretrizes para as práticas de atendimento e de atenção à saúde desenvolvidas na Unidade de Saúde.

Os Resultados apresentados são realizados com o objetivo de trazer e proporcionaraos usuários um atendimento de qualidade, por meio de uma política de humanização com atuação de profissionais qualificados, comprometidos com a presteza, humanização e ética.

São Paulo/SP, 02 de abril de 2024.

_____

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS

Unidade Hospital Municipal Guarapiranga

_____

**Simone Araújo**

**Diretora Geral**

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1 - ATAS DA COMISSÃO DE ÓBITOS

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 19 | Bárbara Cristina Silvério | 26/01/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 18;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de dezembro/2022;
- Sumário e check – list de Alta.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Juliana Santos (Fisioterapeuta) / Rivailton dos Santos (Faturamento) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) / Bárbara Silvério (Contas Médicas).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Treinamento de dupla checagem/Fluxo de alta de paciente (Qualidade).
- **Ações que foram executadas no último mês:** Esboço do sumário de alta/ Orientação para dupla checagem; Sinalização no SMPEP de troca de plantão.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Dr. André Gasparoto inicia a reunião comentando que os prontuários de dezembro analisados por ele estão adequados conforme os critérios de avaliação.

Juliana Santos questiona como são solicitados os exames que não podem ser realizados no hospital e Mariana de Fátima explica que todas as solicitações são via CROSS (sistema de regulação) e que existe um formulário de solicitação a ser preenchido. Ressalta também, como exemplo, o cateterismo que é realizado uma evolução e posteriormente solicitado via CROSS o exame para o paciente.

Em relação à ação de realização do sumário de alta para os pacientes do hospital, Bárbara Silvério comenta que foi levada a questão a Diretoria Técnica (Dr. Victor) que orientou utilizarmos uma aba já existente do sistema interno (SMPEP). A aba denominada Alta médica, na qual o médico responsável pela alta descreve o motivo, CID e o quadro clínico do paciente.

Dr. André Gasparoto sugere junto a Juliana Santos e Mariana de Fátima a criação de um fluxo e "texto" padronizado para o preenchimento deste campo.

Juliana Santos também sugere a utilização da aba no sistema (SMPEP) plano de alta multiprofissional, na qual, toda a equipe multi irá complementar as informações sobre a alta do paciente. Mariana de Fátima ainda sugere um check-list de alta para que a saída do paciente seja eficiente e sem transtornos e perdas de pertences, documentos e informações.

Mariana de Fátima destaca as pendências encontradas nos prontuários analisados por ela como:

- Alguns plantões não estão realizando a evolução padrão ou mesmo havendo cópias (Foi realizado pela Enfermagem uma auditoria e orientação as equipes como plano de ação);
- Ausência de carimbos de assinaturas dos médicos e enfermeiros e Farmácia aceitando prescrição sem as devidas assinaturas (Sugerido o travamento dos medicamentos sem a apresentação dos carimbos e assinaturas juntamente com notificação das equipes);
- Falta de padronização nos medicamentos e aprazamentos não sendo realizados de forma padrão (Discussão para Comissão de Farmácia para a realização da padronização);
- Checagem ainda em pendência (ainda há o questionamento se serão realizadas fisicamente ou pelo sistema);
- Pacientes ainda ocupando leitos mesmo estando em procedimento e exames externos (Orientação: paciente externo que retornará em mais de 24 horas dar alta no sistema, caso menos de 24 horas aguardar o retorno do paciente);
- Ausências de datas nos sinais vitais.

Dr. André Gasparoto comenta os apontamentos comentados pela Mariana de Fátima a ausência de informações principalmente no momento de passagem de plantão.

Na reunião foi destacado a importância de uma orientação, treinamento das equipes em relação à checagem, assinaturas, aprazamentos e processos com os medicamentos, sendo de suma importância para a qualidade dos serviços prestados e segurança do

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 20 | Bárbara Cristina Silvério | 16/02/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 19;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de janeiro/2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Rivailton dos Santos (Faturamento) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) via telefone / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Paulo Souza (Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Fluxo de alta de paciente/ Check-list de alta de paciente.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Treinamento de dupla checagem/ Esboço de sumário de alta; Orientação de dupla checagem.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião revisando as ações geradas no ultimo encontro da comissão:

- Treinamento de dupla checagem e aprazamento: Mariana comenta que os Supervisores de Enfermagem orientaram os enfermeiros e técnicos, além de realizar auditorias, se notou também com analise dos prontuários a ausência de carimbos e assinaturas da equipe.
- Fluxo de alta de pacientes e Esboço de Sumário de alta: Dr. André Panont relata que junto ao Coordenador de Enfermagem Diego Melo estão construindo uma mascara para orientar a alta dos pacientes. Ressalta também que os pacientes que estão saindo para cateterismo e revascularizações estão tendo altas no sistema no momento na saída, ao retornar ao hospital o paciente é admitido e gerado uma nova AIH.
- Check-list de alta do paciente: Está sendo construindo pelos membros da Comissão, porém necessita do apoio dos integrantes da TI para imputar os dados no sistema do SMPEP e ter disponibilidade a todas as partes.

Rivanilton em analise aos seus prontuários comenta a ausência de alta administrativa; prontuários com excessos de documentos e não contém orientação da enfermagem. Rivanilton questiona a dieta de nutrição estar presentes no prontuário fisico e Mariana de Fátima justifica que como a dieta é uma prescrição a mesma tem que esta no prontuário.

Aline Cândido e Mariana de Fátima enfatizam os aprazamentos, prescrições e retiradas de medicações sem carimbos e assinaturas e que o fluxo para sanar este problema já está sendo elaborado. Além que a equipe de farmácia está orientando a todos na questão de prescrição dos medicamentos.

Dr. André Panont informa que em seus prontuários analisados percebeu perdas de documentos fisicos, neste momento todos os presentes questionaram a importância de um bom arquivamento e tratamento de informações dos prontuários fisicos, gerando uma ação para revisar o fluxo de arquivamento, principalmente, dos excessos que vão até o faturamento.

Dr. André Gasparoto também confirma que seus prontuários analisados estão de acordo com suas verificações técnicas médicas.

Mariana de Fátima comenta que percebeu uma melhoria após orientações a equipe de enfermagem em relação a aprazamentos e evoluções, porém ainda apresenta ausências de carimbos e assinaturas, principalmente no prontuário eletrônico e destaca a falta da assinatura digital, assunto a ser discutido com a equipe da TI.

Neste encontro tivemos a participação de Paulo Souza, após uma solicitação para que um integrante da Qualidade estivesse presente. Paulo comenta que os treinamentos dos protocolos e fluxos são destinados ao NEP, porém devem ser analisados, elaborados e justificados para que o NEP os aplique. A Qualidade é um suporte para padronizar e validar os fluxos criados pela Comissão. Dr. André Gasparoto solicita apoio a Qualidade, enfermeiro de Segurança do Paciente para a criação dos fluxos e protocolos.

Paulo orienta que quando a Comissão necessita de algum outro integrante de outras áreas do hospital, realizem uma solicitação via e-mail, justificando a presença e quais demandas a ser discutidas.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 21 | Bárbara Cristina Silvério | 30/03/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 21;
- Analise dos prontuários físicos e digitais do mês de fevereiro /2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) – via telefone / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Rivailton dos Santos (Faturamento) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) via telefone / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Rayane Amaro (Farmacêutica).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Fluxo de alta de paciente/ Check-list de alta de paciente; Treinamento de dupla checagem e aprazamento.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Arquivamento do excesso de prontuários SAME.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião revisando as ações geradas no último encontro da comissão:

- Treinamento de dupla checagem e aprazamento: Mariana comenta que a equipe de enfermagem já foi orientada. Para darmos o seguimento a ação, a comissão irá encaminhar um e-mail a gerência de enfermagem para a solicitação de pedido de um treinamento "reciclagem" a toda equipe, principalmente por conta do certificado digital está disponível a partir de abril/2023;
- Fluxo, Check-list e Mascara de alta de paciente: Com apoio a toda equipe da Comissão, Bárbara irá realizar o fluxo de alta a ser discutido na próxima reunião, posteriormente sendo validado pela Qualidade e passado em treinamento pela equipe do NEP; Os outros documentos check-list e mascara de alta também já estão desenvolvidos pela equipe médica e de enfermagem;
- Arquivamento do excesso de prontuários no SAME: Ficou acordado que esta demanda se manteria, os prontuários serão entregues ao faturamento a cada 30 dias, para uma dupla checagem. Também foi disponibilizado pela Gerencia Administrativa um(a) colaborador(a) administrativo para ficar com a atribuição de arquivamento e organização destes prontuários físicos.

Em relação a demanda de Sumário de alta Dr. André Gasparoto sugere que todo o fluxo se iniciei com o(a) enfermeiro(a) responsável pelo paciente que está de alta. Assim passando consequentemente por todas as áreas que tenham orientações pertinentes ao paciente para a saída dele do hospital. Fluxo será elaborado e discutido na próxima reunião.

Juliana comenta sobre os prontuários analisados por ela neste mês e ressalta que no prontuário eletrônico tem uma aba para os profissionais colocarem os exames externos escaneados, porém não é utilizado. Dr. André Panont comenta que era um campo utilizado mais na época de COVID, na qual, os pacientes vinham para ser internados com uma grande demanda de documentação e eram arquivados neste local para não ter perdas de informações.

Aline Cândido e Rayane Amaro trazem para o encontro uma situação que está gerando problemas para a Farmácia. Os pacientes que apresentam o diagnostico de Soro positivo, demoram a ter suas medicações em mãos, pois existe uma falta de informações, logística e busca para a retirada de medicações nos locais apropriados, principalmente quando os pacientes residem fora da cidade de São Paulo. Dr. André Gasparoto orienta a Aline junto com sua Supervisora levar esta questão a Diretoria Técnica e reavaliarem o fluxo para que estes pacientes não fiquem tanto tempo na ausências desses cuidados com medicações.

Sobre a avaliação mais criteriosa realizada pela Mariana, menciona alguns pontos:

- Mesmo com toda a equipe orientada, ainda há ausência de assinatura e carimbo dos técnicos de enfermagem;
- Pacientes que no sistema estava em um leito e fisicamente em outro;
- Equipe médica assinando as prescrições médicas de outros companheiros e ausência de assinaturas e carimbos;

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 22 | Bárbara Cristina Silvério | 25/04/2023 | 10h00 | 11h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 21;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de março /2023;
- Auditoria dos prontuários realizada pela Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) – via meet / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Thamara Derêncio (Supervisora de Enfermagem) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Juliana Silva (Fisioterapeuta) / Priscila dos Santos (Farmacêutica) / Glaydson Oliveira (Supervisor TI).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Treinamento de dupla checagem.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Fluxo e check-list de alta de paciente.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião comentando a admissão de novos membros na Comissão de Revisão de Prontuários: Ana Patricia (Gerente Administrativa); Carmen Isabel (Gerente de Enfermagem) e Michele Miguel (Faturista). Bárbara explica a importância e objetivos da comissão que impactam nos prontuários garantindo uma segurança ao paciente e ao hospital.

Ana Patricia explica o porquê de sua entrada na Comissão, relata que o hospital passou por uma auditoria realizada pela Secretária Municipal de Saúde – SP, na qual, resultou uma grande perda no faturamento destes prontuários analisados, além de perdas de documentos como sessões de hemodiálise e bolsas de sangue que por falta de informações, evoluções e carimbos não foram considerados.

Ana Patricia continua relatando que em períodos constantes temos auditoria também do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP e a importância de um prontuário organizado e com todas as informações dos serviços prestados ao paciente serve também como um respaldo aos colaboradores de enfermagem. Carimbos, assinaturas, evoluções, colaboradores treinados de todos os processos e fluxos da instituição são essenciais nestas auditorias e qualidade do trabalho assistencial.

A discussão continua em questão da alta de paciente, assunto já comentado em outros encontros de nossa Comissão. Dr. André Panont esclarece que os pacientes com remoções para outras unidades para realizarem procedimentos e exames a equipe do Núcleo Interno de Regulação está realizando as altas assim que os pacientes saem do hospital, pacientes com retorno ao hospital em menos de 24 horas retornam com a mesma AIH, já com o retorno excedente de 24horas é gerada uma nova AIH para a internação do paciente. Este fluxo foi alinhado junto a TI para "rodar" o fluxo no sistema SMPEP.

Outra questão levantada pela Ana Patricia foi a possibilidade de realizar as altas mensais para faturar os prontuários. Mariana de Fátima e Dr. André comenta que o período mensal é inviável e atualmente está sendo realizado em a cada 99 dias e no setor do faturamento realiza no prontuário do paciente uma alta administrativa.

Bárbara continua a reunião revisando as ações geradas no último encontro:

- Treinamento de dupla checagem e aprazamento: Mariana comenta que a equipe de enfermagem já foi orientada, porém falta alinhar com o NEP um treinamento de reciclagem, principalmente pelo inicio do certificado digital;
- Fluxo, Check-list e Mascara de alta de paciente: Foi realizado e avaliado por todos os integrantes da Comissão, sem apontamentos será enviado para a aprovação da Diretoria Técnica e posteriormente validação da Qualidade.

Ana Patricia sugere que toda a Comissão faça um levantamento de todas as pendencias discutidas nas reuniões, para serem sanadas o mais breve possível. Estas pautas serão realizadas em formato de plano de ações.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 23 | Bárbara Cristina Silvério | 30/05/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 22;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de Abril /2023;

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Carolina Amaral (Farmacêutica) / Carolina Santos (Enfermeira Auditora) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Juliana Silva (Fisioterapeuta) / Michele Miguel (Faturista) / Glaydson Oliveira (Supervisor TI)/ Carmen Isabel (Gerente de Enfermagem) / Ana Patrícia (Gerente Administrativa).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Treinamento MAV.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Fluxo e check-list de alta de paciente; Levantamento de Pendências.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir do levantamento de pendências que ficaram ao longo dos encontros da Comissão de Revisão de Prontuários:

1. **Treinamento MAV:** Aline e Carmen relatam que os POP's são foram realizados e avaliados pela equipe de enfermagem e farmacêutica, validada e estão em processo para a realização de treinamento as equipes assistenciais;
2. **Check-list e Fluxo de alta de paciente:** Bárbara comenta que o check-list foi aprovado pela Diretoria Técnica, porém o Fluxo de alta deverá ser alterado. Carmen e Dr. André Panont completam dizendo que os administrativos deverão ser atribuidos para o auxilio da alta do paciente junto a Enfermeira responsável, garantindo que fluxo seja realizado de forma correta; Ana Patrícia comenta que rever as atribuições dos administrativos e a possibilidade de mudança de horário dos colaborares para eles darem suporte nos setores nesta demanda;
3. **Sinalização de Troca de Medicamentos:** Glaydson relata que o chamado para a sinalização já está em andamento e em relação ao som e o alerta do paciente em Rota Sepse também já está sendo solucionado, trocando o som e concentrando o alerta somente nos computadores no setor onde o paciente está internado;
4. **Arquivamento do excesso de Prontuário:** Michele comenta que ficará no período de 30 em 30 dias a "descida" do excesso de prontuário dos pacientes e Ana Patrícia disponibilizou administrativos para as tratativas do arquivamento desses documentos. Ressalta também a admissão de uma Assistente de Faturamento e Enfermeira de Auditoria para apoia-los nas demandas com os prontuários;
5. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Carmen junto a Michele e Glaydson irão realizar o levantamento de quais procedimentos e dispositivos serão lançados por cada equipe assistencial. Michele comenta a perda desses procedimentos e dispositivos por falta de comprovação nos prontuários, ou seja, contam no prontuário porém não tem evidências em evoluções e anotações. Acordado que após o levantamento das informações, ser alinhado o fluxo para esta demanda com toda a equipe assistencial.
6. **Auditoria dos Prontuários:** Bárbara explica a Carolina Santos, Enfermeira Auditora, sobre a Comissão e a disponibilização de prontuários para avaliação dos membros da Comissão para discutir melhorias.
   Parte médica, enfermagem, faturamento e farmácia não apontou nenhuma divergência nos prontuários analisados. Juliana destaca um prontuário analisado de alta por desistência de tratamento e relata que ao longo das evoluções o fluxo para este tipo de alta foi respeitada.
   Bárbara convida Carolina a participar das próximas reuniões, ela aceita e todos os membros presentes concordam com sua admissão na Comissão.

Outras pautas discutidas:

**Evoluções em aberto no SMPEP:** Acordado entre as partes presentes que cada área irá realizar o fechamento de evoluções em aberto dos seus profissionais;

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 24 | Bárbara Cristina Silvério | 27/06/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 23;
- Analise dos prontuários físicos e digitais do mês de Maio /2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Carolina Santos (Enfermeira Auditora) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Juliana Silva (Fisioterapeuta) / Michele Miguel (Faturista) / Glaydson Oliveira (Supervisor TI)/ Diego Melo (Coordenador de Enfermagem) / Ana Patricia (Gerente Administrativa).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Levantamento de Procedimentos e Dispositivos; Alta Multidisciplinar; Cópia de Prontuário.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Arquivamento de excesso de prontuários; Levantamento de Pendências.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir de pontos a melhorar encontrados pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários em Auditorias Internas, realizadas nos processos e prontuários dos pacientes:

1. **Treinamento MAV:** Aline comenta que o protocolo de MAV (Medicamentos de Alta Vigilância), já foram realizados os treinamentos com a equipe de enfermagem e farmácia e o processo já está em andamento. Posteriormente os multiplicadores irão reorientar as equipes, sempre reforçando as informações.

2. **Check-list e Fluxo de alta de pacientes e Administrativos ALA e UTI:** Bárbara comenta que o check-list foi aprovado pela Diretoria Técnica, porém o Fluxo de alta deverá ser alterado, após a alteração de horário e novas atribuições dos administrativos para darem suporte nos setores nesta demanda. Ana Patrícia completa, que este plano de ação já esta em desenvolvimento, os colaboradores auxiliares administrativos, do período noturno já foram notificados das alterações do período do horário para plantões diurnos e a partir de julho já serão repassados novas atribuições e alocações nos setores.

3. **Sinalização de Troca de Medicamentos:** Glaydson relata que o chamado para a sinalização já está em andamento. O setor de TI passou por uma auditoria para a melhoria dos processos e esta demanda foi pontua na reunião. Glaydson completa que o já existe está sinalização para os medicamentos de alta vigilância e necessita ser expandidos para outras medicações. Aline sugere que tenham cores diferentes na prescrição médica para sinalizar um MAV.

4. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Michele comenta que já realizou o levantamento dos procedimentos, dispositivos e curativos faturáveis e que irá compartilhar com o Glaydson (TI), para atualizar nosso sistema interno e orientar as equipes em relação ao registro destes no prontuário eletrônico.

   Carolina comente que durante suas auditorias nos prontuários encontra uma grande dificuldade de encontrar anotações e evoluções sobre os curativos utilizados nos pacientes. Carolina completa destacando que no dia de hoje (27 de junho), desceram ao faturamento 6 bolsas de infusão foram perdidos dos prontuários físicos que consequentemente não foram faturados. Um problema que se perpetua a um bom tempo em outros casos como comenta Michele sobre o assunto.

   Juliana destaca que após uma auditoria interna foi realizado uma reorientação aos colaboradores da equipe de fisioterapia sobre o lançamento errados dos dispositivos no prontuário eletrônico dos pacientes, com o intuito de reciclagem e amenizar os erros.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 25 | Bárbara Cristina Silvério | 25/07/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 24;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de Junho /2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Carolina Santos (Enfermeira Auditora) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Vanusa Figuiredo (Farmacêutica) / Michele Miguel (Faturista) / Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Alta Multidisciplinar; Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Levantamento de Procedimentos e Dispositivos; Treinamento MAV; Prescrição de Enfermagem; Atribuições dos Administrativos de UTI e ala.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir de pontos a melhorar encontrados pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários em Auditorias Internas, realizadas nos processos e prontuários dos pacientes:

1. **Treinamento MAV:** Treinamento finalizado e em andamento o fluxo de medicamentos de alta vigilância.

2. **Check-list e Fluxo de alta de pacientes:** Aline sugere que seja inserido no check-list de alta um termo de sigilo de informações do prontuário, já que alguns pacientes descobrem seus diagnósticos na unidade e querem que sejam divulgados aos seus familiares e acompanhantes. Bárbara comenta que o fluxo de alta de paciente será ajustado conforme as novas atribuições dos administrativos de Ala e UTI, além de uma elaboração de protocolo juntamente com a Mariana (Supervisora de Enfermagem);

3. **Administrativos ALA e UTI:** Os colaboradores auxiliares administrativos, do período noturno já foram notificados das alterações do período do horário para plantões diurnos e a partir de julho já serão repassadas novas atribuições e alocações nos setores;

4. **Sinalização de Troca de Medicamentos:** Aline e Carolina comenta que ainda não há sinalização de cores nas prescrições de medicamentos de alta vigilância. Bárbara completa que está demanda será enviada ao TI para ter um retorno mais breve possível;

5. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Michele e Carolina comentam que esta demanda está finalizada. No início do mês vigente teve a realização de treinamentos aos colaboradores de enfermagem e equipe multi sobre anotações e lançamentos de procedimentos e dispositivos no SMPEP. Houve também o levantamento dos procedimentos, dispositivos e curativos faturáveis.

6. **Auditoria dos Prontuários:** Bárbara pergunta aos membros sobre os prontuários enviados para avaliação. Juliana ausente deixou anotações sobre os prontuários auditados, todos foram pacientes que houve desistência de tratamento e estavam em ordem com o termo de desistência, porém apresentavam documentos anexados faltantes. Dr. André Panoni, também ausente neste encontro, deixou anotações que foi alinhado com o serviço social que após a admissão do paciente, quando o familiar chegar na unidade hospitalar, a equipe vai realizar uma conferência e cobrar os documentos faltantes do paciente.

   Aline comenta que os prontuários analisados por ela estava conformes, porém documentos como comprovante de residência estavam ilegíveis.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 26 | Bárbara Cristina Silvério | 24/08/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 26;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de Julho /2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) Aline Cândido (Farmacêutica) / Carolina Santos (Enfermeira Auditora) / Gabriela Figueira (Assistente de Faturamento) / Bárbara Silvério (Analista Administrativa) / Carmen Isabel (Gerente de Enfermagem) / Juliana Silva (RT de Fisioterapia) / Glaydson Oliveira (Supervisor de TI).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Alta Multidisciplinar; Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Levantamento de Procedimentos e Dispositivos; Sinalização alerta de alergia
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir de pontos a melhorar encontrados pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários em Auditorias Internas, realizadas nos processos e prontuários dos pacientes:

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:**
   Em andamento o termo de sigilo sugerido pela Aline a ser anexado ao check-list de alta de paciente.
   O fluxo de alta, pendente ainda definir as atribuições dos administrativos para auxiliar na demanda de alta do paciente.
   Após a finalização do check-list e fluxo será realizado o protocolo.

2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Glaydson comenta que esta demanda está em proposta com outros projetos apresentados para a SEDE e após ter a devolutiva irá repassar para a comissão.

3. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Na última reunião esta demanda foi finalizada, porém Dr. André identificou que as transfusões de hemo-concentrados estavam sendo lançados em exames, sendo que seria um procedimento. Glaydson relata que como foi um pedido o sistema entende como um exame. Ainda há divergências em relação ao lançamento de procedimentos e dispositivos a entrarem nas contas para o faturamento via sistema.

   Carmen, Dr. André Gasparo e Dr. André Panont sugerem que seja que todas as contas que vão ao faturamento de lançamentos de procedimentos e dispositivos a partir de suas prescrições.

   A partir deste apontamento foi sugerida a criação de um plano de ação para marcar um encontro com os membros de enfermagem, faturamento, médico e TI para analisar todos os dispositivos e procedimentos em prescrição, tanto de enfermagem quanto médica. Além de uma reunião a parte com a Enfermeira estomateurapeuta, Carmen e Glaydson para resolver a demanda de lançamentos de curativos.

4. **Sinalização Alerta de alergia:** Glaydson explica que esta demanda já foi finalizada, pois já existe este recurso no SMPEP.

5. **Auditoria dos Prontuários:** Bárbara pergunta aos membros sobre os prontuários enviados para avaliação.
   **Equipe Médica**: apresentou a falta de informação completa nos resumos de alta da equipe multi e equipe médica. Bárbara completa que esta defasagem provavelmente vai ser sanada após a aplicação da Alta Multiprofissional do sistema, na qual todos os profissionais assistenciais irão participar ativamente das altas dos pacientes.
   **Enfermagem:** Não apresentou apontamentos.
   **Faturamento**: Os prontuários fisicos as prescrições ainda tem ausência de carimbos e assinaturas (também há ausência da utilização do certificado digital). Glaydson explica que já realizou o levantamento dos colaboradores que não tem ainda o certificado digital e junto a Carmen sugerem ter um "corte" e orientar o uso da assinatura digital em todos os documentos.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 27 | Bárbara Cristina Silvério | 03/10/2023 | 14hrs | 14h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 27;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de Agosto/2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André Panont (Coordenador Médico/ Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Bárbara Silvério (Analista Administrativa); Michele Miguel (Faturista) e Vanusa Figueiredo (Farmacêutico).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Alta Multidisciplinar; Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos, procedimentos e curativos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir de pontos a melhorar encontrados pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários em Auditorias Internas, realizadas nos processos e prontuários dos pacientes:

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:**
   Em andamento o termo de sigilo sugerido, com a saída da Aline, a Comissão irá realizar a demanda para a finalização e anexo do documento no Protocolo de alta de pacientes.

2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.

3. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Dr. André Panont teve uma reunião de alinhamento com o Glaydson os procedimentos a ser lançados na prescrição médica, são eles: Ecogardiogrma, Cateter Shilley, Dreno de Toráx e SVD. A partir disso falta alinhar os procedimentos e dispositivos para ser lançados na prescrição da Enfermagem para consequentemente ser lançado automaticamente na conta do faturamento. Ainda será realizada uma reunião a parte com a Enfermeira estomateurapeuta, Carmen e Glaydson para resolver a demanda de lançamentos de curativos.

4. **Auditoria dos Prontuários:** Bárbara pergunta aos membros sobre os prontuários enviados para avaliação.
   **Equipe Médica**: Nos prontuários analisados, nos documentos anexados há a ausência do comprovante de residência. Foi realizado um plano de ação junto a equipe Multi para que após o paciente ser admitido no hospital, no momento do acolhimento ao familiar, a equipe de serviço social pedir os documentos faltantes para serem anexados no prontuário eletrônico do paciente.
   **Faturamento: (Não conformidade) Em auditoria a um prontuário a Enfermeira Auditoria identificou uma falta de comunicação entre as equipes de Enfermagem e Medicina. Em uma intercorrência noturna, o paciente necessitava de uma medicação e a equipe de enfermagem não notificou o médico responsável, felizmente o caso foi sanado sem problemas futuros.**
   **Farmácia:** Os prontuários analisados estão em conformidade.

5. **Cópia de Prontuário:** Criação do documento em PDF com senha e POP já está finalizado faltando somente a validação da Gerência Administrativa.

Carol comenta que foi realizado um Protocolo e treinamento no faturamento sobre o novo fluxo de alta administrativa que terão envolvimento os setores do Faturamento, Diretoria Técnica e Contas Médicas.

Barbara finaliza a reunião comentando sobre sua saida da Comissão, por motivo aumento de demandas do setor, comunica a todos também sobre a substituição da Aline (representante da Farmácia) pela as farmacêuticas Vanusa e Aliny.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 28 | Ana Raquel / Fernanda Araujo | 31/10/2023 | 14hrs | 14h40 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 28;
- Dupla checagem do MAV;
- Treinamento referente a lançamentos de procedimentos assistenciais;

**PARTICIPANTES**

Dr. André Panont (Coordenador Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Ana Raquel e Gabriela (Faturamento); Fernanda Araujo (Adm /Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos, procedimentos e curativos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa e Reunião de alinhamento: curativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Dr. Andre e Juliana iniciaram a reunião falando sobre o lançamento do procedimento TQT, IOT e Oxigênio terapia.

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:**
   Em andamento o termo de sigilo sugerido, com a saída da Aline, a Comissão irá realizar a demanda para a finalização e anexo do documento no Protocolo de alta de pacientes.
2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
3. **Procedimentos Registrados no SMPEP:** Dr. André Panont alinhou com a Carol que irá fazer novos testes de lançamento de procedimentos e dispositivos para ser lançados na prescrição da Enfermagem para consequentemente ser lançado automaticamente na conta do faturamento.
4. **Cópia de Prontuário:** Criação do documento em PDF com senha e POP já está finalizado, faltando somente treinamento para a Recepção.
5. Carol finaliza reunião comentando sobre os lançamentos dos dispositivos, sinalização do MAV e futuras melhorias.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Sinalização MAV | Novembro | TI | Em andamento |
| Alinhamento: Procedimentos e Dispositivo | Novembro | TI; Gerencia de Enfermagem; Equipe Médica e Faturamento. | Em andamento |
| Reunião de Alinhamento: Curativos | Outubro | TI; Gerencia de Enfermagem e Estomaterapeuta. | Concluído |
| Cópia de Prontuário | Outubro | TI; Gerência Administrativa e Diretoria Técnica. | Concluído |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 29 | Ana Raquel / Fernanda Araujo | 05/12/2023 | 14hrs | 14h40 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 28;
- Dupla checagem do MAV;
- Treinamento referente a lançamentos de procedimentos assistenciais;
- NC's
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Aliny da Silva Borges (Farmácia); Maria Jovelina Sampaio (Enfermagem); Fernanda Araújo (Adm./enfermagem); Ana Raquel (Faturamento).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa e Reunião de alinhamento: curativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** 2 NC's discutidas

Carol inicia a reunião falando sobre as demandas pendentes e sobre as NC's que disponibilizadas pela Qualidade. Juliana relata sobre o Caso 1 e 2: não há relatos de administração de medicação. Discutido com o Dr. André (médico), Juliana (fisioterapeuta), Carolina (enfermeira auditora) e Aliny (farmácia) sobre o caso. Enfermeira Maria ficou responsável de passar o caso para a supervisão e gerencia de enfermagem.

Caso 2: Médico copiou evolução médica do dia anterior, atualizou paciente no CROSS sem de fato ter feito.

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:**
   Aliny (farmácia) confirmou que esta em andamento o termo de sigilo.
2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
3. **Procedimentos Registrados no SMPEP:** Carol e Dr. André Panont finalizaram os testes, faltando alinhar o que será lançado por ele e pela enfermagem.
4. **Cópia de Prontuário:** Finalizado.
5. Foram incluídas 2 NC' referente a prontuários para discussão.
6. Carol finaliza reunião comentando sobre os lançamentos dos dispositivos, sinalização do MAV e futuras melhorias.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 30 | Ana Raquel | 18/12/2023 | 14hrs | 14h40 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 29;
- Auditoria dos prontuários;
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André (Coordenador Médico); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Ana Raquel (Faturamento).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos e elaboração do termo de sigilo de prontuário.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa e Reunião de alinhamento: curativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** não houve discussão de NC's neste encontro, pois não foi disponibilizado pela Enfermeira da segurança do paciente.

Iniciamos a reunião relembrando das ações que ficaram pendentes da última reunião. Dr. André (coordenador) e Juliana (fisioterapia) falam sobre os seus prontuários auditados. Finalizamos a reunião discutindo sobre a criação do termo de sigilo de prontuário.

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:** Termo de sigilo do prontuário está em andamento.
2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
3. **Procedimentos Registrados no SMPEP:** Carol e Dr. André Panont finalizaram os testes, faltando definir o que será lançado por ele e pela enfermagem.
4. **Cópia de Prontuário:** Finalizado.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Sinalização MAV | - | TI | Em andamento |
| Alinhamento: Procedimentos e Dispositivo | Janeiro | TI; Gerencia de Enfermagem; Equipe Médica e Faturamento. | Em andamento |
| NC's | - | Comissão | Demanda Mensal |
| Check-list (Termo de Sigilo de Prontuário) | Janeiro | Comissão | Em andamento |

**Redator: Ana Raquel (Faturamento).**

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos | Shirlei Oliveira | 01/02/2023 | 14:00hs | 15:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Avalição dos casos de óbitos selecionado durante o mês de Janeiro/2023
-

**PARTICIPANTES**

Shirlei Oliveira (Coord. Enfermagem) / Anderson Thomas (Coord. Multiprofissional) / Patrícia Prado (Gerente de Enfermagem) / Daniela Scavone (Supervisora de Farmacêutica) Dr. João (Médico Diarista)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- Nesta data, iniciamos as 15h e 30min, a reunião de Comissão de óbito, onde foi apresentada as pendencia da reunião do mês anterior, ( Apresentação do Material de Vias áreas difíceis pela Equipe da Fisioterapia, pra os Médicos e Enfermeiros – Agendamento do Treinamento de PCR, com administração de drogas vasoativas, pelo NEP ou Equipe do SAMU), sendo assim, o Dr. João, relata que foram avaliados todos os óbitos do mês de janeiro/2023, preenchidos os formulários de avaliação, sendo uma margem de 80% dos óbitos casos paliativos e os demais de causa esperada, e mediante as avaliações foi levando apenas 02 casos para discussão, sendo eles os seguintes:

  - Prontuário: 7115 - MJS – 66 anos – óbito em 25/01/2023 – paciente IAM SST/DPOC exacerbado/ FA, 3º IAM com Revascularização em 15/11/2022, estava em protocolo de TEV, mas apresenta um discreto TEP/ IAM, em uso de Clexane, sinais vitais todos estavam estáveis poucas horas do óbito, apresentou um pico hipotensão próximo a parada cardíaca, evoluindo para P)CR, IOT com sucesso na primeira tentativa, realizados + dois ciclos apresentou assistolia, evoluiu óbito. . Diagnostico não era tratável, porém as medidas foram tomadas, deterioração da função renal, para melhora e conforto do paciente. Conclui-se que não houve nenhuma fragilidade assistencial, sendo uma causa.

  - 7087 – UHJ – 52 anos – Óbito 02/01/2023 – DRC terminal/ Neuropatia /Periférica / IC -

  Este casos era de paciente terminal, cm causa e complicações esperada, as medidas para evitar a causa foram tomadas ( vigilância infecciosa, hemodiálise no períodos de internação), foram tomada as medidas adequadas hábil ( realizou HD, evoluiu com bradicardia, mantendo-se não responsivo e sem pulso, iniciando RCP, seguido de IOT com sucesso em tempo hábil, após 20 minutos de PCR, paciente evolui a óbito. Diagnostico não era tratável, porém as medidas foram tomadas, deterioração da função renal, para melhora e conforto do paciente. Conclui-se que não houve nenhuma fragilidade assistencial, sendo uma causa.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos 22 | Silmara Carvalho | 01/03/2023 | 14:00hs | 15:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Avaliação dos casos de óbitos selecionados durante o mês de Fevereiro/2023

**PARTICIPANTES**

Anderson Thomas (Coord. Multiprofissional), Daniela Scavone (Supervisora de farmácia), Carmem Souza (Gerente de Enfermagem) Shirley Oliveira (Coord. Enfermagem) Silmara Carvalho (Responsável Técnica do Serviço Social) Dr. Joao Paulo (Médico Diarista).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Definição de data de ação junto ao NEP.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Orientação sobre preenchimento da Declaração de óbito junto a equipe medica, realizada em loco pelo Dr. João Paulo com lista de presença dos devidos participantes.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se Aplica.

Dr. João Paulo inicia a reunião informando sobre déficit o preenchimento das declarações de óbito, reforça a ação junto ao NEP para realização e cobrar uma data para que seja efetuado os devido treinamento e reforçar as orientações.
Dentro os totais de 17 óbitos ocorridos no mês de Fevereiro foram selecionados um caso para ser discutido com as seguintes considerações:

**Paciente M.A.S, 75 anos, 94 dias de internação:** paciente aguardando revascularização, renal clinico, dialitica, positivou para COVID solicitado cultura pelo NEFRO para investigação, cuja a mesma não foi realizada.
Dr. Joao Paulo, informa a alta precoce da paciente para a enfermaria, todos concordam com a devida alta devida o isolamento da paciente uma vez que a mesma positivou para COVID e necessita de equipe paramentada para seus cuidados. Paciente estava sem acesso.
Relatamos a necessidade de isolamento em leito de UTI, com uma ação de prevenção.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos 23 | Silmara Carvalho | 22/03/2023 | 15:00hs | 16:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Avaliação e orientação dos casos de óbitos selecionados durante o mês de Fevereiro/2023

**PARTICIPANTES**

Anderson Thomas (Coord. Multiprofissional), Daniela Scavone (Supervisora de farmácia), Shirley Oliveira (Coord. Enfermagem) Silmara Carvalho (Responsável Técnica do Serviço Social) Dr. Joao Paulo (Médico Diarista).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Definição de data de ação junto ao NEP.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Curso de ACLS ( Suporte básico avançado a vida) realizado para equipe médica através do NEP.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se Aplica.

Dr. João Paulo inicia a reunião falando que não teve nenhum apontamento grave que justifique análise para discussão de caso.
A equipe presente em questão sugere alguns casos para discursão para a próxima reunião.
Dr. Joao Paula informa que houve uma ação de suporte de vida voltado para a equipe médica, o mesmo sugere que essa ação seja realizada todo mês englobando toda a equipe assistencial.
Dr. Joao Paulo reforça o aumento da qualidade de preenchimento das Declarações do óbito que apresentam bastantes informações e que necessitam de melhora para que não sejam apresentados campos com informações em brancos.
Shirley e Silmara reforçam a importância de campos preenchidos na D.O com informamos que constam em prontuários, esses campos são importantes para estatísticas bem como informações sobre causa da morte e consequentemente melhora de laudo médico.
Silmara reforça sobre consulta no prontuário eletrônico para informar se os pacientes são acompanhados pelo serviço social, se houver algum apontamento será necessária à utilização de SVO evitando cancelamentos de D.O na unidade.
Shirley e Anderson informam sobre treinamentos de parada para os procedimentos padronizados para todas as equipes assistenciais, e que esse treinamento está em plano de ação junto ao NEP.
Dr. João Paulo informa a preocupação sobre isolamentos na unidade e sobre o não acompanhamento das equipes assistenciais.
Shirley e Dr. João Paulo informam a troca do quadro do profissional do CCIH e que possamos usar mais os mesmo para casos de óbitos por infecções como microbianos, bem como a importância de subnotificação.
Daniela informa que há uma ação para maleta de transporte para iniciar o protocolo de maleta de transporte orientado pela sede que está em plano de ação junto ao NEP.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos 23 | Silmara Carvalho | 18/04/2023 | 15:00hs | 16:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Avaliação e orientação dos casos de óbitos selecionados durante o mês de Março/2023

**PARTICIPANTES**

Anderson Thomas (Coord. Multiprofissional), Silmara Carvalho (Responsável Técnica do Serviço Social), Diego Borges (Coord. Enfermagem) e Dr. Joao Paulo (Médico Diarista).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Revisão das orientações sobre preenchimentos das Declarações de Óbitos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Curso em loco para os médicos referentes a Declarações de óbitos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se Aplica.

Dr. João Paulo inicia a reunião ressaltando a importância para atenção da assistência para o isolamento onde está apresentando números de óbitos.
Inicia as discursão dos casos selecionados:
Paciente: **M.F.F.B,** 81 anos, tempo de internação 13 dias, paciente paliativa proporcional, Dr. Emilio informa que foi detectado preenchimento errado na declaração de óbito com diagnostico errado. Médico já foi pontuado e orientado.
Silmara informa que estão sendo devolvidas Declarações do óbito pela Funerária de São Paulo por motivos de falta de preenchimentos básicos como filiação, idade, horário do óbito entre outros.

Paciente: **R.P.S,** 64 anos, 17 dias de internação, Dr. Emilio adverte que paciente estava internada em leito de isolamento em enfermaria. Anderson informa que a paciente estava em deterioração clinica, Silmara informa que a mesma estava em isolamento devido seu quadro de investigação de tuberculose sendo em 1º amostra, Diego informa a necessidade do isolamento para a paciente porem a mesma estava sendo assistida pela equipe assistencial de enfermagem e multiprofissionais.
Dr. Emilio complementa a importância de não deixar isolamento tampado com biombos.

Paciente: **R.F.S,** 68 anos, 0 dias de internação, Dr. Emilio informa que paciente já veio transferido para a unidade em estado gravissimo, fazendo uso de alta dosagem de droga vasoativas, paciente já chegou com parada respiratória na ambulância e teve outra parada, Anderson informa a necessidade de informações claras via CROSS sobre o estado clinico do paciente.

Paciente: **A.S,** 72 anos, 17 dias de internação, paciente paliativo, Dr. Emilio informa a causa da morte por engasgo, Anderson informa que o paciente estava acompanhado pela equipe multiprofissional Fonoaudiólogo, Nutricionista e Fisioterapia, e a importância de identificação segura do paciente.
Diego informa que já está pronto o protocolo de brocoaspiração e aguarda aprovação para treinamento da equipe assistencial.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos 24 | Silmara Carvalho | 31/05/2023 | 15:00hs | 16:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Avaliação e orientação dos casos de óbitos selecionados durante o mês de Abril/2023

**PARTICIPANTES**

Anderson Thomas (Coord. Multiprofissional), Silmara Carvalho (Responsável Técnica do Serviço Social), Diego Borges (Coord. Enfermagem) e Dr. Joao Paulo (Médico Diarista).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Revisão das orientações sobre preenchimentos das Declarações de Óbitos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se Aplica.

Dr. João Paulo inicia a reunião ressaltando a importância das melhoras nos preenchimentos das declarações de óbito.
Inicia as discursão dos casos selecionados:

Paciente: **J.P.S.I,** 66 anos, tempo de internação 10 dias, Insuficiência cardíaca congestiva, paciente em estado Gravíssimo no estado geral já em uso de drogas vazativas de difícil desmame. Já havia evoluído para PCR e em risco de óbito iminente.
Anderson e Diego informa que ocorreu uma queda de energia ocasionando imediatamente protocolo de Londres. Orientamos que a equipe envolvida sendo enfermagem, fisioterapia e auxiliares de enfermagem todos foram ouvidos e relatados no protocolo de Londres.
Diego afirma que o protocolo de Londres já foi valido para a sede e que voltou sem nenhum apontamento.
Anderson informa que protocolo de Londres foi realizado dentro do prazo de 24h do ocorrido, e que após o fato a engenharia clinica está fazendo ronda duas vezes por dia sendo as 08:00 e 16:00h.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Ronda da Engenharia Clinica. | Abril | Empresa Factal | Realizado |
| | | | |
| | | | |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos | Anderson Tomas de Oliveira | 28/06/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Discussão dos óbitos selecionados durante o mês de Maio.

**PARTICIPANTES**

Dr. João Paulo Pimentel (Médico) / Anderson Tomás (coordenador Multiprofissional), Daniela Scavone (supervisora da farmácia), Diego Melo (coordenador Multiprofissional).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Iniciado com a discussão dos 2 óbitos analisados.

Paciente: A.S.S (7919)

Motivo da Avaliação: Rebaixamento de nivel de consciência do paciente

Descrição: Ao chegar ao leito, o paciente foi encontrado inconsciente, arresponsivo e sem presença de pulso central. Além disso, havia uma grande quantidade de líquido alimentar presente na cavidade oral do paciente.

Intervenção Realizada: Foi iniciada imediatamente a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) de acordo com o protocolo da American Heart Association (AHA). Realizou-se a intubação orotraqueal (IOT) com tubo de tamanho 7,5 sem intercorrências, em primeira tentativa. Também foi feita a aspiração do conteúdo alimentar para garantir a permeabilidade das vias aéreas. Após 30 ciclos de reanimação, o paciente manteve-se em assistolia, foi realizado todas a medidas necessárias.

A comissão em conjunto enfatizou a importância da rapidez na avaliação e no início da RCP, além da correta intubação orotraqueal para garantir uma ventilação adequada. Também foi ressaltada a relevância da aspiração do conteúdo alimentar para evitar obstruções das vias aéreas. Anderson informa que no próximo mês vai ser realizado treinamento de broncoaspiração e medidas xerostômicas para equipe multiprofissional e medica.

Paciente: A.P (7928)

Motivo da Avaliação: Instabilidade hemodinâmica e assistolia.

Descrição: O paciente A.P encontrava-se em estado instável hemodinamicamente, em uso de drogas vasoativas em altas doses (norepinefrina e vasopressina) e marca-passo transvenoso. Às 22h50, evoluiu para assistolia no cardioscópio. Não havia pulso central palpável, pressão arterial indetectável e reflexo corneo-palpebral ausente.

Intervenção Realizada: Como o paciente já estava sendo reanimado quimicamente, a equipe médica concluiu que não havia indicação para a realização de manobras adicionais de RCP.

Durante a reunião, os dois casos foram minuciosamente discutidos pela Comissão de Óbito.

Em relação ao paciente A.P (, a comissão concordou que, considerando seu quadro clínico, a reanimação química já estava sendo realizada de forma eficaz, tornando desnecessárias manobras adicionais de RCP.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos | Anderson Tomas de Oliveira | 26/07/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Reunião da comissão de Óbito referente a Julho de 2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. João Paulo Pimentel (Médico) / Anderson Tomas de Oliveira (coordenador Multiprofissional)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Presentes na reunião de comissão de óbito Dr. João Paulo e Anderson Tomas.
Dr. João inicio a reunião informando a melhoras dos preenchimentos das de declaração de óbito, bem como pontuou sobre orientações feitas individualmente com médicos identificados que apresentavam algumas dificuldades nos preenchimentos das devidas declarações.
Não tivemos este mês nenhuma analise de óbito que necessitasse de analise.
Ajuste dos Atestados de Óbito:
Foi discutida a questão dos atestados de óbito e constatou-se que 90% dos casos abordados eram de pacientes em cuidados paliativos.

Repasse de Ajustes aos Médicos:
Dr. João informou que foram repassados a todos os médicos os ajustes necessários para o preenchimento adequado dos atestados de óbito (DO). Esclarecimentos adicionais foram fornecidos aos profissionais para garantir o correto preenchimento dos documentos.

Caso de SVO (Serviço de Verificação de Óbito):
Dr. João menciona que teve um único caso em que o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) foi acionado. Anderson destaca a importância de seguir os protocolos e requisitos legais em casos especificos que exigem o SVO.

Declaração de Óbito na UTI Grave:
Discutiu-se um caso na UTI grave em que a declaração de óbito foi realizada pela equipe de medicina da tela. Reforçou-se a importância de precisão e prontidão ao preencher a documentação em casos críticos.

Treinamento da Equipe de Fonoaudiologia:
Anderson tomas menciona o treinamento da equipe de fonoaudiologia em relação ao protocolo de broncoaspiração a toda equipe medica e assistencial , que era um treinamento já levantado nesta comissão.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos Julho de 2023. | Anderson Tomas de Oliveira | 06/09/2023 | 15:00hs | 16:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Avaliação e orientação dos casos de óbitos selecionados durante o mês de Agosto de 2023.

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Daniele de Melo (coord. Da Enfermagem), Diego Borges (Coord. Enfermagem) e Dr. Joao Paulo (Médico Diarista), Daniela Scavone (Sup. De farmácia).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Dr. João Paulo inicia a reunião ressaltando a importância das melhoras nos preenchimentos das declarações de óbito.
Inicia as discursão dos casos selecionados:
Paciente J L.O (07978).
63 ANOS.
DIH: 24/06/2023
ORIGEM: UPA SAO PAULO - CAMPO LIMPO
DATA DE INTERNAÇÃO EM ORIGEM: 17/06/2023
#HD:
PAV / PCR EM AESP 1 CICLO- (DEVIDO HIPOXIA ?)
IRA KDIGO III - INICIO HD NESTA INTERNAÇÃO
#RESOLVIDO:
EXACERBAÇÃO INFECCIOSA DE DPOC / INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER - SACADO 25/7 (HMC 25/07: KLEBSIELLA PNEUMONIAE)
TAQUISUPRA / FA - EM 25/07
BAV 2:1 EM 19/07 - PROVAVEL POR HIPERCALEMIA
#AP:
- BRONQUIECTASIA - CONFORME DEMONSTRA TC RECENTE
- TABAGISTA – 70 MAÇOS-ANO - DPOC PRESUMIDO
- MULTIPLAS INTERNAÇÕES POR DESCOMPENSAÇÃO DE DPOC/PAC - ULTIMO HA 2 MESES
- DM DIAGNOSTICADO NESSA INTERNAÇÃO

No dia 09/08/2023 as 20:35 PACIENTE EM MAL ESTADO GERAL, ONTEM APRESENTOU PCR EM AESP 1 CICLO COMO PROVAVEL CAUSA HIPOXEMIA. SEDADO COM FENTANIL 1 ML/H E MIDAZOLAN 5 ML/H, APRESENTA-SE SECRETIVO EM VM -VC FI 70 %/ PEEP 8 / TINSP 0.8 VT 350. HIPOTENSO (PAM 52) SEM DVA. INICIADO HOJE ATBTERAPIA PARA TTO DE PAV.
As 23:40 Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e nova PCR em assistolia. Optado por não realizar RCP, visto ausência de prognóstico do paciente com diversas condições clínicas irreversiveis, evitando assim a distanásia. Óbito declarado às 23:38.

Não foi evidenciado nenhuma falha assistencial , só discutido em relação a adequação e fortalecimento do uso ' dos bundles de cateter e PAV.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de óbitos | Daniele de Mello Martorano | 09/10/2023 | 15hs | 15h30 |

| PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES |
|---|
| ANALISE DE PRONTUÁRIOS REFERENTES AOS ÓBITOS NA UTI BEIJA FLOR |
| **PARTICIPANTES** |
| Daniele Martorano (Coord. De Enfer.) Diego Melo (Coord. De Enfer.), Dr. João Paulo, Anderson Tomas (Coord. Equipe Multi), Carmen (Gerente de Enfermagem) |

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

As 15hs damos inicio a discussão dos casos previamente indicados, presentes na reunião Daniele, Diego, Anderson, Carmen e Dr João ( remoto - via ligação telefônica)

**G.T.N** , 60 anos, prontuário 8008, paciente com 72 dias de internação, em estado grave, em IOT e uso de CVC, com drogas vasoativas, com diagnóstico de HIV nessa internação, evolui com infecção de corrente sanguínea por acineto. Histórico de doença renal crônica com possível etiologia de nefropatia hipertensiva ou diabética. A paciente estava sob suporte intensivo, inclusive fisioterapia motora e respiratória. Aguardava estabilidade clinico-hemodinâmica para realizar exames de imagem para elucidação de diagnostico pulmonar. Apresentava desaturação significativa, mesmo após otimização da ventilação mecânica, sedada em uso de Midazolam e Fentanil. Substituição de dobutamina por vasopressina e otimização das medidas broncodilatadoras foram realizadas

**I.A.O.S**., 73 anos, prontuário 7955, 100 dias de internação, várias comorbidades entre elas doença renal crônica em estágio V e múltiplos infartos agudos do miocárdio. Nessa internação dois episódios de PCR revertidas, lesão por pressão, insuficiência cardíaca congestiva e infecções. Em 17/09/2023 durante a visita médica diurna, a mesma estava em estado gravíssimo, em IOT,com doses elevadas de drogas vasoativas e instabilidade hemodinâmica. Quadro clinico informado para os familiares. Evoluiu a óbito no mesmo dia as 19h44.

Nos dois casos, pacientes estavam em estado grave, em IOT, internações prolongadas e em uso de cateter central.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos Outubro de 2023. | Anderson Tomas de Oliveira | 01/11/2023 | 14:30hs | 15:10hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Avaliação e orientação de caso de óbito selecionado durante o mês de outubro de 2023.

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista) e Daniela Scavone (Sup. De farmácia).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

**Data:** 01 de novembro de 2023
**Local:** Videocahamada
Horário de Início: 14:30
Horário de Término: 15:10

**Presentes:**
Anderson Tomas, Coordenador Multiprofissional
Dr. João Paulo, Médico
Daniela Scavone, Supervisora de Farmácia

**Pauta**
Abertura da Sessão.
A reunião foi iniciada pelo Coordenador Multiprofissional, Anderson Tomas, para discussão do caso de óbito pontualmente, pois anteriormente não tinha casos a serem discutido, trago caso devido a discussão com a equipe mumlti devido ao fato ter ocorrido no ultimo final de semana decorrente a comissão de óbito nesta semana, de N. F. S. ,t odos os presentes foram devidamente apresentados, e a pauta foi abordada.

**Descrição dos Eventos**
Relato detalhado dos eventos do ocorrido na UTI:
Dificuldade na visualização da saturação do paciente no leito.
Intervenção inicial ao notar volume anormal no aparelho.
Observação de cianose central no paciente e consequente queda do cardíaco.
Ações tomadas: chamada à médica, ajustes no equipamento, inicio da massagem cardiaca, identificação de falta de bicarbonato no sistema e problemas subsequentes.

**Análise e Discussão**
Identificação de problemas: falta de bicarbonato, falhas na infraestrutura (curto na régua de energia, problemas nos carrinhos de parada, tomadas).
Destaque da continuidade do funcionamento do ventilador apesar do curto na régua de energia e a ausência de parada do mesmo.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Óbitos Novembro de 2023. | Daniele de Mello Martorano | 29/11/2023 | 15h15hs | 15:35hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Avaliação e orientação de caso de óbito selecionado durante o mês de Novembro/2023

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas (Coord. Multiprofissional), Dr. Joao Paulo (Médico Diarista), Diego (Coord. Enf.), Daniele (Coord. Enf.)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

**Data:** 29 de novembro de 2023
**Local:** Gerência de Enfermagem
Horário de Início: 15h15
Horário de Término: 15h35
**Presentes:**
Anderson Tomas, Coordenador Multiprofissional
Dr. João Paulo, Médico (Video chamada)
Daniele Martorano, Coordenadora de Enfermagem
Diego Melo , Coordenador de Enfermagem
**Pauta**
Abertura da Sessão.
A reunião foi iniciada pelo Coordenador Multiprofissional, Anderson Tomas, para discussão do caso de óbito, prontuário 8275, paciente W.P.M, ocorrido em 15/11/2023 no setor Bem Te Vi.
**Descrição dos Eventos**
Paciente em cuidados paliativos.
**Análise e Discussão**
Identificação de problemas: Fragilidade nos registros de informações em prontuários, principalmente nos casos paliativos em finitude.. Dr. João relata que irá fazer uma ação com a equipe médica.

**Considerações e Recomendações**
Conclusões e recomendações resultantes da análise dos eventos:
A documentação adequada das evoluções médicas nos prontuários de pacientes em finitude não só é essencial para a prestação de cuidados de qualidade, mas também é fundamental para garantir o respeito à dignidade, aos desejos e à autonomia do paciente durante esse período delicado.
**Outros assuntos**
Anderson questiona se houve melhora no preenchimento das Declarações de Óbito, Dr. João relata que houve uma melhora nas devoluções, porém é um processo continuo de melhoria.
Anderson Tomas agradeceu a presença e participação de todos na reunião, encerrando os trabalhos e ressaltando a importância das observações feita

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de óbitos | Daniele de Mello Martorano | 21/12/2023 | 10h15 | 10h45 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

ANALISE DE PRONTUÁRIOS REFERENTES AOS ÓBITOS NA UTI BEIJA FLOR

**PARTICIPANTES**

Daniele Martorano (Coord. De Enfer.) Dr. João Paulo, Anderson Tomas (Coord. Equipe Multi), Daniela Scavone (Super. Farmácia)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

**Data**: 21/12/2023

**Horário de Início**: 10h15 **Término**:10h45

**Local:** Sala da Gerência de Enfermagem – Hospital Municipal de Guarapiranga

**Participantes:**

Anderson (Coordenador Equipe Multi)

Daniele (Coordenadora de Enfermagem)

Daniela (Supervisora Farmácia)

Dr. João (presente por chamada de vídeo)

Pauta: Comissão de Óbitos

**Resumo**:

A reunião teve início às 10h15 com a presença de Anderson, Daniele, Daniela e o Dr. João, que participou por meio de chamada de vídeo. Diversos pontos foram discutidos e registrados para a Comissão de Óbitos.

**Discussões**:

Relatório do Dr. João:

Dr. João iniciou a reunião relatando sobre o plano de ação implementado com os médicos no mês de dezembro, visando resolver problemas relacionados ao preenchimento inadequado das Declarações de Óbito (D.O). Ele orientou a equipe a seguir a resolução do CRM, recomendando evitar mencionar "parada cardíaca" nos atestados de óbito. O Dr. João também mencionou que não foram identificados problemas significativos em outros atestados.

**Feedback de Anderson**:

Anderson relatou que houve apenas um caso de D.O devolvida devido a erro no mês de dezembro, destacando a melhoria no processo.

# ANEXO 2 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÓBITOS

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS | CÓDIGO: RI.CRO.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/7 |

## 1. OBJETIVO

**Disposição inicial**

A Comissão de Revisão de Óbito do Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) tem como atividade avaliar as condições e causas mortis de seus óbitos, bem como promover a melhoria contínua da qualidade de seus registros.

## 2. APLICAÇÃO

**Art. 1º** - A Comissão de Revisão de Óbito tem por finalidade atender:

I. Atender a orientação do CRM a Resolução CFM n.1897 de 17 de abril de 2009 encontrando maior especificidade na Resolução CREMESP n.114 de 01 de março de 2005.

II. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade informações dos atestados de óbitos.

III. Buscar continuamente a melhoria do processo diagnóstico e terapêutico através de análise crítica dos óbitos ocorridos e como documento ético profissional.

IV. Manter fonte de dados estatísticos, para identificação do perfil epidemiológico regional e contribuir com o banco de dados do DATASUS – SIM (Serviço de Informação sobre Mortalidade).

## 3. DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

- CRM: Conselho Regional de Medicina
- CFM: Conselho Federal de Medicina
- CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
- SVO: Serviço de Verificação de Óbito
- IML: Instituto Médico Legal
- HMG: Hospital Municipal Guarapiranga

## 4. RESPONSABILIDADES

**Da Comissão:** elaborar, emitir, revisar, controlar o Regimento e o seu cumprimento.

**Da Diretoria:** analisar e aprovar o Regimento.

**De todas as Áreas:** Seguir as determinações do Regimento

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

# ANEXO 3 - ATAS DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 19 | Bárbara Cristina Silvério | 26/01/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 18;
- Analise dos prontuários físicos e digitais do mês de dezembro/2022;
- Sumário e check – list de Alta.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Juliana Santos (Fisioterapeuta) / Rivailton dos Santos (Faturamento) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) / Bárbara Silvério (Contas Médicas).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Treinamento de dupla checagem/Fluxo de alta de paciente (Qualidade).
- **Ações que foram executadas no último mês:** Esboço do sumário de alta/ Orientação para dupla checagem; Sinalização no SMPEP de troca de plantão.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Dr. André Gasparoto inicia a reunião comentando que os prontuários de dezembro analisados por ele estão adequados conforme os critérios de avaliação.

Juliana Santos questiona como são solicitados os exames que não podem ser realizados no hospital e Mariana de Fátima explica que todas as solicitações são via CROSS (sistema de regulação) e que existe um formulário de solicitação a ser preenchido. Ressalta também, como exemplo, o cateterismo que é realizado uma evolução e posteriormente solicitado via CROSS o exame para o paciente.

Em relação à ação de realização do sumário de alta para os pacientes do hospital, Bárbara Silvério comenta que foi levada a questão a Diretoria Técnica (Dr. Victor) que orientou utilizarmos uma aba já existente do sistema interno (SMPEP). A aba denominada Alta médica, na qual o médico responsável pela alta descreve o motivo, CID e o quadro clínico do paciente.

Dr. André Gasparoto sugere junto a Juliana Santos e Mariana de Fátima a criação de um fluxo e "texto" padronizado para o preenchimento deste campo.

Juliana Santos também sugere a utilização da aba no sistema (SMPEP) plano de alta multiprofissional, na qual, toda a equipe multi irá complementar as informações sobre a alta do paciente. Mariana de Fátima ainda sugere um check-list de alta para que a saída do paciente seja eficiente e sem transtornos e perdas de pertences, documentos e informações.

Mariana de Fátima destaca as pendências encontradas nos prontuários analisados por ela como:

- Alguns plantões não estão realizando a evolução padrão ou mesmo havendo cópias (Foi realizado pela Enfermagem uma auditoria e orientação as equipes como plano de ação);
- Ausência de carimbos de assinaturas dos médicos e enfermeiros e Farmácia aceitando prescrição sem as devidas assinaturas (Sugerido o travamento dos medicamentos sem a apresentação dos carimbos e assinaturas juntamente com notificação das equipes);
- Falta de padronização nos medicamentos e aprazamentos não sendo realizados de forma padrão (Discussão para Comissão de Farmácia para a realização da padronização);
- Checagem ainda em pendência (ainda há o questionamento se serão realizadas fisicamente ou pelo sistema);
- Pacientes ainda ocupando leitos mesmo estando em procedimento e exames externos (Orientação: paciente externo que retornará em mais de 24 horas dar alta no sistema, caso menos de 24 horas aguardar o retorno do paciente);
- Ausências de datas nos sinais vitais.

Dr. André Gasparoto comenta os apontamentos comentados pela Mariana de Fátima a ausência de informações principalmente no momento de passagem de plantão.

Na reunião foi destacado a importância de uma orientação, treinamento das equipes em relação à checagem, assinaturas, aprazamentos e processos com os medicamentos, sendo de suma importância para a qualidade dos serviços prestados e segurança do

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 20 | Bárbara Cristina Silvério | 16/02/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 19;
- Analise dos prontuários físicos e digitais do mês de janeiro/2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Rivailton dos Santos (Faturamento) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) via telefone / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Paulo Souza (Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Fluxo de alta de paciente/ Check-list de alta de paciente.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Treinamento de dupla checagem/ Esboço de sumário de alta; Orientação de dupla checagem.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião revisando as ações geradas no ultimo encontro da comissão:

- Treinamento de dupla checagem e aprazamento: Mariana comenta que os Supervisores de Enfermagem orientaram os enfermeiros e técnicos, além de realizar auditorias, se notou também com analise dos prontuários a ausência de carimbos e assinaturas da equipe.
- Fluxo de alta de pacientes e Esboço de Sumário de alta: Dr. André Panont relata que junto ao Coordenador de Enfermagem Diego Melo estão construindo uma mascara para orientar a alta dos pacientes. Ressalta também que os pacientes que estão saindo para cateterismo e revascularizações estão tendo altas no sistema no momento na saída, ao retornar ao hospital o paciente é admitido e gerado uma nova AIH.
- Check-list de alta do paciente: Está sendo construindo pelos membros da Comissão, porém necessita do apoio dos integrantes da TI para imputar os dados no sistema do SMPEP e ter disponibilidade a todas as partes.

Rivanilton em analise aos seus prontuários comenta a ausência de alta administrativa; prontuários com excessos de documentos e não contém orientação da enfermagem. Rivanilton questiona a dieta de nutrição estar presentes no prontuário físico e Mariana de Fátima justifica que como a dieta é uma prescrição a mesma tem que esta no prontuário.

Aline Cândido e Mariana de Fátima enfatizam os aprazamentos, prescrições e retiradas de medicações sem carimbos e assinaturas e que o fluxo para sanar este problema já está sendo elaborado. Além que a equipe de farmácia está orientando a todos na questão de prescrição dos medicamentos.

Dr. André Panont informa que em seus prontuários analisados percebeu perdas de documentos físicos, neste momento todos os presentes questionaram a importância de um bom arquivamento e tratamento de informações dos prontuários físicos, gerando uma ação para revisar o fluxo de arquivamento, principalmente, dos excessos que vão até o faturamento.

Dr. André Gasparoto também confirma que seus prontuários analisados estão de acordo com suas verificações técnicas médicas.

Mariana de Fátima comenta que percebeu uma melhoria após orientações a equipe de enfermagem em relação a aprazamentos e evoluções, porém ainda apresenta ausências de carimbos e assinaturas, principalmente no prontuário eletrônico e destaca a falta da assinatura digital, assunto a ser discutido com a equipe da TI.

Neste encontro tivemos a participação de Paulo Souza, após uma solicitação para que um integrante da Qualidade estivesse presente. Paulo comenta que os treinamentos dos protocolos e fluxos são destinados ao NEP, porém devem ser analisados, elaborados e justificados para que o NEP os aplique. A Qualidade é um suporte para padronizar e validar os fluxos criados pela Comissão. Dr. André Gasparoto solicita apoio a Qualidade, enfermeiro de Segurança do Paciente para a criação dos fluxos e protocolos.

Paulo orienta que quando a Comissão necessita de algum outro integrante de outras áreas do hospital, realizem uma solicitação via e-mail, justificando a presença e quais demandas a ser discutidas.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 21 | Bárbara Cristina Silvério | 30/03/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 21;
- Analise dos prontuários físicos e digitais do mês de fevereiro /2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) – via telefone / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Rivailton dos Santos (Faturamento) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) via telefone / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Rayane Amaro (Farmacêutica).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Fluxo de alta de paciente/ Check-list de alta de paciente; Treinamento de dupla checagem e aprazamento.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Arquivamento do excesso de prontuários SAME.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião revisando as ações geradas no último encontro da comissão:

- Treinamento de dupla checagem e aprazamento: Mariana comenta que a equipe de enfermagem já foi orientada. Para darmos o seguimento a ação, a comissão irá encaminhar um e-mail a gerência de enfermagem para a solicitação de pedido de um treinamento "reciclagem" a toda equipe, principalmente por conta do certificado digital está disponível a partir de abril/2023;
- Fluxo, Check-list e Mascara de alta de paciente: Com apoio a toda equipe da Comissão, Bárbara irá realizar o fluxo de alta a ser discutido na próxima reunião, posteriormente sendo validado pela Qualidade e passado em treinamento pela equipe do NEP; Os outros documentos check-list e mascara de alta também já estão desenvolvidos pela equipe médica e de enfermagem;
- Arquivamento do excesso de prontuários no SAME: Ficou acordado que esta demanda se manteria, os prontuários serão entregues ao faturamento a cada 30 dias, para uma dupla checagem. Também foi disponibilizado pela Gerencia Administrativa um(a) colaborador(a) administrativo para ficar com a atribuição de arquivamento e organização destes prontuários físicos.

Em relação a demanda de Sumário de alta Dr. André Gasparoto sugere que todo o fluxo se iniciei com o(a) enfermeiro(a) responsável pelo paciente que está de alta. Assim passando consequentemente por todas as áreas que tenham orientações pertinentes ao paciente para a saída dele do hospital. Fluxo será elaborado e discutido na próxima reunião.

Juliana comenta sobre os prontuários analisados por ela neste mês e ressalta que no prontuário eletrônico tem uma aba para os profissionais colocarem os exames externos escaneados, porém não é utilizado. Dr. André Panont comenta que era um campo utilizado mais na época de COVID, na qual, os pacientes vinham para ser internados com uma grande demanda de documentação e eram arquivados neste local para não ter perdas de informações.

Aline Cândido e Rayane Amaro trazem para o encontro uma situação que está gerando problemas para a Farmácia. Os pacientes que apresentam o diagnostico de Soro positivo, demoram a ter suas medicações em mãos, pois existe uma falta de informações, logística e busca para a retirada de medicações nos locais apropriados, principalmente quando os pacientes residem fora da cidade de São Paulo. Dr. André Gasparoto orienta a Aline junto com sua Supervisora levar esta questão a Diretoria Técnica e reavaliarem o fluxo para que estes pacientes não fiquem tanto tempo na ausências desses cuidados com medicações.

Sobre a avaliação mais criteriosa realizada pela Mariana, menciona alguns pontos:

- Mesmo com toda a equipe orientada, ainda há ausência de assinatura e carimbo dos técnicos de enfermagem;
- Pacientes que no sistema estava em um leito e fisicamente em outro;
- Equipe médica assinando as prescrições médicas de outros companheiros e ausência de assinaturas e carimbos;

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 22 | Bárbara Cristina Silvério | 25/04/2023 | 10h00 | 11h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 21;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de março /2023;
- Auditoria dos prontuários realizada pela Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) – via meet / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Thamara Derêncio (Supervisora de Enfermagem) / Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Juliana Silva (Fisioterapeuta) / Priscila dos Santos (Farmacêutica) / Glaydson Oliveira (Supervisor TI).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Treinamento de dupla checagem.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Fluxo e check-list de alta de paciente.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião comentando a admissão de novos membros na Comissão de Revisão de Prontuários: Ana Patricia (Gerente Administrativa); Carmen Isabel (Gerente de Enfermagem) e Michele Miguel (Faturista). Bárbara explica a importância e objetivos da comissão que impactam nos prontuários garantindo uma segurança ao paciente e ao hospital.

Ana Patricia explica o porquê de sua entrada na Comissão, relata que o hospital passou por uma auditoria realizada pela Secretária Municipal de Saúde – SP, na qual, resultou uma grande perda no faturamento destes prontuários analisados, além de perdas de documentos como sessões de hemodiálise e bolsas de sangue que por falta de informações, evoluções e carimbos não foram considerados.

Ana Patricia continua relatando que em períodos constantes temos auditoria também do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP e a importância de um prontuário organizado e com todas as informações dos serviços prestados ao paciente serve também como um respaldo aos colaboradores de enfermagem. Carimbos, assinaturas, evoluções, colaboradores treinados de todos os processos e fluxos da instituição são essenciais nestas auditorias e qualidade do trabalho assistencial.

A discussão continua em questão da alta de paciente, assunto já comentado em outros encontros de nossa Comissão. Dr. André Panont esclarece que os pacientes com remoções para outras unidades para realizarem procedimentos e exames a equipe do Núcleo Interno de Regulação está realizando as altas assim que os pacientes saem do hospital, pacientes com retorno ao hospital em menos de 24 horas retornam com a mesma AIH, já com o retorno excedente de 24horas é gerada uma nova AIH para a internação do paciente. Este fluxo foi alinhado junto a TI para "rodar" o fluxo no sistema SMPEP.

Outra questão levantada pela Ana Patricia foi a possibilidade de realizar as altas mensais para faturar os prontuários. Mariana de Fátima e Dr. André comenta que o período mensal é inviável e atualmente está sendo realizado em a cada 99 dias e no setor do faturamento realiza no prontuário do paciente uma alta administrativa.

Bárbara continua a reunião revisando as ações geradas no último encontro:

- Treinamento de dupla checagem e aprazamento: Mariana comenta que a equipe de enfermagem já foi orientada, porém falta alinhar com o NEP um treinamento de reciclagem, principalmente pelo inicio do certificado digital;
- Fluxo, Check-list e Mascara de alta de paciente: Foi realizado e avaliado por todos os integrantes da Comissão, sem apontamentos será enviado para a aprovação da Diretoria Técnica e posteriormente validação da Qualidade.

Ana Patricia sugere que toda a Comissão faça um levantamento de todas as pendencias discutidas nas reuniões, para serem sanadas o mais breve possível. Estas pautas serão realizadas em formato de plano de ações.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 23 | Bárbara Cristina Silvério | 30/05/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 22;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de Abril /2023;

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Carolina Amaral (Farmacêutica) / Carolina Santos (Enfermeira Auditora) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Juliana Silva (Fisioterapeuta) / Michele Miguel (Faturista) / Glaydson Oliveira (Supervisor TI)/ Carmen Isabel (Gerente de Enfermagem) / Ana Patrícia (Gerente Administrativa).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Treinamento MAV.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Fluxo e check-list de alta de paciente; Levantamento de Pendências.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir do levantamento de pendências que ficaram ao longo dos encontros da Comissão de Revisão de Prontuários:

1. **Treinamento MAV:** Aline e Carmen relatam que os POP's são foram realizados e avaliados pela equipe de enfermagem e farmacêutica, validada e estão em processo para a realização de treinamento as equipes assistenciais;
2. **Check-list e Fluxo de alta de paciente:** Bárbara comenta que o check-list foi aprovado pela Diretoria Técnica, porém o Fluxo de alta deverá ser alterado. Carmen e Dr. André Panont completam dizendo que os administrativos deverão ser atribuidos para o auxilio da alta do paciente junto a Enfermeira responsável, garantindo que fluxo seja realizado de forma correta; Ana Patrícia comenta que rever as atribuições dos administrativos e a possibilidade de mudança de horário dos colaborares para eles darem suporte nos setores nesta demanda;
3. **Sinalização de Troca de Medicamentos:** Glaydson relata que o chamado para a sinalização já está em andamento e em relação ao som e o alerta do paciente em Rota Sepse também já está sendo solucionado, trocando o som e concentrando o alerta somente nos computadores no setor onde o paciente está internado;
4. **Arquivamento do excesso de Prontuário:** Michele comenta que ficará no período de 30 em 30 dias a "descida" do excesso de prontuário dos pacientes e Ana Patrícia disponibilizou administrativos para as tratativas do arquivamento desses documentos. Ressalta também a admissão de uma Assistente de Faturamento e Enfermeira de Auditoria para apoia-los nas demandas com os prontuários;
5. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Carmen junto a Michele e Glaydson irão realizar o levantamento de quais procedimentos e dispositivos serão lançados por cada equipe assistencial. Michele comenta a perda desses procedimentos e dispositivos por falta de comprovação nos prontuários, ou seja, contam no prontuário porém não tem evidências em evoluções e anotações. Acordado que após o levantamento das informações, ser alinhado o fluxo para esta demanda com toda a equipe assistencial.
6. **Auditoria dos Prontuários:** Bárbara explica a Carolina Santos, Enfermeira Auditora, sobre a Comissão e a disponibilização de prontuários para avaliação dos membros da Comissão para discutir melhorias.
   Parte médica, enfermagem, faturamento e farmácia não apontou nenhuma divergência nos prontuários analisados. Juliana destaca um prontuário analisado de alta por desistência de tratamento e relata que ao longo das evoluções o fluxo para este tipo de alta foi respeitada.
   Bárbara convida Carolina a participar das próximas reuniões, ela aceita e todos os membros presentes concordam com sua admissão na Comissão.

Outras pautas discutidas:

**Evoluções em aberto no SMPEP:** Acordado entre as partes presentes que cada área irá realizar o fechamento de evoluções em aberto dos seus profissionais;

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 24 | Bárbara Cristina Silvério | 27/06/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 23;
- Analise dos prontuários físicos e digitais do mês de Maio /2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Carolina Santos (Enfermeira Auditora) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Juliana Silva (Fisioterapeuta) / Michele Miguel (Faturista) / Glaydson Oliveira (Supervisor TI)/ Diego Melo (Coordenador de Enfermagem) / Ana Patricia (Gerente Administrativa).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Levantamento de Procedimentos e Dispositivos; Alta Multidisciplinar; Cópia de Prontuário.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Arquivamento de excesso de prontuários; Levantamento de Pendências.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir de pontos a melhorar encontrados pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários em Auditorias Internas, realizadas nos processos e prontuários dos pacientes:

1. **Treinamento MAV:** Aline comenta que o protocolo de MAV (Medicamentos de Alta Vigilância), já foram realizados os treinamentos com a equipe de enfermagem e farmácia e o processo já está em andamento. Posteriormente os multiplicadores irão reorientar as equipes, sempre reforçando as informações.

2. **Check-list e Fluxo de alta de pacientes e Administrativos ALA e UTI:** Bárbara comenta que o check-list foi aprovado pela Diretoria Técnica, porém o Fluxo de alta deverá ser alterado, após a alteração de horário e novas atribuições dos administrativos para darem suporte nos setores nesta demanda. Ana Patrícia completa, que este plano de ação já esta em desenvolvimento, os colaboradores auxiliares administrativos, do período noturno já foram notificados das alterações do período do horário para plantões diurnos e a partir de julho já serão repassados novas atribuições e alocações nos setores.

3. **Sinalização de Troca de Medicamentos:** Glaydson relata que o chamado para a sinalização já está em andamento. O setor de TI passou por uma auditoria para a melhoria dos processos e esta demanda foi pontua na reunião. Glaydson completa que o já existe está sinalização para os medicamentos de alta vigilância e necessita ser expandidos para outras medicações. Aline sugere que tenham cores diferentes na prescrição médica para sinalizar um MAV.

4. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Michele comenta que já realizou o levantamento dos procedimentos, dispositivos e curativos faturáveis e que irá compartilhar com o Glaydson (TI), para atualizar nosso sistema interno e orientar as equipes em relação ao registro destes no prontuário eletrônico.

   Carolina comente que durante suas auditorias nos prontuários encontra uma grande dificuldade de encontrar anotações e evoluções sobre os curativos utilizados nos pacientes. Carolina completa destacando que no dia de hoje (27 de junho), desceram ao faturamento 6 bolsas de infusão foram perdidos dos prontuários físicos que consequentemente não foram faturados. Um problema que se perpetua a um bom tempo em outros casos como comenta Michele sobre o assunto.

   Juliana destaca que após uma auditoria interna foi realizado uma reorientação aos colaboradores da equipe de fisioterapia sobre o lançamento errados dos dispositivos no prontuário eletrônico dos pacientes, com o intuito de reciclagem e amenizar os erros.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 25 | Bárbara Cristina Silvério | 25/07/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 24;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de Junho /2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Aline Cândido (Farmacêutica) / Carolina Santos (Enfermeira Auditora) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Vanusa Figuiredo (Farmacêutica) / Michele Miguel (Faturista) / Daniele Martorano (Coordenadora de Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Alta Multidisciplinar; Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Levantamento de Procedimentos e Dispositivos; Treinamento MAV; Prescrição de Enfermagem; Atribuições dos Administrativos de UTI e ala.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir de pontos a melhorar encontrados pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários em Auditorias Internas, realizadas nos processos e prontuários dos pacientes:

1. **Treinamento MAV:** Treinamento finalizado e em andamento o fluxo de medicamentos de alta vigilância.

2. **Check-list e Fluxo de alta de pacientes:** Aline sugere que seja inserido no check-list de alta um termo de sigilo de informações do prontuário, já que alguns pacientes descobrem seus diagnósticos na unidade e querem que sejam divulgados aos seus familiares e acompanhantes. Bárbara comenta que o fluxo de alta de paciente será ajustado conforme as novas atribuições dos administrativos de Ala e UTI, além de uma elaboração de protocolo juntamente com a Mariana (Supervisora de Enfermagem);

3. **Administrativos ALA e UTI:** Os colaboradores auxiliares administrativos, do período noturno já foram notificados das alterações do período do horário para plantões diurnos e a partir de julho já serão repassadas novas atribuições e alocações nos setores;

4. **Sinalização de Troca de Medicamentos:** Aline e Carolina comenta que ainda não há sinalização de cores nas prescrições de medicamentos de alta vigilância. Bárbara completa que está demanda será enviada ao TI para ter um retorno mais breve possível;

5. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Michele e Carolina comentam que esta demanda está finalizada. No início do mês vigente teve a realização de treinamentos aos colaboradores de enfermagem e equipe multi sobre anotações e lançamentos de procedimentos e dispositivos no SMPEP. Houve também o levantamento dos procedimentos, dispositivos e curativos faturáveis.

6. **Auditoria dos Prontuários:** Bárbara pergunta aos membros sobre os prontuários enviados para avaliação. Juliana ausente deixou anotações sobre os prontuários auditados, todos foram pacientes que houve desistência de tratamento e estavam em ordem com o termo de desistência, porém apresentavam documentos anexados faltantes. Dr. André Panoni, também ausente neste encontro, deixou anotações que foi alinhado com o serviço social que após a admissão do paciente, quando o familiar chegar na unidade hospitalar, a equipe vai realizar uma conferência e cobrar os documentos faltantes do paciente.

   Aline comenta que os prontuários analisados por ela estava conformes, porém documentos como comprovante de residência estavam ilegíveis.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 26 | Bárbara Cristina Silvério | 24/08/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 26;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de Julho /2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) Aline Cândido (Farmacêutica) / Carolina Santos (Enfermeira Auditora) / Gabriela Figueira (Assistente de Faturamento) / Bárbara Silvério (Analista Administrativa) / Carmen Isabel (Gerente de Enfermagem) / Juliana Silva (RT de Fisioterapia) / Glaydson Oliveira (Supervisor de TI).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Alta Multidisciplinar; Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Levantamento de Procedimentos e Dispositivos; Sinalização alerta de alergia
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir de pontos a melhorar encontrados pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários em Auditorias Internas, realizadas nos processos e prontuários dos pacientes:

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:**
   Em andamento o termo de sigilo sugerido pela Aline a ser anexado ao check-list de alta de paciente.
   O fluxo de alta, pendente ainda definir as atribuições dos administrativos para auxiliar na demanda de alta do paciente.
   Após a finalização do check-list e fluxo será realizado o protocolo.

2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Glaydson comenta que esta demanda está em proposta com outros projetos apresentados para a SEDE e após ter a devolutiva irá repassar para a comissão.

3. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Na última reunião esta demanda foi finalizada, porém Dr. André identificou que as transfusões de hemo-concentrados estavam sendo lançados em exames, sendo que seria um procedimento. Glaydson relata que como foi um pedido o sistema entende como um exame. Ainda há divergências em relação ao lançamento de procedimentos e dispositivos a entrarem nas contas para o faturamento via sistema.

   Carmen, Dr. André Gasparo e Dr. André Panont sugerem que seja que todas as contas que vão ao faturamento de lançamentos de procedimentos e dispositivos a partir de suas prescrições.

   A partir deste apontamento foi sugerida a criação de um plano de ação para marcar um encontro com os membros de enfermagem, faturamento, médico e TI para analisar todos os dispositivos e procedimentos em prescrição, tanto de enfermagem quanto médica. Além de uma reunião a parte com a Enfermeira estomateurapeuta, Carmen e Glaydson para resolver a demanda de lançamentos de curativos.

4. **Sinalização Alerta de alergia:** Glaydson explica que esta demanda já foi finalizada, pois já existe este recurso no SMPEP.

5. **Auditoria dos Prontuários:** Bárbara pergunta aos membros sobre os prontuários enviados para avaliação.
   **Equipe Médica**: apresentou a falta de informação completa nos resumos de alta da equipe multi e equipe médica. Bárbara completa que esta defasagem provavelmente vai ser sanada após a aplicação da Alta Multiprofissional do sistema, na qual todos os profissionais assistenciais irão participar ativamente das altas dos pacientes.
   **Enfermagem:** Não apresentou apontamentos.
   **Faturamento**: Os prontuários fisicos as prescrições ainda tem ausência de carimbos e assinaturas (também há ausência da utilização do certificado digital). Glaydson explica que já realizou o levantamento dos colaboradores que não tem ainda o certificado digital e junto a Carmen sugerem ter um "corte" e orientar o uso da assinatura digital em todos os documentos.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 27 | Bárbara Cristina Silvério | 03/10/2023 | 14hrs | 14h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 27;
- Analise dos prontuários fisicos e digitais do mês de Agosto/2023.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André Panont (Coordenador Médico/ Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Bárbara Silvério (Analista Administrativa); Michele Miguel (Faturista) e Vanusa Figueiredo (Farmacêutico).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Alta Multidisciplinar; Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos, procedimentos e curativos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo o plano de ação realizado a partir de pontos a melhorar encontrados pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários em Auditorias Internas, realizadas nos processos e prontuários dos pacientes:

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:**
   Em andamento o termo de sigilo sugerido, com a saída da Aline, a Comissão irá realizar a demanda para a finalização e anexo do documento no Protocolo de alta de pacientes.

2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.

3. **Procedimentos Registrados na SMPEP:** Dr. André Panont teve uma reunião de alinhamento com o Glaydson os procedimentos a ser lançados na prescrição médica, são eles: Ecogardiogrma, Cateter Shilley, Dreno de Toráx e SVD. A partir disso falta alinhar os procedimentos e dispositivos para ser lançados na prescrição da Enfermagem para consequentemente ser lançado automaticamente na conta do faturamento. Ainda será realizada uma reunião a parte com a Enfermeira estomateurapeuta, Carmen e Glaydson para resolver a demanda de lançamentos de curativos.

4. **Auditoria dos Prontuários:** Bárbara pergunta aos membros sobre os prontuários enviados para avaliação.
   **Equipe Médica**: Nos prontuários analisados, nos documentos anexados há a ausência do comprovante de residência. Foi realizado um plano de ação junto a equipe Multi para que após o paciente ser admitido no hospital, no momento do acolhimento ao familiar, a equipe de serviço social pedir os documentos faltantes para serem anexados no prontuário eletrônico do paciente.
   **Faturamento: (Não conformidade) Em auditoria a um prontuário a Enfermeira Auditoria identificou uma falta de comunicação entre as equipes de Enfermagem e Medicina. Em uma intercorrência noturna, o paciente necessitava de uma medicação e a equipe de enfermagem não notificou o médico responsável, felizmente o caso foi sanado sem problemas futuros.**
   **Farmácia:** Os prontuários analisados estão em conformidade.

5. **Cópia de Prontuário:** Criação do documento em PDF com senha e POP já está finalizado faltando somente a validação da Gerência Administrativa.

Carol comenta que foi realizado um Protocolo e treinamento no faturamento sobre o novo fluxo de alta administrativa que terão envolvimento os setores do Faturamento, Diretoria Técnica e Contas Médicas.

Barbara finaliza a reunião comentando sobre sua saida da Comissão, por motivo aumento de demandas do setor, comunica a todos também sobre a substituição da Aline (representante da Farmácia) pela as farmacêuticas Vanusa e Aliny.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 28 | Ana Raquel / Fernanda Araujo | 31/10/2023 | 14hrs | 14h40 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 28;
- Dupla checagem do MAV;
- Treinamento referente a lançamentos de procedimentos assistenciais;

**PARTICIPANTES**

Dr. André Panont (Coordenador Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Ana Raquel e Gabriela (Faturamento); Fernanda Araujo (Adm /Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos, procedimentos e curativos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa e Reunião de alinhamento: curativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Dr. Andre e Juliana iniciaram a reunião falando sobre o lançamento do procedimento TQT, IOT e Oxigênio terapia.

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:**
   Em andamento o termo de sigilo sugerido, com a saída da Aline, a Comissão irá realizar a demanda para a finalização e anexo do documento no Protocolo de alta de pacientes.
2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
3. **Procedimentos Registrados no SMPEP:** Dr. André Panont alinhou com a Carol que irá fazer novos testes de lançamento de procedimentos e dispositivos para ser lançados na prescrição da Enfermagem para consequentemente ser lançado automaticamente na conta do faturamento.
4. **Cópia de Prontuário:** Criação do documento em PDF com senha e POP já está finalizado, faltando somente treinamento para a Recepção.
5. Carol finaliza reunião comentando sobre os lançamentos dos dispositivos, sinalização do MAV e futuras melhorias.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Sinalização MAV | Novembro | TI | Em andamento |
| Alinhamento: Procedimentos e Dispositivo | Novembro | TI; Gerencia de Enfermagem; Equipe Médica e Faturamento. | Em andamento |
| Reunião de Alinhamento: Curativos | Outubro | TI; Gerencia de Enfermagem e Estomaterapeuta. | Concluído |
| Cópia de Prontuário | Outubro | TI; Gerência Administrativa e Diretoria Técnica. | Concluído |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 29 | Ana Raquel / Fernanda Araujo | 05/12/2023 | 14hrs | 14h40 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 28;
- Dupla checagem do MAV;
- Treinamento referente a lançamentos de procedimentos assistenciais;
- NC's
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico); Carolina Santos (Enfermeira Auditora); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Aliny da Silva Borges (Farmácia); Maria Jovelina Sampaio (Enfermagem); Fernanda Araújo (Adm./enfermagem); Ana Raquel (Faturamento).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Cópia de Prontuário; Check-list e Fluxo de alta de paciente; Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa e Reunião de alinhamento: curativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** 2 NC's discutidas

Carol inicia a reunião falando sobre as demandas pendentes e sobre as NC's que disponibilizadas pela Qualidade. Juliana relata sobre o Caso 1 e 2: não há relatos de administração de medicação. Discutido com o Dr. André (médico), Juliana (fisioterapeuta), Carolina (enfermeira auditora) e Aliny (farmácia) sobre o caso. Enfermeira Maria ficou responsável de passar o caso para a supervisão e gerencia de enfermagem.

Caso 2: Médico copiou evolução médica do dia anterior, atualizou paciente no CROSS sem de fato ter feito.

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:**
   Aliny (farmácia) confirmou que esta em andamento o termo de sigilo.
2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
3. **Procedimentos Registrados no SMPEP:** Carol e Dr. André Panont finalizaram os testes, faltando alinhar o que será lançado por ele e pela enfermagem.
4. **Cópia de Prontuário:** Finalizado.
5. Foram incluídas 2 NC' referente a prontuários para discussão.
6. Carol finaliza reunião comentando sobre os lançamentos dos dispositivos, sinalização do MAV e futuras melhorias.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Revisão de Prontuários - Encontro 30 | Ana Raquel | 18/12/2023 | 14hrs | 14h40 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações geradas no encontro 29;
- Auditoria dos prontuários;
- Elaboração do termo de sigilo de prontuário.

**PARTICIPANTES**

Dr. André Gasparoto (Médico); Dr. André (Coordenador Médico); Juliana Silva Santos (Fisioterapia); Ana Raquel (Faturamento).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Sinalização da prescrição para medicamentos MAV; Reuniões de Alinhamento de Dispositivos e procedimentos e elaboração do termo de sigilo de prontuário.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alinhamento de Fluxo de alta administrativa e Reunião de alinhamento: curativos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** não houve discussão de NC's neste encontro, pois não foi disponibilizado pela Enfermeira da segurança do paciente.

Iniciamos a reunião relembrando das ações que ficaram pendentes da última reunião. Dr. André (coordenador) e Juliana (fisioterapia) falam sobre os seus prontuários auditados. Finalizamos a reunião discutindo sobre a criação do termo de sigilo de prontuário.

1. **Check-list; Fluxo; Protocolo de alta de pacientes:** Termo de sigilo do prontuário está em andamento.
2. **Sinalização de cores na Prescrição MAV:** Demanda ainda pendente em avaliação da SEDE.
3. **Procedimentos Registrados no SMPEP:** Carol e Dr. André Panont finalizaram os testes, faltando definir o que será lançado por ele e pela enfermagem.
4. **Cópia de Prontuário:** Finalizado.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Sinalização MAV | - | TI | Em andamento |
| Alinhamento: Procedimentos e Dispositivo | Janeiro | TI; Gerencia de Enfermagem; Equipe Médica e Faturamento. | Em andamento |
| NC's | - | Comissão | Demanda Mensal |
| Check-list (Termo de Sigilo de Prontuário) | Janeiro | Comissão | Em andamento |

**Redator: Ana Raquel (Faturamento).**

# ANEXO 4 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS | CÓDIGO: RI.CRP.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/8 |

## 1. OBJETIVO

O Hospital Municipal Guarapiranga (HMG) é uma entidade de Direito Público (Público), constituída juridicamente como Sociedade Civil, prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, administrada pelo Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS). Este instrumento tem como objetivo definir a Comissão de Revisão de Prontuário (CRP), que normatiza e oferece diretrizes de organização e seu relacionamento na unidade.

## 2.APLICAÇÃO

**Art. 1º** - A Comissão de Revisão de Prontuários do Hospital Municipal Guarapiranga tem como atividade avaliar quantitativamente/qualitativamente e promover a melhoria contínua da qualidade dos registros multiprofissionais.

**Art. 2º** - Atender a Resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário do paciente/ cliente como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações 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 ao indivíduo.

**Art. 3º** - A Comissão de Revisão de Prontuários tem por finalidade atender:

Estabelecer normas para estruturar, monitorar, avaliar a qualidade e promover ações de melhoria dos prontuários do paciente/ cliente;

Monitorar o cumprimento do artigo nº 69 previsto no código de Ética Médica o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste.

Estabelecer critérios para atender a Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante, bem como assegurar que estejam permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

# ANEXO 5 - ATAS DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 12/01/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão.
- Alteração do email da Comissão.
- Relatos de colaboradores sobre assédio moral.
- Alteração do folder da Comissão.
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Selma Lima (Téc. Enfermagem) / Dallyte dos Santos (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores; Mudar o folder de apresentação da Comissão, mantendo apenas os membros atuais;
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Houve uma denúncia encaminhada por email, porém não foi possível dar tratamento, pois a Sede tirou o acesso ao email.

**Entre os assuntos discutidos nessa reunião, destacam-se:**

**Alteração do e-mail da COMISSÃO DE ÉTICA:** O email da Comissão foi alterado pela Sede para que seja nominal ao presidente, e isso estava gerando dúvidas se as denúncias continuariam a chegar no email divulgado anteriormente e se as pessoas se sentiriam confortáveis em enviar as denúncias para um email nominal, foi esclarecido que sim, que os email encaminhados para o antigo endereço chegariam para o novo email.

**Colaboradores sofrendo assédio moral**: Alguns membros relatam que são abordados por colaboradores e recebem denuncias informalmentente e alegam não realizar a denuncia formalmente pelo canal divulgado (email) por medo de represálias e preferem evitar o confronto frente a frente com os envolvidos. Mas sempre relatam casos pertinentes à infração ética e assédio que ocorrem na assistência e em alguns setores e não são encaminhados para a Comissão. Os integrantes da Comissão sempre esclarecem que as denuncias são sigilosas e são resolvidas pela propria Comissão.

**Mudar o FOLDER da comissão e a ALTERAÇÃO DO NOVO**: Alterar o folder de apresentação da Comissão, mantendo apenas os membros atuais, pois houve substituição do presidente e reforçar a divulgação.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 14/02/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão.
- Alteração do email e folder da Comissão.
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Santos (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores; Mudar o folder de apresentação da Comissão, mantendo apenas os membros atuais;
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** A Comissão ainda está sem acesso ao email antigo para verificar se chegou mais alguma denúncia. No email novo não houve recebimento.

**Entre os assuntos discutidos nessa reunião, destacam-se:**

**Medicações sendo checadas e não realizadas**: Neste encontro foi discutido que medicações têm sobrado nos setores e na anotação de enfermagem tem sido checada, como administrada uma falta grave que deve ser verificado, pois devemos prestar um cuidado livre de danos ao paciente, oriento a ficarem atentos ao ocorrido.

**Alteração do e-mail da Comissão:** O e-mail da Comissão foi alterado para nominal ao atual presidente, porém, ainda está pendente do setor de TI configurar o novo email para ter acesso às mensagens encaminhadas para o email antigo. Será reimpresso e divulgado nos setores, o banner com a formação atual da Comissão de Ética de Enfermagem, em todos os turnos do HMG.

**Fazer nova divulgação da Comissão nos setores**: Abordar colaboradores novos e antigos para reforçar sobre o Conselho de Ética.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 31/03/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão.
- Alteração do email da Comissão.
- Relatos de colaboradores sobre assédio moral.
- Alteração do folder da Comissão.
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Selma Lima (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores; Mudar o folder de apresentação da Comissão, mantendo apenas os membros atuais.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Alteração do folder com a foto dos atuais integrantes.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Houve uma denúncia encaminhada ao e-mail antigo da Comissão, aguardo ainda a liberação da Sede para acesso ao e-mail.

Entre os assuntos discutidos nessa reunião, destacam-se:

**Renúncia do cargo da Comissão de Ética:** saída de duas colaboradoras do Conselho de Ética, Dallyte e Deborah. Foi levantado o questionamento da realização uma nova eleição.

**Colaboradores sofrendo assédio moral**: foi relatado ao presidente da Comissão que alguns colaboradodes então sendo assediados, mas por medo e insegurança, não conseguem ou não querem formalizar a denuncia. Os colaboradores foram orientados quanto a importância de realizar o registro da denúncia, pois sem ele as medidas administrativas que competem a Comissão não podem ser tomadas. É necessário reforçar que a Comissão precisa ser notificada para que os fatos possam ser apurados.

**Fazer nova divulgação da Comissão nos setores**: Além da divulgação do trabalho da Comissão nos setores do hospital, é necessário realizar ações de divulgação e esclarecimento do Código de Ética de Enfermagem na instituição ao menos três vezes ao ano e encaminhar o cronograma e as evidências para a Qualidade.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 29/04/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão.
- Relatos de colaboradores sobre assédio moral.
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Selma Lima (Téc. Enfermagem) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores;
- **Ações que foram executadas no último mês:** Apuração de denuncia recebida.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Houve uma denuncia e a Comissão está apurando os fatos.

Entre os assuntos discutidos nessa reunião, destacam-se:

A Comissão que agora está composta por apenas três membros, cogita a possibilidade de realizar uma nova eleição caso não seja viável dar continuidade nas demandas da Comissão com esses membros remanescentes.

Ainda está pendente fazer uma nova divulgação periódica da Comissão na unidade, além da divulgação do trabalho da Comissão nos setores do hospital e campanhas de conscientização sobre o que rege o Código de Ética de Enfermagem.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 17/05/2023 | 15:00hs | 16:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão.
- Tratativa denuncia sobre negligencia.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Alves Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro Aparecido dos Santos (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao Código de Ética de Enfermagem para divulgação nos setores;
- **Ações que foram executadas no último mês:** Tratativa da última denúncia recebida sobre negligência assistencial.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Nenhuma nova denúncia recebida.

**Entre os assuntos discutidos nessa reunião, destacam-se:**

**Denuncia de negligencia:** Neste encontro foi tratado sobre uma denuncia sobre negligencia onde o denunciante Alexandre de Lelis da Silva Coren SP 794.754 afirma a paciente Altair Alves Trindade após procedimento de hemodiálise tem um mal estar e o mesmo comunicou a enfermeira Edileia Alves dos Santos Coren SP 706.957, a mesma não se prontificou em avaliar o mesmo, sem registro em prontuário do paciente por parte da enfermeira.

**Mudança no folder da comissão**: O folder de apresentação da Comissão foi alterado, mantendo apenas os membros atuais.

**Fazer nova divulgação da Comissão nos setores**: A Comissão está articulando uma nova divulgação do trabalho da Comissão nos setores do hospital, e irá realizar ações de esclarecimento do Código de Ética de Enfermagem ao menos três vezes ao ano e encaminhar o cronograma para a Qualidade.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 20/06/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão.
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao Código de Ética para divulgação nos setores;
- **Ações que foram executadas no último mês:** tratativa de um suposto desrespeito entre colaboradores em passagem de plantão.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Houve uma denúncia encaminhada por e-mail, sobre desrespeito entre colaboradoras,

**Entre os assuntos discutidos nessa reunião, destacam-se:**

**Denuncia de desreipeito:** houve um desentendimento entre duas colaboradoras acarretando em um descontentamento de uma das partes questionado ambas as partes, segundas as duas pessoas envolvidas relatam que houve uma troca de palavras firmes, mais nada ofensivo de ambas as partes (sic). Orientado a

**Fazer nova divulgação da Comissão nos setores**: Além da divulgação do trabalho da Comissão nos setores do hospital, realizar ações de divulgação e esclarecimento do código de ética de enfermagem ao menos três vezes ao ano e encaminhar o cronograma para a Qualidade.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 28/07/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão;
- Divulgação do Código de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Nessa reunião foi discutido o retorno da enfermeira Viviane Araújo que também faz parte dessa Comissão e estava afastada por licença maternidade, com seu retornou ao time, irá agregar e somar à equipe, auxiliando nas demandas e atividades da Comissão.

Além da divulgação do trabalho da Comissão nos setores do hospital, a equipe está elaborando ações de disseminação e esclarecimento sobre as diretrizes quem regem o código de ética de enfermagem e, conforme alinhado com o setor da Qualidade e NEP, essas atividades serão realizadas ao menos três vezes ao ano, com encaminhamento do cronograma e listas de presença.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores. | Março/2023 | Comissão | Pendente |

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 29/08/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão.
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Michael dos Santos (Téc. de Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não Houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não Houve.

**Entre os assuntos discutidos nessa reunião, destacam-se:** o engajamento da equipe, divulgação de treinamentos nos setores, explicando assuntos pertinentes ao código de ética e explicando o canal de denúncia abrange.

Neste encontro foi tratada a necessidade de um novo treinamento, pois entraram novos colaboradores e precisamos apresentar e falar sobre a Comissão e sobre o código de ética para os novos colaboradores. Será programado para o mês de setembro.

**Fazer nova divulgação da Comissão nos setores**: Além da divulgação do trabalho da Comissão nos setores do hospital, realizar ações de divulgação e esclarecimento do código de ética de enfermagem ao menos três vezes ao ano e encaminhar o cronograma para a Qualidade.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Divulgação nos setores | Setembro | Todos | Pendente |

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 11/09/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de denúncias recebidas pela Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão;
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Viviane Vieira (Enfermeira) / Michael Carneiro (téc. Enfermagem) ausente

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Reunião de conciliação entre as partes envolvidas na denúncia.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Tratativa da última denúncia recebida sobre um suposto desrespeito entre colaboradores em passagem de plantão.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Neste encontro foram tratadas, atualização de como foi a gestão da Comissão de Ética na ausência da enfermeira Viviane que estava afastada por motivo de gravidez.

Foram discutidas duas denúncias recebidas, uma sobre assédio ocorrido entre duas enfermeiras que se agrediram verbalmente e foi realizada a conciliação entre as partes e ambas entenderam a importância de manter um ambiente de trabalho saudável e amistoso. E outro caso onde um técnico de enfermagem denunciou uma enfermeira por negligência sem danos ao paciente, onde a enfermeira Ediléia supostamente deixa de prestar assistência de enfermagem ao um paciente em síncope, não houve danos ao paciente e após averiguação, a denúncia foi concluída como um conflito interno e também foi realizada a conciliação entre as partes e esclarecido a importância de manter a segurança do paciente acima de qualquer diferença entre colaboradores.

Foi reforçado com a enfermeira Viviane uma divulgação in loco sobre a atuação da Comissão de ética de Enfermagem, com o objetivo de abranger o maior número possível de colaboradores na instituição.

Além da divulgação do trabalho da Comissão nos setores do hospital, realizar ações de divulgação e esclarecimento do código de ética de enfermagem ao menos três vezes ao ano e encaminhar o cronograma para a Qualidade.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Elaboração de conteúdos pertinentes ao código de ética para divulgação nos setores. | outubro/2023 | Comissão | Pendente |
| Tratativa de denúncia recebida | setembro/2023 | Comissão | Concluída |

Redator: Arlindo Vieira

Assinaturas:

1. Viviane Vieira Ramos de Araujo
2. _____
3. _____

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 20/10/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de denúncias recebidas pela Comissão;
- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão;
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Viviane Vieira (Enfermeira) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não houve
- **Ações que foram executadas no último mês:** Tratativa de denúncia recebida sobre suposta imperícia.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Denúncia recebida sobre suposta imperícia.

Neste encontro foi tratada uma denúncia que aconteceu na pediatria, contra o enfermeiro João Inocêncio Campeiro Neto Coren-SP 723.984.

Trata-se de um paciente que mantinha uma extrusão do ostoma abdominal, com lesão periostomal importante, onde essa ostomia não era utilizada para receber dieta, foi solicitada a avalição da estomaterapeuta Pamela Viana Domingues Coren-SP 568.808 no grupo de whatssapp, a mesma solicita ao enfermeiro João que após o banho a acionasse para uma avaliação presencial, por volta das 10hs o enfermeiro João Campeiro, coloca a foto no grupo, do paciente com uma sonda Foley 16 e relata que em conjunto com a médica Dra. Amanda Dorighetto Tomazelli CRM-SP 219.654 havia tido esta conduta.

A estomaterapeuta Pamela vai até o setor e ao avaliar o paciente e no prontuário não consta evolução nem prescrição médica da passagem da sonda, quando questionado o enfermeiro João Inocêncio diz que quem passou a sonda foi a médica juntamente com ele, informação não confirmada pela Dra. Amanda em depoimento, e após discussão com o seu responsável técnico Dr Maximiliano opta por manter e deixar a sonda aberta drenando.

A estomaterapeuta questiona o enfermeiro João Campeiro sobre o porque não a chamou para avaliarem juntos a necessidade de passagem da sonda e o questiona quem passou a sonda pois não havia evolução médica para tal procedimento nem prescrição médica e ele por msgs confirma que a Dra. Amanda tinha passado.

Após um período e conversa com a médica, Dra. Amanda ele manda mensagem para estomaterapeuta Pamela dizendo que foi ele mesmo quem passou a sonda, pois achou que seria benéfico ao paciente "Passei e posteriormente comuniquei para a médica".

Diante dessa denúncia foram colhidos os depoimentos dos envolvidos e a Comissão julgou importante encaminhar a denúncia para o Coren-SP.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética de Enfermagem | Arlindo Vieira | 20/11/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Levantamento das ações obrigatórias da Comissão;
- Divulgação da Comissão de Ética de Enfermagem na unidade;
- Treinamentos in loco nos setores assistenciais;
- Apresentação da Comissão para novos colaboradores.

**PARTICIPANTES**

Arlindo Vieira (Enfermeiro Presidente) / Viviane Vieira (Enfermeira) / Michael Carneiro (Téc. Enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não houve
- **Ações que foram executadas no último mês: Treinamento Inn locco.**
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Neste encontro foi discutido sobre ações pendentes que CCE precisa executar.

Foram realizados treinamentos in loco em todos os setores do hospital, onde foram abordados assuntos envolvendo nosso código de ética, por Ex: Direitos, Deveres e Proibições no exercício da profissão de enfermagem.

Também foram esclarecidas algumas dúvidas sobre a atuação da Comissão de Ética de Enfermagem em nossa instituição e apresentado o canal de denúncias aos novos colaboradores.

**PLANEJAMENTO DE AÇÕES E CAMPANHAS VOLTADAS AO CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM**

| MÊS | CONTEÚDO APRESENTADO | STATUS |
|---|---|---|
| Novembro | Treinamento In Loco Sobre Direitos, Deveres E Proibições | Concluído |
| Dezembro | Treinamento In Loco Sobre Princípios De Enfermagem | Pendente |
| Janeiro | Treinamento In Loco Sobre Falta Ética Na Enfermagem | Pendente |

# ANEXO 6 - REGIMENTO DA COMISSÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM | CÓDIGO: RI.CEE.001 | REVISÃO: 00<br>PÁGINA: 1/9 |

**PREÂMBULO**

A Comissão de Ética de Enfermagem é um órgão representativo do HOSPITAL MUNICIPAL GUARAPIRANGA (HMG), tendo a responsabilidade de caráter regulatório, em atendimento a resolução COFEN nº 593/2018,no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen 421, de 15 de fevereiro de 2012.

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem no país; Considerando a Resolução Cofen nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; Considerando a Resolução Cofen nº 370/2010, que aprova o Código de Processo Ético Disciplinar dos Conselhos de Enfermagem; Considerando a Resolução Cofen nº 509/2016, que atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico; Considerando a portaria GM/MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); Considerando que os integrantes das Comissões de Ética eleitos ou designados na forma estabelecida por Resolução devem desempenhar suas atividades em caráter honorífico e prestar serviços de relevância á instituição de saúde a que pertencem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem de sua jurisdição; Considerando a necessidade de padronizar critérios de criação, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética de Enfermagem em todo Território Nacional; Considerando a deliberação do Plenário em sua 498ª Reunião Ordinária e tudo mais que consta nos autos dos Processos Administrativos Cofen nº 69/2017 e 916/2016.

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 7 - ATAS DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica – Janeiro 2023 | Comissão de Ética Médica | 10/01/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Tratativa de demandas ou denúncias recebidas.

**PARTICIPANTES**

Dr. Anderson Veloso da Silva (Presidente) / Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Membro Efetivo) / Dr. Emilio Lopez Couto (Membro Efetivo)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Neste mês, esta Comissão não apresentou pauta nem demandas à serem discutidas em reunião.

Não houve denúncias para serem tratadas e não há nada que desabone o corpo clínico desta instituição.

A Comissão está passando por uma reestruturação e devido a desistência de dois membros, será realizada uma nova eleição para compor o grupo.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica – Fevereiro 2023 | Comissão de Ética Médica | 10/02/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Tratativa de demandas ou denúncias recebidas.

**PARTICIPANTES**

Dr. Anderson Veloso da Silva (Presidente) / Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Membro Efetivo) / Dr. Emilio Lopez Couto (Membro Efetivo)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não houve.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Neste mês, esta Comissão não apresentou pauta nem demandas à serem discutidas em reunião.

Não houve denúncias para serem tratadas e não há nada que desabone o corpo clínico desta instituição.

A Comissão está passando por uma reestruturação e devido a desistência de dois membros, será realizada uma nova eleição para compor o grupo.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica – Março 2023 | Comissão de Ética Médica | 06/03/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Tratativa de demandas e denúncias recebidas.

**PARTICIPANTES**

Dr. Anderson Veloso da Silva (Presidente) / Dr. Raphael Freitas Rafael (Secretário) /
Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Membro Efetivo) / Dr. Emilio Lopez Couto (Membro Efetivo)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Neste mês, esta Comissão não apresentou pauta nem demandas à serem discutidas em reunião.

Não houve denúncias para serem tratadas e não há nada que desabone o corpo clínico desta instituição.

A Comissão está passando por uma reestruturação e devido a desistência de dois membros, será realizada uma nova eleição para compor o grupo.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Redator: Comissão de Ética Médica

Assinaturas:

1. Dr. Anderson Veloso da Silva - CRM: 133.913 _____
2. Dr. Victor Hugo Parrilha Panont - CRM: 20.5226 _____
3. Dr. João Paulo Milesi Pimentel - CRM: 129.523 _____
4. Dr. Emilio Lopez Couto - CRM: 75.342 _____

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica – Abril 2023 | Comissão de Ética Médica | 10/04/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Tratativa de demandas e denúncias recebidas.

**PARTICIPANTES**

Dr. Anderson Veloso da Silva (Presidente) / Dr. Victor Panont (Diretor Técnico) /
Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Membro Efetivo) / Dr. Emilio Lopez Couto (Membro Efetivo)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Neste mês, esta Comissão não apresentou pauta nem demandas à serem discutidas em reunião.

Não houve denúncias para serem tratadas e não há nada que desabone o corpo clínico desta instituição.

A Comissão está passando por uma reestruturação e devido a desistência de dois membros, será realizada uma nova eleição para compor o grupo.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Redator: Comissão de Ética Médica

Assinaturas:

1. Dr. Anderson Veloso da Silva - CRM: 133.913 _____
2. Dr. Victor Hugo Parrilha Panont - CRM: 20.5226 _____
3. Dr. João Paulo Milesi Pimentel - CRM: 129.523 _____
4. Dr. Emilio Lopez Couto - CRM: 75.342 _____

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica – Maio 2023 | Comissão de Ética Médica | 10/05/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Tratativa de demandas e denúncias recebidas.

**PARTICIPANTES**

Dr. Anderson Veloso da Silva (Presidente) / Dr. Victor Panont (Diretor Técnico) /
Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Membro Efetivo) / Dr. Emilio Lopez Couto (Membro Efetivo)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Neste mês, esta Comissão não apresentou pauta nem demandas à serem discutidas em reunião.

Não houve denúncias para serem tratadas e não há nada que desabone o corpo clínico desta instituição.

A Comissão está passando por uma reestruturação e devido a desistência de dois membros, está em andamento uma nova eleição para compor o grupo.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Redator: Comissão de Ética Médica

Assinaturas:

1. Dr. Anderson Veloso da Silva - CRM: 133.913 _____
2. Dr. Victor Hugo Parrilha Panont - CRM: 20.5226 _____
3. Dr. João Paulo Milesi Pimentel - CRM: 129.523 _____
4. Dr. Emilio Lopez Couto - CRM: 75.342 _____

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica – Junho 2023 | Comissão de Ética Médica | 09/06/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Tratativa de demandas e denúncias recebidas.
-Eleição para nova formação da Comissão.

**PARTICIPANTES**

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) / Dr. João Paulo Milesi Pimentel (Membro Efetivo) / Dr. Anderson Veloso da Silva (Presidente) / Dr. Emilio Lopez Couto (Membro Efetivo)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Conclusão da nova eleição.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Andamento da nova eleição.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Neste mês está sendo finalizada a eleição para nova formação desta Comissão de Ética Médica, já ocorreram as votações, falta apenas a divulgação os eleitos entre os profissionais médicos que se candidataram e encaminhamento da documentação para o CREMESP.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Eleição para nova formação da Comissão | Junho | Comissão Eleitoral | Em andamento |
| Encaminhamento de documentação | Julho | Comissão Eleitoral | Pendente |

Redator: Comissão de Ética Médica

Assinaturas:

1. Dr. Victor Hugo Parrilha Panont - CRM: 20.5226 _____
2. Dr. João Paulo Milesi Pimentel - CRM: 129.523 _____
3. Dr. Anderson Veloso da Silva - CRM: 133.913 _____
4. Dr. Emilio Lopez Couto - CRM: 75.342 _____

Dr. Emilio Lopez Couto
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
e Médico Intensivista
CRM: 75342

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica – Julho 2023 | Comissão de Ética Médica | 10/07/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Finalização da eleição para nova formação da Comissão.

**PARTICIPANTES**

Dr. Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor Técnico) / Dr. Anderson Veloso da Silva (Presidente) / Dra. Luiza Lazzarreti (Comissão Eleitoral) / Bárbara Silvério (Contas Médicas) / Paulo Souza (Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Encaminhamento de documentação ao CREMESP.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Eleição da formação de um novo quadro de participantes da Comissão.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Neste mês foi finalizada a eleição da nova formação dos membros da Comissão de Ética Médica, sendo eleita a chapa dois, composto por:

- Dr. Christopher Guerra Moreno – CRM: 222.605
- Dr. Marcelo Silva Araújo – CRM: 167.781
- Dr. Luis Otavio Bossali Fredini – CRM: 222.885
- Dr. João Paulo Milesi Pimentel – CRM: 129.523
- Dr. Thomaz Braga Cegliaz – CRM: 126.085
- Dr. Fabio de Azevedo Gonçalves – CRM: 216.454.

A Diretoria Técnica em conjunto com a Comissão Eleitoral encaminhou ao setor da Qualidade, todos os documentos da eleição de 2023, sendo solicitada a tratativa de formalização da nova composição da Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Foi acordado entre os eleitos a realização de uma reunião no mês de Agosto para realizar uma votação de nomeação de cargos da Comissão e divulgação das atividades que serão tratadas nos encontros.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica – Julho 2023 | Bárbara Cristina Silvério | 22/08/2023 | 12h00 | 12h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

. Leitura das obrigações e Regimento Interno da Comissão de ética médica.

. Eleição dos cargos dos membros.

**PARTICIPANTES**

Dr. Marcelo Silva Araújo; Dr. Christopher Guerra Pieretti Moreno; Dr. Fábio de Azevedo Gonçalves; Dr. Thomaz Braga Ceglias e Bárbara Cristina Silvério (Analista de Contas Médicas).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Encaminhamento de documentação ao CREMESP.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Eleição dos cargos dos membros da Comissão.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Bárbara iniciou a reunião apresentando os documentos de regimento interno da Comissão de ética médica e obrigações a serem realizadas nos encontros mensais.

Dr. Thomaz completou explicando os objetivos da comissão, tais como:

- **Acompanhar a Ética Médica**: A comissão monitora e avalia o comportamento ético dos médicos, analisando denúncias de infrações éticas e conduzindo investigações quando necessário.
- **Orientar a equipe**: Ela oferece orientações e treinamentos aos médicos sobre os códigos de ética e conduta, auxiliando-os a compreenderem melhor suas responsabilidades éticas na prática clínica.
- **Analisar Casos Éticos:** A comissão analisa casos complexos e dilemas éticos que possam surgir na relação médico-paciente ou em outras áreas da medicina, oferecendo diretrizes e pareceres.
- **Garantir a Transparência:** A comissão ajuda a manter a transparência nas relações entre médicos, pacientes e instituições de saúde, contribuindo para a confiança no sistema de saúde.
- **Contribuir para a Melhoria da Prática Médica:** Ao assegurar o cumprimento dos padrões éticos, a comissão ajuda a melhorar a qualidade dos serviços médicos e a proteger os direitos dos pacientes.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica | Marcelo Silva Araújo | 24/10/2023 | 12h00 | 12h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

. Leitura e discussão do código de ética: Responsabilidade Profissional;

. Cronograma de reuniões.

**PARTICIPANTES**

Dr. Marcelo Silva Araújo; Dr. Christopher Guerra Pieretti Moreno; Dr. João Paulo Milesi Pimentel

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Encaminhamento de documentação ao CREMESP.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Eleição dos cargos dos membros da Comissão.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Marcelo inicia a reunião comentando que não tiveram nenhuma denúncia médica nos meses de Setembro e Outubro. Portanto neste encontro os membros discutiram sobre o capitulo III do código de ética médica, responsabilidade profissional com o objetivo de promover um ambiente de cuidados de saúde éticos, seguros e de alta qualidade, ao mesmo tempo em que fortalece a confiança do público e a cultura organizacional da instituição.

Dentre os artigos e parágrafos do código foram destacados:

**"Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, mesmo respaldadas por decisão majoritária da categoria".**

**Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.**

**Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.**

**Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.**

**Art. 11 Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em brancas folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos."**

Em discussão entre os membros, foi importante destacar os artigos acima, pois:

O Artigo 7º enfatiza que os médicos devem atender em situações de urgência e emergência, priorizando o bem-estar dos pacientes, independentemente de decisões da categoria.

O Artigo 8º assegura que os médicos não se afastem temporariamente de suas atividades profissionais sem nomear outro médico para cuidar de seus pacientes internados ou graves, garantindo continuidade nos

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica | Marcelo Silva Araújo | 28/11/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

. Discussão de Não conformidades – Equipe Médica Assistencial

**PARTICIPANTES**

Dr. Marcelo Silva Araújo; Dr. Christopher Guerra Pieretti Moreno; Dr. Fabio de Azevedo Gonçalves e Dr. Thomaz Braga Ceglias.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Orientação sobre o código de ética e Encaminhamento de documentação ao CREMESP.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Christopher inicia a reunião comentando sobre a realização da divulgação do código de ética o capitulo III – Responsabilidade Profissional aos plantonistas do hospital como forma de conscientização e informação. A divulgação foi realizada durante as visitas multiprofissionais durante a semana do dia 23 a 27 de outubro de 2023, sendo colhida assinatura dos orientados de ciência.

Marcelo divulga duas não conformidades relatadas por colaboradores da enfermagem contra a equipe médica assistencial e realiza a leitura para a discussão entre os membros presentes para conduzir a melhor conduta para cada caso.

**Conformidade I:** *"Cliente testou positivo para COVID, passo a informação para Dr. Responsável, pois cliente tem que ficar isolado, devido o setor ser aberto e poder disseminar o vírus para os outros pacientes, o mesmo não passou nenhuma conduta".*

**Conformidade II:** *"Cliente sacou a sonda nasoenteral no dia 12/11às 00:28, foi realizado nova passagem de sonda, solicitado ao Dr. Responsável por duas vezes a prescrição de RX de abdômen para verificação de posicionamento da SNE, o mesmo refere que iria prescrever no final do seu plantão, porém não foi prescrito, cliente segue em jejum por não fazer o RX e com sequentemente pela não liberação da dieta."*

Fabio, Thomaz e Christopher discutem que nos dois casos a conduta era de responsabilidade do médico plantonista assistencial, na conformidade I o mesmo teria que solicitar o isolamento para evitar a transmissão da doença infecção infecto contagiosa. Já na conformidade II, era de responsabilidade do médico assistente solicitar a radiografia para confirmar o posicionamento da sonda e subsequente a liberação de dieta enteral.

Thomaz comenta que em suas visitas multiprofissionais irá sempre abordar o assunto sobre as atribuições e responsabilidades respeitando as condutas éticas aos profissionais médicos.

Marcelo finaliza a reunião relatando que entrou em contato com a Qualidade sobre os documentos da nova formação da Comissão de ética médica e a mesma disse que encaminhou via e-mail ao Conselho Regional de

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Ética Médica | Marcelo Silva Araújo | 12/12/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

. Discussão de Não conformidades – Equipe Médica Assistencial;

. Código de Ética Médica: CAPÍTULO V - Relação com pacientes e familiares.

**PARTICIPANTES**

Dr. Marcelo Silva Araújo; Dr. Christopher Guerra Pieretti Moreno; Dr. Fabio de Azevedo Gonçalves e Dr. Thomaz Braga Ceglias.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve denúncias.

Marcelo inicia a reunião deste mês informando a divulgação do Código de Ética Médica: CAPÍTULO V - Relação com pacientes e familiares, visando orientar a conduta dos médicos, garantir a qualidade do atendimento médico e proteger os direitos e a dignidade dos pacientes. Isso contribui para a construção de uma prática médica ética e responsável.

Thomaz realiza a leitura do capitulo do código destacando os pontos:

*É vedado:*

*Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.*

*Art. 67 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.*

*Art. 71 - Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.*

Fabio comenta que esses artigos do Código de Ética Médica destacam a importância da comunicação transparente, do respeito à autonomia do paciente e da disponibilização de informações essenciais para a continuidade do cuidado médico. O cumprimento desses princípios contribui para uma prática médica ética e centrada no paciente.

Marcelo sugere um plano de ação de divulgarem o capitulo V – Relação com pacientes e familiares aos plantonistas do hospital como forma de conscientização e informação.

Thomaz realiza a leitura de uma não conformidade aberta pela equipe de enfermagem direcionada a equipe médica:

# ANEXO 8 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA | CÓDIGO: RI.CEM.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/11 |

## 1. OBJETIVO

**Disposição inicial**

A Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga tem como atividade Conforme a Resolução CFM Nº 2.152/2016 (publicada no DOU de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566), que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde:

Art. 1° A Comissão de Ética Médica do Hospital Municipal Guarapiranga doravante referida como CEM constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito do HUJB-UFCG.

Art. 2° A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva do Hospital Municipal Guarapiranga, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 3° Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

## 2. DAS FINALIDADES

Considerando a Resolução do CFM 2.152/2016 que regulamenta as Comissões de Ética Médica, a Diretoria da unidade HMG resolve aprovar o Regimento Interno da Comissão de Ética Médica que deverá obedecer às disposições contidas no Artigo 3º e suas Alíneas.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e, considerando a Lei nº 3268/57, referente à competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

# ANEXO 9 - ATAS DA COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPEUTICA

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão Farmacêutica Técnica | Aline Candido de Oliveira<br>Daniela Scavone de Souza | 31/01/2023 | 10h:30 min | 11h:30 min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Pendências da última reunião;
- Pacientes internados no período;
- Hemodiálises realizadas no período;
- Consumo de itens (Curva A);
- Medicamentos e Materiais Hospitalares sem giro de estoque (90 dias);
- Itens para a inclusão na padronização

**PARTICIPANTES**

Daniela (supervisora da Farmácia)/ Aline Candido (farmacêutica)/ Dr. Victor (diretor técnico)/ Vera (enferm. vigilância)/ Gisele (enferm. SCIH)/ Diego (coordenador da enfermagem)/ Rogério (adm. almoxarifado)/ Aline (compras)/ Anderson (coordenador da equipe multi)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Ações pendentes da última reunião:

- **Viabilidade do sistema SMPEP de identificar os dias de tratamento da Enoxaparina na prescrição médica, seguindo o protocolo de utilização de anticoagulantes –** Daniela informa que entrou em contato com o Glaydson que relatou que ainda está aguardando um retorno da Sede a respeito do assunto.

- **Estratégias para utilização da Heparina 1.000UI/mL sem movimentação de estoque no CAF / Reunião para alinhamento para a utilização do medicamento na hemodiálise -** Daniela sugeriu ao Dr. Victor e ao Diego o uso da Heparina 1000UI nos cateteres de hemodiálise para evitarmos a perda por validade desse item com vencimento em março/2023. Alinhar reunião para estratégias de prescrição da medicação para início da dispensação e consumo.

- **Análise da viabilidade de utilização do circuito adulto em silicone autoclavável disponível no Almoxarifado para utilização no CME –** Daniela informa que após reunião com Yuri e Anderson, foi evidenciado que o CME tem quantidade suficiente para a rotatividade do consumo atual. Em discussão na reunião com Dr. Victor e Anderson, fica acordado de mantermos o estoque de 30 unidades no Hospital, sendo uma unidade para cada leito de UTI, e o restante disponibilizar o material para Unidades do INTS ou parceiros, para possíveis permutas ou doação;

- **Reunião de alinhamento do protocolo de maceração de comprimidos e viabilização da compra dos maceradores de porcelana –** Daniela conversa com Diego a respeito da necessidade de escrever um protocolo de maceração de comprimidos, visto a quantidade de pacientes que temos no Hospital em uso de sonda.

| TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| | ALINE CANDIDO DE OLIVEIRA | 28/02/2023 | 13 horas | 14 horas |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Pacientes internados no período;
- Hemodiálises realizadas no período;
- Consumo de itens (Curva A);
- Medicamentos e materiais médico-hospitalares sem giro de estoque (últimos 90 dias);
- Itens para a inclusão na padronização.

## PARTICIPANTES

Daniela (supervisora da Farmácia)/ Aline Candido (farmacêutica)/ Dr. Victor (diretor técnico)/ Vera (enfermeira da vigilância epidemiológica)/ Gisele (enfermeira SCIH)/ Rogério (adm. almoxarifado)/ Aline (compras)/ Anderson (coordenador da equipe multi)

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações pendentes da última reunião:

- **Estratégias para utilização da Heparina 1.000UI/mL sem movimentação de estoque no CAF / Reunião para alinhamento para a utilização do medicamento na Hemodiálise:** Dr. Victor fará uma reunião para alinhar com a equipe médica a prescrição da Heparina 1.000UI/mL para pacientes que fazem hemodiálise para evitarmos a perda desse medicamento por validade no mês de abril/2023.

- **Análise da viabilidade de utilização do circuito adulto em silicone autoclavável disponível no almoxarifado para utilização no CME:** Daniela informou que está tentando a troca do item com outras Unidades e que solicitará ajuda à Bruna caso encontre dificuldade.

- **Reunião de alinhamento do protocolo de maceração de comprimidos e viabilização da compra dos maceradores de porcelana:** Os maceradores de porcelana já estão disponíveis no Almoxarifado e temos alguns setores fazendo o uso.

- **Orientação para a equipe médica a respeito da prescrição do medicamento Pantoprazol 20mg comprimido em substituição ao Omeprazol 40mg injetável em paciente com sonda:** Dr. Victor fará uma reunião com a equipe médica para sugestão de substituição do medicamento Omeprazol 40mg injetável pelo medicamento Pantoprazol 20mg comprimido.

| TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| | ALINE CANDIDO DE OLIVEIRA | 22/03/2023 | 13 horas | 14h e 10 min |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Pacientes internados no período;
- Hemodiálises realizadas no período;
- Consumo de itens (Curva A);
- Medicamentos e materiais médico-hospitalares sem giro de estoque (últimos 90 dias);
- Controle de dispensação de materiais;
- Pedidos de padronização do mês.

## PARTICIPANTES

Daniela (supervisora da Farmácia)/ Aline Candido (farmacêutica)/ Dr. Victor (diretor técnico)/ Diego (coordenador da enfermagem)/ Gisele (enfermeira SCIH)/ Yuri (adm. almoxarifado)/ Aline (compras)/ Anderson (coordenador da equipe multi) e Jamile (nutricionista)

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações pendentes da última reunião:

- **Reunião para alinhamento do fluxo de isolamento em pacientes admitidos no Hospital:** pauta ainda em discussão entre SCIH (Dr. Lucas e enfermeira Gisele), vigilância epidemiológica (enfermeira Vera) e coordenação de enfermagem (Diego);
- **Tentativa de troca do circuito adulto em silicone autoclavável (grande quantidade sem movimentação de estoque) com outras Unidades:** Dr. Victor sugeriu de verificarmos com a Bruna uma possível permuta com UPA Suzano;

Ações que foram executadas no último mês:

- A equipe médica aderiu à substituição da prescrição do Omeprazol injetável em pacientes com sonda nasoenteral pelo Pantoprazol 20mg comprimido;
- Foi elaborado pela equipe de Suprimentos um formulário interno de dispensação de materiais específicos para procedimentos quando há necessidade da utilização de mais de um item por paciente no mesmo dia (por exemplo, cateter venoso central) com o intuito de controlar de forma mais assertiva tanto o estoque do item como a sua utilização nos setores de internação. Além da elaboração do formulário, está sendo elaborado um POP e uma planilha controle a respeito desse controle de dispensação;

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | Aline Candido de Oliveira | 25/04/2023 | 13 horas | 14 horas |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da última reunião;
- Pacientes internados no período;
- Hemodiálises realizadas no período;
- Consumo de itens (Curva A);
- Medicamentos e materiais médico-hospitalares sem giro de estoque (últimos 90 dias);
- Pedidos de padronização do mês.

## PARTICIPANTES

Aline (farmacêutica), Daniela (supervisora da farmácia), Yuri (almoxarifado), Diego (coordenador da enfermagem), Anderson (coordenador da equipe multiprofissional), Rafaela (enfermeira SCIH) e Dr. Victor (diretor técnico).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações pendentes da última reunião:

- **Utilização de heparina na apresentação de 1000UI para os pacientes em hemodiálise:** foi realizada uma ação da equipe de farmácia em conjunto com a equipe médica e de enfermagem para utilização da heparina de 1000UI para os pacientes em hemodiálise, entretanto ainda restou um saldo de 266 ampolas no estoque com prazo de validade para 30/04/2023. Lembrando que esse medicamento foi recebido pelo Hospital Municipal Guarapiranga como doação e o descarte não trará impacto financeiro para o hospital;

- **Contato com a Coordenação de Farmácia da Sede para solicitar um retorno dos itens pendentes de autorização de padronização:** Daniela entrará em contato com a Coordenação de Farmácia da Sede para verificar o andamento dos processos dos itens que foram solicitados a padronização nos meses anteriores e realizar a solicitação do itens referente ao mês atual;

- **Acompanhamento dos itens que tiveram aumento de consumo no último mês (codeína solução oral, equipo de dieta para bomba, colchão caixa de ovo, máscara cirúrgica e suplemento oral):** em relação ao aumento do consumo de codeína solução oral e conforme discutido na última reunião da CFT (em 22/03/2023) ficou evidente que o aumento do consumo se deu por um caso pontual no mês passado.
  O aumento do consumo do colchão casca de ovo o Dr. Victor solicitou uma investigação para analisar o motivo do consumo desse material uma vez que o hospital esta fazendo a compra de unidades de colchões pneumáticos no intuito de reduzir o consumo do colchão casca de ovo.
  O aumento do consumo de máscara cirúrgica esta sendo verificado. Atualmente, de acordo com Yuri, temos um consumo médio de quatro caixas/dia na portaria que são distribuídas eventualmente para visitantes do hospital e estamos verificando junto ao SCIH a não obrigatoriedade do uso de máscaras cirúrgicas para funcionários dos setores administrativos do hospital.
  O aumento do consumo de equipo bomba para dieta e de suplemento oral serão verificados e analisados junto a equipe de nutrição.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | ALINE CANDIDO DE OLIVEIRA | 06/06/2023 | 13:30 | 14:30 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens (Curva A);
- Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês.

## PARTICIPANTES

Aline (Farmacêutica), Anderson (Coordenador da equipe multidisciplinar), Arilene (almoxarifado), Daniela (Supervisora Farmácia), Rafaela (Enfermeira SCIH), Vera (Enfermeira Vigilância Epidemiológica) e Yuri (Compras).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Ações pendentes da última reunião:

**- Contato com a coordenação de farmácia da Sede para solicitar um retorno dos itens pendentes de autorização de padronização:** Daniela entrou em contato com a coordenação de farmácia da Sede para tratar a respeito da padronização de alguns medicamentos em doses diferentes das que temos padronizadas no Hospital Municipal Guarapiranga. Dr. Victor entrou também em contato com Dr. Murilo e explicou a importância da padronização de medicamentos em doses diferentes para uma melhor adesão ao tratamento pelo paciente além do impacto financeiro para o hospital. Ainda no aguardo de uma devolutiva da Sede para padronização dos itens pendentes de avaliação.

**- Tentativa de troca/permuta com o HISA de Atracúrio 10mg/mL – 5mL ampola que está próximo ao vencimento (30/06/2023):** no momento todas as trocas/permutas estão suspensas de acordo com a Sede e o que justifica essa suspensão é o fato de cada unidade INTS ter um contrato diferente. Trocas/permuta entre unidades não INTS também estão suspensas.

**- Baixa no sistema dos itens papagaio de inox e biombo que constavam no estoque do Almoxarifado e já haviam sido dispensados para o CME e Patrimônio:** esses itens estavam com baixa pendente no SMPEP e o Yuri realizou a baixa.

**- Estudo a respeito do consumo de colchão caixa de ovo X colchão pneumático X fraldas:** ação ainda em estudo. No mês de maio recebemos 30 unidades do colchão pneumático e para o mês de junho conseguiremos um comparativo de aumento ou redução no consumo do colchão caixa de ovo.

**- Apresentação de gráfico de densidade dos 10 primeiros itens da Curva A e o ajuste da planilha de Curva A acrescentando uma coluna com o consumo/dia do item:** a criação dos gráficos foi realizada em parceria entre a Daniela e a Bárbara. Os dados com os 10 primeiros itens da Curva A foram apresentados conforme sugerido na reunião do mês de abril/2023. Também foi acrescentada a coluna com o consumo/dia de cada item conforme sugerido na reunião anterior.

**- Planilha com o consumo total dos itens por categoria (medicamentos, materiais hospitalares e dieta/suplementos) com histórico de um ano para o estudo de um plano de ação para alcançar a meta de consumo de até 400.000/mês:** planilha já desenvolvida pela Daniela e Aline e em parceria com a Bárbara.

**- Tabela/planilha dos itens de Curva A (20 itens) dos últimos 12 meses para análise:** planilha já desenvolvida pela Daniela e pela Aline.

**- Reunião para a discussão do fluxo de retirada de medicamentos não padronizados nas Unidades de Saúde:** Aline escreveu o POP de

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | ALINE CANDIDO DE OLIVEIRA | 04/07/2023 | 13:50 | 15:00 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens (Curva A);
- Hemodiálise x consumo de medicamentos e materiais hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês.

## PARTICIPANTES

Aline (Farmacêutica), Anderson (Coordenador da equipe multidisciplinar), Arilene (almoxarifado), Carmen (Diretora Enfermagem), Daniela (Coordenadora Farmácia), Daniele (Coordenadora Enfermagem), Diego (Coordenador Enfermagem), Jamile (Nutricionista), Dr. Lucas (Infectologista), Luciana (Farmacêutica), Pamela (estomoterapeuta), Dr. Victor (diretor), Vera (Enfermeira Vigilância Epidemiológica) e Yuri (Compras).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

**Pendências da última reunião:**

- **Solicitar um retorno da Coordenação de Farmácia da Sede dos itens pendentes de avaliação para a padronização na unidade** – em relação aos medicamentos solicitados para a padronização o Dr. Murilo (Sede) solicitou um estudo de valores (custo) dos itens para a unidade. Yuri ficou responsável de verificar os orçamentos dos medicamentos com os fornecedores e repassá-los para Daniela. A padronização dos materiais solicitados foi aprovada pela Julia.

- **Apresentar um gráfico relacionado ao consumo dos colchões piramidais após a substituição pelos pneumáticos** – Pamela apresentou o gráfico e como esperado, houve redução do consumo dos colchões piramidais após a substituição pelos colchões pneumáticos.

**Ações que foram geradas no último mês:**

- Foi apresentado o número de internações do período de 01/06/2023 à 30/06/2023 e o comparativo com os números de internações dos meses de maio/2023 e abril/2023. Em comparação com mês de maio tivemos uma pequena redução no número de internamento.

- Redução no número de sessões de hemodiálise no período de 01/06/2023 à 30/06/2023 em relação ao período de 01/05/2023 à 31/05/2023, entretanto o número de pacientes em hemodiálise se manteve constante em relação ao período anterior.

- Aumento no consumo de Heparina Sódica SC 5.000UI/0,25mL AMP 0,25mL SOL INJ e redução no consumo de ENOXAPARINA 40mg/0,4mL SER 0,4mL SOL INJ e Enoxaparina 60mg/0,6mL SER 0,6mL SOL INJ.

- Redução do consumo de Meropenem 1g PO SOLUÇÃO INJ e Piperacilina sódica 4g + Tazobactam 500mg PO SOL INJ em relação ao período anterior.

- Aumento significativo no consumo de Acetilcisteina 100mg/ml ampola 3ml, subentende-se que é devido a estação do ano.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | ALINE CANDIDO DE OLIVEIRA | 02/08/2023 | 14:10 hrs | 15:00 hrs |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens da Curva A;
- Hemodiálise x Consumo de Medicamentos e Materiais Hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês.

## PARTICIPANTES

Aline (Farmacêutica), Anderson (Coordenador da equipe multidisciplinar), Arilene (almoxarifado), Carmen (Diretora Enfermagem), Daniela (Coordenadora Farmácia), Daniele (Coordenadora Enfermagem), Diego (Coordenador Enfermagem), Jamile (Nutricionista), Luciana (Farmacêutica), Pamela (estomoterapeuta), Vera (Enfermeira Vigilância Epidemiológica) e Yuri (Compras).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

**Pendências da última reunião:**

- **Estudo de custo de medicamentos que foram solicitados padronização pela Sede –** pendente o orçamento de Propantelina. De acordo com Yuri o item não foi cotado. Aline sugeriu verificar em farmácias de manipulações que trabalham com manipulação para hospitais uma cotação;
- **Envio dos itens para autorização da padronização pela Sede –** os itens para padronização foram enviados para Sede e foram aprovados;
- **Incluir no gráfico de consumo dos itens por categoria a linha média de consumo –** Gráfico atualizado será incluído na próxima apresentação;
- **Comprar colchões pneumáticos para totalizar 100 unidades de estoque/uso no Hospital para atender 100% dos leitos de perfil de pacientes de longa permanência** - solicitação foi atendida e esta em processo de compras.

**Ações que foram geradas no último mês:**

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/07/2023 a 31/07/2023 e o comparativo com os meses de junho/2023 e maio/2023, com a evidência de que houve um aumento no número de internamento no período.
- Aumento no número de sessões de hemodiálise e de pacientes em hemodiálise no período de 01/07/2023 à 31/07/2023 em relação aos dois meses anteriores (junho e maio/23).
- Aumento no consumo de Soro FISIOLÓGICO 0,9% BOLS 100mL SOL INJ – de acordo com a enfermeira e estomaterapeuta Pamela, esse aumento se justifica pelo uso de Soro FISIOLÓGICO 0,9% BOLS 100mL SOL INJ no processo de limpeza/ lavagem das feridas dos pacientes.
- Aumento no consumo de Piperacilina sódica 4g + Tazobactam 500mg PO SOL INJ – o aumento do consumo em relação ao período de 01/06/2023 à 30/06/2023 foi superior a 50%. Daniela sugere aguardar o levantamento de dados da CCIH referente ao mês, para verificar o que pode ter ocasionado o aumento no consumo do item.

| TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | REDATOR: Marina Amâncio | DATA: 05/09/2023 | INÍCIO: 13:35h | TÉRMINO: 14:47h |
|---|---|---|---|---|

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens da Curva A;
- Hemodiálise x Consumo de Medicamentos e Materiais Hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês.

**PARTICIPANTES**

Marina (Farmacêutica), Arilene (almoxarifado), Daniela (Coordenadora Farmácia), Diego (Coordenador Enfermagem), Jamile (Supervisora de Nutrição), Vera (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Dr. Victor (diretor técnico), Dr. Lucas (Infectologista SCIH), Anderson (coordenador da equipe multi) e Robert (Coordenador de Contratos), Cristiane (enfermeira SCIH).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

**Pendências da última reunião:**

- **Estudo de custo de medicamentos que foram solicitados padronização pela Sede** – pendente o orçamento de Propantelina (medicamento manipulado). De acordo com Yuri o item não foi cotado. Daniela e Marina dará continuidade na cotação e estudo até a próxima semana.
- **Envio dos itens para autorização da padronização pela Sede** – os itens para padronização foram enviados para Sede e estamos aguardando a aprovação para cadastro dos itens na plataforma Síntese e posterior compra dos mesmos;
- **Incluir no gráfico de consumo dos itens por categoria a linha média de consumo** – Gráfico atualizado será incluído na próxima apresentação;
- **Comprar colchões pneumáticos para totalizar 100 unidades de estoque/uso no Hospital para atender 100% dos leitos de perfil de pacientes de longa permanência** - solicitação foi atendida e o item já está disponível no Almoxarifado para a retirada pela equipe assistencial.

**Ações que foram geradas no último mês:**

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/08/2023 a 31/08/2023 e o comparativo com os meses de junho/2023 e julho/2023, com a evidência de que se manteve o número de internamento no período.
- Aumento no número de sessões de hemodiálise e de pacientes elegíveis para realização de hemodiálise no período de 01/08/2023 à 31/08/2023 em relação aos dois meses anteriores (junho e julho/23).
- Aumento no consumo de Soro FISIOLÓGICO 0,9% BOLS 100mL SOL INJ – de acordo com o coordenador da enfermagem Diego, esse aumento se justifica pelo uso relacionado aos protocolos da enfermeira estomaterapeuta Pamela no processo de limpeza/ lavagem das feridas dos pacientes.

| TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | REDATOR: Marina Amâncio | DATA: 04/10/2023 | INÍCIO: 10:15h | TÉRMINO: 11:30h |
|---|---|---|---|---|

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens da Curva A;
- Hemodiálise x Consumo de Medicamentos e Materiais Hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês.

**PARTICIPANTES**

Marina (Farmacêutica), Daniela (Coordenadora Farmácia), Diego (Coordenador Enfermagem), Jamile (Supervisora de Nutrição), Vera (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Dr. Victor (Diretor Técnico), Anderson (Coordenador da Equipe Multi), Robert (Coordenador de Contratos), Cristiane (Enfermeira SCIH), Yuri (Compras), Daniele (Coordenadora de Enfermagem) e Pamela (Enf. Estomaterapeuta).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Pendências da última reunião:

- Estudo de custo de medicamentos que foram solicitados padronização pela Sede – Realizado;
- Envio dos itens para autorização da padronização pela Sede – Realizado;
- Incluir no gráfico de consumo dos itens por categoria a linha média de consumo – Realizado;
- Solicitar mais 30 unidades de colchões pneumáticos para totalizar 130 de estoque/uso no Hospital para atender 100% dos leitos de perfil de pacientes de longa permanência e pacientes críticos – Realizado.
- Levantamento dos itens sem consumo ou próximo do vencimento para trocas/ permutas com demais Unidades INTS - Itens foram levantados. Aguardando retorno das Unidades para possíveis trocas.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/09/2023 a 30/09/2023 e o comparativo com os meses de julho/2023 e agosto/2023, com a evidência de que se manteve o número de internamento no período.
- Aumento no consumo do antimicrobiano Polimixina B e Piperacilina sódica 4g + Tazobactam 500mg e diminuição de Meropenem 1g.
- Redução no consumo de ENOXAPARINA 60mg e aumento no consumo de Rivaroxabana 10mg comprimido sugere efetivo resultado na farmacoeconomia apresentado após ações entre equipe médica e de farmácia.
- Aumento no consumo de formula infantil com restrição de lactose e a base de aminoácidos.
- O consumo de materiais médico-hospitalares se manteve dentro da mesma faixa de valor, com pouca variação em relação aos meses anteriores (julho e agosto/2023).

- Houve um aumento de consumo de fraldas em um determinado plantão, mas entendemos que é justamente por conta de gerar um sub-estoque e manter os setores abastecidos que o plantão seguinte diminuiu o consumo.
- Foi apresentada a média de sessões de hemodiálise para o período de 01/09/2023 á 30/09/2023 e o comparativo com os meses anteriores (julho e agosto/2023) com a evidência de que se manteve a mesma quantidade.
- Consumo de medicamentos, materiais hospitalares, materiais de expediente, se manteve abaixo da rubrica e de forma linear relacionado aos meses anteriores (julho e agosto/2023).

| TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | REDATOR: Marina Amâncio | DATA: 08/11/2023 | INÍCIO: 11h | TÉRMINO: 12h |
|---|---|---|---|---|

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens da Curva A;
- Hemodiálise x Consumo de Medicamentos e Materiais Hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês.

## PARTICIPANTES

Marina (Farmacêutica), Daniela (Coordenadora Farmácia), Diego (Coordenador Enfermagem), Jamile (Supervisora de Nutrição), Vera (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Dr. Victor (Diretor Técnico), Anderson (Coordenador da Equipe Multidisciplinar), Yuri (Compras), Daniele (Coordenadora de Enfermagem), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Carmem (Gerência de Enfermagem) e Arilene (Almoxarifado).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

- Estudo de custo de medicamentos que foram solicitados padronização pela Sede – Realizado;
- Confirmar a quantidade de entrada dos colchões pneumáticos – Realizado.
  Realizada a entrada de 100 colchões pneumáticos, ficando pendente mais 30 unids para os pacientes críticos, conforme definido em reuniões anteriores.
- Acrescentar uma coluna com o consumo de Heparina SC com a quantidade dividida pela posologia prescrita – Realizado.
- Adicionar a informação de pacientes/dia ao lado do gráfico de consumo dos itens – Realizado.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/10/2023 a 31/10/2023 e o comparativo com os meses de agosto/2023 e setembro/2023, com a evidência de que teve um aumento do número de internamento no período.
- Consumo de materiais médico hospitalares, se manteve dentro da mesma faixa de valor, com pouca variação em relação aos meses anteriores (agosto e setembro/2023).
- Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/10/2023 à 31/10/2023, assim como a quantidade de pacientes eletivos para hemodiálise, e foi observado uma redução em comparação ao mês anterior, o que explica a redução de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise e filtro de linha.
- Consumo de medicamentos, materiais hospitalares, materiais de expediente, se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (agosto e setembro/2023).
- O aumento da utilização de soro 100mL foi proporcional ao aumento do número de pacientes/dia, além do aumento de pacientes que deram entrada no Hospital com feridas comunitárias.

| TIPO DE REUNIÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | REDATOR: Marina Amâncio | DATA: 06/12/2023 | INÍCIO: 13:50 | TÉRMINO: 14:55 |
|---|---|---|---|---|

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Pendências da Última Reunião;
- Pacientes Internados no Período;
- Consumo de Itens da Curva A;
- Hemodiálise x Consumo de Medicamentos e Materiais Hospitalares;
- Pedidos de Padronização do Mês.

## PARTICIPANTES

Marina (Farmacêutica), Daniela (Supervisora de Farmácia), Diego (Coordenador de Enfermagem), Jamile (Supervisora de Nutrição), Vera (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Dr. Victor (Diretor Técnico), Anderson (Coordenador da Equipe Multidisciplinar), Yuri (Comprador), Daniele (Coordenadora de Enfermagem), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Carmem (Gerente de Enfermagem), Arilene (Almoxarife), Dr. Lucas (Infectologista), Tamiris (Enf. Vig. Epidemiológica), Robert (Coord. de Contratos).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Pendências da última reunião:

- Incluir Ceftriaxona na planilha de consumo de antimicrobianos– Realizado;
- Efetuar compra dos 30 colchões pneumáticos faltantes para o setor de UTI- Realizado;.
- Apresentar para o Dr. Victor as opções no mercado de antitussígeno para solicitação da padronização em substituição à Codeína xarope– Realizado.
- Apresentação do consumo de papel sulfite por setor para melhor análise da movimentação do item– Realizado;
- Atualizar o cadastro da Ceftriaxona e restringir a via de administração da medicação para intravenosa-Realizado.

Ações que foram geradas no último mês:

- Foi apresentada a média de internações/dia para o período de 01/11/2023 a 30/11/2023 e o comparativo com os meses de setembro/2023 e outubro/2023, com a evidência de que teve uma redução do número de internamento no período.
- Consumo de materiais médico hospitalar, medicamentos, dietas e materiais de expediente diminuíram em relação aos meses anteriores (outubro e setembro/2023) devido a redução do número de internações no período.
- Foi apresentada a quantidade de sessões de hemodiálise para o período de 01/11/2023 à 30/11/2023, assim como a quantidade de pacientes eletivos para hemodiálise, e foi observada uma redução de aproximadamente 50% em comparação ao mês anterior, o que explica a redução no consumo de itens como CPHD, BIC, cateter de hemodiálise e filtro de linha.
- Consumo de medicamentos, materiais hospitalares, materiais de expediente, se manteve abaixo da rubrica e linear relacionado aos meses anteriores (outubro e setembro/2023).
- Foi apresentado o consumo dos antimicrobianos Ceftriaxona, Meropenem 1g e Piperacilina 4g+Tazobactam 500mg na Unidade desde Janeiro/23.
- Foi disponibilizado pela TI a prescrição médica de Hemodiálise para atendimento pelo Almoxarifado. O fluxo deve ser alinhado entre as equipes assistenciais.

# ANEXO 10 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA | CÓDIGO: RI.CFT.001 | REVISÃO: 00<br>PÁGINA: 1/8 |

## PREÂMBULO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga, tendo a responsabilidade de caráter regulatório, colegiada em atendimento ao Ministério da Saúde (2011) de natureza técnico científica, permanente que tem por finalidade assessorar o gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos visando o uso seguro e racional.

Para tanto, realiza como atividades principais a seleção de medicamentos da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração de guia farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio á assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras.

### ART. 1° - DOS OBJETIVOS

Conduzir técnica, política e administrativa de todo o processo de avaliação de incorporação de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde em parceria com o Instituto Nacional de Tecnologia.

- Desenvolvimento de políticas relacionadas à avaliação, seleção e uso racional de medicamentos;
- Apoiar processo de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos;
- Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional;
- Promover uso seguro e racional de medicamento, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/OPAS/ANVISA.

### ART. 2° - DAS ATRIBUIÇÕES

§1º - Selecionar, padronizar e promover o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital municipal Guarapiranga, através da elaboração do formulário terapêutico e protocolos de utilização de medicamentos.

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

# ANEXO 11 - ATAS DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE CCIH | VERA LUCIA DOS SANTOS | 27/01/2023 | 15:30hs | 16:45hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Reestruturação de serviços, retomada de fluxos, Isolamentos.

**PARTICIPANTES**

Simone Araújo (Diretora Geral) / Dr. Lucas Vieira (Médico Infectologista) / Dr. Victor Panont (Diretor Técnico) / Dr. André Panont (Coordenador Médico) / Gisele Oliveira (Enf.de SCIH) / Vera Lúcia (Enf. Vig. Epidemiológica) / Patrícia Prado (Gerente de Enfermagem) / Shirlei Silva e Diego Borges (Coordenadores de Enfermagem) / Jamile Reis (RT Nutrição) / Anderson Oliveira (Coordenador Multi) / Thomas Payne (Encarregado Adm) / Ana Patrícia Palma (Gerente Adm) / Gleydson Vieira (Sup. De Qualidade) / Bruno Alves (Eng. Seg. do Trabalho) / Denis Vieira (Enf. Seg. do Paciente) / Aline Oliveira (Farmacêutica).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Dr. Lucas Infectologista inicia a reunião explanando sobre a reestruturação de serviços e retomada de fluxos.

O controle de infecção para funcionar ele precisa da ajuda de todas as áreas (farmácia, nutrição, equipe multi, laboratório).

Um ponto a ser desenvolvido é a questão dos isolamentos. Temos 186 leitos no hospital, desses temos aproximadamente de 35 a 40 pacientes isolados, (paciente com alguma doença infectocontagiosa ou por multi bactérias resistentes - MRD).

Dr. Lucas realizou uma pequena introdução sobre os tipos de isolamentos (contato, padrão, aerossóis, gotículas), foi exposta a dificuldade de quartos para isolamentos de aerossóis. Gisele enf. SCIH orientou sobre fluxo de isolamentos e que já está em aprovação o fluxograma oficial para isolamento dos pacientes (isolamento de vigilância) na entrada do paciente pelo NIR.

Foi realizado no dia 12/01/2023 uma ação de controle de surto de KPC na UTI (Beija Flor), foi uma força tarefa onde contou com a ajuda (Enfermagem, Fisioterapeuta, equipe de higiene e SCIH).

Controle de água, será realizada uma contra prova para avaliação dos pontos alterados.

Dr. Lucas informou sobre ESBL não ser mais necessário isolamento.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| CCIH- COMISSÃO | Ingryd Lopes | 23/02/2023 | 16:00h | 17:00h |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Composição da CCIH -2023
- Indicadores
- Ações do SCIH.
- Campanha higiene de mãos/2023
- Ação da CCIH – Fevereiro 2023

## PARTICIPANTES

Victor Hugo (Diretor clinico), Thomas Payne (Hotelaria), Paulo Rodrigo (Qualidade), Denis (Segurança do paciente), Juliana (Eng. Clinica), Daniela (Coord.farmacia), Bruno Freitas (Eng. Trabalho), Ingryd (Adm. CCIH), Gisele (Enf. CCIH), Lucas (Infectologista)

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- Dr. Lucas (infectologista), deu inicio a reunião apresentando os novos integrantes na comissão da CCIH
- Dando continuidade em indicadores- taxa global JANEIRO 2023
- No mês de dezembro/2022 foi de 3,40%, sendo cinco IRAS notificadas na UTI beija flor: 05 IPCS-CVC, 01 clinicamente confirmada.
- A densidade global de IRAS no HMG (7,24 / 1.000 PACIENTE DIA)
- A taxa global no mês de janeiro permaneceu em 3,40% (não aumentando os casos de infecções)
- Em Janeiro, cinco IRAS foram notificadas na UTI Beija-Flor: 05 IPCS-CVC, 01 clinicamente confirmada.

**TAXA GLOBAL DE USO DO ÁLCOOL GEL - JANEIRO 2023**

No mês de **Dezembro** foram utilizados **54,25 mL** de álcool em gel por paciente dia em todo o HMG. No mês de **Janeiro** foram utilizados **26,38 mL** de álcool em gel por paciente dia em todo o HMG. UTI Beija Flor 33,00 mL de álcool em gel por paciente dia – Dezembro UTI Beija Flor 36,10 mL de álcool em gel por paciente dia – Janeiro OMS = 20 mL /paciente dia.

Tivemos também taxa global de uso de sabão-JANEIRO/2023 e o comparativo de consumo de antibióticos, tendo o aumento de piperacilina sódica 4g + tazobactam 500mg, vancomicina cloridrato 500mg, menoperem 1g po solução.

DDD- DEZEMBRO / JANEIRO.

- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

**Dezembro**
01 Notificação – Tuberculose Pulmonar

**Janeiro**
04 Notificações
01 Sífilis
01 HIV / AIDS
02 Hepatites B

- Ação da CCIH – Fevereiro 2023
- Participamos da primeira reunião da comissão de pérfuro cortante do HMG
- Auditoria no laboratório Biomega para checagem de descarte de resíduos junto com a comissão de PGRSS
- Auditoria na UTI junto com a supervisora de enfermagem Thamara Derencio

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| CCIH- COMISSÃO | Ingryd Lopes | 31/03/2023 | 16:00h | 17:00h |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Comparativos – Janeiro/ Fevereiro
- Indicadores
- Notificações de IRAS
- Uso de sabonete e álcool em gel
- Ações diárias SCIH
- Hemodiálise/Osmose

**PARTICIPANTES**

Victor Hugo (Diretor clinico), Thomas Payne (Hotelaria, Daniela (Coord.farmacia), Bruno Freitas (Eng. Trabalho), Ingryd (Adm. CCIH), Gisele (Enf. CCIH), Lucas (Infectologista) Vera Lucia (Enf. Vigilância).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- Gisele (Enf. CCIH), deu inicio a reunião apresentando os INDICADORES
- Dando continuidade em comparativo dos meses janeiro/favereiro
- A taxa global no mês de janeiro permaneceu em 3,40% (não aumentando os casos de infecções)
- Em Janeiro, cinco IRAS foram notificadas na UTI Beija-Flor: 05 IPCS-CVC, 01 clinicamente confirmada.

**TAXA GLOBAL DE USO DO ÁLCOOL GEL - JANEIRO 2023**

Tivemos também taxa global de uso de sabão-JANEIRO/2023 e o comparativo de consumo de antibióticos, tendo o aumento de piperacilina sódica 4g + tazobactam 500mg, vancomicina cloridrato 500mg, menoperem 1g po solução.

**CATETERES**

Todos os pacientes que mantém cateteres invasivos para administração de medicamentos entre outros, **são acompanhados diariamente pela SCIH**.

A taxa de infecção associada a corrente sanguínea em fevereiro foi de 0,58% o que denota a qualidade da assistência prestada na UTI, quando comparamos com o mês de Janeiro, que tivemos uma taxa de IRAS de corrente sanguínea de 3,94%

**Janeiro**
04 Notificações
01 Sífilis
01 HIV / AIDS
02 Hepatites B

Coleta/osmose está agendada para ocorrer dia: 03/04/2023

- Participamos da primeira reunião da comissão de pérfuro cortante do HMG
- Auditoria no laboratório Biomega para checagem de descarte de resíduos junto com a comissão de PGRSS
- Auditoria na UTI junto com a supervisora de enfermagem Thamara Derencio
- Regulamentação de pias hospitalares que precisam existir na uti- beija flor

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de CCIH | Vera Lúcia | 03/05/2023 | 13:00hs | 14:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Composição da CCIH
- Indicadores
- Implantações do SCIH
- Vigilância Epidemiológica

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica),Victor Hugo Parrilha (Diretor Clínico), André Luiz Parrilha (coordenador médico), Carmen Souza (gerente de enfermagem), Diego Melo (gerente de enfermagem) , Rafaela Gonzaga (enfermeira SCIH), Lucas Teixeira (infectologista), Thomas Peter (hotelaria), Daniela Scavone (coordenadora farmácia)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

A Enfª Rafaela começou a reunião apresentando a nova formação da comissão da SCIH, onde ela é a nova integrante como enfermeira da CCIH.

Apresentou os indicadores das infecções de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central que foram três (3).

Apresentou os gráficos de densidade de infecção, onde demonstra um aumento de 0,37 em relação ao mês de fevereiro.

Foi apresentada também a taxa de infecção geral do hospital que está em 2,21 e teve um aumento significativo, tendo em vista que no mês de fevereiro a taxa era 0,86.

A partir desse ponto evidenciou-se a necessidade de um plano de ação para que obtenhamos um dado fidedigno, já que a diferença entre os meses é tão discrepante e a coleta dos dados não foi efetiva.

Rafaela fez apontamentos sobre algumas inconsistências do hospital e trouxe uma sugestão de melhoria para tais.

Os apontamentos foram:

- **Inconsistências nos setores:** Pontuou-se, inconsistências comportamentais, estruturais e organizacionais em alas como UTI Beija- flor por exemplo, e trouxe como sugestão um cronograma de visita técnica que visa apontar onde estão os problemas (de acordo com os critérios da ANVISA) e designar as áreas responsáveis para que seja feita uma melhoria destes pontos. O cronograma de visita técnica, consiste em uma planilha com a criticidade de cada setor (Critico, semi- critico e não critico), mês de realização da mesma e o status da visita (Concluído, em andamento, não iniciado ou não se aplica). Drº Victor questionou de onde foi retirada a avaliação da criticidade do setor e Enfº Diego respondeu que de acordo com a RDC 50 os setores críticos são aqueles onde existem um risco aumentado de transmissão de infecção.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de CCIH | Ingryd Lopes | 29/05/2023 | 15:00H | 16:00H |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Composição dos membros da CCIH
-Indicadores
-Ações do CCIH
-Vigilância Epidemiológica

**PARTICIPANTES**

Diretor Clinico Dr.Victor - Enfermeira CCIH Rafaela - Enfermeira Vigilância Vera- Infectologista Dr Lucas
Gerente Enfermagem Carmen - Coordenador Enfermagem Diego - Coordenadora Farmácia Daniela- Coordenadora Enf.- Daniela

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Enf. Rafaela deu inicio a reunião de comissão (scih) apresentando as IRAS retroativas (ABRIL), sendo:

IPCS X CVC

- 1 colibri
- 2 na UTI

PAVM

- 2 na UTI

Tivemos uma alta taxa de infecção na UTI – BEIJA FLOR no mês de abril (essa taxa é ressaltada nos gráficos apresentados conforme os números gerados de indicadores), a aderência do treinamento de lavagem de mãos não foi eficaz, sendo assim, iremos repetir esses treinamento de uma forma diferente para termos mais adesão entre os colaboradores.

Ações para melhoria das infecções: Implantação dos Bundles, ação 0 adornos e novo treinamento de higienização das mãos.

Ações para melhoria: Implantação de Bundles, ação 0 adornos e treinamento de higienização de mãos.

Consumo de Álcool em gel na UTI teve uma queda de 1% de uso para cada paciente, sendo o mínimo 20ml para cada paciente, esse erro ocorreu devido a contagem errada da empresa terceirizada (Antomari), mas já foi feita a resolução de contagem, para o próximo mês estar de acordo com o que é pedido e estipulado. Consumo de álcool nas enfermarias está sendo correspondido conforme o esperado, sendo a Canarinho a destacada em consumo (retroativo).

Ações para aumento do consumo: Mudança na coleta de dados, implantação do guardião, auditoria de higienização via forms, orientação imediata aos colaboradores e exposição dos indicadores no setor.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de CCIH | Vera Lúcia | 30/06/2023 | 15:00h | 16:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Composição da CCIH
- Indicadores
- IRAS

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Carmen Souza (gerente de enfermagem), Lucas Teixeira (infectologista), Thomas Peter (hotelaria), Daniela Scavone (coordenadora farmácia), Diego Borges (coord.enfermagem), Daniele de Melo (coord.enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Vera começou a reunião informando sobre o desligamento da enfermeira da CCih Rafaela.

Dr. Lucas começou a reunião apresentando os indicadores em forma de gráficos.

Demonstrou que houve uma pequena queda de infecção do hospital geral em relação ao mês anterior que foi em abril 5,26 e maio 5,04.

Densidade de Incidência em abril foi 0,99 e maio 1,15

Taxa de letalidade associada a IRAS abril 75,00 e maio 40,00

Densidade de PAV em abril foi de 11,17 (02 infecções). Não apresentamos nenhuma infecção por PAV em maio.

Densidade de Incidência de IPCS associadas a cateteres venosos centrais: abril 7,25 e maio 12,66.

Carmen fez a observação sobre a efetividade da higienização das mãos e sobre o acompanhamento dos bundles.

Relatou que não teve nenhuma infecção de ITU associada a sonda vesical de demora.

Percentual de contaminação em uroculturas: abril 6,15 - maio 3,45

Percentuais de positividade em hemoculturas: abril 30,60 - maio 35,21

Percentuais de contaminação em hemoculturas: abril 16,38 - maio 21,35

Apresentou taxas exclusivas da UTI como o Dr. Victor havia solicitado na comissão anterior, que foi:

Taxa de Infecção Hospitalar UTI: abril 4,26 - maio 4,76

Densidade de Incidência global - UTI Geral : abril 6,86 - maio 8,64

Densidade de IPCS associadas à cateteres venosos centrais na UTI: abril 17,54 - maio 28,09

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de CCIH | Vera Lúcia | 26/07/2023 | 10:00h | 11:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Indicadores
- IRAS

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Lucas Teixeira (infectologista), Diego Borges (coord.enfermagem), Daniele de Melo (coord.enfermagem)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Dr. Lucas começou a reunião apresentando os indicadores em forma de gráficos.

Apresentou o número total de IRAS no hospital geral de janeiro a junho: Janeiro 4 - Fevereiro 1 - Março 3 - Abril 5 - Maio 6 Junho 1.

Densidade de Incidência em maio foi 1,15 e junho 0,20

Taxa de letalidade associada a IRAS em maio 40,00 e junho 0,0

Densidade de PAV não teve em maio e junho.

Densidade de Incidência de IPCS associados à cateteres venosos centrais: maio 12,66 e junho 2,14.

Relatou que não teve nenhuma infecção de ITU associada a sonda vesical de demora.

Percentual de contaminação em uroculturas: maio 3,45 - junho 2,27

Percentuais de positividade e de contaminação em hemoculturas: maio 35,21 - junho 22,63

DDD (Dose Diária Definida) do hospital geral:
Amicacina 500mg - maio 14,97 junho 11,09
Meropenen 1g - maio 15,78 junho 12,44
Ceftriaxona1g - maio 50,97 junho 48,01
Tazobactam 4,5 grs maio30,06 junho 14,02
Polimixina B 500.000 ui maio maio 2,62 junho 2,49
Vancomicina 500 mg maio 15,48 junho 5,99

REFERENCIA MÊS DE JUNHO:
Apresentou taxas da UTI e da enfermaria colibri.

Taxa de Infecção Hospitalar UTI: maio 4,76 - junho 1,06

Densidade de Incidência global - UTI Geral : 7,35

Densidade de IPCS associadas à cateteres venosos centrais na UTI: 2,14

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de CCIH | Ingryd Lopes | 30/08/2023 | 10:00h | 11:00h |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Indicadores
- Iras (Fechamento)

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Carmen Souza (gerente de enfermagem), Diego Melo (gerente de enfermagem) , Cristiane Moura (enfermeira SCIH), Lucas Teixeira (infectologista), Daniele Martolano (Coord. Enfermagem), Vanessa (Enf. Seg. Paciente)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

O Infectologista Lucas apresentou os indicadores das infecções de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

Apresentou os gráficos de densidade de infecção, onde demonstra um aumento de 0,37 em relação ao mês de Julho.

Foi apresentada também a taxa de infecção geral do hospital que está em 2,21 e teve um aumento significativo, tendo em vista que no mês de Julho a taxa era 0,86.

A partir desse ponto evidenciou-se a necessidade de um plano de ação para que obtenhamos um dado fidedigno, já que a diferença entre os meses é tão discrepante e a coleta dos dados não foi efetiva.

- **Inconsistências nos setores:** Pontuou-se, inconsistências comportamentais, estruturais e organizacionais em alas como UTI Beija- flor por exemplo, e trouxe como sugestão um cronograma de visita técnica que visa apontar onde estão os problemas (de acordo com os critérios da ANVISA) e designar as áreas responsáveis para que seja feita uma melhoria destes pontos. O cronograma de visita técnica, consiste em uma planilha com a criticidade de cada setor (Critico, semi- critico e não critico), mês de realização da mesma e o status da visita (Concluído, em andamento, não iniciado ou não se aplica).

- **Déficit na coleta de dados:** Pontuou - se a confiabilidade na coleta dos dados de dispositivos/dia das unidades onde o dado coletado não é 100% real, tendo em vista que para o SCIH **1 dispositivo = um paciente dia**. Sugeriu-se que fosse realizado o preenchimento de um formulário que consiste em quantificar o nº de dispositivo e o nº de pacientes/dia por cada unidade.

- **Baixa adesão de Higienização das Mãos:** Foi pontuada a baixa adesão dos profissionais a higiene das mãos e sugeriu - se que fosse implantada uma auditoria de higienização das mãos efetivando o serviço, mesmo com essa auditoria já implantada, ainda temos dificuldade na adesão de profissionais lavando as mãos.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de CCIH | Ingryd Lopes | 05/10/2023 | 10:00h | 11:00h |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Treinamento sepse

Treinamento precaução de Isolamentos

Relatório de visita técnica

Preenchimento dos dispositivos

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Carmen Souza (gerente de enfermagem), Diego Melo (gerente de enfermagem) , Cristiane Moura (enfermeira SCIH), Daniele Martolano (Coord. Enfermagem), Daniela (Farmácia), Andrea Nagata (Supervisora Enf.), Milene (Supervisora Enf.), Vera Lucia (Enf. Vigilancia), Ingryd Lopes (Adm. Scih/Vig)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Tivemos o total de 263 colaboradores presentes no treinamento de rota sepse, foi um quadro positivo em relação ao quantitativo e também as taxas.

Visitas técnicas nos setores feitas pela equipe SCIH conforme o cronograma estabelecido, em elaboração de relatórios para unidades com as não-conformidades e plano de ação.

Treinamento de precaução de isolamentos agendado para os dias 16 e 17 de Outubro.

Relatório de visitas da Vigilancia Abril/2023 (próxima visita 16/10/2023 – Dra. Kathia) Implantação do quartenario de Amonia com sucesso, treinamento feito sobre o mesmo e adesão da equipe quanto ao uso.

Treinamento da equipe assistencial para implantação dos conectores valvulados sistema fechado e também o preenchimento dos dispositivos nas unidades para a elaboração dos indicadores ao final de cada mês.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Treinamento de Sepse | Setembro | Enfermeira CCIH | Concluído |
| Quarterio de Amonia | Setembro | CCIH/ENFERMAGEM | Concluído |
| | | | |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de CCIH | Ingryd Lopes | 17/11/2023 | 10:00h | 11:00h |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Treinamento sepse
-Treinamento precaução de Isolamentos
-Relatório de visita técnica
-Preenchimento dos dispositivos

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Tamiris Demichili (Enfermeira SCIH), Victor Hugo (Diretor), Pamela (Enf. Estomaterapeuta), Vera Lucia (Enf. Vigilância), Ingryd Lopes (Adm. Scih/Vig), Fabio Bueno (Sup. Enfermagem), Vanessa (Enf. Seg. Paciente).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

A reunião que acontece em novembro é referente ao mês de setembro com alguns dados de outubro (não todos). O Dr. Lucas (infecto) não cumpriu com as datas, então por isso que a ata está descrito as coisas de setembro/outubro. Mesmo essa reunião acontecendo no mês de novembro/2023.

Tivemos o total de 263 colaboradores presentes no treinamento de rota sepse, foi um quadro positivo em relação ao quantitativo e também as taxas.

Visitas técnicas nos setores feitas pela equipe SCIH conforme o cronograma estabelecido, em elaboração de relatórios para unidades com as não-conformidades e plano de ação.

Treinamento de precaução de isolamentos agendado para os dias 16 e 17 de Outubro.

Relatório de visitas da Vigilância Abril/2023 (próxima visita 16/10/2023 – Dra. Kathia)

Implantação do Quaternário de Amônia com sucesso, treinamento feito sobre o mesmo e adesão da equipe quanto ao uso.

Treinamento da equipe assistencial para implantação dos conectores valvulados sistema fechado e também o preenchimento dos dispositivos nas unidades para a elaboração dos indicadores ao final de cada mês.

ANALISANDO AS CULTURAS MENSAIS, SEGUEM AS TAXAS DE INFECÇÃO DO HOSPITAL/UTI:

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de CCIH | Ingryd Lopes | 27/11/2023 | 10:00h | 11:00h |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Plano de ação SCIH/2024

Treinamento sepse

Treinamento precaução de Isolamentos

Relatório de visita técnica

Preenchimento dos dispositivos

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Tamiris Demichili(enfermeira SCIH), Victor Hugo (Diretor), Pamela (Enf. Estomaterapeuta) Vera Lucia (Enf. Vigilancia), Ingryd Lopes (Adm. Scih/Vig), Rayane (Farmaceutica),Marina (Farmaceutica), Vanessa (Enf. Seg. Paciente), Lucas (Infectologista), Diego (Coord. Enf.), Carmen (Gerente Enf.), Michael (Encarregado Adm.), Thiago (Enf. Nep).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

COMISSÃO REFERENTE AOS DADOS 100% DE OUTUBRO/2023

Nessa comissão foi discutido e apresentado o plano de trabalho, este documento detalha as metas, objetivos e estratégias que serão implementadas para atender às necessidades dos pacientes, melhorar a gestão hospitalar e promover um ambiente seguro e eficaz, com as áreas solicitadas para o auxílio das demandas. Alinhamos com os responsáveis (Enf. NEP e T.i) os pontos pertinentes citados no plano de ação. Foi apresentado o consumo de álcool e a disposição dos dispensers na nova estrutura da UTI.

A comissão entrou em um acordo que os integrantes irão atuar ativamente na orientação direta ao paciente sobre a importância da lavagem das mãos.

**Percentual de adesão ao Bundle de inserção - IOT / TQT - Hospital Geral**

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| CCIH | Tamiris | 11/12/2023 | 10:30h | 11:30h |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação dos indicares de IRAS (infecções relacionadas à assistência à Saúde)
- Discussão sobre índice de contaminação das Hemoculturas
- Divergência nas informações sobre dispositivos dispensados x bundles abertos
- Necessidade de revisão do P.O.P sobre cultura de vigilância - PR.SCIH.011

**PARTICIPANTES**

Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Tamiris Michele Demichili (Enfermeira SCIH), Victor Hugo Parrilha Panont (Diretor), Pamela Viana Domingues (Enf. Estomaterapeuta), Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo (Enf. Vigilância), Carmen Isabel Domingues de Souza (Gerente de Enfermagem), Vanessa Vieira Alves (Enf. Seg. Paciente) Lucas Teixeira Vieira (Coordenador do SCIH), Daniela Scavone (Supervisora de Farmácia)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

A reunião teve início com Lucas apresentando os indicadores referentes ao mês de novembro/2023. Ele destacou a atenção necessária para as Infecções Primárias de Corrente Sanguínea, totalizando 5 casos, sendo 3 na UTI e 2 na enfermaria Colibri. Nesse contexto, iniciou-se a discussão para a melhoria dos indicadores.

Tamiris ressaltou a necessidade de orientar os pacientes portadores de cateteres centrais sobre a importância da higienização das mãos e medidas assépticas para a manipulação dos cateteres. Anderson contribuiu sugerindo a coleta de hemoculturas na admissão de pacientes com cateteres centrais. Dr. Vitor e Lucas concordaram com a inclusão desse item no POP de Cultura de Vigilância, e ficou acordado que Tamiris iria atualizar o documento com essas informações.

Durante a apresentação, observou-se um índice elevado de hemoculturas sugestivas de contaminação, levando à discussão sobre a necessidade de realizar treinamentos à beira do leito com validação dos enfermeiros coletadores. Carmen mencionou a importância da presença do NEP (Núcleo de Educação Permanente) e NSP (Núcleo de Segurança do Paciente) na comissão para a construção conjunta de medidas para a melhoria dos indicadores, sendo a sugestão acatada por todos os presentes.

Carmen também abordou sobre a necessidade de uma planilha de número de dispositivo dia para o monitoramento de dispositivos pelo SCIH. Lucas mencionou a dificuldade de obter dados fidedignos para a construção de indicadores dos Bundles, devido a um gap nos relatórios de saídas de dispositivos como SVD, Tubo Orotraqueal e cateteres centrais. Daniele explicou que esse gap pode ocorrer devido a rotinas, como devoluções, e a discussão foi encerrada com a demanda de corrigir esses gaps para garantir a confiabilidade na extração de relatórios de consumo desses itens.

# ANEXO 12 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH | CÓDIGO: RI.CCIH.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/10 |

## 1. OBJETIVO

**Disposição inicial**

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão de assessoria da Direção do corpo clínico e tem por finalidade a definição de ações que visem o controle e a prevenção das infecções hospitalares. Conta para tanto, com a atuação dos membros executores e consultores que estão subordinados à mesma Direção e que têm por finalidade garantir o desenvolvimento das ações programadas de controle das infecções hospitalares.

## 2. APLICAÇÃO

O controle das infecções hospitalares será feito através dos membros executores, conforme orientações da CCIH, de acordo com a Lei nº 9431, de 06.01.1997 e da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde.

## 3. DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

- CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- HMG: Hospital Municipal Guarapiranga

## 4. RESPONSABILIDADE

Da Comissão:

- Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle das infecções hospitalares;
- Aprovar o programa anual de trabalho dos membros executores;
- Sugerir prioridades de ação para o controle das infecções hospitalares;
- Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle das infecções hospitalares;
- Aprovar o programa anual de trabalho;
- Sugerir prioridades de ação para o controle das infecções hospitalares;
- Avaliar a efetividade do programa de controle de infecções hospitalares;

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 13 - ATAS DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 17 | Denis F. Vieira | 23/01/2023 | 15Hr | 16Hr |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Aprovação protocolo de transporte seguro intra-hospitalar de pacientes.
- Estipulado data de treinamento do protocolo de transporte seguro para Fev/2023.
- Implantação do protocolo de Bronco Aspiração para Fev/2023.
- Implantação do protocolo de restrição mecânica e seu fluxo.
- Apresentação do protocolo de Londres para com os gestores.
- Reformulação o processo de admissão dos pacientes e melhora na realização da anamnésia nos pacientes advindos de outras instituições admitidos no setor NIR aplicação para FEV/2023.
- Realização de auditoria em passagens de cateteres (SHILLEY, CVC). "Há definir"
- Fluxo dos pacientes em isolamento de vigilância.

**PARTICIPANTES**

Denis Vieira (Enfº. Seg. Paciente) / Drº. Emilio (Médico) Drº. Victor (Médico) / Kamila Sales (Anal.Quali) / Aline Oliveira "Respresentante" (Supervª. Farmácia) / Anderson Oliveira (Coordº. Mult) / Diego Melo (Coord. Enfermagem) / Shirlei Oliveira (Coord. Enfermagem) / Enfª. Gisele Oliveira (CCIH) / Enfª. Vera Macedo (Vig. Epidemiologica) / Thomas Payne (Enc. Admº) / Jamile Reis (Superv. Nutriª.).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Sem pendências.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Busca ativa Intersetorial, Aplicabilidade em loco junto aos colaboradores dos protocolos já implantados.
- **Registro de inconformidades:** Com um total parcial de 75 NC´s abertas, tendo como maior parte de abertura a referência sobre segurança em medicamentos (PRESCRIÇÃO / ADMINISTRAÇÃO).
- **Denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Inicia-se a reunião reforçando a importância dos membros da comissão de se prontificarem ativamente fazendo-se presentes nas reuniões mensais participando ativamente nos trabalhos para com a segurança do paciente orientando aos colaboradores quanto à abertura das notificações de não conformidades assistenciais e ou eventos adversos pela nova ferramenta via QR-code e o link na área de trabalho (COMPUTADORES), pontuando que os mesmos sejam mais ativos na realização das mesmas fomentando assim da cultura da segurança do paciente na instituição.

Durante a reunião foi elucidado para os integrantes mostrando-lhes a planilha das NC´s e as ocorrências mais acometidas por setor, evidenciando que neste mês o parcial de maior número de aberturas está sendo o de Segurança em medicamentos conforme demonstrado em planilha de Não Conformidades.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 18 | Denis F. Vieira | 27/02/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Gestão de leitos pela enfermagem.
- Efetuado o treinamento do protocolo de transporte seguro pela enfermagem e fisioterapia.
- Implantação do protocolo de Bronco Aspiração estendeu-se para MAR/2023.
- Realizado a implantação do protocolo de restrição mecânica e seu fluxo.
- Reformulação o processo de admissão dos pacientes e melhora na realização da anamnésia nos pacientesadvindos de outras instituições admitidos no setor NIR aplicação estendeu-se para MAR/2023.
- Realização de auditoria em passagens de cateteres (SHILLEY, CVC) para MAR/2023.
- Fluxo dos pacientes em isolamento de vigilância em andamento.

Criar time setorial para enfoque nas metas.

**PARTICIPANTES**

Denis Vieira (Enfº. Seg. Paciente) / Drº. Emilio (Médico) Drº. Victor (Médico) / Kamila Sales (Anal. Qualidade) / Daniela Scavone (Supervª. Farmácia) / Anderson Oliveira (Coordº. Mult) / Diego Melo (Coord. Enfermagem) / Shirlei Oliveira (Coord. Enfermagem) / Enfª. Gisele Oliveira (CCIH).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Sem pendências.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Busca ativa Intersetorial, Aplicabilidade em loco junto aos colaboradores dos protocolos já implantados.
- **Registro de inconformidades:** Com um total parcial de 57 NC´s abertas, tendo como maior parte deabertura a referência sobre comunicação efetiva.
- **Denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Inicia-se a reunião reforçando a importância dos membros da comissão de se prontificarem ativamente fazendo-se presentes nas reuniões mensais participando ativamente nos trabalhos para com a segurança do paciente orientando aos colaboradores quanto à abertura das notificações de não conformidades assistenciais eou eventos adversos pontuando que os mesmos sejam mais ativos na realização das mesmas fomentando assimda cultura da segurança do paciente na instituição.

Durante a reunião foi elucidado para os integrantes mostrando-lhes a planilha das NC´s e as ocorrências mais acometidas por setor em gráficos, evidenciando que neste mês o parcial de maior número de aberturas está sendo o de Comunicação Efetiva conforme demonstrado em planilha de Não Conformidades.

**Entre os assuntos discutidos nesta reunião, estão:**

- Realizar levantamento dos maiores números de NC's abertas por tipo e os três mais gerar plano de ação junto à equipe de multiplicadores.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 19 | Kamila Sales | 27/03/2023 | 15Hr | 16Hr |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Gestão de leitos pela enfermagem.
- Efetuado o treinamento do protocolo de transporte seguro pela enfermagem e fisioterapia.
- Implantação do protocolo de Bronco Aspiração estendeu-se para ABRIL/2023.
- Realizado a implantação do protocolo de restrição mecânica e seu fluxo.
- Realização treinamento das NC's.
- Realização de auditoria em passagens de cateteres (SHILLEY, CVC).
- Fluxo dos pacientes em isolamento de vigilância em andamento.
- Criar time setorial para enfoque nas metas.

**PARTICIPANTES**

Drº. Emilio Couto (Médico) /Drº. Victor Panont (Médico) / Gleydson Silva (Supervº. Qualidade)/Daniela Scavone (Supervª. Farmácia) / Anderson Oliveira (Coordº. Mult) / Diego Melo (Coord. Enfermagem) / Gisele Modesto (Enfª. SCIH) / Vera Macedo (Enfª Vig.) / Thomas Payne(Hotelaria )/Carmen Souza(Ger.Enfª)/ Kamila Sales (Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Sem pendências.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Busca ativa Intersetorial, Aplicabilidade em loco junto aos colaboradores dos protocolos já implantados.
- **Registro de inconformidades:** Com um total parcial de 95 NC´s abertas, tendo como maior parte de abertura a referência sobre comunicação efetiva.
- **Denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Inicia-se a reunião reforçando a importância dos membros da comissão de se prontificarem ativamente fazendo-se presentes nas reuniões mensais participando ativamente nos trabalhos para com a segurança do paciente orientando aos colaboradores quanto à abertura das notificações de não conformidades assistenciais e ou eventos adversos pontuando que os mesmos sejam mais ativos na realização das mesmas fomentando assim da cultura da segurança do paciente na instituição.
Durante a reunião foi elucidado para os integrantes mostrando-lhes a planilha das NC´s e as ocorrências mais acometidas por setor em gráficos, evidenciando que neste mês o parcial de maior número de aberturas está sendo o de **Comunicação Efetiva** conforme demonstrado em planilha de Não Conformidades.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 20 | Enfº. Denis Fernandes | 24/04/2023 | 15Hr | 16Hr |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Uso de privativo somente no setor de UTI em andamento.
- Implantação do protocolo de Bronco Aspiração estendeu-se para.
- Realização de treinamento das aberturas de NC's.
- Realização de auditoria em passagens de cateteres (SHILLEY, CVC).
- Fluxo dos pacientes em isolamento de vigilância em andamento.
- Mudança do local da OSMOSE data a definir pela diretoria.
- Realizado treinamento sobre o protocolo de QUEDA.

**PARTICIPANTES**

Drº. Victor Panont (Médico) / Daniela Scavone (Supervª. Farmácia) / Anderson Oliveira (Coordº. Mult) / Diego Melo (Coord. Enfermagem) / Rafaela Bezerra (Enfª. SCIH) / Thomas Payne(Hotelaria ) / (Kamila Sales (Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Sem pendências.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Busca ativa Intersetorial, Aplicabilidade em loco junto aos colaboradores dos protocolos já implantados.
- **Registro de inconformidades:** Com um total parcial de 47 NC´s abertas, tendo como maior parte de abertura a referência de LPP.
- **Denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Inicia-se a reunião reforçando a importância dos membros da comissão de se prontificarem ativamente fazendo-se presentes nas reuniões mensais participando ativamente nos trabalhos para com a segurança do paciente orientando aos colaboradores quanto à abertura das notificações de não conformidades assistenciais e ou eventos adversos pontuando que os mesmos sejam mais ativos na realização das mesmas fomentando assim da cultura da segurança do paciente na instituição.
Durante a reunião foi elucidado para os integrantes que as ocorrências mais acometidas por setor foram as de ocorrências de LPP, evidenciando que neste mês o parcial de maior número de aberturas está sendo o de **LPP** conforme demonstrado em planilha de Não Conformidades.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 21 | Enfº. Denis Fernandes | 22/05/2023 | 15Hr | 16Hr |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Segue aguardando a chegada e entrega de todos uniformes para que somente o uso de privativo seja para o setor de UTI.
- Implantação do protocolo de Bronco Aspiração em andamento junto a equipe de fisioterapia e equipe médica.
- Realizado pelo NSP e Qualidade o treinamento sobre as aberturas de NC's conforme protocolo institucional.
- Segue em pauta a realização de auditoria em passagens de cateteres (SHILLEY, CVC) pelo setor de SCIH.
- Realização de um fluxo para os pacientes em isolamento de vigilância.
- Realização da mudança da OSMOSE já autorizada pela diretoria.

**PARTICIPANTES**

Drº. Emilio Lopes (Médico) / Daniela Scavone (Supervª. Farmácia) / Anderson Oliveira (Coordº. Mult) / Carmen Souza (Ger. Enfermagem) / Thomas Payne(Hotelaria ) / (Kamila Sales (Qualidade) / Jamile Reis (Superv. Nutricionista).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Sem pendências.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Busca ativa Intersetorial e aplicabilidade em loco junto aos colaboradores dos fluxos de protocolos já implantados na instituição.
- **Registro de inconformidades:** Com um total parcial de 43 NC´s abertas, tendo como maior parte de suas abertura a referente à procedimentos.
- **Denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Inicia-se a reunião reforçando a importância dos membros da comissão de se prontificarem ativamente fazendo-se presentes nas reuniões mensais participando ativamente nos trabalhos para com a segurança do paciente orientando aos colaboradores quanto à abertura das notificações de não conformidades assistenciais e ou eventos adversos pontuando que os mesmos sejam mais ativos na realização das mesmas fomentando assim da cultura da segurança do paciente na instituição.

Durante a reunião foi elucidado para os integrantes que as ocorrências mais acometidas por setor foram até o momento as de ocorrências procedimentos, evidenciando que neste mês o parcial de maior número de aberturas está sendo ocasionadas pelas não conformidades referentes a procedimentos.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 22 | Kamila Sales | 26/06/2023 | 15Hr | 16Hr |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Segue aguardando a chegada e entrega de todos uniformes para que somente o uso de privativo seja para o setor de UTI.
- Implantação do protocolo de Bronco Aspiração em andamento junto a equipe de fisioterapia e equipe médica.
- Criação do plano de ação para NC que mais teve abertura.
- Realização da mudança da OSMOSE já autorizada pela diretoria.
- Realizados à aplicabilidade de formulário para avaliação cultural na instituição sobre segurança do paciente tendo como total de 104 formulários respondidos.

**PARTICIPANTES**

Daniela Scavone (Supervª. Farmácia) / Anderson Oliveira (Coordº. Mult) / Carmen Souza (Ger. Enfermagem) / Thomas Payne(Hotelaria ) / (Kamila Sales (Qualidade) / Diego Borges (Coordº. Enf.) /Vera Macedo Macedo (Enfª Vigilância)/Pamela Domingues (Enfª Estomaterapeuta) /Gleydson Vieira (Supervº Qualidade)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Uso de privativos somente no setor de UTI, implantação do protocolo de bronco aspiração, criação do plano de ação para NC que mais teve abertura e mudança do local da OSMOSE.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Realização de auditoria em passagens de cateteres (SHILLEY,CVC), fluxo dos pacientes em isolamento de vigilância e protocolo e fluxo da Rota SESPE.
- **Registro de inconformidades:** Não se aplica.
- **Denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Gleydson inicia reunião, explicando que no momento ele fará a reunião por conta que estamos em processo de contratação do novo enfermeiro de segurança do paciente. Foi apresentado o relatório pesquisa de cultura da segurança do paciente, esse relatório tem como objetivo trazer os resultados obtidos da pesquisa de avaliação da cultura de segurança do paciente realizada no Hospital Guarapiranga no ano de 2023, verificar os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaça, utilizando a ferramenta de análise estratégica Matriz SWOT, (ou FOFA), e criar ações de melhoria que serão implantadas na unidade voltadas à segurança do paciente após análise. Uma análise SWOT ajuda a identificar pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças de dado projeto ou do seu plano de negócios geral. Trata-se de uma ferramenta que pode ajudar as equipes a planejar de modo estratégico os processos que envolvem os diversos setores de um negócio.
A cultura organizacional faz referência a um conjunto de valores, normas e competências que influenciam o comportamento e ações de uma equipe em uma organização. Na Cultura de Segurança do Paciente (CSP), esse conjunto determina o comprometimento da equipe em priorizar a segurança do paciente nos serviços de saúde, encarando os erros, que antes eram utilizados para culpar e punir, como oportunidades de melhoria e aprendizado. Ao avaliar a CSP, consegue-se visualizar e mensurar condições do serviço de saúde que acarretam ou podem acarretar possíveis danos aos pacientes.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 23 | Kamila Sales | 31/07/2023 | 15Hr | 16Hr |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Implantação do protocolo de Bronco Aspiração em andamento junto a equipe de fisioterapia e equipe médica.
- Criação do plano de ação para NC que mais teve abertura.
- Realização da mudança da OSMOSE já autorizada pela diretoria.
- Uso de privativos somente no setor de UTI
- Uso de roupas dentro do hospital

**PARTICIPANTES**

Vanessa Vieira Alves (Enfª Segurança do Paciente) Daniela Scavone der Souza (Supervª. Farmácia) / Anderson Tomas de Oliveira (Coordº. Mult) / Carmen Souza (Ger. Enfermagem)/ (Kamila Sales (Qualidade) / Diego Borges de Melo (Coordº. Enf.) /Vera Lucia dos Santos Macedo (Enfª Vigilância) /Gleydson Vieira (Supervº Qualidade)/Daniele de Mello Martorano (Coordª. Enf)/Emilio Lopez Couto (Médico) Jamile Renta Oliveira dos Reis(Supervª. Nutrição)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Uso de privativos somente no setor de UTI, Criação do plano de ação para NC que mais teve abertura.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Implantação do protocolo de Bronco Aspiração, Mudança do local da OSMOSE.
- **Registro de inconformidades:** Não se aplica.
- **Denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Gleydson inicia reunião, falando na nova colaboradora Vanessa Vieira (enfermeira da segurança do paciente). Explicando a todos da comissão que a partir do mês de agosto ela será a presidente da comissão.
Explica sobre a estrutura do hospital para nova colaboradora, e como são feitas e analisadas as não conformidades.
É mostrado a comissão o gráfico das não conformidades, falando do aumento das aberturas das NC's que em junho foram 139 abertas, que a grande maioria foram de circunstância notificável. Evento Adverso com dano tivemos duas aberturas. Não tivemos nenhum evento de óbito.
Finalizamos o mês de junho com todas as NC's respondidas. Agradecendo a enfermagem pelo desempenho de ter respondido a maioria das NC's que os maiores números são da enfermagem.
Gleydson fala da mudança do formulário que melhorou os campos para que subam as NC's mais corretas e nas informações para que eles não coloquem qualquer coisa no formulário.
Ele comentou sobre subir imagens no formulário, mas temos receio do que receberemos. Mas seria uma ótima forma para evidenciar as NC's.
Sobre os protocolos de Londres foi respondido no tempo correto e encaminhado a SEDE.
Eles comentam que os dois protocolos Londres ocorridos em julho foram abertos por conta de queda, mas os pacientes estão estáveis.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 24 | Kamila Sales e Vanessa Vieira | 21/08/2023 | 15h00 | 16h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações :
- Uso de privativos somente no setor de UTI, Criação do plano de ação para NC que mais teve abertura, Protocolo de Sonda Nasoenteral.
- Alinhamento em Agosto,entre qualidade e estomoterapia, referente as Nc's/ LPP.

**PARTICIPANTES**

Vanessa Vieira Alves (Enfª Segurança do Paciente) Daniela Scavone der Souza (Supervª. Farmácia) / Anderson Tomas de Oliveira (Coordº. Mult) / Carmen Souza (Ger. Enfermagem)/ (Kamila Sales (Qualidade) /Daniele de Mello Martorano (Coordª. Enf), Enfª Pâmela Viana.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Enfª Vanessa inicia a reunião comentando sobre o início na presidência da Comissão de Segurança do Paciente, inicia mostrando o gráfico das não conformidades do mês de Julho, refiro a comentar das Ncs, associadas as metas acometidas no referido Mês, com grande prevalência de LPP, onde a Enfª Pâmela relata que a quantidade estratificada no Mês foram apenas 14 Novas Lesões, mas refiro que conforme as Ncs apresentadas tem um número de 54 abertas , sendo apenas quantidade de 20 NCS filtradas.

A mesma relata a necessidade de alinharmos o recebimento das NCs com avaliação da estomaterapêuta em conjunto. Para finalizar o relatório mensal.

Pâmela refere que deveria sair em gráfico a quantidade dos indicadores , após filtragem de LPP.

A estomoterapêuta, refere que acompanha todos os casos de LPP com a equipe GACAP, com enfermeiros que também avaliam, mantendo contato diário através do WHATSAPP, inserindo as fotos, com acompanhamento de todas as Inter consultas.

A gerente de Enfermagem Carmen, relata que deveria alterar o nome de LPP para estomoterapia e após mudar a classificação.

Oriento que não é possível alterar a meta.

Continuo apresentando o gráfico, apresento os números de quantidade de Nº de Ncs de quedas. E como direcionar a quantidade correta para alimentar o gráfico, para não gerar duplicidade.

Dando sequência a reunião a Gerente de Enfermagem refere sobre a meta Procedimentos/cirurgia segura, explico que usamos apenas a meta de procedimentos em Geral. Kamila fala sobre a meta que entra desta forma no gráfico.

Relato sobre alguns procedimentos onde ocorre o maior índice de Ncs abertas. Dando sequência em todas as metas.

Carmen relata para Vanessa, uma fragilidade do conteúdo dos protocolos e da forma que foram passados, gostaria de pedir para que isso fosse retomado o protocolo: identificação, queda.

Logo refiro sobre a necessidade de ajuda da equipe, supervisores, direcionando o treinamento in loco. Pensamos em usar os multiplicadores, como guardiões em boas práticas.

Os protocolos já estão em processo de revisão, conforme comunicação com NEP.

Pergunto ainda sobre a elaboração do Protocolo de Sonda Nasoenteral, como estaria o andamento.

Tivemos 225 Ncs abertas, todas respondidas.

Relato sobre o direcionamento de NCs sobre relação interpessoal, que deveria ser encaminhado para a ouvidoria. Gerando um índice alto.

Vanessa cobra da comissão as pendências abertas, Uso de privativos somente no setor de UTI. Cujo ainda estão analisando onde serão colocados, visto que aguardam o recebimento da INTS.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 25 | Kamila Sales e Vanessa Vieira | 27/09/2023 | 11h00 | 12h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações:
- Uso de privativos somente no setor de UTI,
- Protocolo de Sonda Nasoenteral.
- Alinhamento do fluxo da Farmácia-Dispensação de psicotrópicos e MAV.
- Levantamento sobre necessidade de uso de Colchões pneumáticos na pediatria.

**PARTICIPANTES**

Vanessa Vieira Alves (Enfª Segurança do Paciente) / Anderson Tomas de Oliveira (Coordº. Mult) / (Kamila Sales (Qualidade) / Enfª Pâmela Viana, Milene Albanez- (sup da UTI), Diego Borges (Coordenador de Enfermagem) Andrea Nagano (supervisora de Enfª), Thamara (Supervisora de Enf ª), Fábio Bueno (Supervisor de Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Enfª Vanessa inicia a reunião comentando sobre o gráfico das não conformidades do mês de AGOSTO, quantidade de 181-abertas, A origem mais acometida referente á quantidade está associada a Medicações, sobre o registro da dupla checagem de MAV.

A mesma relata sobre o alinhamento o das NCs com avaliação da estomaterapêuta em conjunto.

Para finalizar o relatório mensal.

Enfª Vanessa, relata que no mês de setembro teve apenas 2 Ncs abertas.19 Ncs Grau I, 5Ncs Sem Dano, 2 Ncs em aberto.

O setor mais notificado, logicamente é a enfermagem e de menor abertura foi a Farmácia.

Relato a necessidade de os supervisores alinharem o uso da película devida para cada acesso, orientando sua equipe, quantos acessos centrais e periféricos, pois visto nas visitas realizadas, o uso inadequado da película.

-Solicito avaliação da Enfª Pâmela sobre a necessidade do uso de colchão pneumático na pediatria, se apenas 2 em uso seria suficiente.

-Refiro que solicitei também por e-mail avaliação da Supervisora Thamara, a mesma responde na comissão junto sobre avaliação da Enfª Pâmela, que apenas a Paciente Maria Eduarda, possui escala de Braden Alterada, Miguel.

E que os berços estão adequados para uso.

A Enfª Vanessa, relata sobre a necessidade de alinhar o fluxo de dispensação de medicação, principalmente MAV e psicotrópicos. Devido ter um impacto na assistência segura ao paciente.

O Coordenador de Enf. Diego, ainda ressalva sobre esta solicitação já ter ocorrido, visto a importância de alinhamento do fluxo, para subsidiar a dispensação da medicação, no limite máximo: 2hs antes da administração. Entende as dificuldades da Daniela Scavone para chegar alinhar o fluxo, mas precisamos definir uma data para implantação.

Enfª Pâmela, comenta sobre o recebimento de Fraldas de um novo fornecedor, com material de baixa qualidade. Afirma que em 2 dias, pacientes já começaram apresentar abertura de lesões, comenta que já direcionou ao Dr Victor, Daniela Scavone sobre a necessidade de troca do produto, nem que seja de alguns lotes. Aguarda discutir na sua reunião de comissão na Próxima Semana.

Enfª Vanessa, relata sobre ao Plano de Ação sobre a Quantidade de NCS com mais agravantes para eventos adversos, (queda), treinamento realizado em agosto, apresentou um número significante de funcionários envolvidos. A equipe foi bem atuante.

-Solicita obter informações sobre o andamento do protocolo de passagem de Sonda Nasoenteral. Visto que ainda está pendente, não está disponível na lista Mestre, Pois Enf. Diego refere que já foi elaborado e está em processo de revisão.

Os protocolos já estão em processo de revisão, conforme comunicação com NEP.

Termina a reunião agradecendo o empenho da Kamila (Qualidade) no Torneio de Segurança do Paciente, que continue sempre motivada em seu curso dentro da Instituição. Agradece também ao Anderson sua devolutiva no Grupo da Comissão, prestando sua solidariedade na semana da Segurança do Paciente.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente – Encontro 26 | Vanessa Vieira | 23/10/2023 | 15h00 | 16h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações:
- Protocolo de Insulina em BIC
- Uso de Privativos na UTI
- Alinhamento do fluxo da Farmácia-Dispensação de psicotrópicos e MAV.

**PARTICIPANTES**

Vanessa Vieira Alves (Enfª Segurança do Paciente) / Anderson Tomas de Oliveira (Coordº. Mult) / Alexandre Luz (Téc.Enf. Segurança do Paciente), Kamila Sales (Qualidade) / Milene Albanez- (sup da UTI), Diego Borges (Coordenador de Enfermagem), Carmen Isabel Domingues (Gerente de Enfermagem), Thiago William (NEP), Jamile Renata (nutrição), Daniela Scavone (Farmácia), Enfª Vera Lúcia.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Enfª Vanessa inicia a reunião comentando sobre a importância das reuniões mensais e inicia com apresentação do gráfico das não conformidades do mês de setembro, quantidade de 215 NCs-abertas. Refere sobre o Setor Notificante temos 49-NSP, 46-Beija-Flor, 39-Colibri, 19-Outros, 15-Faturamento, 10-canário, 8-João de Barro, 3-Sabia.

No gráfico de origem evidenciado maior Nº apresentado é Quebra de processos (inclui protocolos institucionais) -81 Outros-20, Identificação-16, Medicação/PM-12, Procedimentos-22, Relacionamento Interpessoal-14, Hemoderivados-1.

Refiro que as metas mais acometidas referentes à quantidade estão associadas a Medicações com nº 26 NCS, sobre a falta de aprazamento em sistema.
Carmen fala sobre falhas ainda no processo de certificação eletrônica recebeu uma lista gigante sendo relatados erros de nomes, que será necessário um bloqueio em sistema desses usuários, até resolução do problema.

Continuo apresentando as metas acometidas, Identificação Correta: 17 Procedimentos: 16 Comunicações Efetiva: 14, LPP eRisco de Queda:8, Risco de Infecção:7.

Relato que no mês de setembro o setor COLIBRI foi que mais teve abertura de NCS e de menor abertura foi a Arara.
Ressalva a importância para respostas das NCS dentro do mês, pois depende dos dados para lançar nos indicadores, respeitando o limite do dia 05 a 8 de cada mês.

Relato sobre a necessidade de alinhar o fluxo de dispensação de medicação, principalmente MAV e psicotrópicos. Devido ter um impacto na assistência segura ao paciente.
Ressalvo sobre esta solicitação já ter ocorrido, visto a importância de alinhamento do fluxo, para subsidiar a dispensação da medicação, no limite máximo: 2hs antes da administração. Entende as dificuldades da Daniela Scavone para chegar alinhar o fluxo, mas precisamos definir uma data para implantação.

Jamille, pergunta se as pessoas têm devolutivas das NCs abertas, respondo que não segue este fluxo, as devolutivas só a qualidade recebe, juntamente com a direção. Mas que os setores envolvidos, recebem em cópia .

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão Qualidade e Segurança do Paciente | Daniele de Mello Martorano | 27/11/2023 | 15h15 | 15h45 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação dos Indicadores /Outubro 2023

**PARTICIPANTES**

Daniele Martorano (Coord. De Enf.), Diego Melo (Coord. De Enf.), Carmen (Gerente de Enfermagem), Thiago (NEP), Kamila (Qualidade), Alexandre Luz (Qualidade), Vera (Epidemiologia), Pamela (estomaterapia), Maicon (Hotelaria), Enfª Vanessa (Seg do Paciente).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Enfermeira Vanessa inicia reunião as 15h15 com apresentação dos Indicadores

Indicadores de Não Conformidades Outubro de 2023:

- Total de 117 Não Conformidades, uma queda significativa em relação ao mês anterior.
- Setores que mais reportaram notificações foram: Beija Flor, Núcleo de Segurança, Colibri, Sanhaçu, João de Barro, Bem Te Vi e Sabiá.
- Principais origens das Não Conformidades: Medicamentos/Prescrição/Adm./incidentes, Lesões por pressão, Procedimentos (com queda significativa), relacionamento Interpessoal, Identificação e Quedas.

Alterações nos Formulários e Processos:

- Vanessa mencionou alterações nos formulários e na maneira de registrar as Não Conformidades, incluindo uma barreira seletiva.
- Casos específicos discutidos: Extubação Acidental, Lesões por Pressão em diversas regiões, suspensão de dietas sem comunicação, entre outros.

Melhorias e Ajustes Propostos:

- Ênfase na importância da Farmácia e Coordenação de Enfermagem para alinhar o fluxo de dispensação de medicamentos.
- Problemas identificados na identificação de isolamentos devido à falta de placas na instituição.

Sugestões e Encaminhamentos:

- Proposta de tornar a escala de fisioterapeutas visível nos setores, encaminhada ao Coordenador da equipe Multi.
- Vanessa menciona uma melhora significativa no uso das pulseiras de identificação.
- Discussão sobre qualidade das fraldas e possíveis lesões, com ações em andamento para limitar a compra de determinadas marcas.

Desenvolvimento de Protocolos:

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de NSP | Enfª Vanessa Vieira Alves | 20/12/2023 | 15h00 | 16h20 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação dos Indicadores /novembro 2023

**PARTICIPANTES**

Daniele Martorano - (Coord. De Enfer.), Thamara Derêncio- (Sup. De Enfer), Kamila Sales (Qualidade), Tamiris Demichili-(SCIH), Pâmela Domingues-(Enfªestomaterapia), Vanessa (Enfª NSP), Daniela Scavone, Carolina Santos.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Enfermeira Vanessa inicia reunião as 15h00 com apresentação dos Indicadores

Indicadores de Não Conformidades Novembro de 2023:

- Total de 70 Não Conformidades, uma queda significativa em relação ao mês anterior.
- Setores que mais reportaram notificações foram: Beija Flor, Colibri, Sanhaçu, Bem Te Vi, Canarinho, João de Barro, Nutrição, Arara e NIR.
- Principais origens das Não Conformidades: Procedimentos Medicamentos/Adm./Lesões por pressão, Flebite, Queda, Nutrição(dieta), Identificação, Medicamentos/Prescrição, Risco de Infecção.

Alterações nos Formulários e Processos:

- Vanessa mencionou alterações nos formulários e que aguarda avaliação da SEDE para Prosseguir
- Casos específicos discutidos: Fluxo de dispensação de medicamentos (será solucionado com compras de Carrinhos) onde serão dispostos nos corredores.

Melhorias e Ajustes Propostos:

- Ênfase na importância da Farmácia e Coordenação de Enfermagem para alinhar o fluxo de dispensação de medicamentos.
- A Enfª da SCIH Tamiris, diz não concordar deixar o Item categoria no Forms, pois deixaria de ser considerado sigilo do profissional. E levantou a dúvida sobre o e-mail coletado de quem está notificando.
- Propõe que em 2024 todos participem dos planos de ação.
- Solicita ajuda para orientações sobre desinfecção das mãos pelas equipes assistenciais assim como aos acompanhantes.
- Enfª Vanessa relata que o e-mail de quem notifica não é coletado, assim envia evidências por e-mail a todos integrantes o print da tela onde demonstra que não coleta os dados do notificante. Além de que aguarda aprovação da Sede sobre as devidas alterações do Forms.
-

# ANEXO 14 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | CÓDIGO: RI.NQSP.001 | REVISÃO: 01<br>PÁGINA: 1/14 |

## 1. OBJETIVO

Este instrumento tem como objetivo definir o Regimento do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), que normatiza e oferece diretrizes de organização e seu relacionamento do Hospital Municipal Guarapiranga que é uma entidade de Direito Público, constituída juridicamente como Sociedade Civil, prestadora de serviços devidamente registrada junto aos órgãos públicos, sediada na cidade deSão Paulo, Estado de São Paulo, administrada pelo INTS (Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde).

## 2. CAPÍTULO I

### 2.1 Dos princípios e objetivos

**Art. 1º**

O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é instância de caráter permanente de assessoria o Hospital Municipal Guarapiranga, vinculado à Diretoria Geral, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da qualidade e segurança do paciente, segundo RDC Nº 36 de 25 de Julho de 2013 que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde, por meio do processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

**Art. 2º**

Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - Cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 15 - ATAS DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Proteção Radiológica | Bárbara Cristina Silvério | 28/03/2023 | 9h30 | 10h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Quantitativo de exames nos últimos 3 meses;
- Atualização do aparelho de raio-x;
- Indicador de qualidade.

**PARTICIPANTES**

Nilton Dalsico (RT de Radiologia); Dr. André Luiz (Coordenador Médico); Emilio Ferreira (Técnico de Segurança do Trabalho); Bárbara Cristina (Analista de Contas Médicas); Juliana Silva (Fisioterapeuta); Emilly Jaqueline (Fisioterapeuta).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Levantamento de quantitativos de exames realizados, Atualização do aparelho de raio-x.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Nilton inicia a reunião comentando sobre como é a dinâmica da comissão e por se tratar de um encontro que não tem muita demanda é realizada a cada três meses. Os Raio-X's que são realizados no hospital são beira leito que gira em torno de 16 a 17 exames diariamente.

Nilton explica que a demanda de solicitações de exames se obteve estável com poucos pedidos e Juliana completa a informação comentando que isto se deve ao novo perfil do hospital, pacientes em cuidados paliativos.

Nilton continua a reunião explicando que a maior demanda do hospital são exames na hora da admissão dos pacientes, sendo o maior quantitativo o exame de raios-X de tórax, principalmente por conta da passagem de sonda.

Em questão de engenharia clínica, Nilton destaca que o aparelho de raios-X foi trocado por um do mesmo modelo porém com a sua manutenção e calibragem preventiva realizadas.

Para melhorar o processo, Nilton juntamente com o Dr.André estão elaborando indicadores de qualidade para a execução e laudos dos exames.

No período dos últimos 3 meses não tiveram intercorrências no setor de Radiologia e há um acompanhamento constante junto ao SESMT com o dosimetro para a dosagem de radiação com os profissionais.

A reunião foi finalizada sendo acordado um novo encontro no dia 20 de junho de 2023.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Indicadores de Qualidade | Junho | RT de Radiologia e Coordenador Médico | Em andamento |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Proteção Radiológica | Bárbara Cristina Silvério | 20/06//2023 | 10h00 | 10h30 |

PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Quantitativo de exames nos últimos 3 meses;
- Implantação de coletes de jumbo.

**PARTICIPANTES**

Nilton Dalsico (RT de Radiologia); Daniel da Silva (Técnico de Radiologia); Dr. André Luiz (Coordenador Médico); Emilio Ferreira (Técnico de Segurança do Trabalho); Bárbara Cristina (Analista de Contas Médicas); Juliana Silva (Fisioterapeuta); Sandra Patrícia (Supervisora de Enfermagem) e Fábio Bueno (Supervisor de Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Levantamento de quantitativos de exames realizados.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Nilton inicia a reunião comentando sobre a implantação o uso do avental de jumbo nos técnicos de radiologia, enviada pela SEDE como forma de equipamento de proteção individual no ato da realização de exames de radiologia. Nilton explica que estes aventais são projetados para cobrir a área do corpo mais exposta à radiação, como o tronco e a região pélvica, proporcionando uma barreira protetora entre o operador e a fonte de radiação, porém é utilizado em locais de exames a uma distância inferior a 2 metros, o que não se aplica em nossa unidade.

Outro ponto destacado é já a utilização do equipamento Dosímetro, dispositivo indicador mensal utilizado para medir a quantidade de radiação a que uma pessoa ou um ambiente é exposto. Ele é um instrumento importante na área da radiologia, pois ajuda a monitorar e controlar a exposição à radiação ionizante.

Um ponto negativo do uso do colete de jumbo destacado pelo Nilton e Daniel é o peso deste equipamento, em uma carga horária diária de 12 horas ao longo de um tempo, é a potencial sobrecarga física que pode ser experimentada pelos técnicos de radiologia e outros profissionais que precisam usá-los regularmente. O uso prolongado de um colete pesado pode levar a dores nas costas, fadiga muscular e até mesmo lesões em longo prazo, se não forem tomadas medidas adequadas de ergonomia e alívio da carga.

Emilio comenta ainda sobre o uso do EPI's para os técnicos de radiologia que além de ser uma proteção, pode ser uma das justificativas para o valor pago de insalubridade de 40% em folha de pagamento.

Nilton finaliza reafirmando os pontos de vistas expostos desde o começo da reunião e comenta sobre realizar uma reunião com o Diretor Técnico e os responsáveis da implantação do EPI, junto ao SESMT, estando todos de acordo com o uso do equipamento será alinhado e orientada toda a equipe de radiologia o uso dos coletes de jumbo.

Outras pautas destacadas pelo Nilton neste encontro foram:

- ✓ Quantitativo em média de 386 exames radiológicos, em foco exames realizados no ato da admissão do paciente e uma segunda confirmação de procedimentos realizados;
- ✓ Equipamentos não apresentaram falhas e quebras neste trimestre;
- ✓ Aumento no quadro de colaboradores em Maio de 2023 e Treinamento de reciclagem.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Proteção Radiológica | Bárbara Cristina Silvério | 03/10/2023 | 10h00 | 10h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Quantitativo de exames nos últimos 3 meses;
- Implantação de coletes de jumbo;
- Atualização de Membros.

**PARTICIPANTES**

Nilton Dalsico (RT de Radiologia); Jefferson Bezerra (Técnico de Segurança do Trabalho); Bárbara Cristina (Analista de Contas Médicas) e Fábio Bueno (Supervisor de Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Implantação de EPI (Coletes de Jumbo).
- **Ações que foram executadas no último trimestre:** Treinamento de Reciclagem e Indicadores de Qualidade.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Nilton iniciou a reunião destacando o progresso na elaboração do plano de ação para reduzir a taxa de falha nos exames, com o objetivo de atingir uma taxa inferior a 10% nos exames realizados. Além disso, ressaltou que concluímos com sucesso o treinamento de atualização para os profissionais sobre as normas de segurança específicas para cada atividade no setor de radiologia, visando aprimorar a qualidade do trabalho.

Durante a reunião, enfatizou a importância da presença de técnicos de enfermagem durante os exames de radiografia, especialmente no setor Colibri, onde muitas vezes os pacientes ficam sem acompanhamento.

Quanto à implantação dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como os coletes de jumbo, Nilton informou que já solicitou as fichas técnicas e os laudos de teste ao fornecedor. Assim que recebermos esses documentos, serão encaminhados ao Setor do SESMT para análise e elaboração de um treinamento e protocolo de utilização dos coletes de jumbo durante os exames de Raio-x, quando necessário manipular o paciente.

Outro ponto discutido na reunião foi a atualização do quadro de membros da Comissão. Com a saída do técnico de trabalho, Jefferson Bezerra foi nomeado como novo membro da equipe. Houve também uma votação para substituir os membros plantonistas da área de Enfermagem devido a conflitos de horários e turnos, sendo Fabio Bueno escolhido como o novo Supervisor de Enfermagem.

Nilton também abordou outras questões, incluindo:

- Um aumento na média de exames radiológicos realizados, que atingiu 345 exames entre junho e setembro, com foco nos exames realizados no momento da admissão do paciente e na confirmação de procedimentos.
- A boa notícia de que não tivemos nenhum problema com falhas ou quebras de equipamentos durante este trimestre.
- O aumento do quadro de colaboradores em maio de 2023 e a realização de treinamentos de reciclagem.

A reunião foi encerrada com a concordância de um novo encontro agendado para o dia 5 de dezembro de 2023.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Proteção Radiológica | Bárbara Cristina Silvério | 12/12/2023 | 10h00 | 10h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Quantitativo de exames nos últimos 3 meses;
- Manutenção do sistema de visualização de laudo de Radiologia;
- Falhas de exames de Radiologia.

**PARTICIPANTES**

Daniel Silva (Técnico de Radiologia); Jefferson Bezerra (Técnico de Segurança do Trabalho); Bárbara Cristina (Analista de Contas Médicas); Juliana Silva (RT de Fisioterapia) e Fábio Bueno (Supervisor de Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Implantação de EPI (Coletes de Jumbo).
- **Ações que foram executadas no último trimestre:** Manutenção do sistema de visualização de laudo de exame.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Daniel inicia a reunião comentando sobre as repetições de exames de radiologia por falha na passagem de sonda nasoenteral nos pacientes, cita o caso de um paciente que estava internado na clínica médica e por erro no procedimento da passagem da SNE foi realizado 5 exames radiológicos no mesmo dia, expondo o paciente a radiação desnecessariamente se a equipe de enfermagem tivesse realizado o procedimento adequadamente.

Fabio sugere a realização em conjunto ao NEP, reorientar as equipes de enfermagem sobre a passagem de SNE, assim de resultar a diminuição de falhas, alinhamento de fluxo e procedimento.

Daniel também comenta sobre a manutenção do sistema de visualização de laudos dos exames de imagem, que ocorreu na última quarta- feira (06 de dezembro). A manutenção foi realizada, porém foram identificados que nem todos os computadores nos setores são compatíveis com o programa. Foi aberto um chamado a Fractal e TI para solucionar esta pendência. Daniel completa a orientar a equipe de enfermagem que os laudos não visualizados nos postos de enfermagem, os médicos estão indo até o setor de radiologia para realizar a visualização.

Na reunião também foi apresentado o número de exames e falhas de radiologia. Segue tabela abaixo:

| MESES | NÚMERO DE EXAMES | NÚMERO DE FALHAS |
|---|---|---|
| OUTUBRO | 342 | 10 |
| NOVEMBRO | 389 | 9 |
| DEZEMBRO | 344 | 13 |

A pauta de implantação dos coletes – EPI ainda está pendente, aguardando o certificado de aprovação.

A reunião foi encerrada com a concordância de um novo encontro agendado para o dia 12 de março de 2024.

# ANEXO 16 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA | CÓDIGO: RI.CPRA.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/8 |

## PREÂMBULO

A Comissão de Proteção Radiológica é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga, de natureza técnico científica e assessoria de caráter deliberativo nos assuntos relacionados à proteção radiológica e, tendo a responsabilidade em atendimento a Resolução RDC Nº 330, de dezembro de 2019, que revoga a Resolução ANVISA / RE nº 1016 de abril de 2006, que possui abrangência e objetivos sobre o estabelecimento de requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica intervencionista, regulamentar o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.

**CONSIDERANDO a Norma CNEN NN 3.01** – Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica.

**Art. 1° - Dos Objetivos**

A Comissão de Proteção Radiológica tem como objetivo o estabelecimento de requisitos básicos de proteção radiológica, promoção de técnicas e procedimentos em radioproteção capaz de minimizar a exposição à radiação ionizante.

São Objetivos da Comissão de Proteção Radiológica:

I. Promover o desenvolvimento de técnicas e procedimentos em radioproteção;

II. Minimizar as exposições à radiação ionizante

III. Promover capacitação profissional

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 17 - ATAS DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização | Paulo Souza | 13/01/2023 | 10h00 | 11h00 |

| PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES |
|---|
| - Tratativa das ações de Janeiro. |

| PARTICIPANTES |
|---|
| Tamiris Demichili (NEP) / Paulo Souza (Qualidade) / Larissa Menezes (RH) |

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Dia do Riso, Dia do Farmacêutico, Dia do Leitor.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Palestra de Diversidade de Gênero.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Devido ao número reduzido de membros participantes desta reunião, por motivos diversos como, afastamento, desligamento do hospital, saída da Comissão e alta demanda de trabalho, foi realizada apenas com três participantes, afim de recapitular algumas ações pendentes e monitorar as ações em andamento.

Será necessário criar um processo de captação de novos membros para a Comissão, a sugestão é solicitar indicações aos gestores, identificando em suas equipes colaboradores que se interessam pelo conceito de humanização e que tenham o perfil e disponibilidade para participar da Comissão de Humanização.

A palestra de Diversidade de Gênero, abordada e solicitada em diversas discussões internas, segue o cronograma de apresentações previsto, em horários e turnos distintos, com o intuito de abranger o maior número possível de colaboradores na instituição, incluindo também os profissionais das empresas terceirizadas. O evento que busca promover o Dia Nacional da Visibilidade Trans (29/01), foi idealizado pela Comissão de Humanização em parceria com a colaboradora Vitória Freitas, psicóloga assistencial do HMG e mulher transgênero, aborda esse tema tão controverso em nossa sociedade, enaltecendo e esclarecendo pontos importantes para um convívio harmonioso e respeitoso, tanto entre profissionais e pacientes quanto entre colegas de trabalho e, se estendendo para o dia a dia das pessoas.

Foi aberto para discussão algumas das ações previstas para esse mês de janeiro, porém, por falta de "mão de obra", apenas a ação da Palestra de Diversidade de Gênero foi mantida. Não tivemos devolutiva das outras áreas que solicitamos apoio para a realização das ações propostas, como: Dia do Sanitarista (SCIH e Vigilância Epidemiológica), Dia do Hemofílico (Card), Dia do Riso (NEP, RH e Ouvidoria), Dia do Farmacêutico (Superv. Farmácia), Dia do Leitor (Prestação de Contas e Hotelaria), Dia Nacional de Combate e Prevenção da

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização | Paulo Souza | 14/02/2023 | 10h00 | 11h00 |

| PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES |
|---|
| - Tratativa das ações de fevereiro. |
| **PARTICIPANTES** |
| Tamiris Demichili (NEP) / Paulo Souza (Qualidade) / Larissa Menezes (RH) / Gleydson Vieira (Qualidade) |

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Captação de novos membros para a Comissão.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Palestra de Diversidade de Gênero.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Entre os assuntos discutidos nesta reunião, estão:

-Sobre a captação de novos membros para a Comissão, em reunião com os líderes, foi solicitado aos gestores que identifiquem em suas equipes e nos indiquem, colaboradores que tenham o perfil e real interesse em participar da Comissão de Humanização. Houve a sugestão de criar um formulário eletrônico para que essas indicações cheguem até a Comissão com os dados dos interessados.

-Faremos um concurso de fantasias de carnaval, com premiação de uma folga para o vencedor. O desfile ocorrerá durante um café colaborativo no dia 17/02 (sexta-feira) às 15hs na quadra da unidade. Será elaborado um card de divulgação do evento para ser compartilhado nos grupos institucionais.

-Planejamento de entrega de chocolates em abril para promover a páscoa no HMG. Será enviado um email para o setor de compras fazer a cotação. O ideal seria incluir os colaboradores das empresas terceirizadas nesta ação, porém, vai depender da liberação de rubrica. Será feito um levantamento do quantitativo de colaboradores institucionais e terceirizados para um comparativo de custos.

-Verificar com a Cláudia Crescenzo (Comitê de Humanização - SMS), sobre o convite que recebemos para o nosso grupo apresentar no Comitê da SMS, as ações e atividades desenvolvidas pela Comissão de Humanização no HMG. Caso afirmativo, será necessário elaborar essa apresentação.

-Foi retomado o projeto de acolhimento dos colaboradores, ainda está pendente enviar para avaliação da Cláudia Crescenzo, o texto que será utilizado no mural de pesquisa e sugestões.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização | Paulo Souza | 28/02/2023 | 11h00 | 12h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa das ações de março.

**PARTICIPANTES**

Tamiris Demichili (NEP) / Paulo Souza (Qualidade) / Larissa Menezes (RH) / Gleydson Vieira (Qualidade) / Mariana Lima (Enfermagem) / Kamila Sales (Qualidade) / Juliana Cavallari (SESMT) / Bárbara Silvério (Contas Médicas)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Captação de novos membros para a Comissão.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Palestra de Diversidade de Gênero.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Neste encontro foi formalizada a saída dos membros Vanda Dias, Ingryd Almeida e Thomaz Payne da Comissão, permanecem na unidade, porém, por motivos pessoais decidiram não mais fazer parte do grupo de humanização. Além da saída de Taynara Sampaio e Carla Panta por desligamento do Hospital.

Atualmente, algumas pessoas já foram inseridas ao time para completar o grupo, e hoje contamos com os seguintes colaboradores:

- *Paulo Souza – Qualidade / Tamiris Demichili – NEP / Larissa Alves – RH / Gleydson Vieira - Qualidade Mariana Lima – Enfermagem / Kamila Sales – Qualidade / Juliana Cavalari – SESMT / Bárbara Silvério - Contas Médicas e Carmen Souza - Enfermagem.*

Entre os assuntos discutidos nesta reunião, estão:

- Divulgação da ação do dia da mulher (8 de março) sugerida pela Sede. Os colaboradores enviarão frases e fotos para homenagear as mulheres que os inspiram em suas vidas. As homenagens serão expostas em um mural especial para o dia das mulheres.

- Será solicitado para a empresa terceirizada de nutrição (Nutrito) fornecer uma alimentação diferenciada para os pacientes, como ação ao Dia da Mulher. Juntamente com uma *tag* de felicitação.

- Enviar para avaliação da Cláudia Crescenzo o texto do projeto de acolhimento que será utilizado no mural de pesquisa e sugestões dos colaboradores.

- Retomar as oficinas de acolhimento psicológico com os colaboradores. Em discussão sobre o cenário mental

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização | Paulo Souza | 14/03/2023 | 14h00 | 16h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Reunião com Cláudia Crescenzo (Comitê Humanização SMS).
- Tratativa das ações de abril.

**PARTICIPANTES**

Tamiris Demichili (Enfermeira do NEP) / Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Larissa Menezes (Analista de RH) / Gleydson Vieira (Superv. de Qualidade) / Mariana Lima (Superv. de Enfermagem) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Bárbara Silvério (Analista de Contas Médicas) / Carmen Souza (Gerente de Enfermagem) / Izadora Andrade (Secretária Executiva) / Cláudia Crescenzo (SMS).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Cargos dos membros da Comissão.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Concurso de fantasias de Carnaval; Ação Dia Internacional da Mulher.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Em mais uma reunião com a Cláudia, desta vez em conjunto com outros representantes do Comitê de Humanização SMS, foram atualizados quanto à nova formação do grupo que compõem atualmente a Comissão de Humanização do HMG. Algumas pessoas manifestaram interesse em participar da Comissão de Humanização, porém, foi feito um filtro baseando-se em alguns critérios discutidos pelo atual grupo e foi decidido quais colaboradores seriam mantidos. Atualmente o grupo é composto pelos seguintes membros:

- *Paulo Souza – Qualidade / Tamiris Demichili – NEP / Larissa Alves – RH / Gleydson Vieira - Qualidade Mariana Lima – Enfermagem / Kamila Sales – Qualidade / Juliana Cavalari – SESMT / Bárbara Silvério - Contas Médicas / Carmen Souza – Enfermagem e Jakeline Barbosa – Equipe Multi.*

A princípio foi relatado sobre a evolução da Comissão dentro do Hospital com alguns objetivos alcançados e outros ainda em andamento.

Cláudia destaca a importância de investir nas pessoas e nos setores que demonstram interesse em apoiar e participar das ações, já que nem todos os setores estão disponíveis a abraçar e ajudar a desenvolver as atividades propostas pela Comissão. A começar pelo setor da enfermagem que, além de ter o maior número de colaboradores da unidade, é também o profissional de maior relacionamento com os pacientes e acompanhantes. Com a participação de uma supervisora de enfermagem e a nova gerente de enfermagem fazendo parte da Comissão, teremos uma nova visão para o desenvolvimento dos projetos.

Além das ações que a Comissão já promove com foco em datas comemorativas e nas cores dos meses, Cláudia sugere outros projetos como:

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 19 | Bárbara Silvério e Kamila Sales | 14/04/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro anterior;
- Ações de Abril: Páscoa e Missa;
- Ações de Maio.

**PARTICIPANTES**

Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Bárbara Silvério (Analista de Contas Médicas) / Izadora Andrade (Secretária Executiva) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Palestra com o psicólogo e Cronograma Anual da Comissão.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Missa, refeições e lembranças de Páscoa.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião revisando as ações geradas no último encontro:

- Ação de Pascoa: A Comissão foi elogiada por todos no hospital pela realização de uma missa e as entregas de mimos de pascoa (medalhas e confetes de chocolate). A nutrição teve sua participação realizando refeições para celebrar a semana santa e páscoa.
- Realizaremos reuniões extraordinárias nos dias 20 e 28 de abril para alinharmos o cronograma anual; Aniversários de pacientes e Datas comemorativas (Maio: Dia das Mães; Semana de Enfermagem e Dia do(a) Assistente Social).
- Brinquedoteca: O design está sendo desenvolvido pela área da Comunicação da SEDE, após a liberação das artes enviaremos para a gráfica. Os brinquedos já foram pesquisados pela comissão e ajuda dos fisioterapeutas e serão doados pela nossa Gerente Administrativa – Ana Patrícia.
- Área de Convivência: Ação ainda pendente por alinhamento de ideias ao espaço e verbas.

Juliana continua a reunião comentando sobre a ação do setor de Recursos Humanos sobre a implantação de cartões de aniversários aos colaboradores do hospital. Pontua também a importância de membros graduados em psicologia, na qual, atualmente temos somente a Larissa do RH para prosseguirmos com eventos e oficinas de tratativas mentais e ocupacionais de nossos colaboradores.

Por iniciativa da Diretora Geral – Simone Araújo, na Semana de Enfermagem serão distribuídas nécessaires aos colaboradores de enfermagem como mimos aos seus serviços assistenciais prestados na unidade.

Os membros da comissão sugerem a entrega de chaveiros com fotos das colaboradoras com os seus filhos como ação do dia das mães.

Juliana informa o pedido da Enfermeira Estomaterapeuta a participar da Comissão, devido as demandas e a falta de alguns participantes, no próximo encontro iremos realizar a votação.

Juliana informa que todo o gasto com os eventos anteriores (Dia das Mulheres e Pascoa) serão entregues as

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 20 (Reunião Extraordinária) | Bárbara Silvério e Kamila Sales | 20/04/2023 | 10h00 | 11h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Cronograma Anual – Comissão de Humanização

**PARTICIPANTES**

Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Kamila Sales (Analista de Qualidade)/ Bárbara Silvério (Analista Administrativa) / Izadora Andrade (Secretária Executiva) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi)/ Larissa Alves (Analista de RH)/ Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta)/ Gleydson Vieira (Supervisor de Qualidade) / Paulo Souza (Analista de Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Nesta reunião foi discutido entre os presentes o cronograma anual para o controle dos eventos e ações da Comissão de Humanização do HMG. Este mesmo cronograma será discutido novamente na reunião mensal 11 de Maio de 2023.

**CRONOGRAMA ANUAL – COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO**

**JANEIRO**

19/01 – Dia do Terapeuta Ocupacional;

20/01 – Dia do Farmacêutico.

**FEVEREIRO: ROXO - PREVENÇÃO DO CANCÊR**

Semana do Carnaval;

22/02 – Dia Combate as Drogas;

Dia do Trabalhador de Serviço Social.

**MARÇO: AZUL MARINHO**

08/03 – Dia da Mulher;

Dia do Nefrologista;

16/03 – Dia do Ouvidor;

22/03 – Dia Mundial da água;

31/03 – Dia da Saúde.

**ABRIL: VERDE - CIPA**

Páscoa;

06/04 – Dia Nacional de Mobilização pela promoção da saúde e qualidade de vida;

07/04 – Dia Mundial da Saúde;

08/04 – Luta contra de o câncer;

11/04 – Dia do Infectologista;

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 21 (Reunião Extraordinária) | Bárbara Silvério e Kamila Sales | 27/04/2023 | 10h00 | 12h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Semana da Enfermagem

**PARTICIPANTES**

Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Kamila Sales (Analista de Qualidade)/ Bárbara Silvério (Analista Administrativa) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi)/ Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta)/ Carmen Isabel (Gerente de Enfermagem)/ Diego Melo (Coordenador de Enfermagem)/ Vera Macedo (Enfermeira da Vigilância)/ Tatiani Moraes (Auxiliar Administrativa)/ Fernanda Silva (Auxiliar Administrativa)/ Andrea Nagata (Supervisora de Enfermgem) / Gisleide Oliveira (Supervisora de Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Reunião com o objetivo de alinhar as ações e campanhas para a Semana de Enfermagem que acontecerá no periodo de 11 a 19 de Maio de 2023, no Hospital Municipal Guarapiranga.

Foi levantada a questão de arrecadação de dinheiro para os brindes aos colaboradores da enfermagem para serem entregues no dia 19 de maio de 2023.

Carmen pontua a orientação da SEDE do INTS para realizar algumas ações pré-definidas:

- Ação social: arrecadação de leite em pó. Disponibilizar pontos de coleta em cada unidade até 20/05.
- Demais contratos- contabilizar arrecadação e definir instituição local de entrega, formalizando por e-mail com evidência fotográfica.
- Vídeo: Iniciar gravação com a frase: "Eu escolhi enfermagem porque...".

**Segue o Cronograma Semana da Enfermagem HMG:**

**Tema: Através do seu cuidado semeamos a vida**

**Quinta 11/05/2023:**

- Equipe de enfermagem e Comissão Humanização organizará a área de conveniência para a semana de enfermagem: Decoração, painel, divulgação, local dos stands, sala de treinamento, coffe, portaria entre outros.

**Sexta 12/05/2023:**

- Abertura da semana da enfermagem com decoração personalizada, com a disponibilização do mural de elogios dos colaboradores.
- Divulgação do vídeo para congratular os profissionais (a confirmar). Segunda 15/05/2023:
- Retirada de brindes estéticos e beleza a todos os colaboradores de enfermagem.
- Stand do boticário para os colaboradores a disposição de compra de produtos.

**Terça 16/05/2023:**

- Palestra: Dr. Garido com o TEMA: Você gostaria de ser atendido por você? Horário: 14 horas
- Arrecadação de leite pó para doação a instituição que será contemplada: CACCC- Centro de Apoio à criança com câncer – Candida Bermejo Carmago.
- Palestra Dr. Nanal com o TEMA: Besteirologia Horário: 16 ás 17 horas e das 20 ás 21 horas

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 22 | Bárbara Silvério e Kamila Sales | 26/05/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 19;
- Ações de Junho;
- Aniversário HMG;

**PARTICIPANTES**

Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Bárbara Silvério (Analista de Contas Médicas) / Izadora Andrade (Secretária Executiva) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Simone Araújo (Diretora Geral); Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem); Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem); Larissa Alves (Analista de RH).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Palestra com o psicólogo; Cartões de Aniversário; Área de Convivência e Brinquedoteca.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Cronograma Anual; Votação de novo membro; Semana da Enfermagem; Dia das Mães.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Simone inicia a reunião destacando que no próximo mês comemoramos o 3° aniversário do hospital, sugere que seja realizado um vídeo com as fotos do hospital, uma linha tempo e agradecimentos (entrega de troféus/placa e bottons) aos colaboradores que estão desde a inauguração da unidade.

Juliana sugere o levantamento dos colaborados junto ao RH e terceirizadas para todos serem contemplados.

Em junho é uma época de festas juninas, Simone fala para aproveitarmos esta festança para ser o tema do aniversário do hospital. O coffe teria comidas típicas com a ajuda da Nutrição para a composição do cardápio.
Izadora comenta que irá encaminhar uma requisição a comunicação para realizar a arte do aniversário e irá entrar contato com a gráfica para a realização dos bottons, plaquinha e filmagem.

Para contemplar os dois turnos, a Comissão sugere que seja realizada a festa no dia 06 e 07 de junho.

Juliana comenta que as artes dos nécessaires para a equipe de enfermagem estão prontas e estaria a tempo para a entrega no aniversário. Carmen comenta que por ser um evento que une todos os colaboradores, prefere que sejam distribuídos estes mimos em outro momento e todos participantes concordam.

Maria Jakeline sugere a realização de uma missa com o objetivo de celebrar o feriado de Corpus Christi, todos membro presentes na reunião ficaram de acordo. Ficou acordado a realização no dia 05 de junho de 2023.

Juliana revisando o cronograma da Comissão, destaca que dia 03 é o dia do profissional de Recursos Humanos e Departamento Pessoal e menciona uma ação para esta celebração, destaca também o dia da mulher na engenharia, porteiro e vigilante e faturista. Outra ação comentada foi a de Doação de Sangue, na qual, será abordado como forma de comunicação e conscientização da campanha.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 23 Reunião Extraordinária | Bárbara Silvério e Kamila Sales | 31/05/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Aniversário HMG;

**PARTICIPANTES**

Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Bárbara Silvério (Analista de Contas Médicas) / Izadora Andrade (Secretária Executiva) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Carmen Izabel (Gerente de Enfermagem); Mariana de Fátima (Supervisora de Enfermagem); Larissa Alves (Analista de RH); Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta).

**PAUTAS**

**Ação do Dia do Profissional de RH/DP:** As lembranças serão entregues no dia 05/06/2023, templates estão finalizados, realização da compra de garrafinhas e coffee.

**Missa Corpus Christi:** Será realizada as 10hrs no dia 05/06/2023; Será entregue medalhas com mensagens aos participantes. Em relação a organização, a decoração será realizada pela Antomari e Comissão; Coffee será disponibilizado pela Nutrição do hospital para os membros da igreja. Conversado com a equipe Multi será disponibilizado mais fisioterapeutas e avaliação das fonoaudiólogas para o consumo da hóstia.

**Aniversário HMG:** Serão realizados nos dias 06 e 07 a partir 15horas (contemplando os plantões diurno e noturno); Comunicação e design das artes em andamento; Coffee disponibilizado com alimentos típicos de festa junina; realização de cronograma e levantamento de colaboradores (do hospital e terceiros) para a parabenizar os 3 anos de serviços prestados ao hospital. Decoração será comprada e organizada no dia 01/06/2023.

**Lembranças:** Por conta da previsão de entrega das artes dos bottons e placas com disseres de agradecimentos aos colaboradores que estão no hospital desde junho/202, ficou acordado a entrega das lembranças posteriormente ao aniversário do hospital.

Redator: Bárbara Silvério e Kamilla Sales

Assinaturas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. Mariana de Fátima Lima
7. Kamila Sales
8. Maria Jakeline Barbosa
9. Izadora Andrade Nononi
10. Bárbara Cristina Silvério

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 24 | Kamila Sales | 16/06/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 22;
- Ações de Julho;

**PARTICIPANTES**

Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Izadora Andrade (Secretária Executiva) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Larissa Alves (Analista de RH); Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta), Gleydson Vieira (Supervisor de Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Palestra com o psicólogo; Área de Convivência e Brinquedoteca; Cinema; Amigo pet; Musicoterapia e Nécessaire da Enfermagem.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Elaboração da Brinquedoteca; Cartão de Aniversário; Missa Corpus Christi; Aniversário do HMG.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião destacando que a sala 15 da HCAMP será da Humanização, para guardamos todos os materiais das ações. Aguardando cópia da chave da sala, o pessoal da manutenção colocará prateleiras na sala, pegaremos no almoxarifado caixas para organização da sala.

Juliana e Kamila falam das ações pendentes da última reunião, brinquedoteca será marcada a inauguração aguardando data com a diretora Simone.

Palestra com os psicólogos Rafael e Talita foi acordado a realização no mês de Julho, pois o Bruno do SESMT irá realizar a SIPAT no mesmo mês e os assuntos abordados são semelhantes, abrangendo os 4 plantões diferentes.

A demanda de cartões de aniversários elaborados pelo setor Recursos Humanos está finalizada, Larissa comenta que no período diurno os próprios colaboradores entregam, e no noturno são entregues pelos gestores.

Juliana, Kamila e Izadora comentam que área de convivência ainda está em discussão de decoração, a princípio ficará um painel grande, na qual ganhará uma decoração com os símbolos da Comissão e do Hospital em conjunto com a comunicação da SEDE e a gráfica. Izadora comenta que a Simone sugeriu que utilizássemos grafite para compor o design das paredes.

Kamila continua a reunião relatando que a ação das mulheres da engenharia, porteiro e vigilantes estão com os cartões de homenagens prontos e serão entregues no decorrer do mês de junho.

Gleydson sugere um concurso de fotos dos ambientes e momentos no HMG, na qual, os colabores mandam suas fotos mais marcantes tiradas no ambiente hospitalar.

Juliana prossegue falando da campanha do agasalho, Gleydson comenta que a SEDE já enviou das artes de divulgação para a campanha que acontecerá no decorrer do mês de junho e deixaremos uma caixa para recolhermos as doações.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 25 | Kamila Sales e Bárbara Silvério | 07/07/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 24;
- Ações de Julho;

**PARTICIPANTES**

Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) - online/ Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Izadora Andrade (Secretária Executiva) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta), Bárbara Silvério (Analista Administrativa).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Palestra com o psicólogo; Área de Convivência e Brinquedoteca; Cinema; Amigo pet; Roda de música e Nécessaire da Enfermagem; Dia do Homem; Dia do Amigo e Dia Nacional da Prevenção Acidentes de Trabalho.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Campanha do Agasalho.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Kamila inicia a reunião lendo as ações geradas em nosso último encontro:

**Inauguração da Brinquedoteca:** Juliana comenta que junto com o patrimônio as fichas de doação dos brinquedos estão sendo realizadas e catalogadas. Izadora completa que irá verificar as etiquetas quando a Diretora Geral terá possibilidade de participar da inauguração;

**Palestra do Psicólogo:** Juliana relata que esta demanda está em andamento e terá previsão de realização no mês de Setembro, representando a campanha da prevenção ao suicídio;

**Área de Convivência:** Jakeline comenta que o colaborador da Fractal está verificando a possibilidade de fixar o painel branco na área, para possíveis decorações das campanhas. Izadora e Juliana relatam que a demanda está em cotação junto à gráfica para elaboração de plotagem e decorações;

**Concurso de Fotos:** Demanda ainda pendente. Paulo explica que na última reunião Gleydson sugeriu um concurso de fotos dos ambientes e momentos no HMG, na qual, os colabores mandam suas fotos mais marcantes tiradas no ambiente hospitalar;

**Campanha do Agasalho:** Juliana comenta que a campanha foi finalizada no final de junho. As doações foram separadas para uma instituição, na qual a Jakeline está verificando as possibilidades de encaminhamento das roupas, e outra parte aos pacientes da instituição;

**Cinema:** Demanda será realizada em agosto. Juliana comenta que precisa ser definido o local e os filmes que serão passados aos pacientes. Foi sugerido pelos integrantes a sala 207, no setor Colibri como local do Cinema, por conta do tempo frio sendo impossível realizar o cinema em ambiente externo;

**Amigo PET:** Juliana comenta que irá preencher um formulário de uma instituição para agendar uma visita técnica, ainda sem data definida para cumprir esta demanda;

**Roda de Musica:** Pamela sugere ter o auxilio do Médico e Terapeuta da Medicina Interativa, pois conta no contrato da especialidade. Estamos verificando colaboradores que cantam e tocam para alinhar e elaborar a demanda;

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 26 Extraordinária | Kamila Sales e Bárbara Silvério | 19/07/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 25;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Julho/Agosto.

**PARTICIPANTES**

Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Bárbara Silvério (Analista Administrativa).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Bárbara inicia a reunião sugerindo que a inauguração da Brinquedoteca seja realizada na quinta feira antes do colegiado, pois ainda não sabíamos e o Diretor Técnico estaria na unidade em seu aniversário, na qual era a data definida anteriormente para a ação. Juliana completa que os brinquedos doados pela Gerente Administrativa já estão identificados e a higienização já foi alinhado com empresa Antomari e realizado um protocolo junto ao setor SCIH.

Jakeline comenta que a missa já foi acordada uma data para a realização, 07/08/2023, para homenagear os dias dos pais, Kamila e Bárbara irão realizar a arte. A empresa Antomari e os membros da Comissão irão decorar a capela.

Juliana e Paulo destaca que ficou pendente a Pamela dá um retorno sobre a possibilidade de ver um culto ecumênico e um local para a realização do encontro. Jakeline irá realizar a contagem dos pacientes não católicos.

Juliana comenta que será realizada uma homenagem ao motorista da unidade, com a arte realizada pelos integrantes da Comissão e chocolates como lembrancinha.

Juliana comenta que não realizado a ação do dia do homem, devido à ausência de verba e possibilidade de realizar a lembrancinha com a gráfica.

O dia do amigo será realizado a entregas de pirulitos que sobraram da ação do Halloween e a realização de um correio elegante para seu amigo da instituição com a arte disponibilizada pela comunicação da SEDE.

Sobre o cinema ser em ambiente externo, Paulo comenta sobre a segurança dos pacientes que constantemente, neste período de inverno, avista os fisioterapeutas e técnicos em ambientes externos com os pacientes com poucas roupas e expressões de frio. Jakeline irá levar a situação ao Coordenador Multi e Kamila levará a discussão para Comissão do Paciente.

Juliana comenta sobre o site desenvolvido pela Prefeitura sobre o trabalho dos voluntariados nos hospitais da SMS-SP. Em nosso Hospital, Juliana e o Thiago do NEP irão ter o acesso a este site e poderão entrar em contato com possíveis voluntariados para realizar seus trabalhos no HMG.

Kamila comenta sobre os coletes para os voluntariados e os integrantes da Comissão, Juliana explica que estamos aguardando a disponibilidade da gráfica.

Em homenagem aos dias dos pais os integrantes discutem sobre opções de lembrancinhas a serem entregues, junto ao uma mural na área de convivência sobre a celebração.

Juliana finaliza a reunião comentando sobre algumas ações a serem realizados em Agosto e alinhados na próxima reunião dia 11/08/2023 as 10hrs.

| | |
|---|---|
| **08/08 – Dia do Combate ao Colesterol** | **SESMT e Comissão** |
| **14/08 – Dia do Cardiologista** | **Diretor Técnico e Comissão** |
| **16/08 – Dia do Auxiliar do almoxarifado** | **Supervisora de Farmácia/Almoxarifado e Almoxarife** |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 27 | Kamila Sales e Bárbara Silvério | 11/08/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 26;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Julho/Agosto.

**PARTICIPANTES**

Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Bárbara Silvério (Analista Administrativa)/ Pamela Viana (Enfermeira Estomaterapeuta)/ Izadora Mariani (Secretária Executiva)/ Carmen Isabel (Gerente de Enfermagem)/ Larissa Alves (Analista de RH).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Juliana inicia a reunião comentando sobre Comitê de Humanização, que provavelmente estará ausente por conta de demandas de serviços externos. Kamila relata que os outros membros não conseguiriam ir ao Comitê por conta das demandas internas do hospital como: Torneio de Segurança do Paciente; Ação do dias dos Pais e entrega das troféus (3 anos do HMG) e nécessaires de enfermagem. Paulo completa que podemos encaminhar nossas ações à prefeitura, não sendo necessária nossa presença presencialmente no Comitê.

Izadora relata sobre um e-mail encaminhado pela a Gerente Administrativa, pontuando o andamento da doação de kits de higiene entre 125 travesseiros e 200 kits de higiene bocal. Infelizmente a higienização dos travesseiros não foi bem sucedida e irá verificar esta demanda com o Coordenador Financeiro responsável pela Hotelaria para prosseguir com as doações. Ficando pendente a verificação do quantitativo correto dos kits.

Kamila realiza a leitura das ações geradas em nosso último encontro:

**Inauguração da Brinquedoteca:** Realizada dia 10/08/2023 com a presença dos líderes e a paciente pediátrica.

**Palestra do Psicólogo:** Esta demanda está em andamento e terá previsão de realização no mês de Setembro, representando a campanha da prevenção ao suicídio;

**Área de Convivência:** Demanda ainda pendente. Ausência de cotação com a gráfica em relação à decoração e arte da área. Finalização da montagem da madeira como painel.

**Concurso de Fotos:** Izadora sugere que esta demanda ficará como uma sugestão para uma ação posterior.

**Cinema:** Pamela sugere usar fazer o levantamento de poltronas e pacientes em condições a se deslocarem para a área de convivência. Jakeline irá verificar com as psicólogas sobre os pacientes que tem interesse de participar da ação em conjunto com a nutricionista e fonoaudiólogas para disponibilizar uma alimentação no momento da sessão do filme. Bárbara e Kamila realizaram a arte de divulgação do evento.

**Amigo PET:** Juliana comenta que realizou uma vídeo conferência com uma ONG teria disponibilidade e trazer trÊs cachorros ao hospital, mensais, porém terá um custo de aproximadamente mil reais para custear o transporte, alimentação das visitas. Ainda hoje, será levado a Diretora Geral esta demanda.

**Roda de Musica:** Verificar a possibilidade de iniciar esta ação para a celebração dos dias dos pais.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 28 | Kamila Sales e Bárbara Silvério | 06/09/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 27;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Setembro/Outubro.

**PARTICIPANTES**

Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Bárbara Silvério (Analista Administrativa)/ Izadora Mariani (Secretária Executiva)/ Larissa Alves (Analista de RH)/ Gleydson Vieira (Supervisor de Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Palestra com o psicólogo, Amigo Pet, Nécessaires, Cinema, Área de convivência, Roda de Música, Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Agradecimento ao dia do Profissional (psicólogo; nutricionista e profissionais do almoxarifado);
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião revisando as ações geradas no encontro interior. Izadora comenta sobre os kits de higiene, ainda pendente como faz a higienização dos travesseiros e está acompanhamento o andamento da demanda.

As entregas das nécessaires ainda está pendente uma data para distribuição, sendo necessário a entrega o quanto antes para não perder o significado. Kamila diz que temos 390 nécessaires para ser distribuída a equipe de enfermagem.

A Palestra do Psicólogo tem previsão de realização nos dias 21 e 22 de Setembro, representando a campanha da prevenção ao suicídio, junto com a psicóloga Evelyn.

Demanda ainda pendente na área de convivência, serão instalados dois painéis para as decorações das ações, sendo ainda ausente a plotagem dos mesmos.

Larissa comenta o retorno do Projeto Cuidando de quem cuida e será organizado em conjunto com o RH que conta em seu corpo de colaboradores psicólogos.

Larissa explica a campanha que será realizada pelo setor de Recursos Humanos em conscientização do tema de prevenção de suicídio, que tem como tema a valorização da vida, será realizada uma decoração na área de convivência e entrega aos colaboradores uma fitinha amarela com uma mensagem motivacional.

Juliana relata sobre a ação do cinema que está em alinhamento com a nutricionista Jamilie sobre a alimentação que será disponibilizada no momento da sessão. Já foi alinhado com os enfermeiros Shirley e Alex que a primeira sessão de filme seria nos setores Canário e Arara, ainda ausente uma data para a realização.

Juliana comenta que conheceu uma campanha de Amigo Pet, na qual, em outra instituição adotaram um cachorro e eram custeadas as despesas pelos Diretores, ela encaminhou esta sugestão a Simone e Dr. Victor que aceitaram. Falta definir o local e os por menores do adestramento.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 29 | Bárbara Silvério | 06/10/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 28;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Outubro.

**PARTICIPANTES**

Juliana Cavallari (Enfermeira do SESMT) / Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Bárbara Silvério (Analista Administrativa)/ Izadora Mariani (Secretária Executiva).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Palestra com o psicólogo, Amigo Pet, Nécessaires, Cinema, Área de convivência, Roda de Música, Coletes.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Agradecimento ao dia do Profissional (psicólogo; nutricionista e profissionais do almoxarifado);
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia reunião relatando que os brindes de pins em conscientização ao outubro rosa e novembro azul, chegaram e serão embalados com a TAG enviada pela comunicação da SEDE. Junto aos Pins também serão entregues brincos de perolas, que já estão na unidade, a todas colaboradoras e terceirizadas como forma de celebração ao mês.

Serão realizados folders autoexplicativos de exame de toque, a serem divulgados nos grupos das equipes multiprofissionais do hospital. Além de um painel explicativo na área de convivência, a serem realizados na segunda semana de outubro.

Jakeline comenta sobre o dia do fisioterapeuta (13 de outubro) na qual, as decorações e comes e bebes já estão comprados para fazer um "coffe" em homenagem aos profissionais. Bárbara e Kamila divulgam os cartões de agradecimentos a serem entregues no dia da celebração com chocolates.

No dia 18 de outubro será realizado também um coffe em homenagem ao dia dos médicos, Bárbara comenta que já conversou com o Diretor técnico sobre os cartões e chocolates a serem entregues aos profissionais médicos, também houve uma solicitação a RT de Nutrição para organizar os comes e bebes para a celebração.

Finalizando as homenagens aos colaboradores, Bárbara comenta que irá realizar os cartões de agradecimentos aos colaboradores de TI a serem entregues no dia 19 de outubro com chocolates.

Nesta reunião foi levantada a pauta sobre os membros da comissão a ser inseridos, no próximo encontro agendado para o dia 11 de novembro, serão discutidas estas possibilidades.

Jakeline comenta que a ação de Roda de Música foi um sucesso, realizado minis encontros ao longo do mês de setembro, com o auxílio da equipe multi, técnico de ti e o motorista da unidade (que tocam instrumentos).

Juliana finaliza a reunião relatando que o Projeto do Amigo Pet já está em aprovação com a Diretoria Geral e Técnica, sendo alinhados assuntos pertinentes a adoção do animal e o local na qual será alocado dentro do hospital.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 30 | Bárbara Silvério | 07/11/2023 | 10h00 | 11h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 29;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Novembro.

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Enfermeira Estomaterapeuta) / Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Bárbara Silvério (Analista Administrativa)/ Izadora Mariani (Secretária Executiva).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Palestra com o psicólogo, Amigo Pet, Cinema, Área de convivência, Roda de Música, Coletes, Oficina Cuidado de quem cuida.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Nécessaires de Enfermagem; Agradecimento ao dia do Profissional (Fisioterapeuta, Médico e Profissional de Tecnologia da Informação) e Execução da ação do Outubro Rosa;
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Bárbara inicia a reunião lendo as ações geradas no último encontro da Comissão:

Quantidade de Kits de Higiene (doação): Izadora comenta que os kits já estão separados e aguardando um momento adequado para a distribuição, quanto às almofadas doadas na época do COVID, em conversa com o Engarregado Administrativo e a Supervisora da Antomari, não foi possível realizar a higienização, visto isso a Bárbara, Jakeline e Pamela sugerem utilizar as almofadas para alguma oficina ou decorações nas ações da humanização.
Área de Convivência: Izadora relata que a arte está na gráfica para a realização da plotagem. Foi também aberto um chamado de serviço a Fractal para a troca dos painéis utilizados para as decorações das ações da Humanização, os mesmos estão danificados por conta de disposição ao clima.
Oficina Cuidado de quem cuida: Em elaboração de projeto para reabrir o Projeto.
Cinema HMG: Jakeline comenta que ainda está pendente um local para acontecer a ação. Ação será realizada em conjunto com a equipe multiprofissional.
Projeto Pet: Izadora diz que em conjunto com a Barbara, Simone e Dr. Victor irão realizar uma visita ao Hospital Dia – Cidade Ademar, para conhecer como o projeto é executado ao hospital, no dia 13 de novembro de 2023.
Nécessaires de Enfermagem: Foi feita a contagem e as embalagens, porém serão distribuídas somente na Semana de Enfermagem/2024.
Coletes: Ainda pendente, aguardando o retorno da Juliana que está de férias.

Paulo, Jakeline comenta que tiveram uma reunião com o RH da SEDE e a Comissão de Humanização irá apoiar na ação da montagem do quebra cabeça em homenagem ao aniversário do INTS. Ação será realizada nos dias 16 e 17 de novembro para contemplar os dois plantões.
Izadora completa que nos dias 05 e 06 também em comemoração ao aniversário do INTS, Simone em conjunto com Jamilie estão verificando a disponibilidade de na hira do almoço disponibilizar bolos como sobremesa aos colaboradores.
Para os dias dos profissional Barbara relata que serão seguidas as mesmas ações de homenagem, elaboração de um cartão e chocolates de lembrancinhas.
Aos colabores homens serão entregues abridor de lata como lembrancinhas a ação do novembro azul, finaliza Bárbara.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Humanização – Encontro 31 | Bárbara Silvério/ Jakeline Barbosa | 13/12/2023 | 10h00 | 11h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Revisão das ações do encontro 30;
- Alinhamento das ações a serem realizadas em Dezembro.

**PARTICIPANTES**

Juliana Marques (Enfermeira do Trabalho) / Paulo Souza (Analista de Qualidade) / Kamila Sales (Analista de Qualidade) / Jakeline Barbosa (Administrativa Multi); Bárbara Silvério (Analista Administrativa)/ Izadora Mariani (Secretária Executiva)/ Jamile Renata (RT de Nutrição)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Amigo Pet, Quantitativo do kit de higiene para doação, Cinema, Área de convivência, Coletes e Oficina Cuidando de quem cuida.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Agradecimento ao dia do Profissional (Radiologista, Biomédico e Técnico e Engenheiro de Segurança do Trabalho), aniversario do INTS, e Novembro Azul.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Juliana inicia a reunião lendo as ações geradas no último encontro da Comissão:

Quantidade de Kits de Higiene (doação): Foi acordado entre os membros que os Kit de Higiene ficarão guardados para uma doação posterior e as almofadas serão utilizadas para decoração de Natal.
Área de Convivência: Ação pendente, pois aguardamos a gráfica para a realização da plotagem. Foi também aberto um chamado de serviço a Fractal para a troca dos painéis utilizados para as decorações das ações da Humanização, os mesmos estão danificados por conta de disposição ao clima.
Oficina Cuidado de quem cuida: Em elaboração para reestruturação o Projeto.
Cinema HMG: Pendente um local para acontecer à ação. Será realizada em conjunto com a equipe multiprofissional.
Amigo Pet: Aguardando a elaboração do projeto para implantação em nosso hospital. Iremos receber a visita do cachorro do hospital dia, cidade Ademar para ação de Natal.
Coletes: Pendente, aguardando elaboração da arte para confeccionar.

Juliana fala sobre o cronograma para realização das ações de Dezembro, e que a decoração será montada no dia 15/12.
Diretora geral solicita que na composição da decoração seja montada uma arvore de natal com bolinhas personalizadas com as fotos da família e colaboradores.
Iniciou no final de novembro a ação de apadrinhamento do pacientes para entrega de presentes (kit higienes) a serem distribuídos no dia 22/12/23, na ação de Natal.
Jamile ira fazer entrega dos panetones, nos dias 18/12/23, 19/12/23 e 20/12/23 para colaboradores no período diurno e noturno.
Jakeline e Izadora irão realizar uma oficina de pintura de desenhos natalinos com os pacientes para exposição na área de convivência.
Jakeline não conseguiu contato com o padre para realização da missa, por esse motivo foi cancelada e na substituição foi realizado um culto ecumênico para atender o publico evangélico.
Barbara ira montar um fluxo das ações e artes de divulgação das ações a serem realizadas.

## ANEXO 18 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO | CÓDIGO: RI.COHU.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/9 |

**PREÂMBULO**

A Comissão de Humanização é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga, de natureza técnico científica, sistematizado, participativo, deliberativo, que de forma organizada e democrática se destina a assessorar e implementar uma política institucional de sensibilização, humanização na assistência plena à saúde.

**CONSIDERANDO** - Atender aos princípios no Programa Nacional de Humanização, sendo eles:

**Transversalidade:** Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

**Indissociabilidade:** entre atenção e gestão - Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; - Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; - Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

**Protagonismo:** corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos - Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; - As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

**CONSIDERANDO:** Dispositivos e diretrizes da PNH: As diretrizes da PNH são orientações gerais que expressam o método da inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde através de Clínica Ampliada, Cogestão, Acolhimento, Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário, Fomento das grupalidades, coletivos e redes e Construção da memória do SUS que dá certo.

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 19 - ATAS DA COMISSÃO PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

| | ATA DE REUNIÃO | | | |
|---|---|---|---|---|
| HMG Hospital Municipal Guarapiranga | Objetivo da Reunião: REUNIÃO MENSAL DA CIPA | | | CIDADE DE SÃO PAULO / INTS |
| | Código: HMG.FP.SGQ.011 | Revisão: 0 | Data: 28/04/2021 | Página 1 de 2 |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Ordinária | EMILIO JR. | 10/01/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- REALIZAÇÃO DA INSTALAÇÃO DOS PERFIS DOS QUARTOS (PISOS VINILICOS).
- PROGRAMAR DESD PARA MONTAGEM E DESCARTE ADEQUADO DAS CAIXAS.
- NÃO HOUE ACIDENTES DO TRABALHO NO MÊS.
- REALIZAÇÃO DE REORIENTAÇÃO SOBRE A PROIBIÇÃO DO USO DE ADORNO.
- PARTE DAS FITAS DERRAPANTE JÁ ESTÃO SENDO INSTALADAS.
- OBSERVAR POLTRONAS DE DESCANSO PARA ORDEM DE SERVIÇO DE CONSERTO.

**PARTICIPANTES**

THOMAS GABRIEL SOUZA, ROSILENE NUNES, SELMA APAR., WIKARO C.A.

**AÇÕES GERADAS**

- DSS SOBRE SEGURANÇA NO MANUSEIO COM PERFURAS
- DSS SOBRE PROIBIÇÃO DO USO DE ADORNOS

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| DDS (DSS) SOBRE SEGURANÇA COM PERFUROS | JANEIRO | SESMT | REALIZADO |

| | ATA DE REUNIÃO | | | |
|---|---|---|---|---|
| HMG Hospital Municipal Guarapiranga | **Objetivo da Reunião: REUNIÃO MENSAL DA CIPA** | | | CIDADE DE SÃO PAULO / NTS |
| | Código: HMG.FP.SGQ.011 | Revisão: 0 | Data: 09/11/2022 | Página **1** de **1** |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Ordinária | Wikaro | 07/03/2023 | 15h15min | 15h45min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

**PARTICIPANTES**

James Sanches Custódio, Denis Alexandre Fernandes Vieira, Selma Aparecida Silva Lima, Wikaro Carvalho André da Silva, Emilio F Santos Jr, Tatiana Lima da Silva, Gabriel Dos Santos De Souza.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Ao sétimo dia do mês de março de 2023, iniciou-se a primeira reunião mensal da CIPA.

Emilio pontuou que não temos nenhuma pendência em relação aos assuntos da ultima reunião tais como; a questão das lixeiras, fitas antiderrapantes, o problema com agua no setor Bem Te Vi, Campanha sobre perfuro e intensificação de lembretes sobre o assunto da proibição do uso de adornos para o setor assistencial;

Emilio orienta sobre não poder ser utilizada a maca de emergência para outros fins, pois foi utilizada para o transporte de um óbito;

Denis sugere que nas evidencias de não conformidade seja tomado o devido cuidado para com a exposição de imagens de pacientes ou colaboradores;

Gabriel questiona sobre o ponto de oxigênio dentro do CPD de TI;

Devido à dificuldade de desativação no momento; Wikaro sugere que seja feita uma proteção de isolamento no ponto junto à equipe de manutenção;

Selma questiona sobre as luvas e a sua qualidade e possibilidade até de trocar a marca das luvas;

Denis relata que ainda existem problemas em relação a adornos e tamanhos das unhas de colaboradoras na equipe de enfermagem;

Continuamos com indicadores baixíssimos de acidentes com perfuro cortantes; porém tem sido relatado que estão utilizando caixa de 7 Litros no suporte para 10 Litros e vice versa;

Tratamos sobre o acréscimo do números de câmeras e a importância por questões de segurança patrimonial, segurança dos pacientes e dos próprios colaboradores;

Sem mais assuntos a serem tratados, deu-se encerrado a reunião.

Emilio F. Júnior
Téc. Seg. Trabalho/NTS
Hospital Municipal Guarapiranga

| | ATA DE REUNIÃO | | | |
|---|---|---|---|---|
| HMG Hospital Municipal Guarapiranga | **Objetivo da Reunião: REUNIÃO MENSAL DA CIPA** | | | CIDADE DE SÃO PAULO / NTS |
| | Código: HMG.FP.SGQ.011 | Revisão: 0 | Data: 28/04/2021 | Página **1** de **2** |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Ordinária | Wikaro | 11/04/2022 | 15h13min | 16h05min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

**PARTICIPANTES**

Thomas Peter Payne, Pedro Cazares, Dulcineia De Souza, Railda Maria Cascais, Paulo Rodrigo De S. Barbosa, Evely Gallo Lemos Da Silva, Emilio Ferreira Dos Santos Júnior, Wikaro Carvalho André Da Silva.

**AÇÕES GERADAS**

Ao decimo primeiro dia do mês de abril de 2023, iniciou-se a reunião mensal da CIPA.

Wikaro relembra assuntos tratados na ultima reunião e que temos como pendência o registro de oxigênio no CPD de TI.

Thomas sugere que fiquem registradas em ata as medidas cabíveis junto à empresa de manutenção.

Emilio informa que em faremos a campanha de conscientização de segurança no ambiente de trabalho ( Abril Verde); entre os dias 24 e 28 e deixa em aberto para sugestões.

Pedro sinaliza que houve três acidentes de trabalho no mês de março, sendo dois de risco biológico e um típico. (os de risco biológico foram com lanceta e outro com agulha na hora da administração do medicamento e o típico fora na abertura de uma cadeira de rodas).

Pedro diz que na coleta de informações a respeito de acidentes de trabalho as informações por partes dos funcionários não são precisas e que isso dificulta na aquisição de abertura de CAT, Levando em conta que no check list do ministério do trabalho é preciso preencher informações sobre negligencia, imperícia e imprudência.

Thomas pontua que nos como CIPA devemos ser mais participativo no que diz respeito a informações de segurança e a importância de sermos multiplicadores dessas informações.

Paulo cita que existe uma suposta ideia para criação de uma nova comissão para avaliar o meio ambiente e sugere que ao invés disso seja implantado como um check list da CIPA.

Evely pergunta sobre rouparia e a possível mudança de local.

Thomas responde que foi aprovada a mudança e que hoje mesmo deu-se início as obras.

Emilio diz que a CIPA terá uma nova nomenclatura e que também irá tratar de assédio. Passando assim a se chamar (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio); e que nosso engenheiro de segurança do trabalho Bruno já vem tratando do assunto junto a Sede na Bahia e que agora esta aguardando uma diretriz sobre como conduzir o assunto em nossa unidade.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Reunião Mensal da CIPA | Wikaro Silva | 09/05/2023 | 15h05min | 15h55min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

**PARTICIPANTES**

André Luiz Santos, Evely Gallo Lemos Da Silva, Denis Alexandre F. Vieira, Fabio Bueno D. Silva, Railda Maria Cascais, Wikaro Carvalho André Da Silva (Secretário), Emilio Ferreira Dos Santos Júnior (Presidente).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:**
- Corretiva no ponto de oxigênio no CPD da TI
- Cilindros de oxigênio espalhados nos corredores
- Intensificar DDS e informações
- Campanha sobre Abril verde (Preparativos)
- Uniformes e roupas de cama e banho sujos
- Mudança de local da rouparia devido à dificuldade de acesso
- Caixa de perfuro Setor Colibri em suporte errado
- Melhores informações sobre como trataremos o tema Assédio e o papel da CIPA dentro da unidade
- **Ações que foram executadas no último mês:**
- Foi Executava junto à manutenção e o SESMT a corretiva no ponto de oxigênio dentro do CPD da TI.
- Os cilindros de oxigênio foram verificados e realocados para sala de utilidades dos setores.
- DDS sobre NR06 Realizada na primeira semana de maio.
- Campanha Abril verde realizada com um mínimo aumento na participação de integrantes da CIPA
- Melhora na condição de pisos e pintura das paredes sendo executadas nas alas progressivamente.
- Assédio (Bruno engenheiro de segurança em contato com Gleydson da qualidade e a Sede, informa que nos como CIPA não faremos a tratativa do assunto). Sendo assim no primeiro momento a CIPA fica incumbida de direcionar colaborador (a) ao Paulo da Qualidade um dos nossos Cipeiros que faz parte do setor de qualidade para um melhor direcionamento levando em conta a delicadeza do tema.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:**
- Emilio orienta a importância de informar pontualmente sobre os acidentes e que enfermeiros, supervisor acompanhe o processo.
- Um acidente de Trabalho no banheiro aonde colaborador quebrou a mão em uma queda.
- Participação de Cipeiros na produção de novas campanhas e que só as mesmas pessoas participam do processo.
- Assédio e melhores informações sobre o tema Bruno ficaram de nos pontuar melhor diretriz.
- Realizar Campanha nacional de Acidente de Trabalho (Campati).

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Reunião Mensal da CIPA | Emílio Jr. | 06 e 07/06/2023 | 15h00min | 15h25min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- O assunto discutido foi sobre informações recebidas da INTS Sede com o tema assédio, as informações foram pontuados através de um manual orientativo realizado pela própria INTS Sede, onde ficou definido pela CIPA, o sr. Paulo Rodrigo, exercendo o cargo de Analista de Qualidade, cipeiro e responsável ao atendimento e encaminhamento ao Compliance, sobre as questões de denúncias sobre assédio.

Também foi informado sobre as realizações da CAMPAT a ser realizada dias 27 e 28 de julho e SIPAT dos dias 21 a 27 de Agosto.

**PARTICIPANTES**

André Luiz Santos, Evely Gallo Lemos Da Silva, Fabio Bueno D. Silva, Railda Maria Cascais, James Sanches, Dulcinéia de Sousa. Wikaro Carvalho André Da Silva (Secretário), Emílio Ferreira Dos Santos Júnior (Presidente).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:**
  Tratativa em relação ao recebimento de denúncias.
- **Ações que foram executadas no último mês:**
- DDS sobre NR06 Realizada na primeira semana de maio.
- Melhora na condição de pisos e pintura das paredes sendo executadas nas alas progressivamente.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:**
- Realizar Campanha nacional de Acidente de Trabalho (CAMPAT).

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| DSS Equipamento de Proteção Individual | Mês de junho | SESMT | Realizado |
| Dss sobre cuidados com a presença de carrapatos em contato com a vegetação | Mês de junho | SESMET | Realizado |
| | | | |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| ORDINÁRIA | EMÍLIO JR. T.S.T | 10/07/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

FABIO FALOU DA POSSIBILIDADE DE PALESTRANTE P/ SIPAT OU ATÉ ELE MESMO PALESTRAR SOBRE PRIMEIROS SOCORROS E PROCEDIMENTOS - PARTIRÁ PARA ADM — CAMPAT E SINALIZADO DE ABANDONO.
ROSELI FALOU SOBRE PROCEDIMENTO DO MOTORISTA DA VAN (TRANSPORTE) SOBRE EDUCAÇÃO, ONDE FOI ORIENTADA A CONVERSAR COM DEMAIS COLABORADORES.

**PARTICIPANTES**

ROSELI PAIXÃO, FABIO BUENO, PAULO RODRIGO, DANIEL DA SILVA, TATIANA LIMA, DULCINEIA DE SOUZA, JAMES SANCHES, ANDRÉ LUIZ SANTOS.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:**
  CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DA SIPAT (FOI DIVULGADO).

- **Ações que foram executadas no último mês:**
  TREINAMENTO DA NR-32 EEPI (NRG) PARA O SETOR RADIOLOGIA SOBRE O USO DO AVENTAL DE CHUMBO E PROTETOR TIREOIDE.

- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:**
  NÃO HOUVE

Emilio F. Júnior
Tec. Seg. Trabalho/INTS
Hospital Municipal Guarapiranga

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Reunião Mensal da CIPA | Wikaro Carvalho | 09 e 10/08/2023 | 15h00min | 15h55min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

No dia 09 de agosto, o sr. Emilio Jr, presidente da CIPA, dado início a reunião, Sr. Wikaro, (Secretário) faz a leitura da ata anterior. Sr. James, relata que pessoal da farmácia vem reclamando das cadeiras e da distância que fica os encostos causando desconforto muscular e mal jeito na coluna; Sr. Bruno, engenheiro de segurança do trabalho explica sobre que vale reforçar para os colaboradores a questão do mal-uso pois esse acaba sendo um dos motivos mais frequentes de danificação nas cadeiras. Sra. Railda, cita a dificuldade de uso dos banheiros por parte das equipes que atuam no setor ala colibri e beija flor, pois precisam descer para fazer uso na ala sabia e chegando lá quase sempre está ocupado ou quebrado inclusive nos vestiários.

Sr. Bruno pede que façamos um reforço ao pessoal sobre o mal-uso também nos banheiros e informa que na maioria dos casos os problemas são recorrentes de papel dentro do vaso, pano, absorvente e etc. causando assim os entupimentos além do fato de termos problemas com chuveiros e assentos sendo levados.

Sr. Emilio Jr, diz que não houve acidentes com perfuro no último mês.

**PARTICIPANTES**

Wikaro (Secretário), André Luiz Santos, Fabio Bueno D. Silva, James Sanches, Dulcinéia de Sousa, Paulo Rodrigo, Railda Maria Cascais, Evely Gallo Lemos Da Silva, Emilio Ferreira Dos Santos Júnior (Presidente).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:**
  Realização da SIPAT
- **Ações que foram executadas no último mês:**
- Realizado simulado de abandono
- Treinamento realizado pelo SESMT sobre a NR-23 - Proteção Contra Incêndios.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:**
- Não houve.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| DSS Equipamento de Proteção Individual para Radiologia | Mês de junho | SESMT | Realizado |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| CIPA | BRUNO FREITAS | 11/12/2023 | 15H | 15:30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Cópia da Ata de Eleição.
- Escopo de atividades
- Apresentação dos acidentes de trabalho

**PARTICIPANTES**

MARIA JAKELINE BARBOSA, DULCINEIA DE SOUSA, MARCIO ANTONIO DE OLIVEIRA, JEFFERSON BEZERRA NASCIMENTO, WIKARO CARVALHO ANDRE DA SILVA, BARBARA CRISTINA S. MARCIANO, RAUL TESSI NUNES

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

O Presidente da Comissão o Sr. Bruno Freitas iniciou a reunião apresentando os indicadores de acidentes, explicando que o foco deve ser na atuação das boas práticas com perfurocortante, em seguida solicitou que cada cipeiro ao menos uma vez ao mês realizasse a inspeção em seu setor através do link de inspeções. O Cipeiro Márcio sugere a instalação de um banheiro no setor Colibri, o Presidente da Comissão informa que essa solicitação já está em projeto de adequação geral do hospital. A Cipeira Dulcinéia informa que os administrativos não podem retirar caixas de perfuro no almoxarifado, apenas os técnicos, o Presidente da comissão entrou em contato com a responsável do almoxarifado e foi informado que somente os técnicos podem retirar.

# ANEXO 20 - REGIMENTO DA COMISSÃO Prevenção de Acidentes – CIPA

| REGIMENTO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA | CÓDIGO: RI.SESMT.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/6 |

**OBJETIVO GERAL:**

O objetivo fundamental da CIPA é a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

**OBJETIVO ESPECÍFICO DESTE PLANO DE TRABALHO:**

O objetivo específico deste Regimento / plano de trabalho é ser fazer cumprir a letra b do item 5.16 da Norma regulamentadora nº 5, que diz:

A CIPA tem por atribuição: (..)

*"b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho"*

**DETALHAMENTO DO PLANO DE TRABALHO:**

**A) Inspeções Periódicas:**

Os cipeiros (eleitos e indicados) deverão realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições e trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores assim como o cumprimento da Implantação dos pré-requisitos das Normas Regulamentadoras, e verificar se:

- Os colaboradores estão executando as atividades com segurança;
- Os colaboradores estão utilizando os equipamentos de proteção individual;
- Há alguma condição no ambiente de trabalho que possa contribuir para a ocorrência de acidentes.

As inspeções deverão acontecer antes de cada reunião ordinária mensal da CIPA em dia a definir pelo próprio Grupo e os resultados deverão ser submetidos à ciência do gestor respectivo das áreas inspecionadas para conhecimento, aprovação e providências porventura necessárias.

As demandas uma vez apresentados na CIPA com a devida solução do problema, deverá ser registrada em ATA e encaminhar uma via (original) da ATA ao SESMT da unidade ou encaminhar nos e-mails emiliojunior@ints.org.br ou jeffersonnascimento@ints.org.br.

# ANEXO 21- ATAS DA COMISSÃO CUIDADOS PELE

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados da Pele | Coordenação Enfermagem | 24/01/2023 | 14:00H | 15:00H |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

**ALINHAMENTO DE CONDUTAS DE CURATIVOS PARA PACIENTES COM LESÕES**

**PARTICIPANTES**

Patricia Prado (Gerente de Enfermagem ), Shirlei Oliveira e Diego Melo (Coordenadores de Enfermagem ), Mariana Lima, Edson Luziano, Thamara Derêncio, Camila Maganha e André Vicenti ( Supervisores de Enfermagem ) e os enfermeiros Shirley Schunk, Eliana Cristina da Silva, Lucas José Pereira da Rocha, Priscila Alves Santos e a enfermeira de CCIH Vera Lucia dos Santos Pereira Macedo.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Às 14h00min horas do dia 24 de janeiro de 2023, na sala de gerência de enfermagem os participantes descritos acima, se reúnem em reunião por via remota.
É iniciado como pauta o (Alinhamento de Condutas de Curativos para Pacientes com Lesões do Hospital Municipal de Guarapiranga).
Dando início o primeiro item a ser discutido:
**1 – Apresentação do modelo de alinhamento de conduta, para uma comunicação assertiva e uma assistência eficaz.**
Coordenadora Shirlei Oliveira inicia a reunião, informando a situação atual por falta de estomaterapeuta.
Começa-se alinhando as informações em relação aos fluxos de quem está à frente do plantão, informando a necessidade de treinamentos e o quanto é importante o apoio dos enfermeiros referência para avaliação dos pacientes com coberturas necessárias.
Relata também que a unidade detém de uma comissão de curativo, com uma equipe treinada e especializada, explanando que temos referência nesse quesito, e se necessário solicitar.
**2 - As admissões precisam ser avaliadas e pontuadas em sistema, pois o registro torna maior a fidelidade da informação.**
Os nossos enfermeiros estão atuando em linha de frente nas clinicas e também na avaliação da conduta. Eles continuam prestando assistência geral, atuando como enfermeiro de setor. Diante disso os mesmos precisam ser sinalizados no seu respectivo setor de origem, para avaliação no momento da admissão ou no respectivo leito, realizando acompanhamento da evolução. Estabelece-se assim que os enfermeiros dos setores realizam a primeira avaliação, e julgando necessário solicitam a reavaliação dos enfermeiros referenciais da unidade. Isso antes e após a admissão.
Uma conduta primordial que não deve ser ignorada é a equipe de enfermagem realizar a avaliação e cuidado rigoroso com os insumos, por se tratarem de materiais de valor aquisitivo alto para a instituição, e por esse motivo requer uma atenção maior e mais precisa.
Hoje a gestão tem ciência de que a enfermaria Sanhaçu contém o maior número de curativos, e requer uma atenção redobrada. Sendo assim é proposta uma divisão de plantões, classificando entre par e ímpar, e deixando na responsabilidade dos mesmos a avaliação e a continuidade do processo.
**3 - Diurno um ficará responsável pelo par, e o diurno dois o ímpar, visando na melhoria e qualidade da avaliação.**
Refletimos numa linha de cuidado padronizada, porém a equipe estará ciente de possíveis emergências que possam surgir, e precisarão estar preparadas para isso.
A supervisão é convidada a participar nessa força tarefa, e fazer acontecer o que foi estabelecido no fluxograma, acompanhado de perto toda a movimentação da comissão e respaldando a equipe quando necessário.
Coordenador Diego Melo se apresenta em diálogo ressaltando a importância de dados para a instituição, e que se faz necessário enfatizar a relevância do preenchimento de planilhas para controle essencial dessa demanda, para obtermos um indicador positivo e de qualidade.
Coordenadora Shirlei, reforça a importância da presença desses dados para mostramos que estamos engajados e servindo também como respaldo do nosso trabalho.
A importância da caracterização em exame físico e sendo registrado em dados, nos faz termos um controle maior da lesão, assim conseguindo definir se essa lesão veio de outro serviço ou do próprio domicílio. Por isso os números são fatídicos. A Cristiane, anteriormente enfermeira estomaterapeuta da unidade, sugeriu de inserirmos os referenciais como responsáveis dos setores nesse quesito, cuidando de toda a parte direta, e indiretamente nesses desse processo administrativo.
Coordenadora Shirlei solicita a sinalização na hora do preenchimento, para que se consiga identificar de qual plantão e qual período, em suas especificidades.
**4- Supervisão diurna passará em plantão noturno em processo de continuidade, com o máximo possível de informações fidedignas.**

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 28/03/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- 1º Reunião para revisão dos membros integrantes da Comissão de Cuidados com a Pele .

- Apresentação do Projeto de Implantação do Grupo GACAP (Grupo Assistencial de Cuidados e Atenção e Pele) e dos Guardiões da Pele, alinhamento referente ao objetivo e deveres dos grupos.

- Programação para realização da implantação dos Grupos e realização de treinamento técnico para equipe assistencial, referente aos cuidados com a pele.

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Shilei Oliveira (Coordenadora de Enfermagem), Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Shirley Ferreira Schunk (Enfermeira), Gisele O. Modesto (Enfermeira SCIH), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Lucas Jose Pereira da Rocha (Enfermeiro).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

· **Ações pendentes da última reunião:** Coordenadora Shirley inicia reunião retomando assunto de reunião anterior referente a falta de estomaterapeuta no hospital e comunica oficialmente a chegada da nova estomaterapeuta Pamela Viana Domingues que compõe esta Comissão na data de hoje como Presidente da Comissão de pele e realiza discussões para realinhamento de ações a serem realizadas.

· **Ações que foram executadas no último mês:** Contratação de nova Estomaterapeuta para atuação aos cuidados com a Pele no Hospital Municipal Guarapiranga.

· **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Foi realizado por Estomaterapeuta Pamela Viana Domingues levantamento dos dados que contemplam o cenário de lesões comunitárias e adquiridas, sendo realizadas notificações retroativas quanto às não conformidades.

Às 14h00 do dia 28 de março de 2023, reuniram-se os membros integrantes da Comissão de pele citados acima, na sala de reuniões (aquário), para discutirmos a respeito da revisão dos integrantes membros da Comissão de pele, o que ficou acordado que será revisado e trazido lista atualizada em próxima reunião. Apresentado ao grupo por Estomaterapeuta Pamela , plano de trabalho referente a implantação do grupo GACAP (Grupo Assistencial de Cuidados e Atenção e Pele) e dos Guardiões da Pele, demostrando o objetivo e deveres a serem desenvolvido pelo grupo com ênfase em reduzir agravos e promover a prevenção do surgimento de lesões evitáveis, com compromisso de padronizar os atendimentos e fluxos, garantindo melhor acompanhamento e rastreabilidade das mesmas sejam lesões existentes e/ou fragilidades tissular com potencial de surgimento de lesões evitáveis.

Foi proposto a Comissão a implantação do grupo e aceito em concordância com todos os membros presentes na reunião a oficialização do mesmo GACAP e Guardiões da Pele, com programação de entrega das credenciais para devida identificação dos componentes do Grupo como aptos e treinados à realizar assistência técnica adequada no atendimento as lesões e programa de prevenção como multiplicadores .

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 03/05/2023 | 15h00 | 16h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Inclusão e exclusão dos membros integrantes da Comissão de Cuidados com a Pele.
- Apresentação da Implantação do Grupo GACAP (Grupo Assistencial de Cuidados e Atenção e Pele) e dos Guardiões da Pele.
- Apresentação dos resultados referente ao treinamento sobre Assistência segura em cuidados com a pele.
-Alinhamento de fluxos (Dispensação, armazenamento, higienização e manutenção ) referente aos colchões pneumáticos.
- Padronização dos coletes Guardiões da pele.
- Ação referente a mudança de decúbito .

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Shirley Ferreira Schunk (Enfermeira), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Maria Jovelina Sampaio Siqueira Rocha ( Enfermeira) Juliane Foseca Grespan (Enfermeira, convidada)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

· **Ações pendentes da última reunião:** Estomaterapeuta Pamela inicia reunião retomando assunto de reunião anterior referente as exclusões e inclusões dos membros integrantes da Comissão de Cuidados com a Pele, apresentação dos Resultados referente a Capacitação da equipe assistencial de enfermagem e apresentação referente a implantação do Grupo Gacap e dos Guardiões da pele .

· **Ações que foram executadas no último mês**: Implantação do Grupo Gacap e Guardiões da Pele, Capacitação referente a Assistência segura em cuidados com a pele .

· **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Foi realizado capacitação e treinamento para abertura das NC referente as lesões adquiridas na unidade junto a equipe assistencial e acompanhamento das mesmas, visando acompanhamento dos indicadores.

Às 15h00 do dia 03 de maio de 2023, reuniram-se os membros integrantes da Comissão de pele citados acima, na sala de reuniões (aquário), para discutirmos a respeito da revisão ( inclusão, exclusão e substituição) dos integrantes membros da Comissão de pele, onde foi apresentando lista contendo os seguintes nomes:

**Saídas:**

Juliana dos Santo Duarte – Enfermagem – Vice- Presidente – COREN: 652.568,
Gisele Oliveira Modesto – Enfermeira SCIH – Membro – COREN: 721.931
Vanessa de Cassia Rudio Costa – Enfermagem – Membro – COREN: 678.085
Luciene Anunciação da Silva – Enfermagem – Membro – COREN: 450.002

**Entradas:**

Diego Borges de Melo – Coord. Enfermagem – Membro - COREN 232.581
Juliane Grespan – Enfermagem – 2º Secretária - COREN 703.103
Rafaela Bezerra de Melo Gonzaga – Enfermagem SCIH – Membro - COREN 720.259
Erick Marcelo Rio Branco – Enfermagem – Membro- COREN 614.263
Gisleide Oliveira dos Santos – Sup. Enfermagem – Membro- COREN 462.347

**Substituição**

Eliana Cristina da Silva – Enfermagem – Membro - COREN: 350.784, passa a compor a comissão como Vice – Presidente.

Os integrantes presentes estiverem em comum acordo .

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 06/06/2023 | 11h00 | 12h00 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Apresentação de Resultados do Tratamento de feridas pelo Grupo GACAP
- Alinhamentos dos Lançamentos de Procedimentos no SMEP
- Apresentação do fluxo (Dispensação, armazenamento, higienização e manutenção ) referente aos colchões pneumáticos.
- Apresentação dos resultados referente a abertura de NC´s .
- Ação referente a contenção mecânica .

## PARTICIPANTES

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Eliana Cristina da Silva (Enfermeira), Vera Lucia dos S. Macedo (Enfermeira Vigilância Epidemiológica), Rafaela B. M Gonzaga ( Enfermeira SCIH), Gisleide Oliveira dos Santos ( Supervisora de Enfermagem), Jocineide S. Soares ( Nutricionista).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

· **Ações pendentes da última reunião:** Estomaterapeuta Pamela inicia reunião retomando assunto de reunião anterior referente a padronização de coletes para identificação dos Guardiões da pele, onde estamos aguardando a compra dos mesmo que esta sendo tratado com setor de compras.

Definido fluxo referente (dispensação, armazenamento, higienização e manutenção) referente aos colchões pneumáticos , em discussão manutenção dos motores dos mesmos.

· **Ações que foram executadas no último mês**: Realizamos um levantamento da quantidade de paciente acamados na unidade e em parceria com o almoxarifado realizamos e compra e instalação de 40 colchoes pneumáticos na Unidade em substituição ao uso de colchões piramidais com proposta de despadronização dos piramidais, visando melhoria na qualidade da assistência prestada ao nosso cliente e redução de custos.

· **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Foi identificado a necessidade de realização de treinamento referente contenção mecânica e reorientação referente a abertura de NC´s e lançamento de procedimentos no SMPEP .

Às 11h00 do dia 06 de junho de 2023, reuniram-se os membros integrantes da Comissão de pele citados acima, na sala de reuniões (aquário), para discutirmos a respeito, das ações executadas durante o mês foi apresentando pela estomaterapeuta ao grupo referente a apresentação de Resultados do Tratamento de feridas pelo Grupo GACAP , apresentado fluxo referente a (Dispensação, armazenamento, higienização e manutenção ) referente aos colchões pneumáticos que foram instalados nas unidades onde ficou atrelado ao CME a dispensação, manutenção dos rasgos e furos , higienização, em definição o fluxo da manutenção dos motores que está em discussão com equipe de manutenção(terceiros). Foi apresentando os resultados referente a abertura de NC´s , onde obtivemos um resultado positivo quanto a adesão da equipe. Foi tratado quanto a necessidade de realizarmos uma ação referente a contenção mecânica devido a lesões identificadas.

## AÇÕES GERADAS

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 05/07/2023 | 15h00 | 16h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas pelo Grupo GACAP
- Alinhamentos dos Lançamentos de Procedimentos no SMEP X evoluções de feridas
- Apresentação de gerenciamento de custos referente aos curativos
- Apresentação dos resultados referente a Lpp adquirida
- Ação referente a contenção mecânica e mudança de decúbito

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Fabiana de Castro Cle, Rebeca de Paula Basso , Priscila Alves dos Santos , Danielle Ap de Souza , Gisleide de Oliveira Santos (Supervisora de Enfermagem) .

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Estomaterapeuta Pamela inicia reunião retomando assunto de reunião anterior referente a ação para identificação dos Guardiões da pele, bem como a realização de treinamento referente a mudança de decúbito e contenção mecânica, ambos em andamento e programação para realização.

- **Ações que foram executadas no último mês**: Realizada a compra de 85 colchões pneumáticos e instalação de 77 unidades nos setores, sendo programada a compra de mais 15 unidades para que possamos contemplar os 100 leitos de longa permanência na unidade .

- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Foi identificado lesões por pressão adquiridas (Junho 12), lesões por contenção mecânica (Junho 01).

Às 15h00 do dia 05 de julho de 2023, reuniram-se os membros integrantes da Comissão de pele citados acima, na sala de reuniões (aquário), para discutirmos a respeito, das ações executadas durante o mês, foi apresentando pela estomaterapeuta ao grupo os resultados do tratamento de feridas realizado pelo grupo GACAP , os alinhamentos dos lançamentos de procedimentos no SMEP X evoluções de feridas , planilha de gerenciamento de custos referente aos curativos, apresentação dos resultados referente a Lpp adquirida no mês vigente .

Visto os resultados apresentados no mês , seguimos no planejamento para ação de prevenção de lesões e realização do treinamento para realização de contenção mecânica.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Ação referente a importância da mudança de decúbito (in loco) | 18 e 19/07 | Estomaterapeuta | Pendente |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 04/08/2023 | 11h00 | 12h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas pelo Grupo GACAP
- Resultados dos Lançamentos de Procedimentos no SMEP X evoluções de feridas
- Apresentação dos resultados referente a Lpp adquirida
-Ação referente a mudança de decúbito,
- Certificação dos setores referente aos resultado ZERO lesões,
- Ação referente a contenção mecânica ,
- Controle dos Pneumáticos.

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Fabiana de Castro Cle ( Enfermeira) , Priscila Alves dos Santos( Enfermeira) , Alex Mello (Enfermeiro) , Antonia Solange Rodrigues (Enfermeira) Vera Lucia dos S Macedo (Enfermeira Epidemiologia), Anderson Tomas de Oliveira ( Coordenador de Enfermagem) .

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

· **Ações pendentes da última reunião:** Estomaterapeuta Pamela inicia reunião retomando assunto de reunião anterior referente a ação para identificação dos Guardiões da pele, bem como a realização de treinamento referente a mudança de decúbito e contenção mecânica, ambos em andamento e programação para realização.

· **Ações que foram executadas no último mês**: Mantido colchões pneumáticos instalados nas unidades , fluxo de higienização e manutenção alinhado com CME e Fractal .

· **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Foi identificado lesões por pressão adquiridas (Julho 14), lesões por dispositivo (Julho 02), zero lesões por contenção mecânica.

Às 11h00 do dia 04 de agosto de 2023, reuniram-se os membros integrantes da Comissão de pele citados acima, na sala de reuniões (treinamento), para discutirmos a respeito, das ações executadas durante o mês, foi apresentando pela estomaterapeuta ao grupo os resultados referente ao lançamentos e procedimentos lançados em sistema SMPEP e sua necessidade de melhorar a adesão pelos enfermeiros na área, resultados do tratamento de feridas realizada pelo grupo GACAP, atualmente instalados 85 colchões pneumáticos e nos setores, sendo programada a compra para que possamos contemplar os 100 leitos de longa permanência na unidade. Apresentado resultados referente a lesões por pressão adquiridas no mês de julho e ação referente a mudança de decúbito, mais implantação de termômetro de lesões nos setores., ficando pendente de execução , treinamento quanto a contenção mecânica , e monitoramento diário do termômetro nos setores .

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 01/09/2023 | 15h00 | 16h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas pelo Grupo GACAP
- Apresentação dos resultados referente a Lpp adquirida
- Ação referente a mudança de decúbito,
- Certificação dos setores referente aos resultado ZERO lesões,
- Controle dos Pneumáticos.
- Consumo de Coberturas
- Safety Skin
- Auditoria de Pele

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Fabiana de Castro Cle ( Enfermeira) , Priscila Alves dos Santos( Enfermeira) , Alex Mello (Enfermeiro) , Antonia Solange Rodrigues (Enfermeira) Vera Lucia dos S Macedo (Enfermeira Epidemiologia), Natalia Aparecida Matias (Enfermeira), Danielle Ap de Souza ( Enfermeira), Diego Borges Melo, Cristiane Moura Vermejo ( Enfermeira SCIH).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Às 15h00 do dia 01 de setembro de 2023, reuniram-se os membros integrantes da Comissão de pele citados acima, na sala de reuniões (aquário), para discutirmos a respeito, das ações executadas durante o mês, foi apresentando pela estomaterapeuta ao grupo os resultados referente as ações executadas , resultados do tratamento de feridas realizada pelo grupo GACAP, indicadores atuais de LP adquirida com redução significativa em comparação ao mês anterior , discuto com enfermeiros presentes as necessidades e dificuldades encontradas, atualmente temos instalados 85 colchões pneumáticos e nos setores, sendo programada a compra para que possamos contemplar os 100 leitos de longa permanência na unidade. ficando pendente de execução , iniciar safety skin nos setores , monitoramento dos termômetros de lesões nos setores , e auditoria interna de pele.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Monitoramento do termômetros de lesões nos setores | Continuo | Estomaterapeuta | Em andamento |
| Implantação do SAFETY SKIN | 15/09 | Estomaterapeuta | Em andamento |
| Auditoria de pele | 15/09 | Estomaterapeuta | Em andamento |
| Ação referente a contenção Mecânica | Em planejamento | NEP | Pendente |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 04/10/2023 | 15h00 | 16h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de Setembro pelo GACAP
- Apresentação dos resultados referente a Lpp adquirida em setembro
-Ação referente a Prevenção de Pele in Loco (Atividade Lúdica),
- Certificação dos setores referente aos resultado ZERO lesões no mês de AGOSTO ,
- Controle dos Pneumáticos.
- Safety Skin
- Auditoria de Pele

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Priscila Alves dos Santos( Enfermeira) , Alex Mello (Enfermeiro) , Antonia Solange Rodrigues (Enfermeira) Kelly Cristina Bueno (Enfermeira), Fabiana de Castro Cle(Enfermeira), Julie Emanuelly de Sousa ( Enfermeira), Leandro Alves ( Enfermeira), Gabriel Monteiro da Silva ( Tec Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Às 15h00 do dia 03 de outubro de 2023, reuniram-se os membros integrantes da Comissão de pele citados acima, na sala de reuniões (aquário), para discutirmos a respeito, das ações executadas durante o mês, foi apresentando pela estomaterapeuta ao grupo os resultados referente as ações executadas ( atividade Ludica nos setores para promover a prevenção de lesões nos dias 25 e 26 de setembro , contemplando todos os plantões e certificação dos setores que apresentaram zero lesões em Agosto, resultados do tratamento de feridas realizado pelo grupo GACAP, indicadores atuais de LP adquirida e lesões adquiridas associadas a dispositivo, discuto com enfermeiros presentes as necessidades e dificuldades encontradas, Priscila refere a necessidade de realizarmos treinamento referente a fixação de dispositivos como (SNE e CVD ) atualmente temos instalados 88 colchões pneumáticos e nos setores, mais algumas unidades disponíveis para utilização no almoxarifado, aguardando a compra de mais unidades que contemplaram 130 unidades totais no hospitais ficando pendente de execução , iniciar safety skin nos setores , monitoramento dos termômetros de lesões nos setores , e auditoria interna de pele que ocorrerá mensalmente.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Monitoramento do termômetros de lesões nos setores | Continuo | Estomaterapeuta | Em andamento |
| Implantação do SAFETY SKIN | 15/10 | Estomaterapeuta | Em andamento |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 09/11/2023 | 10h00 | 11h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de OUTUBRO pelo GACAP
- Apresentação dos resultados referente a Lpp adquirida em OUTUBRO
- Controle dos Pneumáticos.
- Safety Skin.
- Auditoria de Pele.
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP.
- Mudança de integrantes da Comissão .

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Evely Galo( Enfermeira), Adailde Pilato( Enfermeira), Juliane Fonseca (Enfermeira) Ivonete Barbosa (Enfermeira), Flavia Batista ( Enfermeira), Inajá Silva ( Enfermeira), Simone Borges (Enfermeira) Railda Cascais(Enfermeira), Vera Lucia Macedo (Enfermeira), Thamara Derencio ( Supervisora de Enfermagem).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Às 10h00 do dia 09 de novembro de 2023, reuniram-se os citados acima, na sala de reuniões (aquário), para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de outubro, foi apresentando pela estomaterapeuta ao grupo as metas em desenvolvimento para o grupo, que são : Registros de procedimentos/ evolução no SMEP, explica a importância dos lançamentos serem realizado de forma fidedigna para adequação de prontuário do paciente, registro da assistência prestada e para controle do faturamento, foi falado sobre a implantação do Safety Skin ( Reunião de Segurança da Pele) que acontecerá apartir da primeira semana de dezembro, a estomaterapeuta relata também sobre a má adesão a atualização doTermômetro de Lesões e sua importância para visualização diária da equipe setorial como forma de conscientização, a mesma apresenta os resultados dos indicadores mensais e reforça a importância do registro das não conformidades ( LP adquirida ) pois foi evidenciado em Auditoria de pele que ocorreu na semana dos dias 23 de outubro ao dia 31 de outubro que tivemos algumas lesões adquiridas na instituição não notificadas, foi informado por estomaterapeuta que estamos tendo problemas com danificações aos colchões pneumáticos por mau uso, a enfermeira Ivonete e trouxe a necessidade de envolvimento de toda equipe multiprofissional e inclusive da higiene hospitalar a conscientização sobre a mobilização das camas para garantir o uso adequado das mesmas, pois estes profissionais também mobilizam os pacientes e os seus respectivos leitos, estomaterapeuta Pamela pergunta o que os enfermeiros acham sobre passar as informações dos colchões pneumáticos no caderno de controle do setor, supervisora Thamara concorda e ambos enfermeiros presentes também, estomaterapeuta informa que comunicará em breve assim que compartilhar com coordenação de enfermagem, estomaterapeuta apresenta algumas fotos de resultados positivos de tratamento de lesões e alguns

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Cuidados com a Pele | Pamela Viana Domingues | 06/12/2023 | 15h00 | 16h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de NOVEMBRO pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores
- Controle dos Pneumáticos.
- Safety Skin.
- Auditoria de Pele.
- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.
- Discussão de pacientes Watchers .

**PARTICIPANTES**

Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Vanessa Alves ( Enf. Seg paciente), Tamires Demichilli (Enf. Scih ) Fernanda Demichilli ( Sup. Enfermagem), Priscila C. santos (Farmaceutica), Alanna Rocha (Nutricionista), Priscila Alves (Enfermeira), Natalia Ap Matias (Enfermeira), Fabiana de Castro(Enfermeira), Leandro Moreira Alves (Enfermeiro), Kelly C Santana (Enfermeira)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Às 15h00 do dia 06 de dezembro de 2023, reuniram-se os citados acima, na sala de treinamento para discutirmos a respeito, dos resultados obtidos no mês de noevembro, foi apresentando pela estomaterapeuta ao grupo as metas em desenvolvimento para o grupo, que são :

- Apresentação de Resultados dos Tratamento das feridas no mês de NOVEMBRO pelo GACAP
- Apresentação dos Indicadores
- Controle dos Pneumáticos.
- Safety Skin.
- Auditoria de Pele.

_ Capacitação para Tecnica de avaliação e tratamento em feridas que ocorrera

- Registros de procedimentos e Evolução SMPEP x Faturamento.

- Foi realizado Discussão referente aos pacientes Watchers , juntamente com a equipe de nutrição e enfermagem presente, a estomaterapeuta relata também sobre a má adesão a atualização do Termômetro de Lesões e sua importância para conscientização da equipe, a mesma apresentou os resultados dos indicadores mensais reforçou a importância dos registros de não conformidades referente a LP adquirida, apresenta os resultados obtidos em auditoria entre os dias 27 e dia 01, onde foi evidenciado as lp e lesões por dispositivos , discutimos um plano de ação que será programado para o próximo mês referente a fixação dos dispositivos médicos, foi informado por estomaterapeuta que estamos tendo problemas com danificações aos colchões pneumáticos por mau uso, estomaterapeuta apresenta algumas fotos de resultados positivos de tratamento de lesões , foi falado pela mesma

# ANEXO 22 - REGIMENTO DA COMISSÃO CUIDADOS PELE

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE | CÓDIGO: RI.CCP.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/9 |

**PREÂMBULO**

A Comissão de Cuidados com a pele é um órgão de assessoria técnico científica do Hospital Municipal Guarapiranga e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a padronização de saberes entre os profissionais, prevenção, tratamento de feridas, assim como prevenir o surgimento de lesões estáveis com o compromisso de oferecer qualidade assistencial e otimização de recursos.

**CONSIDERANDO** – Atender a Resolução SES nº 1135 de 25 de março de 2015 que aprova o regimento interno do grupo de prevenção e tratamento de lesões cutâneas da Secretaria do Estado de Saúde.

**CONSIDERANDO** – Alinhamento das Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO** – Portaria nº 529, de 01 de Abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente PNSP.

**CONSIDERANDO** – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

**CONSIDERANDO** – Consenso NPUAP 2016 – Adaptado para Brasil em 27/10/2020

**CONSIDERANDO** – Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, Resolução 358 de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**CONSIDERANDO** – Manual de Padronização de Curativos – Prefeitura do Município de São – Secretaria Municipal da Saúde – SMS 2021.

**Art. 1° - Dos Objetivos**

A Comissão de Cuidados com a Pele tem como objetivo a normatização, sistematização acerca da prevenção, diagnóstico e do tratamento das lesões cutâneas para reduzir incidências e gravidade de feridas.

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 23 - ATAS DA COMISSÃO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde | Thomas Payne | 06/01/2023 | 11:10hs | 12:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Descrever aqui o resumo da pauta definida e tratada na reunião em formato de tópicos.

**PARTICIPANTES**

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem) / Thomas Peter Payne (Encarregado Administrativo) / Thamires Diniz (Supervisora Antomari) / Carolina Amaral (Farmacêutica) / Gisele Modesto (Enf. SCIH).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:**
  Orientação In Loco sobre cuidados com patrimônio (lixeira) \ Verificar com patrimônio e adm sobre termo de responsabilidade;
- **Ações que foram executadas no último mês:** Conscientizar equipes sobre o que são acidentes ocupacionais;
  Criado Grupo para comunicação de pacientes em Isolamento..
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Iniciamos a reunião com a leitura da última ata, pontuando as demandas e o que foi feito conforme abaixo.

As orientações referentes ao cuidado com os bens patrimoniais, pendente de reuniões anteriores, será conduzida e realizada pelo departamento de Recursos Humanos/Departamento Pessoal. O termo de responsabilidade fará parte do kit de documentos admissionais que deverão ser assinados por novos colaboradores;

Foi criado o grupo de WhatsApp para atualizar as equipes responsáveis quanto aos leitos/pacientes em isolamento. Gisele informou que temos um novo médico infectologista na unidade e que será apresentada uma nova proposta para os casos de isolamento e distribuição de lixeiras. Já o retorno do laboratório com os exames positivos para isolamento, estes estão sendo enviados antes das 10hs (dez da manhã) conforme proposto anteriormente;

Diego informou que o carrinho de curativos com lixeira teve a previsão alterada para o final de janeiro de 2023. Foi sugerido que a aquisição fosse feita como bens de contra partida para a Instituição de Ensino que envia os estagiários para a unidade;

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Thomas Peter Payne | 03/02/2023 | 11:20 | 12:20 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Comunicado os Supervisores Diurnos responsáveis por cada setor; Feedback referente à visita ao Laboratório Biomega; Alinhamento sobre a campanha do PGRSS.

## PARTICIPANTES

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Thomas Peter Payne (Encarregado Administrativo), Kamila Sales (Analista de Qualidade), Bruno Freitas (Engº Segurança do Trabalho), Juliana Marques Cavallari (Enfª do Trabalho), Maristela Cimino (RT Antomari), Gisele O. Modesto (Enf. SCIH) e Paulo Henrique (Coordenador Adm e Financeiro).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Orientação In Loco sobre cuidados com patrimônio (lixeira) \ Verificar com patrimônio e adm sobre termo de responsabilidade;
- **Ações que foram executadas no último mês:** Aquisição de novas lixeiras; Registro de fotos de descarte incorreto; Visita ao Laboratório.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Diego iniciou a reunião com a leitura da ultima ata, pontuando as demandas e o que foi feito conforme abaixo.

Retomamos o assunto referente ao perfil de Isolamento, aos finais de semana e no plantão noite a supervisão de enfermagem quem irá avaliar as indicações de Isolamento, conforme alinhado com SCIH e irá alimentar em sistema. Durante a semana, em horário comercial, o isolamento continua sendo feito pela SCIH. Diego informou que está aguardando do medico infectologista quais os microrganismos e doenças, que serão isoladas.

Diego atualizou que ainda está pendente a aquisição do carrinho de curativos, mas que está acompanhando.

Como mencionado anteriormente, os setores foram divididos pelos supervisores, que irão acompanhar as demandas de PGRSS, entre outras. Os setores foram divididos da seguinte maneira: Beija Flor, Colibri, Bem Te Vi, NIR e CME serão acompanhados pelas supervisoras Mariana e Andreia e os setores Sabiá, Sanhaçu, Canário, Araras, João de Barro e Canarinho serão acompanhados pelos supervisores Edson e Thamara. Como no plantão noturno temos apenas um supervisor por plantão, este será responsável por todos os setores;

A 1ª Campanha do PGRSS já foi iniciada com as visitas do SESMT in loco, levando informações de forma lúdica aos colaboradores e a comissão iniciou a sensibilização com o QUIZ. A RT Maristela e SCIH Gisele já separaram algumas fotos com erros de descarte para que possamos montar um mural e na próxima etapa iremos divulgar a classificação dos resíduos.

A enfermeira Juliana informa que já comprou os materiais para confecção do painel, foi solicitado ao coordenador Diego que retome o pedido de subsidio, ofertado pelo Dr. Victor Hugo, para compra destes materiais.

Maristela informou que as lixeiras foram adquiridas e tem previsão de 20 dias para entrega, previsto para 23 de fevereiro, porem não temos etiquetas de identificação. O Encarregado Thomas Peter irá realizar o pedido conforme dimensionamento passado pela Antomari, 150 unidades pares de etiqueta para resíduo comum e 100 unidades pares de etiqueta para resíduo infectante.

Referente à vistoria no laboratório Biomega, a enfermeira da SCIH Gisele informou que realizou a vistoria e não identificou inconformidades, mas que irá encaminhar o relatório para todos os membros. A respeito do descarte dos produtos químicos, a Gisele irá verificar o PGRSS da Biomega, o qual já foi solicitado que a supervisora Talita (Biomega) encaminhe para nossa qualidade. Diego pediu à Gisele que solicite a quantificação de descarte de resíduos químicos do laboratório para inclui-lo aos indicadores da comissão.

Por fim, foi sinalizado pela responsável pelo laboratório que algumas pessoas passam pelo setor como forma de "cortar caminho", o que gerou estranheza para todos, que se comprometeram a orientar suas equipes a não fazê-lo. Foi solicitado que identifiquem quem são as pessoas, ou equipes, que utilizam o laboratório como rota alternativa para cortar caminho.

A respeito do descarte das placas de Raios-X, a Maristela questionou se ainda geramos este resíduo em nossa unidade, o qual o Diego informou que não. Dito isso, foi sugerido levar estes resíduos para um ponto de coleta para o devido descarte. Diego irá verificar

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Thomas Peter Payne | 03/03/2023 | 11:10 | 12:20 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Indicadores da ação do PGRSS, Indicadores da comissão e apresentação de melhorias no relatório da comissão.

## PARTICIPANTES

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Thomas Peter Payne (Encarregado Administrativo), Kamila Sales (Analista de Qualidade), Bruno Freitas (Engº Segurança do Trabalho), Juliana Marques Cavallari (Enfª do Trabalho), Maristela Cimino (RT Antomari), Gisele O. Modesto (Enf. SCIH) e Daniela Scavone (Supervisora de Farmácia).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Atualizar sobre aquisição de carrinho para curativos com lixeira/ Destinar descarte das placas de Raio X/ Reembolsar Juliana ref material para montagem do Painel ;
- **Ações que foram executadas no último mês:** Aquisição de novas lixeiras e etiquetas; 1ª Ação do PGRSS e Visita ao Laboratório Biomega para melhoria do PGRSS.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Diego iniciou a reunião com a leitura da ultima ata, pontuando as demandas e o que foi feito conforme abaixo.

Referente ao perfil de Isolamento, Diego informou que ainda não foi alinhado junto medico infectologista e SCIH quais serão os micro-organismos elegíveis para isolamento, irá verificar com o Dr. Lucas e apresentará à comissão.

Diego informou à comissão que o carrinho de curativos não será adquirido como contra partida pelas Instituições de Ensino, como proposto anteriormente, porém foi apresentado na ultima revisão do plano de trabalho, com previsão de retorno até junho deste ano.

Maristela comunicou que houve um atraso na entrega das novas lixeiras, porem que serão entregues em até dez dias, o que foi complementado por mim, Thomas Peter, que as etiquetas também estão com previsão de entrega neste mesmo período.

Diego solicitou à Gisele da SCIH o envio do PGRSS do Laboratório terceirizado, Biomega, o que de imediato foi respondido pela enfermeira do trabalho, Juliana, que este documento já havia sido encaminhado anteriormente, porém que nos reenviaria ainda hoje.

Ainda sobre o laboratório, Gisele comunicou que a responsável pelo setor não soube informar o volume de resíduos do grupo B (químico) gerados e descartados no setor, devido a isso, o coordenador Diego se propôs a realizar uma nova visita à Biomega para auxiliar na construção deste relatório de geração de resíduos.

Referente ao descarte de material de raios-X demanda apresentada na ultima reunião, não foram identificados pontos de coleta para que pudéssemos realizar o devido descarte. Diego sugeriu realizar um manifesto contendo o volume de placas a ser descartado, o que foi complementado por Maristela para que levássemos este material a outra unidade INTS que realiza este descarte.

Novamente foi mencionado que alguns colaboradores tem dificuldade em montar a caixa descarpak (caixa para descarte de perfuro cortante), o engenheiro da Segurança do Trabalho, Bruno, sugeriu gravarmos um vídeo mostrando o passo a passo da montagem da caixa.

Diego apresentou a parcial do relatório e indicadores da primeira ação do PGRSS realizado no ultimo mês e solicitou a todos que tivessem fotos do painel e das ações que enviassem para ele, para anexar ao relatório. Nesta apresentação foi identificada a necessidade de atualizar os membros da comissão, o qual o Diego irá solicitar à Qualidade os dados atualizados. Dentre os itens apresentados, foram ressaltados os seguintes pontos, houve uma adesão de 195 colaboradores respondendo o quiz da primeira fase, etapa de mobilização com alertas e mobilização do SESMT, tendo a equipe de fisioterapia se destacado com o maior numero de respostas, valor global. O NEP irá mensurar a adesão ao treinamento e deverá divulgar até o próximo mês, considerando a proporção de cada equipe/setor. O coordenador Diego irá mensurar e apresentar neste relatório qual a porcentagem de evolução da equipe HMG entre a primeira e quarta fase da ação. Bruno sugeriu realizarmos a entrega de um certificado à equipe de fisioterapia, enaltecendo o engajamento e participação da equipe nesta ação, o que foi aprovado e apoiado por todos os membros presentes. O Bruno sugerido também a criação de um QR com informações sobre tipo de resíduo a ser descartado em cada lixeira, para deixarmos próximos a

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Thomas Peter Payne | 17/03/2023 | 11:15 | 12:00 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Reunião Extraoriniária para apresentar fluxo e rota de coleta de resíduos feita pela Antomari

## PARTICIPANTES

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Thomas Peter Payne (Encarregado Administrativo), Kamila Sales (Analista de Qualidade), Juliana Marques Cavallari (Enfª do Trabalho), Carolina Santos Amaral (Farmacêutica) e Maristela Cimino (RT Antomari).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Maristela iniciou a reunião apresentando a proposta do novo fluxograma de coleta de todos os setores e conduziu os membros da comissão para apresentação in loco, de forma que todos pudessem tomar conhecimento da rota atual e compara-la com a nova proposta, iniciando pelo setor João de Barro, Canarinho e HCAMP, este percurso sai pela área de convivência e segue pela lateral esquerda do prédio HMG 1, até chegar ao portão. Neste primeiro, identificamos a necessidade de novas placas de sinalização sendo elas uma para o abrigo de resíduos e outra para rouparia, ambas no setor João de Barro.

Maristela levou todos para que pudessem conhecer o abrigo externo da unidade, onde foi identificada a necessidade de impermeabilizar o piso do abrigo, pois há infiltração do chorume, o que poderá gerar complicações futuras para a unidade.

De volta ao hospital, próximo ao morgue e SESMT, Maristela mostrou os atuais containers utilizados pela Antomari como abrigo intermediário, que serão substituídos por novos já que os atuais estão com a tapa quebrada. Ao questionar se este estaria de acordo, foi informado pelo coordenador Diego que o modelo atual atende às normas e que podemos continuar utilizando, desde que estejam em boas condições (os atuais estão com a tampa quebrada). Maristela chamou a atenção para o piso externo da unidade, toda a área possui buracos ou desníveis que dificultam a mobilidade do operacional e danificam as rodas e pneus dos carrinhos de transporte, sendo esta o principal motivo pelo qual deseja atualizar a rota.

Atualmente todo resíduo coletado nos setores Sabiá e Bem te Vi são removidos pela saída da Bem Te Vi e seguem o percurso externos pela direita do prédio HMG 1, área que, como mencionado acima esta bem degradada e gera ônus à empresa.

Para que a comissão possa propor um plano de ação e encaminhar a solicitação de mudança, forem solicitadas as seguintes informações:

• Quantitativo de carrinhos tipo Container da unidade;
• Volume de resíduos x unidade de internação;
• Horário de Refeição x Horário de Coleta .

Nada mais havendo a tratar, O vice-presidente da comissão, Diego, encerrou a reunião. E para constar, eu, Thomas Peter, lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e por todos os presentes.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Diego Borges de Melo | 07/04/2023 | 09h00min | 12h00min |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Reunião programada – Secretaria Infraestrutura do Estado de São Paulo.

1) Informações Gerais do PGRSS do Hospital Municipal Guarapiranga;
2) Visita Técnica às Unidades e área de destinação de resíduos.

## PARTICIPANTES

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Carmen Izabel Domingues Souza (Gerencia de Enfermagem), Simone da Silva Araújo (Diretora Administrativa), Bruno Alves Nascimento de Freitas (Engenheiro do trabalho), Dr André Luiz Parrilha Pannont (Coordenador Médico), Katia Cristiane Crepaldi Yamaguti (Enfermeira Infraestrutura da SES), Dr. Claus Robert Zeefried (Médico da SES), Juliana Borges (Coordenadora Engenharia Fractal).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Estiveram reunidos na sala de reunião do Hospital Municipal Guarapiranga – situado à Est. da Riviera, 4742 - Riviera Paulista, São Paulo - SP, 04916-000, os participantes acima descritos.

A Reunião aconteceu, com pauta iniciando com informações gerais do PGRSS do Hospital Municipal Guarapiranga, onde Diego Melo – Vice-presidente da Comissão apresentou a evolução do PGRSS desde a sua posse, apresentando os indicadores de mensuração dos resíduos.

Dando sequência Katia Cristiane Crepaldi Yamaguti – Enfermeira responsável pela Infraestrutura da SES – São Paulo apontou sobre as necessidades documentais, e explicou o fluxo para regularização visto legislação municipal de São Paulo. Sra. Kátia Cristiane referiu que em posterior data e ao fechamento da visita, será encaminhado as orientações para regularização documental por e-mail.

Seguiu-se com uma visita em áreas de circulação do hospital, bem como enfermarias e áreas destinadas ao abrigo de resíduos. Na oportunidade a Sra. Kátia Cristiane, realizou apontamentos referentes ao alto quantitativo das caixas coletoras para perfuro-cortantes instalados dentro dos quarto dos pacientes, e no acompanhamento do Sr. Bruno Alves, foi alinhado à reorganização dos pontos de instalação das caixas coletoras.

Ainda na visita de inspeção, foram avaliadas as lixeiras em unidades de internação, sem pontuações significativas. Ao direcionar para o abrigo temporário externo (containers) a mesma pontuou sobre as condições do mesmo, e na oportunidade Sr. Diego Melo, referiu que providências junto ao serviço terceiro Antomari Serviços LTDA.

Seguindo para o abrigo final e destinação de coleta externa dos resíduos, a Sra. Kátia elogiou as condições do abrigo para resíduos classificados como infectantes e demais, porém pontuou quanto a alguns ajustes necessários de serem realizados no piso. Finalizada a visita com a participação de todos, e reforçado que serão direcionados os documentos conforme acordado.

Não havendo mais nada a se tratar a referida reunião.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Thomas Peter Payne | 02/06/2023 | 11:20 | 12:20 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

Indicadores da ação do PGRSS, Indicadores da comissão e apresentação de melhorias no relatório da comissão.

## PARTICIPANTES

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Thomas Peter Payne (Encarregado Administrativo), Kamila Sales (Analista de Qualidade), Bruno Freitas (Engº Segurança do Trabalho), Juliana Marques Cavallari (Enfª do Trabalho) e Maristela Cimino (RT Antomari).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Diego realizou a leitura da ata da reunião de março de 2023 e informou à comissão que o carrinho de curativos segue pendente.

Será necessário realizar uma nova visita ao laboratório Biomega, terceirizado, para mapear o consumo e descarte dos resíduos do grupo B, agora com a nova SCIH, Rafaela será possível retomar esta atividade. Foi sugerido pelo Bruno (SESMT) que fosse envolvido o coordenador Paulo Henrique (administrativo) nesta demanda, visto a necessidade de termos acesso aos documentos da empresa prestadora de serviço. Thomas irá solicitar os documentos por intermédio do Paulo (coordenador administrativo).

Diego informou que ainda não conseguiu verificar a forma de descartar os resíduos de raio x, armazenados hoje na sala do faturamento, irá verificar junto à unidade SACA.

Novamente foi mencionado que alguns colaboradores tem dificuldade em montar a caixa descarpak, nos últimos meses foram feitas dinâmicas ensinando a montar caixa, porem não foi gravado vídeo, como hoje a equipe de comunicação esta na unidade, será verificado a possibilidade do coordenador Diego gravar um vídeo ensinando a montar uma caixa, para disponibilizar nos canais da unidade.

Diego apresentou a parcial do relatório e indicadores da primeira ação do PGRSS realizado no ultimo mês e os membros da comissão já foram atualizados no arquivo.

Referente ao QUIS/Ação do PGRSS realizado no inicio do ano, esta pendente o NEP irá mensurar a adesão ao treinamento. Após envio, Diego irá anexar relatório em ATA de reunião. Tambem não foi entregue o certificado de participação da equipe de fisioterapia, a qual foi sugerido pelo Thomas realizar a entrega no aniversário do hospital, que acontecerá este mês. Thomas irá fazer arte para impressão do certificado.

Foi sugerido em reunião de colegiado reverter o descarte do grupo B (reciclável) em verba para a unidade, sendo destinado as ações e projetos das comissões, ficando Bruno e Maristela responsáveis por mapear possíveis compradores para nosso resíduo. Diego irá disparar um e-mail para verificar onde podemos armazenar o papelão neste meio tempo, e posteriormente Alumínio e Plástico.

Conforme indicadores apresentados na ultima reunião, houve um aumento na segregação e descarte de resíduos do grupo D e por consequência, a redução de descartes de resíduos do grupo A. Diego irá apresentar a linha de tendência e meta para os indicadores, enquanto a SCIH Rafaela irá desenvolver um Indicador para número de Infectante Dia x Paciente Infectado Dia.

Bruno informou que vem identificando muita ampola fechada em caixa de perfuro, o que foi confirmado pelo Diego estar correto, medicamentos vencidos devem ser descartados fechados.

A Maristela informou que sempre que a equipe de higienização identifica um descarte incorreto nas lixeiras, como por exemplo, uma seringa ou outro perfuro, a equipe de enfermagem do setor é imediatamente sinalizada para realizar a retirada e descarte apropriado, sendo agendado uma reunião extraordinária para o dia 16 de junho (sexta-feira) para que possamos revisitar todas as lixeiras e pontos de coletas a fim de definir possíveis mudança no dimensionamento de tamanho e tipo de lixeira, o qual Bruno sugeriu aproveitar esta visita para avaliar localização das descarpac.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Diego Borges de Melo<br>Kamila Tamara de Oliveira Sales | 07/07/2023 | 11h00min | 12h20min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Indicadores da ação do PGRSS, Indicadores da Comissão e apresentação de melhorias no relatório da Comissão, apresentação de alternativas para resíduos grupo D.

**PARTICIPANTES**

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Thomas Peter Payne (Encarregado Administrativo), Kamila Sales (Analista de Qualidade), Bruno Freitas (Engº Segurança do Trabalho), Juliana Marques Cavallari (Enf do Trabalho), Daniele de Melo Martorano (Coor. Enfermagem) Carolina Santos Amaral (Farmacêutica) e Maristela Cimino (RT Antomari).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Diego realizou a leitura da ata da reunião de março de 2023, e quanto a pauta seguiu com o primeiro item refere-se à nova visita ao laboratório biomega, ao qual se faz necessário visto a reorganização da composição do SCIH – Serviço de Controle de Infeção Hospitalar – Com adequações a serem realizadas, faz-se necessário o encaminhamento das documentações pendentes.

Diego informou que foi encaminhado um e-mail para Unidade de SACA para verificar a forma de descartar os resíduos de raio-x, os resíduos seguem armazenados na sala do faturamento.

Na oportunidade foi apresentado os dados de indicadores do PGRSS.

Informamos que tivemos uma ação referente à gravação em filme de um processo de montagem da caixa coletora de perfuro-cortantes, vídeo este que foi gravado no mês anterior. A solicitação será realizada à Izadora para posterior compartilhar nos grupos internos.

Bruno na oportunidade indagou se seguiríamos com o certificado de participação da campanha do PGRSS, e visto que se passaram 03 meses da campanha, Diego sugeriu de deixarmos esta ação pra próxima campanha de PGRSS, sendo acordado por todos.

Outro item da pauta, deve-se à estabelecer um local apropriado para a guarda dos itens recicláveis, ao qual seguiremos com a guarda inicialmente dos papelões. Diego ficou de formalizar a solicitação de um local para guarda destes resíduos para nossa Diretora Simone.

Outra pendência que detínhamos em nossa comissão quanto ao PGRSS, deve-se à instituição das metas assistenciais

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Kamila Tamara de Oliveira Sales | 25/08/2023 | 11h00 | 12h00 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Leitura da ata de julho de 2023
- Definição do 1º secretário para a Comissão do PGRSS.
- Ações Concluídas e Pendentes.

## PARTICIPANTES

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Michel Gustavo Vieira Wodzik (Encarregado Administrativo), Kamila Tamara de Oliveira Sales (Analista de Qualidade), Maristela Cimino (RT Antomari).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Atualizar sobre aquisição de carrinho para curativos com lixeira, Descarte das placas de Raio X —ECOLEVE, Enviar documentos do laboratório Biomega + Visita em loco, Contato de compradores de papelão, Verificar caixa para descarte de pilhas e baterias, Definir local para guardar Papelão, Configuração do plano de ação da auditoria para atribuir ao PGRSS, Recebimento dos documentos pendentes Biomega, Formalizar local para guarda de resíduos recicláveis – papelão, Definição do 1º secretário para a Comissão do PGRSS.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Destinar descarte das placas de Raio X — Verificar com SACA, Definir meta para os indicadores da comissão, Elaborar Meta e Linha de tendência para os indicadores PGRSS, Elaborar Indicador Infectante Dia x Pac Infectado Dia, Retirada dos resíduos classificados como raio-x do faturamento, Visita in loco à unidades assistenciais para mapeamento das lixeiras.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Diego liga para Maristela para ela tirar algumas dúvidas dos itens dos planos de ações da visita técnica da prefeitura e da visita da SEDE. Sobre o item do abrigo temporário antes da destinação final dos resíduos.
Maristela explica que antes a sabia e sanhaçu não tinham expurgos e hoje elas tem expurgo. Agora todos têm expurgos.

- Beija Flor tem um abrigo temporário.
- Colibri tem um abrigo temporário.
- Sanhaçu utiliza o abrigo da Sábia.
- Bem ti vi tem abrigo temporário.
- João de Barro tem abrigo temporário.
- Arara e Canário utilizam o mesmo abrigo.
- Sábia tem abrigo temporário.

Diego fala sobre os carrinhos que estão na saída da sabia que estavam bem precários do lado de fora do hospital, Maristela fala que os carrinhos vão ser retirados que ela solicitou para a supervisão da Antomari. Ela disse que semana que vem vai estar no hospital para verificar se eles já foram retirados. Com essa verificação já podemos concluir os planos de ações.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Michael Gustavo Vieira Wodzik | 26/09/2023 | 11h00 | 12h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Inicia pelas Pautas
- Leitura da ata de agosto de 2023
- Ações Concluídas e Pendentes

**PARTICIPANTES**

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Michel Gustavo Vieira Wodzik (Encarregado Administrativo), Kamila Tamara de Oliveira Sales (Analista de Qualidade), Maristela Cimino (RT Antomari), Jeferson Bezerra Nascimento, Anderson Tomaz de Oliveira, Cristiane Moura Vermejo

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Atualizar sobre aquisição de carrinho para curativos com lixeira, Descarte das placas de Raio X —ECOLEVE, enviar documentos do laboratório Biomega + Visita em loco, Contato de compradores de papelão, verificar caixa para descarte de pilhas e baterias, Configuração do plano de ação da auditoria para atribuir ao PGRSS, Descartes de recicláveis de empresas terceiras.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Definir local para guardar Papelão, Recebimento dos documentos pendentes Biomega, Definição do 1º secretário para a Comissão do PGRSS.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Jeferson fala sobre perfurocortantes jogados no chão e solicita reforço na orientação no descarte correto para que não haja acidentes.

Diego informa que o NEP pediu auxílio com uma nova abordagem de sensibilização sobre descartes de resíduos e que será feita uma ação, seja pelos grupos assistenciais ou visitas in loco programada para primeira semana de Outubro/2023 e será feito um material de apoio com orientações sobre montagem, descarte, e fase final de fechamento do Descarpack.

Cristiane informa que em visitas nos setores, encontrou lixeiras quebradas enfatizando o setor Colibri. Maristela informa que lixeiras foram trocadas recentemente, Diego complementa sugerindo que supervisores façam treinamento das equipes e o mapeamento das lixeiras.

Maristela informa sobre 3 containers com rodas quebradas da ECOURBIS e irá solicitar para que a empresa faça a manutenção, complementa dizendo sobre a forma incorreta de coleta arremessando de dentro do abrigo.

Diego informa gerenciamento de resíduos e segregação de reciclados avançou, faltando apenas nesta fase final, contratar uma empresa para recolher os resíduos de forma a reverter em benefício financeiro para o HMG para ser usado em atividades de educação. Provável que a sala para armazenar os papelões será no HCAMP com previsão de início em outubro.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Michael Gustavo Vieira Wodzik | 07/11/2023 (Referente ao Mês de Outubro) | 12h00 | 13h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Inicia pelas Pautas
- Leitura da ata de setembro de 2023
- Ações Concluídas e Pendentes

**PARTICIPANTES**

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Kamila Tamara de Oliveira Sales (Analista de Qualidade), Maristela Cimino (RT Antomari), Jeferson Bezerra Nascimento, Robert Silva, Daniele Melo, Lucas Vieira

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Atualizar sobre aquisição de carrinho para curativos com lixeira, Descarte das placas de Raio X —ECOLEVE, enviar documentos do laboratório Biomega + Visita em loco, verificar caixa para descarte de pilhas e baterias, Descartes de recicláveis de empresas terceiras.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Contato de compradores de papelão, Configuração do plano de ação da auditoria para atribuir ao PGRSS.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Diego inicia falando sobre fluxo para transportes de papelão para reciclagem, sugere usar o motorista da unidade para fazer um teste e Robert complementa dizendo para deixar tudo organizado, pois o mesmo irá verificar a possibilidade de usar o carro. Kamila questiona sobre a possibilidade do local que será deixado os papelões de nos fornecer um container para armazenar os recicláveis. Robert informa que em contato com a Coordenadora Juliana, mesma informou que irá arrumar uma forma de tampar o local que estão armazenados os papelões atualmente.

Diego continua informando que o processo está mais definido e o valor para venda dos recicláveis está em R$0,15 / Kilo e média de recicláveis será em torno de 1 tonelada sendo destinada dia sim e dia não e complementa dizendo que o valor a ser arrecadado será destinado para comissão de humanização e será enviado via pix. Kamila irá conversar com setor jurídico para verificar a documentação necessária para este processo.

Maristela segue dizendo sobre a lotação do abrigo de resíduos comum, e que recebeu a orientação de deixar os recicláveis na parte interna do hospital e no abrigo de reciclagem externo seja usado como abrigo de resíduos comum, havendo desta forma, dois abrigos de resíduos comum, porém, neste momento não será possível esta mudança.

Diego questiona Daniela referente a última visita na unidade, Daniela informa que é preciso diminuir o número de lixeiras infectantes e que não é usado mais sacos hampers de plástico e é usado o tecido impermeável. Em relação as lixeiras infectantes, Maristela informa que na Beira Pia da UTI foi retirado todas as lixeiras e deixados as lixeiras resíduos comum e

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Michael Gustavo Vieira Wodzik | 17/11/2023 | 11h00 | 12h00 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Ações Concluídas e Pendentes
- Leitura da ata de outubro de 2023

## PARTICIPANTES

Diego Borges de Melo (Coord. Enfermagem), Kamila Tamara de Oliveira Sales (Analista de Qualidade), Maristela Cimino (RT Antomari), Juliana Borges (Coordenadora Fractal), Michael Wodzik (Encarregado Administrativo)

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Atualizar sobre aquisição de carrinho para curativos com lixeira, Descarte das placas de Raio X —ECOLEVE, enviar documentos do laboratório Biomega + Visita em loco, verificar caixa para descarte de pilhas e baterias, Descartes de recicláveis de empresas terceiras.
- **Ações que foram executadas no último mês:**
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Diego inicia falando sobre a evolução importante que houve a respeito dos materiais recicláveis no que se refere a contato com a empresa e valores. Foi realizado um piloto e informa que fica inviável fazer o transporte com o carro próprio do hospital.

Continua informando que o hospital tem uma estimativa de gerar aproximadamente 1.500 kilos/mês de recicláveis (Papelão), seguindo assim, reverter aproximadamente R$ 225,00, sendo destinado para comissão de humanização e conclui dizendo que, apesar do valor ser baixo em comparação ao esforço aplicado, a verba será bem utilizada pela comissão.

Ainda sobre reciclagem de papelões, Diego informa que que enfrentamos alguns problemas neste processo, como transporte, e informa que Coordenadora Juliana da Empresa Fractal, está verificando alternativas. Juliana informa que esta realizou cotações e está aguardando devolutivas.

Diego continua dizendo sobre os outros materiais recicláveis e entulhos do hospital, informa que resolvendo o processo de reciclagem de papelões, iremos resolver também referente aos outros materiais.

Maristela pergunta referente ao local de armazenagem dos papelões. Diego informa que foi sugerido o uso de containers para armazenamento. Juliana informa que está cotando 3 containers de 1.000 litros e após irá passar para direção.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Gerenciamento de Resíduos | Michael Gustavo Vieira Wodzik | 28/12/2023 | 10h00 | 12h00 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

- Leitura da ata de novembro de 2023
- Ações Concluídas e Pendentes

## PARTICIPANTES

Kamila Tamara de Oliveira Sales (Analista de Qualidade), Michael Wodzik (Encarregado Administrativo), Juliana Cavallari (SESMT), Bruno Freitas (SESMT), Carolina Amaral (Farmácia), Jeferson Nascimento (SESMT), Erick Gomes (Qualidade), Vera Macedo (Vigilancia), Tamiris Michele (SCIH)

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

- **Ações pendentes da última reunião:** Atualizar sobre aquisição de carrinho para curativos com lixeira, Descarte das placas de Raio X —ECOLEVE, enviar documentos do laboratório Biomega + Visita em loco, verificar caixa para descarte de pilhas e baterias, Descartes de recicláveis de empresas terceiras, Transporte de Recicláveis (Papelões)
- **Ações que foram executadas no último mês:**
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Kamila inicia a reunião com a leitura da ATA da reunião do dia 17/11/2024 em seguida começa com leitura das ações que estão pendentes, conforme segue.

- Atualizar sobre aquisição de carrinho para curativos com lixeira: Daniela e Maristela irão auxiliar nesta questão.

- Descarte das placas de Raio X —ECOLEVE: Kamila informa que irá verificar com Diego Borges qual a situação para que possa dar andamento. Jeferson informa que foi realizado contatos com a empresa para virem retirar, porém a empresa informa que não é viável virem retirar por ser pouca quantidade.

Bruno questiona se é possível legalmente o descarte por ser exames de pacientes e pede para que seja verificado o protocolo de descarte e caso não tenha, terá que formalizar um protocolo registrado em cartório.

- Enviar documentos do laboratório Biomega + Visita em loco: Está em andamento com equipe do SCIH.

- Verificar caixa para descarte de pilhas e baterias: Juliana (SESMT) irá verificar o fluxo em outra unidade para que possa aplicar no Hospital Municipal Guarapiranga.

# ANEXO 24 - REGIMENTO DA COMISSÃO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE | CÓDIGO: RI.PGRSS.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/7 |

**PREÂMBULO**

**Considerando** a Legislação vigente, a saber, RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;

**A Diretoria do Hospital Municipal Guarapiranga RESOLVE aprovar o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde.**

**Art. 1° - Dos Objetivos**

São Objetivos do (**Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde**):

I. Definir as ações de implantação e manutenção do Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS);

II. Monitorar o gerenciamento de todas as etapas relacionadas ao manejo dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS) produzidos no Hospital Municipal Guarapiranga HMG em conformidade com a Legislação vigente, a saber, RDC 222/2018 — ANVISA, Resolução 358/2005 – CONAMA e Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos;

III. Monitorar e manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para adequado manejo dos resíduos gerados no Hospital Municipal Guarapiranga – HMG.

II. IV. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas pertinente do manejo dos RSS;

**Art. 2° - Das Atribuições e Funcionamento**

A **Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde** possui as seguintes atribuições:

I. Aprovar e monitorar a execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

II. Estabelecer critérios técnicos para o planejamento e execução do PGRSS do HMG;

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 25 - ATAS DA COMISSÃO TERAPIA NUTRICIONAL

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Reis | 23/01/2023 | 10:00hs | 11:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Início da Comissão de Terapia Nutricional

**PARTICIPANTES**

Jamile Reis (Superv. de Nutrição) / Amanda Chemite (Nutricionista) / Raquel Soares (Nutricionista) / Rayane Amaro (Farmacêutica) / Edgar Macedo (Enfermeiro) / Andréia Santos (Enfermeira) / Paulo Souza (Qualidade) / Thais Mascarenhas (Fonoaudióloga)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não aplica.
- **Pendências para a próxima reunião:** Acrescentar ao quadro de componentes da Comissão, mais um colaborador da enfermagem e um da farmácia do plantão oposto dos que já estão, para que tenha sempre um representante de todos os setores nas reuniões;
  Discutido a pauta da próxima reunião, onde será apresentado todos os tipos de dietas, suplementos e fórmulas padronizadas no HMG e suas respectivas funções.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Foi citado sobre o paciente que vai fazer procedimento CATE e fica muito tempo em jejum, por problemas na ambulância. Foi informado que seguiremos com a notificação para gestão responsável pelo contrato das ambulâncias.

Nesta primeira reunião de alinhamento, foi apresentado o regimento da Comissão, entregue impresso em mãos a cada participante e apresentado em Power Point. Além de estar disponível em pasta pública na rede interna do hospital.

Entre os assuntos discutidos nesta reunião, foram esclarecidos os temas referentes à:

- Função e dever de cada componente da Comissão.
- Citadas as resoluções norteadoras da Comissão:
  - RDC N° 63/2000 ANVISA
  - RDC N° 503 TNE
  - PORTARIA N° 272 Terapia Parenteral
  - RESOLUÇÃO COFEN ° 4 0453/2014

A Enfermeira Andreia sugeriu guardar a refeição do paciente (enquanto o mesmo está em outra unidade para procedimento) na copa e esquentar no micro-ondas, ou deixar reservado uma quantidade na cozinha para o mesmo caso. Foi explicado pelas nutricionistas presentes que não podemos estabelecer esse fluxo

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Alanna / Ionete | 27/02/2023 | 10:00hs | 11:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Tratativa de demandas da Comissão.
- Apresentação das dietas, suplementos e fórmulas padronizadas.

**PARTICIPANTES**

Alanna Rocha (Nutricionista) / Ionete Prates (Nutricionista) / Raquel Soares(Nutricionista) / Patrícia Sodré(Nutricionista) / Thais Mascarenhas (fonoaudióloga) / Bruno Freitas (Engenheiro Seg. Trabalho).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Adição de membros da enfermagem e farmácia.
- **Pendências para a próxima reunião:**

  Apresentar e discutir os protocolos de manejo de diarreia e progressão de volume da dieta enteral.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

Nesta reunião de alinhamento, foram apresentados aos demais membros da comissão, pela nutricionista Alanna, os suplementos alimentares, módulos, dietas enterais e fórmulas infantis utilizados na terapia nutricional do hospital Guarapiranga.

Foram esclarecidas dúvidas do membro da SESMT Bruno sobre qual seria o tipo de proteína da dieta enteral e foi esclarecido que é a proteína isolada do leite e sobre a dieta com fibras, qual seria o tipo da fibra, sendo esclarecido que a dieta é composta por fibras solúveis e insolúveis (inulina, fibra de trigo e celulose microcristalina). O mesmo teve duvida sobre higienização do equipo da dieta, porém duvida não foi esclarecida devida ausência de membro da enfermagem.

A apresentação foi realizada em slides do Power point e a mesma está disponível em pasta pública na rede interna do hospital.

Foi informado a data da próxima reunião que será realizada no dia 13/03 ás 10:00 h na sala da Nutrição.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 10/04/2023 | 14:20hs | 15:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Pendencias da ultima reunião.

-Apresentação e discussão do protocolo de progressão de dieta.

- Apresentação do protocolo de higienização o elevador Monta carga.

**PARTICIPANTES**

Alanna Rocha (Nutricionista), Ionete Prates(Nutricionista), Patricia Sodré(Nutricionista), Thais Mascarenhas (fonoaudióloga), Bruno Freitas(Engenheiro Seg. Trabalho), Emilio Lopez Couto (médico nutrólogo), Aline Candido (farmacêutica).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Apresentar e discutir os protocolos de progressão de volume da dieta enteral.
- **Pendências para a próxima reunião:** Elaborar e discutir protocolo de diarreia, escolha de 02 integrantes da equipe de enfermagem, inclusão de mais 01 fonoaudióloga na comissão, rever o protocolo de progressão de dieta para pacientes agudos.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

**Reunião realizada na sala da nutrição:**

Jamile iniciou a reunião apresentando a nova integrante da comissão, a farmacêutica Aline; A mesma ficou grata em fazer parte da comissão e tem muito a agregar.

Foi discutido pendências da reunião anterior, onde:

Ficou estabelecido na comissão que a partir de hoje 10/04 a equipe de nutrição fará a progressão de 10 ml/h a cada 24 horas, até atingir a meta nutricional dos pacientes crônicos (anteriormente era feita com 5ml/h). Dr Emilio propôs de revermos o protocolo de progressão de dieta apenas para os pacientes agudos que são aqueles mais hemodinamicamente estáveis e sugeriu que toda a equipe multidisciplinar da UTI seja responsável pela progressão inicial da dieta, respeitando a meta estabelecida pela nutrição. Ionete propôs a elaboração de uma tabela de checagem, para acompanhamento de volume da deita enteral, pelas nutricionistas clinicas.

Alanna propôs a inclusão de mais uma fonoaudióloga na comissão, caso haja ausência da integrante.

Patricia informou que os integrantes da enfermagem foram para o plantão noturno, e não poderão compor a

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 24/04/2023 | 14:50hs | 15:30hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de quadro de progressão de volume de dieta, proposta em reunião com Dr Victor e Jamile, para os pacientes da UTI.
- Proposta para estudo de caso, com suplementação a base de colágeno hidrolisado, vitaminas e minerais e suplementação hiperproteica.

**PARTICIPANTES**

Alanna Rocha (Nutricionista), Ionete Prates(Nutricionista), Patrícia Sodré(Nutricionista), Juliana Garcia (Nutricionista), Emilio Lopez Couto (Médico nutrólogo), Aline Candido (Farmacêutica), Fábio Bueno (Sup. de enfermagem), Victor Hugo Panont (Diretor médico).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Escolha de 02 integrantes da equipe de enfermagem, inclusão de mais 01 fonoaudióloga na comissão, rever o protocolo de progressão de dieta para pacientes agudos.
- **Pendências para a próxima reunião:** Elaborar e discutir protocolo de diarreia, discutir a técnica de lavagem de equipo de dieta pela equipe de enfermagem, convidar a supervisora de enfermagem Gislane para integrar a comissão.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

**Reunião realizada na sala da nutrição:**

Jamile iniciou a reunião apresentando o novo integrante da comissão, o supervisor de enfermagem Fabio Bueno.

Foi discutido pendências da reunião anterior, onde:

Supervisor Fábio propôs convidar a enfermeira Gislane para a comissão, já que a mesma é responsável pela equipe de enfermagem da UTI.

Jamile apresentou proposta de quadro de progressão de dieta, onde a equipe de Nutricionistas admitem o paciente da UTI, prescrevem a meta nutricional, preenche o quadro com os dados do paciente e a

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 29/05/2023 | 14:50hs | 15:30hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Não houve pautas.

**PARTICIPANTES**

Alanna Rocha (Nutricionista), Ionete Prates(Nutricionista), Patrícia Sodré(Nutricionista), Juliana Garcia (Nutricionista), Emilio Lopez Couto (Médico nutrólogo), Aline Candido (Farmacêutica), Fábio Bueno (Sup. de enfermagem), Thais Mascarenhas (fonoaudióloga), Raquel Pires Soares (Nutricionista), Amanda Pires (Nutricionista).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

**Reunião não realizada por falta de pautas a serem alinhadas.**

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 16/06/2023 | | |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

**PARTICIPANTES**

Emilio Lopez (médico), Raquel Pires Soares (Nutricionista), Agnes Nagai (Fonoaudióloga), Amanda Pires Chemitte (Nutricionista), Jocieneide Soares (Nutricionista), Bruno Alves Nascimento (SESMT), Jefferson Bezerra (SESMT), Aline Candido (Farmacêutica)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Reunião não realizada por falta de Pautas.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 10/07/2023 | 14:30hs | 15:20hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de produtividade das nutricionistas clinicas.
- Apresentação dos indicadores da nutrição.

**PARTICIPANTES**

Emilio Lopez (médico), Raquel Pires Soares (Nutricionista), Agnes Nagai (Fonoaudióloga), Amanda Pires Chemitte (Nutricionista), Jocieneide Soares (Nutricionista), Bruno Alves Nascimento (SESMT), Jefferson Bezerra (SESMT), Aline Candido (Farmacêutica), Fabio Bueno (Enfermeiro), Gisleide Oliveira (Enfermeira).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não houve a última reunião por falta de pautas
- **Pendências para a próxima reunião:** Criar fluxo para armazenamento das placas de progressão de volume de dieta.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

**Reunião realizada na sala da nutrição:**

Jamile iniciou a reunião apresentando informando que o engenheiro Bruno será substituído pelo TST Jefferson Bezerra. A nutricionista Raquel informou que está encontrando as plaquinhas de progressão de volume de dieta em outros setores que não são o setor Beija-Flor,a supervisora de enfermagem Gisleide propôs crias um fluxo para essas placas não se perderem. O médico Emilio perguntou se não há a possibilidade de termos bombas de infusão exclusivas para dieta, já que a aquisição das mesmas facilitaria o processo, e o risco de contaminação seria menor. Jamile informou que participou de uma reunião há pouco tempo, com a gerência administrativa, e a engenharia clinica sobre bombas de infusão e que a proposta estava com o prestador de contas do hospital para análise. Gisleide propôs deixar algumas bombas exclusivas para dieta na UTI e o supervisor Fabio se comprometeu se verificar se há a possibilidade de deixar algumas bombas exclusivas nos setores Sabiá e Bem-te-vi, e caso haja a possibilidade, colocar as plaquinhas com o "enfoca gato" nessas bombas. A nutricionista informou que pessoas de outros setores estão questionando o porquê de não termos as plaquinhas em todos os pacientes, e Jamile informou que já está dentro do projeto, e que iria solicitar a sua chefia (Dr Victor).

Jamile apresenta os indicadores da nutrição, e propõe em parceria com a fonoaudiologia criar um novo indicador de "Desmame de SNE", a fono Agnes gostou da ideia, e informou que começaria a colher os dados

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 28/08/2023 | 15:30 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação de produtividade das nutricionistas clinicas mês de julho.
- Apresentação dos indicadores da nutrição mês de julho.
- Placas de Aporte nutricional.

**PARTICIPANTES**

Emilio Lopez (médico), Alanna Raquel (Nutricionista), Agnes Nagai (Fonoaudióloga), Juliana Garcia (Nutricionista), Ionete Prates (Nutricionista) Jefferson Bezerra (SESMT), Aline Candido (Farmacêutica).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Apresentação dos indicadores de perdas.
- **Pendências para a próxima reunião:** Informações sobre aquisição das placas de aporte nutricional.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

**Reunião realizada na sala da nutrição:**

Jamile iniciou a reunião discutindo com a fono Agnes sobre o espessante da marca Vitafor, onde foi proposto a substituição pelo comprador da unidade, por menor custo. Agnes informou que o espessante em questão, não é bem aceito, devido a gosto residual e difícil diluição; Jamile pediu para formalizar a queixa técnica e mandar para a equipe de farmácia e CFT.

Jamile apresentou os indicadores de julho, fazendo comparação com o mês retroativo, e logo após apresentou o novo indicador de perdas de refeições, contabilizado através de faturamento. Farmacêutica Aline, informou que alguns funcionários da terceirizada Nutrito, se recusam a servir o colaborador que chega à fila faltando poucos minutos para encerrar o horário do desjejum, que é ás 8:05h. Jamile informou que já tinha recebidos queixas a respeito, e já foi ajustado com a nutrito, e que qualquer intercorrência, podem vim diretamente procurar a equipe de nutrição para resolução.

Jamile pediu a conscientização das equipes, para melhor adesão ao almoço e jantar. Farmacêutica relatou que já esteve na escala do noturno, e a baixa adesão do jantar, se dá por preferirem lanche ao invés da comida, e propôs realizar uma enquete com a equipe, para saber qual melhor opção, podendo ser 80% jantar e 20% lanche (tipo pão, salsicha, carne moída, ovo...). Jamile se propôs a vir pela noite para acompanhar de perto e

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 25/09/2023 | | |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Placas de Aporte nutricional.

**PARTICIPANTES**

Emilio Lopez (médico), Alanna Raquel (Nutricionista), Agnes Nagai (Fonoaudióloga), Juliana Garcia (Nutricionista), Ionete Prates (Nutricionista) Jefferson Bezerra (SESMT).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Apresentação dos indicadores de perdas.
- **Pendências para a próxima reunião:** Informações sobre aquisição das placas de aporte nutricional.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

REUNIÃO NÃO REALIZADA POR FALTA DE PAUTAS, JÁ QUE A PENDÊNCIA DA ULTIMA REUNIÃO, FOI A AQUISIÇÃO E DISCUSSÃO DO FLUXO DAS PLACAS DE APORTE NUTRICIONAL, PORÉM AS PLACAS ESTÃO EM COTAÇÃO E AINDA NÃO FORAM RECEBIDAS. PRÓXIMA REUNIÃO, APÓS CHEGADA DAS PLACAS SERÁ DISCUTIDA A PAUTA.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 09/10/2023 | | |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Placas de Aporte nutricional.

**PARTICIPANTES**

Emilio Lopez (médico), Alanna Raquel (Nutricionista), Agnes Nagai (Fonoaudióloga), Juliana Garcia (Nutricionista), Ionete Prates (Nutricionista) Jefferson Bezerra (SESMT).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Apresentação dos indicadores de perdas.
- **Pendências para a próxima reunião:** Informações sobre aquisição das placas de aporte nutricional.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

REUNIÃO NÃO REALIZADA POR FALTA DE PAUTAS, JÁ QUE A PENDÊNCIA DA ULTIMA REUNIÃO, FOI A AQUISIÇÃO E DISCUSSÃO DO FLUXO DAS PLACAS DE APORTE NUTRICIONAL, PORÉM AS PLACAS ESTÃO EM COTAÇÃO E AINDA NÃO FORAM RECEBIDAS. PRÓXIMA REUNIÃO, APÓS CHEGADA DAS PLACAS SERÁ DISCUTIDA A PAUTA.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 13/11/2023 | | |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Não houve pautas pois estamos aguardando a chegada das placas de aporte nutricional

**PARTICIPANTES**

Emilio Lopez (médico), Alanna Raquel (Nutricionista), Thais Mascarenhas (Fonoaudióloga), Juliana Garcia (Nutricionista), Ionete Prates (Nutricionista) Jefferson Bezerra (SESMT).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Apresentação dos indicadores de perdas.
- **Pendências para a próxima reunião:** Informações sobre aquisição das placas de aporte nutricional.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

REUNIÃO NÃO REALIZADA POR FALTA DE PAUTAS, JÁ QUE A PENDÊNCIA DA ULTIMA REUNIÃO, FOI A AQUISIÇÃO E DISCUSSÃO DO FLUXO DAS PLACAS DE APORTE NUTRICIONAL, PORÉM AS PLACAS ESTÃO EM COTAÇÃO E AINDA NÃO FORAM RECEBIDAS. PRÓXIMA REUNIÃO, APÓS CHEGADA DAS PLACAS SERÁ DISCUTIDA A PAUTA.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Terapia Nutricional | Jamile Renata Oliveira dos Reis | 11/12/2023 | 14:30 | 15:30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Placas de Aporte nutricional.
- Apresentação de indicadores.
- Apresentação das novas dietas padronizadas.

**PARTICIPANTES**

Emilio Lopez (médico), Amanda Pires(Nutricionista), Thais Mascarenhas (Fonoaudióloga), Ana Carolina Souza (Nutricionista).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Apresentação dos indicadores de perdas.
- **Pendências para a próxima reunião:** Informações sobre aquisição das placas de aporte nutricional.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não houve.

JAMILE INICIOU A REUNIÃO INFORMANDO QUE, CONFORME ALINHAMENTO COM A QUALIDADE, AS REUNIÕES ACONTECERÃO A CADA TRÊS MESES, OU CONFORME A NECESSIDADE HAVERÁ REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS.

FORAM APRESENTADOS OS INDICADORES DA NUTRIÇÃO DOS MESES DE AGOSTO, SETEMBRO, OUTUBRO E NOVEMBRO.

FOI PONTUADO SOBRE AS DIFICULDADES DA EQUIPE MÉDICA EM PREENCHER O RECEITUÁRIO DE DIETA ENTERAL CORRETAMENTE, DR EMILIO DEU A SUGESTÃO DE QUE TIVÉSSEMOS UM RECEITUÁRIO EDITÁVEL PARA QUE A PRÓPRIA NUTRIÇÃO PREENCHENSE E O MÉDICO APENAS CARIMBA E ASSINA.

JAMILE RESSALTOU SOBRE A IMPORTÂNCIA DE AUMENTAR NOSSOS INDICADORES E UMAS DAS MANEIRAS SÃO AS ORIENTAÇÕES DE ALTA, PARA ISSO É NECESSÁRIO QUE O PACIENTE SEJA ORIENTADO A SOLICITAR ANTES DA DESOSPITALIZAÇÃO.

FOI APRESENTANDO TAMBÉM UM PROJETO DE ANIVERSARIANTES DO MÊS DOS PACIENTES EM QUE SERÁ DISCUTIDO O ESCOPO JUNTO COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.

A EQUIPE DE NUTRIÇÃO APRESENTOU AO DR EMILIO AS NOVAS FÓRMULAS PADRÃO PARA A PEDIATRIA QUE SÃO A DIETA ENTERAL PEPTAMEN JUNIOR 1.5 E NINHO FASES 1+.

AS PLACAS PARA AS BOMBAS DE DIETA ENTERAL FORAM APRESENTADAS PERANTE A COMISSÃO, E SERÃO INSTALADAS NA BOMBA DE INFUSÃO, AS MESMAS SÃO PADRONIZADAS COM A META CALÓRICA DO PACIENTE

# ANEXO 26 - REGIMENTO DA COMISSÃO TERAPIA NUTRICIONAL

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL | CÓDIGO: RI.CTN.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/8 |

**PREÂMBULO**

A Comissão de Terapia Nutricional é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga, tendo a responsabilidade de normatizar os processos em atendimento a Resolução RDC nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**CONSIDERANDO:** Resolução RDC Nº 503 de 27 de Maio de 2021 – Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral.

**CONSIDERANDO:** Portaria Nº 272 de 8 de Abril de 1998 – Dispõe sobre o regulamento técnico para terapia parenteral.

**CONSIDERANDO:** Resolução COFEN Nº 4 0453/2014 Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional.

**Art. 1° - Dos Objetivos**

São Objetivos da Comissão de Terapia Nutricional:

I. Acompanhar os pacientes internados que necessitam de terapia nutricional: enteral / parenteral;
II. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional, visando obter benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
III. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento;
IV. Analisar custo-benefício no processo de decisão que envolve indicação, manutenção e ou suspensão;
V. Padronizar dietas e materiais
VI. Cumprir as legislações vigentes

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 27 - ATAS DA COMISSÃO EDUCAÇÃO PERMANENTE

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Educação Permanente | Vanessa Patrícia | 07/11/2023 | 10:00hrs | 11:00hrs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

*Apresentação de Indicadores NEP referente aos meses Jan à Out 2023

*LNT- Criação da Planilha 2024

*Criação do PLAMEP 2024

*Cumprimento da LNT solicitada

*Novo indicador sobre taxas de cancelamentos

* Data final para Líderes enviarem a LNT 2024

**PARTICIPANTES**

Thiago William (Enfermeiro NEP) – Vanessa Patricia (Auxiliar Administrativo NEP) - Vera Lucia (Enfermeira Vigilância) - Daniele Scavone (Supervisora de Farmácia) - Ingryd Lopes (Auxiliar Administrativo SCHI) - Carolina Aparecida (Enfermeira Auditora) - Andreia Viana (Farmacêutica)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

No dia sete de novembro de dois mil e vintes e três às 10:00hrs da manhã foi realizado a primeira Comissão de Educação Permanente, aonde foi alinhado alguns pontos importantes para o ano de 2024.

Durante a reunião tivemos a apresentação dos indicadores de treinamentos de Janeiro à Outubro de 2023, aonde foi alinhado com os líderes presentes a importância do cumprimento da LNT anual.

Foi alinhado sobre a criação da nova LNT 2024, aonde as lideranças irão escolher as datas e os treinamentos de suma importância e necessidades de cada setor.

Alinhado sobre o PLAMEP 2024 que será alimentado mensalmente e anualmente sobre todos os treinamentos durante o ano.

Tivemos um bate papo sobre o cumprimento dos treinamentos solicitados e agendados na LNT, também foi alinhado que para o próximo ano (2024) será criado um indicador de taxa de cancelamento de treinamentos em nossa unidade para criação de dados referente a futuras verbas.

E por fim foi conversado sobre a entrega da planilha LNT para o ano de 2024 com prazo de até 10/12/2023 enviado para os Líderes em 26/10/2023.

Sem mais a tratar a reunião foi encerrada as 11:00hrs.

# ANEXO 28 - REGIMENTO DA COMISSÃO EDUCAÇÃO PERMANENTE

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE | CÓDIGO: RI.NEP.001 | REVISÃO: 00<br>PÁGINA: 1/4 |

**PREÂMBULO**

A Diretoria do Hospital Municipal Guarapiranga aprova o Regimento Interno da Comissão de Educação Permanente

**Art. 1° - Dos Objetivos**

São Objetivos da Comissão de Educação Permanente:

I. Conduzir um processo permanente, como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, promovendo a integração e negociação entre o INTS – Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde e as instituições formadoras, possibilitando a melhoria no desenvolvimento dos trabalhadores.

II. Introduzir debates e implementar a melhor e mais adequada ação e induzir processos de transformação das práticas de saúde, por meio do desenvolvimento profissional, garantindo maior impacto da atuação.

**Art. 2° - Das Atribuições**

A Comissão de Educação Permanente possui as seguintes atribuições:

- **Compete ao Presidente da Comissão:**
  - I. Representar a comissão interna e externamente;
  - II. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
  - III. Prestar anualmente conta sobre as atividades da Comissão;

- **Compete ao vice-presidente:**

  I. Realizar todas as atividades e funções do Presidente na ausência deste;

- **Compete ao 1° secretário:**

  I. Providenciar a organização da pauta das reuniões e a preparação de cada tema nela incluído;

  II. Elaborar a ata das reuniões.

  III. Elaborar relatório mensal das atividades da comissão.

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 29 - ATAS DA COMISSÃO DE PERFUROCORTANTES

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Ordinária | Pedro Tadeu Cazado | 26/01/2023 | 15h10min | 16h00min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação do objetivo e finalidade da Comissão
- Plano de Trabalho

**PARTICIPANTES**

PEDRO TADEU CAZADO COSTA, ANDERSON TOMAS DE OLIVEIRA, JULIANA MARQUES CAVALLARI, JEFFERSON BEZERRA NASCIMENTO, ANTONIO LUIZ DE CARVALHO, GISELE OLIVEIRA MODESTO, THOMAS PETER PAYNE, DIEGO BORGES DE MELO, BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião: Não houve ações pendentes.**
- **Ações que foram executadas no último mês: Campanha de conscientização Adorno Zero na UTI**
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias: Não houve.**

**O presidente da Comissão Sr. Bruno Alves Nascimento de Freitas, Engenheiro de Segurança do trabalho, iniciou com uma apresentação em Power Point, trouxe informações sobre as obrigatoriedades, sua composição segundo as normas regulamentadoras e seus objetivos, gráficos de acidentes de dois mil e vinte há dois mil e vinte e dois. Ressaltou a importância de todos da comissão no intuito de promover a cultura prevencionista para que possamos atingir o zero acidente. Continuando, alertou sobre os riscos com materiais biológicos com ou sem perfurocortantes, neste momento complementou a palavra o Dr. Antônio médico do trabalho afirmando os fortes efeitos da medicação e o quão importante os cuidados na exposição ao risco Biológico. O Sr. Diego (coordenador de enfermagem) relatou que alguns dispositivos de segurança da agulha não estão acionando corretamente.**

| | ATA DE REUNIÃO | | | |
|---|---|---|---|---|
| HMG Hospital Municipal Guarapiranga | 1ª REUNIÃO TRIMESTRAL DA COMISSÃO PERFUROCORTANTE | | | CIDADE DE SÃO PAULO / NTS |
| | Código: HMG.FP.SGQ.011 | Revisão: 0 | Data: 27/01/2023 | Página 1 de 2 |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Ordinária | Pedro Tadeu Cazado Costa | 26/01/2023 | 15h10min | 16h00min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação do objetivo e finalidade da Comissão
- Plano de trabalho

**PARTICIPANTES**

PEDRO TADEU CAZADO COSTA, ANDERSON TOMAS DE OLIVEIRA, JULIANA MARQUES CAVALLARI, JEFFERSON BEZERRA NASCIMENTO, ANTONIO LUIZ DE CARVALHO, GISELE OLIVEIRA MODESTO, THOMAS PETER PAYNE, DIEGO BORGES DE MELO, BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Em vinte e sete de janeiro de dois mil e vinte três ás quinze horas e dez minutos deu-se início à primeira reunião da comissão de perfuro cortantes, com a palavra o presidente Sr. Bruno Alves Nascimento de Freitas, Engenheiro do trabalho, que agradeceu a presença de todos e logo após iniciou uma apresentação em Power Point, trouxe informações sobre as obrigatoriedades, sua composição segundo as normas regulamentadoras e seus objetivos, gráficos de acidentes de dois mil e vinte e três até dois mil e vinte e dois. Ressaltando a importância de todos da comissão no intuito de promover a cultura prevencionista para que possamos atingir nossa meta já pré-estabelecida de zero acidente. Continuando alertou sobre os riscos com materiais biológicos com ou sem perfurocortante, os efeitos danosos da medicação profilática pós-exposição neste momento complementou a palavra o Dr. Antônio médico do trabalho complementou afirmando os fortes efeitos da medicação e o quão importante os cuidados na exposição ao risco Biológico. Neste momento pediu a palavra o Sr. Diego relatando um fato já recorrente de alguns dispositivos de segurança da agulha não estarem dando a proteção necessária exemplificando: as mesmas não travam as agulhas após o acionamento deixando-as exposta suscetível ao acidente.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Apresentação dos dispositivos de segurança | Segunda reunião | Diego Borges | Em Andamento |
| Apresentação das ocorrências envolvendo material biológico | Segunda reunião | Bruno Freitas | Em andamento |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Perfurocortantes | Bruno Alves Nascimento de Freitas | 25/04/2023 | 15h10min | 16h00min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Leitura da Ata anterior
- Pendências da última reunião
- Plano de Ação referente aos acidentes

**PARTICIPANTES**

PEDRO TADEU CAZADO COSTA, ANDERSON TOMAS DE OLIVEIRA, JULIANA MARQUES CAVALLARI, THOMAS PETER PAYNE, ANDREA RODRIGUES COSTA, PAULO HENRIQUE FERREIRA LOPES, YURI DE JESUS ALBINO, RAFAELA BEZERRA DE MELO GONZAGA, BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião: Estratificação dos acidentes para a apresentação na Comissão, apresentação dos dispositivos de Perfurocortantes.**
- **Ações que foram executadas no último mês: Campanha de conscientização Abril Verde, conscientização sobre os riscos dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais com exposição aos perfurocortantes e suas formas de prevenção.**
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias: Não houve.**

O presidente da Comissão Sr. Bruno Alves Nascimento de Freitas, iniciou com a leitura da última Ata de reunião, informou que como pendência estava à apresentação dos dispositivos perfurocortantes (Diego Borges – Coord. Enfermagem) e a estratificação dos acidentes (Bruno Freitas – SESMT). A apresentação dos dispositivos não foi realizada, a estratificação dos acidentes foi apresentada em Power Point.

No dia 05/04/2023 a empresa terceira coletora de resíduos informou o surgimento de uma faca no saco de lixo, a supervisora de nutrição reforçou com a equipe de cozinha os cuidados com os materiais perfurocortantes.

Foram apresentados os indicadores de acidentes (Jan a Mar 2023), sendo que em Dezembro de 2022 e em Março de 2023 houve o treinamento do Fluxo de Acidente de Trabalho.

Como Plano de Ação referente aos acidentes, a Comissão sugeriu os seguintes temas de treinamento: Montagem da Caixa Coletora de Perfuro, descarte correto de perfuros, treinamento alternativo a coleta de teste glicêmico (via NEP), solicitar o treinamento de coleta de resíduos da empresa terceirizada.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Perfurocortantes | Bruno Alves Nascimento de Freitas | 27/07/2023 | 15h10min | 16h00min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Leitura da Ata anterior
- Pendências da última reunião
- Plano de Ação referente aos acidentes

**PARTICIPANTES**

PEDRO TADEU CAZADO COSTA, PAULO HENRIQUE FERREIRA LOPES, BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS, JEFFERSON BEZERRA.

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

O presidente da Comissão Sr. Bruno Alves Nascimento de Freitas, iniciou com a leitura da última Ata de reunião, informou que como pendência estava à apresentação dos dispositivos perfurocortantes (Diego Borges – Coord. Enfermagem).

Foram apresentados os indicadores de acidentes (Abr a Jun 2023), havendo apenas um acidente no mês de Maio.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Apresentação dos dispositivos de segurança | Segunda reunião | Diego Borges | Atrasado (25/04/2023) |
| Acionar o NEP para apoio nos treinamentos | 25/05/2023 | Bruno Freitas | Atrasado |

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Perfurocortantes | Bruno Alves Nascimento de Freitas | 24/10/2023 | 15h10min | 16h00min |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Leitura da Ata anterior
- Pendências da última reunião

**PARTICIPANTES**

PEDRO TADEU CAZADO COSTA, BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS, JEFFERSON BEZERRA, JULIANA MARQUES CAVALLARI, ANDERSON TOMAS DE OLIVEIRA

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

O presidente da Comissão Sr. Bruno Alves Nascimento de Freitas, iniciou com a leitura da última Ata de reunião, informou que como pendência estava à apresentação dos dispositivos perfurocortantes (Diego Borges – Coord. Enfermagem), e o Plano de ação de treinamento (prevenção de acidentes com perfuro) através dos multiplicadores (NEP). Apresentação dos indicadores de acidentes e treinamentos.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Apresentação dos dispositivos de segurança | Segunda reunião | Diego Borges | Atrasado (25/04/2023) |
| Acionar o NEP para apoio nos treinamentos | 25/05/2023 | Bruno Freitas | Atrasado |

# ANEXO 30 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE PERFUROCORTANTES

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM PRODUTOS PERFUROCORTANTES | CÓDIGO: RI.SESMT.002 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/5 |

## PREÂMBULO

Considerando a norma regulamentadora NR: 32 / ANEXO III.

**NR: 32 Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**
**ANVISA. Portaria GM º1.748 de 30 de Agosto de 2011.**

**A Diretoria do Hospital Municipal de Guarapiranga resolve aprovar o Regimento Interno da Comissão de Prevenção de Acidentes com Produtos Perfurocortantes.**

**Art. 1° - Dos Objetivos**
**São objetivos da Comissão de Prevenção de Acidentes com Produtos Perfurocortantes.**

I. Estabelecer diretrizes para a elaboração e implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes com probabilidade de exposição a agentes biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

II. Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

III. Materiais perfurocortantes são aqueles utilizados na assistência à saúde que têm ponta ou que possam perfurar ou cortar.

IV. O dispositivo de segurança é um item integrado a um conjunto do qual faça parte o elemento perfurocortantes ou uma tecnologia capaz de reduzir o risco de acidente, seja qual for o mecanismo de ativação do mesmo.

**Art. 2° - Das Atribuições**

**A Comissão de Prevenção de Acidentes com Produtos Perfurocortantes possui as seguintes atribuições:**

I. O empregador deve constituir uma Comissão Gestora multidisciplinar, que tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes.

II. A Comissão Gestora deve analisar as informações existentes no PGR e no PCMSO, análise dos acidentes de trabalho ocorridos e das situações de risco com materiais perfurocortantes.

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 31 - ATAS DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO CONTRATUAL – CAC

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão - CAC | Gleydson Vieira | 26/01/2023 | 10:00 | 10:40 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

-Formalizar a formação da Comissão de acompanhamento contratual

- Definir objetivos

- Dividir tarefas

**PARTICIPANTES**

Simone Araújo
Gleydson Vieira da Silva
Robert da Silva
Ana Patrícia Barreto Palma
Flávio Damasceno de Almeida

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica

Simone iniciou a reunião explicando o motivo da criação da comissão, explicando que o HMG recebe muitas notificações de vários órgãos fiscalizadores e por isso a criação da comissão de acompanhamento contratual é fundamental, Simone também explica a composição da comissão.

Ana Patrícia questiona os motivos que seriam necessários para a comissão se reunir, Simone segue explicando que todas as notificações serão analisadas pela CAC, independente da área.

Foi definido que Robert, presidente da comissão, irá receber as notificações e designar qual equipe fará a tratativa.

Simone enfatiza que haja organização das notificações, para que não se perca os prazos de resposta, organizando a rede e verificar o que está pendente.

Simone solicita que Gleydson verifique se existem pendencias na Qualidade também.

Ana Patrícia enfatiza a criação da pasta da rede da CAC para facilitar o acesso às informações.

Simone segue a reunião informando que no momento existe apenas uma notificação pendente que é em relação à prestação de contas de 2020.

Simone finaliza a reunião informando que os encontros serão mensais e que é importante a cada

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Acompanhamento Contratual | Ingryd Almeida | 09/02/2023 | 09h30 | 10h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apontamentos Prestação de Contas 2020;
- Estruturação da Comissão para consultas e acompanhamentos;
- Follow-up de pendências pertinentes à notificação do Coren;
- Atribuição de papéis e responsabilidades (pontos focais).

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coord. Prestação de Contas) / Flávio Almeida (Aux. Administrativo) / Ingryd Almeida (Analista Prestação de Contas) / Vanda Hellmann (Encarregada Ouvidoria) / Ana Patrícia Barreto (Gerente Administrativo)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Robert iniciou reunião pontuando os últimos assuntos abordados na Comissão.

Com relação à pasta digital na rede para controle da Comissão de Acompanhamento de Contratos solicitado pela Simone, já foi criada e disponibilizada no caminho: S:\CAC - COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATO.

As respostas para as infrações apontadas da Prestação de Contas referente ao período de 2020 já foram respondidas e finalizadas.

A respeito das notificações pendentes de respostas, temos uma notificação do Coren com prazo de entrega até 21 de fevereiro de 2023 com previsão de entrega antecipada para 17 de fevereiro de 2023 e, uma manifestação pendente de resposta quanto ao disposto na portaria 790/2022 com prazo de entrega para 10/02/2023 em andamento.

Acerca da notificação do Coren, Ana Patrícia retificou que a unidade seguia a RDC de cuidados paliativos, no entanto, o Coren se fundamenta na Lei 7498/86, Decreto 94406/87 e Resolução do Cofen nº 543/2.017.

Dado que, foi solicitado o dimensionamento da equipe de enfermagem e a carteirinha do conselho, acrescentou que grande parte dos funcionários não faz mais parte do quadro de colaboradores da unidade.

No ensejo, serão segregadas também as outras áreas técnicas (equipe multiprofissional e médicos) o levantamento das carteirinhas de seus respectivos conselhos de forma que fiquem facilmente acessíveis e

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Acompanhamento, follow up. | Flaviana Santos | 20/04/2023 | 09h30min. | 10h00min. |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Não houve pautas.

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas); Flaviana Ferreira dos Santos (Analista Administrativo); Paulo Henrique Ferreira Lopes (Coordenador Financeiro) e Gleydson Vieira da Silva (Supervisor de Qualidade).

**AÇÕES GERADAS**

Robert iniciou reunião pontuando os últimos assuntos abordados na comissão.

Pontuado também que, não houve reunião no mês de março, pois a pedido da Sede o Robert precisou estar presente na unidade de Goiás, na mesma data prevista da reunião.

Formalizando a saída de um membro da comissão, Ingryd Almeida que ocupava o cargo de 1º secretária, e no lugar a entrada da Flaviana Santos.

Gleydson trouxe a informação que tivemos duas visitas na unidade, uma da Sede e outra da Prefeitura. E que as pontuações começaram a ser tratadas e o mesmo irá trazer na próxima reunião o relatório referente essas visitas para ciência de todos.

Foi informado que no mês de março não houve nenhuma notificação extraordinária e que as maiorias das notificações foram referentes a solicitações de prontuários médicos.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Acompanhamento, follow up. | Flaviana Santos | 28/04/2023 | 09h30min. | 10h02min. |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Envio de Relatórios Financeiros para SMS.
- Publicação de Demonstrativos Contábeis de 2.022.
- Criação de duas pastas na Comissão para acompanhamento de todos.
- Informar sobre relatório das visitas que tivemos na unidade.
- Formalizar troca de cargos dos membros da comissão.

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas); Flaviana Ferreira dos Santos (Analista Administrativo); Gleydson Vieira da Silva (Supervisor de Qualidade); Vanda Dias Vieira Hellmann (Ouvidoria) e Izadora Andrade Mariani (Secretária Executiva).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- Robert iniciou pontuando os últimos assuntos abordados na última reunião.

- Pontuo novamente que durante o mês não houve notificações extraordinárias da SMS.

- Informado que tivemos a solicitação para o envio dos relatórios financeiros de 2.022 para a SMS, o mesmo não conta no relatório gerencial, Robert se reunira com Simone e Ana Patrícia para verificar se há necessidade da inclusão do relatório financeiro (Fluxo de caixa) no relatório gerencial já apresentado.

- Robert informou a todos que foi enviado o Oficio nº 026.2023 em 10/04, onde solicitamos a publicação das Demonstrações contábeis do exercício 2.022 do nosso Contrato de gestão. Até o momento ainda não foi publicado, assim que for irá trazer na próxima reunião.

- Gleydson pontuou referente às duas visitas que tivemos na unidade, uma da Sede e outra da Prefeitura, recebeu o relatório destas visitas e esta analisando e apresentara na próxima reunião os principais pontos.

- Gleydson também pontuou que seria melhor concluir os apontamentos já solicitados à unidade para após solicitar uma nova vistoria.

- Robert irá trazer na próxima reunião o que será definido sobre a habilitação de leitos da UTI.

- Foram apresentadas as novas pastas inseridas na Pasta da CAC com intuito para acompanhamento de todos ao decorrer das tratativas feitas, são elas: Habilitação dos leitos de UTI e Alvará Sanitário.

- Foi formalizado também as trocas dos cargos dos membros da comissão, passando a Vanda Dias que era 2º Secretária para o cargo Membro Ordinário. E passando o Flávio Almeida para a posição de 2º Secretário.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Acompanhamento, follow up. | Flaviana Santos | 31/05/2023 | 10h00 | 10h30. |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Não houve.

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coordenador de Prestação de Contas); Flaviana Santos (Analista Administrativo); Gleydson Silva (Supervisor de Qualidade); Vanda Hellmann (Ouvidoria); Flávio Damasceno (Analista Administrativo); Simone Araújo (Diretora Geral) e Paulo Henrique Lopes (Coordenador Financeiro).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- Robert iniciou pontuando que durante o mês de Abril não houve notificações extraordinárias da SMS.
- Informado que em 27/04 foi publicado os Demonstrativos Contábeis do exercício de 2.022. Robert solicitou a cópia dessa publicação para nos disponibilizar.
- Definido que será acrescentado no relatório Gerencial o Fluxo de Caixa em um arquivo único e em seguida ser enviada a Secretária.
- Simone solicita ter reuniões com a equipe responsável para os acompanhamentos dos planos de ação após visitas na unidade, responsável por esses acompanhamentos; Gleydson.
- Pontuado que o novo Auxiliar Jurídico será responsável por consultar diariamente o Diário Oficial para verificação dos ofícios e publicações do INTS.
- E também trará os indicadores mensalmente dos acompanhamentos das notificações da SMS para as reuniões.
- Robert formalizou o novo sistema que será feito as Prestações de Contas, o SICAP que terá seu inicio amanhã 01/06, nas próximas reuniões trará informações dessa transição de sistema.
- Verificar novamente com Dr. Cinthia da Sede sobre as respostas dos órgãos fiscalizadores que foram feitos pela Sede; responsável por essa verificação; Robert.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Acompanhamento Contratual | Flaviana Santos | 30/06/2023 | | |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Não houve pauta.

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coord. Prestação de Contas) / Flávio Almeida (Aux. Administrativo) / Flaviana Santos (Analista Prestação de Contas) / Vanda Hellmann (Encarregada Ouvidoria) / Gleydson Silva (Supervisor de Qualidade) e Paulo Henrique Lopes (Coordenador Financeiro).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Neste mês não houve pendências ou assuntos a serem discutidas em grupo.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Acompanhamento Contratual | Flaviana Santos | 31/07/2023 | | |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Não houve pauta.

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coord. Prestação de Contas) / Flávio Almeida (Aux. Administrativo) / Flaviana Santos (Analista Prestação de Contas) /Gleydson Silva (Supervisor de Qualidade) e Paulo Henrique Lopes (Coordenador Financeiro).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Neste mês não houve pendências ou assuntos a serem discutidas em grupo.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Acompanhamento Contratual | Flaviana Santos | 31/08/2023 | 09h30 | 10h30 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Não houve pauta

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coord. Prestação de Contas) / Flávio Almeida (Analista Administrativo) / Flaviana Santos (Analista Prestação de Contas) / Vanda Hellmann (Encarregada Ouvidoria) / Paulo Henrique (Coordenador Financeiro)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Neste mês não houve pendências ou assuntos a serem discutidos em grupo.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Redator: Flaviana Santos

Assinaturas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Acompanhamento Contratual | Robert da Silva | 29/09/2023 | 09h30 | 10h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Não houve pauta

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coord. Prestação de Contas) / Flávio Almeida (Analista Administrativo) / Karina Francisca (Auxiliar Jurídico) / Paulo Henrique (Coord. Adm. Fin.)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica.
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica.
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se aplica.

Neste mês não houve pendências ou assuntos a serem discutidos em grupo por não haver pauta.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Redator: Flaviana Santos

Assinaturas:

1. Robert da Silva
2. Paulo Henrique
3. Karina F. Gonçalves
4. Flávio
5. 
6. 
7. 
8. 
9. 

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Acompanhamento Contratual | Flaviana Santos | 24/10/2023 | 10h40 | 11h |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

1. **Atualização dos membros da Comissão.**
2. **Atualização do Regimento e Portarias.**
3. **Reuniões Trimestrais.**
4. **Indicadores Setor Jurídico.**

**PARTICIPANTES**

Robert da Silva (Coord. Prestação de Contas)
Flávio Almeida (Analista Contratos)
Flaviana Santos (Analista Prestação de Contas)
Paulo Henrique Lopes (Coord. Financeiro)
Izadora Mariani (Secretária Executiva)
Karina Gonçalves (Aux. Jurídico)
Kamila Sales (Sup. Qualidade)
Paulo Henrique Barbosa (Analista Qualidade).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- Robert iniciou reunião dando boas vindas aos novos membros da comissão Kamila e Karina e tirando dúvidas internas com o Paulo sobre as futuras atualizações.

- **Atualização dos membros da Comissão**

- Robert informa as trocas oficiais dos membros da comissão, e assina o memorando Nº 002/2023 que será enviado ao final da reunião.
- Informa também que após o Paulo confirmar que não há necessidade de ter um membro do cargo da Ouvidoria, será retirado e atualizado também.

- **Atualização do Regimento e Portarias**

- Robert comunica que serão atualizados documentos do Regimento Interno e Portaria Nº 015/2022 que necessita de alterações. Paulo atualizará os documentos após ser formalizado via e-mail e coletar assinatura da Diretora Geral.

- **Reuniões Trimestrais**

- Informado que após as próximas já serão Trimestrais, pois os assuntos pertinentes à comissão não necessita de todo mês está atualizando, visto que as informações são de formas pontuais.

# ANEXO 32 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO CONTRATUAL – CAC

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO CONTRATUAL | CÓDIGO: RI.CAC.001 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/5 |

**PREÂMBULO**

A Comissão de Acompanhamento de Contratual - CAC é um órgão representativo do Hospital Municipal Guarapiranga multidisciplinar de caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo criado para contribuir com o atendimento aos requisitos conforme o Contrato de Gestão 001/2020 - SMS.G /AHM.

**Art. 1° - Dos Objetivos**

A Comissão de Acompanhamento de Contratual - CAC é uma instância decisória e colegiada pela Direção Geral do Hospital Municipal Guarapiranga, que visa acompanhar, monitorar e avaliar a execução do Contrato de Gestão firmado com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

**Art. 2° - Das Atribuições**

I. Acompanhar e avaliar a execução dos serviços contratados, de acordo com os critérios e parâmetros de cumprimento das metas e indicadores estabelecidos no contrato de gestão;
II. Analisar e reportar situações, ocorrências ou eventos que interfiram na prestação dos serviços a contento e das ações desenvolvidas para a sua plena realização;
III. Deliberar sobre a pertinência de ocorrências apresentadas que afetarem diretamente a produção da unidade, por atividade ou especialidade;
IV. Propor alterações Contratuais em decorrência da avaliação dos serviços disponibilizados;
V. Formalizar as decisões tomadas por meio de registro em ata;
VI. Realizar mensalmente a revisão e análise dos indicadores qualitativos e quantitativos contratuais, reportando pareceres técnicos para as áreas responsáveis caso ocorra à necessidade de maiores esclarecimentos dos resultados alcançados.
VII. Avaliar o cumprimento das metas financeiras;

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 33 - ATAS DA COMISSÃO DE CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS | BRUNO FREITAS | 28/04/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

1. Apresentação da finalidade da Comissão
2. Leitura do Regimento
3. Atribuições dos integrantes
4. Elaboração do Plano de Ação

**PARTICIPANTES**

RAFAELA BEZERRA DE MELO GONZAGA (ENFERMEIRO CCIH), JULIANA MARQUES CAVALLARI (ENFERMEIRO DO TRABALHO), EMILIO FERREIRA DOS SANTOS JUNIOR (TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO), VERA LUCIA DOS SANTOS PEREIRA MACEDO (ENFER. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA), JULIANA BORGES (TERCEIRIZADA FRACTAL), PAULO HENRIQUE FERREIRA LOPES (COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO), BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS (ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

No dia vinte e oito de Abril de dois mil e vinte e três, o presidente da Comissão Sr. Bruno Freitas iniciou os trabalho da primeira reunião da comissão de animais Sinantrópicos, informou sobre o escopo de trabalho e demais atribuições da Comissão, elaboração do Plano de Ação para emissão de procedimento e aquisição de materiais para manejo da fauna Sinantrópica.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS | BRUNO FREITAS | 21/07/2023 | 15:00 | 16:00 |

## PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES

1. Leitura da Ata anterior
2. Pendências
3. Plano de Ação

## PARTICIPANTES

BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS (ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO), MARISTELA CIMINO, EMANUELLE CARVALHO (SUPERVISORA ENG. CLÍNICA).

## DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia vinte e um de Julho de dois mil e vinte e três, o presidente da Comissão Sr. Bruno Freitas iniciou os trabalho da Comissão de animais Sinantrópicos, realizando a leitura da ata anterior, em seguida foi confirmada a chegada do pinção (instrumento para o manejo de serpentes), definição do procedimento em caso de ocorrência envolvendo animais sinatrópicos, abaixo procedimento:

Fluxo enviado pela vigilância epidemiológica dá UVIS M'BOI MIRIN para atendimento a animais peçonhentos (encaminhamento direto para um dos hospitais de referência abaixo.

Os hospitais de referência para atendimento com animais peçonhentos em São Paulo são:

HOSPITAL VITAL BRAZIL/ Instituto Butantan

HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO – TATUAPÉ

HOSPITAL GERAL DE TAIPAS

HOSPITAL CAMPO LIMPO (mais próximo do HMG – primeira opção)

HOSPITAL ESTADUAL GERAL DO GRAJAÚ (mais próximo do HMG)

HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETÚBAL

Esse atendimento será feito via ambulância disponibilizada pelo Hospital Guarapiranga, ou na impossibilidade por atendimento de urgência externo.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| COMISSÃO DE CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS | BRUNO FREITAS | 20/10/2023 | 15:00 | 16:00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

1. Leitura da Ata anterior
2. Pendências
3. Plano de Ação

**PARTICIPANTES**

BRUNO ALVES NASCIMENTO DE FREITAS (ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO), VERA LUCIA DOS SANTOS PEREIRA MACEDO (ENFER. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA), PEDRO TADEU CAZADO COSTA (TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO), PAULO HENRIQUE FERREIRA LOPES (COORD. FINANCEIRO), JULIANA MARQUES CAVALARI (ENFERMEIRA DO TRABALHO).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

No dia vinte de outubro de dois mil e vinte e três, o presidente da Comissão Sr. Bruno Freitas iniciou os trabalhos da Comissão de animais Sinantrópicos, realizando a leitura da ata anterior, em seguida foi apresentada a pauta da reunião como segue:

- Apresentação final dos feitos da comissão no ano de 2023.
- Pendências

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Controle de pragas e vetores | 31/05/2023 | COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO/FRACTAL | Atrasado |
| Treinamento da equipe de Jardinagem para o manejo de serpentes | 25/07/2023 | COORDENADOR (A) ADM FINANCEIRO/FRACTAL | Atrasado |

# ANEXO 34 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS

| REGIMENTO INTERNO | | |
|---|---|---|
| COMISSÃO DE CONTROLE DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS | CÓDIGO: RI.SESMT.003 | REVISÃO: 00 |
| | | PÁGINA: 1/4 |

## PREÂMBULO

NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta Norma Regulamentadora - NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

**Em todo serviço de saúde deve existir um programa de controle de animais sinantrópicos, o qual deve ser comprovado sempre que exigido pela inspeção do trabalho.**

Em casos de acidentes com animais peçonhentos, após os procedimentos de primeiros socorros, o trabalhador acidentado deve ser encaminhado imediatamente à unidade de saúde mais próxima ou a local indicado:

*Fluxo enviado pela vigilância epidemiológica dá UVIS M'BOI MIRIN para atendimento a animais peçonhentos.*

**Os hospitais de referência para atendimento com animais peçonhentos em São Paulo são:**

**HOSPITAL VITAL BRAZIL/ Instituto Butantan**

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO – TATUAPÉ**

**HOSPITAL GERAL DE TAIPAS**

**HOSPITAL ESTADUAL GERAL DO GRAJAÚ (mais próximo do HMG)**

**HOSPITAL CAMPO LIMPO (mais próximo do HMG)**

**HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETÚBAL**

Esse atendimento será feito via ambulância disponibilizada pelo Hospital Guarapiranga, ou na impossibilidade por atendimento de urgência externo.

CÓPIA CONTROLADA - REPRODUÇÃO/IMPRESSÃO PROIBIDA SEM AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

## ANEXO 35 - ATAS DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Núcleo de Violência 1 | Silmara Carvalho | 12/06/2023 | 13:00hs | 14:00hs |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

Apresentação do Núcleo de Violência, tipos de violência e SINAN.

**PARTICIPANTES**

Silmara Carvalho (Responsável Técnica do Serviço Social), Anderson Thomas (Coord. Multiprofissional), Talita Correia (Psicóloga), Leticia Silva (Assistência Social), Juliana Santos ( Responsável Técnica da Fisioterapia) Juliana Marques ( Enfermeira do Trabalho), Vera Lucia dos Santos ( Enfermeira da Vigilância).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

- **Ações pendentes da última reunião:** Não se aplica
- **Ações que foram executadas no último mês:** Não se aplica
- **Registro de inconformidades, denúncias e sindicâncias:** Não se Aplica.

Silmara inicia a reunião agradecendo a todos pela presença, apresenta o que é o núcleo de violência e seus tipos. Apresentando a PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE SMS Nº 383 DE 27 DE JUNHO DE 2022, o que é violência e seus tipos de violência como, por exemplo: Violência autodirigida, Violência interpessoal, violência familiar e conjugal, violência comunitária.
Apresentou como identificar, acolher e realizar o atendimento da pessoa em violência.
Vera inicia a apresentação do SINAN, realizamos um fluxo para abertura de SINAN sendo: após identificar, acolher e realizar o atendimento, preencher o SINAN e entregar para a Vera para que a mesma dê andamento com numeração para UVIS (Unidades de Vigilância em Saúde).
Acordamos com a data de toda primeira quarta-feira do mês no período da manha, sendo as 9:00h.

**AÇÕES GERADAS**

| O QUE | QUANDO | QUEM | STATUS |
|---|---|---|---|
| Reunião junto a Supervisão Técnica de Saúde | JUNHO | Silmara, Vera e Juliana. | A realizar em 25/06/2023 |
| | | | |
| | | | |

## ANEXO 36 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

**(Em construção)**

## ANEXO 37 - ATAS DA COMISSÃO DE MEDICINA INTEGRATIVA

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Medicinas Integrativas | Pamela Viana Domingues | 05/07/2023 | 11h00 | 13h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação do Manual de Implantação de Serviços Integrativas e Complementares no Sus.
- Definição das terapias que compõe o projeto de implantação.
- Disponibilização de Local e estrutura para realização das Terapias .
- Definição de datas para implantação.

**PARTICIPANTES**

Edson Kazuna Ono( Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão) Victor Hugo Parrilha Panont ( Diretor técnico Hospitalar e Vice Presidente da Comissão ) , Elisabeth Cunha (Coordenadora de RH ), Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Vanda Dias (Ouvidoria) , Juliana Cavallari ( Enf do Trabalho – SESMT) Gleydson Vieira ( Supervisor de Qualidade) , Carmen Isabel Domingues de Souza ( Gerente de Enfermagem), Daniele de M Martorano (Coord de Enfermagem), Jamile Renata O. dos Reis (Supervisão de Nutrição) , Ana Patricia B Palma ( Gerente Administrativo).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Em 05 de julho de 2023, reuniu-se o grupo citado acima para primeira reunião oficial da Comissão de Medicinas integrativas , Dr Edson inicia reunião falando sobre as medicinas integrativas e sua implantação no Hosptal Municipal de Guarapiranga, Dr Edson relembra a primeira reunião onde foi disponibilizado o Manual de Medicinas integrativas para os componentes da Comissão , posteriormente o mesmo realiza apresentação em slides introduzindo a Ozonioterapia , Medicina Chinesa e Hipnoterapia e sua descrição, relata que as Medicinas integrativas darão inicio na instituição por essas três terapias citadas acima , terapeuta Paula complementa o assunto pertinente a hipnoterapia que sera realizado por ela mesma. Dr Edson retoma o assunto e volta a falar da implantação e suas necessidades estruturais e de matérias e insumos necessários para execução. Ana Patricia enfatiza questões que foram tratadas anteriormente em reunião com o mesmo e relembra que o ficou acordado entre as partes para realização da implantação do projeto de medicinas integrativas, explicou o fluxo para padronização de matérias na instituição visto que o mesmo solicitou alguns materiais que ainda não estão padronizados na instituição , Ana Patricia reforça a necessidade de criação de um cronograma para implantação do programa, foi enfatizado pela mesma a necessidade de realizar uma reunião com Gleydson para criação dos POPs ,a mesma necessita de um relatório de execução e se coloca a disposição juntamente com sua equipe para realizar a construção do mesmo. Dr Victor se disponibiliza para contribuir na execução do relatório para enviar a qualidade e diretoria técnica . Carmem reforça a importância de criar um cronograma das praticas e da necessidade de ajustes na estrutura física , Ana Patricia questiona Dr Edson em quais as necessidades físicas para continuidade da implantação, Dr Edson relata que necessita de três salas para atendimento sendo duas para ozonioterapia , uma para hipnoterapia e uma sala administrativa para o mesmo contendo Computador em rede para anotação em prontuário referente aos atendimento e acesso ao sistema interno SMPEP, enfatiza que terapeuta Paula precisa e sua sala de uma cadeira e uma poltrona para atendimento, Ana Patricia enfatiza que autoriza disponibilização e que vai solicitar apoio de sua equipe para execução do mesmo. Juliana questiona se Paula realizara o atendimento dos colaboradores referente a terapia, Paula relata que precisa de um a reunião com Juliana para alinhamentos referente aos dias de atendimento e forma de execução, Ana Patricia enfatiza que tal questão deve ser tratada com Juridico da Sede devido a questões emocionais envolvendo colaboradores e que as terapias devem contemplar todos os colaboradores. Dr Edosn finaliza a reunião enfatizando que necessita realizar uma capacitação aos profissionais referente a Ozonioterapia e deixa pendente o alinhamento junto ao Nucleo de Educação Permanente para execução.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Medicinas Integrativas | Pamela Viana Domingues | 01/09/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação das propriedades da Ozonioterapia e Hipnoterapia .
- Apresentação do local e estrutura para realização das Terapias .
- Necessidade de ampliação do projeto .

**PARTICIPANTES**

Edson Kazuna Ono( Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão) Victor Hugo Parrilha Panont ( Diretor técnico Hospitalar e Vice Presidente da Comissão ) , Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Juliana Cavallari ( Enf do Trabalho – SESMT) Gleydson Vieira ( Supervisor de Qualidade) , Carmen Isabel Domingues de Souza ( Gerente de Enfermagem), Daniele de M Martorano (Coord de Enfermagem), Jamile Renata O. dos Reis (Supervisão de Nutrição) , Paula

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Em 01 de setembro de 2023, reuniu-se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas integrativas , Dr Edson inicia reunião falando sobre as medicinas integrativas e sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, Dr Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, relata que no momento atuamos com ozonioterapia nos formatos em BAG, Subcutânea, Insuflação retal e hidrozonioterapia, relata também a terapia realizado em conjunto aos pacientes por Paula a hipnoterapia, terapeuta Paula complementa o assunto pertinente a hipnoterapia que esta sendo realizado e seus resultados alcançados, Dr Edosn retoma a reunião realizando apresentação dos resultados obtidos com o tratamento, e enfatiza que com so equipamentos atuais e com pessoal disponível e treinado para tal não conseguimos abranger uma quantidade maior de pacientes conseguindo atender em média 25% dos nossos pacientes portadores de lesões, enfatoza também que necessita da execução de um exame especifico para ozonioterapia, G6PD , Dr Victor solicita que realize contato com Gleydosn da TI para atualização em sistema do mesmo, Dr Edson finaliza reunião expressando o desejo de ter equipamento e pessoas necessária para contemplar todos os nossos pacientes portadores de lesões crônicas . Edosn finaliza a reunião enfatizando que necessita realizar uma capacitação aos profissionais referente a Ozonioterapia e deixa pendente o alinhamento junto ao Nucleo de Educação Permanente para execução.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Medicinas Integrativas | Pamela Viana Domingues | 03/10/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia.
- Atuação da Hipnoterapia no Hospital
- Resultados do Tratamento de Feridas.
- Necessidade de ampliação do projeto .
- Definição de Data para nova capacitação da equipe .
- Elaboração do Regimento Interno da Comissão

**PARTICIPANTES**

Edson Kazuna Ono( Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão) , Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Gleydson Vieira ( Supervisor de Qualidade) Jamile Renata O. dos Reis (Supervisão de Nutrição) , Paula Hiratsuka (Terapeuta)

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Em 03 de outubro de 2023, reuniu-se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas integrativas, Dr Edson inicia reunião falando sobre as medicinas integrativas e sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, e sua participação no ultimo congresso de ozonioterapia que aconteceu no ultimo fim de semana 29 e 30 de setemebro na ABOZ (Associação Brasileira de Ozonioterapia), Dr Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, relata que no momento continuamos atuando nos formatos em BAG, Subcutânea, Insuflação retal e hidrozonioterapia, relata também a terapia realizado em conjunto aos pacientes por Paula a hipnoterapia, terapeuta Paula complementa o assunto pertinente a hipnoterapia que esta sendo realizado e seus resultados alcançados, Dr Edosn retoma a reunião realizando apresentação dos resultados obtidos com o tratamento, e enfatizaa necessidade de ampliação da equipe capacitada e de maquinas extras para abranger uma quantidade maior de pacientes conseguindo atender em média 25% dos nossos pacientes portadores de lesões, enfatiza também que necessita da execução de um exame especifico para ozonioterapia, G6PD ,que quando se pede no sistema alguns saem os resultados outros não, Dr Edson introduz apresentação sobre doenças crônicas. Enfatizo a necessidade de realização da elaboração de regimento interno para comissão, Gleydson supervisor da qualidade se disponibiliza a auxilia-lo na elaboração ficando pendente reunião para execução do mesmo Dr Edson finaliza a reunião enfatizando que necessita realizar uma capacitação aos profissionais referente a Ozonioterapia e deixa pendente o alinhamento junto ao Nucleo de Educação Permanente para execução.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Medicinas Integrativas | Pamela Viana Domingues | 31/10/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia.
- Atuação da Hipnoterapia no Hospital
- Resultados do Tratamento de Feridas.
- Necessidade de ampliação do projeto .
- Definição de Data para nova capacitação da equipe .

**PARTICIPANTES**

Edson Kazuna Ono( Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão) , Victor Parrilha Panont ( Diretor Técnico) Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Paula Hiratsuka (Terapeuta) , Juliana Marques ( Enfermeira do trabalho) .

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Em 31 de outubro de 2023, reuniu-se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas integrativas, Dr Edson inicia reunião falando sobre as medicinas integrativas e sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, Dr Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das medicinas integrativas com os cuidados paliativos , descreve sobre as diretrizes dos cuidados paliativos e enfatiza a descrição das ações da medicina integrativa com a ozonioterapia nos pacientes portadores de lesões de pele e sua periodicidade, enfatiza que hoje conseguimos realizar em media 100 atendimentos/ mês, no mesmo formato anterior em BAG, Subcutânea, Insuflação retal e hidrozonioterapia, relata também que a hipnoterapia é realizada em conjunto aos pacientes por Paula, realiza amostragem de resultados do tratamento das feridas com terapias coadjuvantes. Paula terapeuta inicia sua apresentação pertinente a hipnoterapia falando sobre a hipnoterapia/ hipnose clinica, no cenário mundial e sua regulamentação no brasil, discorre sobre seus atendimentos realizados no hospital municipal do Guarapiranga e realiza amostragem dos resultados de seus paciente através de vídeos de depoimentos. Encerramos a reunião deixando em aberto os seguintes assuntos a serem desenvolvidos no próximo, elaboração de regimento interno da comissão, realização de uma capacitação aos colabores referente a ozonioterapia, relata que permanece aguardando a compra e ou disponibilização de mais geradores de ozônio para ampliar os atendimento e poder contemplar mais pacientes ao beneficio.

| TIPO DE REUNIÃO: | REDATOR: | DATA: | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|---|---|---|---|---|
| Comissão de Medicinas Integrativas | Pamela Viana Domingues | 01/12/2023 | 14h00 | 15h00 |

**PAUTA E/OU PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES**

- Apresentação sobre as atualizações referente a Ozonioterapia e suas metas .
- Apresentação sobre DCNT
- Atuação da Hipnoterapia no Hospital,
- Resultados do Tratamento de Feridas.
- Necessidade de ampliação do projeto .

**PARTICIPANTES**

Edson Kazuna Ono( Medico de Medicinas Integrativas e Presidente da Comissão) , Pamela Viana Domingues (Estomaterapeuta), Anderson Tomas de Oliveira (Coordenador Multiprofissional), Paula Hiratsuka (Terapeuta) , Carmen Domingues ( Gerente de Enfermagem), Danielle Martorano ( Coordenadora de Enfermagem), Diego Borges ( Coordenador de enfermagem), Thamara Derencio (Supervisora de Enfermagem), Jamile Renata (Supervisora de nutrição).

**DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Em 01 de dezembro de 2023, reuniu-se o grupo citado acima para reunião mensal da Comissão de Medicinas integrativas, Dr Edson inicia reunião falando sobre as politicas publicas referente a medicinas integrativas e sua atuação no Hospital Municipal de Guarapiranga, sendo elas a Ozonioterapia no tratamento das feridas e hipnoterapia no atendimento aos paciente portadores de feridas crônicas, Dr Edson relembra as propriedades da Ozonioterapia e suas formas de aplicação, enfatiza a relação das medicinas integrativas com tratamento de Doenças crônicas não transmissíveis, descreve sobre o cenário mundial e o cenário brasileiro quanto a Diabedese, e enfatiza a descrição das ações da medicina integrativa com a ozonioterapia nos pacientes portadores dessas doenças , enfatiza que hoje conseguimos realizar em media 100 atendimentos/ mês, no mesmo formato anterior em BAG, Subcutânea, Insuflação retal e hidrozonioterapia, relata também que a hipnoterapia é realizada em conjunto aos pacientes por Paula, realiza amostragem de resultados do tratamento das feridas com terapias coadjuvantes. Paula terapeuta inicia sua apresentação pertinente a hipnoterapia discorre sobre seus atendimentos realizados no hospital municipal do Guarapiranga e realiza amostragem dos resultados de seus paciente através de vídeos de depoimentos. Encerramos a reunião deixando em aberto os seguintes assuntos a serem desenvolvidos no próximo, elaboração de regimento interno da comissão, realização de uma capacitação aos colabores referente a ozonioterapia, relata que permanece aguardando a compra e ou disponibilização de mais geradores de ozônio para ampliar os atendimento e poder contemplar mais pacientes ao beneficio, e aguarda uma disponibilização de datas para apresentar os resultados das medicinas integrativas no hospital . Encerramos a reunião as 15hs .

## ANEXO 38 - REGIMENTO DA COMISSÃO DE MEDICINA INTEGRATIVA

**(Em construção)**