

RELATÓRIO
PRESTAÇÃO DE CONTAS
ABRIL/2023
UPA SANTANA

QUALIDADE

SUMÁRIO

1. DESCRIÇÃO DETALHADA	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1 ENFERMAGEM.....	3
2.2 CME	4
2.3 FARMÁCIA	5
2.4 PROTOCOLOS CLÍNICOS.....	5
2.5 PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	5
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE MARÇO	5
4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS	6
5. GESTÃO DE RISCO	7
6. RESULTADOS	7
7. HISTORICO DE REVISÃO	7
8. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	7

1. DESCRIÇÃO DETALHADA

O presente relatório tem como objetivo apresentar e descrever todas as atividades realizadas pelo Setor da Qualidade no mês de fevereiro, na Unidade de Pronto Atendimento Santana. Visando apresentar as produções durante esse período, o setor apresenta as iniciativas na gestão documental, gestão de processo, auditorias e gestão de riscos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

2.1 ENFERMAGEM

INSTRUÇÃO DE TRABALHO:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.ENF.011	ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIO POR CATETER NASAL
IT.ENF.012	ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO
IT.ENF.013	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS POR SNG E SNE
IT.ENF.014	ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL E ORAL
IT.ENF.015	ESCALA DE GLASGOW
IT.ENF.016	AVALIAÇÃO DA REATIVIDADE PUPILAR
IT.ENF.017	REALIZAÇÃO DE ECG
IT.ENF.018	VENTILAÇÃO COM BOLSA VALVA-MÁSCARA
IT.ENF.019	REALIZAÇÃO DE CURATIVO
IT.ENF.020	PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA
IT.ENF.021	PUNÇÃO ARTERIAL PARA COLETA DE SANGUE
IT.ENF.022	LAVAGEM INTESTINAL
IT.ENF.023	LAVAGEM GASTRICA
IT.ENF.024	INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
IT.ENF.025	DEFIBRILAÇÃO CARDIACA ADULTA
IT.ENF.026	CARDIOVERSÃO ELÉTRICA ADULTA
IT.ENF.027	ASPIRAÇÃO OROTRAQUEAL
IT.ENF.028	ELEVAÇÃO DE MENTO
IT.ENF.029	REALIZAÇÃO DO MAPA DE DIETA
IT.ENF.030	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS
IT.ENF.031	BANHO NO LEITO
IT.ENF.032	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA POR CITOSTOMIA
IT.ENF.033	BANHO DE ASPERSÃO COM AJUDA
IT.ENF.034	HIGIENE ÍNTIMA
IT.ENF.035	HIGIENE ORAL
IT.ENF.036	PASSAGEM DE DRENO DE TÓRAX

IT.ENF.037	AUXÍLIO A PARACENTESE
IT.ENF.038	CURATIVO DE ACESSO VENOSO CENTRAL
IT.ENF.039	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL-SISTEMA FECHADO (TRACH CARE)

FORMULÁRIOS:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.ENF.017	SSVV E BLANÇO HIDRICO
FOR.ENF.024	COMUNICAÇÃO DE ALTA E TRANSFERÊNCIA

2.2 CME

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.CME.014	LIMPEZA DE CANOLAS DE GUEDEL
IT.CME.015	PREPARO DE CAPOTE PARA PROCEDIMENTO
IT.CME.016	MONTAGEM DE CARGAS EM AUTOCLAVE
IT.CME.017	ROTINA DA AREA DE PREPARO
IT.CME.019	DESINFECÇÃO QUÍMICA
IT.CME.020	DILUIÇÃO DA SOLUÇÃO ENZIMÁTICA
IT.CME.021	ESTERILIZAÇÃO AUTOCLAVE DIGITAL
IT.CME.022	ESTERILIZAÇÃO DA CUBA REDONDA
IT.CME.023	ESTERILIZAÇÃO DE AMBU COM RESERVATÓRIO
IT.CME.024	ESTERILIZAÇÃO DE BACIA
IT.CME.025	ESTERILIZAÇÃO DE BANDEJA
IT.CME.026	ESTERILIZAÇÃO DE CUBA RIM
IT.CME.027	ESTERILIZAÇÃO DE FIO GUIA
IT.CME.028	ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAL CIRURGICO
IT.CME.029	ESTERILIZAÇÃO DO FRASCO DE ASPIRAÇÃO DE VÁCUO
IT.CME.030	ESTERILIZAÇÃO KIT TRAQUEIA ADULTO E INFANTIL
IT.CME.031	INTEGRADOR QUÍMICO
IT.CME.032	LAVAGEM E DESINFECÇÃO DO ESPAÇADOR
IT.CME.033	LIMPEZA DE UMIDIFICADOR
IT.CME.034	LIMPEZA DO KIT NEBULIZAÇÃO
IT.CME.035	MONITORAMENTO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO NA CM

IT.CME.036	CONTROLE DA DATA LIMITE DE USO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS
IT.CME.037	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE RECIPIENTES FECHADOS UTILIZADOS PARA TRANSPORTE DE MATERIAIS À CME
IT.CME.038	TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO

2.3 FARMÁCIA

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.FAR.008	LIMPEZA DA GELADEIRA
IT.FAR.009	DISPENSAÇÃO DE PEP
IT.FAR.010	ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

MANUAL

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
MAN.SST.001	MANUAL DE BIOSSEGURANÇA
MAN.DP.001	MANUAL DO COLABORADOR

2.4 PROTOCOLOS CLÍNICOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
PROC.UPA.007	PADRONIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS E DILUIÇÕES

2.5 PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
PROS.UPA.012	PROTOCOLO LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE EQUIPAMENTOS
PROS.UPA.013	COMUNICAÇÃO EFETIVA

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE ABRIL

COMISSÃO	DATA E HORA DA REALIZAÇÃO
Comissão Controle de Infecção Hospitalar	25/04 – 15 hs
Comissão de Farmácia e Terapêutica	25/04 – 16 hs
Comissão de Verificação de Prontuário	26/04 – 15 hs
Comissão de Segurança do Paciente	27/04 – 15 hs
Comissão de Verificação de Óbito	27/04 – 16 hs

Comissão Transfusional	28/04 – 15 hs
Serviço de atendimento ao usuário	28/04 – 16 hs

4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS

- Reuniões semanais com Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP);
- Participação no I Simpósio da Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente dos Campos Gerais, promovido pelo Instituto (INDSH), ocorrido nos dias 12 e 13 de abril de 2023.

O principal objetivo do evento foi o lançamento do processo de Acreditação Qmentum Internacional das UPAs Santana e Santa Paula, visando implantar uma gestão de qualidade voltado à assistência segura dos pacientes. Também foi realizada a abertura da Comissão do Planejamento Estratégico e apresentado os membros participantes, e o Setor de Qualidade das UPAs irá fazer parte do projeto.

A participação do Setor da Qualidade permitiu o desenvolvimento e aprimoramento, para trazer mais agilidade e efetividade aos processos, melhorando a excelência dos serviços, satisfazendo os pacientes e aumentando o desempenho da unidade.



Fonte: Fotos Simpósio.Arquivo 2023.

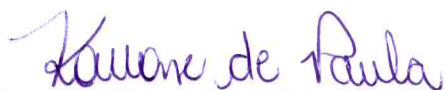
5. GESTÃO DE RISCO

No mês de abril foi realizada a contratação da Analista da Qualidade, Kauane de Paula, com isso está sendo revisado e readequado o Processo de Gestão de Risco, para que seja possível monitorar todos os números e acontecimentos relevantes que envolvem a unidade, o objetivo final é a melhoria constante nos processos da instituição.

6. RESULTADOS

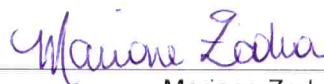
As atividades desenvolvidas pelo setor da qualidade permanecem em avanços, para o mês de maio as ações estão focadas nos quesitos abaixo:

- Planejamento Estratégico;
- Constituição da Comissão de Ética de enfermagem;
- Constituição da Comissão de Ética Médica;
- Constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Aquisição da Gestão documental;
- Acompanhamento de ações para Vigilância sanitária.



Kauane de Paula

Analista de Qualidade



Mariane Zadra

Coordenadora da Qualidade



Francisco Mingrone

Diretor Executivo

7. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica

8. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador/ Consenso de Qualidade	Aprovador DE	Datas
Mariane Zadra Kauane de Paula Setor da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 28/02/2023 Vigência: 28/02/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS

MAIO/2023

UPA SANTANA

QUALIDADE



INDSH

Instituto Nacional
de Desenvolvimento
Social e Humano

SUMÁRIO

1. DESCRIÇÃO DETALHADA	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL	3
2.1 ENFERMAGEM	3
2.2 CME	4
2.3 FARMÁCIA	4
2.4 SHL	4
2.5 SST	5
2.6 REGIMENTOS	5
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE ABRIL	6
4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS	8
5. GESTÃO DE RISCO	8
6. PROJETO JORNADA DA QUALIDADE	9
7. TREINAMENTOS REALIZADOS	12
8. RESULTADOS	13
9. HISTORICO DE REVISÃO	14
10. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO	14

1. DESCRIÇÃO DETALHADA

O presente relatório tem como objetivo apresentar e descrever todas as atividades realizadas pelo Setor da Qualidade no mês de fevereiro, na Unidade de Pronto Atendimento Santana. Visando apresentar as produções durante esse período, o setor apresenta as iniciativas na gestão documental, gestão de processo, auditorias e gestão de riscos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

2.1 ENFERMAGEM

INSTRUÇÃO DE TRABALHO:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.ENF.040	ASSISTENCIA TRABALHO DE PARTO EMERGÊNCIA
IT.ENF.041	SONDA VESICAL DE DEMORA
IT.ENF.042	VERIFICAÇÃO DE CARGA DE OXIGÊNIO MEDICINAL
IT.ENF.043	PREPARO DE MATERIAL PARA COLETA DE VIGILANCIA
IT.ENF.044	PASSAGEM DE Sonda NASOENTERAL
IT.ENF.045	PUNÇÃO DE VEIA JUGULAR EXTERNA
IT.ENF.046	PASSAGEM DE Sonda NASOGÁSTRICA
IT.ENF.047	TROCA DE ARTIGO DE USO HOSPITALAR
IT.ENF.048	TESTES RÁPIDOS F200
IT.ENF.049	TESTES RÁPIDOS SOROLOGIAS
IT.ENF.050	MEDICAMENTOS INALATÓRIOS
IT.ENF.051	TESTE DE GLICEMIA CAPILAR
IT.ENF.052	ROTINA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS PARA COLETA DE DIURESE E BACIA
IT.ENF.053	PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE
IT.ENF.054	COMUNICAÇÃO DE ALTA OU TRANSFERENCIA PARA FAMILIARES
IT.ENF.055	INSTALAÇÃO DE CÂNULA DE GUEDEL
IT.ENF.056	INSTALAÇÃO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICO (MÁSCARA LARÍNGEA)
IT.ENF.057	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) ADULTO
IT.ENF.058	PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE

2.2 CME

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.CME.039	CONTROLE DA DATA LIMITE DE USO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS
IT.CME.040	TESTE BIOLÓGICO
IT.CME.041	PREPARO DE COTONETES
IT.CME.042	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE RECIPIENTES FECHADOS UTILIZADOS PARA TRANSPORTE DE MATERIAIS À CME
IT.CME.043	TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO
IT.CME.044	RASTREAMENTO DE LOTE DE MATERIAL PROCESSADO
IT.CME.045	PREPARO E EMPACOTAMENTO DOS PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO
IT.CME.046	MANUSEIO DA TERMODESINFECTORA SANDERS
IT.CME.047	RETIRADA DO MATERIAL DA TERMODESINFECTORA SANDERS
IT.CME.048	TROCA DE SOLUÇÃO DE DESINFECÇÃO QUÍMICA

2.3 FARMÁCIA

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.FAR.011	MONITORAMENTO E DESCARTE DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS VENCIDOS

2.4 SHL

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.SHL.002	COLETA DE ROUPA SUJA
IT.SHL.003	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
IT.SHL.004	DISTRIBUIÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DOS PACIENTES E ACOMPANHANTES
IT.SHL.005	HIGIENIZAÇÃO DE CARRINHOS FUNCIONAIS
IT.SHL.006	HIGIENIZAÇÃO DO REFEITÓRIO E COPA
IT.SHL.007	DISTRIBUIÇÃO DE ROUPA LIMPA

2.5 SST

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.SST.003	FICHA DE INFORMAÇÃO DE SEGURANÇA DE PRODUTO QUÍMICO - FISPQ'S

2.6 REGIMENTOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
REG.CT.001	COMITÊ TRANSFUSIONAL
REG.CVO.001	VERIFICAÇÃO DE ÓBITO
REG.CVP.001	VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO
REG.FAR.001	FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
REG.SCIH.001	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

FORMULÁRIOS:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.ENF.025	CHEKLIST DO SETOR DE EPIDEMIOLOGIA
FOR.ENF.026	CHECKLIST BEIRA LEITO EMERGÊNCIA
FOR.ENF.027	CONTROLE SUPERVISOR - DIMENSIONAMENTO
FOR.ENF.028	CONTROLE DE DISPOSITIVOS E SERVIÇOS - OBSERVAÇÃO
FOR.ENF.029	CONTROLE DE DISPOSITIVOS E SERVIÇOS - EMERGÊNCIA
FOR.CME.007	MONITORAMENTO DO LOTE DE MATERIAL PROCESSADO
FOR.CME.008	CONTROLE DE SAÍDA MATERIAIS DA CME
FOR.HEM.003	CHECKLIST DE HEMOTRANSFUSÃO
FOR.SHL.003	CONTROLE DE TEMPERATURA DAS REFEIÇÕES

FLUXOGRAMAS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FLU.CME.002	PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DO SAMU
FLU.CME.003	PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DO SIATE
FLU.ENF.003	TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO À CME
FLU.SST.004	ATESTADO MÉDICO E DECLARAÇÕES

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE MAIO

COMISSÃO	DATA E HORA DA REALIZAÇÃO	AÇÕES PARA O MÊS DE JUNHO
COMISSÃO TRANSFUSIONAL	18/05 – 14H30	-Recapacitar fluxo de Comunicação; -Nova identificação das caixas de Hemotransfusão; -Protocolo Fator 08 e 09.
COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	18/05 – 15H	-Capacitação e orientação sobre notificações; -Aquisição de novos colchões; -Orçamento da construção da usina e oxigênio; -Capacitação equipe multidisciplinar; -Nova orientação sobre o seguimento do protocolo de classificação de risco; -Cotação do curso de ACLS; -Cronograma de capacitação multiprofissional sobre RCP e Emergência; -Orientação sobre prescrição médica "SE NECESSÁRIO".
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO	25/05 – 15H	-Bins e colmeias para prontuários; -Capacitação do Fluxo de Atendimento;

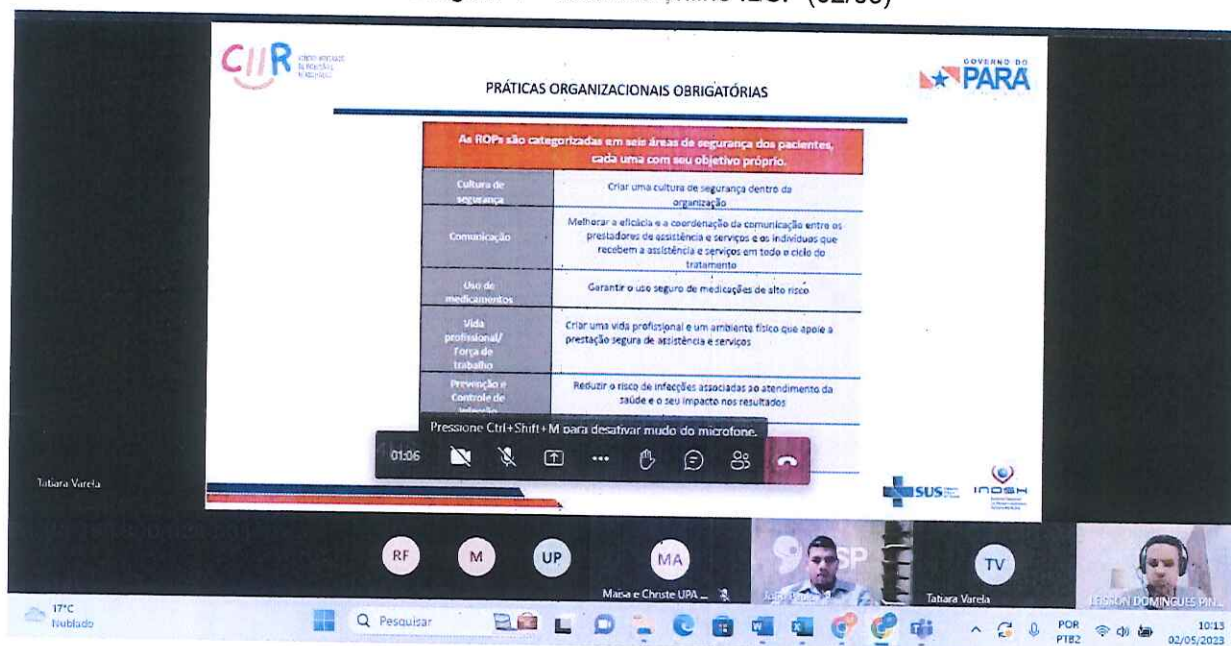
		-Layout da unidade, aguardando FMS; -Acompanhamento dos pacientes que não respondem ao chamado e alta no sistema; -Orçamento do quadro de Gestão multiprofissional.
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO	25/05 – 16H	-Protocolo de Londres; -Protocolo de Seps.
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO	26/05 – 15H	-Compra e instalação do Totem; -Caixa de sugestão na Observação; -Estabelecer formulário impresso para registro de reclamações; -Melhorar a comunicação dos médicos e acompanhantes; -Manual do acompanhante.
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	31/05 – 15H	- Cadastros no sistema Tasy; -Kit Parto finalização; -Lista de padronização de prescrições de medicamentos; -Protocolo de atendimento aos pacientes hemofílicos
COMISSÃO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	31/05 – 16H	-Gestão documental;

		-Criação de Protocolos para consumo de álcool em gel; -Criação de uma metodologia para Análise de Amostras de Água.
--	--	---

4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS

Participações em reuniões semanais online com Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP), todas as terças-feiras às 10H; segue em anexo imagem:

Imagem 1 – Reunião online IBSP (02/05)



Fonte: O Autor.2023.

5. GESTÃO DE RISCO

Eventos adversos são todas as circunstâncias médicas que geram complicações indesejadas durante o cuidado ao paciente, e que não são atribuídas à evolução da doença de base, mas sim uma ocorrência imprevista, indesejada ou ofensiva à saúde do paciente dentro dos hospitais. São considerados também eventos adversos os chamados efeitos colaterais, como uma ocorrência desfavorável ao uso de

medicamentos. Sempre que um incidente acontecer dentro de uma instituição e ele tiver danos ao paciente, ele é considerado um evento adverso.

A segurança do paciente é um desafio muito grande nas instituições de saúde, a unidade UPA Santana está em constante desenvolvimento, prezar pela qualidade, higiene e eficácia no atendimento é sempre uma prioridade em nossos processos, para que tudo saia como planejado e o paciente tenha o melhor desfecho para o seu caso.

NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS – UPA SANTANA: No mês de maio ocorreram um total de 14 Notificações de Incidentes e Eventos Adversos (11 pelo Qrcode / 3 Manuais), onde foram repassadas a gerências com prazo determinado de 7 dias para devolução ao Setor de Qualidade, com análise realizada e elaboração de plano de ação com as equipes.

6. PROJETO JORNADA DA QUALIDADE

No dia 02/05 iniciamos a abertura do projeto “Jornada da Qualidade” composto pelos membros da UPA Santana e UPA Santa Paula, visando implantar ações ao longo do ano em busca da Acreditação das UPA's (QMENTUN). A primeira reunião contou com a facilitação da consultora em gestão, Natali Petri lançando carta de valores, (Enfermeira do Coren de SP e autora do livro "A Nova Liderança na Enfermagem"), segue em anexo imagem:

Imagem 2 – Reunião de Abertura Jornada da Qualidade (02/05)



Fonte: O Autor.2023

No dia 29/05 foi realizada reunião online com os membros para alinhar a realização da dinâmica FATO OU FAKE? com os colaboradores das unidades UPA Santana e UPA Santa Paula.

Na UPA Santana a dinâmica foi realizada em conjunto com o treinamento sobre Gestão de Fluxo e Documental. A dinâmica contou com questões elaboradas pelo setor de Comunicação sobre a Gestão Documental das unidades.

Dinâmica FATO OU FAKE? - Os colaboradores sorteavam uma questão (card) e levantavam a placa verde de (FATO) ou vermelha de (FAKE) respondendo de acordo com o que foi abordado no treinamento se a afirmação estava correta ou incorreta.

Segue em anexo imagens:

Imagem 3 - Reunião online "Jornada da Qualidade" (29/05)



Fonte: O Autor.2023.

Imagem 4 e 5 – CARD Questões e Plaquinhas FATO OU FAKE?

FATO OU FAKE? Os documentos só servem para a equipe administrativa e os gestores, não têm nenhuma relação com o trabalho da equipe. UNPAH	FATO OU FAKE? Fluxograma é um esquema visual para facilitar o entendimento de um processo de trabalho, indicando o que deve ser feito quando há mais de uma possibilidade de decisão. UNPAH	FATO OU FAKE? Os documentos existentes na UPA são: Protocolo, Manual, Regimento, Bula, Instrução De Trabalho, Fluxograma e Formulário. UNPAH
FATO OU FAKE? É possível imprimir todos os documentos da UPA e levar para casa para estudar quando estiver de fuga. UNPAH	FATO OU FAKE? O Fluxograma é aquele documento que mostra as etapas de um processo de trabalho, indicando a qual e quem são os gestores responsáveis por cada um deles. UNPAH	FATO OU FAKE? A UPA Santa Paula tem ao todo 369 documentos elaborados e vigentes. UNPAH
FATO OU FAKE? Todos os documentos estão disponíveis de forma eletrônica na intranet da UPA e estão separados por setor, para facilitar a localização. UNPAH	FATO OU FAKE? O cartão de relação de medicamentos potencialmente perigosos, que está dividido pelas cores amarelo, vermelho, verde, azul e branco, é um exemplo de bula. UNPAH	FATO OU FAKE? A UPA Santa Paula tem ao todo 18 protocolos elaborados e vigentes. UNPAH
FATO OU FAKE? Os formulários impressos da Recuperação servem de contingência para quando ocorrer alguma intercorrência, como queda de energia ou do sistema Tasy. UNPAH	FATO OU FAKE? Instrução de trabalho, ou TI, também é conhecido como POP (procedimento operacional padrão) em algumas empresas e é basicamente um manual explicando como determinado procedimento de trabalho deve ser realizado. UNPAH	FATO OU FAKE? A UPA Santana tem ao todo 345 documentos elaborados e vigentes. UNPAH



Fonte: O Autor.2023.

Imagem 6,7 e 8 – Dinâmica FATO OU FAKE? Equipes UPA Santana e Sede Administrativa



Fonte: O Autor.2023.

7. TREINAMENTOS REALIZADOS

Nos dias 30 e 31 de maio foram realizados treinamentos com os colaboradores de todos os setores da unidade, sobre "Gestão de Fluxo e Documental", e sua importância para gestão dos processos administrativos e assistenciais. Os assuntos abordados foram:

- Acreditação Qmentum;
- Apresentação do Fluxo de Atendimento da unidade - FLU.UPA.006 - CONDUCTAS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL;
- Funcionalidade do Painel de Gestão de Fluxo;
- Processo de Gestão Documental;
- Intranet das UPA's.
- Dinâmica da Jornada da Qualidade (FATO OU FAKE?)

Ao todo participaram 44 colaboradores da UPA Santana, os treinamentos foram realizados na sala de reuniões da unidade, também participaram os colaboradores da Sede Administrativa das UPA's. No mês de junho serão executados com os demais colaboradores (in loco).

INTRANET DAS UPA's: Um dos temas abordados no treinamento foi sobre a Intranet o mais novo canal de comunicação interna. Nesta página está disponível em todos os computadores, onde se encontram notícias sobre as unidades, documentos para download, treinamentos online, espaço para elogios internos e outras informações diariamente.

Segue em anexo fotos:

Foto 9 e 10 – Treinamento Gestão de Fluxo e Documental



Fonte: O Autor.2023.

Imagem 11 – INTRANET das UPA'S



Fonte: O Autor.2023.

8. RESULTADOS

As atividades desenvolvidas pelo setor da qualidade permanecem em avanços, para o mês de JUNHO as ações estão focadas nos quesitos abaixo:

- Planejamento Estratégico;
- Constituição da Comissão de Ética de enfermagem;
- Constituição da Comissão de Ética Médica;
- Constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Aquisição da Gestão documental;
- Acompanhamento e monitoramento de ações para a visita da Vigilância sanitária;
- Jornada da Qualidade.

Kauane de Paula

Kauane de Paula
Analista de Qualidade

Mariane Zadra

Coordenadora da Qualidade

Francisco José Mingrone
Diretor Executivo
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

Francisco Mingrone
Diretor Executivo

9. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica

10. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador/ Consenso de Qualidade	Aprovador DE	Datas
Kauane de Paula Analista de Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 28/02/2023 Vigência: 28/02/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS

JUNHO/2023

UPA SANTANA

QUALIDADE



INDSH

Instituto Nacional
de Desenvolvimento
Social e Humano

SUMÁRIO

1. DESCRIÇÃO DETALHADA.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1 SERVIÇO SOCIAL.....	3
2.2 CME	3
2.3 SST.....	3
2.4 COMPRAS	4
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JUNHO	5
4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS	5
5. GESTÃO DE RISCO.....	6
6. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA QGA.....	7
7. METODOLOGIA SCRUM E KANBAN.....	8
8. PROJETO JORNADA DA QUALIDADE.....	9
9. TREINAMENTOS REALIZADOS	10
10. RESULTADOS.....	11
11. HISTORICO DE REVISÃO	12
12. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO	12

1. DESCRIÇÃO DETALHADA

O presente relatório tem como objetivo apresentar e descrever todas as atividades realizadas pelo Setor da Qualidade no mês de fevereiro, na Unidade de Pronto Atendimento Santana. Visando apresentar as produções durante esse período, o setor apresenta as iniciativas na gestão documental, gestão de processo, auditorias e gestão de riscos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

2.1 SERVIÇO SOCIAL

INSTRUÇÃO DE TRABALHO:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.ASS.001	ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
IT.ASS.002	ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA
IT.ASS.003	ATENDIMENTO AOS PACIENTES EM SITUAÇÃO DE RUA
IT.ASS.004	ATENDIMENTO EM CASOS DE VIOLÊNCIA OU VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS
IT.ASS.005	ATENDIMENTO AS DEMANDAS ESPONTÂNEAS
IT.ASS.006	ATENDIMENTO, ORIENTAÇÃO E INFORMAÇÕES AOS PACIENTES E FAMILIARES
IT.ASS.007	PROCEDIMENTO REALIZADO AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
IT.ASS.008	ORIENTAÇÃO EM SITUAÇÃO DE ÓBITO
IT.ASS.009	ORIENTAÇÃO E ESCLARECIMENTO EM CASOS DE ALTA E ENCAMINHAMENTO
IT.ASS.010	ORIENTAÇÃO E ESCLARECIMENTO EM CASOS DE ENCAMINHAMENTO PARA UBS
IT.ASS.011	ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL PLANTÃO SOCIAL
IT.ASS.012	DIREITO DE INFORMAÇÃO AS PESSOAS ASSISTIDAS SOBRE SUA SAÚDE

2.2 CME

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.CME.049	LIMPEZA PERIÓDICA DA TERMODESINFECTORA

2.3 SST

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.SST.004	MONITORAMENTO DE VACINA

2.4 COMPRAS

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.COM.001	PROCESSO DE COMPRAS

FORMULÁRIOS:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.ALM.001	AVALIAÇÃO DAS ENTREGAS DE FORNECEDORES
FOR.CVP.001	AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADE DE PRONTUÁRIO
FOR.DP.008	CADASTRO DE ACESSO E IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR
FOR.ENF.030	CHECKLIST AVALIAÇÃO DE CUIDADOS OBSERVAÇÃO E EMERGÊNCIA
FOR.ENF.031	CONTROLE DE TEMPERATURA DA CAIXA DE TRANSPORTE DO LABORATÓRIO
FOR.NSP.003	CONTROLE DE NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS
FOR.SAU.001	MANIFESTAÇÃO DO USUÁRIO
FOR.SCIH.005	CHEKLIST VISITA TÉCNICA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO
FOR.SST.003	TERMO DE COMPROMISSO DE VACINAÇÃO

FLUXOGRAMAS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FLU.COM.001	PROCESSO DE COMPRAS
FLU.UPA.012	EVASÕES DE PACIENTES
FLU.UPA.013	ENCAMINHAMENTO EXAME DE TOMOGRAFIA

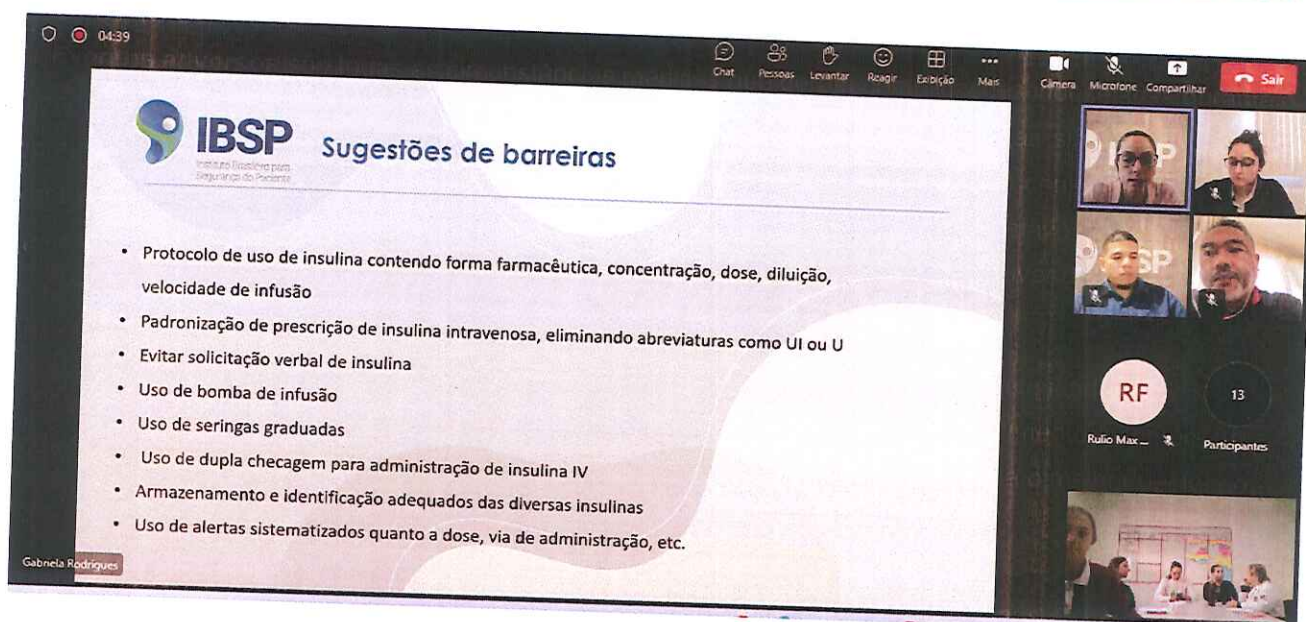
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JUNHO

COMISSÃO	DATA E HORA DA REALIZAÇÃO	AÇÕES PARA O MÊS DE JULHO
COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	28/06 – 14H30	Protocolo Controle de Insulina; Aquisição de colchões/colchonetes; Compra de cadeiras de rodas; Ação de Humanização.
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO	28/06 – 15H	Aquisição de bins e colmeias para organização de prontuários; Capacitações para organização e registros em prontuário;
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO	28/06 – 15:30H	Protocolo de Sepsis; Protocolo de Londres.
COMISSÃO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	28/06 – 16H	Criação de Protocolos para consumo de Álcool em gel; Criação de uma metodologia para análise de Amostras de Água;
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	29/06 – 15H	Cadastros no sistema TASY; Finalização Kit Parto; Revisão das Diluições dos medicamentos; Protocolo de Atendimento aos pacientes Hemofílicos.
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO	29/06 – 16H	Compra e instalação do Totem; Adicionar caixa de sugestão na Observação; Estabelecer Formulário impresso para registro de reclamações no atendimento feitos pelo SAU; Estabelecer certificado de Gratidão para o turno noturno; Estabelecer lugar para achados e perdidos; Manual do Acompanhante.
COMITÊ TRANSFUSIONAL	30/06 – 15H	Capacitar Macro (Fator 08 e 09); Anexar hemocomponentes ao Protocolo de Hemotransfusão; Treinamento Corpo Clínico.

4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS

Participações em reuniões semanais online com Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP), todas as terças-feiras às 10H; segue em anexo imagem da Reunião realizada no dia 27/06 sobre o Uso de Insulina.

Imagem 1 – Reunião online IBSP (27/06)



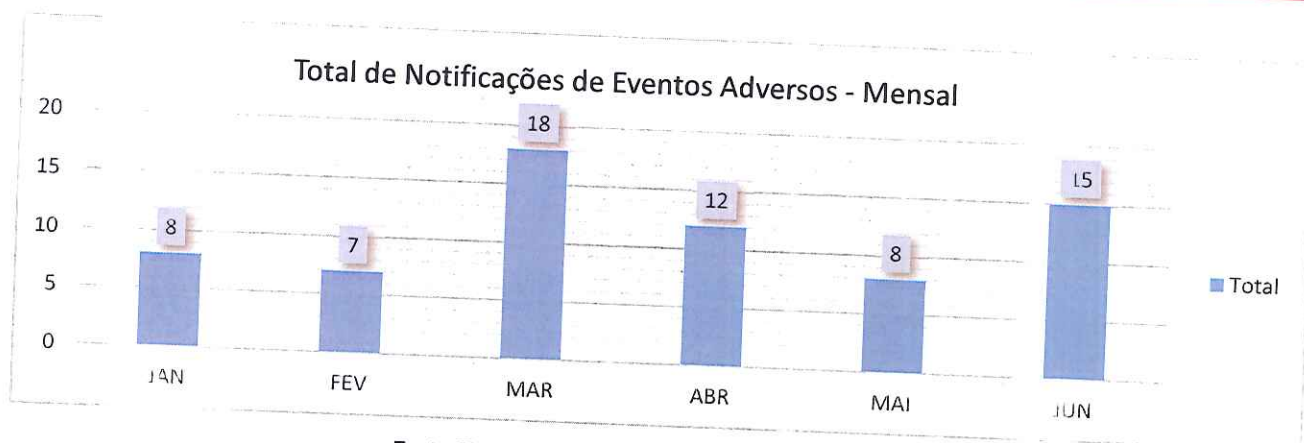
Fonte: O Autor.2023.

5. GESTÃO DE RISCO

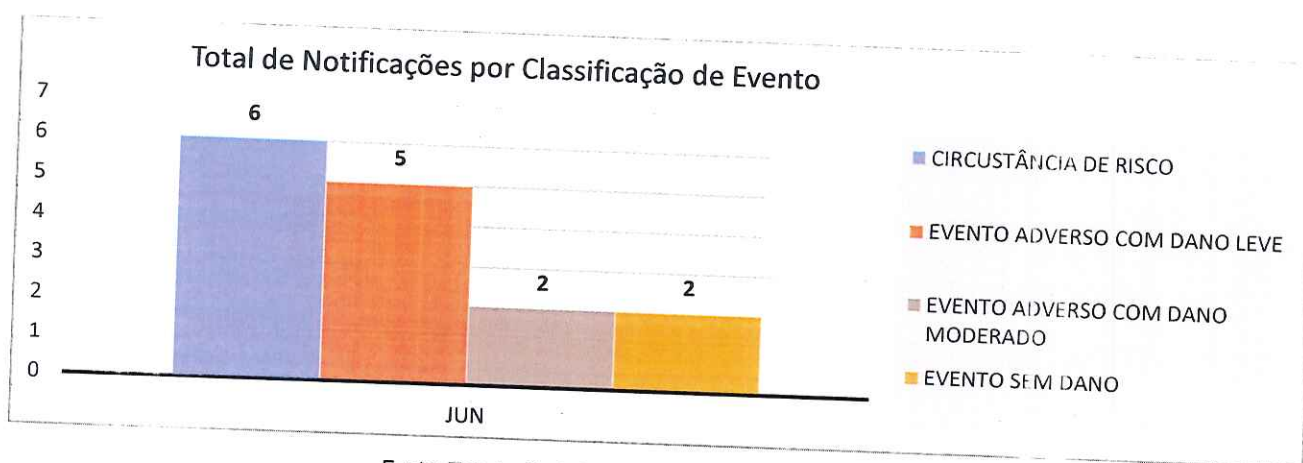
Eventos adversos são todas as circunstâncias médicas que geram complicações indesejadas durante o cuidado ao paciente, e que não são atribuídas à evolução da doença de base, mas sim uma ocorrência imprevista, indesejada ou ofensiva à saúde do paciente dentro dos hospitais. São considerados também eventos adversos os chamados efeitos colaterais, como uma ocorrência desfavorável ao uso de medicamentos. Sempre que um incidente acontecer dentro de uma instituição e ele tiver danos ao paciente, ele é considerado um evento adverso.

A segurança do paciente é um desafio muito grande nas instituições de saúde, a unidade UPA Santana está em constante desenvolvimento, prezar pela qualidade, higiene e eficácia no atendimento é sempre uma prioridade em nossos processos, para que tudo saia como planejado e o paciente tenha o melhor desfecho para o seu caso.

NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS – UPA SANTANA: No mês de junho ocorreram um total de 15 Notificações de Incidentes e Eventos Adversos (10 pelo Qrcode / 5 Manuais), onde foram repassadas a gerências para realização de plano de ação com as equipes.



Fonte: Tabulação de Notificações.Arquivo NSPQ.2023.



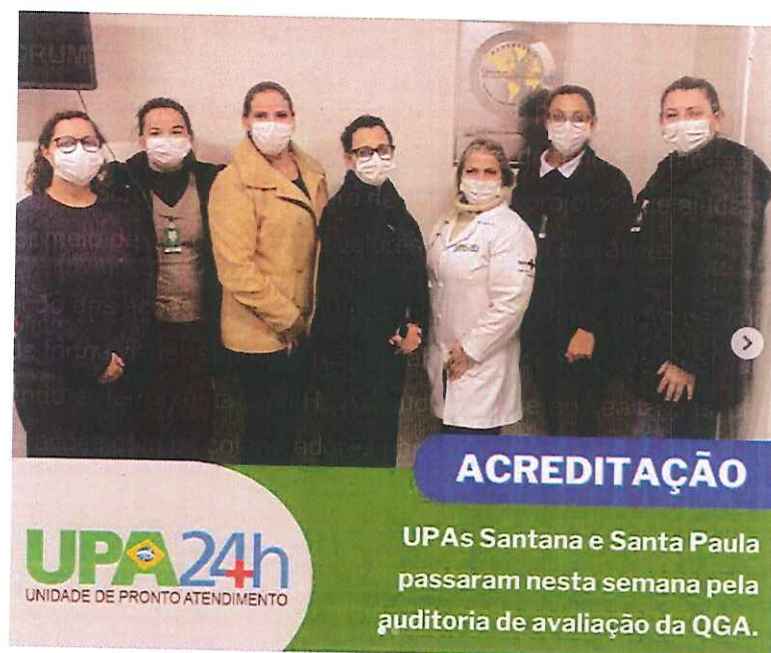
Fonte: Tabulação de Notificações.Arquivo NSPQ.2023.

6. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA QGA

Nos dias 15 e 16 de junho a unidade UPA Santana recebeu a visita diagnóstica da Quality Global Alliance – QGA responsável pela Acreditação Qmentum das UPA's. Esta é apenas uma primeira visita e servirá de "termômetro" para avaliar como estão nossos processos, observar nossos pontos fortes e também pontuar aquilo que precisamos melhorar para sermos referência em atendimento de urgência e emergência.

Em breve, será enviado um relatório da visita com os apontamentos realizados pelas auditoras. Contudo, já observamos várias ações de melhorias e elaboramos um Plano de Ação para adequação e implantação de processos. Segue em anexo foto:

Imagem 2 – Visita Diagnóstica QGA



Fonte: UPAs Ponta Grossa. Arquivo Instagram.2023.

7. METODOLOGIA SCRUM E KANBAN

A metodologia escolhida para desempenhar ações de melhorias para Acreditação da Qmentum foi “Scrum e Kanban”. O Kanban é uma estrutura de gestão de projetos que depende de tarefas visuais para gerenciar fluxos de trabalho, enquanto o Scrum é uma estrutura de gestão de projetos que ajuda as equipes a estruturar e gerenciar o trabalho por meio de um conjunto de valores, princípios e práticas.

Para melhor visualização das ações para as equipes foi colocado um quadro de vidro na sala de reuniões para acompanhamento de forma visual, sendo de responsabilidade do Setor de Qualidade fazer a alimentação e gerenciamento, utilizando a ferramenta 5W2H. As auditorias serão realizadas pelo Grupo Jornada da Qualidade que executará ações com os colaboradores para verificar a efetividade das implantações.

Para acompanhamento da equipe serão realizadas reuniões diárias de 15 minutos com registro de participação entre gestores e colaboradores para alinhamento de atividades (O que fiz ontem? / O que vou fazer hoje? / O que está impedindo de realizar? E, também serão realizadas semanalmente toda sexta-feira às 10h reunião com os membros de ações da Qmentum, para acompanhamento das atividades realizadas. Segue em anexo foto:

Imagem 3 – Metodologia Scrum e Kanban



Fonte: UPAs Ponta Grossa. Arquivo Instagram.2023.

8. PROJETO JORNADA DA QUALIDADE

No dia 23/06 realizada reunião com os membros do projeto Jornada da Qualidade composto por profissionais da UPA Santana e UPA Santa Paula, para alinhamento da ação “Conhecendo o Processo de Acreditação” com os colaboradores das unidades. O objetivo da ação é engajar os profissionais em busca da Acreditação (QMENTUM) das UPA's segue em anexo imagem:

Imagem 4 – Reunião Jornada da Qualidade (23/06)



Fonte: O Autor.2023.

9. TREINAMENTOS REALIZADOS

Nos dias 29 e 30 de junho foram realizadas a ação “Conhecendo o Processo de Acreditação” do projeto Jornada da Qualidade com os colaboradores de todos os setores da unidade. Ao todo participaram 40 colaboradores da UPA Santana, as capacitações ocorreram na sala de reuniões da unidade.

Os assuntos abordados foram:

- O que é Acreditação;
- Acreditação Qmentum;
- Quality Global Alliance (QGA);
- O que são ROPs;
- Etapas do Processo de Acreditação;
- Metodologia Scrum e Kanban;

Segue em anexo fotos:

Imagem 5,6 e 7 – Ação “Conhecendo o Processo de Acreditação” (29 e 30/06)



Fonte: O Autor.2023.

10. RESULTADOS

As atividades desenvolvidas pelo setor da qualidade permanecem em avanços, para o mês de JUNHO as ações estão focadas nos quesitos abaixo:

- Planejamento Estratégico;
- Constituição da Comissão de Ética de enfermagem;
- Constituição da Comissão de Ética Médica;
- Aquisição da Gestão documental;
- Acompanhamento e monitoramento de ações para a visita da Vigilância sanitária;
- Monitoramento de Ações Qmentum;
- Jornada da Qualidade.

Kauane de Paula

Kauane de Paula
Analista de Qualidade

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Francisco Mingrone
Diretor Executivo

11. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica

12. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador/ Consenso de Qualidade	Aprovador CQ	Aprovador DE	Datas
Kauane de Paula Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 28/02/2023 Vigência: 28/02/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS

JULHO/2023

UPA SANTANA

QUALIDADE



SUMÁRIO

1. DESCRIÇÃO DETALHADA	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. CME	3
2.2. FARMÁCIA	6
2.3. SCIH	6
2.4. ENFERMAGEM	7
2.5. HEMOTRANSFUSÃO	7
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO	8
4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS	8
5. GESTÃO DE RISCO	8
6. NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS	9
7. RESULTADOS	10
8. HISTORICO DE REVISÃO	10
9. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	10

1. DESCRIÇÃO DETALHADA

O presente relatório tem como objetivo apresentar e descrever todas as atividades realizadas pelo Setor da Qualidade no mês de fevereiro, na Unidade de Pronto Atendimento Santana. Visando apresentar as produções durante esse período, o setor apresenta as iniciativas na gestão documental, gestão de processo, auditorias e gestão de riscos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

2.1. CME

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

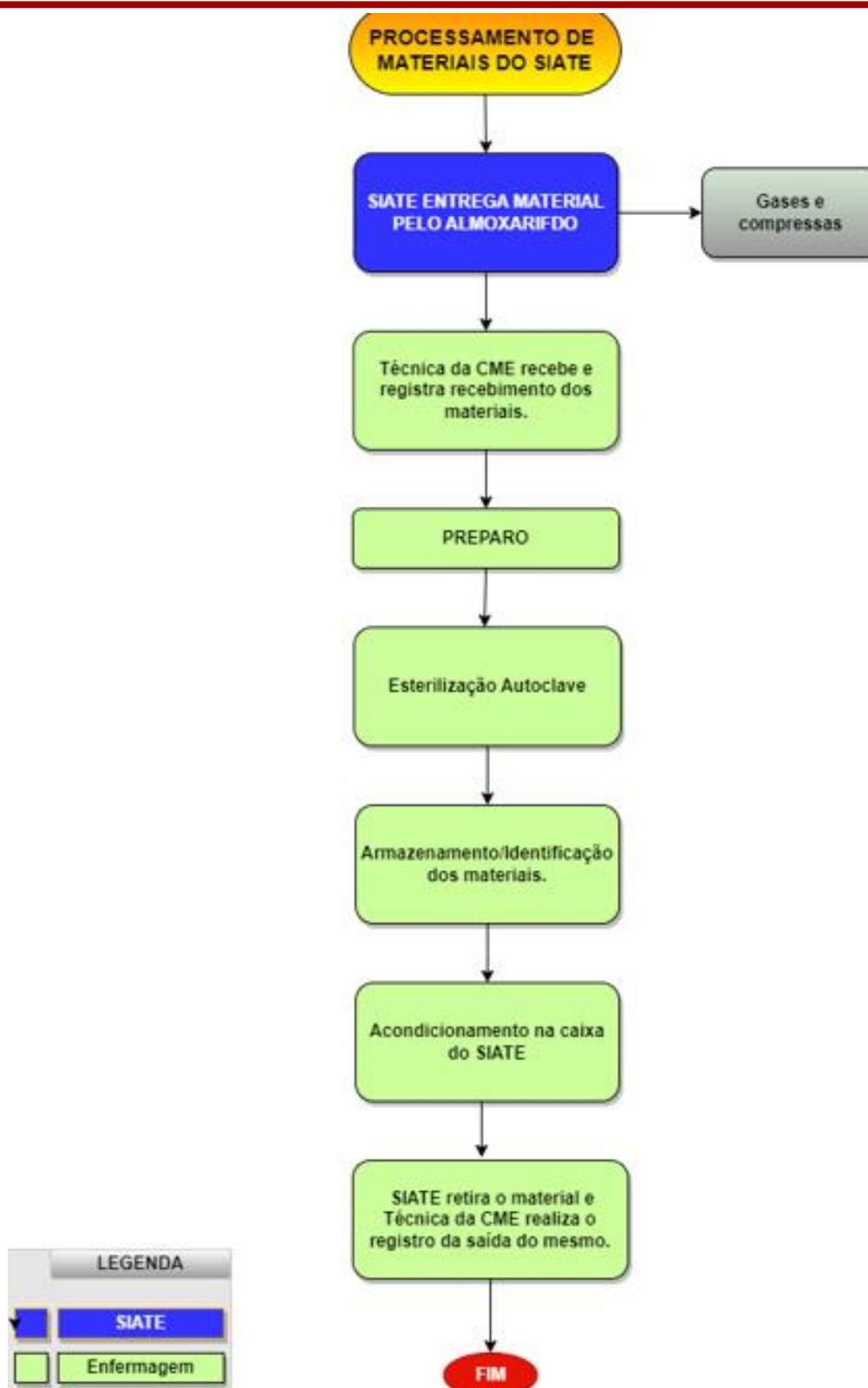
CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.CME.013	TROCA DO FILTRO DEIONIZADOR
IT.CME.019	MANUSEIO DA ULTRASSÔNICA
IT.CME.021	RECOLHIMENTO DOS ARTIGOS CONTAMINADOS NAS UNIDADES (TRANSPORTE CONTAMINADO)

FORMULÁRIO

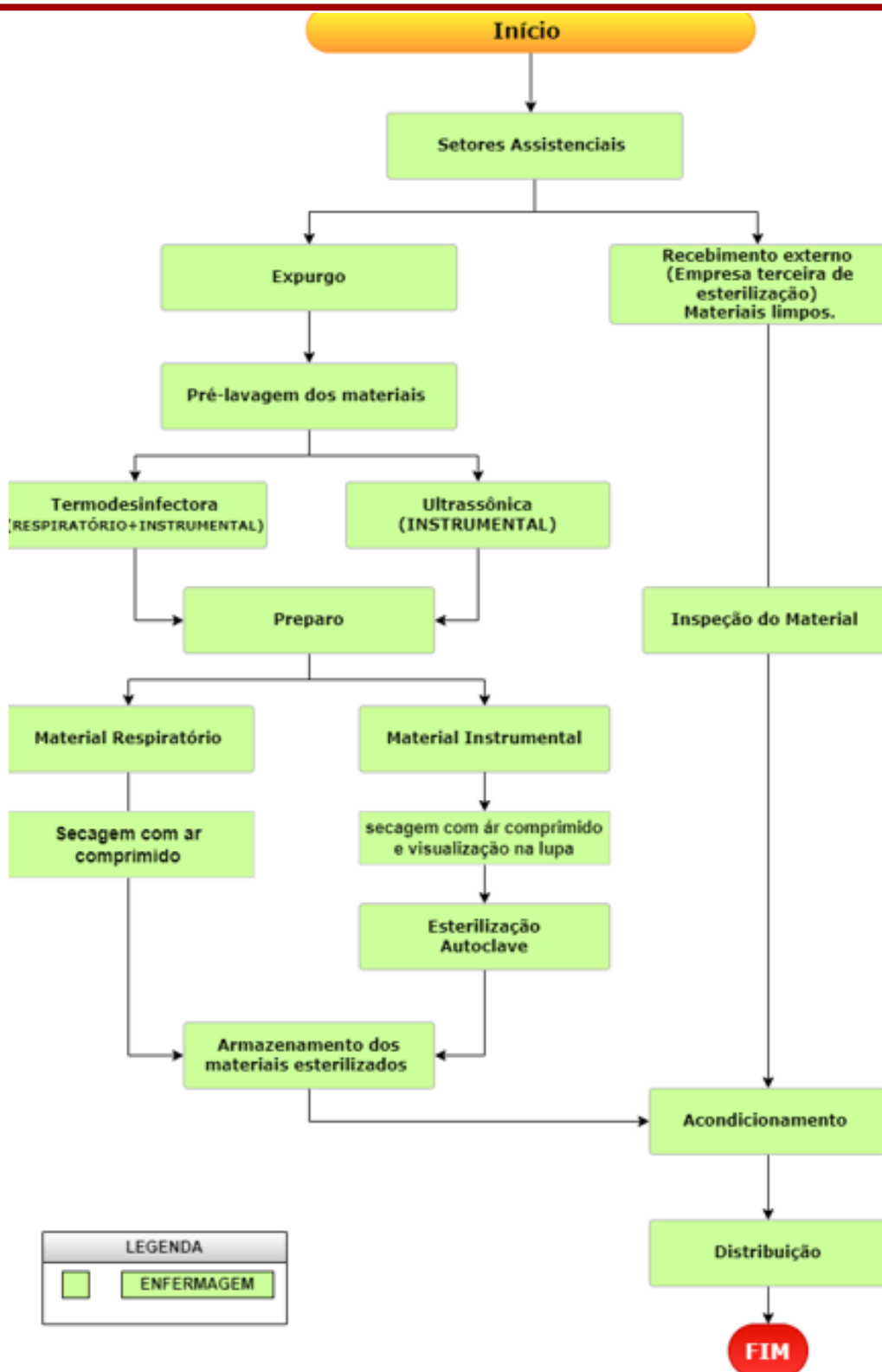
CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.CME.009	RASTREABILIDADE DE MATERIAL

FLUXOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FLU.CME.002	PROCESSAMENTO DE MATERIAIS DO SIATE
FLU.CME.003	PROCESSOS DA CME



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade.FLU.CME.002



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade. FLU.CME.003

2.2. FARMÁCIA
MANUAL

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
MAN.FAR.002	RECONCiliaÇÃO MEDICAMENTOSA
MAN.FAR.003	CONCiliaÇÃO FARMACêUTICA
MAN.FAR.004	BOAS PRÁTICAS DE FARMACOVIGIÂNCIA E TECNOLÓGIA

FORMULÁRIOS:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.FAR.005	SOLICITAÇÃO MATMED NÃO PADRONIZADO
FOR.FAR.006	CONTROLE DE DISPENSAÇÃO DE INSULINA
FOR.FAR.007	CONCiliaÇÃO MEDICAMENTOSA

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

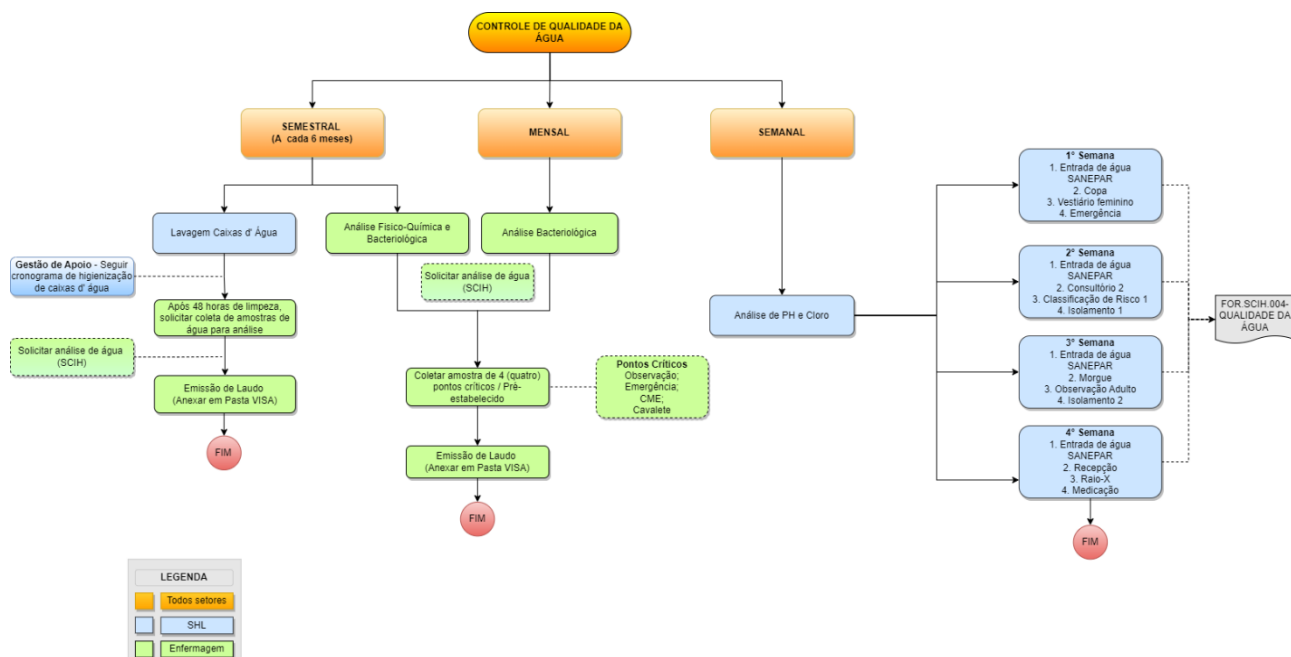
CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.FAR.002	FRACIONAMENTO
IT.FAR.004	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS FARMÁCIA EXTERNA

2.3.SCIH
FORMULÁRIO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.SCIH.005	CHEKLIST VISITA TÉCNICA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

FLUXOGRAMA

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FLU.SCIH.001	CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA



2.4. ENFERMAGEM

FORMULÁRIOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.ENF.032	CHEKLIST MATERIAIS AMBULÂNCIA
FOR.ENF.033	CONFERÊNCIA KIT SINAIS VITAIS
FOR.ENF.034	REGISTRO DO SETOR DE ECG

2.5. HEMOTRANSFUSÃO

FORMULÁRIO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.HEM.001	FICHA DE CONTROLE DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES
FOR.HEM.002	TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÕES DE HEMOCOMPONENTES

REGIMENTO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
REG.CT.001	COMITÊ TRANSFUSIONAL

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO

COMISSÃO	DATA E HORA DA REALIZAÇÃO	AÇÕES PARA O MÊS DE JULHO
COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	12/07/2023 as 14:30 horas	Verificação das capas de colchões; Quantitativo de cadeiras de rodas; Protocolo de uso seguro de insulina; Ação de humanização e atendimento ao paciente idoso e Realização de capacitações e avaliação de eficácia.
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO	19/07/2023 as 15:30 horas	Bins e colméias para colocar prontuários na observação; Fluxo de atendimento da Unidade; Fluxo de alta em prontuário de Óbito.
COMISSÃO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR		Protocolo de consumo de álcool gel e Criação de metodologia para análise de água.
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	12/07/2023 as 15:00 horas	Finalização de cadastros no Sistema Tasy e Protocolo de atendimento aos pacientes hemofílicos.
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO	19/07/2023 as 14:30 horas	Compra e instalação do tótem para pesquisa; Adicionar uma caixa de sugestão no setor Observação; Estabelecer certificados de Gratidão pra o noturno e Estabelecer um lugar para achados e perdidos.
COMITÊ TRANSFUSIONAL	19/07/2023 as 15:00 horas	Capacitação da última versão do Protocolo de Hemotransfusão; Treinar corpo clínico; Carimbo específico para dupla checagem.

4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS

Participações em reuniões semanais online com Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP), todas as terças-feiras às 10H, reuniões realizadas nos dias: 04-11-18 e 25/07.

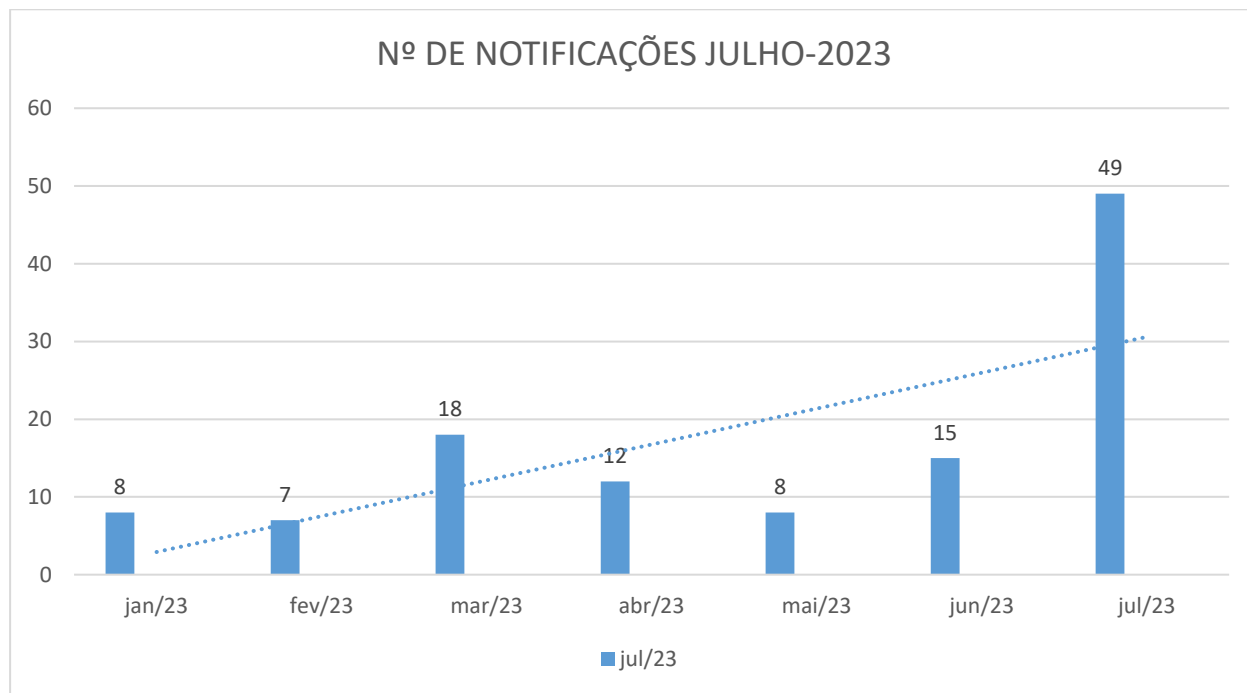
5. GESTÃO DE RISCO

Eventos adversos são todas as circunstâncias médicas que geram complicações indesejadas durante o cuidado ao paciente, e que não são atribuídas à evolução da doença de base, mas sim uma ocorrência imprevista, indesejada ou ofensiva à saúde do paciente dentro dos hospitais. São considerados também eventos adversos os chamados efeitos colaterais, como uma ocorrência desfavorável ao uso de medicamentos. Sempre que um incidente acontecer dentro de uma instituição e ele tiver danos ao paciente, ele é considerado um evento adverso.

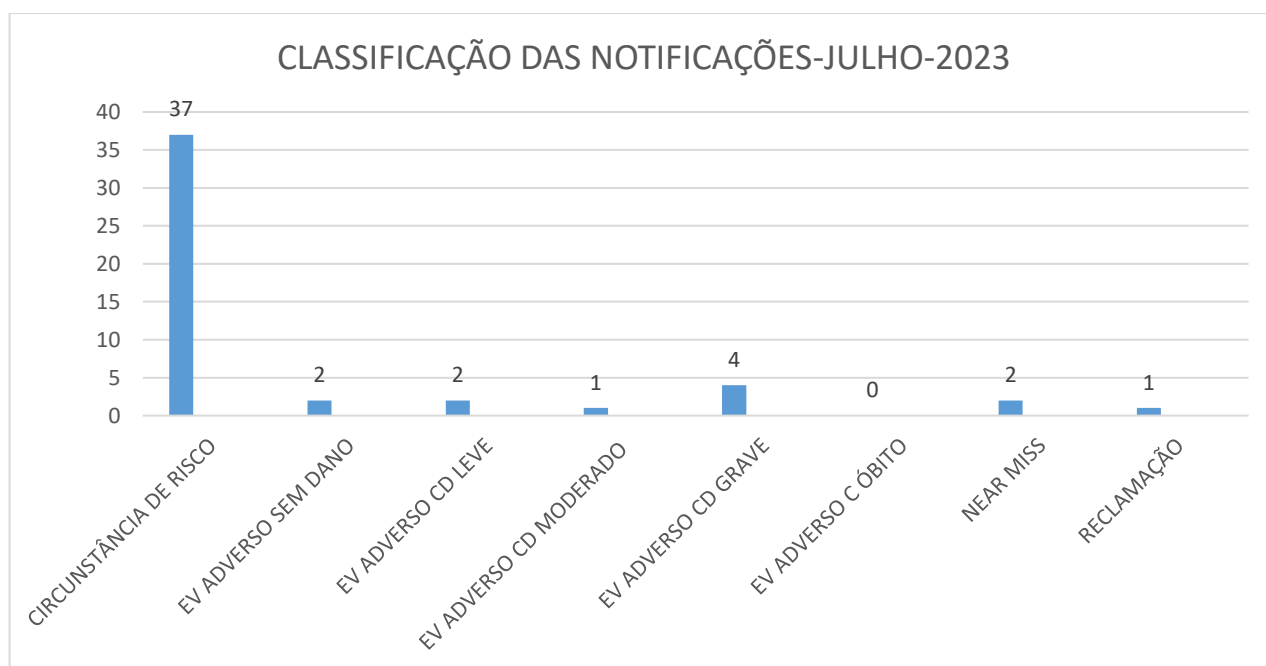
A segurança do paciente é um desafio muito grande nas instituições de saúde, a unidade UPA Santana está em constante desenvolvimento, prezar pela qualidade, higiene e eficácia no atendimento é sempre uma prioridade em nossos processos, para que tudo saia como planejado e o paciente tenha o melhor desfecho para o seu caso.

6. NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

No mês de julho ocorreram um total de 49 Notificações de Incidentes e Eventos Adversos, onde foram repassadas a gerências para realização de plano de ação com as equipes.



Fonte: Tabulação de Notificações.Arquivo NSPQ.2023.



Fonte: Tabulação de Notificações.Arquivo NSPQ.2023.

7. RESULTADOS

As atividades desenvolvidas pelo setor da qualidade permanecem em avanços, para o mês de JULHO as ações estão focadas nos quesitos abaixo:

- Planejamento Estratégico;
- Constituição da Comissão de Ética de enfermagem;
- Constituição da Comissão de Ética Médica;
- Aquisição da Gestão documental;
- Acompanhamento e monitoramento de ações para a visita da Vigilância sanitária;
- Monitoramento de Ações Qmentum;
- Jornada da Qualidade.
- Cronograma de treinamentos Instruções de trabalho da CME.

Jaqueline F. Souza de Quadros
Analista da Qualidade
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento
Social Humano

Jaqueline Souza
Analista de Qualidade

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento
Social Humano

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa
UPASRG / INDSH

Eliane Krinski
Gerente Administrativa

Francisco Mingrone
Diretor Executivo

8. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica

9. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador/ Consenso de Qualidade	Aprovador CQ	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 28/02/2023 Vigência: 28/02/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS

AGOSTO/2023

UPA SANTANA

QUALIDADE



INDSH

Instituto Nacional
de Desenvolvimento
Social e Humano

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. ENFERMAGEM	3
2.2. FARMÁCIA	3
2.3. HEMOTRANSFUSÃO	4
2.4. ALMOXARIFADO	5
2.5. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	5
2.6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	5
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO	6
4. GESTÃO DE RISCO	7
5. INTRODUÇÃO A EPIMED ONLINE.....	7
6.1. TREINAMENTO EPIMED.....	7
6. REUNIÕES ONLINE IBSP	8
7. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM	9
9. RESULTADOS	9
10. HISTORICO DE REVISÃO	10
12. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	10

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas pelo setor da Qualidade na Unidade de Pronto Atendimento UPA Santana. Visando apresentar as produções realizadas durante esse período. Apresentando iniciativas em: Gestão Documental; Gestão de Riscos e Gestão de Processos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

2.1. ENFERMAGEM

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	IT.ENF.059
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES E EQUIPAMENTOS	IT.ENF.060
LIMPEZA TERMINAL DA AMBULANCIA	IT.ENF.061
LIMPEZA CONCORRENTE DA AMBULANCIA	IT.ENF.062
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS	IT.ENF.064
COLETA DE DENGUE	IT.ENF.065
COLETA DE EXAME SENTINELA	IT.ENF.066

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
REGISTRO DO SETOR DE ECG	FOR.ENF.034
CONTROLE DE CALIBRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS TESTE RÁPIDO	FOR.UPA.035
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	FOR.ENF.036
TERMO DE EMPRESTIMO	FOR.ENF.037
SAE-SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-PSIQUIATRIA	FOR.ENF.038

2.2. FARMÁCIA

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
ARMAZENAMENTO MEDICAMENTOS PORTARIA 344	IT.FAR.012

MANUAL

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
BOAS PRÁTICAS DE FARMACOVIGILÂNCIA E TECNOVIGILÂNCIA	MAN.FAR.004

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
QUEIXA TÉCNICA	FOR.FAR.002
INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO ADVERSO DE MEDICAMENTO (RAM)	FOR.FAR.008

2.3. HEMOTRANSFUSÃO

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
BIOSSEGURANÇA NO PROCESSO DE HEMOTRANSFUSÃO	IT.HEM.001
COLETA E IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRAS	IT.HEM.002
TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES	IT.HEM.003
INFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES	IT.HEM.004
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	IT.HEM.005
OPERACIONALIZAÇÃO DO SHT	IT.HEM.006
RETROVIGILÂNCIA	IT.HEM.007
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DO REFRIGERADOR	IT.HEM.008

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
REGISTRO DE TRANSPORTE DE AMOSTRAS E HEMOCOMPONENTE	FOR.HEM.004

2.4. ALMOXARIFADO

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES NO ATO DA ENTREGA	IT.ALM.001

FORMULÁRIO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
AVALIAÇÃO DAS ENTREGAS DE FORNECEDORES	FOR.ALM.001

2.5. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

MANUAL

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
MANUAL NORMA ZERO	MAN.SEDENSPQ.001
PADRONIZAÇÃO DE SIGLAS	MAN.SEDENSPQ.002

PLANO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
ROPS DAY-FERRAMENTA KAMISHIBAI	PLA.SEDENSPQ.001

2.6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	IT. SCIH.001
PRECAUÇÕES E ISOLAMENTOS	IT. SCIH.002

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
QUALIDADE DA ÁGUA - CONTROLE DE PH E CLORO	FOR.SCIH.004

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO

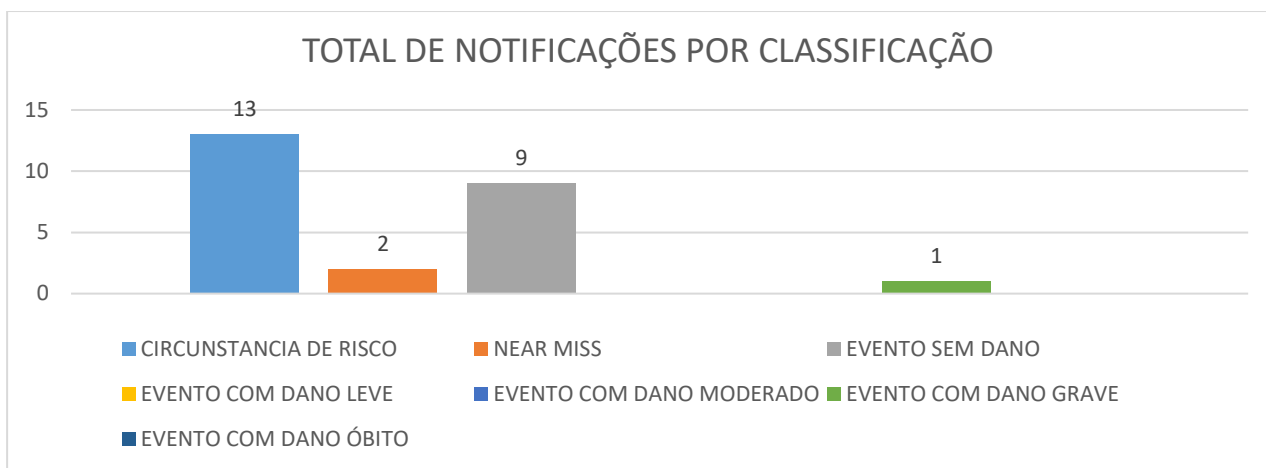
Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

Comissões: (ATAS em anexo)	Data realizada	Horário	Ações
Comissão de Segurança do Paciente;	01/09/2023	15:00 horas	Protocolo de Insulina; Ação de Humanização para atendimento ao idoso; Notificação Sistema Epimed.
Comissão de Verificação de Prontuário;	01/09/2023	14:30 horas	Orçamento de Bins e colméia para observação; Layout da sala de medicação; Treinamento sobre completude de Prontuários; Auditoria de Prontuários; Fluxo de alta dos prontuários de óbito.
Comissão de Farmácia Terapêutica;	16/08/2023	16:00 horas	Treinamento de punção; Instrução de Trabalho de Fatores de coagulação; Capacitação de atendimento a pacientes hemofílicos; Treinamento sobre dupla checagem de medicamentos;
Comissão de Revisão de Óbitos.	16/08/2023 e 23/08/2023	14:30 e 15:00 horas	Formação Time de Resposta Rápida; Treinamento Protocolo de Seps; Treinamento Protocolo de Classificação de Risco.
Comissão de Infecção Hospitalar	01/09/2023	15:30 horas	Criação de protocolo para utilização de álcool; Rotina de controle da qualidade da água.
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio	15/08/2023	15:30	Protocolo de Psiquiatria, com definições para segurança do paciente e do colaborador;
Comitê transfusional	23/08/2023	14:00 horas	Recapacitação da nova versão do Protocolo; Capacitação das Instruções de Trabalho de Hemotransfusão; Auditoria qualitativa de prontuários de Hemotransfusão; Treinamento do corpo clínico referente a preenchimento da RT e prescrição de hemocomponentes;

			Capacitação sobre uso racional de hemocomponentes; Possibilidade de realização de vídeos para capacitação e aplicação de teste de conformidade.
--	--	--	---

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de julho recebemos um total de 25 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

5. INTRODUÇÃO A EPIMED ONLINE

No dia 09/08/2023, iniciou-se a Homologação do Sistema Epimed, software utilizado para caracterização, investigação, levantamento de ações de melhorias e gerenciamento. Em consideração o treinamento foi realizado pela equipe do Sistema Epimed, perfazendo o módulo de aprendizagem acerca do desenvolvimento Processual das Notificações de Incidentes.

6.1. TREINAMENTO EPIMED

Nos dias 17-18-21 e 31/08, realizamos com o auxílio do Setor NEP, o treinamento de como notificar pelo Sistema Epimed e falamos também, sobre a importância de notificar, para auxiliar na segurança do paciente dentro da Unidade. Segue fotos do treinamento:



Fonte: O Autor. Arquivo Qualidade.2023.

6. REUNIÕES ONLINE IBSP

Nos dias 01/08, 08/08, 22/08 e 29/08 às 10h, participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Com os seguintes temas:

- Notificação de Evento adverso, com foco no sistema EPIMED
- ROPS – Boas Práticas Obrigatórias
- Política da Meta 3 e autoavaliação da cadeia medicamentosa.

- Expansão de barreira visuais e seleção dos fármacos que serão realizados dupla checagem (processo de dispensação dos medicamentos de alta vigilância - MAV).

7. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM

Em constância aos andamentos das atividades, apresenta-se o desenvolvimento da metodologia Scrum e Kanban em conformidade com a ferramenta 5W2H, segue abaixo o cronograma de execução das atividades voltadas ao setor da Qualidade e NEP.

Ação	Ações em andamento
Desdobrar o planejamento estratégico, contemplando os objetivos e metas atuais.	Divulgação das perspectivas, iniciativas e objetivos; Iniciar levantamento de indicadores estratégicos; Contratar software de gestão da qualidade (Interact)
Revisar e implementar a política de comunicação, contemplando canais e métodos de comunicação interno e externo.	1. Implantar Protocolo de comunicação interna; 2. Implantar Política de comunicação interna e externa
Realizar o mapeamento dos processos, perigos e riscos, considerando a implantação das barreiras.	1º Realizado a definições dos Macroprocesso 2º Em fase de definição de Subprocesso 3º Implantar ferramenta SIPOC
Disseminar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPS) entre as equipes e aplicar teste de conformidade.	1. Apresentar a equipe os ROPS de ouro; 2. Disponibilizar os ROPS de forma visual a toda equipe. 3. Implantar ROP DAY.
Estabelecer os acordos contemplando as necessidades do paciente.	1º Desenvolver Acordos de Interações entre Processos -SLA 2º Desenvolver matriz de Risco
Estruturar as fichas de especificação dos indicadores de processos (fichas técnicas).	1º Criar Manual de Fichas Técnicas 2º Utilizar Indicadores estratégicos; 3º Obter Padronização de Análise e Suporte tecnológico.
Estruturar relatório trimestral e disponibilizar para liderança executiva.	Desenvolver reuniões trimestrais para discussão dos indicadores.
Capacitar os profissionais para identificação de incidentes e estimulá-los à notificação.	1º Capacitação das identificações de eventos e notificações adequadas para levantamento de ações de melhorias.
Estabelecer monitoramento das ações geradas a partir das notificações de eventos.	Gerenciar ações de melhorias pela ferramenta Epimed
Instituir siglário.	1. Padronizar o uso de siglas na Unidade por meio do Manual de Siglas;
Definir estratégia para cumprimento da política de identificação segura.	1. Implantar Política de Identificação segura; 2. Gerenciar Protocolo de Identificação na Unidade;
Estabelecer critérios para acompanhamento dos residentes de medicina e estagiários de enfermagem.	Desenvolver Política de Estagiários e acompanhar diariamente as rotinas.

9. RESULTADOS

As atividades do Setor da Qualidade seguem em avanço para o mês de agosto, com os seguintes objetivos:

- Gestão documental;
- Gerenciamento dos Protocolos já implantados na Unidade;

- Atividades da Jornada da Qualidade;
- Gerenciamento/Auditorias de ações para Acreditação Qmentum.

10. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

11. ASSINATURAS

Jaqueline F. Souza de Quadros
Analista da Qualidade
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento
Social Humano

Jaqueline Souza
Analista de Qualidade

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade
Instituto Nacional de Desenvolvimento
Social e Humano

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa
UPASPG / INDSH

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa

Clemência Moreira de Souza
Diretora Executiva

12. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 04/09/2023 Vigência: 04/09/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS
SETEMBRO/2023
UPA SANTANA
QUALIDADE

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. ENFERMAGEM	3
2.2. FARMÁCIA	3
2.3. CME.....	3
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE SETEMBRO	5
4. GESTÃO DE RISCO	7
5. SEMANA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	7
5.1. REUNIÃO DA JORNADA DA QUALIDADE	7
5.2. ENTREGA DO MANUAL DA QUALIDADE	8
5.3. IMPLANTAÇÃO ROP'S DAY NA UNIDADE	11
6. REUNIÕES IBSP	12
7. LICENÇA SANITÁRIA	12
8. ANIVERSÁRIO DE UM ANO DE PARCERIA UPA SANTANA E INDSH	13
9. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM.....	13
10. RESULTADOS	14
11. HISTORICO DE REVISÃO	14
12. ASSINATURA.....	15
13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO	15

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas pelo setor da Qualidade na Unidade de Pronto Atendimento UPA Santana. Visando apresentar as produções realizadas durante esse período. Apresentando iniciativas em: Gestão Documental; Gestão de Riscos e Gestão de Processos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

2.1. ENFERMAGEM

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DE PROTOCOLOS E REAVALIAÇÕES	FOR.ENF.040

2.2. FARMÁCIA

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
INVENTÁRIO E ACURÁCIA DE ESTOQUE	IT.FAR.013

2.3. CME

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
SUBPROCESSO DA ÁREA EXPURGO	IT.CME.001
TROCA DE SOLUÇÃO ENZIMÁTICA PARA LIMPEZA AUTOMATIZADA	IT.CME.002
MANUTENÇÃO DO FILTRO DEIONIZADOR	IT.CME.003
LAVAGEM DE MATERIAL	IT.CME.004
PROCESSAMENTO ESCOVAS DE LIMPEZA - EXPURGO	IT.CME.005
LIMPEZA DE CAIXAS DE TRANSPORTE CME	IT.CME.006
PRÉ-LIMPEZA DE MATERIAIS ENCAMINHADOS PARA EMPRESA TERCEIRIZADA	IT.CME.007
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS E LARINGOSCÓPIA	IT.CME.008

DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS RESPIRATÓRIOS	IT.CME.009
PROCESSAMENTO DO FRASCO BORRIFADOR MANUAL	IT.CME.010
MANUSEIO DA LAVADORA TERMODESINFECTORA	IT.CME.011
MANUSEIO DA LAVADORA AUTOMÁTICA - ULTRASSÔNICA	IT.CME.012
SUBPROCESSO DA ÁREA LIMPA - PREPARO	IT.CME.013
DILUIÇÃO DO SURFIC	IT.CME.014
INSPEÇÃO DE MATERIAIS	IT.CME.015
PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE TECIDOS (ROUPA E CAMPOS)	IT.CME.016
PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE COTONETES	IT.CME.017
MONTAGEM DE CARGAS EM AUTOCLAVE	IT.CME.018
FUNCIONAMENTO DA AUTOCLAVE	IT.CME.019
PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAL	IT.CME.020
CONTROLE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO	IT.CME.021
SUBPROCESSO ÁREA LIMPA - ACONDICIONAMENTO	IT.CME.022
SUBPROCESSO ÁREA LIMPA - DISTRIBUIÇÃO	IT.CME.023
RASTREABILIDADE DE MATEIRIA PROCESSADOS	IT.CME.024
TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO	IT.CME.025
UMECTAÇÃO DE MATERIAL CONTAMINADO	IT.CME.026
5S NO SETOR CME	IT.CME.027
LIMPEZA TERMODESINFECTORA	IT.CME.028

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
REABASTECIMENTO DE SETORES	FOR.CME.010

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE SETEMBRO

Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

Comissões: (ATAS em anexo)	Data realizada	Horário	Ações
Comissão de Segurança do Paciente;	19/09/2023	14:00 horas	Elaboração do Protocolo de Uso Racional de Insulina; Realização de ação de humanização no atendimento ao idoso; Treinamento do Protocolo de Classificação de Risco+avaliação de prioridade do idoso na CR; Divulgação do boletim de notificações e das ações realizadas; Implantação do Rops Day na Unidade, a fim de trabalhar as Práticas organizacionais obrigatórias com a equipe.
Comissão de Verificação de Prontuário;	05/10/2023	15:30 horas	Realização de orçamento de bins e colméias para organização dos prontuários da observação; Alteração do layout da sala de medicação; Treinamento de completude de prontuários com a equipe; Orientação para realização de impressão, carimbo e assinatura com a equipe médica; Realização de auditoria interna de prontuários; Definição de fluxo de alta em prontuários de óbito.
Comissão de Farmácia Terapêutica;	12/09/2023	15:00 horas	Verificação dos carrinhos de emergência; Uso de eletrodos e pêras no ECG;

			Padronização de horários de prescrição na sala de observação; Uso do catéter NEO 24; Montagem de kit dreno de tórax.
Comissão de Revisão de Óbitos.	03/10/2023	14:00 horas	Time de Resposta rápida; Treinamento Protocolo de Classificação de Risco; Treinamento Protocolo de Sepsis; Elaboração do Protocolo de Insulina e definição de fluxo para hipoglicemia.
Comissão de Infecção Hospitalar	12/09/2023	14:00 horas	Gerenciamento do consumo de álcool e sabão; Metodologia e fluxo de análise de água; Instituir limpeza terminal após uso da sala de sutura; Ações para higienização das mãos.
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio	19/09/2023	15:00 horas	Revisão do Protocolo da Unidade, sobre utilização de máscaras; Mudança de sala ou ar condicionado na sala do NIR; Realização da SIPAT na Unidade e Treinamento de combate de incêndio.

Comitê transfusional	05/10/2023	14:00 horas	Seguimento nos treinamentos do Protocolo de Hemotransusão; Alinhamento com a Hemepar, para realização de treinamentos com a equipe sobre uso de hemocomponentes; Orientação a equipe sobre fluxo de devolução da bolsa de sangue, quando não utilizada; Alinhamento com o setor de comunicação, sobre a elaboração de vídeos para treinamentos e aplicação de teste de conformidade.
----------------------	------------	-------------	--

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de setembro recebemos um total de 38 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

5. SEMANA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5.1. REUNIÃO DA JORNADA DA QUALIDADE

No dia 14/09/2023, juntamente com o NEP, reunimos a equipe da Jornada de Qualidade para conversarmos sobre Segurança do Paciente e as ações que estão sendo implementadas dentro da Unidade e como elas estão sendo executadas no assistencial.



Fonte: O Autor. Arquivo Qualidade.2023.

5.2. ENTREGA DO MANUAL DA QUALIDADE

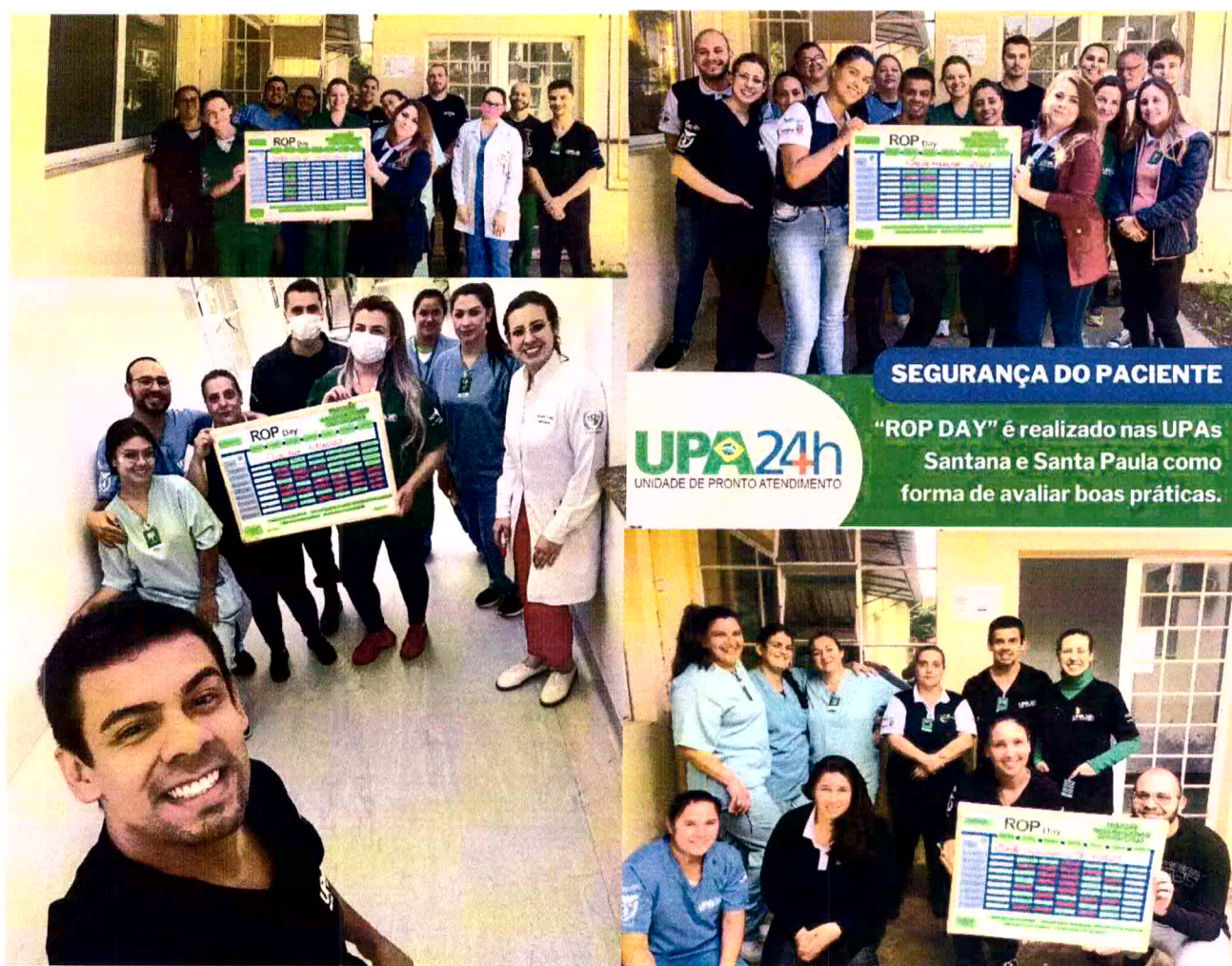
Na semana do dia 18/09 ao dia 22/09, juntamente com o NEP, realizamos a entrega do Manual da Qualidade a todos os setores, a fim de divulgar as atividades do setor dentro da Unidade e os processos realizados pelo mesmo. Segue fotos:





5.3. IMPLANTAÇÃO ROP'S DAY NA UNIDADE

No dia 19/09/2023, realizamos implantação do Projeto Rops Day na Unidade, com o objetivo de trabalhar as Rops (Práticas Organizacionais Obrigatórias) com toda equipe, de maneira simplificada e dinâmica. Inserindo todos no processo de avaliação de condutas de segurança do paciente e promovendo a Cultura de Segurança dentro da Unidade. Sendo abordados até o momento, as seguintes Rops: Identificação do Paciente, Notificação de Evento Adverso e Higienização das mãos. Segue fotos:



6. REUNIÕES IBSP

Nos dias 05/09, 12/09, 19/09 e 26/09 às 10h, participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Com os seguintes temas:

- Política da Meta 3 e autoavaliação da cadeia medicamentosa;
- Implantação e gerenciamento do Protocolo de Higienização das mãos e
- Implantação e gerenciamento do Protocolo de Prevenção de Quedas.

7. LICENÇA SANITÁRIA

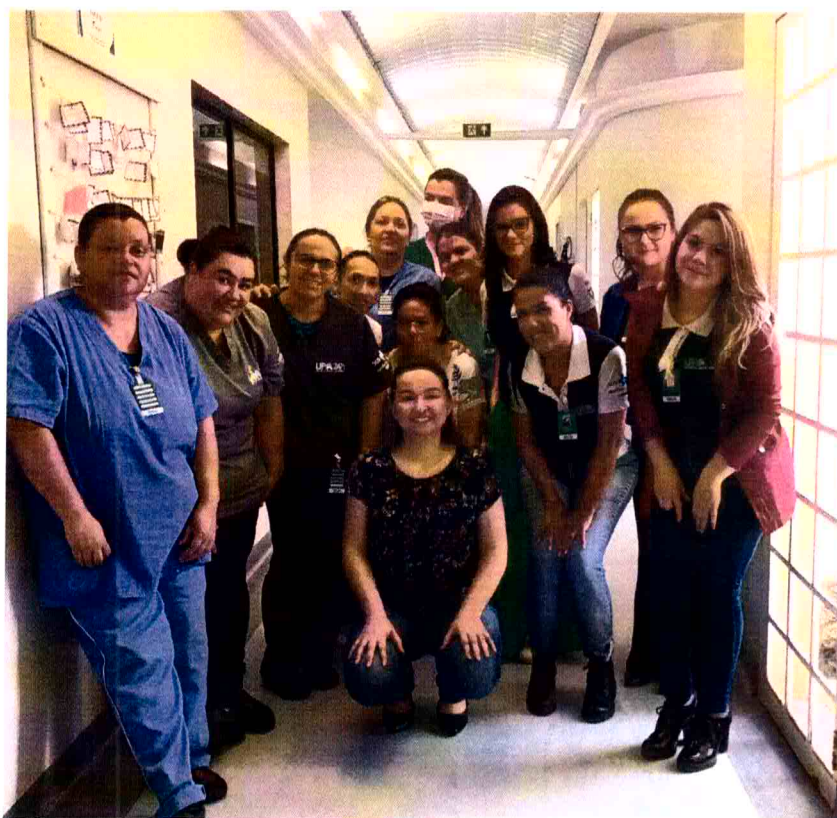
No dia 27/09, recebemos na Unidade, a visita da Vigilância Sanitária para realização de vistoria na Unidade. Apresentamos toda nossa gestão documental e nossos processos internos e como resultado, obtivemos o certificado de Licença Sanitária. Segue fotos:



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

8. ANIVERSÁRIO DE UM ANO DE PARCERIA UPA SANTANA E INDSH

No dia 19/09/2023, comemoramos um ano de gestão do INDSH na Upa Santana. Um ano de muitos desafios e conquistas, visando sempre melhorias, a fim de prestar um atendimento humanizado e de qualidade aos nossos pacientes.



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

9. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM

Em constância aos andamentos das atividades, apresenta-se o desenvolvimento da metodologia Scrum e Kanban em conformidade com a ferramenta 5W2H, segue abaixo o cronograma de execução das atividades voltadas ao setor da Qualidade e NEP.

Ação	Ações em andamento	STATUS
Desdobrar o planejamento estratégico, contemplando os objetivos e metas atuais.	Divulgação das perspectivas, iniciativas e objetivos; Iniciar levantamento de indicadores estratégicos; Contratar software de gestão da qualidade (Interact)	EM ANDAMENTO
Revisar e implementar a política de comunicação, contemplando canais e	1. Implantar Protocolo de comunicação interna;	EM ANDAMENTO

métodos de comunicação interno e externo.	2. Implantar Política de comunicação interna e externa	
Realizar o mapeamento dos processos, perigos e riscos, considerando a implantação das barreiras.	1º Realizado a definições dos Macroprocesso 2º Em fase de definição de Subprocesso 3º Implantar ferramenta SIPOC	EM ANDAMENTO
Disseminar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPS) entre as equipes e aplicar teste de conformidade.	1. Apresentar a equipe os ROPS de ouro; 2. Disponibilizar os ROPS de forma visual a toda equipe. 3. Implantar ROP DAY.	REALIZADO
Estabelecer os acordos contemplando as necessidades do paciente.	1º Desenvolver Acordos de Interações entre Processos -SLA 2º Desenvolver matriz de Risco	EM ANDAMENTO
Estruturar as fichas de especificação dos indicadores de processos (fichas técnicas).	1º Criar Manual de Fichas Técnicas 2º Utilizar Indicadores estratégicos; 3º Obter Padronização de Análise e Suporte tecnológico.	EM ANDAMENTO
Estruturar relatório trimestral e disponibilizar para liderança executiva.	Desenvolver reuniões trimestrais para discussão dos indicadores.	EM ANDAMENTO
Capacitar os profissionais para identificação de incidentes e estimulá-los à notificação.	1º Capacitação das identificações de eventos e notificações adequadas para levantamento de ações de melhorias.	EM ANDAMENTO
Estabelecer monitoramento das ações geradas a partir das notificações de eventos.	Gerenciar ações de melhorias pela ferramenta Epimed	REALIZADO
Instituir siglário.	1. Padronizar o uso de siglas na Unidade por meio do Manual de Siglas;	EM ANDAMENTO
Definir estratégia para cumprimento da política de identificação segura.	1. Implantar Política de Identificação segura; 2. Gerenciar Protocolo de Identificação na Unidade;	EM ANDAMENTO
Estabelecer critérios para acompanhamento dos residentes de medicina e estagiários de enfermagem.	Desenvolver Política de Estagiários e acompanhar diariamente as rotinas.	EM ANDAMENTO

10. RESULTADOS

As atividades do Setor da Qualidade seguem em avanço para o mês de agosto, com os seguintes objetivos:

- Gestão documental;
- Gerenciamento dos Protocolos já implantados na Unidade;
- Atividades da Jornada da Qualidade;
- Gerenciamento/Auditorias de ações para Acreditação Qmentum.

11. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

12. ASSINATURAS

Jaqueline F. Souza de Quadros
Analista da Qualidade
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento
Social Humano

Jaqueline Souza
Analista de Qualidade

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano - INDSH

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa

Clemência Moreira de Souza
Diretora Executiva

13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 04/09/2023 Vigência: 04/09//2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS

OUTUBRO/2023

UPA SANTANA

QUALIDADE



SUMÁRIO

1. OBJETIVO	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL	3
2.1. ENFERMAGEM	3
2.2. NIR	4
2.3. FARMÁCIA.....	5
2.4. SEDE	6
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO	6
4. GESTÃO DE RISCO	7
4.1. Tabulação de notificações Sistema Epimed	8
5. IMPLEMENTAÇÃO DO BOLETIM DE NOTIFICAÇÕES	8
6. ROP'S DAY NA UNIDADE	9
6.1. Tabulação dos dados obtidos no Rops Day.....	10
7. PROJETO "PROMOÇÃO A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA"	10
8. REUNIÕES IBSP.....	11
9. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO INTERACT	11
10. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM	11
11. AUDITORIAS.....	14
12. RESULTADOS	14
13. HISTORICO DE REVISÃO.....	14
14. ASSINATURAS	14
15. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	15

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas pelo setor da Qualidade na Unidade de Pronto Atendimento UPA Santana. Visando apresentar as produções realizadas durante esse período. Apresentando iniciativas em: Gestão Documental; Gestão de Riscos e Gestão de Processos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

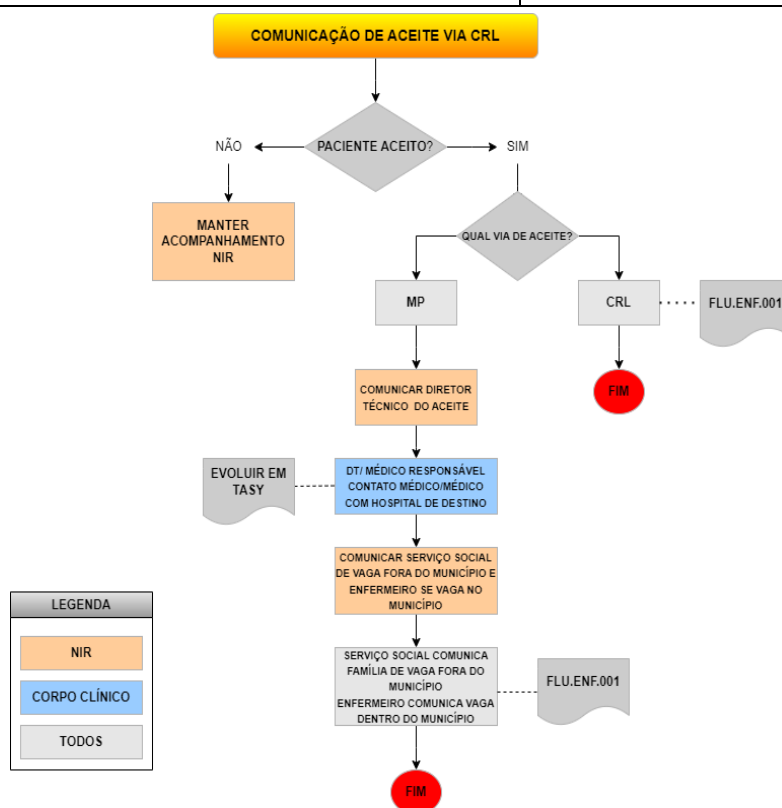
2.1. ENFERMAGEM

FORMULÁRIOS

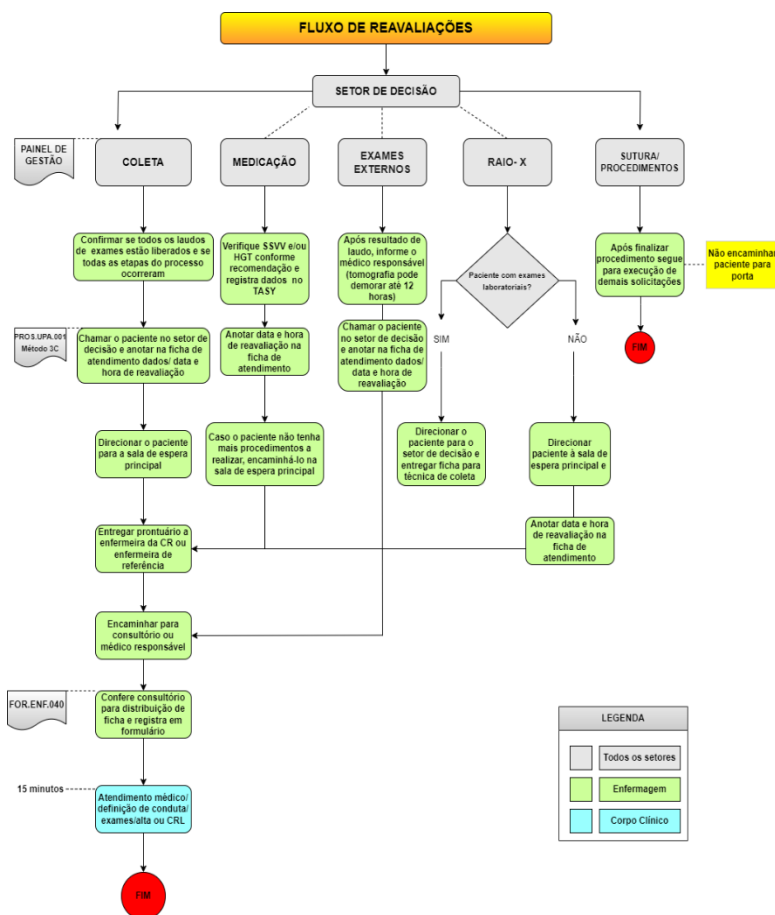
NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DE PROTOCOLOS E REAVALIAÇÕES	FOR.ENF.040

FLUXOGRAMA

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
COMUNICAÇÃO DE ACEITE VIA CRL	FLU.ENF.004
FLUXO DE REAVALIAÇÕES	FLU.ENF.005



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023. FLU.ENF.004

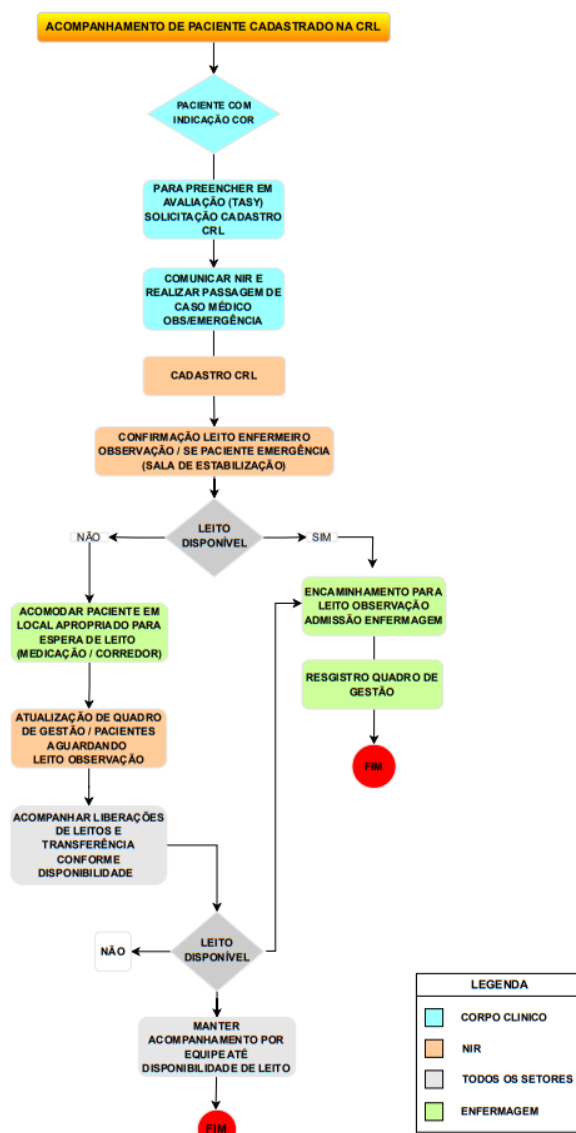


Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023. FLU.ENF.005

2.2. NIR

FLUXOGRAMA

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES CADASTRADOS NA CRL	FLU.NIR.001



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023. FLU.NIR.001

2.3. FARMÁCIA

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO OU EXCLUSÃO PARA PADRONIZAÇÃO	FOR.FAR.009
PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	FOR.FAR.010

MANUAL

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
MATERIAIS E MEDICAMENTOS PADRONIZADOS	MAN.FAR.005

2.4. SEDE

MANUAL

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
MANUAL DO COLABORADOR INSTITUCIONAL	MAN.SEDEDP.001

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO

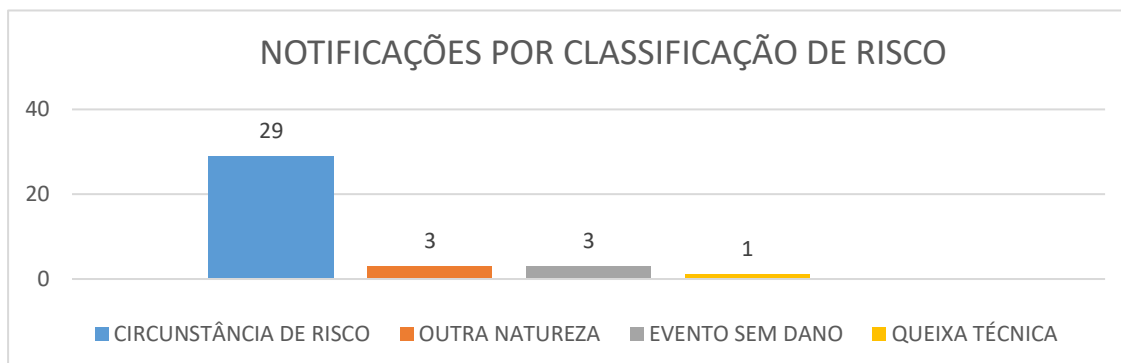
Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

Comissões: (ATAS em anexo)	Data realizada	Horário	Ações
Comissão de Segurança do Paciente;	24/10/2023	15:30 horas	Definição de Rotina e critérios para insulina em BIC; Implementação de texto padrão para dispensação de insulina; Padronização de via EV para administração de insulina; Realização de ação voltada ao atendimento humanizado dos idosos; Treinamento Protocolo de psiquiatria; Divulgação do boletim de notificações para equipe, com as ações realizadas a partir das notificações recebidas;
Comissão de Verificação de Prontuário;	08/11/2023	11:00 horas	
Comissão de Farmácia Terapêutica;	24/10/2023	14:00 horas	Disponibilização de kit para Painel viral no setor da farmácia, para testagem de pacientes com permanência superior a 24 horas; Definição de que a prescrição verbal pode ser feita somente pelo médico; Elaboração de carimbo de avaliação farmacêutica e dupla checagem; Conciliação de medicamentos de uso contínuo dos pacientes; Padronização de horários para prescrição no setor observação; Verificação de lotes de medicamentos que estão com a data próxima de vencimento.
Comissão de Revisão de Óbitos.	07/11/2023	14:00 horas	Protocolo de cuidados paliativos; Protocolo de Sepsis; Definição de Rotina e critérios para insulina; Criação de fluxo e definição de critérios para oxigenoterapia.

Comissão de Infecção Hospitalar	24/10/2023	15:00 horas	Apresentação de relatório de consumo de álcool em gel e saneantes; Relatório de fechamento mensal; Fluxo de análise de água; Solicitação de reposição de cloro nas caixas de água; Preenchimento de planilha compartilhada com a infectologista, corpo clínico e SCIH, para prescrição de antibióticos; Ação para higienização das mãos.
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio	17/10/2023	15:00 horas	Protocolo e fluxo de psiquiatria; Treinamento da equipe de segurança em relação a pacientes psiquiátricos; Manutenção do prédio, parte elétrica; Definição de fluxo e treinamento com a equipe, para utilização de máscaras para prestação de cuidados a pacientes com suspeita ou com diagnóstico de TB;
Comitê transfusional	24/11/2023	16:00 horas	Seguimento aos treinamentos do Protocolo de Hemotransfusão e Instruções de Trabalho; Alinhamento com a Hemepar, para realização de treinamento com a equipe sobre uso racional de hemocomponentes; Definição de data de treinamento do corpo clínico para definição de critérios para hemotransfusão e o preenchimento do diagnóstico do paciente na justificativa; Orientação com a equipe sobre fluxo de devolução da bolsa de sangue que não utilizada; Alinhamento com o setor da comunicação, sobre a elaboração de vídeos para treinamentos e aplicação de teste de conformidade.

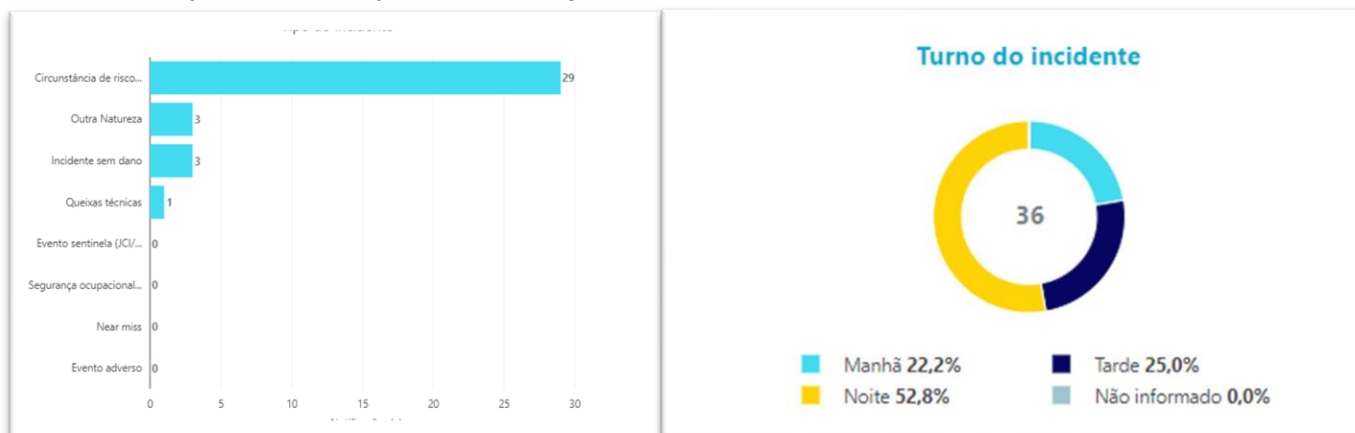
4. GESTÃO DE RISCO

No mês de outubro recebemos um total de 36 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

4.1. Tabulação de notificações Sistema Epimed

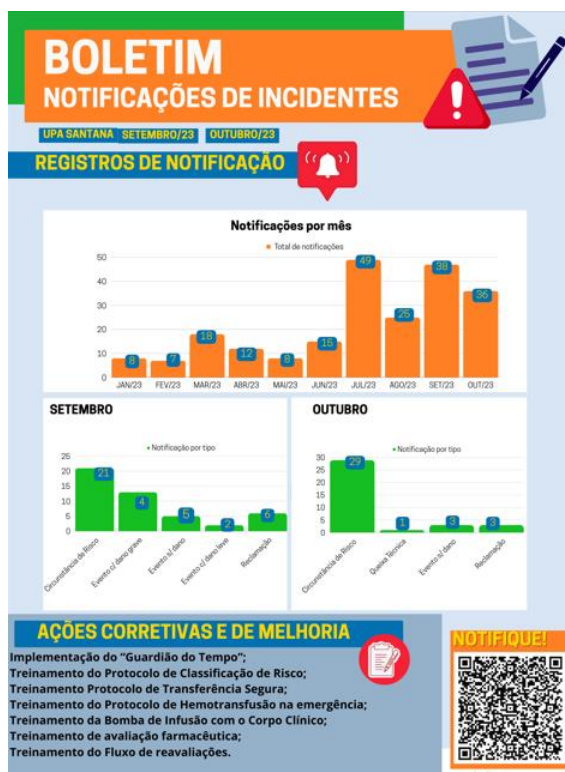


Fonte: O Autor. Arquivo Epimed 2023.

5. IMPLEMENTAÇÃO DO BOLETIM DE NOTIFICAÇÕES

No mês de outubro, o setor da Qualidade implementou o boletim de Notificações, a fim de levar a equipe a informação do quantitativo de notificações recebidas mensalmente, a classificação de cada uma delas e as ações que foram realizadas através do recebimento dessas notificações. Segue imagem:

Imagem 1-2: Boletim de Notificação



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

6. ROP'S DAY NA UNIDADE

Com o objetivo de trabalhar as Rops (Práticas Organizacionais Obrigatórias), de maneira simplificada e dinâmica, realizamos a implantação da ferramenta Rops Day, que está sendo realizada todos os dias em conjunto com a equipe. Inserindo todos no processo de avaliação de condutas de segurança do paciente e promovendo a Cultura de Segurança dentro da Unidade. Sendo abordados até o momento, as seguintes Rops:

1. Identificação do Paciente – 19/09 até 25/09;
2. Notificação de Evento Adverso – 26/09 até 02/10;
3. Higienização das mãos – 03/10 até 09/10;
4. Uso seguro de medicamentos – 10/10 até 16/10;
5. Setor de Treinamentos e capacitações – 17/10 até 23/10;
6. Engenharia Clínica – 24/10 até 30/10
7. Transição de informações – 31/10 até 06/11.

Fotos 01 – 4: ROP's Day



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

6.1. Tabulação dos dados obtidos no Rops Day

Iniciado no mês de outubro a tabulação dos resultados das Rops, para levantamento de ações de melhorias nos processos da Unidade. Segue abaixo imagem da tabulação da ferramenta Rop's Day:

Imagem 2-2: Tabulação Excel – ROP's

		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	OBSERVAÇÕES
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Os pacientes estão identificados? (Pulseira e etiqueta)	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	A pulseira/etiqueta possui descrição de forma íntegra e legível?	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	Na semana em questão, havia acabado as pulseiras brancas e o "plano de segurança" foi utilizar pulseiras lilás (utilizada em protocolo de
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Realizado identificação correta dos leitos?	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Identificaram soluções intravenosas?	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Realizam o método 3C para identificação do paciente? (Chamar, checar e confirmar)	CONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	Equipe não obteve conhecimento do método seguro de chamar, checar e confirmar o nome do paciente
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Os pacientes com alergia estão identificados com pulseira de cor lilás?	CONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	Pulseira lilás estava sendo utilizada para pacientes na abertura de ficha
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Há identificação de riscos? (Queda/Lesão por pressão)	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	Equipe não reconhece treinamentos sobre Protocolo de Queda e Lesão por pressão
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Presenciou alguma falha e realizou intervenção?	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	
2 SEMANA - ROP NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES	Existe um processo de notificação de eventos adversos?	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE		Equipe não reconhecia o fluxo de Notificação de Eventos adversos

Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

7. PROJETO "PROMOÇÃO A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA"

Nos dias 24 e 25/10, foi iniciado pelo setor da Qualidade e NEP o projeto "PROMOÇÃO A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA" com os colaboradores da UPA Santana, esse projeto tem como objetivo trazer práticas e dicas simples para adicionar ao dia a dia da equipe.

Fotos 2- 4: Projeto qualidade de vida



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

8. REUNIÕES IBSP

Nos dias 03/10, 10/10, 17/10, 24/10 e 31/10 às 10h, participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Com os seguintes temas:

- Evento Adverso- Ferramenta Epimed;
- Meta 2 de segurança: Comunicação segura, metodologia SBAR;
- Rops: Fluxo de Cliente;
- Reprocessamento de materiais;
- Revisão de prontuários.

9. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO INTERACT

No dia 18/09, iniciamos o processo de implantação do Sistema SA Interact, seguindo um cronograma de implantação:

Nº	Descrição da entrega	Expectativa de conclusão
1	FASE 1: Iniciação e planejamento do Projeto	04/10/2023
2	FASE 2: Implantação do SA Document Manager	21/11/2023
3	FASE 3: Implantação do SA Governance Manager	05/01/2024
4	FASE 4: Implantação do SA Occurrence Manager	26/02/2024
5	FASE 5: Implantação do SA Audit Manager	05/04/2024
6	FASE 6: Implantação do SA Risk Manager	14/05/2024
7	FASE 7: Implantação do SA Competence Manager	02/07/2024
8	FASE 8: Encerramento do projeto	11/07/2024

Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

10. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM

Em constância aos andamentos das atividades, apresenta-se o desenvolvimento da metodologia Scrum e Kanban em conformidade com a ferramenta 5W2H, segue abaixo o cronograma de execução das atividades voltadas ao setor da Qualidade e NEP.

Ação	Ações em andamento	STATUS
Desdobrar o planejamento estratégico, contemplando os objetivos e metas atuais.	Divulgação das perspectivas, iniciativas e objetivos; Iniciar levantamento de indicadores estratégicos; Contratar software de gestão da qualidade (Interact)	EM ANDAMENTO Iniciado em outubro o “Papo da qualidade” trazendo capacitação dinâmica para as equipes.
Realizar o mapeamento dos processos, perigos e riscos, considerando a implantação das barreiras.	1º Em fase de definição de Subprocesso	Finalizado Macroprocessos. . EM ANDAMENTO *Desenvolver os subprocessos
Disseminar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPS) entre as equipes e	1. Apresentar a equipe os ROPS de ouro; 2. Disponibilizar os ROPS de forma	REALIZADO

aplicar teste de conformidade.	visual a toda equipe. 3. Implantar ROP DAY.	Mês de novembro será iniciado os testes de conformidade
Estabelecer os acordos contemplando as necessidades do paciente.	1° Desenvolver Acordos de Interações entre Processos -SLA 2° Desenvolver matriz de Risco	EM ANDAMENTO
Capacitar os profissionais para identificação de incidentes e estimulá-los à notificação.	1° Capacitação das identificações de eventos e notificações adequadas para levantamento de ações de melhorias.	REALIZADO
Estabelecer monitoramento das ações geradas a partir das notificações de eventos.	Gerenciar ações de melhorias pela ferramenta Epimed	EM ANDAMENTO
Instituir siglário.	1. Padronizar o uso de siglas na Unidade por meio do Manual de Siglas;	Padronizado documento EM ANDAMENTO – Implantação
Definir estratégia para cumprimento da política de identificação segura.	1. Implantar Política de Identificação segura; 2. Gerenciar Protocolo de Identificação na Unidade;	EM ANDAMENTO
Estabelecer critérios para acompanhamento dos residentes de medicina e estagiários de enfermagem.	Desenvolver Política de Estagiários e acompanhar diariamente as rotinas.	EM ANDAMENTO

Na data 27 de outubro na Reunião Rumo à Acreditação, levantado com os membros o desenvolvimento de atividades prioritárias para os desenvolvimento da equipe, sendo eles:

Direção Técnica

Episódio do Cuidado	43	Fortalecer a rotina de reavaliação dos pacientes na sala de observação favorecendo o giro de leito.
Gestão Clínica	55	Utilizar o perfil epidemiológico da unidade para definição de protocolos e diretrizes clínicas: Protocolo de Dor Torácica e Protocolo de Psiquiatria

Farmácia

Gestão de Medicamentos	64	Capacitar a equipe assistencial para identificação e notificação de farmacovigilância.
------------------------	----	--

Gestão de Medicamentos	60	Reavaliar a segurança nas prescrições médicas, levando em consideração as doses prescritas, as modalidades ACM e SN e doses máximas
------------------------	----	---

Assistencial

Preparação para Emergência e Desastres	20	Estabelecer o plano de preparo para emergência e realizar o simulado.
Preparação para Emergência e Desastre	21	Estruturar plano de abandono considerando o perfil da unidade.
Comunicação	27	Estabelecer estratégias para melhoria da comunicação institucional, considerando registro em prontuário, comunicação entre equipes e processos.

Qualidade

Gestão Integrada de Qualidade	14	Disseminar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPS) entre as equipes e aplicar teste de conformidade.
Gestão Integrada de Qualidade	15	Estabelecer os acordos contemplando as necessidades do paciente.

Administrativo

Governança	5	Estruturar Plano de contingência Institucional.
------------	---	---

11. AUDITORIAS

- Iniciado auditoria qualitativa do Protocolo de Hemotransfusão;
- Iniciado auditoria do protocolo de Higienização das mãos;
- Iniciado auditoria do protocolo de identificação.

12. RESULTADOS

As atividades do Setor da Qualidade seguem em avanço para o mês de outubro, com os seguintes objetivos:

- Gestão documental; implantação do módulo de documentos do Interact;
- Atividades da Jornada da Qualidade, semanal através do ROP Day
- Auditoria de Prontuários;
- Auditoria de Protocolos implantados na Unidade;
- Papo da qualidade;
- Desenvolvimento do projeto da qualidade de vida dos colaboradores.

13. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

14. ASSINATURAS

Jaqueline F. Souza de Quadros
Analista da Qualidade
Indsh
Instituto Nacional de Desenvolvimento
Social Humano

Jaqueline Souza
Analista de Qualidade

ELIANE DA SILVA
KRINSKI:02987095970
095970

Assinado de forma
digital por ELIANE DA
SILVA
Dados: 2023.11.14
19:22:51 -03'00'

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa

Documento assinado digitalmente
MARIANE ZADRA
Data: 14/11/2023 15:52:47-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Clemência Moreira de Souza
Diretora Executiva

15. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 07/10/2023 Vigência: 07/10/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS

NOVEMBRO/2023

UPA SANTANA

QUALIDADE



INDSH

Instituto Nacional
de Desenvolvimento
Social e Humano

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO	3
4. GESTÃO DE RISCO	6
4.1. Tabulação de notificações Sistema Epimed	7
5. IMPLEMENTAÇÃO DO BOLETIM DE NOTIFICAÇÕES	7
6. ROP'S DAY NA UNIDADE	8
6.1. Tabulação dos dados obtidos no Rops Day	9
7. MISSÃO, VISÃO E VALORES, ENTREGA DE CRACHÁS PARA A EQUIPE.....	10
8. REUNIÕES IBSP	11
9. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO INTERACT.....	11
10. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM	12
11. AUDITORIAS	13
12. RESULTADOS	13
13. HISTORICO DE REVISÃO	13
14. ASSINATURAS.....	14
15. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	14

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas pelo setor da Qualidade na Unidade de Pronto Atendimento UPA Santana. Visando apresentar as produções realizadas durante esse período. Apresentando iniciativas em: Gestão Documental; Gestão de Riscos e Gestão de Processos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DE PROTOCOLOS E REAVALIAÇÕES	FOR.ENF.040
CONFERÊNCIA KIT SINAIS VITAIS	FOR.ENF.033
CONTROLE DE DIETA PARA PACIENTES	FOR.ENF.001
TERMO DE OPÇÃO DE VALE TRANSPORTE	FOR.UPA.010
INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES	FOR.SST.015

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
PROTOCOLO CLÍNICO EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	PROC.UPA.008

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
COMUNICAÇÃO DE ACEITE VIA CRL	FLU.ENF.004
FLUXO DE REAVALIAÇÕES	FLU.ENF.005
ATENDIMENTO A AGITAÇÃO PSICOMOTORA	FLU.UPA.014
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	FLU.UPA.015
IDEAÇÃO SUÍCIDA	FLU.UPA.016
ADMISSÃO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	FLU.UPA.020

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
MATERIAIS E MEDICAMENTOS PADRONIZADOS	MAN.FAR.005

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO

Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

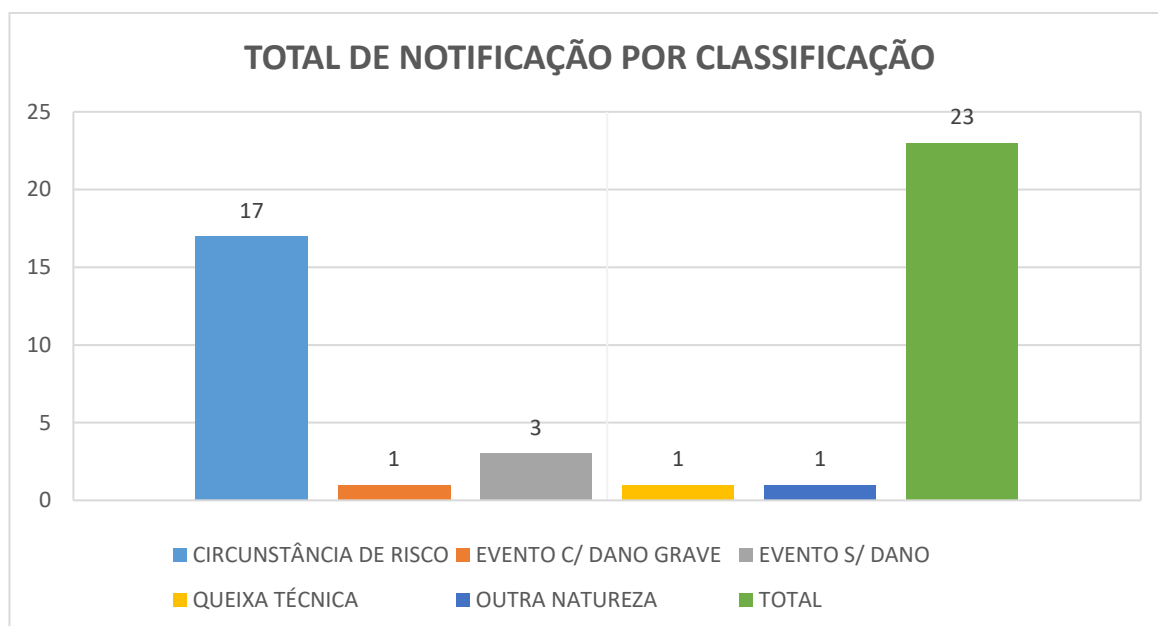
Comissões: (ATAS em anexo)	Data realizada	Horário	Ações
Comissão de Segurança do Paciente;	30/11/2023	15:30 horas	Definição de critérios para insulina em BIC; Implementação de texto padrão para dispensação de insulina; Padronização de via EV para administração de insulina; Identificação do paciente; Sistematização da assistência de enfermagem.
Comissão de Verificação de Prontuário;	30/11/2023	14:30 horas	Orçamento de bins e colméias; Layout da sala de medicações; Auditoria de prontuários com a fiscalização da FMS; Treinamento de completude de prontuários com a equipe; Impressão, carimbo e assinatura das evoluções pela equipe médica; Auditoria interna de prontuários; Alta em prontuários de óbito; Orientação a equipe sobre anexar o check-list de transferência segura e o formulário de SSVV; Definição de texto padrão no Sistema Tasy para o setor da medicação.
Comissão de Farmácia Terapêutica;	07/12/2023	14:30 horas	Definição da medicação do kit-contenção; Definição de estoque mínimo de mat/med; Comunicação entre os setores caso falte de insumos na Unidade; Implementação de campo na prescrição para dupla checagem de MPP e psicotrópicos no momento da administração; Implementação de formulário para controle de quebras; Implementação do formulário de padronização e despadronização de mat/med; Padronização de medicamentos im;

			Dispensação de medicamentos que estão em estoque;
Comissão de Revisão de Óbitos.	07/12/2023	17:00horas	Implementação de TRR; Treinamento de Protocolo de Dor Torácica; Definições para uso seguro de Insulina e fluxo de oxigenoterapia.
Comissão de Infecção Hospitalar	07/12/2023	14:00 horas	Ajuste da planilha de ATB, com a adição de horários para registro; Controle da água; Auditoria de lavagem das mãos e divulgação dos indicadores a equipe; Criação de texto padrão no sistema Tasy, para registro de visitas da SCIH; Inclusão de pacientes da emergência no senso de uso de antibióticos; Implementação de formulário para dispensação de ATB e verificação de possibilidade de novo fluxo de preenchimento do senso.
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio	21/11/2023	15:00 horas	Descrição do Plano de abandono/ Plano de Contingência Institucional; Protocolo de Psiquiatria; Definição do papel dos cipeiros em casos de desastres naturais.
Comitê transfusional	07/12/2023	15:30 horas	Definição de data para treinamento da Hemepar para com o corpo clínico; Auditoria quantitativa e qualitativa dos prontuários de hemotransfusão; Implementação de carimbo de dupla checagem no momento da transfusão; Implementação de prescrição de hemotransfusão no sistema Tasy; Ajuste do formulário de check-list de hemotransfusão;

			Checagem nos setores para verificar os kits de gestão documental; Orientação a equipe médica sobre a prescrição de hematócritos; Orientação sobre o preenchimento do controle de temperatura da bolsa; Implementação de auditoria clínica do prontuário; Elaboração de SLA com a Hemepar.
--	--	--	--

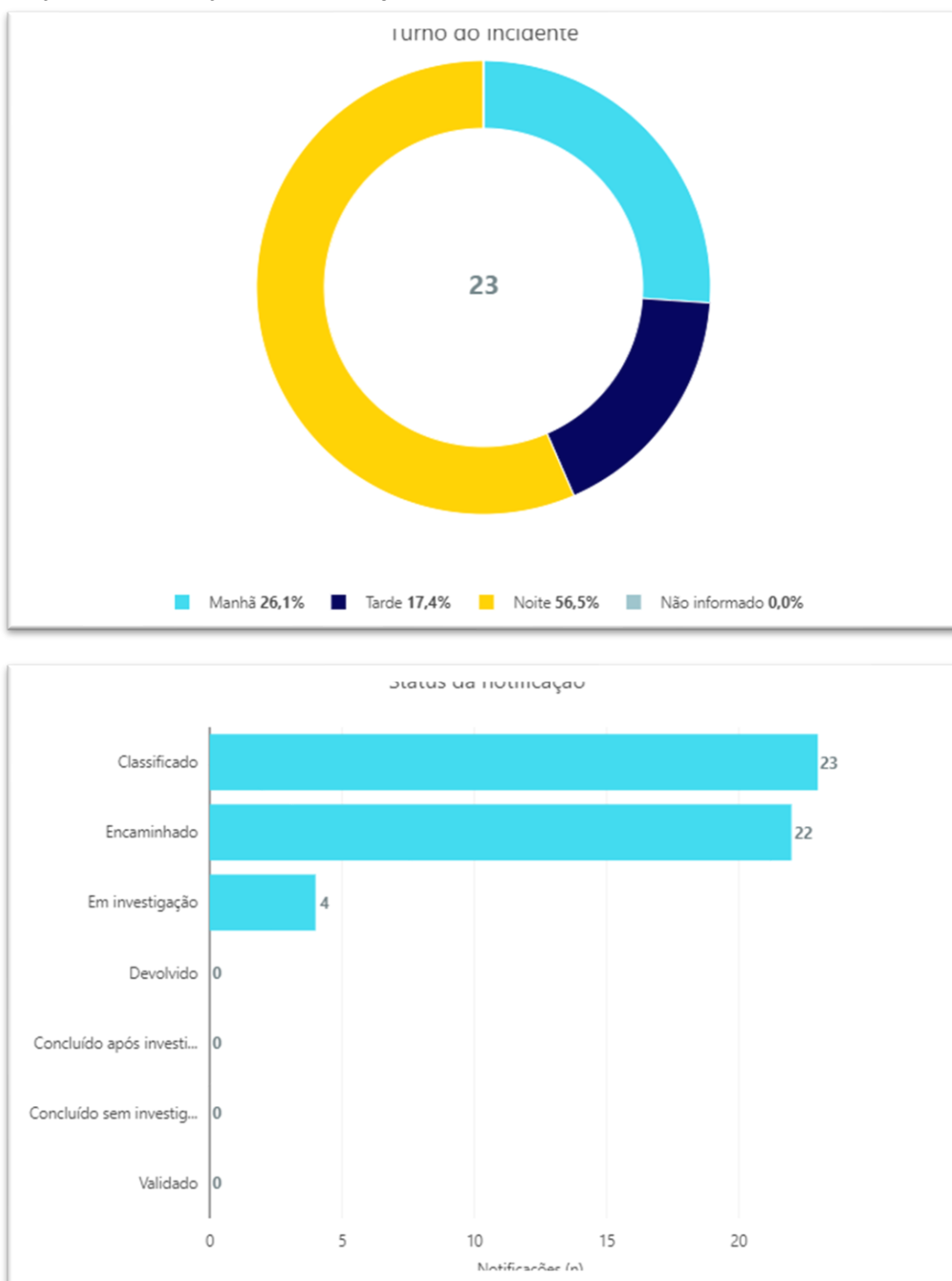
4. GESTÃO DE RISCO

No mês de novembro recebemos um total de 23 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

4.1. Tabulação de notificações Sistema Epimed



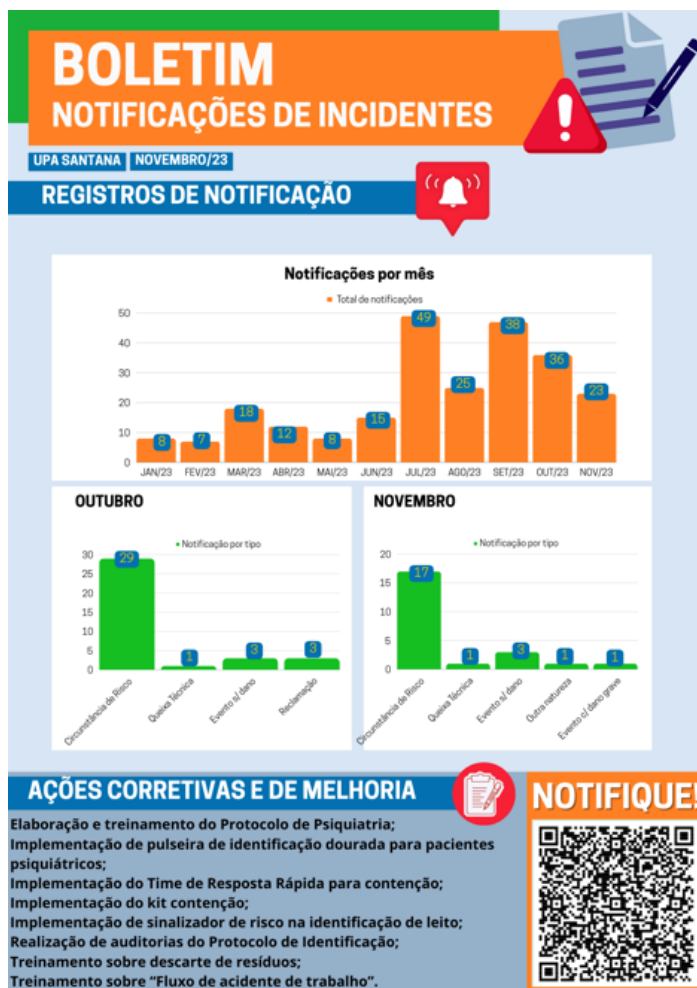
Fonte: O Autor. Arquivo Epimed 2023.

5. IMPLEMENTAÇÃO DO BOLETIM DE NOTIFICAÇÕES

No mês de novembro, o setor da Qualidade deu continuidade a divulgação do boletim de Notificações, a fim de levar a equipe a informação do quantitativo de notificações recebidas mensalmente, a classificação de

cada uma delas e as ações que foram realizadas através do recebimento dessas notificações. Segue imagem:

Imagem 1-2: Boletim de Notificação



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

6. ROP'S DAY NA UNIDADE

Com o objetivo de trabalhar as Rops (Práticas Organizacionais Obrigatórias), de maneira simplificada e dinâmica, realizamos a implantação da ferramenta Rops Day, que está sendo realizada todos os dias em conjunto com a equipe. Inserindo todos no processo de avaliação de condutas de segurança do paciente e promovendo a Cultura de Segurança dentro da Unidade. Sendo abordados até o momento, as seguintes Rops:

1. Identificação do Paciente – 19/09 até 25/09;
2. Notificação de Evento Adverso – 26/09 até 02/10;
3. Higienização das mãos – 03/10 até 09/10;

4. Uso seguro de medicamentos – 10/10 até 16/10;
5. Setor de Treinamentos e capacitações – 17/10 até 23/10;
6. Engenharia Clínica – 24/10 até 30/10
7. Transição de informações – 31/10 até 06/11;
8. Estratégia para prevenção de quedas - 07/11 até 13/11;
9. Prevenção de Lesão por pressão – 14/11 até 27/11;
10. Prevenção ao suicídio – 28/11 até 04/12.

Fotos 01 – 4: ROP's Day



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

6.1. Tabulação dos dados obtidos no Rops Day

Iniciado no mês de outubro e dado continuidade no mês de novembro a tabulação dos resultados das Rops, para levantamento de ações de melhorias nos processos da Unidade. Segue abaixo imagem da tabulação da ferramenta Rop's Day

Imagem 2-2: Tabulação Excel – ROP's

		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	OBSERVAÇÕES
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Os pacientes estão identificados? (Pulseira e etiqueta)	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	A pulseira/etiqueta possui descrição de forma íntegra e legível?	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	Na semana em questão, havia acabado as pulseiras brancas e o "plano de resguarda" foi utilizar pulseiras lilás (justificada em protocolo de
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Realizado identificação correta dos leitos?	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Identificaram soluções intravenosas?	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Realizam o método 3C para identificação do paciente? (Chamar, checar e confirmar)	CONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	Equipe não obteve conhecimento do método seguro de chamar, checar e confirmar o nome do paciente.
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Os pacientes com alergia estão identificados com pulseira de cor lilás?	CONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	Pulseira lilás estava sendo utilizada para pacientes na abertura de ficha
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Há identificação de riscos? (Queda, Lesão por pressão)	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	Equipe não reconhece treinamentos sobre Protocolo de Quedas e Lesão por pressão
T SEMANA - ROP IDENTIFICAÇÃO	Presenciou alguma falha e realizou intervenção?	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	
T SEMANA - ROP NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES	Existe um processo de notificação de eventos adversos?	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE	INCONFORMIDADE	CONFORMIDADE	CONFORMIDADE		Equipe não reconhecia o Fluxo de Notificação de Eventos adversos.

Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

7. MISSÃO, VISÃO E VALORES, ENTREGA DE CRACHÁS PARA A EQUIPE

No dia 21/11, foi iniciado a entrega do crachá com a "Missão, Visão e Valores" das Upa's de Ponta-Grossa, com o objetivo de levar até a equipe qual o objetivo da Instituição para com os nossos pacientes

Foto 02- Entrega de crachá: "Missão, Visão e Valores."





Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade

8. REUNIÕES IBSP

Nos dias 07/11, 14/11, 21/11 e 28/11 às 10h, participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Com os seguintes temas:

- Elaboração de Fluxogramas;
- Gestão documental;
- Elaboração de Fluxograma – Parte II;
- Plano de Segurança do Paciente.

9. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO INTERACT

No mês de novembro, iniciamos a implantação do módulo de documentos no sistema Interact, com as seguintes atividades:

- Criação de usuários para todos os colaboradores da Unidade;
- Criação de categorias de documentos;

- Importação de documentos;
- Criação de Template para elaboração de documentos dentro do sistema;
- Definição de filtros para pesquisa;
- Criação de relatórios dentro do sistema Interact.
- Seguimos com o cronograma de implantação do sistema, seguindo a agenda pré-definida.

Nº	Descrição da entrega	Expectativa de conclusão
1	FASE 1: Iniciação e planejamento do Projeto	04/10/2023
2	FASE 2: Implantação do SA Document Manager	21/11/2023
3	FASE 3: Implantação do SA Governance Manager	05/01/2024
4	FASE 4: Implantação do SA Occurrence Manager	26/02/2024
5	FASE 5: Implantação do SA Audit Manager	05/04/2024
6	FASE 6: Implantação do SA Risk Manager	14/05/2024
7	FASE 7: Implantação do SA Competence Manager	02/07/2024
8	FASE 8: Encerramento do projeto	11/07/2024

Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

10. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM

Em constância aos andamentos das atividades, apresenta-se o desenvolvimento da metodologia Scrum e Kanban em conformidade com a ferramenta 5W2H, segue abaixo o cronograma de execução das atividades voltadas ao setor da Qualidade e NEP.

Ação	Ações em andamento	STATUS
Desdobrar o planejamento estratégico, contemplando os objetivos e metas atuais.	Divulgação das perspectivas, iniciativas e objetivos; Iniciar levantamento de indicadores estratégicos; Contratar software de gestão da qualidade (Interact)	EM ANDAMENTO Iniciado em outubro o “Papo da qualidade” trazendo capacitação dinâmica para as equipes. Entregue crachá de “Missão, Visão e Valores” Iniciado módulo de gestão documental e treinamento com a gestão.
Realizar o mapeamento dos processos, perigos e riscos, considerando a implantação das barreiras.	1º Em fase de definição de Subprocesso	Finalizado Macroprocessos. EM ANDAMENTO *Desenvolver os subprocessos
Disseminar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPS) entre as equipes e aplicar teste de conformidade.	1. Apresentar a equipe os ROPS de ouro; 2. Disponibilizar os ROPS de forma visual a toda equipe. 3. Implantar ROP DAY.	REALIZADO Mês de Dezembro será iniciado os testes de conformidade
Estabelecer os acordos contemplando as necessidades do paciente.	1º Desenvolver Acordos de Interações entre Processos -SLA 2º Desenvolver matriz de Risco	EM ANDAMENTO
Capacitar os profissionais para identificação de incidentes e estimulá-los à notificação.	1º Capacitação das identificações de eventos e notificações adequadas para levantamento de ações de melhorias.	REALIZADO
Estabelecer monitoramento das ações geradas a partir das	Gerenciar ações de melhorias pela ferramenta Epimed	EM ANDAMENTO

notificações de eventos.		
Instituir siglário.	1. Padronizar o uso de siglas na Unidade por meio do Manual de Siglas;	Padronizado documento EM ANDAMENTO – Implantação
Definir estratégia para cumprimento da política de identificação segura.	1. Implantar Política de Identificação segura; 2. Gerenciar Protocolo de Identificação na Unidade;	REALIZADO, PORÉM, SEGUE EM CONTINUIDADE DIÁRIA
Estabelecer critérios para acompanhamento dos residentes de medicina e estagiários de enfermagem.	Desenvolver Política de Estagiários e acompanhar diariamente as rotinas.	EM ANDAMENTO

11. AUDITORIAS

- Iniciado auditoria qualitativa do Protocolo de Hemotransfusão;
- Iniciado auditoria do protocolo de Higienização das mãos;
- Iniciado auditoria do protocolo de identificação.

12. RESULTADOS

As atividades do Setor da Qualidade seguem em avanço para o mês de dezembro, com os seguintes objetivos:

- Gestão documental; implantação do módulo de documentos do Interact;
- Continuidade do ROP Day todos os dias;
- Auditoria de Prontuários;
- Auditoria de Protocolos implantados na Unidade;
- Papo da qualidade;
- Divulgação da Missão, Visão e Valores das UPA's Ponta-Grossa;
- Contagem regressiva para receber a visita das auditoras da Qmentum.

13. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

14. ASSINATURAS

Jaqueline F. Souza de Quadros
Analista da Qualidade
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento
Social Humano

Jaqueline Souza
Analista de Qualidade

Documento assinado digitalmente
gov.br **MARIANE ZADRA**
Data: 11/12/2023 10:27:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

ELIANE DA SILVA
KRINSKI:02
987095970
Assinado de forma digital por ELIANE DA SILVA
KRINSKI:02987095970
Dados: 2023.12.11 17:17:37 -03'00'

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa

Clemência Moreira de Souza
Diretora Executiva

15. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 07/10/2023 Vigência: 07/10/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS

DEZEMBRO/2023

UPA SANTANA

QUALIDADE



SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO	4
4. GESTÃO DE RISCO	5
4.1. Tabulação de notificações Sistema Epimed	5
5. IMPLEMENTAÇÃO DO BOLETIM DE NOTIFICAÇÕES	6
6. REUNIÕES IBSP	6
7. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO INTERACT.....	7
8. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM	8
9. AUDITORIAS	9
10. RESULTADOS	9
11. HISTORICO DE REVISÃO	10
12. ASSINATURAS.....	10
13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	10

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas pelo setor da Qualidade na Unidade de Pronto Atendimento UPA Santana. Visando apresentar as produções realizadas durante esse período. Apresentando iniciativas em: Gestão Documental; Gestão de Riscos e Gestão de Processos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CADASTRO DE PACIENTES NA CRL	IT.NIR.001
ROTINA DE HIGIENIZAÇÃO BUCAL	IT.ODO.001

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
PLANO DE EMERGÊNCIAS E CATÁSTROFES	PLA.UPA.001
PLANO DE CONTINGÊNCIA	PLA.UPA.002
PLANO DE ABANDONO	PLA.UPA.003

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
REGIMENTO CORPO CLÍNICO	REG.DT.001

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	BUN.UPA.001
ESCALA NEWS	BUN.UPA.002
ORIENTAÇÃO A ACOMPANHANTES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	BUN.UPA.003
TUBOS DE COLETA	BUN.ENF.001
ESCALA DE DOR	BUN.ENF.002

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
TIME DE RESPOSTA RÁPIDA DETERIORAÇÃO	FLU.UPA.019
ADMISSÃO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	FLU.UPA.020
TIME DE RESPOSTA RÁPIDA PCR	FLU.UPA.021
TIME DE RESPOSTA RÁPIDA PARA CONTENÇÃO	FLU.UPA.022
AVALIAÇÃO DE DETERIORAÇÃO OBSERVAÇÃO-EMERGÊNCIA-CRL	FLU.UPA.023
-FLUXO DE AVALIAÇÃO ESCALA NEWS	FLU.UPA.024

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
TIMES DE RESPOSTA RÁPIDA	PROS.UPA.014

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO

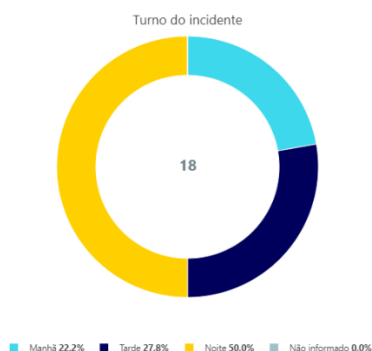
Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

COMISSÃO	DATA REALIZADA	HORÁRIO	Ações definidas
Comissão de Segurança do Paciente;	04/01/2024	14h30	Aprovação da diretoria técnica sobre a rotina e critérios para insulina em BIC descrito pela farmácia; Padronização de via EV para administração de insulina; Capacitação sobre identificação do paciente e preenchimento correto de formulários manuais; Implementação da SAE; Implementação da metodologia SBAR para passagem de plantão; Registro seguro/padronização de evolução sistema Tasy.
Comissão de Verificação de Prontuário;	04/01/2024	14h00	Continuidade na auditoria de prontuários com a fiscalização municipal; Implementação e capacitação das evoluções padrão no sistema Tasy; Auditoria interna de prontuários; Definição de fluxo de alta óbito; Orientação a equipe sobre preenchimento correto e anexo de formulários manuais no prontuário; Orientação a equipe sobre registro da evolução em ordem cronológica dos fatos.
Comissão de Farmácia Terapêutica;	28/12/2023	14h00	Revisão da padronização de ATB; Carimbo de avaliação farmacêutica e dupla checagem; Conciliação farmacêutica de medicamentos de uso contínuo dos pacientes; Padronização de prescrições na observação; Verificar possível dispensação de medicamentos com data próxima de vencimento.
Comissão de Revisão de Óbitos.	04/01/2024	15h00	Averiguação das redes de ar comprimido; Capacitação do manuseio de respirador; Capacitação protocolo de Seps; Capacitação sobre transferência de informações entre profissionais; Registro seguro e evolução em ordem cronológica dos fatos; Capacitação da equipe sobre a admissão de pacientes com critérios para emergência (Protocolo de Classificação de Risco); Fluxo de solicitação de exames externos; Critérios para avaliação de vaga zero do SAMU; Implementação e capacitação do time de resposta rápida de deterioração.
Comissão de Infecção Hospitalar	28/12/2023	14h30	Implementação do formulário para dispensação de ATB; Ajuste na planilha de ATB, com registro e horário; Criação de texto padrão para as visitas da SCIH nos setores.
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio	20/12/2023	15h00	Lâmpada de emergência na central de gases; Cópia das chaves da porta automática e do

			abrigo de O2; Painel para chaves na recepção; Contato com empresa terceira para possível necessidade de compra de água, para o plano de contingência; Colagem dos adesivos de rota de fuga.
Comitê transfusional	28/12/2023	15h40	Auditoria quantitativa e qualitativa dos prontuários de hemotransfusão; Implementação do carimbo de dupla checagem no momento da transfusão; Prescrição sistema Tasy; Preenchimento de Check-list hemotransfusão; Prescrição de hematócritos; Capacitação da equipe para registro de temperatura nas caixas; Reunião com a Hemepar para alinhamentos e SLA.

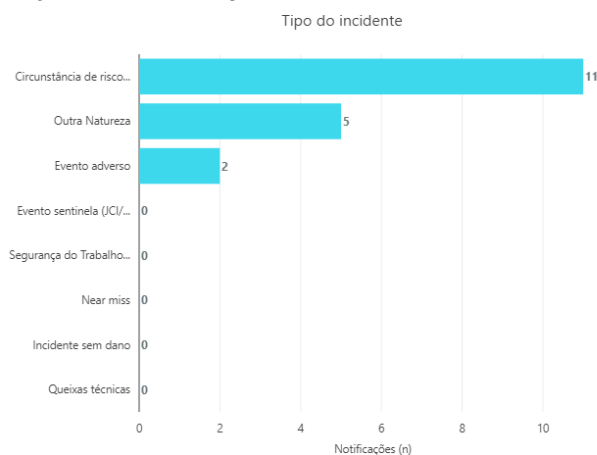
4. GESTÃO DE RISCO

No mês de DEZEMBRO recebemos um total de 18 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

4.1. Tabulação de notificações Sistema Epimed

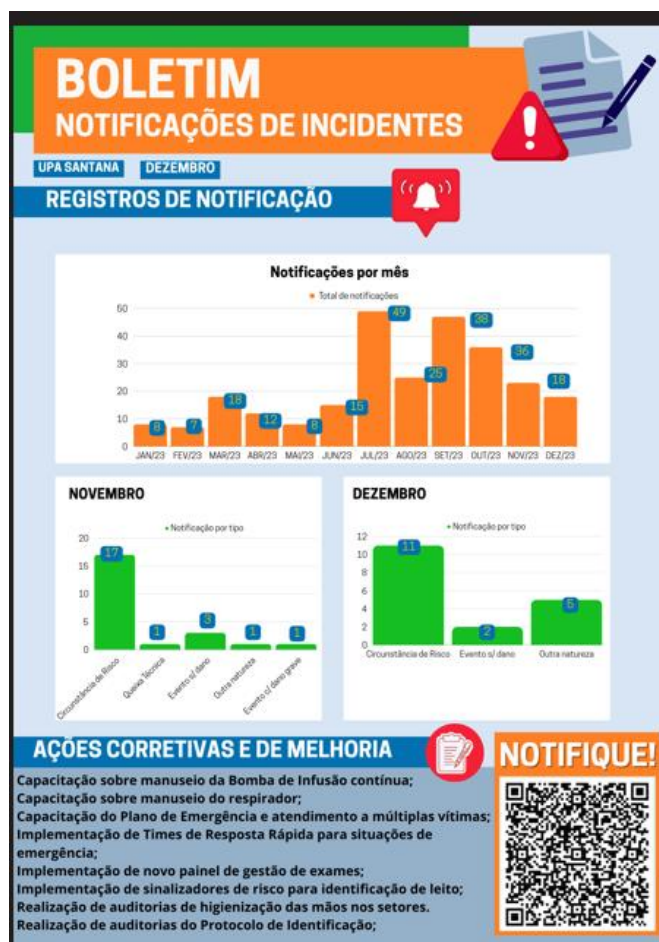


Fonte: O Autor. Arquivo Epimed 2023.

5. IMPLEMENTAÇÃO DO BOLETIM DE NOTIFICAÇÕES

No mês de novembro, o setor da Qualidade deu continuidade a divulgação do boletim de Notificações, a fim de levar a equipe a informação do quantitativo de notificações recebidas mensalmente, a classificação de cada uma delas e as ações que foram realizadas através do recebimento dessas notificações. Segue imagem:

Imagem 1: Boletim de Notificação



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

6. REUNIÕES IBSP

Nos dias 05/12 – 12/12 e 19/12, participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Com os seguintes temas:

- Relatório de diagnósticos Qmentum (com a participação da auditora da Qmentum);
- Relatório trimestral de Segurança do Paciente;
- Feedback de ações realizadas durante o ano – Fechamento anual de melhorias implantadas.

7. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO INTERACT

No mês de DEZEMBRO, iniciamos a implantação do módulo “Governance Manager” no sistema Interact, com as seguintes atividades:

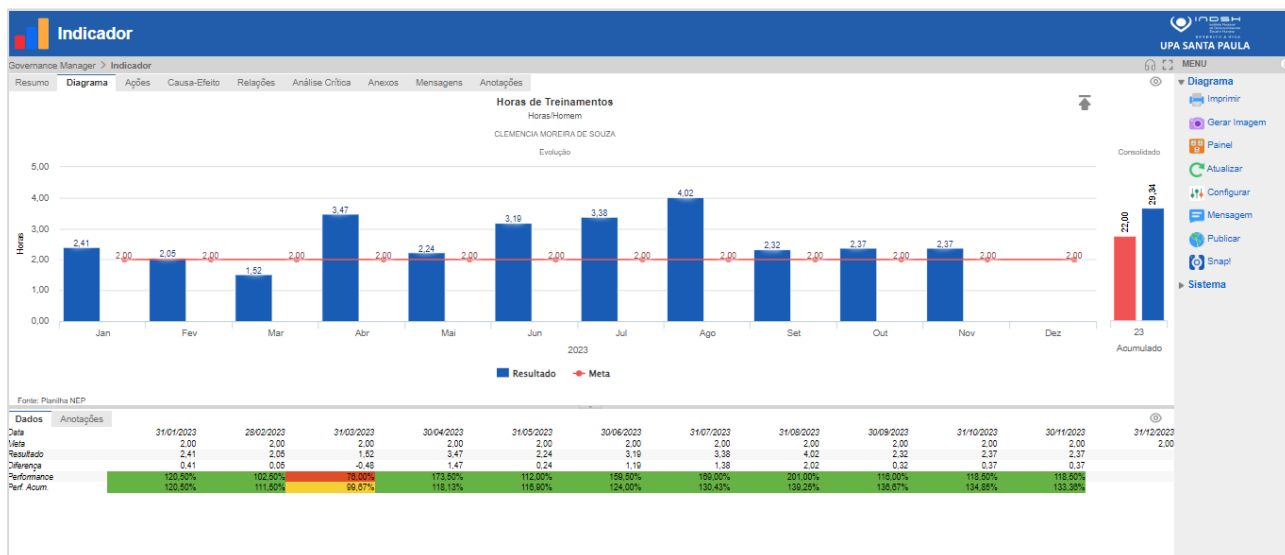
- Capacitação dos gestores sobre o módulo “Document manager”;
- Mapeamento do módulo “Governance Manager”;
- Início a criação de indicadores.

Segue cronograma das Fases de Implantação do SA Interact:

INDSH - UPA Santana e UPA Santa Paula - Implantação Suite SA							
Data Início/Fim estimada:		18/09/2023 à 04/10/2024					
Data Início/Fim realizada:		18/09/2023 à n/d					
% Concluído:		9%					
% Ideal:		9%					
Status do Projeto:		Projeto dentro do prazo					
Fase:		Execução e Monitoramento					
S	EAP	Nome		Data Início	Data Fim	Concluído / Ideal	Responsável
	1	FASE 1: Iniciação e planejamento do projeto	Estimado Realizado	18/09/2023 18/09/2023	04/10/2023 01/11/2023	100%/100%	Tainá Klein Ok
	1.1	Instalar SA no ambiente do cliente	Estimado Realizado	18/09/2023 19/09/2023	29/09/2023 24/10/2023	100%/100%	Tainá Klein Ok
	1.2	Realizar reunião de Abertura do Projeto	Estimado Realizado	18/09/2023 18/09/2023	18/09/2023 18/09/2023	100%/100%	Tainá Klein Ok
	1.3	Elaborar TAP - Termo de Abertura do Projeto	Estimado Realizado	19/09/2023 25/09/2023	27/09/2023 25/09/2023	100%/100%	Tainá Klein Ok
	1.4	Estruturar SA System Manager	Estimado Realizado	02/10/2023 26/10/2023	04/10/2023 01/11/2023	100%/100%	Tainá Klein Ok
	1.5	Instruir sobre fluxo de chamados - Pitstop	Estimado Realizado	02/10/2023 26/10/2023	04/10/2023 01/11/2023	100%/100%	Tainá Klein Ok
	2	FASE 2. Implantação do SA Document Manager	Estimado Realizado	27/09/2023 27/09/2023	05/01/2024 n/d	18%/18%	Arthur Danieli Southier Ok
	2.1	Mapear a entrega	Estimado Realizado	27/09/2023 27/09/2023	04/10/2023 27/09/2023	100%/100%	Arthur Danieli Southier Ok
	2.2	Elaborar DEP - Descritivo detalhado de entrega do projeto	Estimado Realizado	27/09/2023 27/09/2023	09/10/2023 27/09/2023	100%/100%	Arthur Danieli Southier Ok
	2.3	Parametrizar estrutura	Estimado Realizado	06/11/2023 n/d	13/12/2023 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier Ok
	2.4	Capacitar usuários experts	Estimado Realizado	06/11/2023 n/d	13/12/2023 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier Ok
	2.5	Capacitar usuários operadores	Estimado Realizado	18/12/2023 n/d	27/12/2023 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier Ok
	2.6	Validar e entregar módulo em produção	Estimado Realizado	03/01/2024 n/d	03/01/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier Ok
	2.7	Elaborar Aceite de Entrega do Projeto - AEP	Estimado Realizado	04/01/2024 n/d	05/01/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier Ok
	3	FASE 3. Implantação do SA Governance Manager	Estimado Realizado	08/01/2024 n/d	01/03/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier Em Andamento
	3.1	Mapear a entrega	Estimado Realizado	08/01/2024 n/d	08/01/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier
	3.2	Elaborar DEP - Descritivo detalhado de entrega do projeto	Estimado Realizado	09/01/2024 n/d	10/01/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier
	3.3	Parametrizar estrutura	Estimado Realizado	10/01/2024 n/d	14/02/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier
	3.4	Capacitar usuários experts	Estimado Realizado	10/01/2024 n/d	14/02/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier
	3.5	Capacitar usuários operadores	Estimado Realizado	19/02/2024 n/d	26/02/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier
	3.6	Validar e entregar módulo em produção	Estimado Realizado	28/02/2024 n/d	28/02/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier
	3.7	Elaborar Aceite de Entrega do Projeto - AEP	Estimado Realizado	29/02/2024 n/d	01/03/2024 n/d	0%/0%	Arthur Danieli Southier
	4	FASE 4. Implantação do SA Occurrence Manager	Estimado Realizado	06/03/2024 n/d	02/05/2024 n/d	0%/0%	Tainá Klein

Segue imagem do primeiro indicador criado através do SA Interact no Módulo de Governance Manager

Imagem 2 – Indicador Horas Treinamento 2023



Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade 2023.

8. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM

Em constância aos andamentos das atividades, apresenta-se o desenvolvimento da metodologia Scrum e Kanban em conformidade com a ferramenta 5W2H, segue abaixo o cronograma de execução das atividades voltadas ao setor da Qualidade e NEP.

Ação	Ações em andamento	STATUS
Desdobrar o planejamento estratégico, contemplando os objetivos e metas atuais.	Divulgação das perspectivas, iniciativas e objetivos; Iniciar levantamento de indicadores estratégicos; Contratar software de gestão da qualidade (Interact)	EM ANDAMENTO Iniciado em outubro o “Papo da qualidade” trazendo capacitação dinâmica para as equipes. Em dezembro, iniciado módulo de governança e criação de indicadores no sistema REALIZADO Módulo de gestão documental e treinamento com a gestão. Entregue crachá de “Missão, Visão e Valores” EM ANDAMENTO Plataforma de indicadores da qualidade
Realizar o mapeamento dos processos, perigos e riscos, considerando a implantação das barreiras.	1º Em fase de definição de Subprocesso	Finalizado Macroprocessos. Finalizado Subprocessos. EM ANDAMENTO Iniciado mapeamento de risco

		dos setores na Unidade
Disseminar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPS) entre as equipes e aplicar teste de conformidade.	1. Apresentar a equipe os ROPS de ouro; 2. Disponibilizar os ROPS de forma visual a toda equipe. 3. Implantar ROP DAY.	REALIZADO Disseminação realizada EM ANDAMENTO Aplicar teste de conformidade
Estabelecer os acordos contemplando as necessidades do paciente.	1º Desenvolver Acordos de Interações entre Processos -SLA 2º Desenvolver matriz de Risco	EM ANDAMENTO Iniciado acordo com Laboratório Alfredo Berger
Capacitar os profissionais para identificação de incidentes e estimulá-los à notificação.	1º Capacitação das identificações de eventos e notificações adequadas para levantamento de ações de melhorias.	REALIZADO
Estabelecer monitoramento das ações geradas a partir das notificações de eventos.	Gerenciar ações de melhorias pela ferramenta Epimed	EM ANDAMENTO Trabalhar processo de monitoramento contínuo
Instituir siglário.	1. Padronizar o uso de siglas na Unidade por meio do Manual de Siglas;	Padronizado documento REALIZADO Implantação/Treinamento em janeiro/2024
Definir estratégia para cumprimento da política de identificação segura.	1. Implantar Política de Identificação segura; 2. Gerenciar Protocolo de Identificação na Unidade;	REALIZADO EM ANDAMENTO Ajuste de etiquetas de identificação do paciente
Estabelecer critérios para acompanhamento dos residentes de medicina e estagiários de enfermagem.	Desenvolver Política de Estagiários e acompanhar diariamente as rotinas.	REALIZADO

9. AUDITORIAS

- Dado continuidade a auditoria qualitativa do Protocolo de Hemotransfusão;
- Dado continuidade auditoria do protocolo de Higienização das mãos;
- Dado continuidade a auditoria do protocolo de identificação e verificação do preenchimento dos formulários manuais.

10. RESULTADOS

As atividades do Setor da Qualidade seguem em avanço para o mês de dezembro, com os seguintes objetivos:

- Gestão documental; implantação do módulo de documentos do Interact;
- Introdução ao módulo "Governance manager" e definição de indicadores no sistema Interact;
- Gerenciamento Gestão de Risco e gerenciamento de ações;
- Continuidade do ROP Day todos os dias;
- Auditoria de Prontuários;

- Auditoria de Protocolos implantados na Unidade;
- Papo da qualidade;
- Divulgação da Missão, Visão e Valores das UPA's Ponta-Grossa;
- Divulgação da Rops a equipe;
- Capacitação a equipe sobre registro seguro e padronização de evoluções no sistema Tasy;
- Gerenciamento e Preparação para Visita de Avaliação QGA - Certificação Qmentum;

11. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

12. ASSINATURAS

Jaqueline F. Souza de Quadros
Analista da Qualidade
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento
Social Humano

Jaqueline Souza
Analista de Qualidade

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano - INDSH

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Clemência Moreira de Souza
Diretora Executiva

13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 07/10/2023 Vigência: 07/10/2025