



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



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

Goiânia /GO.

Janeiro/18.

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 Alirio 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 DA UNIDADE	05
3. PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS NO HDS	05
4. PRODUÇÃO DO TRIMESTRE	08
5. INDICADORES DE QUALIDADE	09
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	11
7. FARMACOVIGILÂNCIA	12
8. GERENCIAMENTO DA UNIDADE AMBULATORIAL	14
9. SIGLAS	21
ANEXOS I - ATAS DO NUSP REFERENTE AOS MESES DE OUT/17 A DEZ/17	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 Estadual 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 **Outubro, Novembro e Dezembro/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 Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER por meio do Decreto nº 7.807/2013, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços da unidade.

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

Cumprindo exigência contratual com referência 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 Outubro a Dezembro/2017 e o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte.

2 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

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

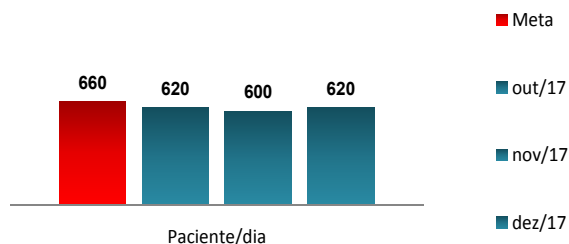
3.1- Cuidados Integrais aos Pacientes Moradores

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.

Assistência Integral aos Pacientes Moradores - Diária
Período: Outubro a Dezembro/2017.



Fonte: Relatório Gerencial

Nota: Registra-se que 02(dois) pacientes moradores foram a óbito nos meses de Julho de 2017 e Setembro de 2017. Com isso, não se conseguiu atingir 100% da meta referente ao trimestre como informa os gráficos acima e a Planilha de Produção do 4º Termo Aditivo neste relatório (p.8).

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 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 07h00 às 13h00, 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.

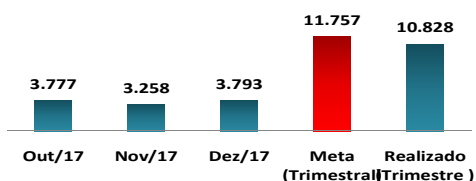
A unidade conta com Ambulatório de Curativos que opera com as equipes: médica e de enfermagem para o atendimento aos portadores de feridas crônicas de origem vascular, neuropática e outras, sendo todos regulados pela SMS-Goiânia.

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

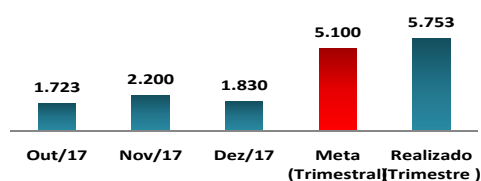


No Atendimento Ambulatorial atingiu um percentual de 92% de Consultas Médicas e 113% de Consultas Não Médicas. Em análise trimestral de Outubro a Dezembro de 2017 o Grupo atingiu um percentual de 98,36% como informam os gráficos.

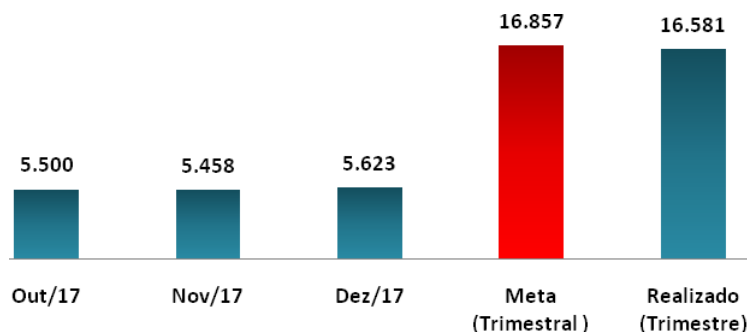
Consultas Médicas - Trimestre



Consultas Não Médicas - Trimestre



Consultas Médicas e Não Médicas realizadas - Trimestre



Fonte: Relatório Gerencial

O percentual atingido no trimestre para o Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Não Médicas foi de 98,36%

4. PRODUÇÃO TRIMESTRAL

4º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão Nº002/2013 SES/GO Produção Outubro, Novembro e Dezembro/2017.				
01- CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES MORADORES				
Assistência Integral aos Pacientes Moradores-Diárias	OUT/17	NOV/17	DEZ/17	% Atingido do Trimestre
META	660	660	660	1.980
REALIZADO	620	600	620	1.840
% ATINGIDO	94%	91%	94%	93%
02- ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
Consulta Médica	OUT/17	NOV/17	DEZ/17	% Atingido do Trimestre
META	3.919	3.919	3.919	11.757
REALIZADO	3.777	3.258	3.793	10.828
% ATINGIDO	96%	83%	97%	92%
Consulta Não Médica	OUT/17	NOV/17	DEZ/17	% Atingido do Trimestre
META	1.700	1.700	1.700	5.100
REALIZADO	1.723	2.200	1.830	5.753
% ATINGIDO	101%	129%	108%	113%
METAS DO GRUPO	OUT/17	NOV/17	DEZ/17	% Atingido do Trimestre
REALIZADO DO GRUPO	5.619	5.619	5.619	16.857
% ATINGIDO DO GRUPO	5.500	5.458	5.623	16.581
	97,88%	97,13%	100,07%	98,36

Fonte: Relatório Gerencial

4.1 Resultados das Ações que Foram Executadas no Trimestre

Em análise trimestral a Consulta Médica atingiu um percentual de 92% e a Consulta Não Médica atingiu um percentual de 113%. Neste período o Grupo Atendimento Ambulatorial de Consulta Médica e Consulta Não Médica atingiu um percentual de 98,36%.

4.2 Planejamento das Ações que Serão Executadas no Próximo Trimestre

Em Análise do Atendimento Ambulatorial as metas foram atingidas 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, foram atendidos com resultados positivos, com isso, justifica-se que serão mantidas as ações de assistência para o próximo trimestre.

5. INDICADORES DE QUALIDADE

5.1 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.

5.1.1 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.

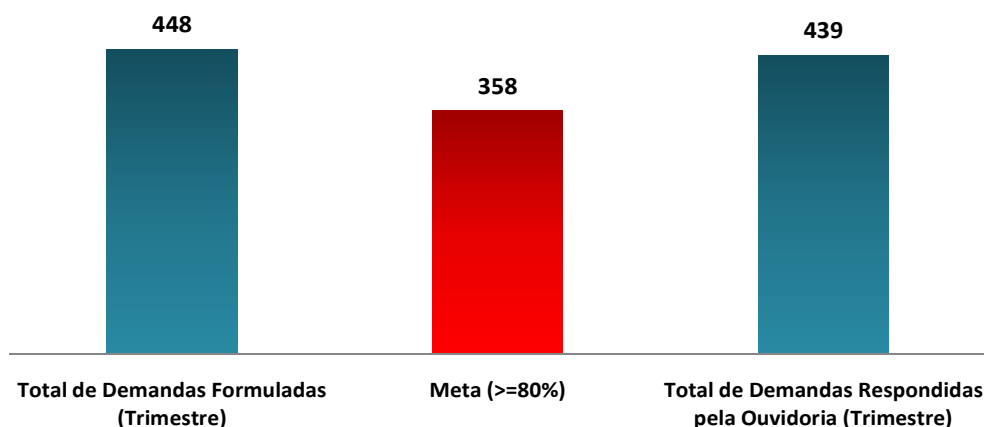
c. Compreende-se por resolução de queixas: conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

5.1.2 Cumprimento dos Indicadores - Demandas Internas/Externas

Apresenta-se abaixo a exposição do cumprimento do indicador, relacionado à qualidade da assistência oferecida aos usuários do HDS, em conformidade com o pactuado no 4º Terno Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão nº 002/2013.

No trimestre de Outubro a Dezembro de 2017 foram abertas 448 demandas internas, sendo que foram respondidas 439 desses requerimentos, conforme informa os gráficos abaixo:

Demandas Internas/Externas



Fonte: Ouvidoria HDS.

O percentual de queixas respondidas no trimestre com relação total de queixas registradas foi 98%

5.1.3 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. Com isso, no mês de Outubro de 2017 atingiu um percentual de 97,35%, no mês de Novembro de 2017 atingiu um percentual de 98,85% e em Dezembro de 2017 atingiu um percentual de 97,52%.

Em análise trimestral o indicador atingiu um percentual de resposta às queixas registradas de 98%. A unidade cumpriu todas as exigências relativas as metas de qualidade do contrato de gestão.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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 ambulatórios, 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.

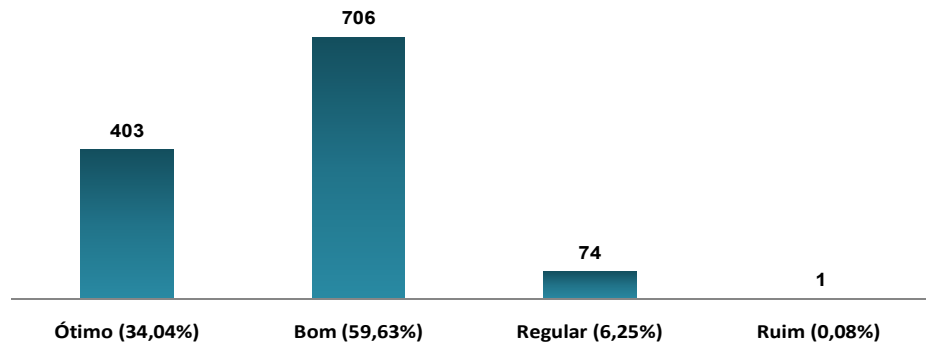
c. O funcionamento da Ouvidoria na unidade HDS está previsto no Termo de Transferência de Gestão nº. 002/2013 firmado com SES-GO, no qual o modelo de Ouvidoria Pública é norteado pela Lei 12.527/2011, que regula o acesso às informações por meio da instituição do Serviço de Informação ao Cidadão, que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

6.1 Pesquisa de Satisfação entre o ótimo e o bom

Na pesquisa de qualidade de atendimento do HDS, realizada no trimestre, foram entrevistados 1.184 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 Outubro a Dezembro de 2017.

93,67% de aprovação dos usuários no trimestre



Fonte: Ouvidoria HDS.

6.1.1 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 Outubro de 2017 atingiu um percentual de 95,72%, em Novembro de 2017 atingiu um percentual de 92,60% e, em Dezembro de 2017 atingiu um percentual de 93,01% de satisfação dos usuários.

Em análise trimestral o indicador atingiu um percentual 93,67%. A unidade cumpriu todas as exigências relativas as metas de qualidade do contrato de gestão 002/2013-SES/GO.

6.1.2 Planejamento das Ações que Serão Executadas no Próximo Trimestre

A unidade manterá o planejamento das ações para o próximo trimestre de 2018 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 as ações mensais do Núcleo de Segurança do Paciente e o número total de notificações de eventos adversos com o uso de medicamentos encaminhadas ao Serviço 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 Outubro a Dezembro de 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 Outubro a Dezembro de 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 Outubro a Dezembro de 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 nº 2/2015 GGES 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 avaliaram 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 nº 2/2015 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
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	184
	Total de consultas disponibilizadas	197
% ATINGIDO		93%
% PERDA PRIMÁRIA		7%
INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	111
	Total de consultas disponibilizadas	115
% ATINGIDO		97%
% PERDA PRIMÁRIA		3%
INDICADOR	FORMULA	TRATAMENTO DE FERIDAS
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	32
	Total de consultas disponibilizadas	37
% ATINGIDO		86%
% PERDA PRIMÁRIA		14%
INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	149
	Total de consultas disponibilizadas	179
% ATINGIDO		83%
% PERDA PRIMÁRIA		17%
INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	2.828
	Total de consultas disponibilizadas	2.952
% ATINGIDO		96%
% PERDA PRIMÁRIA		4%
INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	3.874
	Total de consultas disponibilizadas	4.281
% ATINGIDO		90%
% PERDA PRIMÁRIA		10%
INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	1.800
	Total de consultas disponibilizadas	2.439
% ATINGIDO		74%
% PERDA PRIMÁRIA		26%
INDICADOR	FORMULA	CARDIOLOGIA
Perda Primária (%)	<u>Total de consultas agendadas</u>	109

	Total de consultas disponibilizadas	112
	% ATINGIDO	97%
	% PERDA PRIMÁRIA	3%
INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA
Perda Primária (%)	Total de consultas <u>agendadas</u>	18
	Total de consultas disponibilizadas	20
	% ATINGIDO	90%
	% PERDA PRIMÁRIA	10%
INDICADOR	FORMULA	TOTAL DO TRIMESTRE
Perda Primária (%)	Total de consultas <u>agendadas</u>	9.073
	Total de consultas disponibilizadas	10.295
	% ATINGIDO	88%
	% PERDA PRIMÁRIA	12%

Fonte: www4.goiania.go.gov.br

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	CARDIOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1ª CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	58	341	132	531
	Total de consultas agendadas	109	408	166	683
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		53%	84%	80%	78%
% ABSENTEÍSMO		47%	16%	20%	22%

INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1ª CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	54	152	64	270
	Total de consultas agendadas	111	174	62	347
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		49%	87%	103%	78%
% ABSENTEÍSMO		51%	13%	0%	22%

INDICADOR	FORMULA	TRATAMENTO DE FERIDAS			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	8	193	18	219
	Total de consultas agendadas	32	129	11	172
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		25%	150%	164%	127%
% ABSENTEÍSMO		75%	0%	0%	0%

INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	73	478	76	627
	Total de consultas agendadas	150	577	101	828
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		49%	83%	75%	76%
% ABSENTEÍSMO		51%	17%	25%	24%

INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	1.437	436	225	2.098
	Total de consultas agendadas	2.828	545	223	3.596
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		51%	80%	101%	58%
% ABSENTEÍSMO		49%	20%	0%	42%

INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	2.235	1.902	309	4.446
	Total de consultas agendadas	3.875	2.234	341	6.450
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		58%	85%	91%	69%
% ABSENTEÍSMO		42%	15%	9%	31%
INDICADOR	FORMULA	ENDOCRINOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	0	405	83	488
	Total de consultas agendadas	0	508	104	612
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		0%	80%	80%	80%
% ABSENTEÍSMO		0%	20%	20%	20%

INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	1.118	606	151	1.875
	Total de consultas agendadas	1.800	676	150	2.626
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		62%	90%	101%	71%
% ABSENTEÍSMO		38%	10%	0%	29%

INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	4	14	2	20
	Total de consultas agendadas	0	52	18	70
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		0%	27%	11%	29%
% ABSENTEÍSMO		0%	73%	89%	71%

INDICADOR	FORMULA	INFECTOLOGIA			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	0	0	36	36
	Total de consultas agendadas	0	0	38	38
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		0%	0%	95%	95%
% ABSENTEÍSMO		0%	0%	5%	5%

INDICADOR	FORMULA	TOTAL			TOTAL DO TRIMESTRE
		1º CONSULTA	RETORNO	INTERCONSULTA	
Taxa de Absenteísmo (%)	Total de consultas <u>realizadas</u>	5.114	4.583	1.121	10.818
	Total de consultas agendadas	9.090	5.359	1.239	15.688
% ATINGIDO DE COMPARECIMENTO		56%	86%	90%	69%
% ABSENTEÍSMO		44%	14%	10%	31%

Fonte: www4.goiania.go.gov.br

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	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	341
		190
INDICE ATINGIDO		1,79

INDICADOR	FORMULA	ANGIOLOGIA
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	152
		118
INDICE ATINGIDO		1,29

INDICADOR	FORMULA	TRATAMENTO DE FERIDAS
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	193
		26
INDICE ATINGIDO		7,42

INDICADOR	FORMULA	GERIATRIA
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u>	478
	Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	149
INDICE ATINGIDO		3,21

INDICADOR	FORMULA	OFTALMOLOGIA
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	436
		1.662
INDICE ATINGIDO		0,26

INDICADOR	FORMULA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	1.902
		2.544
INDICE ATINGIDO		0,75

INDICADOR	FORMULA	ENDOCRINOLOGIA
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	405
		83
INDICE ATINGIDO		4,88

INDICADOR	FORMULA	DERMATOLOGIA
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	606
		1.269
INDICE ATINGIDO		0,48

INDICADOR	FORMULA	CIRURGIA GERAL
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	56
		152
INDICE ATINGIDO		0,37

INDICADOR	FORMULA	PSIQUIATRIA
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	14
		6
INDICE ATINGIDO		2,33

INDICADOR	FORMULA	INFECTOLOGIA
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	0
		36
INDICE ATINGIDO		0,00

INDICADOR	FORMULA	TOTAL DO TRIMESTRE
Índice de Retorno	<u>Total de consultas subsequentes</u> Total de primeiras consultas+Total de interconsultas	4.583
		6.235
INDICE ATINGIDO		0,74

Fonte: www4.goiania.go.gov.br

8.1 Resultados das Ações que Foram Executadas no Trimestre

No trimestre em análise, 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.

8.1.1 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, 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 Estadual 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 Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta
NOTVISA	Notificação em Vigilância Sanitária
SES-GO	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SMS	Secretaria Municipal de Saúde - Goiânia
SUS	Sistema Único de Saúde

Anexo I- Atas do NUSP – Referente ao período de Outubro a Dezembro/2017.

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: 20/10/2017	Horário: 10:30 h		
Local: Diretoria Técnica			
Pauta: Núcleo de Segurança do Paciente			
Aos 20 dias do mês de outubro 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, o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins, a Farmacêutica Bárbara Posse Reis. Registra-se que as Representantes do Corpo Clínico Alessandra Nóbrega Serquiz e Isadora Crosara, o Técnico de Enfermagem, Sr. Geraldo Roberto Braga e a Farmacêutica Thalyta Freitas Castro não puderam comparecer a esta reunião. Lys inicia com a leitura da ata da reunião anterior. Bárbara informa que houve uma queixa técnica notificada no NOTIVISA e um "Recall" de produto. Informa ainda está aguardando revisão final da Dra Isadora para a publicação da lista de medicamentos padronizados revisada na intranet e posterior treinamento com os médicos. Dra Mônica sugere marcar o treinamento de segurança do paciente – medicamentos para o dia 06 e 08 de novembro de 2017. Referente o treinamento da padronização com os médicos plantonista Dra Mônica sugere que seja realizado individualmente com os profissionais durante os plantões. João relata a necessidade de adquirir cadeiras de banho para alguns pacientes. Lys solicita que a farmácia fique responsável por avaliar as fichas de notificação de eventos adversos na segunda feira e quinta feira e se necessário notificar no NOTIVISA. Próxima reunião será no dia 28/11/2017 às 10:30h.			
Providências	Responsável	Prazo	Validação
Apresentação do curso referente a segurança do paciente.	Thalyta	Outubro/2017	<i>Thalyta</i>
Treinamento com os médicos.	Thalyta	Outubro/2017	<i>Thalyta</i>
Considerações Adicionais:			
Participantes/Assinaturas: <i>Bárbara Posse Reis</i> <i>Lys Bernardes Minasi</i> <i>Alessandra Nóbrega Serquiz</i> <i>Isadora Crosara</i> <i>João Francisco Martins</i> <i>Braga</i> <i>Thalyta</i> <i>Freitas Castro</i>			
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

13/12/2017

roundcube (2480x3437)

ATA DE REUNIÃO		SUS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Governo de Goiás	HDS
Dia: 28/11/2017	Horário: 10:30 h		
Local: Diretoria Técnica			
Pauta: Núcleo de Segurança do Paciente			
Aos 28 dias do mês de novembro de 2017, às 10:30h reuniram-se na Diretoria Técnica do HDS Santa Marta, a Diretora Técnica da Unidade, Dra Mônica Ribello Costa, a Supervisora de Enfermagem Lys Bernardes Minasi, o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins e a Farmacêutica Thalyta Freitas Castro. Registra-se que as Representantes do Corpo Clínico Alessandra Nóbrega Serquiz e Isadora Crosara, o Técnico de Enfermagem, Sr. Geraldo Roberto Braga e a Farmacêutica Bárbara Posse Rei não puderam comparecer a esta reunião. Lys inicia com a leitura da ata da reunião anterior, Thalyta informa que recebeu 02 notificações de eventos adversos de duas pacientes moradoras da instituição, sendo uma queda da própria autora no banheiro, porém não houve nenhuma consequência, e um erro de medicação da paciente M P S, pois foi administrado um colírio que não estava prescrito para a paciente o que acarretou dilatação da pupila por aproximadamente 03 dias. Dra Mônica sugere que a farmácia deve identificar os medicamentos para não ocorrer esse tipo de erro. Thalyta pergunta à Lys qual será o plano de ação para estes eventos. Lys informa que realizou reunião com a enfermeira que aplicou o colírio. Dra Mônica orienta que seja estabelecido um fluxo de recebimento de medicamentos adquiridos pela curatela para que a farmácia realize a dispensação dos mesmos. Thalyta informa que realizou a aula nos dias 06 e 07 de novembro sobre a assistência farmacêutica e segurança do paciente. Realizou também treinamento com os médicos referente à padronização. Dra Mônica solicita para Thalyta cobrar Jeandro para publicar lista da padronização na intranet. João informa que falou com a Lys sobre as cadeiras de banho dos pacientes e farão um levantamento da quantidade necessária para providenciar a solicitação de compra. Lys comenta sobre a validade dos colírios após a abertura e após discussão fica definido que a validade será de acordo com a orientação do fabricante e que a etiqueta será colocada no frasco do medicamento. Próxima reunião ficou agendada pra 20/12/2017 as 10:30 horas.			
Providências	Responsável	Prazo	Validação
Considerações Adicionais:			
Participantes/Assinaturas:			
<i>[Assinatura]</i> / <i>[Assinatura]</i> <i>[Assinatura]</i> / <i>[Assinatura]</i> João Francisco Martins 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	Tratamento / Reciclagem
	Arquivo da Comissão	Pasta específica/ Membros da Comissão	Por data	Permanente	Não aplicável

ATA DE REUNIÃO



Dia: 28/12/2017

Horário: 10:30 h

Local: Diretoria Técnica

Pauta: Núcleo de Segurança do Paciente

Aos 28 dias do mês de dezembro 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 Natasha do Brasil Anastase Mouratidis, o Supervisor de Reabilitação Física João Francisco Martins a Representante do Corpo Clínico Isadora Crosara e a Farmacêutica Thalyta Freitas Castro. Registra-se que a Representante do Corpo Clínico Alessandra Nóbrega Serquiz, o Técnico de Enfermagem, Sr. Geraldo Roberto Braga e a Farmacêutica Bárbara Posse Reis não puderam comparecer a esta reunião. Natasha inicia com a leitura da ata da reunião anterior. Thalyta informa que a padronização dos medicamentos, foi publicada na intranet no campo diversos, Dra. Mônica sugere a possibilidade de criar outro campo mais evidente. Thalyta informa que o fluxo para aquisição de medicamentos pela curatela está em fase de teste, e descreve o fluxo, o termo de doação deverá ser enviado em duas vias assinadas pela Diretoria Técnica, e uma via encaminhada para a Cledma. A curatela adquire o medicamento e entrega para ouvidoria a nota fiscal para que seja feita a doação. Lys sugere que seja feito um fluxograma para que toda equipe esteja ciente, Dra. Mônica ressalta a necessidade de colocar no e-mail informações e critérios sobre os motivos para solicitação da doação de medicamentos, exemplo: se foi fora de horário, fim de semana ou medicamento que não tem em estoque com necessidade de urgência. Dra. Mônica pediu para que seja envolvida em todas as vezes que for necessária a aquisição de medicamento de urgência através da curatela, para que ela mesma avalie a necessidade. Thalyta sugere que seja anexado no mural a lista de padronização para fácil acesso dos médicos. Dra. Mônica pede uma reunião entre Lys e Dra. Isadora para falar sobre a prescrição eletrônica. a ser iniciada na RA. Dra. Mônica pergunta sobre a identificação dos colírios, Thalyta diz que como todo o estoque já estava identificado na caixa não foi feita a identificação no frasco. Lys diz que identificar no frasco pode dificultar a visualização do nome do medicamento, devendo então ser mantida a identificação na caixa. Dra. Mônica pergunta sobre as cadeiras de banho, João diz que elas podem ser reformadas, que o valor ficará inferior a aquisição de novas, Lys informa que a manutenção avaliou e diz que as rodas podem sim serem trocadas e informa que passou a solicitação para a Priscila. Dra. Mônica questiona sobre as más condições de limpeza das cadeiras de rodas em função incontinência dos pacientes, e sugere que seja avaliado a possibilidade de colocar capas impermeáveis, João, Lys e Natasha ressaltam para o risco de lesões caso as capas sejam plásticas. Natasha diz que questionou sobre a limpeza das cadeiras para a responsável e ela informou que é feita quinzenalmente com jato e que só é feita em dias de sol. Dra. Mônica pergunta sobre outras cadeiras para que sejam feitas os revestimentos, assim possibilita a higienização a qualquer dia. Dra. Mônica questiona sobre a adaptação dos pacientes à Residência Assistencial, Lys informa que não houve ocorrências. Dra. Isadora, sugere que sejam feitos programas de motivação para os pacientes, sugerindo terapias ocupacionais. Dra. Isadora questiona também se a farmácia está fazendo atendimento aos pacientes, Thalyta informa que sim, mas que r tem ainda um pouco de dificuldade na adesão deles. Próxima reunião 24/01/2018 as 10:30.

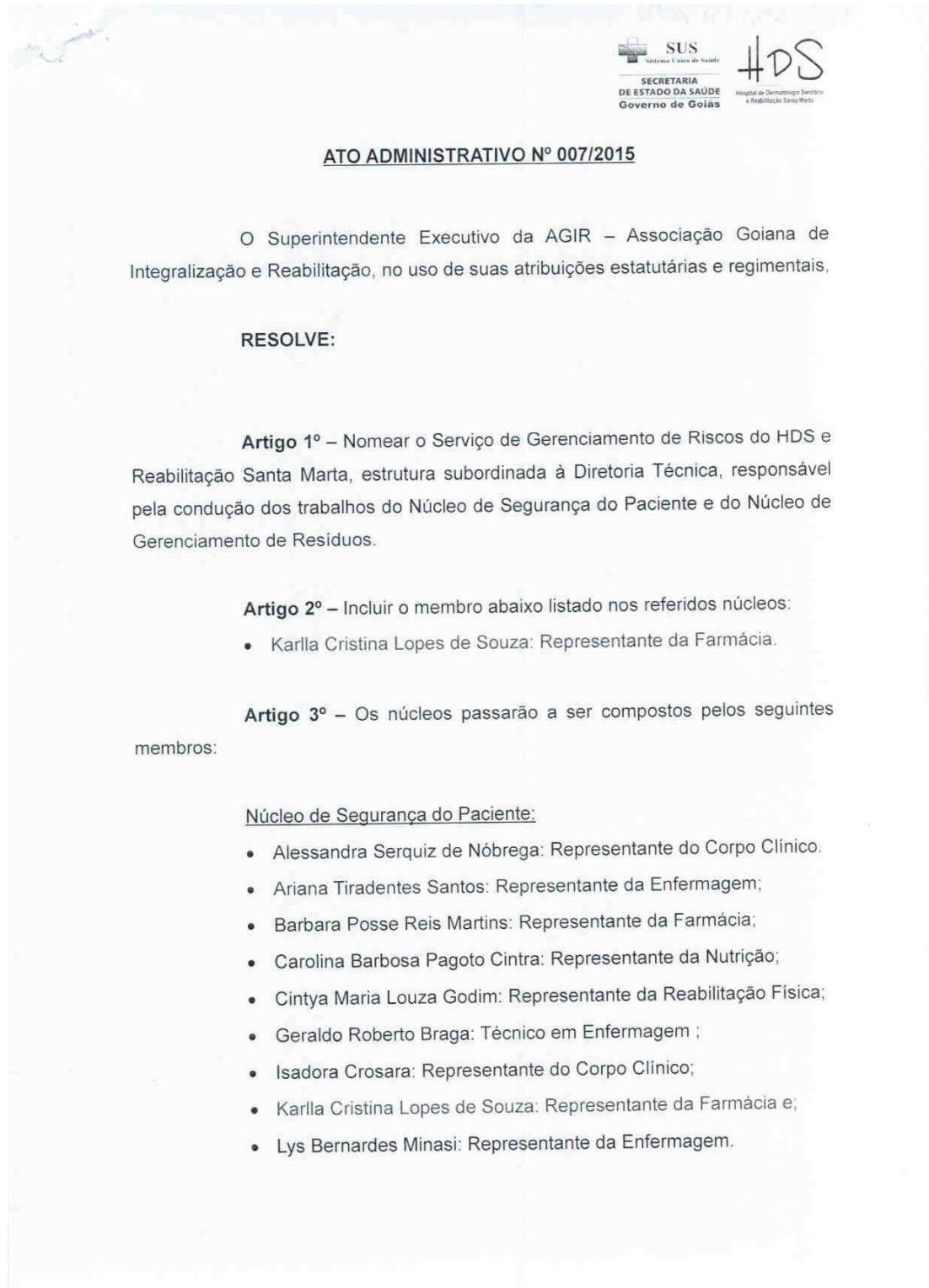
Providências	Responsável	Prazo	Validação
Considerações Adicionais:			

Participantes/Assinaturas:

Thalyta Freitas Castro
João Francisco Martins
Isadora Crosara
Natasha do Brasil
Lys Bernardes Minasi
Alessandra Nóbrega Serquiz
Geraldo Roberto Braga
Bárbara Posse Reis

Identificação	Armazenamento	Proteção/ Acesso	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 001-00 p. 1/1	Arquivos específicos das áreas	Pasta específica/ Colaboradoras 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 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