HDS

SUS SES Secretaria de Estado da Saúde

AGIR

Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS

RELATÓRIO GERENCIAL E DE ATIVIDADES

REFERENTE AO 5º e 6º TERMOS ADITIVOS AO TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE GESTÃO Nº 002/2013

PERÍODO DE JANEIRO À DEZEMBRO DE 2019

AGIR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Alberto Borges de Souza
Cesar Helou
Clidenor Gomes Filho
Fernando Morais Pinheiro
José Evaldo Balduíno Leitão
Paulo Afonso Ferreira
Pedro Daniel Bittar
Salomão Rodrigues Filho
Vardeli Alves de Moraes

CONSELHO FISCAL

Alcides Rodrigues Junior
Cyro Miranda Gifford Júnior
Gláucia Maria Teodoro Reis
Lúcio Fiúza Gouthier
Marcos Pereira Ávila
Milca Severino Pereira

DIRETORIA

Washington Cruz *- Diretor Presidente*
Lindomar Guimarães Oliveira *- Vice-Diretor*
Alaor Rodrigues Aguiar *- Diretor Tesoureiro*

SUPERINTENDÊNCIAS

Sérgio Daher *- Superintendente de Relações Institucionais*
Lucas Paula da Silva *- Superintendente Executivo*
Claudemiro Euzébio Dourado *- Superintendente Administrativo e Financeiro*
Dante Garcia de Paula *- Superintendente de Gestão e Planejamento*

DIRETORIA DO HDS

Válney Luiz da Rocha *- Diretor Geral*
Mônica Ribeiro Costa *- Diretora Técnica*
Viviane Tavares Ferreira *- Diretora Administrativa e Financeira*

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO 4

2 – IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS 5

3 – RELATORIO DE ATIVIDADES 6

3.1.SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 6

3.2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL 13

3.3. SERVIÇOS DE APOIO. 19

3.4. COMISSÕES 20

4 – METAS DE PRODUÇÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS 20

4.1. INDICADORES QUANTITATIVOS (PARTE FIXA) 20

4.2. INDICADORES DE DESEMPENHO 23

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS 46

6 – ANEXOS 47

1 – APRESENTAÇÃO

Em consonância com o contrato firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás -SES/GO e a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, para o gerenciamento do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS, faz-se nesta oportunidade a apresentação do **RELATÓRIO GERENCIAL E DE ATIVIDADES** referente ao período de **janeiro a dezembro de 2019.**

A AGIR, gestora do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS, possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº 5.591/02 e reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual 15.503/05, detém recertificação como **Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-SAÚDE)** pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.073, de 17 de julho de 2018.

O Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS está localizado na Rodovia GO 403, Km 08, Via Senador Canedo, Goiânia – GO, teve a sua fundação em 1943, sendo denominado na época de Leprosário Colônia Santa Marta.

Em conseqüência da política de atenção à pessoa com hanseníase e de diretrizes nacionais de desospitalização para estes pacientes, em 1983 foi transformado em Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS, sendo atualmente uma Unidade de atendimento ambulatorial de média complexidade com objetivo de prestar assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e aos ex-pacientes da extinta Colônia Santa Marta, que moram nas áreas circunvizinhas e aos 18 pacientes moradores da Residência Assistencial.

A SES-GO, no intuito de atender aos princípios basilares da administração pública e do SUS, integrou o Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS ao Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER por meio do Decreto nº 7.807/2013, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços da unidade.

A AGIR como organização que presta contas de suas atividades junto à sociedade e ao poder público, busca gerir eficientemente suas ações internas munindo-se de uma análise criteriosa dos dados e informações como norteador de decisões eficazes. Portanto, o relatório apresentado parte desse princípio.

Cumprindo exigência contratual com referência aos 5º e 6º Termos Aditivos ao Termo de Transferência de Gestão nº 002/2013, vigentes no ano de 2019, este relatório foi preparado de modo a propiciar os subsídios necessários para que a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO analise o desempenho global de todas as atividades realizadas no Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS e assim fundamente sua avaliação com base nas obrigações pactuadas.

As informações apresentadas neste relatório foram extraídas dos relatórios gerenciais e do banco de dados do sistema de gestão hospitalar interno da Unidade.

2 - IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Nome: Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS.

CNES: 2.653.818.

Endereço: Rodovia GO 403, Km 08- Via Senador Canedo, Goiânia – GO.

CEP: 74.735-600.

Tipo de Unidade: Unidade de assistência responsável pelo atendimento ambulatorial e hospitalar de média complexidade, especializada em clínica médica, geriatria, cirurgia geral, infectologia, cardiologia, dermatologia, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, endocrinologia, angiologia e psiquiatria, devidamente referenciados pelo Complexo Regulador Municipal de Goiânia.

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, publicizada a AGIR.

Gestão do Sistema: Secretaria Municipal de Saúde – Goiânia-GO.

3 - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3.1 - Cuidados Integrais aos Pacientes Moradores

Permanecem assistidos integralmente os 18 pacientes moradores da Residência Assistencial - R.A, que, na grande maioria são idosos, com idade média de 72 anos, apresentam estes algum grau de dependência física, psíquica ou com deformidades físicas decorrentes de seqüelas da hanseníase.

Sobre os graus de dependência, os pacientes moradores foram avaliados pela equipe de Enfermagem, com base no Sistema de Classificação de Pacientes, conforme Escala de FUGULIN, que avalia higiene pessoal, controle de esfíncteres vesical e intestinal, capacidade de utilização do sanitário, alimentação, transferência da cama/cadeira, deambulação, vestir, subir escadas e banho, cujo resultado da avaliação segue demonstrado pela tabela nº 01.

Tabela nº 01 - Sistema de Classificação de Pacientes,
conforme Escala de FUGULIN.
Avaliação dos Pacientes Moradores da Residência Assistencial

SCP	Nº DE PACIENTES
Cuidado intensivo	0
Cuidado semi-intensivo	1
Cuidado alta dependência	0
Cuidado intermediário	9
Cuidado mínimo	8
Total	18

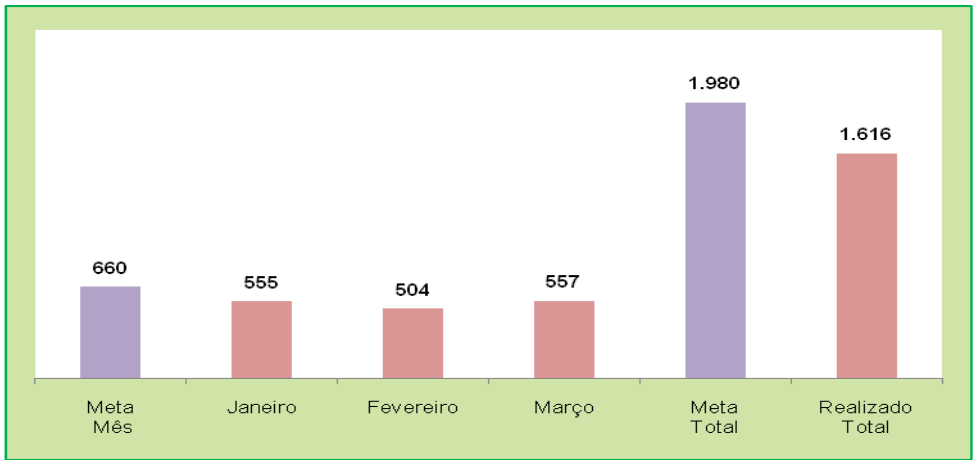
Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, jan-nov/2019

A assistência é prestada regularmente pela equipe médica, em tempo integral, bem como, pelos demais profissionais da equipe multiprofissional, compreendendo as especialidades e limites de recursos oferecidas nesta Unidade.

Destaca-se oportunamente que os pacientes, moradores da R. A, não são regulados pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS/Goiânia, bem como, os atendimentos prestados aos mesmos não são faturados.

Importante ressaltar que na vigência do 5º Termo Aditivo, o qual encerrou-se em 27/03/2019, a meta estabelecida para essa linha de contratação estava definida em 660 diárias/pacientes mês considerando um quantitativo de 22 pacientes, entretanto, devido aos óbitos de 04 (quatro) destes pacientes, moradores da Residência Assistencial, devidamente informados à SES-GO, conforme cartas nºs CT-325/2017 SE; CT- 498 SE; CT-140/2018 SE, e, CT-397/2018 SE, bem como, por ocorrências de internações destes pacientes em outras Unidades de Saúde, quando houve necessidades de atendimentos além daquelas que fogem aos recursos do HDS, foram cumpridas 1.616 diárias, conforme segue demonstrado pelo gráfico abaixo.

Gráfico nº 01 - Assistência Integral aos Pacientes Moradores - Diárias
Período - Janeiro a Março 2019

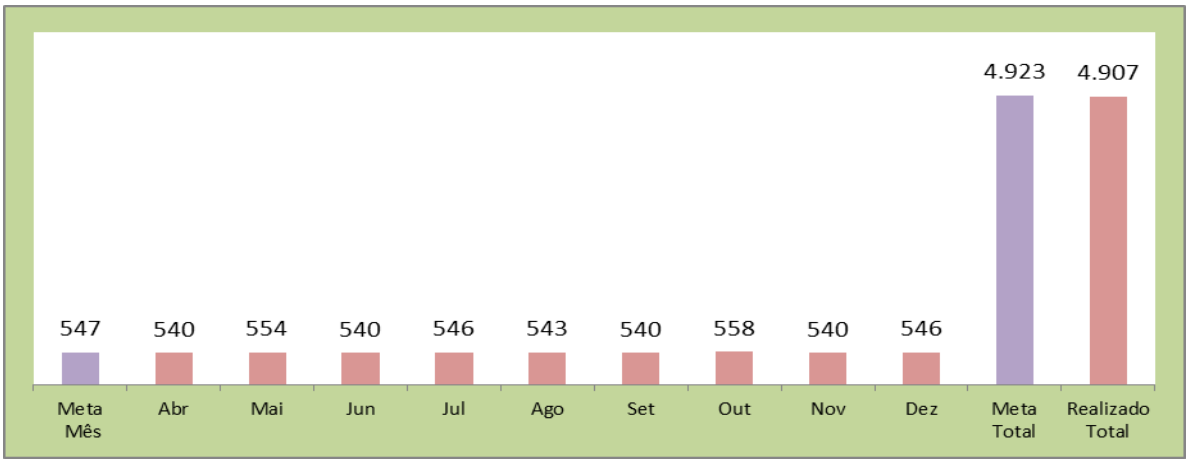


Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, jan-mar 2019

A partir do 6º Termo Aditivo, cuja a vigência iniciou em 28/03/2019, esta meta foi adequada ao número de pacientes, ficando estabelecida em 547 diárias/mês. Considerando o perfil, já apresentado, dos pacientes moradores e tendo em vista a necessidade de internações externas de alguns deles, o cumprimento de 100% da meta ficou comprometido no período de abril de 2019 a dezembro de 2019, outrossim, para

esta linha de contratação alcançou-se, no período, 99,67% da meta pactuada, conforme segue demonstrado por meio do gráfico nº 02.

Gráfico nº 02 - Assistência Integral aos Pacientes Moradores - Diárias
Período - abril a dezembro 2019



Relatórios Gerenciais HDS, abr-dez 2019

Além da assistência integral prestada aos pacientes moradores, outras atividades foram proporcionadas aos mesmos oportunizando-lhes a vivência e a inclusão social, e o exercício da cidadania, conforme se descreve a seguir.

Os pacientes, moradores da R. A, são remanescentes da Antiga Colônia Santa Marta. Aqui, recebem os cuidados integrais, que vão além da atenção à saúde. As equipes responsáveis pelo acompanhamento destes pacientes buscou proporcionar-lhes qualidade de vida, inclusão social e o resgate da cidadania e pertencimento. No decorrer do ano, conforme calendário previamente definido, foram realizadas atividades, tanto internas, quanto externas, que fizeram parte do plano de atenção ao paciente morador, respeitando-se as possibilidades individuais de cada um.

Foto - Residência Assistencial

Foto - Parte Interna - Apartamento Paciente

Fonte: Arquivos do HDS

Grito de Carnaval

Com o tema Abre Alas para a Alegria, aconteceu no dia 01 de março, na casa Viva, do HDS, o Grito de Carnaval 2019, oportunidade em que foram reunidos os pacientes moradores, colaboradores e familiares. Além de proporcionar-lhes momentos de alegria e interação, o tradicional Grito de Carnaval realizado aqui, teve também o objetivo de propor estímulos físicos, emocionais e comportamentais aos pacientes moradores e do Ambulatório. As marchinhas de carnaval proporcionaram aos usuários da Unidade momentos de atividades físicas por meio da dança, descontração, interação e socialização entre os participantes. A decoração utilizada no evento, em parte, foi confeccionada pelos próprios pacientes dos grupos de Atividades Manuais, formados por pacientes atendidos na Unidade. As marchinhas de carnaval ficaram por conta da Banda Regional Glória, que todos os anos se apresenta de forma voluntária neste evento. Participaram do evento cerca de 100 pessoas.

Fotos - Grito de Carnaval HDS 2019

Projeto Luz da Idade

O Projeto Luz da Idade é uma parceria entre o HDS e o Centro de Ensino em Período Integral Santa Marta - CEPI, cujo objetivo é propiciar aos pacientes, moradores da R. A, momentos de descontração e entretenimento promovidos pelos alunos e professores do CEPI. Para os alunos trata-se de oportunidade de convivência com outras realidades e aprendizado sobre o envelhecimento.

No decorrer do ano foram realizadas 08 apresentações deste projeto, cujo resultado, sempre muito positivo. Os pacientes, moradores da RA, demonstram a alegria e satisfação com a presença e apresentações promovidas pelos alunos.

Fotos 06 e 07 - Apresentação dos Alunos do CEPI

Fonte: Arquivos do HDS

Campanha de Vacinação - Influenza

Foi realizada no HDS, em 08 de maio, a vacinação contra a influenza, quando foram vacinados os 18 pacientes moradores da R. A e, na oportunidade, a ação também contemplou 153 colaboradores da Unidade.

Primeira Festa do Milho HDS

Em referência aos eventos das festas juninas, o HDS promoveu no dia 07 de junho a Primeira Festa do Milho. Na oportunidade reuniram-se pacientes e colaboradores, os quais participaram de atividades típicas e também saborearam da boa culinária à base de derivados do milho. Contou-se, também, com a participação e apresentação dos alunos do CEPI. O propósito da atividade foi terapêutico uma vez que oportunizou aos pacientes, moradores da R. A e demais pacientes do HDS, momentos de lazer e confraternização e vivência de atividades culturais, que lhes remeteram às suas memórias afetivas.

Pamonhada na Residência Assistencial

Resgatando a tradição goiana, no dia 05 de julho, a Equipe Multiprofissional realizou na R. A a produção de pamonhas cujo processo envolveu muitas etapas, o que permitiu à Equipe trabalhar diversas modalidades terapêuticas com o pacientes, oportunizando a cada um explorar suas potencialidades. Além do objetivo terapêutico, pretendeu-se proporcionar aos pacientes um dia festivo, cheio de atividades e envolvimento, o que lhes propiciou bem estar por se perceberem capazes de realizar uma atividade e a integração com os demais participantes que apoiaram a realização das atividades.

Dia de Missas no HDS

Desde o tempo do Leprosário Colônia Santa Marta, o HDS tem um forte histórico religioso. A páscoa, mais importante festa cristã

aqui é celebrada com muita devoção. Reuniram-se para a celebração os pacientes, moradores da R. A, colaboradores e ex-internos da época da Colônia. Na oportunidade, os aniversariantes da R. A receberam os parabéns e cumprimentos de todos os presentes.

O objetivo desta atividade foi a manutenção da tradição e a integração dos moradores com a comunidade, com devido respeito aos diferentes credos religiosos, sem obrigatoriedade de participação daqueles que professam diferentes religiões.

Em Julho foi celebrada uma missa especial em homenagem à Santa Marta, que é a padroeira da Unidade. Como se sabe, a devoção religiosa marcou a história da Colônia e na oportunidade das celebrações, principalmente os pacientes moradores da R. A se sentem confortados com esses momentos de fé cristã, e pela oportunidade do reencontro de ex-pacientes que moram na comunidade circunvizinha, os quais habitualmente participam das missas.

Nos demais meses que compreende o período em tela, também foram realizadas as celebrações de acordo com o cronograma mensal.

Já é Natal na Residência Assistencial

Com a proposta de trazer a alegria do natal para os pacientes moradores da R. A, no dia 21 de novembro, a equipe multiprofissional do HDS realizou atividades terapêuticas com os pacientes e para abrilhantar essa ação foi proposto aos pacientes produzirem os biscoitos de natal, os Gingerbreads.

Após a produção dos biscoitos, foi o momento de montar a árvore de natal. Embalados por músicas natalinas os pacientes, moradores da R. A, vivenciaram mais uma dia de integração entre todos. Os trabalhos foram conduzidos pela equipe Multiprofissional.

Passeio Shopping Flamboyant

De acordo com a programação natalina preparada para os pacientes, moradores da R. A, no dia 30 de novembro, 10 pacientes, acompanhados de colaboradores do HDS

foram ao Shopping Flamboyant. Esta oportunidade foi bastante significativa para todos, pois lhes foi oportunizado contemplar a beleza da decoração natalina presente em todas as lojas, realizaram compras, e ainda saborearam um gostoso lanche. Esta foi uma das atividades mais aguardada pelos pacientes. A expectativa é de um dia muito diferente nas suas rotinas. Após o passeio, já no retorno para a Unidade, cada um tem muitas histórias para contar. Para realizar o transporte dos pacientes, o HDS contou com a parceria da Companhia Municipal de Transportes coletivos - CMTC, quando disponibilizaram um ônibus acessível, o que grantiu a segurança dos traslado dos pacientes.

3.2 - Atendimento Ambulatorial

O HDS é uma Unidade de atendimento ambulatorial que atua nas seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, psiquiatria, geriatria, angiologia, cirurgia geral, endocrinologia e feridas crônicas. Presta, também, atendimentos nas áreas de enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, educação física, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, farmácia e odontologia. Destaca-se que todas as especialidades médicas ofertadas são reguladas pelos Complexos Reguladores Estadual e Municipal

O atendimento ambulatorial é prestado de segunda-feira a sexta-feira, no horário de 07:00h às 19:00h, e aos sábados, de 07:00h às 13:00h, de acordo com a demanda dos usuários dos serviços oferecidos pelo hospital

Destaca-se, na Unidade, o Ambulatório de Feridas Crônicas, o qual funciona de segunda-feira a domingo, das 07:00h às 19:00h. O atendimento conta com equipes médica e de enfermagem para cuidados e atenção às pessoas com feridas de origem vascular, neuropática e outras, sendo todos os pacientes regulados pela SMS-Goiânia.

Os dados que serão apresentados neste relatório compreende o período de janeiro a março, ainda sob a vigência do 5º Termo Aditivo, e de abril a novembro, sob a vigência do 6º Termo Aditivo, em referência ao Termo de Transferência de Gestão 002/2013.

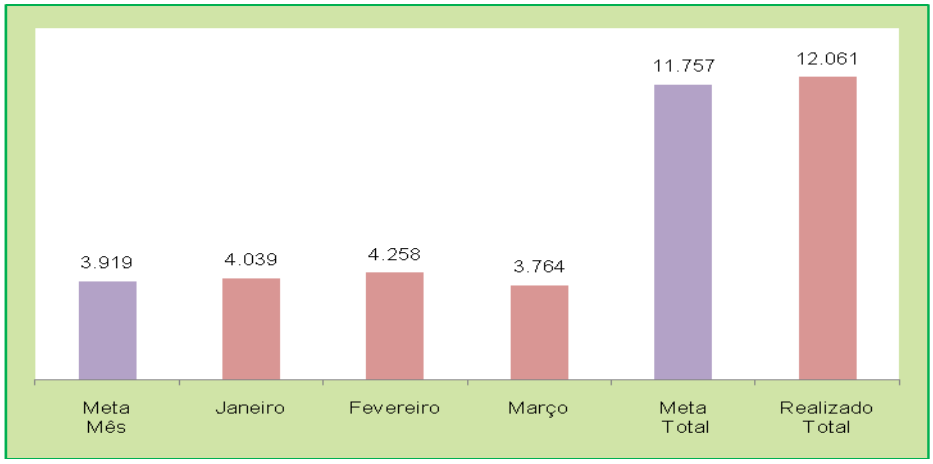
Na vigência do 5º Termo Aditivo, quanto à tolerância do cumprimento de metas foi de 85% e, a partida da vigência do 6º Termo Aditivo, passou-se a 90%.

Outro aspecto relevante a registrar é que na vigência do 5º Termo Aditivo não havia estabelecido meta para os serviços: Curativos de Feridas Crônicas, Terapias Especializadas e SADT Externo - eletrocardiograma, o que passou a ser objeto de cumprimento de metas a partir do 6º Termo Aditivo, embora esses atendimentos, historicamente fizessem parte da atenção prestada aos pacientes atendidos na Unidade.

3.2.1 - Consultas em Especialidade Médicas

No período que compreendeu janeiro a março, a meta mensal de atendimento de consultas médicas, foi de 3.919 e para o trimestre, de 11.757, tendo sido realizadas, no período, 12.061 consultas, resultando em 102,59% sobre a meta, conforme apresentado por meio do gráfico nº 03, abaixo.

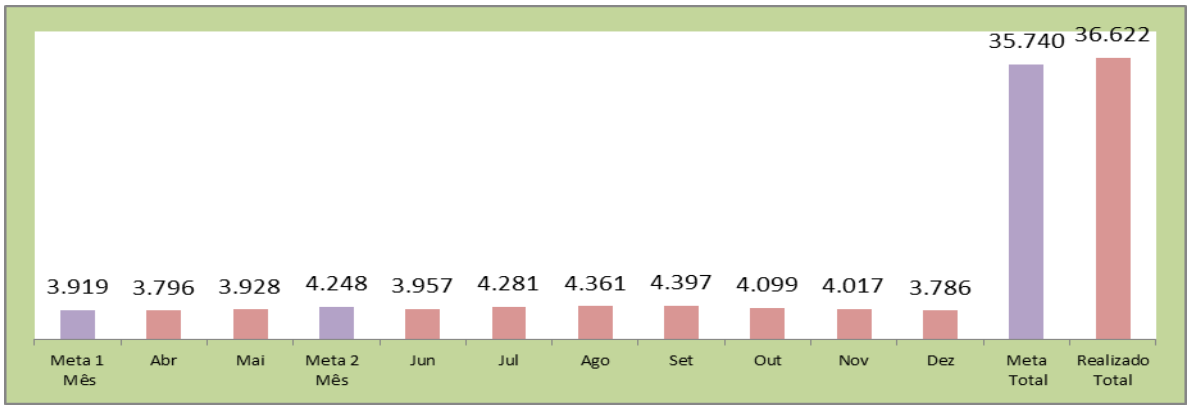
Gráfico nº 03 - Consultas de Especialidades Médicas
Período: janeiro a março de 2019



Relatórios Gerenciais HDS, jan-mar 2019

A partir da vigência do 6º Termo Aditivo, para as consultas de especialidade médicas foram estabelecidas a meta de 3.919 consultas para os meses de abril e maio, e a partir de junho, passou-se a 4.248/mês, perfazendo, para o período em análise, o total de 32.836, tendo sido realizadas 36.622, resultando em 102,47% da meta, conforme se apresenta no gráfico nº 04, abaixo.

Gráfico nº 04 - Consultas de Especialidades Médicas
Período: abril a dezembro de 2019

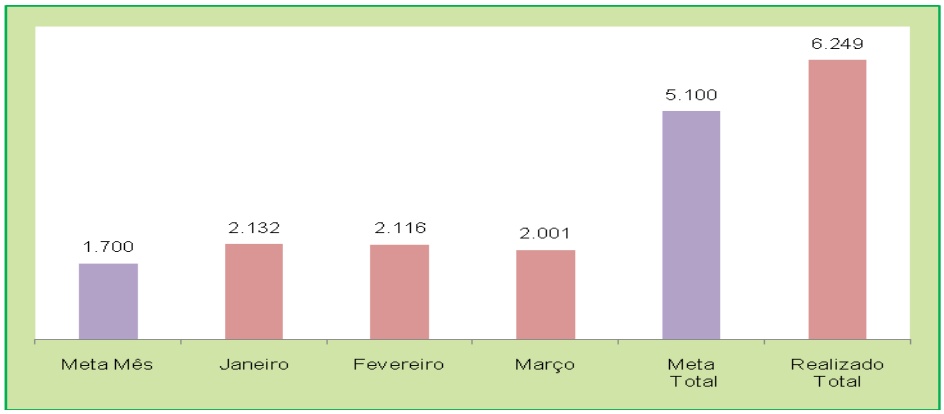


Relatórios Gerenciais HDS, abr-dez 2019

3.2.2 - Consultas em Especialidades não Médicas

Em referências às consultas de especialidades não médicas, para o período de janeiro a março, contemplado pelo 5º Termo Aditivo, a meta desta linha de contratação foi de 1.700 consultas/mês e 5.100 para o período, tendo sido realizadas um total de 6.249, o que resultou em cumprimento de 122,53% em relação à meta, conforme gráfico nº 05, abaixo.

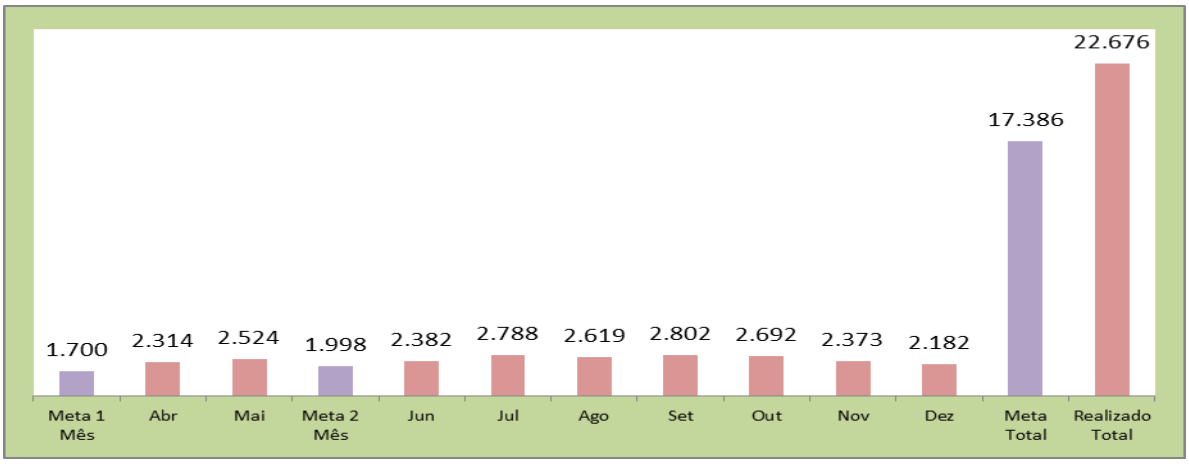
Gráfico nº 05 - Consultas de Especialidades não Médicas
Período: janeiro a março de 2019



Em face do 6º Termo Aditivo, nos meses de abril e maio, a meta para esta especialidade ficou em 1.700 consultas/mês e a partir do mês junho, passou à 1.998, e para o período ora apresentado 17.386, tendo sido produzidas, no período de abril a novembro, 22.676, o que resultou em 130,42%, cujos os dados seguem demonstrados por meio do gráfico 06, abaixo.

Gráfico nº 06 - Consultas de Especialidades não Médicas

Período: abril a dezembro de 2019



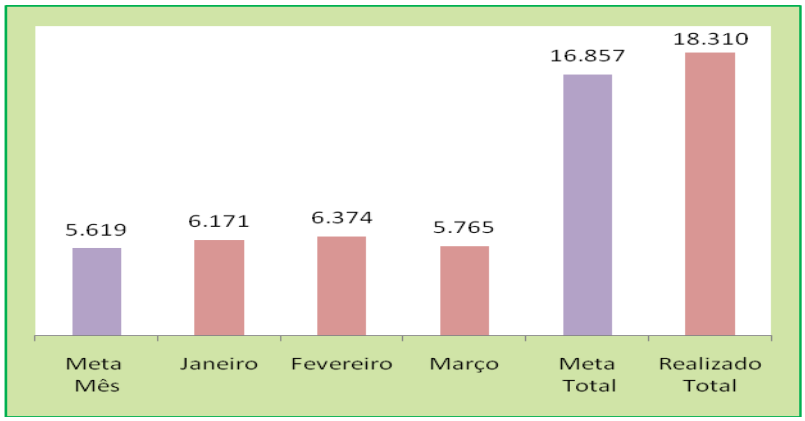
Relatórios Relatórios Relatórios Gerenciais HDS, abr-dez 2019

3.2.3 - Consultas em Especialidades Médicas e Não Médicas

A composição para a produção de consultas em especialidades médicas e não médicas, em face do 5º Termo Aditivo, para o período de janeiro a março ficou estabelecida em 5.619 consultas/mês e 16.857 para o período, cuja produção alcançou o total de 18.310 consultas, resultando em 108,62% em relação à meta, conforme segue demonstrado por meio do gráfico nº 07, abaixo.

Gráfico nº 07 - Consultas de Especialidades Médicas e não Médicas

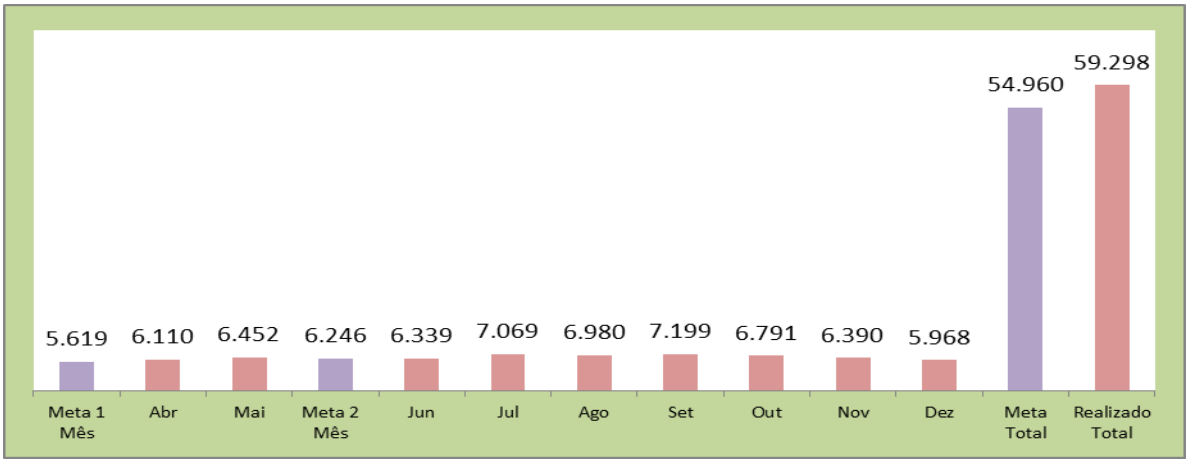
Período: janeiro a março de 2019



Relatórios Gerenciais HDS, jan-mar 2019

Em referência ao 6º Termo Aditivo, a partir de abril, para os meses de abril e maio, a meta ficou estabelecida em 5.619 consultas/mês e, a partir de junho em 6.246 consultas/mês, e para o período, até o mês de dezembro, em 54.960, tendo sido produzidas um total de 59.298 consultas, resultando em 107,89%, o que segue demonstrado pelo gráfico nº 07, abaixo.

Gráfico nº 08 - Consultas de Especialidades Médicas e não Médicas
Período: abril a dezembro de 2019



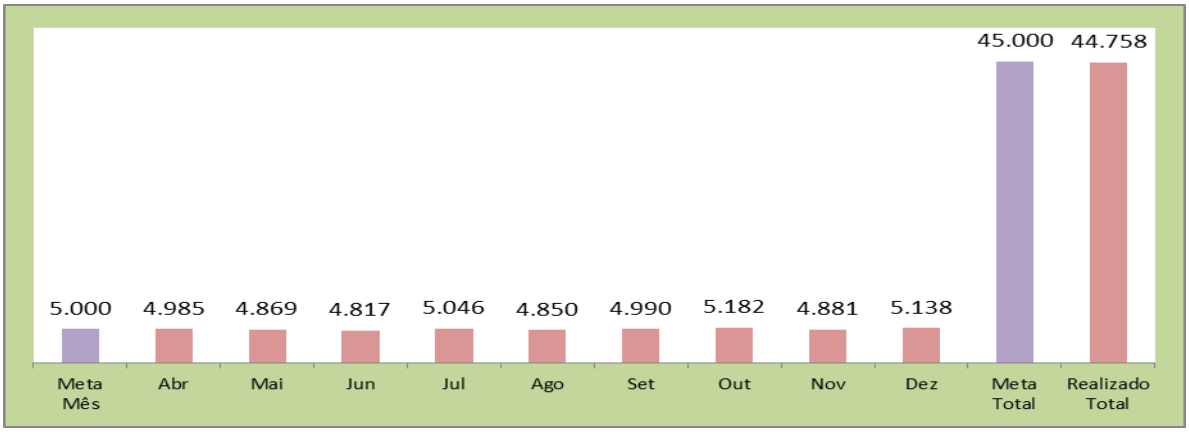
Relatórios Gerenciais HDS, abr-dez 2019

3.2.4 - Pequenos Procedimentos - Curativos de Feridas Crônicas

A meta mês para esta linha de contratação foi 5.000 curativos mensais e para o período em tela, 45.000. Foram realizados 44.758 curativos, o que resultou em 99,46% em relação à meta, conforme apresentado pelo gráfico nº 08, abaixo. Importante considerar para análise destes dados que por questões de infraestrutura, neste ano o

HDS está operando com uma sala a menos das destinadas ao Ambulatório de Tratamento de Feridas, o que dificulta atender um maior número de pacientes. Outro fator impactante para oferta de mais vagas para este procedimento refere-se a demora da alta dos pacientes em tratamento, que por tratar-se de feridas crônicas, de difícil a cicatrização, não permite a liberação do paciente. Entretanto, dado ao planejamento dos atendimentos, ficou-se ligeiramente abaixo dos 100% pactuados, porém, bem acima do ponto de tolerância, que é de no mínimo 90%.

Gráfico nº 09 - Pequenos Procedimentos - Curativos de Feridas Crônicas
Período: abril a dezembro de 2019

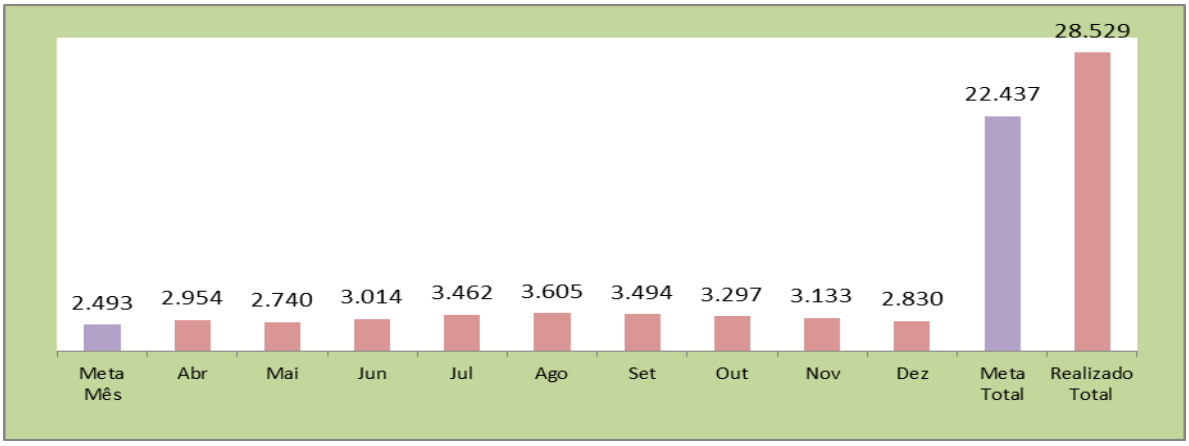


Relatórios Gerenciais HDS, abr-dez 2019

3.2.5 - Terapias Especializadas

Para este serviço, a partir do 6º Termo aditivo, a meta mês ficou estabelecida em 2.493 sessões de terapias especializadas e para o período, 22.437 sessões, tendo sido realizadas 28.529, atingindo 127,15%, conforme demonstrado por meio do gráfico nº 10, abaixo.

Gráfico nº 10 - Terapias Especializadas
Período: abril a dezembro de 2019



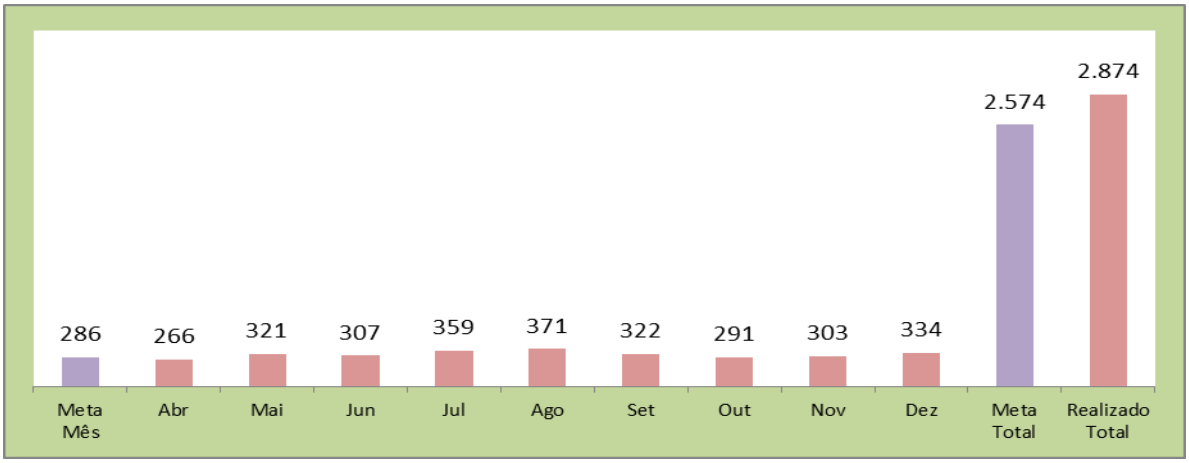
Relatórios Gerenciais HDS, abr-dez 2019

3.3 Serviço de Apoio

3.3.1 SADT Externo - Eletrocardiograma

De acordo com o estabelecido no 6º Termo Aditivo, a oferta de serviços de apoio ao diagnóstico terapêutico, ficou estabelecida em 286 exames/mês e para o período, meta total de 2.574, tendo sido realizados 2.874 deles, o que resultou em 111,65%, conforme gráfico 11, abaixo.

Gráfico nº 11 - SADT Externo - Eletrocardiograma
Período: abril a dezembro de 2019



Relatórios Gerenciais HDS, abr-dez 2019

3.4 Comissões

Considerando o previsto no 6º Termo Aditivo estão em funcionamento na Unidade as Comissões: NUSP - Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente, CPOB - Comissão de Prontuário e Óbito, CEPT - Comissão de Ensino, Pesquisa e Treinamento, CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, CGR - Comissão de Gerencviamento de Resíduos, CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidades, e SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. De praxe, todas as comissões se reúnem de acordo com os seus regimentos e/ou legislação, oportunidade em que são discutidos os assuntos pertinentes a cada uma delas e definidas as trtatativas adequadas à cada situação. Seguem em apenso as Atas relativas às reuniões realizadas de janeiro a dezembro 2019.

4 - METAS DE PRODUÇÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS

4.1 INDICADORES QUANTITATIVOS (PARTE FIXA)

Por meio da tabela nº 02, abaixo, apresenta-se os indicadores de produção referente ao período de janeiro a março de 2019.

Considerando os quantitativos consonantes ao 5º Termo Aditivo, as metas foram parcialmente atingidas quanto aos Cuidados Integrais aos Pacientes Moradores, cujas razões foram informadas à medida de suas ocorrências, tratando-se estas dos óbitos de pacientes moradores, ocorridos no transcurso deste Termo Aditivo, bem como, internações em outras Unidades de saúde quando a atenção ao paciente requereu intervenções fora do alcance do HDS, conforme a necessidade. Tais eventos fogem às tratativas de gestão, tendo sido, em tempo, relatada a necessidade do ajuste de metas desta linha de contratação.

Quanto aos atendimentos ambulatoriais, em relação às consultas de especialidades médicas e não médicas foram atingidas, superando o índice de 100%.

Tabela nº 02 - Indicadores de Produção

Janeiro a Março de 2019

5º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão Nº002/2013 SES/GO				
01 - CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**% Atingido**
META	660	660	660	1.980
REALIZADO	555	504	557	1.616
% ATINGIDO	84,09%	76,36%	84,39%	81,62%
02 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
Consulta Médica	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**% Atingido**
META	3.919	3.919	3.919	11.757
REALIZADO	4.039	4.258	3.764	12.061
% ATINGIDO	103,06%	108,65%	96,04%	102,59%
Consulta Não Médica	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**% Atingido**
META	1.700	1.700	1.700	5.100
REALIZADO	2.132	2.116	2.001	6.249
% ATINGIDO	125,41%	124,47%	117,71%	122,53%
METAS DO GRUPO	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**% Atingido**
META	5.619	5.619	5.619	16.857
REALIZADO	6.171	6.374	5.765	18.310
% ATINGIDO	109,82%	113,44%	102,60%	108,62%

Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, jan-mar/2019

Quanto a produção realizada no período de abril a novembro, já na vigência do 6º Termo Aditivo, segue demonstrada por meio da tabela nº 03. Importante destacar que para as linhas de contratação consultas de especialidades médicas e não médicas, suas metas foram ajustadas em novos patamares a partir de junho 2019. Para as demais linhas as metas ficaram estabelecidas a partir de abril, contemplando todo o tempo de vigência do supracitado aditivo, considerando-se, inclusive, que estas passaram a fazer parte da a pactuação a partir deste período, entretanto o HDS já as atendia desde o início da gestão da AGIR na Unidade, apenas não constava do Termo de Transferência de Gestão e seus aditivos.

Os índices apresentados para os itens contratados: cuidados integrais aos pacientes moradores, consultas de especialidades médicas e curativos atendem ao determinante no 6º Termo Aditivo, quando se estabeleceu o ponto de corte em 90%..

Tabela nº 03 - Indicadores de Produção

Abril a Dezembro de 2019

6º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão Nº002/2013 SES/GO										
Produção: abril a dezembro de 2019										
01 - CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	547	547	547	547	547	547	547	547	547	4.923
REALIZADO	540	554	540	546	543	540	558	540	546	4.907
% ATINGIDO	98,72%	101,28%	98,72%	99,82%	99,27%	98,72%	102,01%	98,72%	99,82%	99,67%
02 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL										
Consulta Médica	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	3.919	3.919	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	37.574
REALIZADO	3.796	3.928	3.957	4.281	4.361	4.397	4.099	4.017	3.786	36.622
% ATINGIDO	96,86%	100,23%	93,15%	100,78%	102,66%	103,51%	96,49%	94,56%	89,12%	97,47%
Consulta Não Médica	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	1.700	1.700	1.998	1.998	1.998	1.998	1.998	1.998	1.998	17.386
REALIZADO	2.314	2.524	2.382	2.788	2.619	2.802	2.692	2.373	2.182	22.676
% ATINGIDO	136,12%	148,47%	119,22%	139,54%	131,08%	140,24%	134,73%	118,77%	109,20%	130,42%
METAS DO GRUPO	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	5.619	5.619	6.246	6.246	6.246	6.246	6.246	6.246	6.246	54.960
REALIZADO	6.110	6.452	6.339	7.069	6.980	7.199	6.791	6.390	5.968	59.298
% ATINGIDO	108,74%	114,82%	101,49%	113,18%	111,75%	115,26%	108,73%	102,31%	95,55%	107,89%
03 - PEQUENOS PROCEDIMENTOS CURATIVOS DE FERIDAS CRÔNICAS	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	45.000
REALIZADO	4.985	4.869	4.817	5.046	4.850	4.990	5.182	4.881	5.138	44.758
% ATINGIDO	99,70%	97,38%	96,34%	100,92%	97,00%	99,80%	103,64%	97,62%	102,76%	99,46%
04 - TERAPIAS ESPECIALZIADAS	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	22.437
REALIZADO	2.954	2.740	3.014	3.462	3.605	3.494	3.297	3.133	2.830	28.529
% ATINGIDO	118,49%	109,91%	120,90%	138,87%	144,60%	140,15%	132,25%	125,67%	113,52%	127,15%
05- SADT - ELETROCARDIOGRAMA	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	286	286	286	286	286	286	286	286	286	2.574
REALIZADO	266	321	307	359	371	322	291	303	334	2.874
% ATINGIDO	93,01%	112,24%	107,34%	125,52%	129,72%	112,59%	101,75%	105,94%	116,78%	111,65%

Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, abr-dez 2019

4.2 INDICADORES DE DESEMPENHO

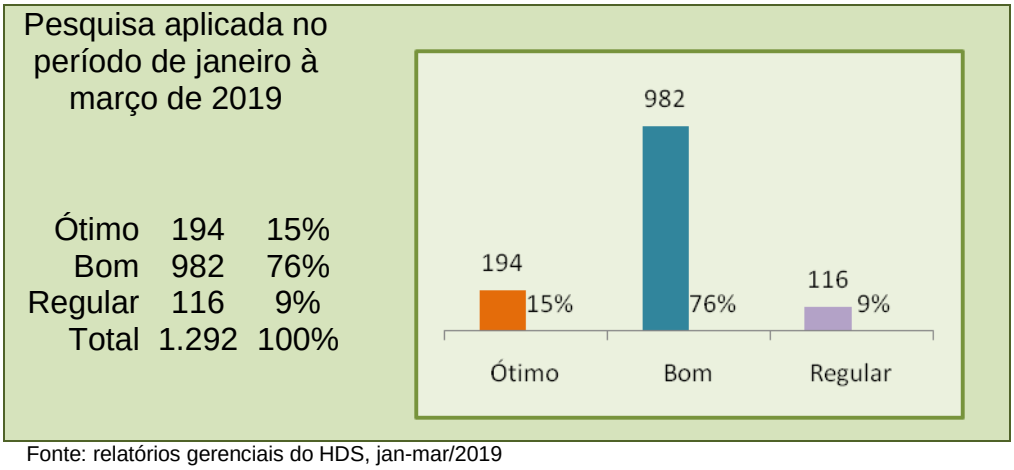
Em atendimento às determinações contratuais, conforme o 5º e 6º Termos Aditivos, os aspectos qualitativos da execução do Termo de Transferência de Gestão devem ser registrados e avaliados sistematicamente. Foram destacados para avaliação os índices obtidos em relação à pesquisa de satisfação do usuário, farmacovigilância - quanto ao uso racional de medicamentos e reações adversas à medicamentos, taxa de absenteísmo e perda primária em consultas médicas, cujos dados seguem demonstrados por meio de tabelas e gráficos, a seguir.

4.2.1 Pesquisa de Satisfação do Usuário

No período que compreende janeiro à março 2019 foram realizadas as pesquisas de satisfação do usuário por meio de metodologia que orienta-se pelo método provocativo, com aplicação de questionários específicos, nos Ambulatórios, tendo como amostra um total de 10% da população atendida em consultas médicas, não médicas e cuidados em feridas crônicas relativos ao mês anterior.

Sua realização se deu por meio eletrônico, com uso de um "tablet" e os dados foram armazenados em sistema de informação gerencial para posterior análise. Neste foram realizadas 1.292 pesquisas e destas, 91% dos usuários consideraram que os serviços e atendimentos no HDS são percebidos como ótimo e bom.

Gráfico nº 12 - Pesquisa de Satisfação do Usuário - Janeiro a Março 2019



Fonte: relatórios gerenciais do HDS, jan-mar/2019

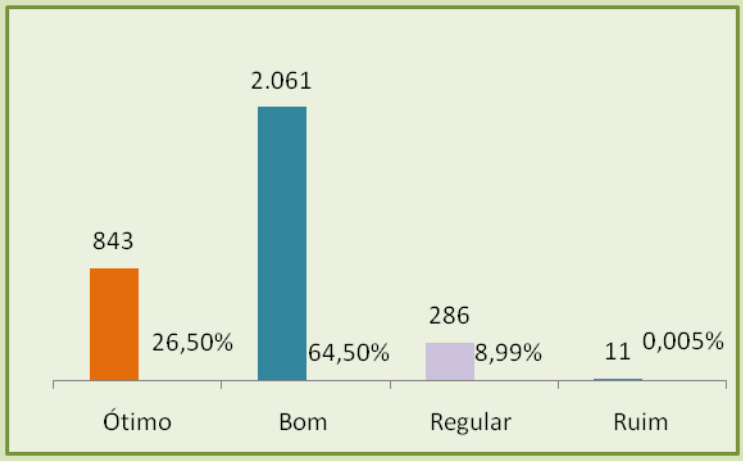
Orientando-se pela mesma metodologia e parâmetros, de abril a outubro 2019 a

pesquisa foi aplicada à 3.201 usuários, sendo por 97,72% deles considerado que o atendimento e serviços prestados na Unidade são percebidos como ótimo e bom, conforme se apresenta por meio do gráfico nº 13, abaixo.

Gráfico nº 13 - Pesquisa de Satisfação do Usuário
Abril a Outubro 2019

Pesquisa aplicada no período de abril à outubro de 2019

Ótimo	843	26,50%
Bom	2.061	64,50%
Regular	286	8,99%
Ruim	11	0,005%
Total	3.201	100,00%



Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, abr-out/2019

A partir de novembro 2019 a pesquisa de satisfação do usuário passou a ser realizada por meio da metodologia Net Promoter Score - NPS, cuja abordagem ao usuário foi orientada pelo modelo provocativo, tendo sido utilizado um questionário com a pergunta chave: no geral, que nota você dá para o serviço prestado no hospital?

O quantitativo a ser pesquisado ficou estabelecido em 10% do total de atendimentos realizados por área, no mês anterior, resultando em 522 usuários a serem pesquisados no mês de novembro e 504 para o mês de dezembro.

Os dados apurados resultaram no Score 74 para o mês de novembro e 58 para o mês de dezembro e, comparando-se esse indicador às notas estabelecidas pela metodologia NPS, o HDS encontra-se na Zona de Qualidade, conforme se pode verificar pela tabela nº 04 e 05, a seguir.

Tabela nº 04 - Pesquisa de Satisfação do usuário

Net Promoter Score - NPS

Novembro 2019

Classificação dos Clientes	Quantidade	%	74%	Zona de Qualidade
Total de clientes detratores	**126**	5%		
Total de clientes neutros	**464**	17%		
Total de clientes Promotores	**2.112**	78%		
Total Geral de Respostas	**2.702**	100,00%		
Quantidade de entrevistados	522			
Zonas de Classificação				
Zona de Excelência – NPS entre 76 e 100				
Zona de Qualidade – NPS entre 51 e 75				
Zona de Aperfeiçoamento – NPS entre 1 e 50				
Zona Crítica – NPS entre -100 e 0				

Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, nov/2019

Tabela nº 05 - Pesquisa de Satisfação do usuário

Net Promoter Score - NPS

Dezembro 2019

Classificação dos Clientes	Quantidade	%	58%	Zona de Qualidade
Total de clientes detratores	**286**	8%		
Total de clientes neutros	**904**	26%		
Total de clientes Promotores	**2.338**	66%		
Total Geral de Respostas	**3.528**	100,00%		
Quantidade de entrevistados	504			
Zonas de Classificação				
Zona de Excelência – NPS entre 76 e 100				
Zona de Qualidade – NPS entre 51 e 75				
Zona de Aperfeiçoamento – NPS entre 1 e 50				
Zona Crítica – NPS entre -100 e 0				

4.2.2 Resolução de Queixas

No período em análise, o qual compreende a vigência do 5º e 6º Termos Aditivos, de janeiro a dezembro de 2019, foram abertas 565 demandas, distribuídas conforme

tabela nº 05, a seguir. Foram respondidas ainda dentro do mês de ocorrência 548 delas, o que representou 97,00% de respostas.

Tabela nº 06 - Queixas Apresentadas à Ouvidoria de Janeiro a Dezembro 2019

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Demandas Formuladas	67	41	71	59	85	73	43	49	41	26	8	2	565
Demandas Respondidas	66	40	70	58	83	72	42	46	40	25	4	2	548
% de respostas dentro do mês	98,50%	97,57%	98,60%	98,31%	97,65%	98,63%	97,67%	93,88%	97,56%	96,15%	50,00%	100%	97.00%

Fonte: Relatório Gerenciais HDS, jan-dez /2019

Conforme os relatos registrados pela ouvidoria do HDS em relação às queixas dos usuários, a grande maioria delas refere-se à dificuldade de agendamento de consultas, motivadas principalmente pela dificuldade de acesso por meio dos canais de telefonia da Unidade. Os índices alcançados de resposta estão demonstrados mês a mês por meio da tabela acima, restando um percentual mínimo de respostas para o mês subsequente considerando que não houve tempo hábil para respostas às queixas apresentadas no último dia do mês, porém, as mesmas foram respondidas dentro do menor tempo, de acordo com cada situação.

Importante destacar que no mês de novembro, em razão de reestruturação dos serviços da Ouvidoria, inclusive com a substituição do colaborar responsável pelo setor, parte das demandas ficaram para serem respondidas no mês subsequente, contudo, obdeceu-se ao prazo estabelecido pela legislação.

Com o intuito de reduzir as dificuldades de acesso telefônico na Unidade, a partir do mês de setembro foi disponibilizado também a marcação de consultas por meio da internet, no endereço **consultas@hds.org.br**.

4.2.3 Farmacovigilância

As atividades da Farmacovigilância visam a melhoraria da qualidade assistencial, avaliação de prescrição médica aos pacientes moradores, levando-se ao uso racional de medicamentos, além da realização de levantamento de dados para identificação de casos

suspeitos de reações adversas, compondo os bancos de dados nacionais e internacionais.

As prescrições médicas da Unidade são avaliadas por sua equipe farmacêutica, e na detecção de quaisquer eventos ou reações adversas, estes são registrados em ficha de eventos adversos, e inseridos no sistema NOTVISA, mesmo os eventos sem dano ao paciente, de acordo com a Nota Técnica Conjunta nº 2/2015 da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde-GGTES e Gerência Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária - GEGEMON/ANVISA.

No período de janeiro a março, na vigência do 5º termo Aditivo e de abril a novembro, na vigência do 6º Termo Aditivo, foram monitorados e avaliados 100% dos pacientes, moradores da R. A, quanto ao uso racional de medicamentos, cuja meta estabelecida é de ≥ 80%, bem como, em relação às reações adversas a medicamentos, sendo a meta de ≥ 70%, não tendo sido, no decorrer de todo o período, registrada nenhuma ocorrência em relação aos supracitados eventos.

Tabela nº 06 - Farmacovigilância - Uso Racional de Medicamentos - Reações Adversas à Medicamentos

Uso Racional de Medicamentos		Reações Adversas à Medicamentos	
Nº de Pacientes Residentes	Nº Pacientes Avaliados	Nº de Pacientes Residentes	Nº Pacientes Avaliados
18	18	18	18

Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, jan-dez/2019

4.2.4 Perda Primária em Consultas de Especialidades Médicas

Este indicador acompanha o desperdício das primeiras consultas de especialidades médicas disponibilizadas para a rede referenciada. Cálculo: diferença percentual entre o total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede e o total de primeiras consultas agendadas no Ambulatório.

A aferição deste índice é realizada mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde e relatórios gerenciais. Permite estratificação por especialidade médica.

Considerando que as primeiras consultas não são agendadas pelo HDS, restou estabelecido no 6º Termo Aditivo o dever de informar o indicador que acompanha a evolução deste item, porém, sem meta para a Unidade uma vez que a mesma não faz a gestão de tais agendamentos.

Abaixo segue indicadas as tabelas com o registro das disponibilidades de consultas por especialidade com o respectivo índice de perda e, mês a mês, bem com, o índice global da perda.

Tabela nº 07 - Perda Primária Consultas Médicas

Período: Janeiro a Marco 2019

	Janeiro		Fevereiro		Março	
Especialidade	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %
Cirurgia Geral	0,00%	12,12%	2,50%	8,48%	12,50%	6,88%
Angiologia	0,00%		0,00%		4,08%	
Tratamento de Feridas	25,00%		0,00%		33,33%	
Oftalmologia	13,97%		11,47%		0,00%	
Ortopedia e Traumatologia	14,58%		9,45%		7,36%	
Dermatologia	6,69%		4,53%		5,24%	
Cardiologia	5,00%		10,00%		10,00%	
Psiquiatria	0,00%		0,00%		0,00%	
Geriatria	0,00%		0,00%		0,00%	
Total de Consultas Disponibilizadas	3.218		3.148		2.516	
Total de Consultas Agendadas	3.828		2.881		2.343	

Fonte: www4.goiania.go.gov.br, jan-mar/2019

Tabela nº 08 - Perda Primária Consultas Médicas

Período: Abril a Dezembro 2019

	Abril		Maio		Junho	
Especialidade	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %
Cirurgia Geral	10,00%	6,81%	7,50%	6,77%	2,50%	17,09%
Angiologia	0,00%		0,00%		5,00%	
Tratamento de Feridas	0,00%		40,00%		0,00%	
Oftalmologia	9,20%		7,61%		14,40%	
Ortopedia e Traumatologia	6,38%		7,29%		36,72%	
Dermatologia	4,37%		4,49%		4,73%	
Cardiologia	10,00%		0,00%		10,00%	
Total de Consultas Disponibilizadas	2.628		2.495		2.704	
Total de Consultas Agendadas	2.449		2.326		2.242	
	Julho		**Agosto**		**Setembro**	
Especialidade	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %
Cirurgia Geral	0,00%	4,02%	2,50%	4,56%	7,14%	6.41%
Angiologia	2,00%		1,38%		5,52%	
Tratamento de Feridas	0,00%		0,00%		0,00%	
Geriatria	0,00%		0,00%		0,00%	
Oftalmologia	3,32%		4,13%		4,56%	
Ortopedia e Reaumatologia	5,60%		6,85%		7,88%	
Endocrinologia	0,00%		0,00%		0,00%	
Dermatologia	3,93%		2,80%		4,84%	
Cardiologia	0,00%		0,00%		10,00%	
Psiquiatria	0,00%		0,00%		0,00%	
Infectologia	0,00%		0,00%		0,00%	
Total de Consultas Disponibilizadas	3.410		2.816		3.564	
Total de Consultas Agendadas	3.273		2.693		3.349	
	Outubro		**Novembro**		**Dezembro**	
Especialidade	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %
Cirurgia Geral	9,00%	6,53%	13,33%	6,16%	6,67%	3,10%
Angiologia	3,08%		10,00%		2,50%	

Tratamento de Feridas	0,00%		0,00%		0	
Geriatria	0,00%		0,00%		0	
Oftalmologia	8,53%		4,75%		2,10%	
Ortopedia e Reaumatologia	7,06%		8,26%		3,84%	
Endocrinologia	0,00%		0,00%		0	
Dermatologia	4,28%		3,90%		2,76%	
Cardiologia	0,00%		0,00%		0	
Psiquiatria	0,00%		0,00%		0	
Infectologia	0,00%		0,00%		0	
Total de Consultas Disponibilizadas	2.771		2.857		3.099	
Total de Consultas Agendadas	2.590		2.681		3.003	

Fonte: www4.goiania.go.gov.br, abr-dez/2019

4.2.5 Taxa de Absenteísmo

Este indicador visa acompanhar a não efetivação das consultas previamente agendadas para atendimento no Ambulatório decorrente da ausência, cuja aferição é realizada mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação do Ambulatório e permite estratificação por especialidade médica e por tipo de consulta, considerando-se a fórmula: [total de consultas realizada / total de consultas agendadas]

No período compreendido entre janeiro a março 2019, vigência do 5º Temo Aditivo, foram agendadas 16.405 consultas médicas e realizadas 12.061, o que resultou em um índice de 27% no período, conforme segue demonstrado por meio da tabela nº 09.

Tabela nº 09 - Taxa de Absenteísmo

Período: Janeiro a Março 2019

Especialidade	Janeiro				Fevereiro				Março			
	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total
Total de consultas realizadas	1.758	2.052	229	4.039	1.721	2.312	225	4.258	1.309	2.204	251	3.764
Total de consultas agendadas	2.828	2.332	262	5.422	2.881	2.674	256	5.811	2.343	2.558	271	5.172
Absenteísmo%	38%	12%	13%	26%	40%	14%	12%	27%	44%	14%	8%	28%

Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, jan-mar/2019

Para o período de abril a dezembro 2019, na vigência do 6º Termo Aditivo, foram agendadas 49.534 consultas e realizadas 36.285, resultando a taxa de absenteísmo em

26,75%. Para este indicador, restou estabelecida a meta ≤ 30%.

Destaca-se oportunamente que o maior índice refere-se às primeiras consultas, que neste período foi de 41,92%, quando foram agendadas 24.509 consultas e realizadas 14.237, sendo este agendamento realizado pelo Sistema de Saúde do Município de Goiânia, e sobre os quais o HDS não possui governabilidade visto que, o cadastro do paciente somente se torna de conhecimento da Unidade quando o mesmo se apresenta para a consulta. Nesta oportunidade é realizado o seu cadastro e dai em diante é monitorado o agendamento das consultas a que o mesmo deve comparecer.

Este monitoramento é realizado por meio de confirmações prévias da sua consulta ou reagendamento quando esta providência é apresentada como necessária pelo paciente na oportunidade da confirmação.

Outro fator importante a destacar é que quando o paciente chega ao HDS, é ele acolhido e atendido com a máxima atenção por toda a equipe, o que reflete na confiança deste para com os profissionais e satisfação com os serviços prestados, estabelecendo-se um vínculo importante para a continuidade do tratamento.

Em relação às consultas de retorno e interconsultas, os índices ficaram em 12% e 12% respectivamente, significativamente menor que o estabelecido como meta, que seria até 30% cujo resultado atribui-se ao acompanhamento sistemático dos agendamentos e a realização das tratativas necessárias e pertinentes em tempo hábil.

Segue, abaixo, a tabela nº 10, com a qual é demonstrada a evolução dos agendamentos e disponibilização de consultas médicas.

Tabela nº 10 - Taxa de Absenteísmo

Período: Abril a Dezembro 2019

Total de Consultas no Período												
Especialidade	Abril				Maio				Junho			
	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total
Total de consultas realizadas	1.322	2.212	262	3.796	1.400	2.301	227	3.928	1.507	2.119	370	3.957
Total de consultas agendadas	2.449	2.597	313	5.359	2.326	2.662	283	5.271	2.142	2.457	445	5.044
Absenteísmo%	46%	15%	16%	29%	40%	14%	20%	25%	30%	14%	17%	22%
	Julho				Agosto				Setembro			

	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total
Total de consultas realizadas	1.683	2.247	276	4.206	1.581	2.312	371	4.264	1.872	2.196	215	4.283
Total de consultas agendadas	3.273	2.579	303	6.155	2.696	2.667	402	5.765	3.349	2.407	255	6.011
Absenteísmo%	49%	13%	9%	32%	41%	13%	8%	26%	44%	9%	16%	29%
Especialidade	Outubro				Novembro				Dezembro			
	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total
Total de consultas realizadas	1.565	2.252	231	4.048	1.555	2.265	197	4.017	1.752	1.947	87	3.786
Total de consultas agendadas	2.590	2.353	241	5.184	2.681	2.591	208	5.480	3.003	2.170	92	5.265
Absenteísmo%	40%	4%	4%	22%	42%	13%	6%	27%	41,65%	10,27%	5,43%	28,09%

Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, abr-dez 2019

4.3 Outras Atividades

No decorrer do ano de 2019 outras atividades foram realizadas com o propósito de oferecer atendimento mais amplo aos usuários da Unidade, que tiveram como foco a conscientização, o cuidado e a formação.

Além da atenção destinada aos pacientes, também os colaboradores foram envolvidos em atividades que estimulam o pertencimento e adesão aos propósitos do HDS.

4.3.1 Campanha Mundial de Combate a Hanseníase - Janeiro RoxoNo intuito de contribuir com a importante tarefa de promover a conscientização da população em relação a busca da prevenção e tratamento para a hanseníase, o HDS participou, divulgando a campanha Janeiro Roxo.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que o Brasil ocupa a segunda colocação no mundo em número de novos casos de hanseníase, perdendo apenas para a Índia. De acordo com a Dahw Brasil, ONG alemã de assistência a hansenianos, com 61 anos existência e atuação em 21 países, o Brasil concentra mais de 90% dos casos da doença na América Latina.

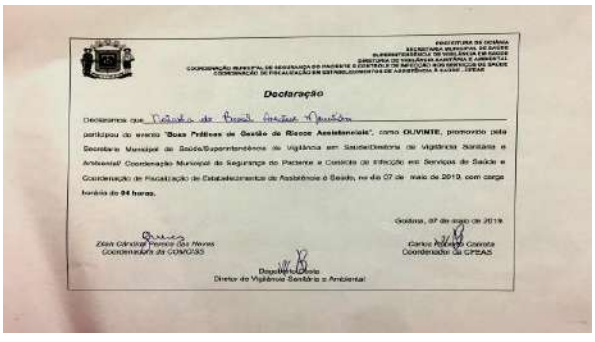
Com o objetivo de chamar a atenção para a causa, a Campanha Mundial de Combate à Hanseníase, Janeiro Roxo, busca conscientizar para os sintomas, diagnóstico e tratamento da doença.

4.3.2 Campanha Dia Nacional de Combate ao Alcoolismo

Considerando a importância de conscientizar os colaboradores do HDS sobre a luta no combate ao alcoolismo, no dia 18 de fevereiro - dia nacional de combate ao alcoolismo, foram recebidos no HDS, para um bate papo, membros do Centro de Recuperação de Alcoólatras - CEREA. Na oportunidade contaram sobre suas experiências, dissabores e dificuldades vividas em função do uso do álcool.

4.3.3 SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes

Foi realizada, do dia 22 a 26 de abril, a III SIPAT do HDS. O tema proposto para esta edição foi: **Segurança no Trabalho, uma Responsabilidade de Todos**. A organização e programação das atividades contou com o empenho da presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, colaboradora Bárbara Posse, e demais membros da Comissão. Foram ministradas palestras sobre qualidade de vida no trabalho, sustentabilidade, ergonomia, dengue, doenças sexualmente transmissíveis - DST, prevenção e combate a incêndio, alimentação saudável e doenças psíquicas e saúde do trabalhador.


Declaração

Declaramos que [illegible] participou do evento "Boas Práticas de Gestão de Riscos Assistenciais", como OUVINTE, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde/Superintendência de Vigilância em Saúde/Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental/ Coordenação Municipal de Segurança do Paciente e Comissão de Infecção em Serviços de Saúde e Coordenação de Fiscalização de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, no dia 07 de maio de 2019, com carga horária de 04 horas.

Goiânia, 07 de maio de 2019

Zilah Cândida Pereira dos Reis
Coordenadora da COMVISS

Carlos Roberto Correia
Coordenador da CFEAS

Diretor de Vigilância Sanitária e Ambiental

4.3.4 Boas Práticas de Gestão de Riscos Assistenciais

O HDS participou no dia 07 de maio,

representado pela responsável do Núcleo de Segurança do Paciente da Unidade - NUSP, do evento Boas Práticas de Gestão de Riscos Assistenciais, promovido pela na Secretaria Municipal de Saúde/ Coordenação Municipal de Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde - COMCISS, o qual foi realizado no auditório da Escola Municipal de Saúde Pública. O objetivo central deste evento foi divulgar as Ações do Plano de Segurança do Paciente e do Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde - IRAS, estimular a adesão aos protocolos operacionais e implantação das ferramentas da qualidade na segurança do paciente. Na oportunidade, destacou-se que o gerenciamento de riscos na área da saúde tem a finalidade implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais para garantir eficácia e eficiência operacional e oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente.

4.3.5 Dia Mundial de Higienização das Mãos

Foi realizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SECIH e Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT da Unidade, ação junto à todos os Setores do HDS, com o objetivo de consolidar o conceito de cuidados seguros quanto a higienização das mãos, conforme orienta o manual de Segurança do Paciente - Higienização das Mãos, apresentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa - MS.

4.3.6 Maio Amarelo

Importante campanha, foi realizada para conscientização dos colaboradores do HDS, em relação à segurança no trânsito. Além de orientar aos colaboradores a usarem a cor predominante do mês , o amarelo, foi disponibilizado material de divulgação, sobre as normas essenciais de segurança para a equipe.

4.3.7 Prevenção de Quedas

Realizou-se no dia 28 de junho ação em alusão ao Dia Mundial de Prevenção de Quedas, cujo evento foi motivado por ser a queda uma importante questão de saúde pública para a população idosa. Os pacientes foram atendidos pela equipe multidisciplinar. Também foi distribuído material de orientação aos presentes. Foram atendidos 270 pacientes.

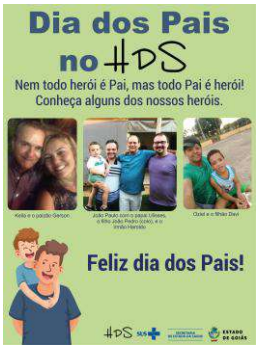
4.3.8 Semana do Homem

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem - PNAISH, a qual tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, o HDS promoveu no período de 15 a 19 de julho uma extensa programação em atenção à Saúde do Homem. Foram tratados assuntos de grande importância para alertar o público masculino quanto à prevenção e tratamento para as diversas condições vivenciadas por esse púbico, de acordo com sua singularidade. Foram realizados atendimentos ambulatoriais, palestras e rodas de conversas destacando-se temas como: doenças crônicas, avaliação física e atividades para o coração. Etilismo e aspectos psiquiátricos que comprometem a saúde do homem, sinais e sintomas de problemas urológicos, infecções sexualmente transmissíveis - IST's, higiene vocal x tabagismo e atividade x vício, alzheimer e outras demências. No que coube, foram feitos os encaminhamentos necessários para a busca de atenção às suas demandas. Na oportunidade também foi promovida ação interna destinada aos colaboradores buscando conscientizá-los da importância de se cuidarem . Realizou-se no período 465 atendimentos.

4.3.9 Feira Social do HDS

Como habitualmente acontece, na primeira quarta-feira de cada mês é realizada a feira social do HDS. O objetivo desta feira é oportunizar aos pacientes moradores e também aos pacientes em atendimentos nos ambulatórios, bem como aos colaboradores, um espaço de interação social com a oferta de artigos de artesanatos, bijuterias, roupas, calçados e produtos alimentícios.

4.3.10 Dia dos Pais no HDS



Em comemoração ao dia dos pais no HDS, com o tema "nem todo herói é pai, mas todo pai é herói", foram realizadas ações que buscaram destacar os pais que são colaboradores da Unidade ou filhos que pretenderam homenagear seus pais por meio da publicação de fotos com seu herói. Além desta ação, foi oportunizado àqueles que são pais momentos de entretenimento e lazer, o que agradou a todos.

4.3.11 Campanha de Combate ao Tabagismo no HDS

Foi promovida pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, em parceria com a equipe multiprofissional do HDS, uma campanha de combate ao tabagismo. No período da campanha, que aconteceu entre 22 a 29 de agosto, foram apresentados vídeos alusivos ao assunto, além de intervenções nos postos de trabalho buscando reforçar sobre a importância de abandonar o vício em favor da sua saúde. Mereceu destaque também as alertas sobre o narguilé e cigarros eletrônicos cuja a tendência tem-se observado, de acordo com pesquisas publicadas nas áreas de saúde, é substituir um vício por outro. Percebeu-se boa receptividade por parte dos colaboradores em relação a importância de se discutir o assunto.

4.3.12 VI Jornada Científica do HDS

A VI Jornada científica do HDS tratou das Inovações na Atenção Integral ao Idoso, cujo evento, que aconteceu entre os dias 29 e 30 de agosto, com participação de 163 pessoas entre profissionais da saúde, estudantes e especialistas nos assuntos abordados. O propósito da Jornada, entre outros, foi qualificar, os profissionais da Unidade considerando que deve ser ofertado aos pacientes uma atenção de qualidade, além do tema ser muito oportuno, considerando-se que o público atendido já se encontra na terceira idade, portanto, sendo uma rotina do HDS o atendimento ao idoso. Foram apresentados os temas: Desafios Éticos em Cuidados Paliativos, Dilemas na Prática dos Cuidados Paliativos, Avaliação e Cuidados no Pé Diabético e, Educação para o Envelhecimento Saudável.

Fotos - VI Jornada Científica do HDS

.

3.13 Publicação de Artigo

As colaboradoras da Unidade, fisioterapeuta Fernanda Silva Rocha e a Assistente Social Ivanilda Bento de Oliveira Araújo, publicaram pela Revista Cientifica Movimenta o artigo intitulado

"Arranjos Domiciliar e Financeiro dos Idosos de um Serviço de Geriatria"**.** Este artigo também foi assinado fisioterapeuta da Universidade Federal de Goiás - UFG, Patrícia Conceição Oliveira. O estudo teve como objetivo traçar o perfil dos idosos atendidos no ambulatório do HDS. A coleta de dados foi realizada por meio do prontuário do paciente e de entrevista realizada pela Assistente Social, no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015

4.3.14 Plataforma Gestão à Vista

A partir do mês de setembro todos os colaboradores do HDS puderam acompanhar, por meio da ferramenta Gestão à Vista, via plataforma digital, todas as informações do desempenho da Unidade.

Este projeto faz parte de um conjunto de ações institucionais que visam promover a inserção da equipe frente ao cotidiano e desafios da Unidade, e a melhoria contínua dos processos de trabalho. O conjunto de informações busca proporcionar à equipe o empoderamento, a autonomia e a orientação em resultados, para que todos possam contribuir no cumprimento da missão do HDS frente a sociedade em "oferecer assistência ambulatorial especializada aos usuários do SUS e assistência integral aos pacientes residentes".

4.3.15 Setembro Verde e Amarelo no HDS

O mês de setembro foi marcado por dois grandes apelos. O setembro amarelo, que trata da prevenção do suicídio, e, setembro verde, cuja tônica é a conscientização sobre a importância da doação de órgão.

No HDS, por iniciativa da CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, em parceria com a Equipe Multiprofissional da Unidade, foram realizadas, junto aos colaboradores e prestadores de serviços, ações alusivas aos dois

temas. Para encerramento das ações foi realizada uma roda de conversa, que contou com a participação de profissionais da psiquiatria e psicologia. Importante destacar o quanto foi bem recebido pelo público fim destas ações as reflexões e orientações acerca da prevenção ao suicídio bem como as possibilidades oferecidas à quem necessita, por meio da doação de órgãos. É salvar vidas.

4.3.16 Otimização no Agendamento de Consultas de Retorno no HDS

Com o objetivo de facilitar e otimizar o processo de marcação de consultas de retorno, o HDS abriu um novo canal de comunicação destinado à este fim. A partir de setembro, foi disponibilizado ao usuário a opção de realizar os agendamentos por meio do e-mail **consultas@hds.org.br**.

4.3.17 Outubro Rosa

Com foco na prevenção à saúde e bem-estar do colaborador, a Comissão Interna - CIPA, em parceria com a Equipe Multiprofissional, realizou alusivas ao Outubro Rosa, oportunidade em que reforçou a câncer de mama.

Também, em parceria com profissionais do SESI, buscou-se oferecer momentos de relaxamento à colaboradores da Unidade - Espaço Zen, que aconteceu no Espaço de Vivência do Unidade.

4.3.18 Novembro Azul

Com o objetivo de estimular que os homens tenham mais atenção à saúde e façam exames preventivos, possibilitando a detecção precoce da doença, o Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS, unidade da SES-GO, realizou, no dia 11 de novembro, a **Blue Blitz do HDS**.

Idealizada pela CIPA, a ação foi em alusão ao movimento mundial Novembro Azul e alcançou profissionais e usuários da instituição com informações e mitos e verdades sobre o câncer de próstata.

13.8 Aniversário de Gestão do HDS

Em referência ao aniversário de gestão da Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, no HDS, realizou-se, no decorrer do dia 09 a 13 de dezembro, diversas atividades com vistas a comemorar mais um ano de gestão à frente desta Unidade de Saúde.

Dando início às comemorações foram promovidas atividades recreativas envolvendo-se os colaboradores do HDS, tais como: jogos recreativos, momento relaxante e oficina de tecidos.

Como marco das atividades comemorativas, celebrou-se, no dia 12 de dezembro, um culto ecumênico, que aconteceu na Capela Virgem Poderosa, nas dependências do HDS, oportunidade em que reuniram os pacientes, moradores da Residência Assistencial, usuários, colaboradores e convidados. O culto foi conduzido por líderes religiosos e contou, também, com a presença do Coral da Secretaria de Estado da Educação - SEDUC.

Destacou-se oportunamente que os seis anos de gestão da AGIR frente ao HDS tem lhe conferido o reconhecimento de um atendimento de qualidade e humanizado, prestado aos pacientes que são atendidos por esta Unidade de Saúde.

13.9 Balanço das Atividades 2019

Foi realizada, no dia 18 de dezembro, uma reunião para apresentação dos resultados alcançados pela Unidade em 2019. Dentre os dados apresentados, destacam-se os números contabilizados em relação a produção de serviços do ano e o respectivo desempenho qualitativo. Na oportunidade foi elencado os desafios vivenciados no ano de 2019 e as perspectivas para o ano de 2020.

A reunião foi finalizada com a apresentação de uma palestra com tema "Despertando seus Propósitos", ministrada pela coach holística, Flavianne Faria, para os colaboradores da Unidade.

13.10 Amigo Secreto na Residência Assistencial

Com o propósito terapêutico de promover a integração dos pacientes, moradores da residência Assistencial, foi organizada uma brincadeira de amigo secreto para esses pacientes. Na oportunidade da revelação do amigo observou-se a harmonia e alegria entre os presentes.

13.11 Dia de Missa no HDS

Realizou-se no dia 19 de dezembro a missa de natal no HDS. A tradição religiosa da Unidade desde os tempos da antiga Colônia Santa Marta é ainda muito presente na atualidade. É uma oportunidade ofertada principalmente aos pacientes e moradores da Residência Assistencial, que geralmente aguardam esse dia para professarem sua fé. Além do cunho religioso, o evento também apresenta aspectos terapêuticos considerando a interação social, o resgate da cidadania e auto estima. Em especial, neste dia a celebração voltou-se para as reflexões a cerca do natal, o nascimento de Cristo, o verdadeiro sentido desta data .

13.12 Ceia de Natal na Residência Assistencial

Sequenciando as atividades comemorativas do natal no HDS, realizou-se no dia 19 de dezembro a ceia natalina. Na oportunidade reuniram-se pacientes e colaboradores em clima fraterno e inteiração. Para os pacientes, moradores da Residência Assistencial, trata-se de uma data muito aguardada e especial por vivenciarem a comunhão entre eles e, também, com os demais presentes. O objetivo primordial na realização deste evento é o cunho terapêutico, com vistas a proporcionar aos pacientes moradores o resgate de um ambiente familiar, festivo e fraterno. Visa manter, ou até mesmo estimular, a integridade e independência de cada aspecto da vida social dentro e fora da instituição. Paciente que tem um nível de interação e integração social satisfatório fica menos susceptível ao agravamento das complicações de saúde física e mental, diminuindo o uso de medicamentos associados ao estresse e à depressão.

Os recursos necessários para a realização deste evento foram adquiridos por meio de contribuições espontâneas.

13.13 Folia de Reis no HDS

Resgatando uma tradição histórica do HDS, realizou-se no dia 27 de dezembro, na Unidade, a Folia de Reis 2019. Esta festa apresenta um forte apelo emocional aos pacientes moradores por se tratar de um evento que lhes faz sentido na medida em que resgata a cultura dos mesmos, servindo como estratégia de reabilitação psicossocial. À eles é possibilitado o reviver da história pregressa com a inserção de elementos culturais capazes de estimular a memória e os sentimentos de mais valia, contribuindo para o bem-estar e minimizando o agravamento de doenças físicas e mentais.

Uma das moradoras da Residência Assistencial abriu simbolicamente as portas para a entrada dos foliões. Também foi organizado, na Residência Assistencial, um altar para o

rito da bandeira, presente nesta celebração. Muitos agradecimentos e alegria foram manifestados durante o evento.

4.4 Participações do HDS

No intuito de atualizar e promover o desenvolvimento e atualização do conhecimento de seus colaboradores, o HDS busca participar com sua equipe de oportunidades que contribuam com este propósito. Destaca-se, abaixo, participações ocorridas neste ano de 2019.

4.4.1 5º Seminário do Internacional do Trabalho Seguro

O HDS participou do 5º Seminário Internacional do Trabalho Seguro, cujo evento foi realizado em Brasília/DF, de 16 a 18 de outubro, com o tema "Violências no Trabalho: Enfrentamento e Superação" para discussão sobre prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. A Unidade foi representada pelo Gerente Administrativo Financeiro – GEAF, e por profissionais do Recursos Humanos e Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

4.4.2 Programa de Desenvolvimento de Líderes

Atendendo às novas diretrizes de gestão estabelecidas pela Agir, o HDS participou do evento de lançamento do Programa de Desenvolvimento de Líderes, o qual é destinado aos gestores, cuja programação se estenderá por um período de formação e desenvolvimento, o que representa a oportunidade de promover liderança, gestão do tempo e comunicação eficaz como ferramentas de gestão, as quais serão multiplicadas para os colaboradores da Unidade.

4.4.3 Projeto de Implantação do Sistema Interact

O HDS participou, nos 21, 22 e 23 de outubro, junto ao Comitê Estratégico da AGIR, das avaliações e encaminhamentos para as próximas etapas de gerenciamento da ferramenta Sistema Interact, na perspectiva da sua utilização com vistas à gestão estratégica. Na oportunidade a Unidade foi representada pelo Serviço de Planejamento e Qualidade.

4.4.5 53º Jornada Científica da SES-GO

Registra-se a participação do HDS na 3º Jornada Científica da SES-GO, representado, na oportunidade, pela Diretora Técnica da Unidade, Drª Mônica Ribeiro Costa e pela Supervisora Multiprofissional Cledma Ludovico. O tema proposta nesta Jornada foi Ciência no Cotidiano do SUS.

4.4.6 Simpósio de Hotelaria Hospitalar

Em busca de qualificação e da melhoria contínua do serviço de hotelaria hospitalar, profissionais do HDS participaram do **I Simpósio de Hotelaria Hospitalar da Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar de Goiás - SBHH-GO**. O encontro, realizado no dia 1º de novembro, aconteceu no auditório do CRER . Participaram deste Encontro a Enfermeira da CCIH e o Encarregado de Hotelaria da Unidade.

Promovido pela SBHH-GO, o encontro discutiu temas como: Empoderamento no ambiente hospitalar, atualização em métodos de avaliação de eficácia da limpeza hospitalar, engenharia clínica como foco na segurança do paciente, liderança e

atendimento ao cliente, ações de hospitalidade e humanização na contribuição da recuperação dos clientes de saúde.

4.4.7 Encontro Regional de Enfermagem em Dermatologia

Profissionais da equipe de enfermagem do HDS, representaram a Instituição no dia 09 de novembro, durante o **Primeiro Encontro Regional da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia** (SOBENDE). O evento aconteceu no auditório Valéria Perillo, no CRER.

Com o tema “Desafios tecnológicos na enfermagem dermatológica”, o encontro reuniu profissionais de enfermagem de todo o país com o objetivo de discutir temas ligados a dermatologia preventiva, curativa e estética, abrangendo as áreas da assistência, ensino e pesquisa.

HDS

SUS SES Secretaria de Estado da Saúde

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consolidando as atividades previstas para o ano de 2019, avalia-se positivamente os resultados obitidos pela HDS, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo, entretanto, contínuos esforços tem sido empreendidos em busca de oferecer ainda mais qualidade e resolutividade para os seus usuários.

Em referências às metas, foram cumpridas de acordo com os parâmetros estabelecidos no 5º e 6º Termos Aditivos do Termo de Transferência de Gestão Nº 002/2013, sendo que as produções, na grande maioria, superaram o volume de serviços pactuados.

Do ponto de vista qualitativo, os resultados obtidos por meio da pesquisa de satisfação demonstram que a Unidade vem cumprindo adequadamente o que foi proposto por meio da sua declaração de missão que é "*Oferecer assistência ambulatorial especializada aos usuáios do SUS e assistência integral aos pacientes residentes*". Também, no propósito de atender a visão institucional do HDS, qual seja, "*Ser reconhecida como unidade de referência estadual em atenção humanizada ao idoso e às pessoas com doenças crônicas*".

Ante a todo o exposto, apontamos que as obrigações pactuadas para o gerenciamento do HDS no ano de 2019 foram cumpridas de forma satisfatória.

A AGIR reafirma o compromisso de sempre realizar seus trabalhos dentro dos preceitos legais e éticos, conforme preconiza a boa gestão, e coloca-se à disposição da SES/GO para sempre adotar melhorias frente à gestão do HDS.

VIVIANE TAVARES FERREIRA
Diretora Administrativa e Financeira - HDS

LUCAS PAULA DA SILVA
Superintendente Executivo - AGIR

6 – ANEXOS

Atas Comissão Prontuário e Óbitos

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS — HDS

: 21/01/2019	Horário: 11:00 h.
Local: Diretoria Técnica	

Pauta: Reunião da Comissão de Prontuário e Óbito.

Aos 21 dias do mês de janeiro de 2019, às 11:00 h reuniram-se na Diretoria Técnica do HDS Santa Marta, a Diretora Técnica da unidade Doutora Mônica Ribeiro Costa, a Representante do SEPPE Ana Karolina da Silva, a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi, a Supervisora de Reabilitação Multiprofissional Cledma Pereira Ludovico de Almeida, a Supervisora de Recepções e Telefonia Ester de Marra Gontijo, o Ouvidor Jeandro Marques, o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins, o Representante do SERTI Roald Miashiro Borges registra-se que a Representante do Corpo Clínico Isadora Crosara, não pode comparecer a esta reunião. Lys inicia com a leitura da ata anterior. Roald informa que já foi instalado o sistema que deverá realizar a comunicação entre o sistema MV e o cartão de certificado digital, porém houve intercorrências durante o processo de instalação e foram apontados alguns erros, foi solicitado a MV correção dos erros porém o chamado que foi aberto no dia 08/01/2019 foi encerrado por parte da empresa sem solucionar o problema. Roald informa que referente a implantação do sistema na residência esta aguardando a Doutora Isadora para concluírem as prescrições que deverão ser utilizadas no setor e que está verificando a questão de dispensação de medicamentos pela farmácia. Doutora Mônica pergunta se haverá a implantação na residência antes da assinatura eletrônica e Roald informa que sim. Ana Karolina comenta sobre a necessidade que o SEPPE tem de ser informado referente a admissão e desligamento de funcionários a fim de recolher possíveis pendências de assinaturas, e Doutora Mônica fala que o RH deve informar. Ana Karolina comenta que de forma pontual alguns profissionais têm finalizado os atendimentos sem evoluírem os pacientes no sistema, e sempre solicita que sejam realizadas manualmente as evoluções quando ocorre esta situação, e pede colaboração dos supervisores junto as equipes. Ana Karolina comenta sobre os médicos que tem realizado evoluções quando não atendem os pacientes exemplo: (paciente evadiu-se) e após discussão ficou definido que para que a equipe médica se resguarde, as evoluções deveram ficar de modo manual no prontuário do paciente e Doutora Mônica encaminhará um e-mail para orientação. Ester solicita apoio dos supervisores para orientarem as equipes quando houver atendimentos duplicados na agenda do profissional, com o objetivo de repassarem a recepção, que excluirá o atendimento duplicado. Próxima reunião será dia 20/02/2019 as 11:00 h.

Imprimir Frente e Verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 1/2	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Trituração / Reciclagem
	Dentro do processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Durante a existência do processo	Trituração / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

#DS

Providências	Responsável	Prazo	Validação

Considerações Adicionais:

Participantes/Assinaturas:

Mônica Ribeiro Costa	
Lys Bernades Minasi	
Jeandro Marques Pires	
Ana Karolina da Silva	
Ester de Marra Gontijo	
João Francisco Martins	
Cledma Pereira Ludovico de Almeida	

Redator: Ana Karolina da Silva

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 2/2	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Trituração / Reciclagem
	Dentro do processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Durante a existência do processo	Trituração / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Prontuário e Óbito		**Nº.:** 001/2019.
Data: 20/02/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11:00 às 11:30
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Prontuário e óbito		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Mônica Ribeiro Costa	460	P (x) A ( )	
2. Lys Bernades Minasi	3898	P (x) A ( )	
3. Ester de Marra Gontijo	1667	P (x) A ( )	
4. João Francisco Martins	3739	P (x) A ( )	
5. Cledma Pereira L. de Almeida	545	P (x) A ( )	
6. Roald Miashiro	7940	P (x) A ( )	
7. Ana Karolina da Silva	4362	P (x) A ( )	
8. Jeandro Marques Pires	1408	P (x) A ( )	
9. Isadora Crosara	SES-GO	P (x) A ( )	
10.		P ( ) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Implantação do sistema na residência assistencial;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Roald solicita agendamento com Doutora Isadora para realização de testes referente a prescrição da residência	Pendente
2.	Doutora Mônica pergunta qual a pendência referente a implantação do sistema na residência.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

3.	Doutora Isadora expõe a sua experiência relacionada a prescrições em outra unidade.	Finalizado
4.	Ana Karolina solicita apoio dos gestores em relação as assinaturas nas evoluções dos profissionais.	Finalizado
5.	Ester solicita apoio a Doutora Mônica para orientação com o médico a fim de que eles tenham cuidado ao chamar o paciente e confirmar o nome do mesmo, para que não ocorram casos de troca de paciente.	Pendente
6.		
7.		
8.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Marcar testes de prescrição;	Roald	
2.	Implantar sistema na residência;	Roald	
3.	Repassar para os gestores as pendências referente as assinaturas;	Ana Karolina	01/03/2019
4.	Orientar médicos quanto a confirmação de nome de paciente.	Mônica Costa	

Ana Karolina da Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: CPOB		**Nº.:** 002/2019
Data: 20/03/2019	**Local:** Sala DT	**Horário:** 11h00 às 12h00
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião mensal da Comissão de Prontuário e Óbito		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Ana Karolina da Silva	4362	P ( ) A (x)	Férias
2.	Ester de Marra Gontijo	1667	P (x) A ( )	Ester Gontijo
3.	Isadora Crosara	SES-GO	P (x) A ( )	Isadora
4.	Jeandro Marques Pires	1408	P (x) A ( )	Jeandro Marques Pires
5.	João Francisco Martins	3739	P (x) A ( )	
6.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (x) A ( )	
7.	Mônica Ribeiro Costa	460	P (x) A ( )	
8.	Roald Miashiro Borges	7940	P (x) A ( )	Roald Miashiro Borges
9.			P ( ) A ( )	
10.			P ( ) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Reunião inicia-se com a leitura da ata de reunião do dia 20/02/2019, abordando assuntos sobre teste de prescrição na residência, implantação de sistema na residência, assinatura das evoluções, confirmação de dados do paciente no atendimento médico.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Pendência no agendamento com Dra. Isadora sobre prescrição médica na residência assistencial.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

2.	Orientação na confirmação dos dados de pacientes no atendimento médico	Pendente
3.	Roald informa sobre a implantação da assinatura digital no HDS. O sistema MV ativa pré-visualização da prescrição e é preciso fechar para finalizar assinatura. Fica definido que a implantação iniciará no setor de fisioterapia e posteriormente para os demais setores. Roald verificará com Emival-AGIR se o sistema monitora os documentos "não assinados" e se os documentos anteriormente não assinados serão desativados	Pendente
4.	Dra. Mônica sugere que um colaborador do SEPPE seja designado para monitorar os documentos não assinados eletronicamente, visando implantação imediata na fisioterapia.	Pendente
5.	Apontada a necessidade de definição de fluxo para informação de desligamento de profissionais para levantamento de falta de assinatura eletrônica.	Pendente
6.		
7.		
8.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Agendamento com Dra. Isadora sobre prescrição médica	Roald	18/04/2019
2.	Orientação na confirmação dos dados de pacientes no atendimento médico	Dra. Mônica	18/04/2019
3.	Implantação da assinatura digital	Roald	18/05/2019
4.	Indicar colaborador do SEPPE seja designado para monitorar os documentos não assinados	Ana Karolina	18/04/2019
5.	Fluxo de informação de desligamento de profissionais para levantamento de falta de assinatura eletrônica	Dra. Mônica	18/04/2019

Sem mais a relatar, eu **Jeandro Marques Pires** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Prontuário e Óbito		**Nº.:** 003/2019.
Data: 18/04/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11:00 às 11:30
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Prontuário e óbito		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa	460	P (x) A ( )	
2.	Lys Bernades Minasi	3898	P (x) A ( )	
3.	Ester de Marra Gontijo	1667	P (x) A ( )	
4.	João Francisco Martins	3739	P ( ) A (x)	
5.	Clédma Pereira L. de Almeida	545	P ( ) A (x)	
6.	Roald Miashiro	7940	P ( ) A (x)	
7.	Ana Karolina da Silva	4362	P (x) A ( )	
8.	Jeandro Marques Pires	1408	P (x) A ( )	
9.	Isadora Crosara	SES-GO	P ( ) A (x)	
10.			P ( ) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Reunião inicia-se com a leitura da ata de reunião do dia 18/04/2019, abordando assunto sobre a implantação na assinatura eletrônica.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Ana Karolina menciona que está em fase de implantação a assinatura eletrônica no ambulatório de consultas, e nos setores de fisioterapia, psicologia e curativos já está em produção desde o dia 09/04/2019.	Em andamento
2.	Ana Karolina menciona sobre a verificação de novo fluxo junto	Em andamento

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	ao Hugol, para digitalização de alguns documentos do prontuário.	
3.	Doutora Mônica cita o andamento da implantação da prescrição médica na residência assistencial.	Pendente
4.	Ana Karolina e Ester mencionam sobre a dificuldade do Doutor Dionísio em utilizar o sistema, e questionam como esse fará uso da assinatura digital.	Finalizado
5.		
6.		
7.		
8.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Marcar testes de prescrição;	Roald	
2.	Implantar sistema na residência;	Roald	
3.	Verificar junto a AGIR a viabilidade jurídica e o envio de uma carta para a regulação sobre a aceitação de documentos emitidos com assinatura digital	Mônica Costa	
4.	Orientar médicos quanto a confirmação de nome de paciente.	Mônica Costa	
5.	Verificar o processo junto ao HUGOL referente a digitalização de documentos do prontuário.	Ana Karolina	

Ana Karolina da Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

HDS

Setor/Comissão: Prontuário e Óbito		**Nº.:** 004/2019.
Data: 22/05/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11:00 às 11:30

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Prontuário e óbito

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa	460	P ( ) A (x)	
2.	Lys Bernades Minasi	3898	P (x) A ( )	
3.	Ester de Marra Gontijo	1667	P (x) A ( )	
4.	João Francisco Martins	3739	P (x) A ( )	
5.	Cledma Pereira L. de Almeida	545	P ( ) A (x)	
6.	Roald Miashiro	7940	P ( ) A (x)	
7.	Ana Karolina da Silva	4362	P (x) A ( )	
8.	Jeandro Marques Pires	1408	P (x) A ( )	
9.	Isadora Crosara	SES-GO	P (x) A ()	
10.	Maycon Soletti	8999	P (x) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Reunião inicia-se com a leitura da ata de reunião do dia 18/04/2019, abordando assunto sobre a assinatura eletrônica.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Ana Karolina menciona que foi implantada a assinatura eletrônica nos departamentos de ambulatório médico, ambulatório de feridas e fisioterapia.	Concluído
2.	Ana Karolina menciona a dificuldade que está tendo com os	Em andamento

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG.001.01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	médicos referente a assinatura eletrônica, que está fazendo as cobranças de pendências porém os profissionais não estão assinando regularmente.	
3.	Ana Karolina comenta referente ao termo de odontologia e Ester diz que Natasha está verificando a aprovação junto a Diretoria Técnica.	Pendente
4.	Ana Karolina menciona referente ao laudo de neuropsicologia não está no padronizado conforme o SGQ e Jeandro informa que conversou com Roald expões as explicações referentes ao laudo de neuropsicologia. João conversará com Keila para verificar possibilidade de anexo da imagem do gráfico do laudo no prontuário dos pacientes.	Pendente
5.	Ana Karolina informa que foi ao Hugol para verificar processo de digitalização dos documentos do prontuário e apresentará projeto para implantação na unidade.	Em andamento
6.		
7.		
8.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Verificação de anexo de imagem do laudo	João	30 dias
2.	Implantar sistema na residência;	Roald	
3.	Verificar junto a Agir a viabilidade jurídica e o envio de uma carta para a regulação sobre a aceitação de documentos emitidos com assinatura digital.	Mônica Costa	30 dias
4.	Apresentar projeto de implantação para digitalização dos documentos do prontuário.	Ana Karolina	30 dias
5.			
Ana Karolina da Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.			

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS — HDS

Setor/Comissão: Prontuário e Óbito		**Nº.:** 005/2019.
Data: 24/07/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11:00 às 11:30
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Prontuário e óbito		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa	460	P (x) A ( )	
2.	Lys Bernades Minasi	3898	P (x) A ( )	
3.	Ester de Marra Gontijo	1667	P (x) A ( )	
4.	Cledma Pereira L. de Almeida	545	P (x) A ( )	
5.	Roald Miashiro	7940	P ( ) A (x)	
6.	Ana Karolina da Silva	4362	P (x) A ( )	
7.	Jeandro Marques Pires	1408	P (x) A ( )	
8.	Isadora Crosara	SES-GO	P (x) A ()	
9.	Maycon Soletti	8999	P (x) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Reunião inicia-se com a leitura da ata de reunião do dia 24/07/2019, abordando assunto sobre plano de contingência.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Doutora Mônica menciona sobre o plano de contingência e solicita que Ana Karolina faça um DIS e POP e apresente para comissão.	Em andamento
2.	Ana Karolina menciona sobre a retenção das fichas do controle de sessão da fisioterapia no prontuário do paciente. E após discussão ficou decido que a ficha permanecerá na	Em andamento

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	fisioterapia somente durante o período de tratamento do paciente, após a conclusão das sessões a ficha será descartada.	
3.	Ana Karolina comenta sobre as fichas de cadastros que eram encaminhadas para o SEPPE, e após discussão Doutora Mônica pede para que seja elaborado um e-mail e repassado para os participantes da comissão informando as alterações com o período de início desta ação e que não será mais necessário encaminhar as fichas para o setor de prontuário.	Em andamento
4.	Ana Karolina comenta sobre a sua preocupação da não evolução em meio eletrônico da colaboradora Ivone- assistente social. Cledma informa que solicitará ao SERTI a realização de treinamento a fim de que a referida colaboradora se ajuste a rotina da unidade.	Em andamento
5.		
6.		
7.		
8.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Verificação de anexo de imagem do laudo. (Ação citada na reunião anterior).	João	Concluído
2.	Implantar sistema na residência. (Ação citada na reunião anterior).	Roald	Concluído
3.	Verificar junto a Agir a viabilidade jurídica e o envio de uma carta para a regulação sobre a aceitação de documentos emitidos com assinatura digital.	Mônica Costa	30 dias
4.	Elaborar documentos do plano de contingências e apresentar na comissão.	Ana Karolina	30 dias
5.	Envio de e-mail aos participantes da comissão informando que não será mais necessário encaminhar as fichas para o setor de prontuário.	Ana Karolina	30 dias
6.	Solicitação ao SERTI de realização de treinamento a Assistente Social.	Cledma	30 dias

Ana Karolina da Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Prontuário e Óbito		**Nº.:** 006/2019.
Data: 21/08/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11:00 às 11:30
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Prontuário e óbito		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Mônica Ribeiro Costa	460	P (x) A ( )	
2. Lys Bernades Minasi	3898	P ( ) A (x)	
3. Ester de Marra Gontijo	1667	P (x) A ( )	
4. Cledma Pereira L. de Almeida	545	P (x) A ( )	
5. Roald Miashiro	7940	P (x) A ( )	
6. Ana Karolina da Silva	4362	P (x) A ( )	
7. Jeandro Marques Pires	1408	P (x) A ( )	
8. Isadora Crosara	SES-GO	P ( ) A (x)	

Follow up da reunião anterior:

- Reunião inicia-se com a leitura da ata de reunião do dia 21/08/2019, abordando assunto sobre Pop's e recomendações.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Ana Karolina informa que realizou o POP e o DIS do setor de prontuário e repassou para avaliação da diretoria.	Em andamento
2.	Ana Karolina reforça com os integrantes da comissão sobre a importância de repassar para o SEPPE as informações de colaboradores da parte técnica que estão sendo admitidos e desligados a fim de controlar as pendências de assinatura.	Em andamento
3.	Ana Karolina reforça a importância do SEPPE estar presente no treinamento introdutório dos profissionais da parte técnica, a fim de orientar sobre as assinaturas eletrônicas nos prontuários.	Em andamento

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

4.	Doutora Mônica solicita que Ester repasse os POP's da recepção para avaliação referente ao plano de contingência.	Em andamento
5.		
6.		
7.		
8.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Verificar no conselho de psicologia referente ao anexo do gráfico de neuropsicologia no prontuário do paciente.	Cledma	30 dias
2.	Verificar junto a Agir a viabilidade jurídica e o envio de uma carta para a regulação sobre a aceitação de documentos emitidos com assinatura digital.	Mônica Costa	30 dias
3.	Envio de e-mail aos participantes da comissão informando que não será mais necessário encaminhar as fichas para o setor de prontuário.	Ana Karolina	Concluído

Ana Karolina da Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS — HDS

Setor/Comissão: Prontuário e Óbito		**Nº.:** 007/2019.
Data: 25/09/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11:00 às 11:30
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Prontuário e óbito		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Mônica Ribeiro Costa	460	P ( ) A (x)	
2. Lys Bernades Minasi	3898	P (x) A ( )	
3. Ester de Marra Gontijo	1667	P (x) A ( )	
4. Cledma Pereira L. de Almeida	545	P (x) A ( )	
5. Roald Miashiro	7940	P ( ) A (x)	
6. Ana Karolina da Silva	4362	P (x) A ( )	
7. Jeandro Marques Pires	1408	P ( ) A (x)	
8. Isadora Crosara	SES-GO	P ( ) A (x)	

Follow up da reunião anterior:

- Reunião inicia-se com a leitura da ata de reunião do dia 21/08/2019, abordando assunto sobre Pop's e recomendações.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Ana Karolina informa repassou os POP's para avaliação da Diretoria.	Em andamento
2.	Ana Karolina reforça com os integrantes da comissão sobre a importância de repassar para o SEPPE as informações de colaboradores da parte técnica que estão sendo admitidos e desligados a fim de controlar as pendências de assinatura e Lys sugere que seja encaminhado e-mail para o SEFOP com cópia para Diretoria.	Em andamento
3.	Ana Karolina comenta sobre a dificuldade com as pendências de assinatura por parte da equipe médica.	Em andamento

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

4.	Ester menciona que encaminhará os POP's para avaliação da Diretoria.	Em andamento
5.		
6.		
7.		
8.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Verificar no conselho de psicologia referente ao anexo do gráfico de neuropsicologia no prontuário do paciente.	Cledma	30 dias
2.	Verificar junto a Agir a viabilidade jurídica e o envio de uma carta para a regulação sobre a aceitação de documentos emitidos com assinatura digital.	Mônica Costa	30 dias

Ana Karolina da Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

#DS

Setor/Comissão: Prontuário e Óbito		**Nº.:** 008/2019.
Data: 30/10/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11:00 às 11:30

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Prontuário e óbito

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa	460	P (x) A ( )	
2.	Lys Bernades Minasi	3898	P (x) A ( )	
3.	Ester de Marra Gontijo	1667	P (x) A ( )	
4.	Cledma Pereira L. de Almeida	545	P (x) A ( )	
5.	Roald Miashiro	7940	P (x) A ( )	
6.	Ana Karolina da Silva	4362	P (x) A ( )	
7.	Isadora Crosara	SES-GO	P ( ) A (x)	

Follow up da reunião anterior:

- Reunião inicia-se com a leitura da ata de reunião do dia 25/09/2019, abordando assunto sobre Pop's e recomendações.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Doutora Mônica informa que está finalizando a questão dos POP'S com a Natasha.	Em andamento
2.	Ester menciona que dará incio no dia primeiro de novembro ao recolhimento das assinaturas nos REG'S e das cópias de documentos do ambulatório médico.	Em andamento
3.	Ana Karolina comenta sobre tornar os índices e capas de prontuários usados fisicamente obsoletos, devido a implantação do prontuário eletrônico e após discussão fica definido que será suprimido o uso dos mesmos.	Concluído
4.		

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

5.		
6.		
7.		
8.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Verificar no conselho de psicologia referente ao anexo do gráfico de neuropsicologia no prontuário do paciente.	Cledma	30 dias
2.	Verificar junto a Agir a viabilidade jurídica e o envio de uma carta para a regulação sobre a aceitação de documentos emitidos com assinatura digital.	Mônica Costa	30 dias

Ana Karolina da Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Atas NUSP - Núcleo de Segurança do Paciente

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

#DS

Dia: 21/01/2019	**Horário: 10:00**
Local: DT	

Pauta: Reunião do Núcleo de Segurança do Paciente

Aos 21 dias do mês de janeiro de 2018, às 10:00 h reuniram-se na Diretoria Técnica do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta HDS, a Diretora Técnica da Unidade Dra. Mônica Ribeiro Costa, os Farmacêuticos Bárbara Posse Reis e Maycon Soletti, a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi e o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins. Destaca-se que as Representantes do Corpo Clínico Isadora Crosara e Alessandra Nóbrega Serquiz e a Representante da CCIH Natasha do Brasil Anastase Mouratidis não puderam comparecer na reunião. Dra. Mônica inicia com a leitura da ata anterior. Bárbara informa que na reunião de novembro/2018 ficou definido a elaboração de guia de medicamentos e já iniciaram a elaboração do guia proposto sobre os medicamentos sólidos orais mais utilizados na Instituição, seguindo a padronização atual do HDS. Bárbara informa que alguns documentos da SEFAR, inclusive o manual de medicamentos potencialmente perigosos, que estavam publicados no SGQ, não estão mais e Dra Mônica sugere que verifique quais estão faltando e repasse para o Jeandro que ficará responsável pelos documentos até nova contratação. Dra Mônica informa que Natasha fará os treinamentos do NUSP a partir do mês de fevereiro/2019.

Imprimir Frente e Verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 1/2	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Trituração / Reciclagem
	Dentro do processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Durante a existência do processo	Trituração / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Prontuário e Óbito		**Nº.:** 008/2019.
Data: 25/11/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11:00 às 11:30

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Prontuário e óbito

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa	460	P (x) A ( )	
2.	Lys Bernades Minasi	3898	P (x) A ( )	
3.	Ester de Marra Gontijo	1667	P ( ) A (x)	
4.	Cledma Pereira L. de Almeida	545	P (x) A ( )	
5.	Roald Miashiro	7940	P (x) A ( )	
6.	Ana Karolina da Silva	4362	P (x) A ( )	
7.	Isadora Crosara	SES-GO	P ( ) A (x)	

Follow up da reunião anterior:

- Reunião inicia-se com a leitura da ata de reunião do dia 25/10/2019, abordando assunto sobre Avaliação neuropsicológica e termos de consentimentos.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Cledma comenta que verificou no conselho de psicologia referente a avaliação de neuropsicologia e a mesma pode ser anexada sem o gráfico tendo em vista que todas as informações referentes a avaliação estão disponíveis no laudo disponibilizado pelo psicólogo.	Concluído
2.	Ana Karolina comenta que os termos de consentimento entram em produção no ambulatório de especialidades médicas e já iniciou-se a realização do scanner dos documentos de identificação dos pacientes a fim de que sejam anexados no prontuário eletrônico.	Concluído
3.		
4.		

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

#DS

Providências	Responsável	Prazo	Validação

Considerações Adicionais:

Participantes/Assinaturas:

Mônica Ribeiro Costa	
Bárbara Rosse Reis	
Maycon Solitti	
Lays Bernardes Minasi	
João Francisco Martins	

Redator: Lys Bernardes Minasi

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 2/2	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Trituração / Reciclagem
	Dentro do processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Durante a existência do processo	Trituração / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Núcleo de Segurança do Paciente		**Nº.:** 002/2019
Data: 20/02/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Segurança do Paciente.		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P (x) A ( )	
2.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (x) A ( )	
3.	Izadora Crosara A. Teixeira		P (x) A ( )	
4.	João Francisco Martins		P (x) A ( )	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (x) A ( )	
6.	Bárbara Posse Reis		P (x) A ( )	
7.	Alessandra Nóbrega Serquiz		P ( ) A (x)	
8.	Maycon Soletti		P (x) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Publicação dos documentos do SEFAR no SGQ.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que iniciará os treinamentos referentes ao NUSP no mês de Março, abordando temas como: Higienização das Mãos e Segurança do paciente, Prevenção de Quedas, Precauções e isolamento; Notificação e Eventos Adversos/ Incidentes e Sistema de Gestão da Qualidade "SGQ".	Pendente
2.	Bárbara informa que o Guia de Medicamentos potencialmente perigosos elaborado pelo SEFAR, foi encaminhado ao Jeandro para padronização e publicação no SGQ.	Pendente
3.	Lys sugere agendamento de reunião entre o SEFAR/ SECIH e SUENF para discutir sobre a elaboração do Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta especifica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta especifica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

5.		
6.		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Verificar no conselho de psicologia referente ao anexo do gráfico de neuropsicologia no prontuário do paciente.	Cledma	Concluido
2.	Verificar junto a Agir a viabilidade jurídica e o envio de uma carta para a regulação sobre a aceitação de documentos emitidos com assinatura digital.	Mônica Costa	30 dias

Ana Karolina da Silva lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

4.	Natasha informa que no mês vigente foram realizadas duas queixas técnicas no NOTIVISA, referentes a artigos médicos hospitalares e não houve nenhuma notificação de evento adverto/incidente.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Iniciar capacitações: Higienização das Mãos e Segurança do paciente, Prevenção de Quedas, Precauções e isolamento, Notificação e Eventos Adversos/ Incidentes e Sistema de Gestão da Qualidade "SGQ".	Natasha	31/12/2019
2.	Elaborar Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	SEFAR/ SECIH/ SUENF	30/04/2019
3.	Solicitar publicação do Guia de Medicamentos potencialmente perigosos no SGQ.	SEFAR	20/03/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Núcleo de Segurança do Paciente		**Nº.:** 003/2019
Data: 20/03/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Segurança do Paciente.		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
3.	Izadora Crosara A. Teixeira		P (X) A ( )	
4.	João Francisco Martins	3739	P (X) A ( )	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
6.	Bárbara Posse Reis		P (X) A ( )	
7.	Alessandra Nóbrega Serquiz		P ( ) A (X)	

Follow up da reunião anterior:

- Publicação dos documentos do SEFAR no SGQ.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que no mês vigente não foram registradas notificações de evento adverto/incidente e queixas técnicas no sistema NOTIVA.	FINALIZADO
2.	Natasha informa que o Guia de farmacêutico de medicamentos de alta vigilância elaborado pela SEFAR, foi publicado no sistema INTERACT e já encontra-se disponível para consulta.	FINALIZADO
3.	Bárbara sugere agendamento de reunião entre o SEFAR/ DT e Corpo Clínico, para revisão e atualização do documento "Lista	PENDENTE

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	de padronização de medicamentos".	
4.	Bárbara informa que está elaborando documento referente a trituração de medicamentos e administração de medicamentos via sonda e oral.	PENDENTE

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Elaborar Documento padrão de Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos.	SEFAR	20/05/2019
2.	Revisar e atualizar documento: "Lista de padronização de medicamentos".	SEFAR/DT/ SEAMR	20/05/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Núcleo de Segurança do Paciente		**Nº.:** 004/2019
Data: 18/04/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Segurança do Paciente.		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
3.	Izadora Crosara A. Teixeira		P ( ) A (X)	
4.	João Francisco Martins	3739	P (X) A ( )	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
6.	Bárbara Posse Reis		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Elaborar Documento padrão de Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos;
- Revisar e atualizar documento: "Lista de padronização de medicamentos".

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Bárbara informa que finalizará o DIS – Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos, até o mês de Maio.	PENDENTE
2.	Bárbara informa que o documento "Lista de padronização de medicamentos", foi atualizado.	FINALIZADO
3.	Natasha informa que Lys elaborou POP sobre Administração de medicamentos e que o documento será publicado no sistema INTERACT.	FINALIZADO

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

4.	SEFAR elaborará documento com o tema Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, atendendo as exigências do Ministério da Saúde.	PENDENTE
5.	Natasha informa que junto ao Departamento Estratégico, analisará os Indicadores exigidos para Instituições de Longa Permanência para Idosos.	PENDENTE

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Elaborar Documento padrão de Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos.	SEFAR	22/05/2019
2.	Elaborar protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	SEFAR	22/05/2019
3.	Analisar Indicadores para Instituições de Longa Permanência para Idosos.	SECIH/ DPLAN	22/05/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Núcleo de Segurança do Paciente		**Nº.:** 005/2019
Data: 22/05/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Segurança do Paciente.		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
2.	Isadora Crosara A. Teixeira		P (X) A ( )	
3.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
4.	Maycon Soletti		P (X) A ( )	
5.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
6.	João Francisco Martins		P ( ) A (X)	

Follow up da reunião anterior:

- Elaborar documento com o tema Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Elaborar o DIS – Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos;
- Realizar treinamento sobre o POP Administração de medicação;
- Elaborar instrumento de monitoramento e avaliação dos indicadores de ILPI.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	O prazo para finalização do DIS – Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos, é redefinido para Junho. Maycon continuará elaborando o documento.	PENDENTE
2.	Natasha informa que o POP Administração de medicação foi publicado e está disponível para consulta no sistema	FINALIZADO

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	INTERACT.	
3.	Lys informa que o treinamento sobre o POP Administração de medicação, será realizado até a primeira quinzena do mês de Junho.	PENDENTE
4.	Maycon informa que elaborará documento com o tema Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, atendendo as exigências do Ministério da Saúde.	PENDENTE
5.	Natasha informa que junto a médica da SECIH, está elaborando instrumento para monitoramento e avaliação dos indicadores de ILPI.	PENDENTE
6.	Natasha informa que participou do evento "Boas Práticas de Gestão de Riscos Assistenciais", pela SMS, onde foi apresentado novo modelo de regimento interno das Comissões de Segurança do Paciente e CCIH. O novo modelo implanta o Planejamento Estratégico como ferramenta da qualidade nos regimentos. A proposta é que as estratégias e metas sejam implantadas até o ano de 2020.	FINALIZADO

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Elaborar Documento padrão de Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos.	SEFAR	26/06/2019
2.	Elaborar protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	SEFAR	26/07/2019
3.	Realizar treinamento sobre o POP Administração de medicação.	SUENF	15/06/2019
4.	Elaborar instrumento de monitoramento e avaliação dos indicadores de ILPI.	SECIH	26/06/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Núcleo de Segurança do Paciente		**Nº.:** 006/2019
Data: 27/06/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00

Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Segurança do Paciente.

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
2.	Izadora Crosara A. Teixeira		P ( ) A (X)	
3.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
4.	Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
5.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
6.	Cledma Pereira Ludovico	543	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Elaborar documento com o tema Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Elaborar o DIS – Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	O prazo para finalização do DIS – Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos, é redefinido para Julho. Maycon continuará elaborando o documento.	PENDENTE
2.	Lys informa que iniciou treinamento sobre o POP Administração de medicação, para colaboradores do diurno.	FINALIZADO
3.	Maycon informa que elaborará documento com o tema Segurança na prescrição, uso e administração de	PENDENTE

	medicamentos, atendendo as exigências do Ministério da Saúde.	
4.	Cledma relata, que um paciente sofreu queda da própria altura ao sair do HDS, no entanto já encontrava-se fora da unidade e precisou receber os primeiros socorros na instituição. Destaca, a necessidade de se elaborar um fluxo para atender a essas ocorrências, pois expõe que no momento do ocorrido surgiram vários questionamentos em relação ao direcionamento do paciente.	PENDENTE

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Elaborar Documento padrão de Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos.	SEFAR	23/07/2019
2.	Elaborar protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	SEFAR	23/07/2019
3.	Elaborar documento para direcionar o atendimento ao paciente externo, o qual procura atendimento emergencial no HDS.	Comissão NUSP	23/07/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG.001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS #HDS

Setor/Comissão: Núcleo de Segurança do Paciente		**Nº.:** 007/2019
Data: 24/07/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00

Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Segurança do Paciente.

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
2.	Izadora Crosara A. Teixeira		P (X) A ( )	
3.	Lys Bernardes Minasi		P (X) A ( )	
4.	Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
5.	Mônica Ribeiro Costa	460	P (X) A ( )	
6.	Cledma Pereira Ludovico	545	P (X) A ( )	
7.	Alessandra Nóbrega Serquiz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Elaborar Documento padrão de Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos;
- Elaborar protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Verificar complicações relacionadas ao paciente em ocorrência fora da Unidade e procura atendimento emergencial no HDS.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha inicia discussão sobre a elaboração de documento para atendimento ao usuário em ocorrência fora dos portões da Unidade.	PENDENTE
2.	Dra. Izadora destaca que se o ocorrido for fora dos portões da Unidade, a instituição não será responsabilizada pelo socorro	FINALIZADO

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	do paciente.	
3.	Dra. Mônica ressalta que o assunto deverá ser melhor discutido e sugere que Natasha verifique se nas outras unidades existe fluxo implantado para essa demanda e realizar consulta jurídica na AGIR.	PENDENTE
4.	Maycon informa que finalizará o DIS Guia de administração de medicamentos via sonda e oral para publicação e o protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos será elaborado.	PENDENTE

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Elaborar Documento padrão de Administração de medicamentos via sonda, via oral e trituração de medicamentos.	SEFAR	21/08/2019
2.	Elaborar protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	SEFAR	21/08/2019
3.	Verificar complicações relacionadas ao paciente em ocorrência fora da Unidade e procura atendimento emergencial no HDS.	Comissão NUSP	21/08/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS #DS

Setor/Comissão: Núcleo de Segurança do Paciente		**Nº.:** 008/2019
Data: 21/08/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00

Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Segurança do Paciente.

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
2.	Izadora Crosara A. Teixeira		P ( ) A (x)	
3.	Lys Bernardes Minasi		P ( ) A (x)	
4.	Maycon Soletti		P (X) A ( )	
5.	Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
6.	Cledma Pereira Ludovico		P (X) A ( )	
7.	Alessandra Nóbrega Serquiz		P ( ) A (x)	

Follow up da reunião anterior:

- Finalizar Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- Elaborar Protocolo de reconstituição e diluição dos injetáveis;
- Verificar necessidade de incluir no Guia de Administração de Medicamentos Via Sonda e Oral há administração via sonda de gastrotomia.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha retoma a discussão sobre a elaboração de documento para atendimento ao usuário em ocorrência fora da Unidade e informa que entrou em contato via telefone com o jurídico da AGIR para mais esclarecimentos. Orientou-se que se o ocorrido for fora dos portões da Unidade, o SAMU é o órgão responsável pelo socorro do paciente. Destaca que para os casos de acidente envolvendo pacientes na Unidade, solicitar avaliação da enfermagem e avaliação médica.	Finalizado
2.	Maycon informa que concluiu o Guia de Administração de Medicamentos Via Sonda e Oral e que o mesmo será divulgado no SGQ.	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

3.	Dra. Mônica sugere que Maycon verifique se há necessidade de incluir no Manual a administração via sonda de gastrotomia.	Finalizado
4.	Maycon informa que elaborará DIS sobre reconstituição e diluição dos injetáveis e finalizará o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.	Pendente
5.	Dra. Mônica destaca a importância de reforçar o Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão no intuito de reduzir o risco de lesão por pressão na paciente E.R.J.	Pendente
6.	Natasha informa que não houve notificações de EV e Farmacovigilância no mês vigente.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Finalizar Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.	SEFAR	26/09/2019
2.	Elaborar Protocolo de reconstituição e diluição dos injetáveis.	SEFAR	26/09/2019
3.	Verificar necessidade de incluir no Guia de Administração de Medicamentos Via Sonda e Oral há administração via sonda de gastrotomia.	SEFAR	26/09/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001.01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Núcleo de Segurança do Paciente		**Nº.:** 009/2019
Data: 25/09/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Segurança do Paciente.		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
2.	Izadora Crosara A. Teixeira		P (X) A ( )	
3.	Lys Bernardes Minasi		P (X) A ( )	
4.	Maycon Soletti		P ( ) A (X)	
5.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
6.	Cledma Pereira Ludovico		P (X) A ( )	
7.	Alessandra Nóbrega Serquiz		P ( ) A (X)	

Follow up da reunião anterior:

- Finalizar Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- Elaborar Protocolo de reconstituição e diluição dos injetáveis;
- Verificar necessidade de incluir no Guia de Administração de Medicamentos Via Sonda e Oral há administração via sonda de gastrotomia.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que Guia de Administração de Medicamentos Via Sonda e Oral está pronto e publicado no SGQ.	Finalizado
2.	Natasha informa que o POP de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos não foi finalizado.	Pendente
	Lys informa que finalizou a revisão do POP de Prevenção de	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº do processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

3.	LPP e está elaborando cronograma de educação continuada.	
4.	Natasha inicia discussão sobre indicadores do NUSP na residência assistencial e Dra. Izadora sugere realizar SWAB dos pacientes residentes que retornarem de internações externas para sabermos quais são os microorganismos presentes.	Pendente
5.	Elaborar Protocolo de reconstituição e diluição dos injetáveis.	Pendente

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Definir indicadores NUSP.	Natasha/ Comissão	23/10/2019
2.	Finalizar Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;	Maycon	23/10/2019
3.	Elaborar Protocolo de reconstituição e diluição dos injetáveis;	Maycon	23/10/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade Comunicação Interna	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: ***NUSP***		**Nº.:** 011/2019		
Data: 25/11/2019	**Local:** Sala da Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00	às	10h30
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra				
Pauta: Reunião do Núcleo de Segurança do Paciente.				
Participantes:				

Nome	Matrícula	Status P - Presente A - Ausente
1. Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )
2. Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )

3. Mônica Ribeiro Costa	460	P (X) A ( )
4. Cledma Pereira Ludovico	545	P (X) A ( )
5. Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )
6. Izadora Crosara A. Teixeira		P ( ) A (X)
Follow up da reunião anterior:		
• Implantar indicadores do NUSP e sensibilizar equipe assistencia; • Finalizar Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos e elaborar Protocolo de reconstituição e diluição dos injetáveis.		

Desenvolvimento da Reunião		
Item	**Assuntos Tratados**	**Status**
1.	Natasha informa que as urnas de eventos adversos necessitam de reparos constantes, devido a fragilidade do material de confecção. Destaca ainda que na última solicitação de reparo ao SEALM foi informada que os reparos não seriam efetivos e duráveis, sendo necessária aquisição de novas urnas. No entanto, Natasha informa que programará para o ano de 2020 a implantação do módulo "Ocurrence Manager" nos Setores Assistencias, para que as ocorrências sejam tramitadas eletronicamente, dispensando o uso de formulários físicos e a aquisição de novas urnas de eventos adversos. Portanto, disponibilizará apenas no SEARA uma urna a fim de atender as contigências do processo.	Pendente
2.	Natasha informa que no mês vigente não foram registradas notificações referentes a farmacovigilância e/ou tecnovigilância, apenas 01 notificação de Evento Adverso relacionado a Queda.	Finalizado
3.	Natasha informa que está implantando o POP 008 - Protocolo de Prevenção de Quedas no SEARA.	Pendente
4.	Natasha informa que está revisando os Documentos do NUSP e após finalizá-los, encaminhará aos demais membros da comissão para análise e aprovação.	Pendente
5.	Dra. Mônica sugere que Natasha monitore os indicadores de ILP para 2020.	Finalizado

Plano de ação			
Nº	**Ação**	**Responsável**	**Prazo**
1.	Implantar módulo "Ocurrence Manager" nos Setores Assistencias;	Natasha	14/02/2020
2.	Implantar POP 008 - Protocolo de Prevenção de Quedas no SEARA;	Natasha	18/12/2019
3.	Revisar Documentos do NUSP e após finalizá-los, encaminhar aos demais membros da comissão para análise e aprovação;	Natasha	31/01/2020
4.	Monitorar os indicadores de ILP.	Natasha	31/01/2020

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Documento assinado eletronicamente por Natasha Do Brasil Anastase Mouratidis , SERV CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR HDS em 16/12/2019, as 16:15:37, conforme horário oficial de Brasilia.

Documento assinado eletronicamente por Lys Bernardes Minasi , SUPERVISÃO ENFERMAGEM HDS em 16/12/2019, as 17:28:20, conforme horário oficial de Brasilia.

Documento assinado eletronicamente por Monica Ribeiro Costa , DIRETORIA TÉCNICA HDS em 18/12/2019, as 12:07:17, conforme horário oficial de Brasília.

Documento assinado eletronicamente por Maycon Soletti , SERV FARMACIA HDS em 19/12/2019, as 10:00:30, conforme horário oficial de Brasília.

Documento assinado eletronicamente por Cledna Pereira Ludovico De Almeida , SUPERVISÃO REABILITAÇÃO PSICO- SOCIAL HDS em 08/01/2020, as 16:27:45, conforme horário oficial de Brasília.

Processo 20190004.00236

A autenticidade do documento pode ser conferida no site

http://edoc.agirgo.org.br:5000/GerenciadorProcessoWeb/acessoExterno/pesquisaDocumento.xhtml

informando o código verificador 4ALQ0HZKV56MB9IY

Sistema de Gestão da Qualidade Comunicação Interna	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: *NUSP*		**Nº.:** 012/2019		
Data: 18/12/2019	**Local:** SUDRH	**Horário:** 10h00	às	10h30
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra				
Pauta: Reunião do Núcleo de Segurança do Paciente.				
Participantes:				
Nome / Matrícula / Status (Presente ou Ausente)				
Natasha do Brasil Anastase Mouratidis, 6152, presente; Maycon Soletti, 8699, presente; Mônica Ribeiro Costa, 460, presente; Cledma Pereira Ludovico, 545, presente; Lys Bernardes Minasi, 3898, presente; Isadora Crosara Alves Teixeira, presente.				
Follow up da reunião anterior:				

- Implantar módulo "Ocurrence Manger" no SEARA;
- Implantar POP 008 "Protocolo de Prevençao de Quedas" no SEARA;
- Revisar protocolos do NUSP e encaminhar aos demais membros da comissão para análise e aprovação;

Desenvolvimento da Reunião		
Item	**Assuntos Tratados**	**Status**
1.	Natasha informa que foi realizado implantação do POP 008 - Protocolo de Prevenção de Quedas na Residência Assistencial.	**FINALIZADO**
2.	Natasha informa que os Protocolos do NUSP estão em fase de revisão.	**PENDENTE**
3.	Dra. sugere que o SENUD elabore Manual de Dietas.	**PENDENTE**
4.	Dra. Mônica questiona se a fonoaudióloga está acompanhanda a paciente sondada. Cledma informa que sim. Lys informa que não está sendo administrada alimentação via oral.	**FINALIZADO**
5.	Dra. Mônica ressalta que o fechamento da GTT é possível, porém não existe perspectiva para a paciente Edite.	**FINALIZADO**
6.	Dra. Mônica sugere discutir na próxima reunião os Indicadores de ILPI.	**PENDENTE**
7.	Natasha informa que houve 01 queixa de tecnovigilância no mês vigente.	**FINALIZADO**

Plano de ação			
Nº	**Ação**	**Responsável**	**Prazo**
1.	Enviar Protocolos do NUSP aos demais participantes.	Natasha	17/01/2020
2.	Elaborar Manual de Dietas Enterais.	Aline	17/01/2020
3.	Discutir indicadores de ILPI.	Membros do NUSP	17/01/2020

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Documento assinado eletronicamente por Monica Ribeiro Costa , DIRETORIA TÉCNICA HDS em 27/01/2020, as 14:53:02, conforme horário oficial de Brasília.

Documento assinado eletronicamente por Lys Bernardes Minasi , SUPERVISÃO ENFERMAGEM HDS em 27/01/2020, as 16:46:10, conforme horário oficial de Brasília.

Documento assinado eletronicamente por Cledna Pereira Ludovico De Almeida , SUPERVISÃO REABILITAÇÃO PSICO- SOCIAL HDS em 04/02/2020, as 09:54:58, conforme horário oficial de Brasilia.

Documento assinado eletronicamente por Natasha Do Brasil Anastase Mouratidis , SECIH - SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR HDS em 05/02/2020, as 10:04:56, conforme horário oficial de Brasilia.

Processo 20190004.00236

A autenticidade do documento pode ser conferida no site

http://edoc.agirgo.org.br:5000/GerenciadorProcessoWeb/acessoExterno/pesquisaDocumento.xhtml

informando o código verificador NXT3ZKB5D9J1YLFU

Atas Gerenciamento de Resíduos

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

HDS

Dia: 05/02/2019 | **Horário: 11:00**

Local: Diretoria Técnica

Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Aos 05 dias do mês de fevereiro de 2019 às 10:00 h, reuniram-se na sala da Diretoria Técnica do Hospital de Dermatologia Sanitária – HDS, a Diretora Técnica da unidade Doutora Mônica Ribeiro Costa, a Enfermeira Natasha do Brasil Anastase Mouratidis, a Representante do Corpo Clínico Cristhiane D. R. Schmaltz, o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins, a Farmacêutica Bárbara Posse Reis, o Representante da Higienização Serafim Noleto e a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi. Registra-se que a Representante da Nutrição Aline Mayara Ferreira Martins, a Supervisora da Reabilitação Psicossocial Clédma Pereira Ludovico de Almeida e o Representante do SESMT Júlio César Guimarães Silva, não compareceram a esta reunião. Lys inicia a reunião com a leitura da ata anterior. Serafim informa que resíduo reciclável foi coletado pela empresa COPEL, ainda informa que o cronograma de coletas do Resíduos Biológicos foi alterado, aumentando para mais um dia de coleta. Natasha informa que os resíduos químicos e recicláveis estão alocados no antigo prédio da higienização, em abrigo específico para cada grupo. Natasha sugere que sejam retirados da residência assistencial, especificamente do consultório médico e dos quartos dos pacientes independentes, o recipiente para resíduo biológico, a fim de amenizar o descarte inadequado dos resíduos já que nestes locais os mesmos não gerados com frequência. Natasha informa que o cronograma de treinamentos pertinentes ao Gerenciamento de Resíduos, está sendo elaborado. Natasha sugere que seja realizada na semana interna de prevenção de acidentes de trabalho (SIPAT), ação relacionada a Dengue. A próxima reunião fica agendada para dia 28/02/2019.

Imprimir Frente e Verso

Providências	Responsável	Prazo	Validação

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 1/2	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Trituração / Reciclagem
	Dentro do processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Durante a existência do processo	Trituração / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Considerações Adicionais:

Participantes/Assinaturas:

Bárbara Posse Reis	
Lys Bernardes Minasi	
Serafim Noleto	
Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	
Cristhiane D. R. Schmaltz	
Mônica Ribeiro Costa	
João Francisco Martins	

Redator: Natasha do Brasil Anastase Mouratidis

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 2/2	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Trituração / Reciclagem
	Dentro do processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Durante a existência do processo	Trituração / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

#DS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 002/2019
Data: 28/02/2019	**Local:** Recursos Humanos	**Horário:** 11h00 às 12h00

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
3.	Bárbara Posse Reis		P (X) A ( )	
4.	João Francisco Martins	3739	P ( ) A (X)	
5.	Júlio César Guimarães Silva		P (X) A ( )	
6.	Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
7.	Serafim Noleto		P (X) A ( )	
8.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Iniciar os treinamentos de Gerenciamento de Resíduos e implantação do PGRSS.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que realizará no mês de Abril no evento da SIPAT, Workshop sobre Sustentabilidade, ainda, informa que o evento promoverá palestra com o tema Dengue.	Pendente
2.	Natasha informa que iniciará os treinamentos referentes ao Gerenciamento de Resíduos no mês de Março, abordando temas como: RDC 222 de Março de 2018; Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento "PGRSS"; Formas de minimizar a geração de resíduos; Sustentabilidade; Uso de adornos no ambiente de trabalho.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/3	Setor responsável	Pasta especifica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta especifica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

3.	Natasha informa que o Resíduo Biológico gerado no HDS está sendo armazenado temporariamente no Abrigo de Resíduos da Residência Assistencial, até que se conclua a construção do abrigo externo.	Finalizado
4.	Natasha informa que a partir do dia 08 de Março, a coleta do resíduo comum (Grupo D), será realizada por empresa terceirizada.	Finalizado
5.	Natasha informa que está realizando orientações aos diversos setores do HDS para a utilização de garrafas individuais para consumo de água nos postos de trabalho, a fim de minimizar o consumo de copos descartáveis.	Finalizado
6.	Natasha informa que está aguardando contratação de empresa terceirizada para coleta dos resíduos perigosos (Classe I) gerados no HDS, e que até o presente momento estão sendo armazenados em abrigo temporário localizado no antigo prédio da Higienização.	Pendente
7.	Lys informa que o antigo prédio da higienização aonde estão armazenados os resíduos (químicos e recicláveis) foi desativado devido ao comprometimento da estrutura do imóvel, dessa forma, em comum acordo, Serafim e Natasha providenciarão remanejamento dos resíduos para outro local.	Pendente
8.	Aline informa que divulgou no refeitório os documentos impressos do SENUD, contendo as normativas do setor para visualização de todos os colaboradores. Além disso, realizará ação in loco distribuindo informativos com regras internas de funcionamento do refeitório.	Finalizado
9.	Lys sugere ao SESMT reforçar as visitas e fiscalizações nos diversos setores do HDS, pois percebe que principalmente os profissionais médicos estão descumprindo a NR 32.	Pendente

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Realizar Workshop sobre Sustentabilidade e palestra sobre Dengue no evento da SIPAT.	Natasha/ Integrantes SIPAT	30/04/2019
2.	Realizar treinamento referente ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e implantar PGRSS.	Natasha	30/12/2019
3.	Contratar empresa terceirizada para Coleta, tratamento e destinação final dos resíduos perigosos, Classe I.	SERCO	31/12/2019
4.	Retirar os resíduos Químicos e Recicláveis do	Natasha/ Serafim	31/03/2019

	antigo prédio da higienização e remanejar para novo abrigo temporário.		
5.	Fiscalizar e assegurar o cumprimento da NR 32, nos diversos setores do HDS.	SESMT/ SECIH	31/12/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 002/2019
Data: 21/03/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11h00 às 12h00

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
3.	Maycon Soletti		P (X) A ( )	
4.	João Francisco Martins		P ( ) A (X)	
5.	Júlio César Guimarães Silva		P (X) A ( )	
6.	Aline Mayara Ferreira Martins		P ( ) A (X)	
7.	Serafim Noleto		P ( ) A (X)	
8.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Retirar os resíduos Químicos e Recicláveis do antigo prédio da higienização e remanejar para novo abrigo temporário. Realizar Workshop sobre Sustentabilidade e palestra sobre Dengue no evento da SIPAT.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que a partir da atualização da RDC 222/18, as luvas de procedimento cirúrgico poderão ser descartadas como resíduos comuns (Grupo D), desde que essas luvas não contenham sangue, líquidos corpóreos e não sejam oriundas de pacientes em precauções baseadas nas vias de transmissão. O mesmo se aplica para a embalagem de SF 0,9%, no entanto tal resíduo será disposto como resíduo reciclável, para isso foi solicitado compra de lixeiras exclusivas para descarte da embalagem. Ressalta ainda, que toda a padronização implantada, foi norteada pela RDC 222/18, CONAMA 358/2005, e NR32.	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

2.	Isley informa, que o agente de combate a endemias esteve na unidade e encontrou água parada na carroceria da camionete e ambiente propicio para proliferação do mosquito Aedes Aegypti, no entanto não foi encontrado larvas. Dessa forma, o agente realizou orientações para intensificar a fiscalização nos veículos inutilizáveis, materiais depositados ao fundo da manutenção e materiais de construção no abrigo externo de resíduos.	Finalizado
3.	Natasha informa que Dra. Mônica nomeará o servidor Francisco como síndico dengueiro, e que conversou com o mesmo a respeito das atividades que ele realizará.	Finalizado
4.	Lys ressalta que a fiscalização contra o mosquito e possíveis criadouros é compartilhada, e que ao encontrarmos água parada ou foco do mosquito, devemos encaminhar ao gestor do serviço e-mail ou abertura de OS, solicitando providências.	Finalizado
5.	Natasha informa que os materiais recicláveis e os resíduos químicos foram transferidos para um cômodo no Pavilhão 13.	Finalizado
6.	Júlio informa, que verificou que os materiais da manutenção utilizados para construção do novo abrigo externo, estão sendo armazenados na antiga área suja da lavanderia. E ressalta que o local é inadequado para armazenamento dos materiais.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Realizar Workshop sobre Sustentabilidade e palestra sobre Dengue no evento da SIPAT.	Natasha/ Integrantes SIPAT	30/04/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 003/2019
Data: 16/04/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11h00 às 12h00
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2. Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
3. Maycon Soletti		P (X) A ( )	
4. João Francisco Martins	3739	P (X) A ( )	
5. Júlio César Guimarães Silva	7473	P (X) A ( )	
6. Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
7. Isley José Paulo de Souza		P (X) A ( )	
8. Thais de Souza e Silva		P (X) A ( )	
9. Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	
10. Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Realizar Workshop sobre Sustentabilidade e palestra sobre Dengue no evento da SIPAT.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que está realizando treinamento de gerenciamento de resíduos e atualização da RDC 222/18 nos diversos setores do HDS, alguns setores administrativos e o ambulatório de especialidades médicas ainda não receberam o treinamento.	Pendente
2.	Natasha informa que solicitou lixeiras para descarte de resíduos potencialmente químicos e resíduos de reciclagem, no entanto	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	está aguardando liberação do SERCO.	
3.	Natasha informa que orientou o servidor Sr. Francisco, nomeado como síndico dengueiro no HDS, sobre o que fiscalizar nos serviços e como realizar seu relatório de atividades.	Finalizado
4.	Dra. Mônica reforça a importância de todos os colaboradores/servidores participarem do combate à dengue.	Finalizado
5.	Isley informa que o abrigo externo de resíduos já está em funcionamento e armazenando os resíduos comuns gerados no HDS. No entanto, os resíduos biológicos/infectantes permanecem sendo abrigados temporariamente no abrigo da residência assistencial.	Finalizado
6.	Júlio questiona sobre o fluxo de higienização dos carros de transporte de roupa suja. Natasha informa que o serviço de higienização é orientado quanto a necessidade de higienizar os carros diariamente após uso, e que para reforçar a fiscalização do serviço, elaborará POP com rotina padronizada.	Pendente

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Instalar lixeiras de descarte de resíduos de reciclagem no Ambulatório de curativos e lixeira de resíduos químicos na Residência Assistencial.	Natasha	01/07/2019
2.	Elaborar POP com rotina de lavagem dos carros de transporte de roupa suja.	SECIH/SEHIL	30/05/2019

Sem mais a relatar, eu Natasha do Brasil Anastase Mouratidis lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 004/2019
Data: 28/05/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11h00 às 12h00
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2. Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
3. Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
4. Júlio César Guimarães Silva		P ( ) A (X)	
5. Serafim Noleto		P (X) A (X)	
6. Lys Bernardes Minasi	3898	P ( ) A (X)	
7. Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
8. Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P ( ) A (X)	
9. João Francisco Martins		P (X) A ( )	
10. Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Instalar lixeiras Grupo B e Grupo D no Ambulatório de Feridas Crônicas e Residência;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que solicitou lixeiras para descarte de resíduos potencialmente químicos e resíduos de reciclagem, no entanto está aguardando liberação do SERCO.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

2.	Aline questiona se as lixeiras para resíduos biológicos foram retiradas dos quartos da residência.	Finalizado
3.	Natasha informa que com o apoio do SEHIL retirou todas as lixeiras para resíduos biológicos dos quartos dos pacientes independentes, e que as lixeiras estão presentes apenas nos quartos dos pacientes acamados.	Finalizado
4.	Natasha informa que na última visita dos agentes de endemias, não foram localizados focos e criadouros do mosquito aedes aegypt.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Instalar lixeiras Grupo B e Grupo D no Ambulatório de Feridas Crônicas e Residência;	Natasha	01/07/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 005/2019
Data: 27/06/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11h00 às 12h00

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
3.	Maycon Soletti		P (X) A ( )	
4.	Serafim Noleto		P (X) A ( )	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
6.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7.	Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	
8.	Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Não aplicável;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que o abrigo externo de resíduos ainda não foi telado, e os resíduos infectantes permanecem sendo armazenados no abrigo temporário localizado na residência assistencial.	Finalizado
2.	Natasha informa que na última visita dos agentes de endemias, não foram localizados focos e criadouros do mosquito aedes aegypt.	Finalizado
3.	Cledma relata que o paciente Francisco Regis está coletando lixo nas lixeiras da unidade e acumulando a maior parte em seu	

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	quarto e propõe a aquisição de um carrinho de lixo para o paciente desenvolver tal atividade de forma mais organizada. No entanto Dra. Mônica expõe os riscos dessa atividade. Conclui-se que a aquisição do carrinho não ocorrerá.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Não aplicável	-	-

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG-001-01 p 2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS #DS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 006/2019
Data: 25/07/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11h00 às 12h00

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P ( ) A (X)	
3.	Maycon Soletti		P ( ) A (X)	
4.	Serafim Noleto		P ( ) A (X)	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
6.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7.	Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	
8.	Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Não aplicável;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que o abrigo externo de resíduos ainda não foi telado, e os resíduos infectantes permanecem sendo armazenados no abrigo temporário localizado na residência assistencial e que solicitou ao novo encarregado da manutenção que verificasse como está o processo de aquisição do serviço.	Pendente
2.	Natasha solicita a Cledma que encaminhe os relatórios do sindico dengueiro para e-mail da CCIH, mensalmente.	Finalizado
3.	Dra. Mônica sugere que seja realizado o dia D sobre a dengue na Unidade.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Plano de ação			
Nº	**Ação**	**Responsável**	**Prazo**
1.	Verificar aquisição de tela para abrigo temporário de resíduos.	SEMAN/SECIH	01/08/2019
2.	Realizar dia D sobre a dengue	CRSS	22/08/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 007/2019
Data: 22/08/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11h00 às 12h00
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins	7120	P (X) A ( )	
3.	Maycon Soletti	6699	P (X) A ( )	
4.	Serafim Noleto	4451	P (X) A ( )	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P ( ) A (X)	
6.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7.	Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	
8.	Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Não aplicável;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Aline questiona se poderá descartar frascos de água da paciente Edite em recipiente para resíduos recicláveis. Natasha que o descarte é possível desde que os resíduos estejam livres restos alimentares e material biológico.	Finalizado
2.	Dra. Mônica sugere que Aline e Natasha realizem campanhas voltadas à sustentabilidade, a fim de suprimir o consumo de copos descartáveis e que aproveitem para divulgar campanha na Intranet na data da publicação da NR-32, conforme cronograma estabelecido pela comunicação do CRER.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

3.	Aline informa que verificará nas outras unidades se já acontece a doação dos restos alimentares.	Pendente

Plano de ação			
Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Realizar campanha de sustentabilidade e NR-32 e divulgar na Intranet.	SENUD/SECHI	09/09/2019
2.	Verificar possibilidade de doação de restos alimentares.	SENUD	30/09/2019
Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.			

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 008/2019
Data: 27/09/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 15h00 às 15h30
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
3.	Maycon Soletti		P (X) A ( )	
4.	Serafim Noleto		P (X) A ( )	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
6.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7.	Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P ( ) A (X)	
8.	Rafael Gois de Souza		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Realizar campanha de sustentabilidade e NR-32 e divulgar na Intranet;
- Verificar possibilidade de doação de restos alimentares.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que está elaborando projeto de sustentabilidade, abordando temas como consumo consciente de papel A4, descartáveis e etc.	Pendente
2.	Lys sugere a Aline que verifique a possibilidade dos alimentos oferecidos no refeitório não vir mais embalados em potes descartáveis diminuindo custos e consumo de plásticos, uma ação para sustentabilidade.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

3.	Cledma ressalta que o consumo de alimentos a granel diminui o consumo de embalagens e favorece a sustentabilidade e Lys complementa falando sobre canudos de inox.	Finalizado
4.	Natasha sugere informativo no refeitório sobre resíduos secos e molhados e pesagem de resíduos orgânicos.	Pendente
5.	Aline refere realizar uso de prato em vez de bandejas de inox 1x por semana, para quantificar a sobras alimentares.	Pendente
6.	Natasha informa que o Hugol sugeriu padronizar a sigla da Comissão de resíduos das Unidades, visto que as atribuições e atuação da comissão não se resumem apenas ao gerenciamento de resíduos, a ideia é NAMB – Núcleo de Gestão Ambiental. Esse Núcleo tem a responsabilidade de instituir a Política de Gestão Ambiental, o PGRSS e fiscalizar seus desdobramentos.	Pendente

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Finalizar Projeto de Sustentabilidade e Consumo consciente no HDS.	Natasha	30/11/2019
2.	Verificar possibilidade dos alimentos oferecidos no refeitório não vir mais embalados em potes descartáveis.	Aline	31/10/2019
3.	Disponibilizar informativos sobre resíduos secos e molhados no refeitório e implantar pesagem de sobras alimentares.	Aline e Natasha	31/10/2019
4.	Implantar rotina de uso de prato em vez de bandejas de inox 1x por semana, para quantificar a sobras alimentares.	Aline	31/10/2019
5.	Padronizar sigla NAMB – Núcleo de Gestão Ambiental nas unidades.	AGIR	31/12/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Gerenciamento de Resíduos		**Nº.:** 009/2019
Data: 29/10/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 11h00 às 11h30

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2. Aline Mayara Ferreira Martins		P ( ) A (X)	
3. Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
4. Serafim Noleto	4451	P (X) A ( )	
5. Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
6. Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7. Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Finalizar Projeto de Sustentabilidade e Consumo consciente no HDS;
- Verificar possibilidade dos alimentos oferecidos no refeitório não vir mais embalados em potes descartáveis;
- Disponibilizar informativos sobre resíduos secos e molhados no refeitório e implantar pesagem de sobras alimentares;
- Implantar rotina de uso de prato em vez de bandejas de inox 1x por semana, para quantificar a sobras alimentares;
- Padronizar sigla NAMB – Núcleo de Gestão Ambiental nas unidades.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que junto a Aline, está elaborando projeto de sustentabilidade do HDS.	**FINALIZADO**
2.	Natasha informa que disponibilizará no refeitório, informativos sobre resíduos secos e molhados. Informa que Aline ao retornar	**PENDENTE**

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	de férias, programará o início da pesagem das sobras alimentares.	

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Verificar possibilidade dos alimentos oferecidos no refeitório não vir mais embalados em potes descartáveis.	Aline	26/11/2019
2.	Disponibilizar informativos sobre resíduos secos e molhados no refeitório e implantar pesagem de sobras alimentares.	Aline e Natasha	30/11/2019
3.	Implantar rotina de uso de prato em vez de bandejas de inox 1x por semana, para quantificar a sobras alimentares.	Aline	26/11/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS — HDS

Setor/Comissão: CEPT		**Nº.: 001/2019**		
Data: 18/02/2019	**Local: Sala Diretoria Técnica**	**Horário: 14h30**	às	**15h30**

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião ordinária da CEPT.

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Andreia Assis Carvalho	4268	P (x) A( )	
2.	Cledma Pereira L. de Almeida	0545	P (x) A( )	
3.	Divaina Alves Batista	0010	P (x) A( )	
4.	João Francisco Martins	3739	P (x) A( )	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (x) A( )	
6.	Mônica Ribeiro Costa	0460	P (x) A( )	
7.			P ( ) A( )	
8.			P ( ) A( )	

Follow up da reunião anterior:

- Confirmação dos palestrantes e informação sobre a produção da arte de divulgação para Jornada.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
01	Confirmação dos palestrantes: João, Thaís e Dra Mônica informam que estão aguardando confirmação dos convidados.	"Pendente"
02	Andreia informa que a palestrante sugerida para o tema "A atenção espiritual e a terminalidade" já tem compromisso na data da Jornada e não poderá participar.	"Pendente"
03	Alterado o local de realização da III Semana do Idoso. Fica definido que o evento acontecerá no HDS	"Finalizado"
04		
05		

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
01	Confirmar a presença dos palestrantes na VI Jornada Científica do HDS.	Componentes da CEPT e Dra. Isadora	15/04/2019
02	Apresentar a CEPT a arte de divulgação.	João	15/04/2019

Sem mais a relatar, eu **João Francisco Martins** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: CEPT		Nº.: 001/2019		
Data: 15/04/2019	Local: Sala Diretoria Técnica	Horário: 14h30	às	15h30

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião ordinária da CEPT.

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Cledma Pereira L. de Almeida	0545	P (x) A( )	
2.	João Francisco Martins	3739	P (x) A( )	
3.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (x) A( )	
4.	Mônica Ribeiro Costa	0460	P (x) A( )	
5.			P ( ) A( )	
6.			P ( ) A( )	
7.			P ( ) A( )	
8.			P ( ) A( )	

Follow up da reunião anterior:

- Apresentação da arte para divulgação da VI Jornada Científica do HDS, definição e status de confirmação dos palestrantes e temas e delimitação de prazos para cumprimento das tarefas.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
01	João informa que os palestrante Cláudio Lísias Monteiro da Cruz, Danilo Suassuna, Dra. Elisa e Dra. Cacilda confirmaram participação na Jornada.	"Finalizado"
02	João informa que já está em contato com o fisioterapeuta Maurício Faria, e que aguarda sua confirmação de participação na Jornada.	"Pendente"
03	João apresenta a arte de divulgação da VI Jornada.	"Pendente"
04	Dra. Mônica informa que ainda não tem confirmação dos palestrantes sob sua responsabilidade, mas que está em	"Pendente"

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	contato para confirmar as participantes.	
05	Dra. Mônica sugere mudança no tema da mesa redonda do dia 30 de agosto. Sugere que o tema seja pé diabético e cita o médico Dr. Diogo e a enfermeira Maria Márcia para comporem a mesa.	"Pendente"
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
01	Confirmar a presença dos palestrantes na VI Jornada Científica do HDS.	Componentes da CEPT e Dra. Isadora	29/05/2019
02	Fechar a programação completa da Jornada	Componentes da CEPT	29/05/2019
03	Solicitar a compra do material gráfico e audiovisual para divulgação e apoio científico.	João	31/05/2019

Sem mais a relatar, eu **João Francisco Martins** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

HDS

Setor/Comissão: CEPT		**Nº.:** 003/2019
Data: 12/08/2019	**Local:** Sala Diretoria Técnica	**Horário:** 15:30 às 16:30

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da CEPT

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Cledma P. Ludovico de Almeida	0545	P (x) A ( )	
2.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (x) A ( )	
3.	Mônica Ribeiro Costa	0460	P (x) A ( )	
4.	Nayara Rachid	6688	P (x) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

Check List da VI Jornada Científica do HDS.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Discutido sobre a nova composição dos membros da CEPT, pois os colaboradores João Francisco e Thais foram transferidos para o CRER. Dra Mônica sugere a Nayara Rachid como a nova componente da comissão. Definido também, que a Agente Administrativa Ana Paula Lima Duarte da Equipe Multiprofissional participará das demais reuniões para se inteirar do assunto e redigir a Ata de Reunião. Ana Paula ficará responsável pela organização da documentação das pesquisas desenvolvidas no HDS.	Finalizado
2.	Discutido sobre o fluxo de Pesquisa do HDS para elaboração dos documentos do CEPT a fim de organizar e direcionar as pesquisas na Instituição.	Pendente
3.	Realizado o check list dos itens necessários para a Jornada Científica para providências.	Pendente

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Fazer um fluxograma e demais documentos para direcionar as pesquisas no HDS.	Cledma e Ag. Adm. Ana Paula	Até dia 25/08/2019

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

2.	Fazer o ato administrativo alterando o secretário do CEPT, nomeando como secretária, Lys Bernardes Minasi e nomeando como membro da comissão, a colaboradora Nayara Rachid, bem como a revogação dos antigos membros.	Mônica Ribeiro Costa	Até dia 15/09/2019

Sem mais a relatar, eu **Lys Bernardes Minasi** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: CEPT		Nº.: 02/2019
Data: 20/11/2019	Local: Sala Diretoria Técnica	Horário: 10:00 às 11:00

Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da CEPT

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Ana Paula Lima Duarte	9264	P (x) A ( )	Ana Paula L. Duarte
2.	Cledma P. Ludovico de Almeida	0545	P (x) A ( )	
3.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (x) A ( )	
4.	Mônica Ribeiro Costa	0460	P (x) A ( )	
5.	Nayara Rachid	6688	P (x) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

•

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Dra. Mônica falou sobre os projetos da AGIR em relação ao CED.	Finalizado
2.	Foi mencionado pela dra. Mônica, a necessidade de um levantamento dos trabalhos científicos relevantes, realizados na Unidade HDS, para que sejam colocados em um padrão de apresentação, sugeridos pela Professora Helca, para apresentação no dia do lançamento dos Produtos do CED AGIR. A sugestão de padrão de apresentação foi enviada via e-mail e por E-doc para cada componente dessa comissão.	Finalizado
3.	Foram discutidas as vagas para o aperfeiçoamento de 2020. Ficou acordado que seriam: 2 vagas de Fisioterapia, 2 vagas de Psicologia, 2 vagas de Terapia Ocupacional, 2 vagas de Nutrição e 2 vagas de Enfermagem.	Finalizado
4.	Marcada a próxima reunião do CEPT para o dia 28/01/20, as 10h.	Finalizado
5.		
6.		

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Plano de ação			
Nº	**Ação**	**Responsável**	**Prazo**
1.	Verificar quais são os trabalhos científicos de maior relevância no HDS e disponibilizar o formato de apresentação sugerida pelo CED AGIR.	Cledma, Lys, Dra. Mônica, Dra. Andréia	29/11/19
2.	Falar com o Professor Ricardo para apresentar o projeto EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AS MARCAS DA HANSENÍASE EM GOIÁS (pesquisa em andamento), no formato sugerido pelo CED AGIR.	Dra. Mônica	25/11/19
3.			
Sem mais a relatar, eu **Ana Paula Lima Duarte,** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.			

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Atas Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS

HDS

Dia: 05/02/2019	Horário: 10:00
Local: Diretoria Técnica	

Pauta: Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Aos 05 dias do mês de fevereiro de 2019 às 10:00 h, reuniram-se na sala da Diretoria Técnica do Hospital de Dermatologia Sanitária – HDS, a Diretora Técnica da unidade Doutora Mônica Ribeiro Costa, a Enfermeira Natasha do Brasil Anastase Mouratidis, a Representante do Corpo Clínico Cristhiane D. R. Schmaltz, o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins, a Farmacêutica Bárbara Posse Reis, o Representante da Hotelaria Isley José Paulo de Souza e a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi. Registra-se que a Representante da Nutrição Aline Mayara Ferreira Martins, a Supervisora da Reabilitação Psicossocial Clédma Pereira Ludovico de Almeida e o Representante do SESMT Júlio César Guimarães Silva, não compareceram a esta reunião. Lys inicia a reunião com a leitura da ata anterior. Bárbara informa que a OS de manutenção da farmácia, foi finalizada e o problema com os piolhos foram solucionados. Natasha informa que recebeu reclamações referentes a um cachorro com carrapatos nas proximidades do ambulatório de especialidades médicas e informou que o Serafim providenciou de imediato a limpeza terminal do setor, tendo em vista que a dedetização está dentro do programado. Natasha ressalta que dentro das possibilidades, está realizando orientações aos colaboradores e pacientes quanto ao risco de zoonoses e a importância de não alimentar os animais. Dra. Mônica solicita que Natasha verifique a possibilidade de elaborar uma placa para adoção voluntária dos animais. Natasha informa que o cronograma de treinamentos pertinentes a CCIH, está sendo elaborado. A próxima reunião fica agendada para dia 28/02/2019.

Imprimir Frente e Verso

Providências	Responsável	Prazo	Validação

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 1/2	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Trituração / Reciclagem
	Dentro do processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Durante a existência do processo	Trituração / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Considerações Adicionais:

Participantes/Assinaturas:

Bárbara Posse Reis	
Lys Bernardes Minasi	
Isley José Paulo de Souza	
Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	
Cristhiane D. R. Schmaltz	
Mônica Ribeiro Costa	
João Francisco Martins	

Redator: Natasha do Brasil Anastase Mouratidis

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 2/2	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Trituração / Reciclagem
	Dentro do processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Durante a existência do processo	Trituração / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		**Nº.:** 001/0000
Data: 28/02/2019	**Local:** Recursos Humanos	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
3.	Bárbara Posse Reis		P (X) A ( )	
4.	Júlio César Guimarães Silva		P (X) A ( )	
5.	Isley José Paulo de Souza		P (X) A ( )	
6.	João Francisco Martins		P ( ) A (X)	
7.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
8.	Cledma Pereira L. de Almeida		P ( ) A (X)	
9.	Thais de Souza e Silva		P (X) A ( )	
10.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Não aplicável.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Júlio informa que em visita a capela, evidenciou vários piolhos-de-cobra.	Finalizado
2.	Natasha ressalta que é realizada semanalmente dedetização nos diversos setores do HDS, e no caso de infestação por algum	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	inseto é realizada dedetização emergencial, sendo necessário solicitar ao Serafim o agendamento do serviço.	
3.	Natasha solicita aos participantes que divulguem e orientem a todos os colaboradores do HDS, em relação aos animais peçonhentos encontrados na unidade. E que, caso seja avistado algum, contatar os colaboradores Serafim ou Isley, para providências cabíveis.	Finalizado
4.	Lys complementa que matar cobras é crime ambiental e a recomendação é chamar o Corpo de Bombeiros.	Finalizado
5.	Natasha informa que o lavatório localizado na sala de serviço social do anexo foi retirado, atendendo a demanda do laudo ergonômico, sendo assim foi solicitado ao SEMAN e SEHIL, instalação de dispenser de Álcool 70% para higienização das mãos.	Finalizado
6.	Aline informa que há um colaborador da higienização (terceirizada) cumprindo aviso no SENUD, no entanto tal colaborador prestava serviços em outra unidade. Dessa forma, a mesma solicita ao SEHIL que não encaminhe mais colaboradores terceirizados da higienização, que estejam em cumprimento de aviso para atuarem no SENUD.	Finalizado
7.	Júlio informa que evidenciou uma servidora alimentando gatos no seu posto de trabalho (anexo serviço social), no momento a mesma estava em atendimento e deixou uma vasilha com ração para os animais se alimentarem no setor.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Não aplicável.	Não aplicável	Não aplicável

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG.001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		**Nº.:** 002/2019
Data: 21/03/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P ( ) A (X)	
3.	Maycon Soletti		P (X) A ( )	
4.	Júlio César Guimarães Silva		P (X) A ( )	
5.	Isley José Paulo de Souza		P (X) A ( )	
6.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
7.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
8.	Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Não aplicável.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que está incentivando os colaboradores a adotarem garrafas de uso individual a fim de minimizar o consumo de copos descartáveis e consequentemente a preservação do meio ambiente. Dessa forma, os funcionários são orientados quanto a importância da higienização das garrafas e do armazenamento, que é de responsabilidade do funcionário. Ressalta ainda, que o uso das garrafas nos setores assistenciais está liberado, e que os funcionários deverão utilizar garrafas transparentes, com o objetivo de vedar o consumo de alimentos nos postos de trabalho respeitando a NR32 e as medidas de controle de infecção.	Finalizado
2.	Isley informa, que evidenciou funcionários ao encherem as garrafas, encostando a boca da garrafa na torneira dos	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	bebedouros.	
3.	Natasha informa que orienta os funcionários quanto a importância de não praticar tal atitude, e que reforçará nos treinamentos as orientações necessárias quanto ao uso correto das garrafas.	Finalizado
4.	Júlio informa, que em cumprimento da NR32 realizou fiscalização em alguns setores da unidade, e evidenciou colaboradores armazenando alimentos nos postos de trabalho e o utilizando adornos. Ressalta, que encaminhará CI aos gestores dos serviços fiscalizados para conduta.	Finalizado
5.	Lys sugere a Natasha que providencie numeração dos dispenseres de sabonete e álcool 70%, a fim de produzir com mais exatidão os indicadores de higienização das mãos.	Finalizado
6.	Lys questiona se na fiscalização do SESMT/ SECIH está sendo verificado a questão dos sapatos dos colaboradores, pois existem várias queixas a respeito da qualidade do produto.	Finalizado
7.	Natasha e Júlio confirmam que estão vedando o uso de calçado aberto e semiaberto, e registrando as reclamações dos colaboradores quanto ao conforto do sapato disponibilizado pela empresa e posteriormente os outros serviços serão contatados para possível elaboração de parecer negativo do produto.	Finalizado
8.	Maycon levanta a discussão quanto ao uso individual do tubo de Lidocaína Gel por paciente. Natasha, Lys e Dra. Cristhiane em comum acordo, entendem que o uso compartilhado não gera prejuízo ao paciente, desde que o produto seja utilizado na técnica adequada e não se contamine. Dessa forma, define-se que, para a Lidocaína Gel, será realizada etiquetagem pela farmácia respeitando a regra dos 15%.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Não aplicável.	Não aplicável	Não aplicável

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG.001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		**Nº.:** 003/2019
Data: 16/04/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2. Aline Mayara Ferreira Martins		P ( ) A (X)	
3. Maycon Soletti		P (X) A ( )	
4. Júlio César Guimarães Silva	747	P (X) A ( )	
5. Isley José Paulo de Souza		P (X) A ( )	
6. Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
7. Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
8. Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	
9. João Francisco Martins	3739	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Não aplicável.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Maycon levanta a discussão quanto ao uso individual do tubo de Lidocaína Gel. Fica acordado entre SEFAR e SUENF, que a Lidocaína Gel será etiquetada respeitando a regra dos 25%.	Finalizado
2.	Natasha informa que está identificando os dispenseres de álcool à 70% e sabonete líquido, conforme sugestão da Lys para facilitar a quantificação do uso de soluções para higienização das mãos, a fim de atender as legislações vigentes.	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

3.	Natasha informa que está providenciando junto ao servidor Leandro do departamento de imunização do município, a campanha de imunização contra influenza para colaboradores no HDS.	Pendente

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Realizar campanha de vacinação contra Influenza no HDS.	Natasha	01/05/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		**Nº.:** 004/2019
Data: 28/05/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
3.	Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
4.	Júlio César Guimarães Silva		P ( ) A (X)	
5.	Serafim Noleto		P (X) A (X)	
6.	Lys Bernardes Minasi	3898	P ( ) A (X)	
7.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
8.	Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P ( ) A (X)	
9.	João Francisco Martins		P (X) A ( )	
10.	Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Realizar campanha de vacinação contra Influenza no HDS..

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que aconteceu no dia 08 de Maio, a campanha de imunização contra influenza, onde foram imunizados 153 trabalhadores.	Finalizado
2.	Natasha informa que realizou em alguns setores do HDS, campanha de higienização das mãos em alusão ao "Dia Mundial	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	de Higienização das Mãos", comemorado dia 05 de Maio pela OMS e ANVISA. Destacou, que continuará realizando ações voltadas a Prática de Higienização das Mãos ao longo do ano.	
3.	Natasha informa que realizou junto a Dra. Cristhiane, dia 23 de Maio, visita técnica no SEAOP. O relatório da visita técnica, será entregue a DT.	Finalizado
4.	Aline questiona se está acontecendo treinamentos do SECIH para os profissionais médicos, e expõe algumas situações que presenciou no refeitório.	Finalizado
5.	Natasha relata dificuldade para agendar treinamentos introdutórios aos médicos admitidos no HDS e que tratará o assunto com o Departamento de Pessoal e DT. No entanto, elaborará estratégia de comunicação para alcançar os prestadores.	Pendente
6.	Natasha informa que no dia 07 de Maio participou do evento "Boas Práticas de Gestão de Riscos Assistenciais", promovido pela COMCISS e apresenta novo modelo para implantação de regimento interno do SECIH para 2020.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Elaborar estratégia para aplicação de treinamento introdutório do SECIH aos profissionais médicos;	Natasha	27/06/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG.001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		**Nº.:** 005/2019
Data: 27/06/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00

Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
3.	Maycon Soletti		P (X) A ( )	
4.	Serafim Noleto		P (X) A ( )	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
6.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7.	Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	
8.	Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Elaborar estratégia para aplicação de treinamento introdutório do SECIH aos profissionais médicos;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que elaborou Circular para divulgação das normas internas da CCIH e normas de segurança do trabalho, a fim de alcançar todos os profissionais da instituição inclusive os médicos prestadores de serviços.	Finalizado
2.	Dra. Mônica sugere que o SEFOP entregue a circular com orientações da CCIH aos prestadores de serviços no momento da admissão.	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

3.	Natasha informa que elaborou junto a Dra. Cristhiane o Manual de Recomendações para a assistência ao colaborador nas exposições ambientais a material biológico. Informa ainda, que o fluxo será discutido junto ao novo colaborador do SESMT antes da publicação do documento.	Pendente
4.	Dra. Mônica abre a discussão sobre o controle de vacinação dos colaboradores no HDS e esclarece que o papel da CCIH é o acompanhamento da Imunização ativa dos profissionais e que o mesmo deverá constar no PCMSO.	Pendente
5.	Natasha informa que junto a Dra. Cristhiane, realizou visita técnica no Ambulatório de Consultas Médicas e finalizará o relatório para posterior encaminhamento a Diretoria Técnica.	Finalizado
6.	Natasha informa que a lavanderia Center-Lav é a nova responsável pelo processamento das roupas no HDS e que a mesma iniciou a coleta das roupas sujas nos setores.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Verificar junto ao SESMT fluxo de acidente com material biológico.	Natasha	25/07/2019
2.	Verificar junto ao SESMT Programa de Imunização dos profissionais e renovação do PCMSO.	Natasha	25/07/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
ATA DE REUNIÃO

GOVERNO DE GOIÁS #DS

Setor/Comissão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		**Nº.:** 006/2019
Data: 25/07/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00

Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P ( ) A (X)	
3.	Maycon Soletti		P ( ) A (X)	
4.	Serafim Noleto		P ( ) A (X)	
5.	Lys Bernardes Minasi	3898	P (X) A ( )	
6.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7.	Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	
8.	Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Não aplicável;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que iniciou discussão sobre o fluxo de acidente de trabalho com presença de material biológico com o novo colaborador do SESMT, técnico Rafael, e que a circular que diz respeito a NR-32 e controle de infecção será divulgada após atualização.	Pendente
2.	Natasha informa que a Engenheira do Trabalho do CRER solicitou reunião com a DT, GEAF, SESMT, SECIH e RH, para discussão sobre os fluxos de acidentes de trabalho na Unidade.	Pendente
3.	Dra. Mônica sugere que o controle de vacinação dos colaboradores no HDS seja realizado pela empresa que será	Pendente

	contratada para elaboração do PCMSO. Sugere ainda, a elaboração de planilha com fórmula para acompanhamento do SESMT.	
4.	Natasha informa que a contratação da empresa para elaboração do PCMSO está em trâmite.	Pendente

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Divulgar Circular que diz respeito a NR-32 e controle de infecção na INTRANET.	Natasha	22/08/2019
2.	Verificar junto ao SESMT Programa de Imunização dos profissionais e renovação do PCMSO.	Natasha	22/08/2019
3.	Atualizar fluxo de acidente de trabalho após reunião com engenheira do trabalho do CRER.	SESMT/ Natasha	22/08/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		**Nº.:** 007/2019
Data: 22/08/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 10h00 às 11h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Mônica Ribeiro Costa		P (X) A ( )	
2. Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
3. Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
4. Serafim Noleto	4451	P (X) A ( )	
5. Lys Bernardes Minasi		P ( ) A (X)	
6. Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7. Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P (X) A ( )	
8. Cristhiane D. R. Schmaltz		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Não aplicável.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que divulgará a circular com orientações sobre CCIH e NR32 na Intranet e elaborará cronograma de treinamentos junto ao SESMT para sensibilização das equipes.	Pendente
2.	Dra. Mônica sugere que controle vacinal dos colaboradores seja realizado pela empresa responsável pelo PCMSO.	Pendente
3.	Dra. Mônica sugere que os colaboradores que persistirem com o descumprimento da NR32 e normas da CCIH sejam abordados pessoalmente pelo SESMT e CCIH.	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

4.	Dra. Christiane sugere campanha de vacinação contra o sarampo na unidade e se dispõe a verificar sobre a disponibilização de vacinas e grupo de risco.	Pendente
5.	Natasha informa que divulgará informações referentes a CCIH na Intranet.	Pendente

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Divulgar circular na Intranet e realizar treinamentos.	SESMT/ SECIH	30/09/2019
2.	Verificar se o controle vacinal dos colaboradores pode ser realizado pela empresa responsável pelo PCMSO	SESMT	30/09/2019
3.	Verificar possibilidade de realizar campanha de vacinação contra o sarampo no HDS.	Dra. Cristhiane	30/09/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		**Nº.:** 008/2019
Data: 27/09/2019	**Local:** Diretoria Técnica	**Horário:** 14h00 às 15h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Mônica Ribeiro Costa		P ( ) A (X)	
2.	Aline Mayara Ferreira Martins		P (X) A ( )	
3.	Maycon Soletti		P (X) A ( )	
4.	Serafim Noleto		P (X) A ( )	
5.	Lys Bernardes Minasi		P (X) A ( )	
6.	Natasha do Brasil Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
7.	Cledma Pereira Ludovico de Almeida		P ( ) A (X)	
8.	Rafael Gois de Souza		P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Divulgar circular na Intranet e realizar treinamentos;
- Verificar se o controle vacinal dos colaboradores pode ser realizado pela empresa responsável pelo PCMSO;
- Verificar possibilidade de realizar campanha de vacinação contra o sarampo no HDS.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha informa que a circular referente as orientações do SECIH e NR-32 foi divulgada na Intranet e realizado treinamento nos diversos setores do HDS. Faltando concluir com a equipe Multiprofissional e Administração.	Pendente
2.	Rafael informa que a empresa contratada para o PCMSO não realiza controle vacinal dos colaboradores. Natasha destaca a	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	necessidade de elaboração de planilha e disponibilidade de uma pessoa para controle vacinal.	
3.	Natasha informa que verificou na SES e não tem disponibilidade de vacinas para realização de campanha contra o Sarampo na unidade. Informa ainda que foi publicado na Intranet informativo sobre o Sarampo e orientações sobre o esquema vacinal.	Finalizado
4.	Serafim informa que após recolher a roupa suja os sapatos dos pacientes serão higienizados.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Implantar rotina de limpeza do lavatório de cabelo no SEARA.	Lys e Serafim	31/10/2019
2.	Rever rotina de higienização da linha branca pela Limp Art.	Aline e Serafim	31/10/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Atas CIPA - comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do HDS 2019/2020		**Nº.:** 001/2019
Data: 17/05/2019	**Local:** Sala da Capela da Virgem Poderosa	**Horário:** 10h30 às 11h30
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Cerimônia de Posse CIPA HDS gestão 2019/2020.		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Monica Ribeiro Costa		P (x) A ( )	
2. Darlan Dias Santana		P (x) A ( )	
3. Maria Aparecida dos Reis Rachid	8629	P (x) A ( )	M Rachid
4. Oziel Oliveira Rodrigues dos Santos	4489	P (x) A ( )	
5. Cynthia Pereira Alves		P (x) A ( )	Cynthia P. Alves
6. Natasha do B. Anastase Mouratidis	6152	P (x) A ( )	Natasha Mouratidis
7. Carleane Silva Santos Julião		P (x) A ( )	Carleane S. S. Julião
8. Keila Mota de Sousa	592	P (x) A ( )	Keila Sousa
9. Luci Santos de Almeida	—	P ( ) A (x)	—
10. Luiz Carlos Maçal Manzi	4302	P (x) A ( )	Luiz Carlos M. Manzi
11. Maiza Rodrigues de Sousa	7530	P (x) A ( )	Maiza Rodrigues de Sousa
12. Maycon Soletti	—	P ( ) A (x)	—
13. Paulo Sérgio Cabral Cruvinel	4629	P (x) A ( )	—
14. Roald Miashiro Borges	7940	P (x) A ( )	Roald Miashiro Borges
15. William da Silva Siqueira Campos	—	P ( ) A (x)	—

Follow up da reunião anterior:

•

Desenvolvimento da Reunião

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Júlio dá início a posse da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA dois mil e dezenove dois mil e vinte, anunciando a participação da Dra. Mônica Diretora Técnica do HDS e Darlan Gerente Administrativo Financeiro do HDS, e informa a ausência dos Cipeiros William e Luci que estão de férias e Maycon impossibilitado de deixar o setor, passando a palavra a Dra. Mônica. Dra. Mônica cumprimenta a todos e fala sobre a importância do verdadeiro sentido da CIPA quanto a boa condição de trabalho de todos ressaltando que isso também é uma preocupação da AGIR e finaliza parabenizando a todos os Cipeiros da nova gestão. Júlio volta a falar e passa a palavra a Rachid. Rachid cumprimenta a todos e agradece a indicação a presidente da CIPA e diz que se esforçará para desempenhar de forma produtiva sua gestão e pede a colaboração da equipe. Coloca aos Cipeiros que não deverão descumprir com as normas e tarefas de cada função dentro do setor. Rachid anuncia a primeira tarefa que é a entrega do mapa de risco do HDS dia trinta e um de maio de dois mil e dezenove. Júlio finaliza dando parabéns a todos empossados da CIPA dois mil e dezenove dois mil e vinte.	Finalizado

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Entrega do mapa de risco do HDS.	Rachid	31 de maio 2019

Sem mais a relatar, eu **Cynthia** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do HDS 2019/2020		**Nº.:** 002/2019
Data: 03/06/2019	**Local:** Sala da Capela da Virgem Poderosa	**Horário:** 10h30 às 11h30
Caráter da Reunião: (x) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Cerimônia de Posse CIPA HDS gestão 2019/2020.		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Maria Aparecida dos Reis Rachid	8629	P (X) A ( )	
2.	Oziel Oliveira Rodrigues dos Santos	4489	P (X) A ( )	
3.	Natasha do B. Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
4.	Keila Mota de Sousa	592	P (X) A ( )	
5.	Luiz Carlos Maçal Manzi	4302	P (X) A ( )	
6.	Roald Miashiro Borges	7940	P (X) A ( )	
7.	Luci Santos de Almeida	—	P ( ) A (X)	—
8.	Maiza Rodrigues de Sousa	—	P ( ) A (X)	—
9.	Maycon Soletti	—	P ( ) A (X)	—
10.	Paulo Sérgio Cabral Cruvinel	—	P ( ) A (X)	—
11.	William da Silva Siqueira Campos	—	P ( ) A (X)	—

Follow up da reunião anterior:

- **Entregar mapa de risco do HDS.**

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Rachid inicia reunião destacando que a CIPA terá reuniões ordinárias mensais e reforça a importância da participação de todos os membros conforme estabelece a Norma Regulamentadora Nº 5.	**Finalizado**
2.	Rachid sugere que as reuniões ordinárias aconteçam na primeira Terça-feira de cada mês, às 11horas da manhã, na	**Finalizado**

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/4	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	sala da Capela da Virgem Poderosa. Destaca ainda, que a tolerância para atrasos será de 05 minutos. Em comum acordo entre os membros participantes, definiu-se que o calendário anual de reuniões, será na data descrita.	
3.	Rachid informa que o calendário de reuniões mensais, será encaminhado posteriormente aos gestores.	**Pendente**
4.	Rachid informa que devido aos desligamentos voluntários que aconteceram nas últimas semanas de membros da CIPA no HDS, será necessário a revisão do ato administrativo, e relembra o nome dos membros excluídos após nomeação, Douglas, Carleane, ambos representantes do empregador e Cíntia, suplente, representante dos empregados.	**Pendente**
5.	Júlio informa que Rachid permanecerá ocupando o cargo de Presidente da CIPA, atendendo às legislações específicas.	**Finalizado**
6.	Rachid informa que está elaborando o Iº Regimento Interno da CIPA.	**Pendente**
7.	Rachid propõe realizar ações com temas relacionados à saúde, bem-estar e responsabilidades socioambientais, com o intuito de integrar colaboradores e gestores na cultura da prevenção. Rachid apresenta 06 projetos para serem desenvolvidos além do evendo da SIPAT ao longo da gestão de 2019/2020. O primeiro projeto apresentado é "Cada mês uma cor", onde a proposta é desenvolver ações de promoção à saúde e segurança do trabalhador. O segundo projeto é "Os Notáveis, equipes engajadas com NR-32", que propõe desenvolver ações voltados ao cumprimento da NR-32 e consequentemente a prevenção de acidentes relacionados ao trabalho. O terceiro projeto é "Consumo consciente, poupar para não faltar", desenvolver ações de sustentabilidade e consumo consciente dos recursos. O quarto projeto é "Vida animal, encaminhar para cuidar", atuar em campanhas de doação de animais e realizar parcerias com instituições que apoiam a causa. O quinto projeto é "Reciclar para presentear", incentivar a coleta seletiva nos setores. O sexto e último projeto apresentado é "Olho vivo, prevenção de Dengue, Chikungunya e IST's", realizar campanhas de promoção e prevenção de saúde. Rachid destaca, que encaminhara e-mail	**Pendente**

	com os projetos apresentados, para que os membros da CIPA compartilhem sugestões/ideias para que as ações sejam iniciadas até o final de Junho.	
8.	Keila informa, que no início das atividades da AGIR no HDS foi realizada a castração de vários animais.	**Finalizado**
9.	Natasha relata dificuldade na resolução dos problemas enfrentados pelo HDS em relação aos animais errantes, e informa aos demais participantes que a SES já foi comunicada formalmente e nos encaminhou ofício com tratativa, no entanto nada poderia ser feito além de orientações ao público sobre não alimentar os animais. Informa também o centro de zoonoses não recolhe mais os animais.	**Finalizado**
10.	Rachid sugere que a CIPA realize ação voltada a prevenção de acidentes de trânsito na saída do HDS, devido a ciclovia e as ocorrências envolvendo trabalhadores da unidade. É sugerido, instalação de placas de sinalização de trânsito.	**Pendente**
11.	Júlio informa que foi solicitada pintura das faixas de trânsito, quebra-molas e placas de sinalização para o HDS, pelo encarregado de transporte e vigilância, Junimar.	**Pendente**
12.	Rachid estabelece que os mapas de riscos deverão ser finalizados e entregues à direção, até final do mês vigente (Junho). Informa que o modelo utilizado será dos mapas elaborados na gestão anterior, pois segundo o colaborador do SESMT, Júlio César, os documentos já estão prontos. No entanto, devido as últimas mudanças que ocorreram nos últimos meses no HDS, será necessário atualizá-lo. Rachid informa que os demais membros da CIPA serão responsáveis pela revisão/atualização das informações nos setores, e que o SESMT apoiará a CIPA nessa demanda. O vice-presidente Oziel, será responsável por distribuir os mapas entre os demais membros.	**Pendente**
13.	Júlio alerta sobre a necessidade da pintura dos estacionamentos no HDS, para que o público seja orientado a estacionar de ré, facilitando o esvaziamento do local em casos de emergências.	**Pendente**
14.	Júlio sugere a confecção de botons ou broches personalizados para facilitar a identificação dos membros da CIPA, pelos trabalhadores do HDS.	**Pendente**

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Elaborar calendário de reuniões anual para envio aos gestores.	Rachid/Natasha	30/06/2019
2.	Entregar mapa de risco do HDS.	Rachid/SESMT	30/06/2019

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.3/4	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

3.	Verificar a necessidade de revisar o Ato Administrativo.	Rachid	15/07/2019
4.	Divulgar Iº Regimento Interno da CIPA.	Rachid/SESMT	31/07/2019
5.	Encaminhar e-mail aos membros da CIPA sobre os projetos apresentados na reunião e implantar ações no HDS.	Rachid/Natasha	30/06/2019
6.	Elaborar ação voltada à segurança no trânsito e prevenção de acidentes na ciclovia.	Rachid/Membros da CIPA	31/07/2019
7.	Verificar junto ao encarregado de transporte, solicitação de pintura das faixas de trânsito, quebra-molas e instalação de placas de sinalização no HDS.	Rachid	30/06/2019
8.	Confeccionar botons ou broches personalizados para identificação dos membros da CIPA.	Rachid	31/07/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.4/4	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do HDS 2019/2020		**Nº.:** 003/2019
Data: 02/07/2019	**Local:** Sala da Capela da Virgem Poderosa	**Horário:** 11h00 às 12h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião da CIPA.		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Maria Aparecida dos Reis Rachid	8629	P (X) A ( )	
2.	Oziel Oliveira Rodrigues dos Santos	4489	P (X) A ( )	
3.	Natasha do B. Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
4.	Keila Mota de Sousa	592	P (X) A ( )	
5.	Luiz Carlos Maçal Manzi	4302	P (X) A ( )	
6.	Roald Miashiro Borges	—	P ( ) A (X)	—
7.	Luci Santos de Almeida	—	P ( ) A (X)	—
8.	Maiza Rodrigues de Sousa	—	P ( ) A (X)	—
9.	Maycon Soletti	—	P ( ) A (X)	—
10.	Paulo Sérgio Cabral Cruvinel	4629	P ( ) A (X)	

Follow up da reunião anterior:

- Entregar mapa de risco do HDS;
- Encaminhar e-mail aos membros da CIPA sobre os projetos apresentados na reunião;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Rachid inicia a reunião retomando as pendências discutidas no último encontro da CIPA, entre elas a elaboração dos Mapas de Risco e projetos para desenvolvimento ao longo dessa gestão.	PENDENTE
2.	Rachid relata que os mapas de riscos não foram elaborados pela gestão anterior, destaca que o SESMT havia se comprometido em providenciá-los, no entanto os mapas não	PENDENTE

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	foram entregues na data prevista. Portanto será aguardada admissão de novo colaborador do SESMT para nova discussão e providências quanto a elaboração dos mapas.	
3.	Rachid ressalta que na última reunião definiu-se prazo para que fossem encaminhadas via e-mail ações para desenvolvimento dos projetos da CIPA e questiona aos participantes porque o prazo não foi cumprido. Destaca ainda que a CIPA não desenvolveu nenhuma atividade proposta ao longo desses dois meses de gestão e que estará a frente da comissão com a condição de que todos os membros estejam comprometidos com a real missão da CIPA, que é se tornar modelo referência para as demais unidades.	PENDENTE
4.	Keila, Luiz Carlos e Oziel justificam as pendências e se comprometem a encaminhar sugestões para desenvolvimentos dos projetos e ações da CIPA. Após esclarecimentos, definiu-se que o novo prazo para encaminhamento das sugestões será dia 05 de julho.	PENDENTE
5.	Oziel sugere arrecadação de dinheiro entre os membros participantes da CIPA para desenvolvimento das atividades ao longo da gestão e realização da SIPAT.	FINALIZADO
6.	Rachid destaca que a CIPA é um requisito do contrato de gestão firmado junto a SES e AGIR, portanto se as atividades forem programadas com devida antecedência será possível utilizar recursos da própria instituição.	FINALIZADO

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Entregar mapa de risco do HDS.	Rachid/SESMT	30/08/2019
2.	Encaminhar e-mail aos membros da CIPA sobre os projetos apresentados na reunião e implantar ações no HDS.	Rachid/Natasha	05/07/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p 2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade **ATA DE REUNIÃO**	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do HDS 2019/2020		**Nº.:** 004/2019
Data: 06/08/2019	**Local:** Sala da Capela da Virgem Poderosa	**Horário:** 11h00 às 12h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião Mensal da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.		

Participantes:

	Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1.	Maria Aparecida dos Reis Rachid	8629	P (X) A ( )	
2.	Oziel Oliveira Rodrigues dos Santos	4489	P (X) A ( )	
3.	Natasha do B. Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
4.	Keila Mota de Sousa	592	P (X) A ( )	
5.	Luiz Carlos Maçal Manzi	4302	P (X) A ( )	
6.	Maiza Rodrigues de Sousa	7530	P (X) A ( )	
7.	Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
8.	Paulo Sérgio Cabral Cruvinel	4269	P (X) A ( )	
9.	Roald Miashiro Borges	7940	P (X) A ( )	
10.	Rafael Gois de Souza	9175	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Entregar mapa de risco do HDS;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Rachid apresenta o novo Técnico de Segurança do Trabalho Rafael Gois, destaca a importância da sua participação nas reuniões mensais da CIPA e solicita o apoio do SESMT para a elaboração dos mapas de risco.	Finalizado
2.	Rafael esclarece o que são os mapas de risco e como deverão ser elaborados os layouts das áreas. Informa ainda que solicitará apoio da AGIR com o layout geral do HDS. Rafael informa que o SESMT apoiará na elaboração dos mapas de	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

	risco, porém esclarece que a atividade é responsabilidade da CIPA e sugere que seja elaborado um cronograma para avaliar os riscos existentes nos setores da Unidade.	
3.	Rachid define que o prazo para elaboração dos mapas de risco será até 30 de agosto.	**Pendente**
4.	Rafael destaca a importância de abordar a quantidade de CAT's abertas nas reuniões mensais da CIPA. Informa ainda, que em casos de acidente de trabalho um membro da CIPA será convocado para participar da investigação do acidente.	**Finalizado**
5.	Rafael informa que um colaborador sofreu acidente de trajeto no mês vigente e que foi preenchida CAT parcial devido o SESMT ainda aguardar laudo médico para preenchimento CAT definitiva. Orienta quanto ao fluxo de acidente.	**Finalizado**
6.	Cronograma de visitas é elaborado: Keila será responsável pela visita na área da Casa Viva, Rachid na Administração, Luiz no Ginásio de Terapias e Área de Vivência, Paulo no Ambulatório de Especialidades Médicas e Anexo, Maycon e Maysa pelo Almoxarifado, Farmácia e Residência Assistencial, Oziel Transporte, Vigilância e Higienização, Rafael Patrimônio e SESMT, Roald TI, Ouvidoria e Manutenção e Natasha Ambulatório de Feridas Crônicas.	**Pendente**
7.	Rachid retoma a discussão sobre o Projeto cada mês uma cor.	**Finalizado**
8.	Natasha informa que para o mês de Agosto poderá ser realizada ação em alusão ao dia 29 de agosto, Dia Nacional de Combate ao Fumo.	**Finalizado**
9.	Rachid e Natasha serão responsáveis pela comunicação da campanha. Natasha solicitará material a SUVISA.	**Pendente**
10.	Keila informa que no ano anterior realizou palestra contra o tabaco no Ambulatório de Consultas Médicas, e sugere repetir ação.	**Finalizado**
11.	Rachid conversará com Cledma sobre ação.	**Pendente**

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Realizar vistoria nas áreas e entregar mapas de risco à Direção.	Rachid/ SESMT e demais membros da CIPA	30/08/2019
2.	Realizar Campanha em alusão ao Dia Nacional de Combate ao Fumo.	CIPA	29/08/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do HDS 2019/2020		**Nº.:** 005/2019
Data: 03/09/2019	**Local:** Sala da Capela da Virgem Poderosa	**Horário:** 11h00 às 12h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião Mensal da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Maria Aparecida dos Reis Rachid	8629	P (X) A ( )	
2. Oziel Oliveira Rodrigues dos Santos	4489	P (X) A ( )	
3. Natasha do B. Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
4. Keila Mota de Sousa	592	P (X) A ( )	
5. Luiz Carlos Maçal Manzi	4302	P (X) A ( )	
6. Maiza Rodrigues de Sousa	7530	P (X) A ( )	
7. Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
8. Paulo Sérgio Cabral Cruvinel	4269	P (X) A (X)	
9. Roald Miashiro Borges	7940	P (X) A ( )	
10. Rafael Gois de Souza	9175	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Entregar mapa de risco do HDS;

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Rachid inicia a reunião agradecendo o apoio do SESMT e membros participantes da CIPA pela dedicação e empenho na elaboração dos mapas de riscos do HDS.	Finalizado
2.	Rafael informa que os mapas não foram finalizados devido ao software utilizado, destaca que o software têm uma limitação de tamanho gerando pendências na entrega dos mapas da Residência Assistencial e Curativo.	Pendente

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/3	Setor responsável	Pasta especifica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta especifica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

3.	Rachid sugere a utilização do software AutoCAD.	**Finalizado**
4.	Roald informa que software AutoCAD não é gratuito.	**Finalizado**
5.	Rachid informa que foram solicitados aquisição de suportes de acrílico para disponibilização dos mapas nos setores e que está aguardando os trâmites do serviço de compras.	**Pendente**
6.	Rachid informa que a Campanha de Combate ao fumo foi realizada na semana de 22 a 29 de agosto, em parceria com Supervisora de Reabilitação Psicossocial e Física, Cledma, a qual elaborou o cronograma de atividades em alusão ao tema. Informa que a ação promoveu a distribuição de cartazes do Ministério da Saúde em pontos estratégicos da unidade, além de publicações relacionadas na Intranet. Destaca que foi realizada pesquisa nos diversos setores a fim de identificar o nível de dependência da Nicotina entre colaboradores e pacientes. Rachid aproveita para realizar uma crítica quanto a baixa adesão dos colaboradores e a falta de apoio dos gestores na multiplicação das informações.	**Finalizado**
7.	Rachid fala sobre a programação para o mês de Setembro, e que serão realizadas ações referentes ao Setembro Amarelo, mês de combate ao suicídio e Setembro Verde, mês de conscientização sobre doação de órgãos. Rachid fala sobre a importância da participação de todos os presentes e do apoio da alta da direção.	**Pendente**
8.	Natasha informa que encaminhará para votação de todos os participantes, o calendário de datas comemorativas da saúde para elaboração do cronograma anual de atividades da CIPA, o qual será encaminhado ao serviço de comunicação do CRER para desenvolvimento das artes e publicações para Intranet.	**Pendente**
9.	Rachid inicia discussão sobre a CAT de acidente de trajeto do colaborador Bruno.	**Finalizado**
10.	Maísa questiona Rafael sobre o fluxo de acidente de trajeto e questiona se o colaborador que faz faculdade ou estuda, por exemplo, e sofrer um acidente na saída do trabalho a caminho da faculdade também terá direito aos benefícios do acidente de trajeto.	**Finalizado**
11.	Rafael entende que o colaborador não poderá usufruir desse benefício, no entanto, consultará a legislação vigente para confirmar a informação. Destaca ainda, a importância de realizar Boletim de Ocorrência no momento do acidente, solicitando atendimento ao Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e SAMU.	**Pendente**
12.	Paulo sugere que os fluxos de acidentes sejam divulgados através das redes sociais, como, por exemplo, no whatsApp para alcançar mais colaboradores, principalmente os que não tem acesso a Intranet.	**Pendente**

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/3	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	HDS

Setor/Comissão: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do HDS 2019/2020		**Nº.:** 006/2019
Data: 08/10/2019	**Local:** Sala da Capela da Virgem Poderosa	**Horário:** 11h00 às 12h00

Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra

Pauta: Reunião Mensal da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Maria Aparecida dos Reis Rachid	8629	P (X) A ( )	
2. Oziel Oliveira Rodrigues dos Santos	4489	P (X) A ( )	
3. Natasha do B. Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
4. Keila Mota de Sousa	592	P (X) A ( )	
5. Luiz Carlos Maçal Manzi	4302	P (X) A ( )	
6. Maiza Rodrigues de Sousa	7530	P (X) A ( )	
7. Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
8. Paulo Sérgio Cabral Cruvinel	—	P ( ) A (X)	—
9. Roald Miashiro Borges	—	P ( ) A (X)	—
10. Rafael Gois de Souza	9175	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Finalizar os mapas de riscos dos setores: Residência Assistencial e Curativo;
- Finalizar aquisição de suportes de acrílico e disponibilizar os mapas de riscos nos setores;
- Realizar programação para o mês de Setembro;
- Elaborar cronograma anual de atividades da CIPA e encaminhar ao serviço de comunicação do CRER;
- Verificar o que diz a legislação a respeito do colaborador que se acidenta no trajeto do HDS para a escola/faculdade.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Rachid inicia reunião informando que os suportes de acrílico estão em processo de aquisição no SEALM.	Finalizado

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/3	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

2.	Rafael informa que consultou as legislações vigentes e o acidente de trajeto é considerado o que ocorre no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela e não existem exceções quanto ao trajeto para faculdade, por exemplo.	**Finalizado**
3.	Rachid sugere que Rafael (SESMT) consulte o serviço jurídico da AGIR quais são os requisitos para considerar-se um acidente de trajeto.	**Pendente**
4.	Natasha informa que foram realizadas ações no mês de Setembro em alusão ao mês de combate e prevenção do suicídio. Destaca que foram realizadas publicações na Intranet e Roda de conversa sobre o tema.	**Finalizado**
5.	Rachid solicita aos Cipeiros que pensem em uma estratégia para captar mais colaboradores nos eventos realizados no HDS, já que a adesão está sendo baixa.	**Pendente**
6.	Luiz ressalta que o descanso de tela sobre o tema Setembro Amarelo foi positivo e Keila concorda.	**Finalizado**
7.	Rachid destaca o apoio da Cledma nas ações da CIPA.	**Finalizado**
8.	Natasha informa que foi realizado cronograma de atividades da CIPA para desenvolvimento ao longo dessa gestão, com programações sobre o projeto cada mês uma cor e encaminhada programação ao NCOM-CRER. Para o mês de Outubro além dos informativos na Intranet será realizada ação em alusão ao Mês de Prevenção e combate ao câncer de mama.	**Finalizado**
9.	Rafael verificará junto ao SESI se há alguma programação para o mês Outubro Rosa.	**Pendente**
10.	Rafael discute sobre o 2º acidente de trajeto ocorrido em menos de 2 meses por colaboradores do HDS. Destaca a importância de realizar ação para conscientização e prevenção de acidentes de trajeto.	**Pendente**
11.	Keila sugere parceria com Detran. Verificará contatos e repassará ao SESMT.	**Pendente**

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Consultar o serviço jurídico da AGIR quais são os requisitos para caracterizar um acidente de trajeto.	Rafael – SESMT	05/11/2019
2.	Sugerir estratégia para captar mais colaboradores nos eventos realizados no HDS.	CIPEIROS	05/11/2019
3.	Verificar ação em alusão ao mês outubro rosa em parceria com o SESI.	Rafael – SESMT	10/10/2019
4.	Realizar ação de conscientização sobre acidentes de trajeto.	CIPEIROS	05/11/2019

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/3	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade ATA DE REUNIÃO	GOVERNO DE GOIÁS	#DS

Setor/Comissão: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do HDS 2019/2020		**Nº.:** 007/2019
Data: 05/11/2019	**Local:** Sala da Capela da Virgem Poderosa	**Horário:** 11h00 às 12h00
Caráter da Reunião: (X) Ordinária ( ) Extra		
Pauta: Reunião Mensal da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.		

Participantes:

Nome	Matrícula	Status P – Presente A – Ausente	Assinatura
1. Maria Aparecida dos Reis Rachid	8629	P (X) A ( )	
2. Oziel Oliveira Rodrigues dos Santos	4489	P (X) A ( )	
3. Natasha do B. Anastase Mouratidis	6152	P (X) A ( )	
4. Keila Mota de Sousa	592	P (X) A ( )	
5. Luiz Carlos Maçal Manzi	4302	P (X) A ( )	
6. Maiza Rodrigues de Sousa	—	P ( ) A (X)	—
7. Maycon Soletti	8699	P (X) A ( )	
8. Paulo Sérgio Cabral Cruvinel	—	P ( ) A (X)	—
9. Roald Miashiro Borges	7940	P (X) A ( )	
10. Rafael Gois de Souza	9175	P (X) A ( )	

Follow up da reunião anterior:

- Consultar serviço jurídico da AGIR, quais são os requisitos para caracterizar acidente de trajeto;
- Definir estratégia para captar mais colaboradores nos eventos realizados no HDS;
- Verificar parceria com o SESI para ação em alusão ao mês outubro rosa;
- Realizar ação de conscientização sobre acidentes de trajeto;
- Verificar contatos do DETRAN para parceria em ação de conscientização e prevenção de acidentes de trajeto.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Natasha destaca ações realizadas em alusão ao mês Outubro rosa.	**Finalizado**

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.1/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

2.	Rafael informa que consultou o jurídico da AGIR e não existe jurisprudência sobre acidentes de trajeto.	**Finalizado**
3.	Rafael sugere dividir os temas do Projeto cada mês uma cor entre os membros participantes da comissão.	**Finalizado**
4.	Keila informa que repassou a Rafael os contatos do Detran para solicitação de parceria em ações sobre acidentes relacionados ao trânsito.	**Finalizado**
5.	Rafael informa que o mês que faz alusão aos acidentes de trânsito é Abril, portanto entrará em contato com o Detran nas proximidades do mês referência.	**Pendente**
7.	Rachid informa que será criado e-mail institucional para a CIPA, o novo canal será disponibilizado para sugestões de melhorias e incidentes.	**Pendente**
8.	Rachid informa que as comemorações em alusão ao mês Novembro Azul serão realizadas em parceria com o RH.	**Pendente**
9.	Rafael destaca a participação de 32 colaboradores no espaço Zen realizado em alusão ao Outubro Rosa. Ressalta que o evento superou as expectativas, pois no último Espaço Zen realizado somente 08 colaboradores participaram.	**Finalizado**
10.	Rafael levanta discussão sobre CAT da Servidora Ivone.	**Finalizado**
11.	Rachid destaca projeto para distribuição de mangas no refeitório e que a ação é uma medida preventiva para evitar acidentes durante a coleta do fruto.	**Finalizado**
12.	Rachid expõe os riscos de estacionar os veículos de baixo das árvores e Rafael verificará com Junimar sobre projeto de sinalização.	**Pendente**

Plano de ação

Nº	Ação	Responsável	Prazo
1.	Entrar em contato com o Detran nas proximidades do mês Abril para parceria em ação ao mês de prevenção de acidentes de trânsito.	Rafael	01/03/2020
2.	Criar e-mail institucional para a CIPA e disponibilizar canal para sugestões de melhorias e incidentes.	Rachid	03/12/2019
3.	Realizar ação em comemoração ao mês Novembro Azul.	Rachid/ Nayara	31/10/2019
4.	Verificar com sobre projeto de sinalização de trânsito e estacionamento no HDS.	Rafael/ Junimar	03/12/2019

Sem mais a relatar, eu **Natasha do Brasil Anastase Mouratidis** lavro esta ata, com as assinaturas dos presentes na reunião.

Imprimir frente e verso

Identificação	Armazenamento	Proteção/Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-01 p.2/2	Setor responsável	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Reciclagem
	Setor responsável pelo processo	Dentro do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Permanente	Não aplicável
	Comissão Responsável	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

HDS

SUS SES Secretaria de Estado da Saúde

AGIR

Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

REFERENTE AO 5º e 6º TERMOS ADITIVOS AO TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE GESTÃO Nº 002/2013

AGIR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Alberto Borges de Souza
Cesar Helou
Clidenor Gomes Filho
FilhoFernando Morais Pinheiro
José Evaldo Balduíno Leitão
Paulo Afonso Ferreira
Pedro Daniel Bittar
Salomão Rodrigues
Vardeli Alves de Moraes

CONSELHO FISCAL

Alcides Rodrigues Junior
Cyro Miranda Gifford Júnior
Gláucia Maria Teodoro Reis
Lúcio Fiúza Gouthier
Marcos Pereira Ávila
Milca Severino Pereira

DIRETORIA

Washington Cruz *- Diretor Presidente*
Lindomar Guimarães Oliveira *- Vice-Diretor*
Alaor Rodrigues Aguiar *- Diretor Tesoureiro*

SUPERINTENDÊNCIAS

Sérgio Daher *- Superintendente de Relações Institucionais*
Lucas Paula da Silva *- Superintendente Executivo*
Claudemiro Euzébio Dourado *- Superintendente Administrativo e Financeiro*
Dante Garcia de Paula *- Superintendente de Gestão e Planejamento*

DIRETORIA DO HDS

Válney Luiz da Rocha *- Diretor Geral*
Mônica Ribeiro Costa *- Diretora Técnica*
Viviane Tavares Ferreira *- Diretora Administrativa e Financeira*

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO 4

2 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE 5

3 – METAS DE PRODUÇÃO ERESULTADOSALCANÇADOS 6

- INDICADORES QUANTITATIVOS(PARTEFIXA) 6
- INDICADORES DE DESEMPENHO 8
- ÍNDICE DE EFICIÊNCIA FINANACEIRA 18

4 – CONDIDERAÇÕES FINAIS 20

1 – APRESENTAÇÃO

Em consonância com o contrato firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás -SES/GO e a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, para o gerenciamento do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS, faz-se nesta oportunidade a apresentação do **RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2013** referente ao período de **janeiro a dezembro de 2019.**

A AGIR, gestora do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS, possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº 5.591/02 e reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual 15.503/05, detém recertificação como **Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-SAÚDE)** pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.073, de 17 de julho de2018.

O Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS está localizado na Rodovia GO 403, Km 08, Via Senador Canedo, Goiânia – GO, teve a sua fundação em 1943, sendo denominado na época de Leprosário Colônia Santa Marta.

Em conseqüência da política de atenção à pessoa com hanseníase e de diretrizes nacionais de desospitalização para estes pacientes, em 1983 foi transformado em Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS, sendo atualmente uma Unidade de atendimento ambulatorial de média complexidade com objetivo de prestar assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e aos ex-pacientes da extinta Colônia Santa Marta, que moram nas áreas circunvizinhas e aos 18 pacientes moradores da Residência Assistencial.

A SES-GO, no intuito de atender aos princípios basilares da administração pública e do SUS, integrou o Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS ao Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique

Santillo – CRER por meio do Decreto nº 7.807/2013, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços da unidade.

A AGIR como organização que presta contas de suas atividades junto à sociedade e ao poder público, busca gerir eficientemente suas ações internas munindo-se de uma análise criteriosa dos dados e informações como norteador de decisões eficazes. Portanto, o relatório apresentado parte desse princípio.

Cumprindo exigência contratual com referência aos 5º e 6º Termos Aditivos ao Termo de Transferência de Gestão nº 002/2013, vigentes no ano de 2019, este relatório foi preparado de modo a propiciar os subsídios necessários para que a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO analise o desempenho global de todas as atividades realizadas no Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS e assim fundamente sua avaliação com base nas obrigações pactuadas.As informações apresentadas neste relatório foram extraídas dos relatórios gerenciais e do banco de dados do sistema de gestão hospitalar interno da Unidade.

2 - IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Nome: Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS.

CNES: 2.653.818.

Endereço: Rodovia GO 403, Km 08- Via Senador Canedo, Goiânia – GO.

CEP: 74.735-600.

Tipo de Unidade: Unidade de assistência responsável pelo atendimento ambulatorial e hospitalar de média complexidade, especializada em clínica médica, geriatria, cirurgia geral, infectologia, cardiologia, dermatologia, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, endocrinologia, angiologia e psiquiatria, devidamente referenciados pelo Complexo Regulador Municipal de Goiânia.

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, publicizada a AGIR.

Gestão do Sistema: Secretaria Municipal de Saúde – Goiânia-GO.

3 - METAS DE PRODUÇÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS

As metas pactuadas em consonância com o Termo de Transferência de Gestão nº 002/2013 e por seus Termos Adivitos número 05, cuja vigência finalizou em 27/03/2019 e número 06, com início de vigência em 28/03/2019, seguem demonstradas abaixo.

3.1 - INDICADORES QUANTITATIVOS (PARTE FIXA)

Por meio da tabela nº 01, abaixo, apresenta-se os indicadores de produção referente ao período de janeiro a março de 2019.

Considerando os quantitativos consonantes ao 5º Termo Aditivo, as metas foram parcialmente atingidas quanto aos Cuidados Integrais aos Pacientes Moradores, cujas razões foram informadas à medida de suas ocorrências, tratando-se estas dos óbitos de pacientes moradores, ocorridos no transcurso deste Termo Aditivo, bem como, internações em outras Unidades de saúde quando a atenção ao paciente requereu intervenções fora do alcance do HDS, conforme a necessidade. Tais eventos fogem às tratativas de gestão, tendo sido, em tempo, relatada a necessidade do ajuste de metas desta linha de contratação.

Quanto aos atendimentos ambulatoriais, em relação às consultas de especialidades médicas e não médicas foram atingidas, superando o índice de 100%.

Tabela nº 01 - Indicadores de Produção
Janeiro a Março de 2019

5º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão Nº002/2013 SES/GO				
01 - CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**% Atingido**
META	660	660	660	1.980
REALIZADO	555	504	557	1.616
% ATINGIDO	84,09%	76,36%	84,39%	81,62%
02 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
Consulta Médica	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**% Atingido**
META	3.919	3.919	3.919	11.757
REALIZADO	4.039	4.258	3.764	12.061

% ATINGIDO	103,06%	108,65%	96,04%	102,59%
Consulta Não Médica	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**% Atingido**
META	1.700	1.700	1.700	5.100
REALIZADO	2.132	2.116	2.001	6.249
% ATINGIDO	125,41%	124,47%	117,71%	122,53%
METAS DO GRUPO	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**% Atingido**
META	5.619	5.619	5.619	16.857
REALIZADO	6.171	6.374	5.765	18.310
% ATINGIDO	109,82%	113,44%	102,60%	108,62%

Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, jan-mar/2019

Quanto a produção realizada no período de abril a dezembro, já na vigência do 6º Termo Aditivo, segue demonstrada por meio da tabela nº 02. Importante destacar que para as linhas de contratação consultas de especialidades médicas e não médicas, suas metas foram ajustadas em novos patamares a partir de junho 2019. Para as demais linhas as metas ficaram estabelecidas a partir de abril, contemplando todo o tempo de vigência do supracitado aditivo, considerando-se, inclusive, que estas passaram a fazer parte da pactuação a partir deste período, entretanto o HDS já as atendia desde o início da gestão da AGIR na Unidade, apenas não constava do Termo de Transferência de Gestão e seus aditivos.

Os índices apresentados para os itens contratados: cuidados integrais aos pacientes moradores, consultas de especialidades médicas e curativos atendem ao determinante no 6º Termo Aditivo, quando se estabeleceu o ponto de corte em 90%..

Tabela nº 02 - Indicadores de Produção

Abril a Dezembro de 2019

6º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão Nº002/2013 SES/GO										
Produção: abril a dezembro de 2019										
01 - CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	547	547	547	547	547	547	547	547	547	4.923
REALIZADO	540	554	540	546	543	540	558	540	546	4.907
% ATINGIDO	98,72%	101,28%	98,72%	99,82%	99,27%	98,72%	102,01%	98,72%	99,82%	99,67%

02 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL										
Consulta Médica	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	3.919	3.919	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	37.574
REALIZADO	3.796	3.928	3.957	4.281	4.361	4.397	4.099	4.017	3.786	36.622
% ATINGIDO	96,86%	100,23%	93,15%	100,78%	102,66%	103,51%	96,49%	94,56%	89,12%	97,47%
Consulta Não Médica	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	1.700	1.700	1.998	1.998	1.998	1.998	1.998	1.998	1.998	17.386
REALIZADO	2.314	2.524	2.382	2.788	2.619	2.802	2.692	2.373	2.182	22.676
% ATINGIDO	136,12%	148,47%	119,22%	139,54%	131,08%	140,24%	134,73%	118,77%	109,20%	130,42%
METAS DO GRUPO	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	5.619	5.619	6.246	6.246	6.246	6.246	6.246	6.246	6.246	54.960
REALIZADO	6.110	6.452	6.339	7.069	6.980	7.199	6.791	6.390	5.968	59.298
% ATINGIDO	108,74%	114,82%	101,49%	113,18%	111,75%	115,26%	108,73%	102,31%	95,55%	107,89%
03 - PEQUENOS PROCEDIMENTOS CURATIVOS DE FERIDAS CRÔNICAS	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	45.000
REALIZADO	4.985	4.869	4.817	5.046	4.850	4.990	5.182	4.881	5.138	44.758
% ATINGIDO	99,70%	97,38%	96,34%	100,92%	97,00%	99,80%	103,64%	97,62%	102,76%	99,46%
04 - TERAPIAS ESPECIALZIADAS	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	22.437
REALIZADO	2.954	2.740	3.014	3.462	3.605	3.494	3.297	3.133	2.830	28.529
% ATINGIDO	118,49%	109,91%	120,90%	138,87%	144,60%	140,15%	132,25%	125,67%	113,52%	127,15%
05- SADT - ELETROCARDIOGRAMA	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	% Atingido
META	286	286	286	286	286	286	286	286	286	2.574
REALIZADO	266	321	307	359	371	322	291	303	334	2.874
% ATINGIDO	93,01%	112,24%	107,34%	125,52%	129,72%	112,59%	101,75%	105,94%	116,78%	111,65%

Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, abr-dez 2019

3.2 - INDICADORES DE DESEMPENHO

Em atendimento às determinações contratuais, conforme o 5º e 6º Termos Aditivos, os aspectos qualitativos da execução do Termo de Transferência de Gestão devem ser registrados e avaliados sistematicamente. Foram destacados para avaliação os índices obtidos em relação à pesquisa de satisfação do usuário, farmacovigilância - quanto ao uso racional de medicamentos e reações adversas à medicamentos, taxa de absenteísmo e perda primária em consultas médicas, cujos dados seguem demonstrados por meio de tabelas e gráficos, a seguir.

3.2.1 Pesquisa de Satisfação do Usuário

No período que compreende janeiro à março 2019 foram realizadas as pesquisas de satisfação do usuário por meio de metodologia que orienta-se pelo método provocativo, com aplicação de questionários específicos, nos Ambulatórios, tendo como amostra um total de 10% da população atendida em consultas médicas, não médicas e cuidados em feridas crônicas relativos ao mês anterior.

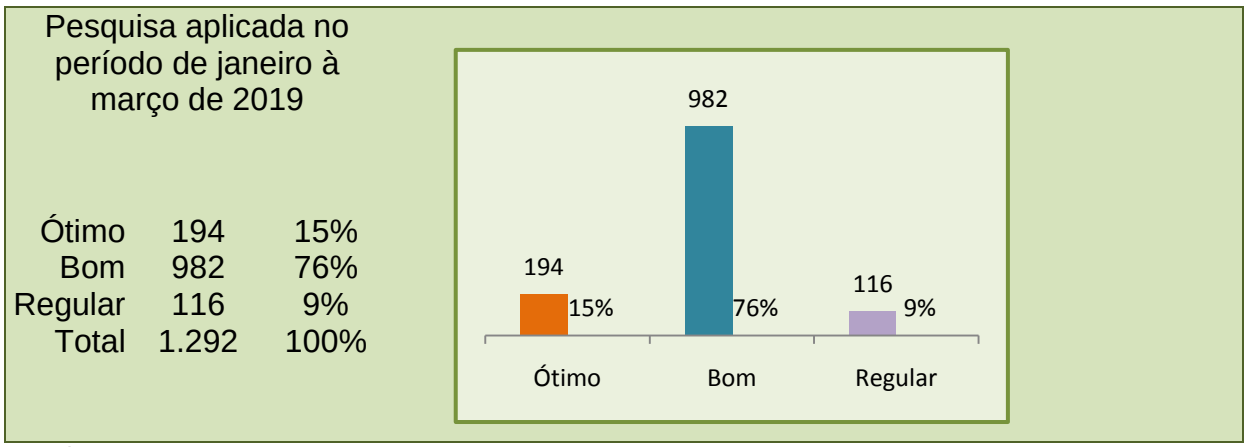
Sua realização se deu por meio eletrônico, com uso de um "tablet" e os dados foram armazenados em sistema de informação gerencial para posterior análise. Neste período foram realizadas 1.292 pesquisas e destas, 91% dos usuários consideraram que os serviços e atendimentos no HDS são percebidos como ótimo e bom, conforme apresentado por meio do quadro 01 e gráfico 01.

Quadro 01 - Memória de Cálculo do Indicar

INDICADOR	DESCRIÇÃO	MEMÓRIA DE CÁLCULO	META	ATUAL
% de satisfação para com os Serviços da OS	Trata-se do resultado de pesquisa de satisfação a ser realizada com usuários dos serviços e/ou acompanhantes	Σ das respostas que considerem os serviços da OS bons/ótimos Taxa = _____ x 100 Total de entrevistas na pesquisa	>=80%	91%
		Taxa = 1.176/1.292x100	**>=80%**	**91%**

Fonte: relatórios gerenciais do HDS, jan-mar/2019

Gráfico nº 01 - Pesquisa de Satisfação do Usuário - Janeiro a Março 2019



Fonte: relatórios gerenciais do HDS, jan-mar/2019

Orientando-se pela mesma metodologia e parâmetros, de abril a outubro 2019 a pesquisa foi aplicada à 3.201 usuários, sendo por 91% deles considerado que o atendimento e serviços prestados na Unidade são percebidos como ótimo e bom, conforme se apresenta por meio quadro 02 – memória de cálculo e do gráfico nº 02, abaixo.

Quadro 02 – Memória de Cálculo do Indicador

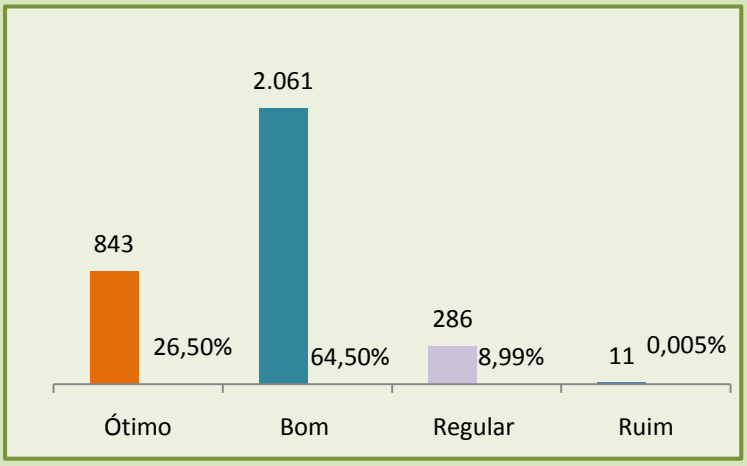
INDICADOR	DESCRIÇÃO	MEMÓRIA DE CÁLCULO	META	ATUAL
% de satisfação para com os Serviços da OS	Trata-se do resultado de pesquisa de satisfação a ser realizada com usuários dos serviços e/ou acompanhantes	Σ das respostas que considerem os serviços da OS bons/ótimos Taxa = _____ x 100 Total de entrevistas na pesquisa	>=80%	91%
		Taxa = 2.904/3.201x100	**>=80%**	**91%**

Fonte: relatórios gerenciais do HDS, abr/out 2019

Gráfico nº 02 - Pesquisa de Satisfação do Usuário
Abril a Outubro 2019

Pesquisa aplicada no período de abril à outubro de 2019

Ótimo	843	26,50%
Bom	2.061	64,50%
Regular	286	8,99%
Ruim	11	0,005%
Total	3.201	100,00%



Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, abr-out/2019

A partir de novembro 2019 a pesquisa de satisfação do usuário passou a ser realizada por meio da metodologia Net Promoter Score - NPS, cuja abordagem ao usuário foi orientada pelo modelo provocativo, tendo sido utilizado um questionário

com a pergunta chave: no geral, que nota você dá para o serviço prestado no hospital?

O quantitativo a ser pesquisado ficou estabelecido em 10% do total de atendimentos realizados por área, no mês anterior, resultando em 522 usuários para o mês de novembro e 504 para o mês de dezembro, consolidando um total de 1.026 entrevistados.

Os dados apurados resultaram no Score 65%. Comparando-se esse indicador às

notas estabelecidas pela metodologia NPS, o HDS encontra-se na Zona de Qualidade,

conforme pode-se verificar pelo quadro 03 e tabela 03, a seguir.

Quadro 03 – Memória de Cálculo do Indicador

INDICADOR	DESCRIÇÃO	MEMÓRIA DE CÁLCULO	ZONA DE CLASSIFICAÇÃO
% de satisfação para com os Serviços da OS	Trata-se do resultado de pesquisa de satisfação a ser realizada com usuários dos serviços e/ou acompanhantes	NPS = Σ das respostas dos clientes promotores – detratores x 100 / Total Geral de Resposta	Zona de Excelencia = NPS entre 76 e 100 **Zona de Qualidade = NPS entre 51 e 75** Zona de Aperfeiçoamento NPS entre 1 e 50 Zona Crítica = NPS entre -100 e 0
		NPS = 4.450 – 412 / 6.230 x 100	**NPS = 65**

Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, nov-dez/2019

Tabela nº 03 - Pesquisa de Satisfação do Usuário
Net Promoter Score - NPS
Novembro/Dezembro 2019

Classificação dos Clientes	Quantidade	%	NPS =	Zona
Total de clientes detratores	**412**	7%	**65%**	**Zona de Qualidade**
Total de clientes neutros	**1.368**	22%		
Total de clientes Promotores	**4.450**	71%		
Total Geral de Respostas	**6.230**	100,00%		
Quantidade de entrevistados	1026			

Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, nov-dez/2019

3.2.2 Resolução de Queixas

No período em análise, o qual compreende a vigência do 5º e 6º Termos Aditivos, de janeiro a dezembro de 2019, foram abertas 565 demandas, distribuídas conforme tabela nº 04, a seguir. Foram respondidas ainda dentro do mês de ocorrência 548 delas, o que representou 97% de respostas.

Tabela nº 04 - Queixas Apresentadas à Ouvidoria

Janeiro a Dezembro 2019

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Demandas Formuladas	67	41	71	59	85	73	43	49	41	26	8	2	565
Demandas Respondidas	66	40	70	58	83	72	42	46	40	25	4	2	548
% de respostas dentro do mês	98,50 %	97,57 %	98,60 %	98,31 %	97,65 %	98,63 %	97,67 %	93,88 %	97,56 %	96,15 %	50,00 %	100 %	97.00 %

Fonte: Relatório Gerenciais HDS, jan-dez/2019

Conforme os relatos registrados pela ouvidoria do HDS em relação às queixas dos usuários, a grande maioria delas refere-se à dificuldade de agendamento de consultas, motivadas principalmente pela dificuldade de acesso por meio dos canais de telefonia da Unidade. Os índices alcançados de resposta estão demonstrados mês a mês por meio da tabela acima, restando um percentual mínimo de respostas para o mês subsequente considerando que não houve tempo hábil para respostas às queixas apresentadas no último dia do mês, porém, as mesmas foram respondidas dentro do menor tempo, de acordo com cada situação.

Importante destacar que no mês de novembro, em razão de reestruturação dos serviços da Ouvidoria, inclusive com a substituição do colaborar responsável pelo Setor, parte das demandas ficaram para serem respondidas no mês subsequente, contudo, obdeceu-se ao prazo estabelecido pela legislação.

Com o intuito de reduzir as dificuldades de acesso telefônico na Unidade, a partir do mês de setembro foi disponibilizado também a marcação de consultas por meio da internet, no endereço **consultas@hds.org.br**.

3.2.3 Farmacovigilância

As atividades da Farmacovigilância visam a melhoraria da qualidade assistencial, avaliação de prescrição médica aos pacientes moradores, levando-se ao uso racional de medicamentos, além da realização de levantamento de dados para identificação de casos suspeitos de reações adversas, compondo os bancos de dados nacionais e internacionais.

As prescrições médicas da Unidade são avaliadas por sua equipe farmacêutica, e na detecção de quaisquer eventos ou reações adversas, estes são registrados em ficha de eventos adversos, e inseridos no sistema NOTVISA, mesmo os eventos sem dano ao paciente, de acordo com a Nota Técnica Conjunta nº 2/2015 da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde-GGTES e Gerência Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária - GEGEMON/ANVISA.

No período de janeiro a março, na vigência do 5º termo Aditivo e de abril a novembro, na vigência do 6º Termo Aditivo, foram monitorados e avaliados 100% dos pacientes, moradores da R. A, quanto ao uso racional de medicamentos, cuja meta estabelecida é de ≥ 80%, bem como, em relação às reações adversas a medicamentos, sendo a meta de ≥ 70%, não tendo sido, no decorrer de todo o período, registrada nenhuma ocorrência em relação aos supracitados eventos.

Tabela nº 05 – Farmacovigilância
Uso Racional de Medicamentos
Reações Adversas a Medicamentos

Uso Racional de Medicamentos		Reações Adversas à Medicamentos	
Nº de Pacientes Residentes	Nº Pacientes Avaliados	Nº de Pacientes Residentes	Nº Pacientes Avaliados
18	18	18	18

Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, jan-dez/2019

3.2.4 Perda Primária em Consultas de Especialidades Médicas

Este indicador acompanha o desperdício das primeiras consultas de especialidades médicas disponibilizadas para a rede referenciada. Cálculo: diferença

percentual entre o total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede e o total de primeiras consultas agendadas no Ambulatório.

A aferição deste índice é realizada mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde e relatórios gerenciais. Permite estratificação por especialidade médica.

Considerando que as primeiras consultas não são agendadas pelo HDS, restou estabelecido no 6º Termo Aditivo o dever de informar o indicador que acompanha a evolução deste item, porém, sem meta para a Unidade uma vez que a mesma não faz a gestão de tais agendamentos.

Abaixo segue indicadas as tabelas com o registro das disponibilidades de consultas por especialidade com o respectivo índice de perda e, mês a mês, bem com, o índice global da perda.

Tabela nº 06 - Perda Primária Consultas Médicas

Período: Janeiro a Marco 2019

	Janeiro		Fevereiro		Março	
Especialidade	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %
Cirurgia Geral	0,00%	12,12%	2,50%	8,48%	12,50%	6,88%
Angiologia	0,00%		0,00%		4,08%	
Tratamento de Feridas	25,00%		0,00%		33,33%	
Oftalmologia	13,97%		11,47%		0,00%	
Ortopedia e Traumatologia	14,58%		9,45%		7,36%	
Dermatologia	6,69%		4,53%		5,24%	
Cardiologia	5,00%		10,00%		10,00%	
Psiquiatria	0,00%		0,00%		0,00%	
Geriatria	0,00%		0,00%		0,00%	
Total de Consultas Disponibilizadas	3.218		3.148		2.516	
Total de Consultas Agendadas	3.828		2.881		2.343	

Fonte: www4.goiania.go.gov.br, jan-mar/2019

Tabela nº 07 - Perda Primária Consultas Médicas

Período: Abril a Dezembro 2019

	Abril		Maio		Junho	
Especialidade	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %
Cirurgia Geral	10,00%	6,81%	7,50%	6,77%	2,50%	17,09%
Angiologia	0,00%		0,00%		5,00%	
Tratamento de Feridas	0,00%		40,00%		0,00%	
Oftalmologia	9,20%		7,61%		14,40%	
Ortopedia e Traumatologia	6,38%		7,29%		36,72%	
Dermatologia	4,37%		4,49%		4,73%	
Cardiologia	10,00%		0,00%		10,00%	
Total de Consultas Disponibilizadas	2.628		2.495		2.704	
Total de Consultas Agendadas	2.449		2.326		2.242	
	Julho		**Agosto**		**Setembro**	
Especialidade	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %
Cirurgia Geral	0,00%	4,02%	2,50%	4,56%	7,14%	6.41%
Angiologia	2,00%		1,38%		5,52%	
Tratamento de Feridas	0,00%		0,00%		0,00%	
Geriatria	0,00%		0,00%		0,00%	
Oftalmologia	3,32%		4,13%		4,56%	
Ortopedia e Reaumatologia	5,60%		6,85%		7,88%	
Endocrinologia	0,00%		0,00%		0,00%	
Dermatologia	3,93%		2,80%		4,84%	
Cardiologia	0,00%		0,00%		10,00%	
Psiquiatria	0,00%		0,00%		0,00%	
Infectologia	0,00%		0,00%		0,00%	
Total de Consultas Disponibilizadas	3.410		2.816		3.564	
Total de Consultas Agendadas	3.273		2.693		3.349	
	Outubro		**Novembro**		**Dezembro**	
Especialidade	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %	Perda Primária por Especialidade %	Perda Primária Global %
Cirurgia Geral	9,00%	6,53%	13,33%	6,16%	6,67%	3,10%
Angiologia	3,08%		10,00%		2,50%	
Tratamento de Feridas	0,00%		0,00%		0	
Geriatria	0,00%		0,00%		0	

Oftalmologia	8,53%		4,75%		2,10%	
Ortopedia e Reaumatologia	7,06%		8,26%		3,84%	
Endocrinologia	0,00%		0,00%		0	
Dermatologia	4,28%		3,90%		2,76%	
Cardiologia	0,00%		0,00%		0	
Psiquiatria	0,00%		0,00%		0	
Infectologia	0,00%		0,00%		0	
Total de Consultas Disponibilizadas	2.771		2.857		3.099	
Total de Consultas Agendadas	2.590		2.681		3.003	

Fonte: www4.goiania.go.gov.br, abr-dez/2019

3.2.5 Taxa de Absenteísmo

Este indicador visa acompanhar a não efetivação das consultas previamente agendadas para atendimento no Ambulatório decorrente da ausência, cuja aferição é realizada mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação do Ambulatório e permite estratificação por especialidade médica e por tipo de consulta, considerando-se a fórmula: [total de consultas realizada / total de consultas agendadas]

No período compreendido entre janeiro a março 2019, vigência do 5º Termo Aditivo, foram agendadas 16.405 consultas médicas e realizadas 12.061, o que resultou em um índice de 27% no período, conforme segue demonstrado por meio da tabela nº 08.

Tabela nº 08 - Taxa de Absenteísmo
Período: Janeiro a Março 2019

Especialidade	Janeiro				Fevereiro				Março			
	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total
Total de consultas realizadas	1.758	2.052	229	**4.039**	1.721	2.312	225	**4.258**	1.309	2.204	251	**3.764**
Total de consultas agendadas	2.828	2.332	262	**5.422**	2.881	2.674	256	**5.811**	2.343	2.558	271	**5.172**
Absenteísmo%	38%	12%	13%	**26%**	40%	14%	12%	**27%**	44%	14%	8%	**28%**

Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, jan-mar/2019

Para o período de abril a dezembro 2019, na vigência do 6º Termo Aditivo, foram agendadas 49.534 consultas e realizadas 36.285, resultando a taxa de absenteísmo em 26,75%. Para este indicador, restou estabelecida a meta ≤ 30%.

Destaca-se oportunamente que o maior índice refere-se às primeiras consultas, que neste período foi de 41,92%, quando foram agendadas 24.509 consultas e realizadas 14.237, sendo este agendamento realizado pelo Sistema de Saúde do Município de Goiânia, e sobre os quais o HDS não possui governabilidade visto que, o cadastro do paciente somente se torna de conhecimento da Unidade quando o mesmo se apresenta para a consulta. Nesta oportunidade é realizado o seu cadastro e dai em diante é monitorado o agendamento das consultas a que o mesmo deve comparecer.

Este monitoramento é realizado por meio de confirmações prévias da sua consulta ou reagendamento quando esta providência é apresentada como necessária pelo paciente na oportunidade da confirmação.

Outro fator importante a destacar é que quando o paciente chega ao HDS, é ele acolhido e atendido com a máxima atenção por toda a equipe, o que reflete na confiança deste para com os profissionais e satisfação com os serviços prestados, estabelecendo-se um vínculo importante para a continuidade do tratamento.

Em relação às consultas de retorno e interconsultas, os índices ficaram em 12% e 12% respectivamente, significativamente menor que o estabelecido como meta, que seria até 30% cujo resultado atribui-se ao acompanhamento sistemático dos agendamentos e a realização das tratativas necessárias e pertinentes em tempo hábil.

Segue, abaixo, a tabela nº 09, com a qual é demonstrada a evolução dos agendamentos e disponibilização de consultas médicas.

Tabela nº 09 - Taxa de Absenteísmo

Período: Abril a Dezembro 2019

Total de Consultas no Período												
Especialidade	Abril				Maio				Junho			
	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total
Total de consultas realizadas	1.322	2.212	262	3.796	1.400	2.301	227	3.928	1.507	2.119	370	3.957
Total de consultas agendadas	2.449	2.597	313	5.359	2.326	2.662	283	5.271	2.142	2.457	445	5.044
Absenteísmo%	46%	15%	16%	29%	40%	14%	20%	25%	30%	14%	17%	22%

	Julho				Agosto				Setembro			
	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total
Total de consultas realizadas	1.683	2.247	276	4.206	1.581	2.312	371	4.264	1.872	2.196	215	4.283
Total de consultas agendadas	3.273	2.579	303	6.155	2.696	2.667	402	5.765	3.349	2.407	255	6.011
Absenteísmo%	49%	13%	9%	32%	41%	13%	8%	26%	44%	9%	16%	29%
Especialidade	Outubro				Novembro				Dezembro			
	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total	1ª Consulta	Retorno	Inter consulta	Total
Total de consultas realizadas	1.565	2.252	231	4.048	1.555	2.265	197	4.017	1.752	1.947	87	3.786
Total de consultas agendadas	2.590	2.353	241	5.184	2.681	2.591	208	5.480	3.003	2.170	92	5.265
Absenteísmo%	40%	4%	4%	22%	42%	13%	6%	27%	41,65%	10,27%	5,43%	28,09%

Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, abr-nov 2019

3.3 - Índice de Eficiência Financeira

3.3.1 - Índice de Liquidez Seca

Ativo Circulante	Estoque	Passivo Circulante	Índice
1.360.446,85	264.078,71	1.362.446,85	0,80

Fonte: Relatórios Gerenciais do HDS, jan-dez/2019

3.3.2 - Índice de Execução Financeira

Disponibilidade Inicial	Entradas	Saídas	Índice
505.573,37	14.145.613,88	13.788.655,93	1,06

Fonte: Relatórios Gerenciais HDS, jan-dez/2019

Conforme pode ser analisado na apresentação dos Índices acima, o HDS demonstra um equilíbrio no índice de liquidez seca e no índice de

execução financeira, uma vez que, estão indicando que para cada REAL de compromissos temos aproximadamente um REAL de recursos, sendo uma visão mais conservadora, pois de todo nosso ativo estamos excluindo o estoque.

Informamos que apesar da instabilidade na liquidação do Contrato de Gestão por parte da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás, estes índices se mantiveram estáveis ao longo do período de janeiro a dezembro de 2019, revelando eficiência e economicidade na gestão dos recursos por parte da Unidade Hospitalar.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto e em referência ao que se recomenda a literatura acadêmica a respeito da aplicabilidade dos atributos de qualidade nas rotinas operacionais da unidade de saúde, citamos:

> *"Propõe 7 (sete) atributos, por ele chamados de pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Desses atributos, três apresentam interesse especial para a rotina de trabalho nas Instituições de saúde:* ***eficácia, efetividade e eficiência****". (Donabedian, 1990).*

No período de Jan a Nov/19, o HDS alcançou integralmente as metas estabelecidas para os indicadores da parte variável e produção assistencial, obtendo resultados satisfatórios.

Ainda, conforme estabelecido no Termo de Transferência de Gestão Nº002/2013 SES/GO e seus respectivos aditivos, os dados da produção fixa e variável foram devidamente apresentados, mensalmente, à COMFIC/SES, por meio de relatórios e planilhas

Por meio dos Índices de Eficiência Financeira, apresentados, referentes ao período em análise, demonstra-se equilíbrio das contas de receitas e despesas, revelando, desta forma, eficácia e economicidade na gestão dos recursos por parte da AGIR no gerenciamento do HDS.

Podemos afirmar que o HDS, enquanto instituição de saúde, comprovou por meio dos seus resultados a aplicabilidade dos atributos da qualidade, como citados por Donabedian, apresentando uma gestão de alta performance e assertiva cumprindo sua missão com eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e produtividade.

Importante destacar que, em **Reunião de Avaliação dos Contratos de Gestão**,

HDS

SUS SES Secretaria de Estado da Saúde

Importante destacar que, em **Reunião de Avaliação dos Contratos de Gestão**, com a participação da Alta Direção da AGIR, Diretores do HDS e membros da SES/GO, realizada no dia 25/11/2019, houve conclusão consensual de que todas as metas estabelecidas para o HDS foram cumpridas sem penalidades ou glosas.

A AGIR reafirma o compromisso de sempre realizar seus trabalhos dentro dos preceitos legais e éticos, conforme preconiza a boa gestão, e coloca-se à disposição da SES/GO para sempre adotar melhorias frente à gestão do HDS.

VIVIANE TAVARES FERREIRA
Diretora Administrativa e Financeira - HDS

LUCAS PAULA DA SILVA
Superintendente Executivo - AGIR