



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



4º TERMO ADITIVO AO TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE GESTÃO

Nº 002/2013

RELATÓRIO TRIMESTRAL (ITEM 2.56)

(REFERÊNCIA: ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2017)

Goiânia /GO.

Julho/17

AGIR

DIRETORIA

Antônio Ribeiro de Oliveira (in memorian) - Diretor Presidente

José Alves Filho (Diretor Presidente em exercício) - Vice-Diretor

Ruy Rocha de Macedo - Diretor Tesoureiro

CONSELHEIROS

Alberto Borges de Souza

Fernando Moraes Pinheiro

Sizenando da Silva Santos Júnior

Joaquim Caetano de Almeida Netto

José Evaristo dos Santos

Helca de Sousa Nascimento

Paulo Afonso Ferreira

Pedro Daniel Bittar

Cesar Helou

Valdeli Alves de Moraes

CONSELHEIROS FISCAIS

Marley Antonio da Rocha

Cyro Miranda Gifford Júnior

Paulo César Brandão V. Jardim

SUPERINTENDÊNCIAS

Sérgio Daher - Superintendente Executivo

João Alírio Teixeira da Silva Júnior - Superintendente Técnico de Reabilitação

Claudemiro Euzébio Dourado - Superintendente Administrativo e Financeiro

Divaina Alves Batista - Superintendente Multiprofissional de Reabilitação

Fause Musse - Superintendente de Relações Externas

DIRETORIA HDS

Válney Luiz da Rocha - Diretor Geral

Mônica Ribeiro Costa - Diretoria Técnica

Isadora Crosara Alves Teixeira - Diretoria Clínica

Viviane Tavares Ferreira - Diretora Administrativa Financeira

ÍNDICE

1 – APRESENTAÇÃO.....	04
2 – IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS.....	05
3 – PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS NO HDS.....	05
3.1- CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES.....	05
3.2- ATENDIMENTO AMBULATORIAL	05
4 – DIVULGAÇÃO E FORTALECIMENTO SOCIAL DO HDS.....	07
5- ANEXOS.....	22

1 – Apresentação

Em consonância com o Termo de Transferência de Gestão nº. 002/2013 e Termos Aditivos, 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 de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS faz-se nesta oportunidade, a apresentação do **RELATÓRIO DE EXECUÇÕES E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES** referente aos meses de **Abril, Maio e Junho de 2017** em consonância a Cláusula Segunda, Item 2.56, Página 6.

A Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº. 5591/02, reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual nº. 15.503/05 e re-certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-SAÚDE) pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.180, de 19 de novembro de 2015.

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

Em consequência da política de atenção a pessoa com hanseníase e de diretrizes nacionais de desospitalização para estes pacientes, em 1983 foi transformado em Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS, e atualmente é 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 no Residencial Santa Marta instalado em área circunvizinha e aos 22 pacientes residentes.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, no intuito de atender aos princípios basilares da administração pública e do Sistema Único de Saúde - SUS, integrou o HDS ao Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER por meio do Decreto nº 7.807, de 21 de fevereiro de 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 ao 4º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão nº. 002/2013, este relatório foi preparado de modo a propiciar os subsídios necessários para que a SES-GO analise o desempenho global de todas as atividades realizadas no HDS e assim fundamente sua avaliação com base nas obrigações pactuadas.

Os dados que serão apresentados neste relatório são extraídos no banco de dados no sistema de gestão hospitalar interno, que realiza o gerenciamento de todos os processos assistenciais, administrativos e financeiros de forma integrada. As informações evidenciadas demonstram o cenário atual dos atendimentos prestados pela instituição e o planejamento das ações para o próximo trimestre.

2 – IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

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

CNES: 2.653.818.

Endereço: Rodovia GO 403, Km 08- Via Senador Canedo, Goiânia – GO. CEP: 74735-600.

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.

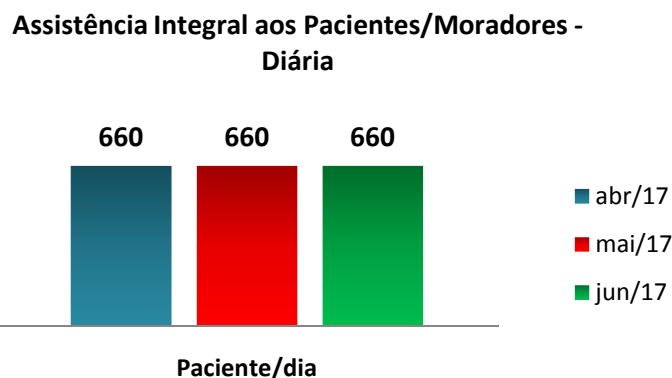
Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, publicizada a AGIR.

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

3 - PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS NO HDS

3.1- CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES

Assistência integral, aos 22 (vinte e dois) pacientes/moradores. Estes pacientes são idosos em sua maioria, com média de idade de 72 anos, com algum grau de dependência física e psíquica ou de deformidades físicas decorrentes de sequela de hanseníase. Estes pacientes/moradores são assistidos regularmente pela equipe médica e demais profissionais da equipe multiprofissional, em período integral, em regime asilar. Os pacientes/moradores não são regulados pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, sendo que os atendimentos prestados não serão faturados.



Fonte: Relatório Gerencial

3.2- ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

- A. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- B. Interconsulta;
- C. Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Município de Goiânia ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subseqüentes das interconsultas.

O atendimento ambulatorial funciona, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira e sábado das 07h às 13h, conforme demanda da população de usuários do hospital.

O ambulatório de especialidades do HDS presta atendimentos nas áreas de cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, geriatria, oftalmologia, ortopedia, psiquiatria com consultas e exames de tonometria e mapeamento de retina associados à consulta oftalmológica.



O ambulatório de feridas crônicas conta com equipe médica e de enfermagem que atende portadores de feridas crônicas de origem vascular, neuropática e outras, todos regulados para o HDS. Neste atendimento é realizada avaliação clínica dos pacientes e curativos regulares, pela equipe de enfermagem, conforme planejamento individual para cada paciente.

O ambulatório de feridas funciona de segunda a domingo das 7h00 às 19h00.

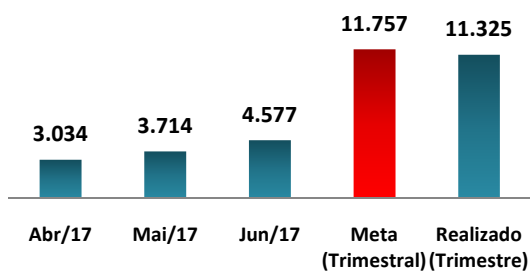


No âmbito do atendimento multiprofissional o HDS presta atendimento nas seguintes áreas: Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Educação Física, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Odontologia.

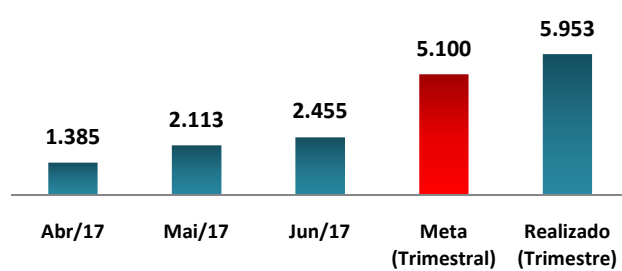


Terapia Ocupacional-Educação Física- Psicologia- Nutrição- Fisioterapia-Odontologia.

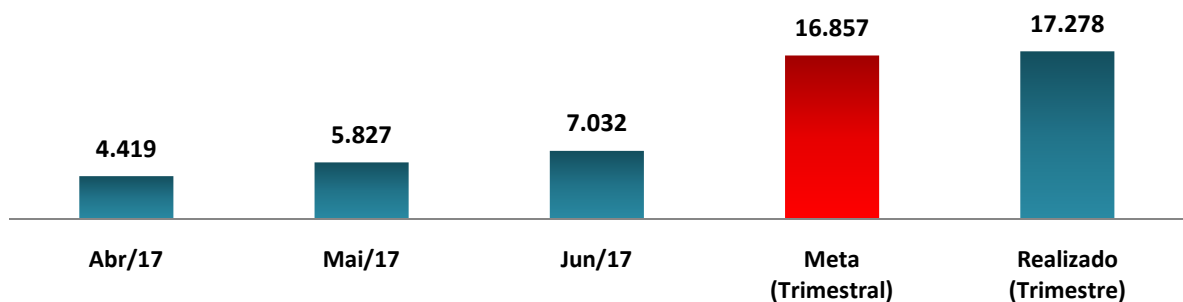
Consultas Médicas - (Trimestre)



Consultas Não Médicas - (Trimestre)



Consultas Médicas e Não Médicas - Trimestre



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para o atendimento ambulatorial (consultas médicas e não médicas) foi de 102,50%

4º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão Nº002/2013 SES/GO Produção ABRIL, MAIO E JUNHO/2017.				
01- CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES				
Assistência Integral aos Pacientes Moradores-Diárias	ABRIL/17	MAIO/17	JUNHO/17	% Atingido do Trimestre
META	660	660	660	1.980
REALIZADO	660	660	660	1980
% ATINGIDO	100%	100%	100%	100%
02- ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
0301010072- Consulta Médica	ABRIL/17	MAIO/17	JUNHO/17	% Atingido do Trimestre
META	3.919	3.919	3.919	11.757
REALIZADO	3.034	3714	4577	11.325
% ATINGIDO	77%	95%	117%	96%
0301010048/ 0301010030/ 0301010153/ 0301080178 - Consulta Não Médica	ABRIL/17	MAIO/17	JUNHO/17	% Atingido do Trimestre
META	1.700	1.700	1.700	5.100
REALIZADO	1.385	2113	2455	5.953
% ATINGIDO	81%	124%	144%	117%
METAS DO GRUPO	5.619	5.619	5.619	16.857
REALIZADO DO GRUPO	4.419	5.827	7.032	17.278
% ATINGIDO DO GRUPO	79%	103,70%	125,15%	102,50%

Fonte: Relatório Gerencial

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR. (Item 2.56, Pág. 6)

✓ Neste trimestre em análise ao que tange as ações que compreendem a assistência aos 22 pacientes moradores, tais como os cuidados básicos de alimentação, vestimenta, atividades de lazer e sócio culturais, e moradia, além de cuidados médicos e de demais profissionais da saúde dentro dos limites operacionais da unidade, informa-se que foram atendidas em sua totalidade com êxito, desta forma registra-se que será mantida todas as ações e assistência, afim de atender as condições estabelecidas no contrato para o próximo trimestre (Julho, Agosto e Setembro) .

✓ Registra-se que os indicadores quantitativos Consulta Médica e Consulta Não Médica, referentes ao mês de Abril/17 atingiram respectivamente em análise individual 77% e 81%, entretanto em análise trimestral da meta do Grupo Atendimento Ambulatorial atingiu **102,50%**.

Como planejamento de ações, a unidade realizou readequações em agendas médicas e não médicas, afim do cumprimento de metas estipuladas em contrato, com análise dos resultados obtidos semanalmente. Para o próximo trimestre (Julho, Agosto e Setembro), será mantida a mesma metodologia aplicada no trimestre que está sendo apresentado neste relatório, atendendo todas as condições estabelecidas no contrato.

DIVULGAÇÃO E FORTALECIMENTO SOCIAL DO HDS

COMPROMISSO – *Divulgar e fortalecer a relevância social, bem como a missão do HDS*

Comentários:

O HDS é 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 no Residencial Santa Marta instalado em área circunvizinha e aos 22 pacientes residentes.

O HDS adota a **Competência** na busca do conhecimento e do aprimoramento das habilidades, a **Responsabilidade** em sua postura social e ambiental, que traduzam dedicação e respeito à vida, a **Ética** em detrimento às normas com ações que denotem lealdade e transparência e a **Renovação** contínua das forças produtivas, objetivando a excelência.

A Superintendência de Relações Externas da AGIR exerce ações diretas de divulgação com o intuito de fortalecer a relevância social do HDS além de exercer a captação de doações diversas advindas da sociedade e de empresas privadas para uso direto nas atividades da instituição, promovendo redução de custos da Instituição, entre elas: recursos financeiros e econômicos, gêneros alimentícios e higiene, equipamentos médicos, medicamentos, brinquedos, cadeiras de roda, serviços de voluntários, etc.

O HDS tem desempenhado sua função social conjugando esses princípios de competência, responsabilidade, ética e renovação, comunicando suas atividades à sociedade e afirma, que não medirá esforços neste próximo trimestre (Julho, Agosto e Setembro) para garantir a assistência aos usuários da unidade, alicerçada pela humanização, que se volta para as práticas concretas com a produção de saúde e produção de sujeitos (Campos,2000) de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados neste processo de modo a se voltar para experiências concretas de consideração do ser humano em sua capacidade criadora e singular inseparável.

INDICADORES DE QUALIDADE – Sistemática de Avaliação

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO

INDICADORES DE QUALIDADE - Sistemática de Avaliação

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Trimestralmente, serão reavaliados os Indicadores de Qualidade podendo ser alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas, sendo que o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna esse indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Fica o PARCEIRO PRIVADO obrigado a apresentar a totalidade dos indicadores de qualidade previstos na sua Proposta de Trabalho.

METAS E INDICADORES

Para o ano 2017 estabelecem-se como indicadores determinantes do repasse da parte variável:

- a. Atenção ao Usuário (30%)
- b. Farmacovigilância (30%)
- c. Gerenciamento Ambulatorial (40%)

1. Atenção ao Usuário (Resolução de queixas e pesquisa de satisfação) – A valoração deste indicador será de 30% em cada trimestre.

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, **necessariamente com identificação do autor**, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A **pesquisa de satisfação do usuário** sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários

específicos, que deverão ser aplicados mensalmente a pacientes atendidos nos ambulatórios, abrangendo **10% do total de pacientes atendidos** em consulta no ambulatório de modo proporcional ao montante de pacientes atendidos **em consultas médicas, não médicas e cuidados em feridas crônicas**.

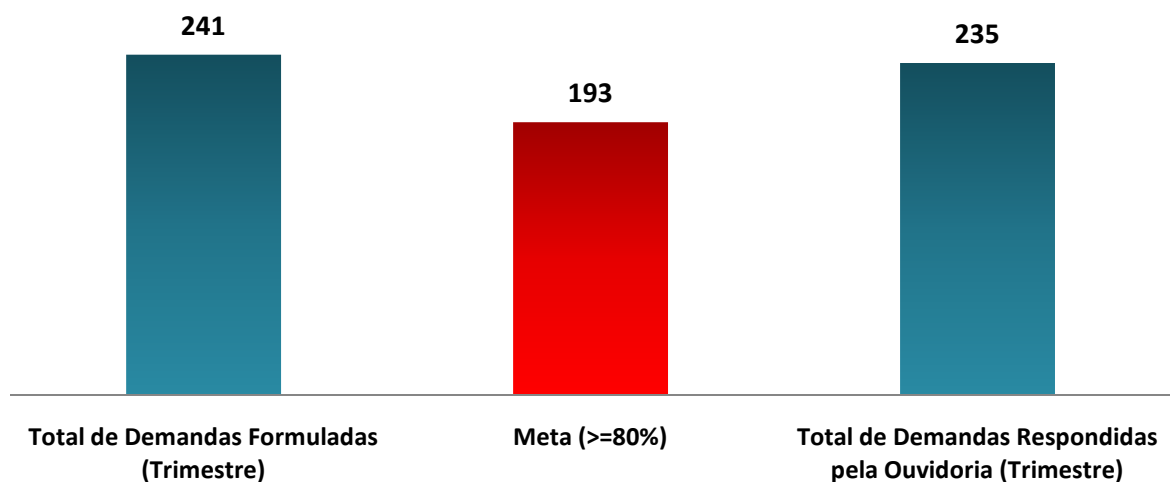
A pesquisa será eletrônica, registrada em sistema de informação gerencial, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações por setor em três grupos de atendimento ambulatorial: **atenção médica, não médica e de cuidados em feridas**. O envio das planilhas de **consolidação** dos três grupos até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

Apresentamos abaixo a exposição do cumprimento dos indicadores relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários do HDS, em consonância com o pactuado no 4º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão nº. 002/2013.

O funcionamento da Ouvidoria na unidade HDS está previsto no Termo de Transferência de Gestão nº. 002/2013 firmado com SES-GO, o qual o modelo de Ouvidoria Pública é norteado pela Lei 12.527/2011, que regula o acesso a informações, instituindo o Serviço de Informação ao Cidadão, que é prestado pelas ouvidorias em diversos órgãos e entidades.

Seguem dados das demandas, atendendo ao 4º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão, onde a meta é a resolução de 80% das demandas recebidas.

Demandas Intenas/Extenas



O percentual de queixas respondidas no trimestre com relação total de queixas registradas foi 97,51%

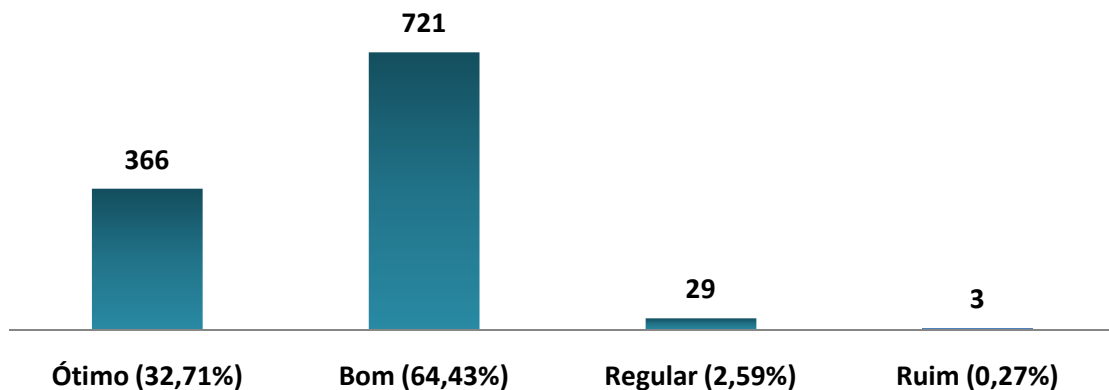
Pesquisa de Satisfação

Sobre a pesquisa de qualidade de atendimento do HDS, realizada entre os meses de Abril/17 e Junho/17, foram ouvidos 1.119 pacientes/usuários.

De acordo com a meta estabelecida em 4º Termo Aditivo, abrangendo 10% do total de 11.195 pacientes atendidos em consultas ambulatoriais no mês de maio/2017 de modo proporcional ao montante de pacientes atendidos em consultas médicas, não médicas e cuidados em feridas crônicas.

Apurados os resultados destas pesquisas, foi obtida média de aprovação (ótimo e bom) de 97,14%, o que atesta a satisfação dos usuários com os atendimentos prestados pelo HDS sob o gerenciamento da AGIR.

97,14 % de aprovação dos usuários no trimestre



Fonte: Questionário Específico

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR. (Item 2.56, Pág. 6)

✓ Registra-se que em prol da melhoria continua a unidade não tem medido esforços para a resolução das queixas recebidas internas/ externas, aja visto que em Abril/17 atingiu 100%, Maio/17 atingiu 94,17% e Junho/17 100% de respostas emitidas pela Ouvidoria e em análise trimestral o indicador atingiu **97,51%**.

✓ A Pesquisa de Satisfação referente ao trimestre em análise foi realizada na unidade de forma provocativa através de formulário específico, na qual foi atingido em Abril/17 97,40%, Maio/17 atingiu 96,90% e Junho/17 atingiu 97,05% de satisfação dos usuários, logo, em análise trimestral o indicador atingiu **97,14%**.

✓ Afim do cumprimento de meta estabelecida em 4º Termo Aditivo, de 80% de resolução de das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário até o dia 20 do mês imediatamente subsequente, na qual 10% do total de pacientes atendidos em

consulta no ambulatório de modo proporcional ao montante de pacientes atendidos em consultas médicas, não médicas e cuidados em feridas crônicas, a unidade manterá como planejamento das ações para o trimestre (Julho, Agosto e Setembro), aplicações de medidas embasadas na qualidade em busca de atingir ininterruptamente resultados cada vez melhores.

Farmacovigilância – A valoração deste indicador será de 30% em cada trimestre.

Promove melhora de qualidade assistencial, avaliação de prescrição médica aos pacientes moradores levando 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.

Definições:

Reação adversa - Resposta nociva e não intencional ao uso de medicamento que ocorre em doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou modificação de função fisiológica;

Evento adverso - Qualquer ocorrência médica desfavorável ao paciente ou sujeito da investigação clínica e que não tem necessariamente relação casual com o tratamento ou qualquer ocorrência médica inconveniente sofrida por um paciente ou indivíduo em investigação clínica com produto farmacêutico e que não apresenta, necessariamente, uma relação causal com este tratamento. Um evento adverso pode ser então qualquer sinal desfavorável e não intencional (incluindo achado anormal de laboratório), sintomas ou doença temporária associada ao uso de um produto medicinal (em investigação), seja ele relacionado ou não a este produto ou alteração clínica ou laboratorial nociva e não intencional observada no paciente que está recebendo medicamento e que mantém uma relação temporal, não necessariamente foi causada pela administração do mesmo.

A meta a ser atingida é a estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente, ao qual estará subordinado as ações de Farmacovigilância, informar atas das reuniões mensais do Núcleo de Segurança do Paciente e o número total de notificações de eventos adversos com o uso de medicamentos encaminhadas ao Setor de Farmacovigilância da Superintendência de Vigilância Sanitária de Estado da Saúde.

Estruturação do Serviço

O Núcleo de Segurança do Paciente existe no HDS desde 10/12/2015, conforme cópia do Ato Administrativo nº. 007/2015 (em anexo), anexa, sendo que o mesmo teve alteração de seu membros em 10/01/2017, de acordo com a cópia do Ato Administrativo nº.002/2017 (em anexo), anexa.

Para evidenciar as atividades do Núcleo de Segurança do Paciente, encaminhamos anexo, cópia das Atas das Reuniões realizadas nos meses de Abril, Maio e Junho (em anexo) onde descreve as ações realizadas no trimestre.

Cumprimento do Indicador

As prescrições médicas do HDS são avaliadas pela equipe de farmacêuticas da unidade, e na detecção de quaisquer eventos ou reações adversas os mesmos são lançados numa ficha de eventos adversos e os seus dados são inseridos no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária-NOTVISA, mesmo os eventos em que não ocorra dano ao paciente, de acordo com a Nota Técnica Conjunta nº2/2015 GGES e GEGEMON /ANVISA.

FARMACOVIGILÂNCIA TRIMESTRAL			
	abr/17	mai/17	jun/17
a) Reação adversa	Não ocorreu registro no mês de abril/17 de reações adversas a medicamentos administrados aos pacientes no HDS.	Não ocorreu registro no mês de maio/2017 de reações adversas a medicamentos administrados aos pacientes no HDS.	Não ocorreu registro no mês de junho/2017 de reações adversas a medicamentos administrados aos pacientes no HDS.

FARMACOVIGILÂNCIA TRIMESTRAL			
	abr/17	mai/17	jun/17
b) Eventos Adversos- Queixas técnicas e desvios de qualidade	Durante o mês de abril/17 não ocorreram eventos adversos relativos a queixas técnicas e desvios de qualidade relacionados aos medicamentos.	Durante o mês de maio/17 ocorreu uma (01) queixa técnica por suspeita de desvio de qualidade do medicamento Travoprost 0,04 mg/mL Solução Oftálmica frasco 2,5 mL. Esta queixa técnica foi notificada no NOTIVISA, número de notificação: 2017.05.003394, e ao fabricante Geolab. O plano de ação adotado foi segregar do estoque e identificar todos os frascos desse mesmo lote até finalização do processo de investigação pelo fabricante e ANVISA.	Durante o mês de junho/17 não ocorreram queixas técnicas. Foi realizado o acompanhamento do site do NOTIVISA da queixa técnica registrada em maio de 2017, que foi avaliada e classificada pela ANVISA em agrupamento e em classe de risco III (risco baixo) e registra-se que está em acompanhamento o recebimento de novas notificações sobre o mesmo produto/lote para avaliação das medidas a serem adotadas.

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR. (Item 2.56, Pág. 6)

✓ Em conformidade com a meta do ANEXO TÉCNICO III, Item 3 Pág 32 do 4º Termo Aditivo, informa-se que a unidade possui NUSP desde 10/12/2015 assim como consta em anexo as atas de desenvolvimento de ações referente ao trimestre em análise. Registra-se que como planejamento das ações para o próximo trimestre a unidade manterá em pleno acompanhamento as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente, assim como, as ações desenvolvidas pela farmacovigilância, nas quais a equipe de farmacêuticas da unidade avaliam as prescrições, e na detecção de quaisquer eventos ou reações adversas os mesmos são lançados numa ficha de eventos adversos e os seus dados são inseridos no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária-NOTVISA, mesmo os eventos em que não ocorra dano ao paciente, de acordo com a Nota Técnica Conjunta nº2/2015 GGES e GEGEMON /ANVISA.

3. GERENCIAMENTO DA UNIDADE AMBULATORIAL – A valoração deste indicador será de 40% em cada trimestre.

É um indicador composto por três diferentes indicadores que devem ser mensurados e apresentados de forma simultânea a cada mês:

a. Perda Primária - Consulta Médica

Acompanha o desperdício das primeiras consultas 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. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação. Permite estratificação por especialidade médica;

INDICADOR	FORMULA	CIRURGIA GERAL
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	150
		150
% ATINGIDO		100%

INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA/ TRATAMENTO DE FERIDAS
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	143
		153
% ATINGIDO		93%

INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	64
		82
% ATINGIDO		78%

INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	3.176
		3.282
% ATINGIDO		97%

INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	3.804
		3.939
% ATINGIDO		97%

INDICADOR	FORMULA	ENDOCRINOLOGIA
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	43
		45
% ATINGIDO		96%

INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	2.003
		2.221
% ATINGIDO		90%

INDICADOR	FORMULA	CARDIOLOGIA
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	53
		58
% ATINGIDO		91%

INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	39
		41
% ATINGIDO		95%

INDICADOR	FORMULA	TOTAL
		TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas agendadas/Total de consultas disponibilizadas	9.475
		9.971
% ATINGIDO		95%

Fonte:www4.goiania.go.gov.br

Nota Explicativa: Identificamos no relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – SMS a oferta de vagas para especialidade de Odontologia, subtraindo os quantitativos ofertados e agendados, logo, somente os quantitativos ofertados para 1ª consultas médicas são os apresentados acima.

b. Taxa de Absenteísmo

Acompanha a não efetivação das consultas médicas previamente agendadas para atendimento no Ambulatório decorrente da ausência do paciente. Cálculo: diferença percentual entre o total de consultas realizadas e o total de consultas agendadas. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação do Ambulatório. Permite estratificação por especialidade médica e por tipo de consulta;

INDICADOR	FORMULA	CIRURGIA GERAL			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/	74	15	7	96
	Total de consultas agendadas	147	34	21	202
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		50%	44%	33%	48%
% DE ABSENTEÍSMO		-50%	-56%	-67%	-52%

INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA/TRATAMENTO DE FERIDAS			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/ Total de consultas agendadas	48	129	228	405
		144	193	203	540
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		33%	67%	112%	75%
% DE ABSENTEÍSMO		-67%	-33%	0%	-25%

INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/ Total de consultas agendadas	39	338	76	453
		64	406	101	571
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		61%	83%	75%	79%
% DE ABSENTEÍSMO		-39%	-17%	-25%	-21%

INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/ Total de consultas agendadas	1.738	493	278	2.509
		3.176	600	763	4.539
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		55%	82%	36%	55%
% DE ABSENTEÍSMO		-45%	-18%	-64%	-45%

INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/	2.412	1.523	383	4.318
	Total de consultas agendadas	3.804	1.824	464	6.092
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		63%	83%	83%	71%
% DE ABSENTEÍSMO		-37%	-17%	-17%	-29%

INDICADOR	FORMULA	ENDOCRINOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/ Total de consultas agendadas	33	521	140	694
		43	571	157	771
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		77%	91%	89%	90%
% DE ABSENTEÍSMO		-23%	-9%	-11%	-10%

INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/	1.210	551	113	1.874
	Total de consultas agendadas	2.003	613	272	2.888
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		60%	90%	42%	65%
% DE ABSENTEÍSMO		-40%	-10%	-58%	-35%

INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/ Total de consultas agendadas	21	126	32	179
		39	163	41	243
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		54%	77%	78%	74%
% DE ABSENTEÍSMO		-46%	-23%	-22%	-26%

INDICADOR	FORMULA	TOTAL			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas/	5.593	4.156	1.385	11.134
	Total de consultas agendadas	9.476	4.934	2.205	16.615
% ATINGIDO COMPARECIMENTO		59%	84%	63%	67%
% DE ABSENTEÍSMO		-41%	-16%	-37%	-33%

Fonte: Relatório Gerencial / Serviço de Atendimento Ambulatorial

Notas Explicativas:

1- Registra-se que foi realizado o total de 11.325 consultas médicas, como informado nos Relatórios Circunstanciado de Atividades Desenvolvidas no mês de Abril a Junho/17, entretanto em emissão de relatório gerencial, utilizado para alimentação dos indicadores referentes ao Anexo Técnico III Item 3, foi apresentado o total de consultas médicas de 11.134, tal inconsistência ocorreu em decorrência da não finalização de 191 consultas no sistema de gestão hospitalar da unidade. Entretanto informa-se que a Direção Técnica da unidade implantou o treinamento para equipe médica a partir do mês de maio/17 em busca de sanar as falhas apresentadas no processo.

2- As consultas realizadas nas especialidades Angiologia/Tratamento de feridas e Dermatologia, têm o quantitativo maior que as agendadas, pois ocorre o atendimento de pacientes atendidos no Serviço de Curativo por meio de encaixe, de acordo com a indicação clínica do paciente e avaliação prévia do Serviço de Enfermagem. Diante disso, esses pacientes são atendidos sem o lançamento de agendamento de consultas, uma vez que a mesma ocorre quando o paciente vem na unidade para passar pelo procedimento de curativo.

c. Índice de Retorno / Consultas Médicas

É a relação entre o total de consultas subsequentes e a somatória do total de primeiras consultas e interconsultas realizadas no Ambulatório. Este indicador é aferido mensalmente e mede indiretamente a resolubilidade da unidade, monitorando a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para este modelo de atendimento.

INDICADOR	FORMULA	CARDIOLOGIA
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	588
		146
ÍNDICE ATINGIDO		4,03

INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA/TRATAMENTO DE FERIDAS
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	357
		276
ÍNDICE ATINGIDO		1,29

INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	414
		115
ÍNDICE ATINGIDO		3,60

INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	771
		2.016
ÍNDICE ATINGIDO		0,38

INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	1.906
		2.795
ÍNDICE ATINGIDO		0,68

INDICADOR	FORMULA	ENDOCRINOLOGIA
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	661
		173
ÍNDICE ATINGIDO		3,82

INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	664
		1.323
ÍNDICE ATINGIDO		0,50

INDICADOR	FORMULA	CIRURGIA GERAL
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	22
		81
ÍNDICE ATINGIDO		0,27

INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	158
		53
ÍNDICE ATINGIDO		2,98

INDICADOR	FORMULA	TOTAL
Índice de Retorno	Total de consultas subsequentes/Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	5.463
		6.956
ÍNDICE ATINGIDO		0,79

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES QUE SERÃO EXECUTADAS NO TRIMESTRE SEGUINTE E OS RESULTADOS DA QUE FORAM EXECUTADAS NO TRIMESTRE ANTERIOR. (Item 2.56, Pág. 6)

- ✓ Em conformidade com a meta do ANEXO TÉCNICO III, Item 3(Pág. 33) do 4º Termo Aditivo, a qual versa sobre a meta a ser atingida é o envio de relatório de registro da atividade ambulatorial acompanhado dos indicadores solicitados a cada mês e total do trimestre em avaliação. A SES/GO deverá obter os relatórios dos agendamentos para a unidade pela Central de Regulação Municipal de Goiânia, logo, registra-se que nos meses referentes ao trimestre em análise foi realizada a apuração dos indicadores supracitados mês a mês, o que reflete a constante oferta de vagas ao Complexo Regulador e a continuidade da assistência a saúde dos usuários. Entretanto informa-se que para extrair os dados referentes aos indicadores Taxa de Absenteísmo e Índice de Retorno, foi necessário o desenvolvimento de Relatório Gerencial, afim de se ter exatidão dos resultados, visto que foi identificado que itens tais como: número de consultas realizadas, retornos e

interconsultas apresentam inúmeras divergências no site da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (www4.goiania.go.gov.br) com a real capacidade produtiva da unidade, em decorrência, de por vezes, no momento do atendimento do usuário, o site se encontrar inoperante impossibilitando, assim o registro.

Como planejamento das ações para o trimestre (Julho, Agosto e Setembro) a unidade, dará continuidade ações já aplicadas para mitigar quaisquer falhas na apresentação dos dados e permanecerá de acordo com a sua capacidade instalada ofertando vagas ao Complexo Regulador, assim como assegurando a continuidade da assistência a saúde do usuário através de retornos/interconsultas.

ANEXOS

ANEXO I- FARMACOVIGILÂNCIA – ATAS TRIMESTAIS DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE



ATO ADMINISTRATIVO Nº 007/2015

O Superintendente Executivo da AGIR – Associação Goiana de Integralização e Reabilitação, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais,

RESOLVE:

Artigo 1º – Nomear o Serviço de Gerenciamento de Riscos do HDS e Reabilitação Santa Marta, estrutura subordinada à Diretoria Técnica, responsável pela condução dos trabalhos do Núcleo de Segurança do Paciente e do Núcleo de Gerenciamento de Resíduos.

Artigo 2º – Incluir o membro abaixo listado nos referidos núcleos:

- Karlla Cristina Lopes de Souza: Representante da Farmácia.

Artigo 3º – Os núcleos passarão a ser compostos pelos seguintes membros:

Núcleo de Segurança do Paciente:

- Alessandra Serquiz de Nóbrega: Representante do Corpo Clínico;
- Ariana Tiradentes Santos: Representante da Enfermagem;
- Barbara Posse Reis Martins: Representante da Farmácia;
- Carolina Barbosa Pagoto Cintra: Representante da Nutrição;
- Cintya Maria Louza Godim: Representante da Reabilitação Física;
- Geraldo Roberto Braga: Técnico em Enfermagem ;
- Isadora Crosara: Representante do Corpo Clínico;
- Karlla Cristina Lopes de Souza: Representante da Farmácia e;
- Lys Bernardes Minasi: Representante da Enfermagem.

Núcleo de Gerenciamento de Resíduos:

- Antônio Carlos Silva do Nascimento: Representante do SESMT;
- Ariana Tiradentes Santos: Representante da Enfermagem;
- Barbara Posse Reis Martins: Representante da Farmácia;
- Cintya Maria Louza Godim: Representante da Reabilitação Física;
- Isley José Paulo de Souza: Representante da Hotelaria;
- Karlla Cristina Lopes de Souza: Representante da Farmácia;
- Lys Bernardes Minasi: Representante da Enfermagem e;
- Sandra Trepichio Fernandes: Representante da Nutrição.

Artigo 4º – Nomear a colaboradora Lys Bernardes Minasi como presidente dos núcleos e a colaboradora Karlla Cristina Lopes de Souza como secretária.

Artigo 5º – Este ato entrará em vigor na data de sua assinatura, revogando-se as disposições em contrário.

Goiânia, aos dez dias do mês de dezembro do ano de dois mil e quinze.


Sérgio Daher
Superintendente Executivo

ATO ADMINISTRATIVO Nº 002/2017

O Superintendente Executivo da AGIR – Associação Goiana de Integralização e Reabilitação, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais,

RESOLVE:

Artigo 1º – Nomear o Serviço de Gerenciamento de Riscos do HDS e Reabilitação Santa Marta, estrutura subordinada à Diretoria Técnica, responsável pela condução dos trabalhos do Núcleo de Segurança do Paciente e do Núcleo de Gerenciamento de Resíduos.

Artigo 2º – Alterar os membros abaixo listados nos referidos núcleos:

- Membro excluído: Sandra Peixoto Guimarães Nogueira (representante do SESMT);
- Membro Incluído: Júlio César Guimarães Silva (representante do SESMT);
- Membro excluído: Sandra Trepichio Fernandes (representante da Nutrição) e;
- Membro incluído: Aline Mayara Ferreira Martins.

Artigo 3º – Os núcleos passarão a ser compostos pelos seguintes membros:

Núcleo de Segurança do Paciente:

- Alessandra Serquiz de Nóbrega: Representante do Corpo Clínico;
- Barbara Posse Reis Martins: Representante da Farmácia;

- Cintya Maria Louza Godim: Representante da Reabilitação Física;
- Geraldo Roberto Braga: Técnico em Enfermagem;
- Isadora Crosara: Representante do Corpo Clínico;
- Lorryne Camilla Dias Elias: Representante de Enfermagem;
- Lys Bernardes Minasi: Representante da Enfermagem e;
- Thalyta Freitas Castro: Representante da Farmácia;

Núcleo de Gerenciamento de Resíduos:

- Aline Mayara Ferreira Martins: Representante da Nutrição;
- Barbara Posse Reis Martins: Representante da Farmácia;
- Cintya Maria Louza Godim: Representante da Reabilitação Física;
- Isley José Paulo de Souza: Representante da Hotelaria;
- Júlio César Guimarães Silva: Representante do SESMT;
- Lorryne Camilla Dias Elias: Representante da Enfermagem;
- Lys Bernardes Minasi: Representante da Enfermagem e;
- Thalyta Freitas Castro: Representante da Enfermagem.

Artigo 4º – Nomear a colaboradora Lys Bernardes Minasi como presidente dos núcleos e a colaboradora Lorryne Camilla Dias Elias como secretária.

Artigo 5º – Este ato entrará em vigor na data de sua assinatura, revogando-se as disposições em contrário.

Goiânia, aos cinco dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezessete.



Sérgio Daher
Superintendente Executivo

ATA DE REUNIÃO



Dia: 20/04/2017

Horário: 10:30 h

Local: Diretoria Técnica

Pauta: Núcleo de Segurança do Paciente

Aos 20 dias do mês de abril de 2017, às 10:30h reuniram-se na Diretoria Técnica do HDS Santa Marta, a Diretora Técnica da Unidade, Dra Mônica Ribeiro Costa, a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi, a Enfermeira da CCIH Lorrynne Camilla Dias Elias, a Farmacêutica Thalyta Freitas Castro, o Técnico de Enfermagem Sr. Geraldo Roberto Braga e o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins. Registra-se que a Farmacêutica Bárbara Posse Reis e as Representantes do corpo clínico Alessandra Nóbrega Serquiz e Isadora Crosara não puderam comparecer a esta reunião. Lorrynne inicia com a leitura da ata da reunião anterior. Thalyta relata sobre o guia de medicamentos e Dra Mônica informa que não precisa esperar mais a avaliação dos Geriatras e que já podem iniciar o treinamento. Dra Mônica comenta que no novo contrato de gestão teremos que enviar relatórios sobre farmacovigilância. Lorrynne informa que as notificações no NOTIVISA, somente os danos "graves" serão notificados no sistema e Dra Mônica pede que se esclareça melhor sobre os danos a serem notificados e solicita para Lorrynne continuar notificando no NOTIVISA como já era realizado. Lorrynne terá que repassar para as Farmacêuticas notificarem no NOTIVISA todos os casos de erros de medicação. Próxima reunião será no dia 23/05/2017.

Providências	Responsável	Prazo	Validação
Considerações Adicionais:			
Participantes/Assinaturas:			
Thalyta F. Castro			
Lys Bernardes Minasi			
Lorrynne Camilla Dias Elias			
Geraldo Roberto Braga			
João Francisco Martins			
Redator: Beatriz Almeida Gomes			

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 1/1	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	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

ATA DE REUNIÃO



Dia: 26/05/2017

Horário: 10:30 h

Local: Diretoria Técnica

Pauta: Núcleo de Segurança do Paciente

Aos 26 dias do mês de maio de 2017, às 10:30h reuniram-se na Diretoria Técnica do HDS Santa Marta, a Diretora Técnica da Unidade, Dra Mônica Ribeiro Costa, a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi, a Enfermeira da CCIH Lorryanne Camilla Dias Elias, a Farmacêutica Thalyta Freitas Castro e o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins. Registra-se que o Técnico de Enfermagem Sr. Geraldo Roberto Braga, a Farmacêutica Bárbara Posse Reis e as Representantes do Corpo Clínico Alessandra Nóbrega Serquiz e Isadora Crosara não puderam comparecer a esta reunião. Lys inicia com a leitura da ata da reunião anterior. Thalyta comenta sobre o guia de medicação que não conseguiu realizar o treinamento ainda por conta da semana da enfermagem e pergunta se pode realizar nos dias 29, 30 e 31 de maio de 2017. Lys responde que sim e explica que para o diurno são 10 horas e para equipe do noturno são 20 horas. Thalyta informa que fizeram o primeiro boletim de farmacovigilância, onde consta os que são os medicamentos de alta vigilância, a identificação e os riscos dos mesmos. Thalyta informa ainda que os medicamentos de alta vigilância ficarão junto com as outras medicações no kit do paciente, porém apresentarão identificação diferenciada. Lys pergunta quando será implantado o processo de controle dos medicamentos de alta vigilância e Thalyta informa que será a partir do dia 01 de junho de 2017. Informa que após reunião com a Dra Mônica todos os eventos relacionados a reação adversa, queixa técnica e erros de medicação (erros com danos e sem danos ao paciente) serão notificados no site do NOTIVISA. Dra Mônica pergunta para Lorryanne qual sua opinião sobre as notificações dos demais eventos adversos no NOTIVISA e Lorryanne responde que sugere que somente os eventos com danos ao paciente serão notificados no NOTIVISA. Dra Mônica informa que as notificações sobre a farmacovigilância (reação adversa, queixa técnica e erros de medicação) deverão ser notificadas no NOTIVISA mesmo que não tenha causado danos no paciente, e os outros eventos adversos quando tiver qualquer dano relacionado ao paciente serão notificados no NOTIVISA no módulo de assistência à saúde. Dra Mônica informa que encaminhará mensalmente para a SES o relatório de farmacovigilância, o plano de ação quando houver notificação e treinamento relacionado e a ata de reunião do NUSP. Próxima reunião será no dia 20/06/2017.

Providências	Responsável	Prazo	Validação

Considerações Adicionais:

Participantes/Assinaturas:

Thalyta Freitas Castro	
Lys Bernardes Minasi	
Lorryanne Camilla Dias Elias	
João Francisco Martins	
Mônica Ribeiro Costa	

Redator: Beatriz Almeida Gomes

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 1/1	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	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

ATA DE REUNIÃO



Dia: 21/06/2017

Horário: 10:30 h

Local: Diretoria Técnica

Pauta: Núcleo de Segurança do Paciente

Aos 21 dias do mês de junho de 2017, às 10:30h reuniram-se na Diretoria Técnica do HDS Santa Marta, a Diretora Técnica da Unidade, Dra Mônica Ribeiro Costa, a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi, as Farmacêuticas Bárbara Posse Reis e Thalyta Freitas Castro e o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins. Registra-se que o Técnico de Enfermagem Sr. Geraldo Roberto Braga, a Enfermeira da CCIH Lorryanne Camilla Dias Elias e as Representantes do Corpo Clínico Alessandra Nóbrega Serquiz e Isadora Crosara não puderam comparecer a esta reunião. Lys inicia com a leitura da ata da reunião anterior. Dra Mônica informa que as farmacêuticas não enviaram o treinamento da farmacovigilância e solicita para enviar os próximos treinamentos. Informa também, que os eventos e reações adversos enviará para SES, porém é para continuar encaminhando no relatório os erros de medicação. A SES enviará uma planilha com orientações da farmacovigilância. Dra Mônica pergunta se o boletim de farmacovigilância foi divulgado e Thalyta responde que solicitou para o Jeandro e o mesmo pediu a equipe da TI da AGIR. Lys relata que verificou nas caixas de notificação e não possui nenhuma notificação. Bárbara informa que fará a divulgação e treinamento no mês de junho para os médicos e equipe do curativo. João comenta que no evento que ocorreu de queda próximo a Fisioterapia, foram tomadas as medidas necessárias. Próxima reunião será no dia 24/07/2017 às 10:30h.

Providências	Responsável	Prazo	Validação

Considerações Adicionais:

Participantes/Assinaturas:

Bárbara Posse R. Martins	Assinatura
João Francisco Martins	
Lys Bernardes Minasi	
Thalyta Freitas Castro	

Redator: Beatriz Almeida Gomes

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 1/1	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	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

ANEXO II- SES/GO – INVENTÁRIO TRIMESTRAL DE TODOS OS BENS MÓVEIS E IMÓVEIS
(PROTOCOLADO NA SES/GO POR ASPLAN)

ANEXO III- RELATÓRIO TRIMESTRAL DA ENGENHARIA CLÍNICA

ANEXO IV- RELATÓRIO DE CUSTOS