



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



**4º TERMO ADITIVO AO TERMO DE
TRANSFERÊNCIA DE GESTÃO Nº 002/2013
RELATÓRIO TRIMESTRAL (ITEM 2.56)
REFERÊNCIA: JULHO, AGOSTO E
SETEMBRO/2017.**

Goiânia /GO.

Outubro/17.

AGIR

DIRETORIA

Washington Cruz - Diretor Presidente

José Alves Filho - Vice-Diretor

Ruy Rocha de Macedo - Diretor Tesoureiro

CONSELHEIROS

Alberto Borges de Souza .

José Evaldo Balduino Leitão

José Evaristo dos Santos

Paulo Afonso Ferreira

Cesar Helou

Fernando Moraes Pinheiro

Joaquim Caetano de Almeida Netto

Helca de Sousa Nascimento

Pedro Daniel Bittar

Vardeli Alves de Moraes

CONSELHEIROS FISCAIS

Alcides Rodrigues Júnior

Cyro Miranda Gifford Júnior

Gláucia Maria Teodoro Reis

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	06
4. PRODUÇÃO DO TRIMESTRE	08
4.1 Resultados das Ações que Foram Executadas no Trimestre	08
4.2 Planejamento das Ações que Serão Executadas no Próximo Trimestre	08
5. DIVULGAÇÃO E FORTALECIMENTO SOCIAL DO HDS	09
6. INDICADORES DE QUALIDADE	09
6.1 Indicadores de Qualidade da Parte Variável do Contrato	09
6.1.1 Resolução das Queixas	09
6.1.2 Pesquisa de Satisfação	10
6.1.3 Cumprimento dos Indicadores	10
6.1.4 Resultados das Ações que foram Executadas no Trimestre	11
6.2 Pesquisa de Satisfação entre o ótimo e bom	11
6.2.1 Resultas das Ações que foram Executadas no Trimestre	12
6.2.2 Planejamento das Ações que Serão Executadas no Próximo Trimestre	12
7. FARMACOVIGILÂNCIA	12
7.1 Estrutura do Serviço	13
7.1.1 Cumprimento do Indicador	13
7.1.2 Reação Adversa	13
7.1.3 Eventos Adversos - Queixas Técnicas e Desvios de Qualidade	13
7.1.4 Cumprimento do Indicador	14
7.1.5 Planejamento das Ações que serão executadas no Próximo Trimestre e os resultados do Trimestre Anterior	14
8. GERENCIAMENTO DA UNIDADE AMBULATORIAL	14
9 SIGLAS	21
ANEXOS	22

1 – APRESENTAÇÃO

Em conformidade 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 do Planejamento das Ações das Atividades Desenvolvidas**, referente ao meses de **Julho, Agosto e Setembro/2017** conforme a Cláusula Segunda, (item 2.56, p.6).

A AGIR, possui personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº. 5591/2002, reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual nº. 15.503/2005 e re-certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social -CEBAS-SAÚDE pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.180/2015.

O 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 consequência da política de atenção a pessoa com hanseníase e de diretrizes nacionais de desospitalização para estes pacientes, em 1983 foi transformado em 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 20 (vinte) pacientes/moradores.

A SES-GO, no intuito de atender aos princípios basilares da administração pública e do SUS, integrou o HDS ao Centro 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 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.

As informações apresentadas neste relatório são extraídas do banco de dados do sistema de gestão hospitalar interno, que realiza o gerenciamento de todos os processos assistenciais, administrativos e financeiros de forma integrada. Com isso, as informações evidenciadas demonstram os atendimentos prestados pela instituição no período de julho a setembro/2017 e o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte.

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.

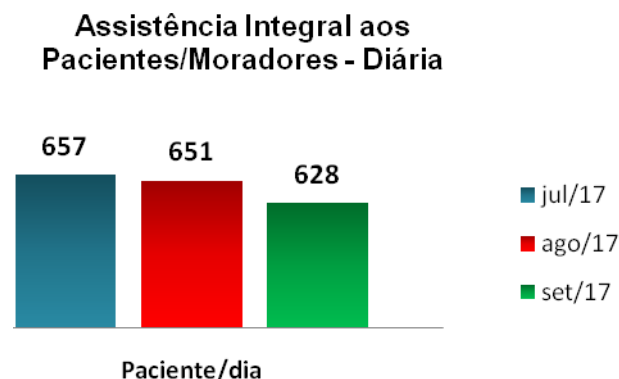
3 - PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS NO HDS

3.1- Cuidados Integrais aos Pacientes/Moradores

Assistência integral, aos 20 (vinte) pacientes/moradores. Estes são idosos em sua maioria com média de idade de 71 anos, com algum grau de dependência física, psíquica ou com deformidades físicas decorrentes de sequelas 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, no entanto, os atendimentos prestados a estes não são faturados.



Fonte: Relatório Gerencial

Nota: Registra-se que no dia 27/07/2017 o paciente/morador M.P.F. foi a óbito. A partir desta data eram 21 pacientes/moradores, e, em 28/09/2017 o paciente/morador S.A.S. também veio a óbito. Atualmente são 20(vinte) pacientes/moradores.

3.2 Atendimento Ambulatorial

O atendimento ambulatorial compreende:

- a. Primeira consulta: é a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Município de Goiânia ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.
- b. Interconsulta: é a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.
- c. Consulta subsequente: são 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 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 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 atendimento não Médico do HDS é composto pelos seguintes profissionais: Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia, Educação Física, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Odontologia.



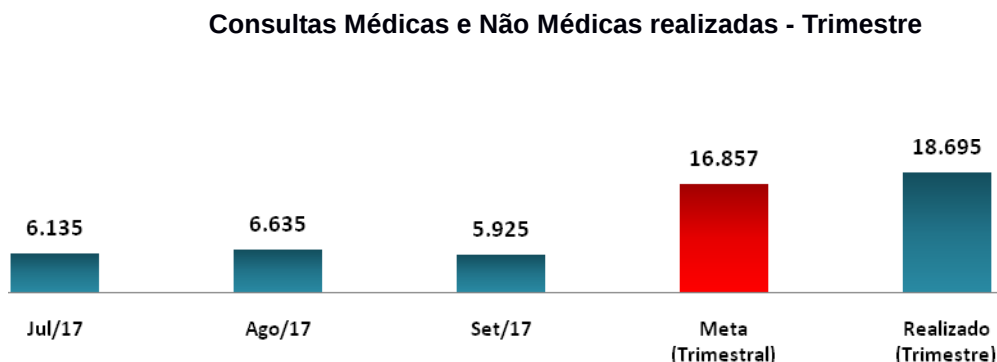
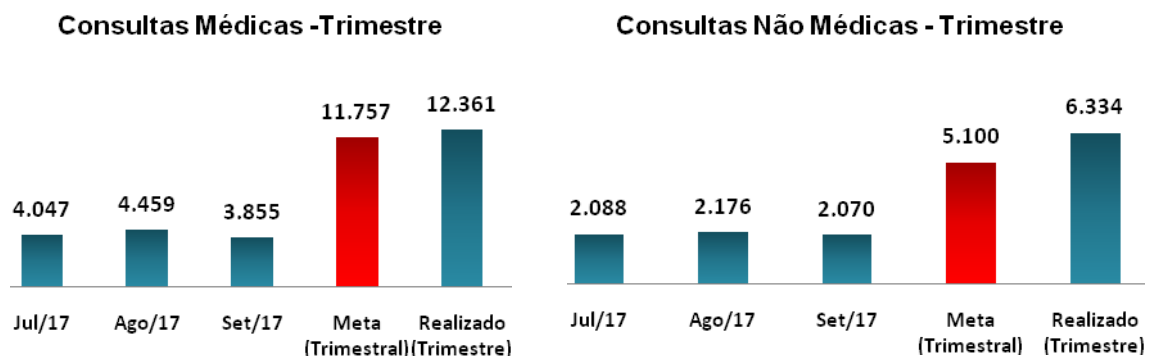
Terapia Ocupacional-Educação Física- Psicologia- Nutrição- Fisioterapia-Odontologia.

A unidade conta com Ambulatório de Curativos que opera com as equipes: médica e de enfermagem para o atendimento aos portadores de feridas crônicas de origem vascular, neuropática e outras, sendo todos regulados pela SMS-Goiânia.

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



No Atendimento Ambulatorial houve um percentual de 105% de Consultas Médicas e 124% de Consultas Não Médicas. Ou seja, as metas estipuladas no trimestre foram atingidas com um percentual de 110,90% como informam os gráficos:



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para o Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Não Médicas foi de 110,90%

4. PRODUÇÃO TRIMESTRAL

4º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão N°002/2013 SES/GO Produção JULHO, AGOSTO E SETEMBRO/2017.				
01- CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES				
Assistência Integral aos Pacientes Moradores-Diárias	JULHO/17	AGOSTO/17	SETEMBRO/17	% Atingido do Trimestre
META	660	660	660	1.980
REALIZADO	657	651	628	1.936
% ATINGIDO	100%	99%	95%	98%
02- ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
0301010072- Consulta Médica	JULHO/17	AGOSTO/17	SETEMBRO/17	% Atingido do Trimestre
META	3.919	3.919	3.919	11.757
REALIZADO	4.047	4.459	3.855	12.361
% ATINGIDO	103%	114%	98%	105%
0301010048/ 0301010030/ 0301010153/ 0301080178 - Consulta Não Médica	JULHO/17	AGOSTO/17	SETEMBRO/17	% Atingido do Trimestre
META	1.700	1.700	1.700	5.100
REALIZADO	2.088	2.176	2.070	6.334
% ATINGIDO	122%	128%	122%	124%
METAS DO GRUPO	5.619	5.619	5.619	16.857
REALIZADO DO GRUPO	6.135	6.635	5.925	18.695
% ATINGIDO DO GRUPO	109%	118%	105%	110,90%

Fonte: Relatório Gerencial

4.1 Resultados das Ações que Foram Executadas no Trimestre

Os indicadores quantitativos de Consulta Médica em análise individual atingiram um percentual de 103%, e Consulta Não Médica 122% referentes ao mês de Julho/2017. Em análise trimestral a meta do Grupo Atendimento Ambulatorial atingiu um percentual de 110,90%. A unidade realizou readequações das agendas para os atendimentos, afim do cumprimento das metas estipuladas em contrato, com análise dos resultados obtidos semanalmente.

4.2 Planejamento das Ações que Serão Executadas no Próximo Trimestre

Em Análise do atendimento Ambulatorial as metas foram atingidas e a unidade manterá o planejamento das ações para o próximo trimestre.

A assistência aos 20 pacientes/moradores, os cuidados básicos de alimentação, vestimenta, moradia, atividades de lazer, sócio culturais, além de cuidados médicos e dos

demais profissionais da saúde, dentro dos limites operacionais da unidade, informa-se que foram atendidos com resultados positivos, com isso, justifica-se que serão mantidas as ações de assistência para o próximo trimestre.

5. DIVULGAÇÃO E FORTALECIMENTO SOCIAL DO HDS

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 com ações que denotem lealdade e transparência.

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 e outros.

O HDS tem desempenhado sua função social conjugando esses princípios de humanização, responsabilidade e transparência, comunicando suas atividades à sociedade e, para o próximo trimestre serão mantidas as ações em busca da prestação de serviços com qualidade aos usuários.

6. INDICADORES DE QUALIDADE

6.1 Indicadores da Parte Variável do Contrato

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

b. 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.

6.1.1 Resolução das Queixas

a. O indicador está relacionado à qualidade da assistência oferecida aos usuários. A resolução deve ser de no mínimo 80% das queixas recebidas.

b. Entende-se por queixa: conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente.

c. Compreende-se por resolução de queixas: 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.

6.1.2 Pesquisa de Satisfação

a. A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da unidade destina-se à avaliação da percepção de qualidade dos serviços pelos pacientes ou acompanhantes. Mensalmente são aplicados questionários específicos nos ambulatorios, abrangendo 10% do total de pacientes atendidos em consulta, de modo proporcional ao montante de pacientes atendidos em Consultas Médicas, Não Médicas e Cuidados em Feridas Crônicas.

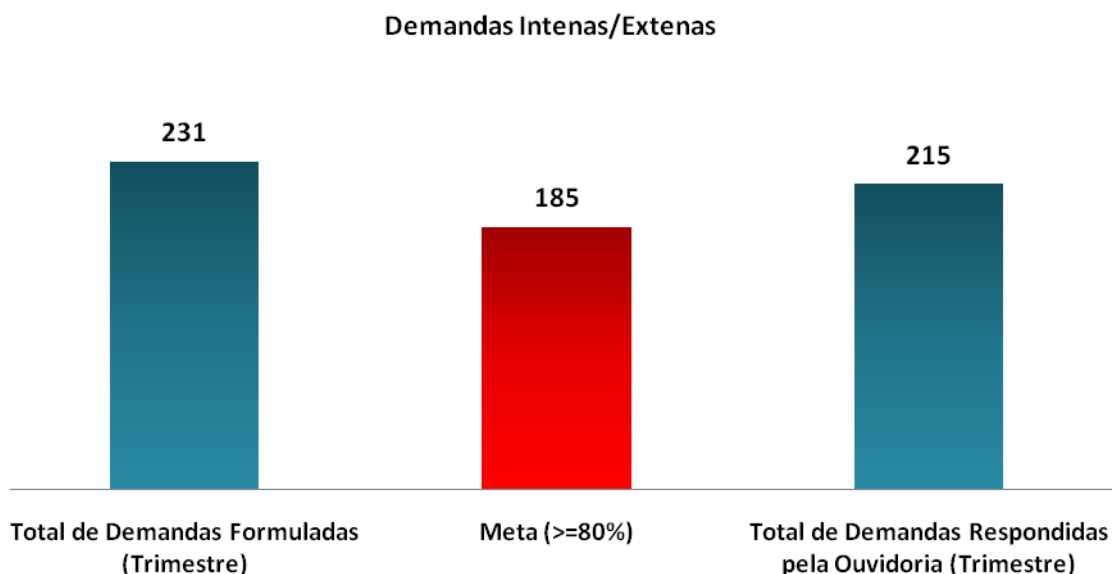
b. A pesquisa é eletrônica, registrada em sistema de informação gerencial, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários são avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde. É fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações por setor em três grupos de atendimento ambulatorial: Atenção Médica, Não Médica e de Cuidados em Feridas.

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

6.1.3 Cumprimento dos Indicadores

Apresenta-se abaixo os dados do cumprimento dos indicadores, relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários do HDS.

No trimestre de Julho a Setembro/2017 foram abertas 231 demandas internas, sendo que foram respondidas 215 destes requerimentos, conforme gráfico abaixo:



O percentual de queixas respondidas no trimestre com relação total de queixas registradas foi 93,07%

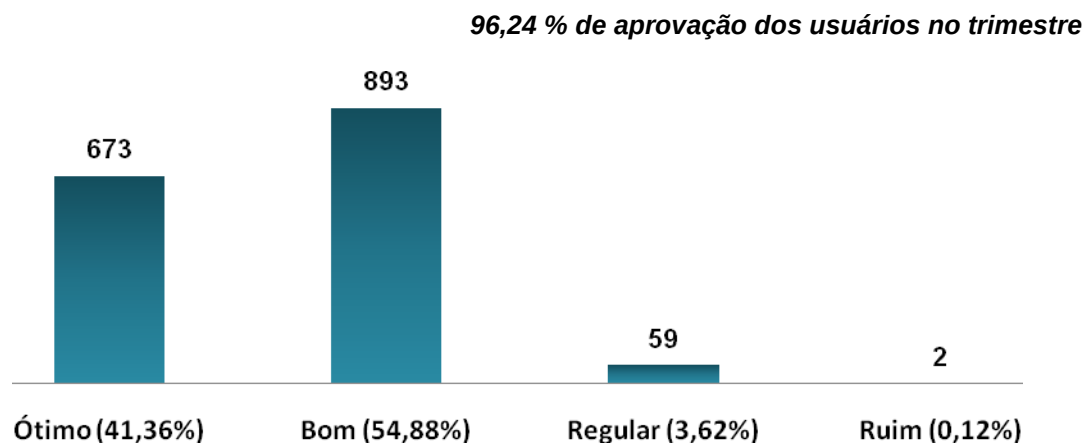
6.1.4 Resultados das Ações que foram Executadas no Trimestre

Em busca de melhoria contínua, a unidade apresenta a resolução das queixas recebidas internas/externas, ou seja, o quantitativo de respostas emitidas pela Ouvidoria: no mês de julho/2017 houve um percentual de 96,15%, no mês de Agosto/2017 houve um percentual de 100%, e em Setembro/2017 de 88,89%. Em análise trimestral o indicador atingiu um percentual de resposta às queixas registradas de 93,07%.

6.2 Pesquisa de Satisfação entre o ótimo e o bom

Na pesquisa de qualidade de atendimento do HDS, realizada no trimestre, foram entrevistados 1.627 pacientes/usuários. Sendo assim, a pesquisa abrange 10% do total de pacientes atendidos em consultas ambulatoriais, de modo proporcional ao montante de pacientes atendidos em Consultas Médicas, Não Médicas e Cuidados em Feridas Crônicas. Tal percentual atesta a satisfação dos usuários com os atendimentos prestados pelo HDS sob gerenciamento da AGIR.

Segue abaixo a demonstração gráfica da pesquisa de satisfação dos usuários no trimestre, a unidade obteve índice satisfatório entre ótimo e bom referente aos meses de Julho a Setembro/2017.



Fonte: Questionário Específico

6.2.1 Resultados das Ações que foram Executadas no Trimestre

A Pesquisa de Satisfação referente ao trimestre foi realizada na unidade de forma provocativa através de formulário específico, na qual em Julho/2017 houve um percentual de 95,83%, em Agosto/2017 houve um percentual de 96,91% e em Setembro/17 houve um percentual de 96,05% de satisfação dos usuários, com isso, em análise trimestral o indicador atingiu um percentual 96,24%.

6.2.2 Planejamento das Ações que Serão Executadas no Próximo Trimestre

A unidade manterá o planejamento das ações para o próximo trimestre/2017 e aplicações de medidas embasadas na qualidade em busca de atingir, sem interromper, os resultados do período.

7. FARMACOVIGILÂNCIA

Promove melhoria 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:

a. 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;

b. 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 causada pela administração do mesmo.

A meta a ser atingida é a estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente - NUSP, 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.

7.1 Estruturação do Serviço

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

Para evidenciar as atividades do Núcleo de Segurança do Paciente, segue em anexo cópias das Atas de Reuniões realizadas nos meses de Julho a Setembro/2017 que descreve as ações realizadas no trimestre.

7.1.1 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 estes são registrados em ficha de eventos adversos, e inseridos no sistema de Notificação em Vigilância Sanitária-NOTVISA, mesmo os eventos sem dano ao paciente, de acordo com a Nota Técnica Conjunta nº 2/2015 Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde-GGTES e Gerencia Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária - GEGEMON /ANVISA.

7.1.2 Reação adversa

Durante os meses de Julho a Setembro/2017 não ocorreram registros de reações adversas a medicamentos administrados aos pacientes no HDS.

7.1.3 Eventos Adversos - Queixas técnicas e desvios de qualidade

Durante os meses de Julho a Setembro/2017 não ocorreram queixas técnicas. Foi realizado o acompanhamento no site do NOTIVISA da queixa técnica do medicamento Travoprost Sol. Oftálmica registrada em maio/2017. A ANVISA avaliou e classificou a notificação em agrupamento e em classe de risco III (risco baixo), e que está em análise o recebimento de novas notificações sobre o mesmo produto/lote para avaliação das medidas a serem adotadas.

7.1.4 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 GGTES e GEGEMON /ANVISA.

7.1.5 Planejamento das Ações que Serão Executadas no Próximo Trimestre e os Resultados do Trimestre Anterior.

Informa-se que o planejamento para o próximo trimestre a unidade manterá em pleno acompanhamento as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente. 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.

8. GERENCIAMENTO DA UNIDADE AMBULATORIAL

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 DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u> Total de consultas disponibilizadas	234
		240
% ATINGIDO		98%
% DA PERDA PRIMÁRIA		2%

INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA/ TRATAMENTO DE FERIDAS DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u> Total de consultas disponibilizadas	112
		115
% ATINGIDO		97%
% DA PERDA PRIMÁRIA		3%

INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u> Total de consultas disponibilizadas	204
		222
% ATINGIDO		92%
% DA PERDA PRIMÁRIA		8%

INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	$\frac{\text{Total de consultas agendadas}}{\text{Total de consultas disponibilizadas}}$	3.325
		3.411
% ATINGIDO		97%
% DA PERDA PRIMÁRIA		3%

INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	$\frac{\text{Total de consultas agendadas}}{\text{Total de consultas disponibilizadas}}$	4.770
		4.960
% ATINGIDO		96%
% DA PERDA PRIMÁRIA		4%

INDICADOR	FORMULA	ENDOCRINOLOGIA DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u> Total de consultas disponibilizadas	1
		1
% ATINGIDO		100%
% DA PERDA PRIMÁRIA		0%

INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	$\frac{\text{Total de consultas agendadas}}{\text{Total de consultas disponibilizadas}}$	2.312
		2.518
% ATINGIDO		92%
% DA PERDA PRIMÁRIA		8%

INDICADOR	FORMULA	CARDIOLOGIA DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	$\frac{\text{Total de consultas agendadas}}{\text{Total de consultas disponibilizadas}}$	116
		120
% ATINGIDO		97%
% DA PERDA PRIMÁRIA		3%

INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	$\frac{\text{Total de consultas agendadas}}{\text{Total de consultas disponibilizadas}}$	68
		70
% ATINGIDO		97%
% DA PERDA PRIMÁRIA		3%

INDICADOR	FORMULA	TOTAL DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	11.142
	Total de consultas disponibilizadas	11.657
% ATINGIDO		96%
% DA PERDA PRIMÁRIA		4%

Fonte: www4.goiania.go.gov.br

Nota Explicativa:

Identifica-se 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 1º 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 (%)	<u>Total de consultas realizadas</u>	184	49	25	258
	Total de consultas agendadas	236	61	37	334
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		78%	80%	68%	77%
% DE ABSENTEÍSMO		22%	20%	32%	23%

INDICADOR	FORMULA	CARDIOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	<u>Total de consultas realizadas</u>	71	431	152	654
	Total de consultas agendadas	116	495	175	786
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		61%	87%	87%	83%
% DE ABSENTEÍSMO		39%	13%	13%	17%

INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA/TRATAMENTO DE FERIDAS			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	<u>Total de consultas realizadas</u>	47	297	102	446
	Total de consultas agendadas	112	277	98	487
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		42%	107%	104%	92%
% DE ABSENTEÍSMO		58%	0%	0%	8%

INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	$\frac{\text{Total de consultas realizadas}}{\text{Total de consultas agendadas}}$	103	382	110	595
		204	429	137	770

% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO	50%	89%	80%	77%
% DE ABSENTEÍSMO	50%	11%	20%	23%

INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	<u>Total de consultas realizadas</u>	1.469	491	364	2.324
	Total de consultas agendadas	3.325	634	383	4.342
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		44%	77%	95%	54%
% DE ABSENTEÍSMO		56%	23%	5%	46%

INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	<u>Total de consultas realizadas</u>	2.803	1.966	402	5.171
	Total de consultas agendadas	4.770	2.248	480	7.498
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		59%	87%	84%	69%
% DE ABSENTEÍSMO		41%	13%	16%	31%

INDICADOR	FORMULA	ENDOCRINOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	<u>Total de consultas realizadas</u>	1	292	57	350
	Total de consultas agendadas	1	348	72	421
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		100%	84%	79%	83%
% DE ABSENTEÍSMO		0%	16%	21%	17%

INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	<u>Total de consultas realizadas</u>	1.407	670	152	2.229
	Total de consultas agendadas	2.312	782	185	3.279
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		61%	86%	82%	68%
% DE ABSENTEÍSMO		39%	14%	18%	32%

INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas	28	182	51	261
	Total de consultas agendadas	68	240	76	384
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		41%	76%	67%	68%
% DE ABSENTEÍSMO		59%	24%	33%	32%

INDICADOR	FORMULA	TOTAL			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas realizadas	6.113	4.760	1.415	12.288
	Total de consultas agendadas	11.144	5.514	1.643	18.301
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		55%	86%	86%	67%
% DE ABSENTEÍSMO		45%	14%	14%	33%

Fonte: Relatório Gerencial / Serviço de Atendimento Ambulatorial

Notas Explicativas:

1- Registra-se que foi realizado o total de **12.361** consultas médicas, como informado nos Relatórios Circunstanciados de Atividades Desenvolvidas nos mês de Julho a Setembro/2017, 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 **12.288**, tal inconsistência ocorreu em decorrência da não finalização de **73** consultas no sistema de gestão hospitalar da unidade. Informa-se que estes fatos ocorreram de falhas apresentadas no processo de registros das consultas por alguns profissionais, e que as medidas para sanar os problemas decorrentes dos registros por parte da equipe médica foram implantados pela Diretoria Técnica da Unidade, tais como, reforço do treinamento e acompanhamento contínuo dos registros.

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.

a. 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	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	431
		223
INDICE ATINGIDO		1,93

INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA/TRATAMENTO DE FERIDAS
Índice de Retorno	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	297
		149
INDICE ATINGIDO		1,99

INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA
Índice de Retorno	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	382
		213
INDICE ATINGIDO		1,79

INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA
Índice de Retorno	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	491
		1.833
INDICE ATINGIDO		0,27

INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Índice de Retorno	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	1.966
		3.205
INDICE ATINGIDO		0,61

INDICADOR	FORMULA	ENDOCRINOLOGIA
Índice de Retorno	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	292
		58
INDICE ATINGIDO		5,03

INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA
Índice de Retorno	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	670
		1.559
INDICE ATINGIDO		0,43

INDICADOR	FORMULA	CIRURGIA GERAL
Índice de Retorno	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	49
		209
INDICE ATINGIDO		0,23

INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA
Índice de Retorno	$\frac{\text{Total de consultas subsequentes}}{\text{Total de primeiras consultas}+\text{Total de interconsultas}}$	182
		79
INDICE ATINGIDO		2,30

INDICADOR	FORMULA	TOTAL DO ÍNDICE DE RETORNO DO TRIMESTRE
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	4.760
		7.528
INDICE ATINGIDO		0,63

8.1 Resultados das Ações que Foram Executadas no Trimestre

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.

Informa-se que para extrair os dados referentes aos indicadores, Taxa de Absenteísmo e Índice de Retorno, foi necessário o desenvolvimento de Relatório Gerencial, com a finalidade de obter resultados positivos, foi identificado que 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 encontrar-se inoperante, impossibilitando o registro dos atendimentos.

8.1.2 Planejamento das Ações que Serão Executadas no Próximo Trimestre

Registra-se que para o próximo trimestre, a unidade irá manter a continuidade das ações aplicadas para eliminar quaisquer falhas na apresentação dos dados, e permanecerá de acordo com a sua capacidade instalada, ofertando vagas ao Complexo Regulador, e com isso, garantirá a continuidade da assistência à saúde do usuário através de retornos e interconsultas.

9. SIGLAS

AGIR	Associação Goiana de Integralização e Reabilitação
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBAS-SAÚDE	Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social na área de Saúde
CRER	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
GEGEMOM	Gerência Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária
HDS	Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta
NOTVISA	Notificação em Vigilância Sanitária
SES-GO	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás
SMS	Secretaria Municipal de Saúde - Goiânia
SUS	Sistema Único de Saúde

ANEXOS

Anexo I- Atas do NUSP – Referente ao período de Julho a Setembro/2017.

Sistema de Gestão da Qualidade		ATA DE REUNIÃO
Dia: 24/07/2017	Horário: 10 horas	
Local: Diretoria Técnica		
Pauta: Reunião NUSP		
Aos 24 dias do mês de julho de 2017, às 10:00 h reuniram-se na Diretoria Técnica do HDS Santa Marta, a Diretora Técnica da Unidade Doutora Mônica Ribeiro Costa, a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi e Enfermeira da CCIH Lorrayne Camilla Dias Elias, Farmacêutica Thalyta Freitas Castro e Bárbara Posse Reis marins e o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins. Registra-se que o Técnico de Enfermagem Geraldo Roberto Braga 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. Lorrayne informa que teve somente 1 notificação com um paciente morador, classificado como dano leve. Informa também, que solicitou ao SERTI para colocar acesso na intranet para os colaboradores realizarem a Notificação de Evento Adverso. Bárbara esclarece que o Boletim Farmacológico foi encaminhado para o Jeandro divulgar na intranet e informa que falta o treinamento com os médicos. Lys informa que têm os médicos de cada especialidade que avaliam os pacientes moradores, com isso, as Farmacêuticas podem dar primeiramente o treinamento sobre o Guia Farmacológico para o Dr. Rogério, Dr. Leonardo, Dr. Jules e Dra. Maria Cristina, além de todos Geriátras da Instituição. Lys informa que nós precisamos avaliar uma forma de uma Prescrição Médica mais segura, pois está com muito erro referente a suspensão da medicação, letra ilegível nos acréscimos e prescrição no verso ou rodapé do formulário de prescrição. Dra Mônica pergunta para Lys se podemos fazer os acréscimos em uma prescrição separada e fica definido que os acréscimos ficarão em uma folha a parte da prescrição quinzenal. Lys informa que não é papel da Enfermagem acionar o médico para que troque a medicação por não ser padronizada ou por estar em falta na Instituição. Bárbara solicita a escala médica e Dra Mônica solicitará para Beatriz repassar para Farmácia. Dra Mônica explica que as Farmacêuticas podem ligar para a secretária para pagar o telefone pessoal dos médicos, e com isso, melhorar a comunicação com a equipe médica. Dra Mônica sugere para colocar o ramal na mesa do Posto de Enfermagem e Lys verificará se o ramal permanece nas mesas ou se tem que colocar novo ramal. Dra Mônica pergunta para o João se podemos fazer algo para minimizar as quedas dos pacientes e João informa que já fizeram o necessário. Lorrayne informa que já foram solicitadas as novas caixas de eventos adversos para repor as danificadas e instalar no novo prédio da RA.		

Imprimir Frente e Verso

Conteúdo	Arquivamento	Projeção Acesso	Recuperação	Relatório	Disposição dos registros
	Arquivos Arquivados das áreas	Faixa específica de Colaboradores de área	Por data	Por área	Classificação e Recuperação
R&G 01-23 p. 112	Dentro do processo	Dentro do processo Colaboradores envolvidos no processo	Por nº de processo	Dentro o existência do processo	Tratamento e Resposta
	Arquivo da Comissão	Faixa específica de Membros da Comissão	Por data	Por evento	Não específicos

ATA DE REUNIÃO



Dia: 30/08/2017

Horário: 10:30 h

Local: Diretoria Técnica

Pauta: Núcleo de Segurança do Paciente

Aos 30 dias do mês de agosto 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 Minas, a Farmacêutica Thalita Freitas Castro, a Enfermeira da CCIH Lorrayne Camilla Dias Elias 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. Lorrayne informa que conversou com a encarregada da manutenção, Priscila sobre a data da chegada das caixas de eventos adversos, e a mesma informou que o prazo estimado é em média de 30 dias. Lorrayne informa que até o momento ocorreram 11 notificações de eventos adversos relacionados as queixas técnicas de artigos médicos hospitalares, quedas e engasgo do paciente, e apresenta o gráfico elaborado das notificações ocorridas dos dois primeiros trimestres do ano de 2017 para serem divulgados nos setores e na intranet. Thalita informa que não foi divulgado o guia de alta vigilância para a equipe médica devido ao adiamento da atualização da padronização de medicamentos, portanto ambos serão divulgados posterior a reunião de padronização. Comenta que o curso de capacitação farmacêutica que participou no dia 18/08/17, promovido pelo Hospital Albert Einstein foi voltado para a segurança do paciente e Dra Mônica solicita para organizar uma apresentação e programar uma data até o final do mês de setembro para apresentar sobre o aprendizado do curso a equipe técnica. Thalita informa que os medicamentos de eletrólitos concentrados são potencialmente perigosos e devem ser dispensados pela farmácia e não podem estar disponíveis nos carrinhos de emergência. Dra Mônica informa que a farmácia não funciona finais de semana e sugere que Thalita e Lys providencie uma caixa com a identificação destes medicamentos para ficar disponíveis nos caminhos de emergência, porém separados dos demais. Lorrayne apresenta as perguntas que serão inseridas no formulário de notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde do NUSP na intranet. Lorrayne sugere inserir na intranet slides sobre os temas relacionados a queda, higienização das mãos, lesão por pressão e identificação do paciente e Lys comenta sobre a existência dos protocolos, mas falta a apresentação aos colaboradores. Dra Mônica solicita para Lorrayne reunir com Lys e organizar sobre como divulgar esses protocolos. Lorrayne comenta que os pacientes também podem realizar as notificações, mas que ainda não possuem conhecimento sobre as informações necessárias para realizá-las, e com isso sugeriu a implantação de um banner como informativo, mas após discussão fica definido de ser providenciado outro trabalho para divulgação. Lorrayne informa ainda que será encaminhado a cada gestor sobre as notificações ocorridas em seus setores para que elaborem um plano de ação. Dra Mônica estabelece que a ação deverá ser realizada em conjunto dos setores envolvidos. Próxima reunião será no dia 25/09/2017 às 10:30h.

Providências	Responsável	Prazo	Validação
Apresentação do curso referente a segurança do paciente	Thalita	30/09/2017	Thalita
Caixa com identificação dos medicamentos potencialmente perigosos	Thalita e Lys	Imediato	Lys Thalita
Divulgação do guia de medicamentos de alta vigilância e padronização de medicamentos	Thalita e Bárbara	30/09/2017	Thalita

Identificação	Atribuição/Funcão	Proteção/ Acesso	Recuperação	Monitoria	Disposição dos registros
	Arquivo específico das áreas	Arquivo específico/ Colaboradores da área	Por data	5 anos	Redigimem
RTD 301-40 p. 12	Conteúdo do processo	Arquivo do processo/ Colaboradores envolvidos no processo	Por nº do processo	Durante o andamento do processo	Transcrição / Redigimem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

ATA DE REUNIÃO		 SUS Sistema Único de Saúde SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Governo de Goiás	 HDS Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta
Dia: 25/09/2017	Horário: 10:30 h		
Local: Diretoria Técnica			
Pauta: Núcleo de Segurança do Paciente Aos 25 dias do mês de setembro de 2017, às 10:30h reuniram-se na Diretoria Técnica do HDS Santa Marta, a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi, a Farmacêutica Thalyta Freitas Castro e a Representante do Corpo Clínico Alessandra Nóbrega Serquiz. Registra-se que a Diretora Técnica da Unidade, Dra Mônica Ribeiro Costa, o Técnico de Enfermagem, Sr. Geraldo Roberto Braga, a Enfermeira da CCIH Lorrayne Camilla Dias Elias, o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins, a Farmacêutica Bárbara Posse Reis e a Representante do Corpo Clínico Isadora Crosara não puderam comparecer a esta reunião. Lys inicia com a leitura da ata da reunião anterior. Thalyta informa que foi publicado na intranet na parte de comissões o primeiro boletim de farmacovigilância. Lys informa que os medicamentos potencialmente perigosos já foram separados em vasilhas plásticas e identificados no carrinho de emergência. Lys pergunta se teve notificação de evento adverso na farmácia e Thalyta responde que não. Thalyta informa que a apresentação do curso referente a segurança do paciente marcará para o final de outubro e o treinamento com os médicos será após a reunião da padronização. Lys informa que recolheu as notificações de evento adverso nas urnas e teve 02 notificações, porém não foi preciso ser notificada no NOTIVISA, pois não houve dano ao paciente. Próxima reunião será no dia 20/10/2017 às 10:30h.			
Providências	Responsável	Prazo	Validação
Apresentação do curso referente a segurança do paciente.	Thalyta	Outubro/2017	
Treinamento com os médicos.	Thalyta	Outubro/2017	
Considerações Adicionais:			
Participantes/Assinaturas: 			
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- Atos Administrativos - Nº 007/2015 e Nº 002/2017.



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.
- Arianne 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.

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;
- Lorrayne 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;
- Lorrayne 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 Lorrayne 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