

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DA QUALIDADE ANO 2023 UPA SANTA PAULA

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO FEVEREIRO DE 2023

SUMÁRIO

1. DESCRIÇÃO DETALHADA	4
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	4
2.1. ENFERMAGEM	4
2.3. FARMÁCIA.....	5
2.4. NIR (núcleo interno de regulação).....	6
2.5. RECEPÇÃO	7
2.6. SHL (Setor de Higiene e Limpeza)	7
2.7. RADIOLOGIA	8
2.8. PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	9
2.9. PROTOCOLOS CLÍNICOS:.....	9
2.10. MANUAIS.....	10
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE FEVEREIRO	10
4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS	10
5. VISITA TÉCNICA/EXTERNA.....	11
6. AÇÃO INTERNA.....	12
7. GESTÃO DE RISCO	12
NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS E SEGURANÇA DO PACIENTE	12
8. RESULTADOS	14
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 Santa-Paula. 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.003	Assistência ao Trabalho de parto de Emergência
IT.ENF.004	Verificação de carga de O2 medicinal
IT.ENF.005	Preparo de material para coleta de emergência
IT.ENF.006	Coleta de vigilância

FORMULÁRIOS DA ENFERMAGEM:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.ENF.018	Checklist Auditoria de protocolo de identificação – Segurança do Paciente
FOR.ENF.019	Checklist Medicação Segura
FOR.ENF.021	Caixa de assistência ao parto
FOR.ENF.022	Registro do Morgue
FOR.ENF.023	Gerência de Vigilância Epidemiológica
FOR.ENF.024	Gerência e vigilância de Controle Epidemiológico

2.2. CME (Central de Materiais e Esterilização)

INTRUÇÕES DE TRABALHO:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.CME.001	Limpeza de caixa térmica
IT.CME.002	Indicador biológico
IT.CME.003	Monitoramento do processo de esterilização na CME
IT.CME.004	Limpeza e desinfecção de cabos e lâminas do laringoscópio
IT.CME.005	Processamento de esponjas e escovas no expurgo
IT.CME.006	Rotina de recepção na área de expurgo
IT.CME.007	Pré-limpeza de materiais que serão encaminhados a terceiros

IT.CME.008	Rotina da área de acondicionamento e distribuição da cme
IT.CME.009	Rotina de lavagem de material
IT.CME.010	Limpeza de Setor CME
IT.CME.011	Teste Bowie Dick
IT.CME.012	Rotina de empacotamento de material de esterilização
IT.CME.013	Diluição do ácido Peracético a 2%

FORMULÁRIOS (Confeccionados cadernos para uso no Setor)

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.CME.006	Processo de secagem e empacotamento de materiais respiratórios
FOR.CME.007	Controle de devolução de materiais danificados
FOR.CME.008	Rastreabilidade da validade de materiais

2.3. FARMÁCIA

INSTRUÇÕES DE TRABALHO:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.FAR.001	Armazenamento de medicamentos termosensíveis
IT.FAR.002	Análise de prescrição médica
IT.FAR.003	Armazenamento de medicamentos correlatos
IT.FAR.004	Armazenamento de medicamentos portaria 344
IT.FAR.005	Conferência do carro de emergência
IT.FAR.006	Compras de materiais e medicamentos
IT.FAR.007	Devolução de materiais e medicamentos
IT.FAR.008	Dispensação de medicamentos e materiais
IT.FAR.009	Fracionamento de medicamentos
IT.FAR.010	Limpeza de setor e conferência de validades
IT.FAR.011	Limpeza do refrigerador
IT.FAR.012	Medicamentos vencidos
IT.FAR.013	Uso de termômetros e termo-higrômetros

FORMULÁRIOS:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.FAR.001	Checklist kit de acesso central
FOR.FAR.002	Checklist cateterismo vesical (alívio e demora)
FOR.FAR.003	CHECKLIST KIT DIAZEPAM (intramuscular e intravenosa)

FOR.FAR.004	Checklist hipertermia
FOR.FAR.005	Checklist lavagem ocular
FOR.FAR.006	Checklist sonda nasogástrica
FOR.FAR.007	Controle de conferência do carrinho de emergência
FOR.FAR.008	Controle de dispensação do teste rápido covid-19
FOR.FAR.009	Controle de umidade e temperatura ambiente do refrigerador
FOR.FAR.010	Dispensação de nutrição enteral
FOR.FAR.011	Limpeza do setor farmácia
FOR.FAR.012	Pedia tape de 6 a 7 kg
FOR.FAR.013	Pedia tape de 10 a 11 kg
FOR.FAR.014	Pedia tape de 15 a 18 kg
FOR.FAR.015	Pedia tape de 24 a 29 kg
FOR.FAR.016	Pedia tape menor que 3 kg
FOR.FAR.017	Checklist kit acesso periférico
FOR.FAR.018	Checklist kit curativo
FOR.FAR.019	Checklist kit haloperidol intramuscular
FOR.FAR.020	Checklist kit hipoglicemia
FOR.FAR.021	Checklist kit punção lombar
FOR.FAR.022	Checklist kit sutura
FOR.FAR.023	Controle de dispensação de medicamentos oftalmológicos
FOR.FAR.024	Controle de lotes de medicamentos e materiais vencidos
FOR.FAR.025	Controle limpeza de refrigerador
FOR.FAR.026	Fracionamento de medicamentos
FOR.FAR.027	Pedia tape 3 a 5 kg
FOR.FAR.028	Pedia tape 5 a 9 kg
FOR.FAR.029	Pedia tape 12 a 14 kg
FOR.FAR.030	Pedia tape 19 a 23 kg
FOR.FAR.031	Pedia tape 30 a 36 kg
FOR.FAR.032	Reposição de setores

2.4. NIR (núcleo interno de regulação)

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.NIR.001	Cadastro na central de leitos
IT.NIR.002	Transporte Seguro de pacientes

FORMULÁRIOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.REC.001	Checklist de Fechamento de Prontuário

2.5. RECEPÇÃO

INSTRUÇÕES DE TRABALHO:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.REC.001	Controle de materiais e formulários
IT.REC.002	Preenchimento dupla checagem D.O (declaração de óbito)
IT.REC.003	Recebimento de ligações
IT.REC.004	Processo de alta de prontuário

2.6. SHL (Setor de Higiene e Limpeza)

INSTRUÇÕES DE TRABALHO:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.SHL.001	Coleta de roupa suja
IT.SHL.002	Higienização de componentes da máquina enceradeira
IT.SHL.003	Higienização de cortinas
IT.SHL.004	Higienização do carro de coleta de resíduos
IT.SHL.005	Higienização dos banheiros
IT.SHL.006	Higienização de utensílios da copa
IT.SHL.007	Limpeza terminal, concorrente e emergente
IT.SHL.008	Limpeza terminal
IT.SHL.009	Processo de distribuição de roupa limpa
IT.SHL.010	Limpeza de persianas
IT.SHL.011	Limpeza de áreas de isolamento
IT.SHL.012	Limpeza e desinfecção de camas, macas e poltronas reclináveis
IT.SHL.013	Higienização de móveis e objetos
IT.SHL.014	Lavagem de piso
IT.SHL.015	Limpeza concorrente
IT.SHL.016	Limpeza de vidros e janelas
IT.SHL.017	Limpeza e desinfecção de cadeiras de rodas
IT.SHL.018	Montagem do carro funcional
IT.SHL.019	Utilização padrão e higienização das luvas
IT.SHL.020	Higienização do abrigo de resíduos

IT.SHL.021	Limpeza externa da ambulância
IT.SHL.022	Limpeza concorrente da ambulância
IT.SHL.023	Limpeza terminal da ambulância
IT.SHL.024	Limpeza de superfícies da ambulância com presença de matéria orgânica
IT.SHL.025	Limpeza de superfícies

2.7. RADIOLOGIA

INTRUÇÕES DE TRABALHO:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.RX.001	Acolhimento do paciente no setor de raio-x
IT.RX.002	Abdome AP
IT.RX.003	Coxofemoral AP bilateral
IT.RX.004	Coxofemoral AP
IT.RX.005	Coxofemoral oblíquo
IT.RX.006	Bacia AP
IT.RX.007	Clavícula AP
IT.RX.008	Clavícula axial zanca
IT.RX.009	Coluna cervical AP
IT.RX.010	Coluna cervical perfil
IT.RX.011	Coluna dorsal ou torácica AP
IT.RX.012	Coluna dorsal ou torácica perfil
IT.RX.013	Coluna lombar AP
IT.RX.014	Coluna lombar perfil
IT.RX.015	Fêmur AP
IT.RX.016	Fêmur perfil
IT.RX.017	Joelho AP
IT.RX.018	Mão AP
IT.RX.019	Mão oblíqua
IT.RX.020	Mão perfil
IT.RX.021	Ombro AP
IT.RX.022	Ombro perfil y
IT.RX.023	Ossos da face Frontonaso
IT.RX.024	Ossos da face mentonaso
IT.RX.025	Passagem de plantão

IT.RX.026	Pé AP
IT.RX.027	Pé oblíqua
IT.RX.028	Perna AP
IT.RX.029	Perna perfil
IT.RX.030	Tornozelo AP
IT.RX.031	Tornozelo perfil
IT.RX.032	Úmero AP
IT.RX.033	Úmero perfil
IT.RX.034	Antebraço AP
IT.RX.035	Antebraço perfil
IT.RX.036	Arcos costais AP
IT.RX.037	Calcâneo axial
IT.RX.038	Calcâneo perfil
IT.RX.039	Cotovelo AP
IT.RX.040	Cotovelo perfil
IT.RX.041	Crânio perfil
IT.RX.042	Punho PA
IT.RX.043	Punho perfil
IT.RX.044	Tórax PA
IT.RX.045	Tórax perfil

2.8. PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
PROS.UPA.001	Identificação do paciente
PROS.UPA.003	Prescrição, dispensação e administração de medicamentos
PROS.UPA.004	Sutura segura
PROS.UPA.007	Isolamento e cultura de vigilância
PROS.UPA.008	Limpeza e desinfecção
PROS.UPA.009	Transferência segura
PROS.UPA.010	Controle de iras
PROS UP.011	Manejo de surtos

2.9. PROTOCOLOS CLÍNICOS:

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
PROC.UPA.003	Dor torácica

PROC. UPA.004	Identificação precoce da sepse
PROC. UPA.005	Manejo da covid-19

2.10. MANUAIS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
MAN.ENF.001	Transferência segura
MAN.SCIH.001	Validade de antissépticos
MAN.FAT.001	Manual de montagem de prontuários
MAN.CME.002	Rotina de processamentos da CME

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE FEVEREIRO

- Comissão de Revisão de Óbitos;
- Comissão de Revisão de Prontuário;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Segurança do Paciente;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Serviços de Atendimento ao Usuário.

4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS

Reuniões semanais com Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente.

A unidade participou nas apresentações das ações de melhorias, com o TEMA: Melhorias na Emergência.



Caso Notificado

"Paciente AF, trazido por SAMU com RNC, admitido na sala de emergência com monitorização contínua, solicitado laboratoriais, iniciado ATB e solicitado regulação na Central de Leitos. Paciente apresentou piora, sendo necessário IOT.

Logo após, paciente evolui para PCR e óbito. Prontuário foi analisado na comissão de óbito, onde foram constatadas divergências na dispensação e prescrição de medicamentos.

Na prescrição de medicamentos pegos do carrinho de emergência

Consta: 2 amiodarona, 4 epinefrina e 1 cloreto de sódio

Sem prescrição, foram pegos da farmácia:

Consta 2 etomidato, 2 suxametonio e 1 fentanil.



ANÁLISE DA NOTIFICAÇÃO

5 Porquês

PROBLEMA: Falha na continuidade dos processos na emergência

Por que o problema ocorreu? Não realizado treinamentos com as equipes

1 - Por que? Falha na localização dos medicamentos no carrinho de emergência

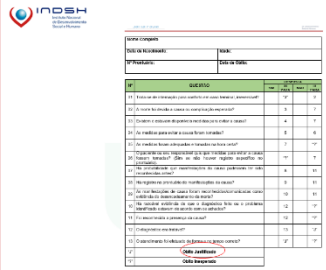
2 - Por que? Busca inadequada dos medicamentos

3 - Por que? Falha na dispensação adequada (Fluxo seguro dos MAV)

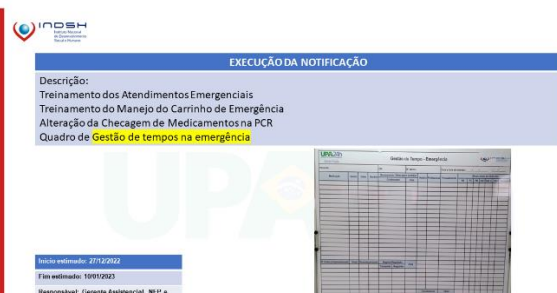
4 - Por que?

5 - Por que?





Conclusão: Óbito justificado após análise de prontuário em CVO, porém, nota-se a circunstância de risco no atendimento (Morosidade em atendimento? Olhar holísticos do atendimento na emergência? Equipe desconectada)



EXECUÇÃO DA NOTIFICAÇÃO

Descrição:
Treinamento dos Atendimentos Emergenciais
Treinamento do Manejo do Carrinho de Emergência
Alteração da Checagem de Medicamentos na PCR
Quadro de **Gestão de tempos na emergência**

Início estimado: 27/12/2021
Fim estimado: 19/01/2022
Responsável: Gerente Assistencial, NIP e Direção Técnica.









5. VISITA TÉCNICA/EXTERNA

VISITA DA UPA DE CASTRO

Recebemos no dia 14/02, às 16 horas, a visita técnica da UPA Dr. Moacir, da cidade de Castro, realizada pelas Gestoras da Unidade, a Coordenadora de Enfermagem Marilda Alves e pela Farmacêutica Andriele Pereira, a visita promoveu trocas de informações sobre Segurança do Paciente.

VISITA DA FISCALIZAÇÃO DO COREN

No dia 23/02, fiscal Marcos do COREN realizou uma visita a UPA Santa-Paula. Analista da Qualidade Jaqueline Souza, juntamente com a Enfermeira do SCIH Fabiana dos Santos Correa, realizou um tour pela Unidade, onde visitaram todos os setores e o fiscal Marcos, conversou com todos os colaboradores e realizaram alguns apontamentos:

A coleta de SWAB permanece sendo coletada pelo técnico de enfermagem, porém, a realização da avaliar, carimbo e assinatura do laudo, é função do enfermeiro;

Solicitaram a confecção de um “Manual de Enfermagem”, apresentado as funções e descrição detalhas das atividades assistencial. Gerente Assistencial Juliana Machado irá confeccionar de acordo com o modelo encaminhado pela fiscalização do COREN

Imagem 01: Visita Técnica



Fonte: Comunicação. Arquivo 2023.

6. AÇÃO INTERNA

AÇÃO SOBRE “COMPLETUDE E ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS”

Realizamos também, nos dias 23/02 e 24/02, juntamente com a Gerente Assistencial Juliana Machado, Coordenadora de Enfermagem Fernanda Zampieri, a Supervisora de apoio Giuliana Cardoso, Faturamento Kauane de Paula e NIR Andressa Fernandes, a ação sobre “Compleitude e organização de Prontuários”. Repassando a todas as equipes algumas informações sobre a importância do prontuário para o paciente e para a equipe multiprofissional e disponibilizamos também, na “Pasta pública”, um “Manual de montagem de prontuário” (código do documento MAN.FAT.001), confeccionado pelo Faturamento, onde contém todas os formulários que podem estar disponíveis em um prontuário e a ordem que eles devem estar.

7. GESTÃO DE RISCO

NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS E SEGURANÇA DO PACIENTE

Em novembro foram aceites e encaminhadas 34 notificações sendo a classificação:

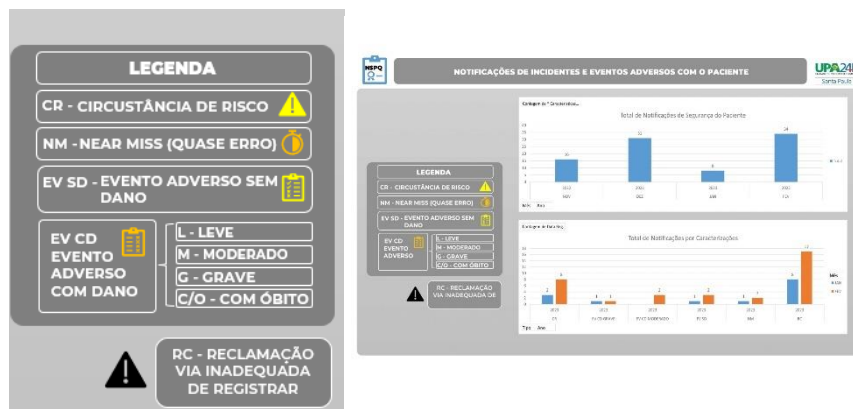
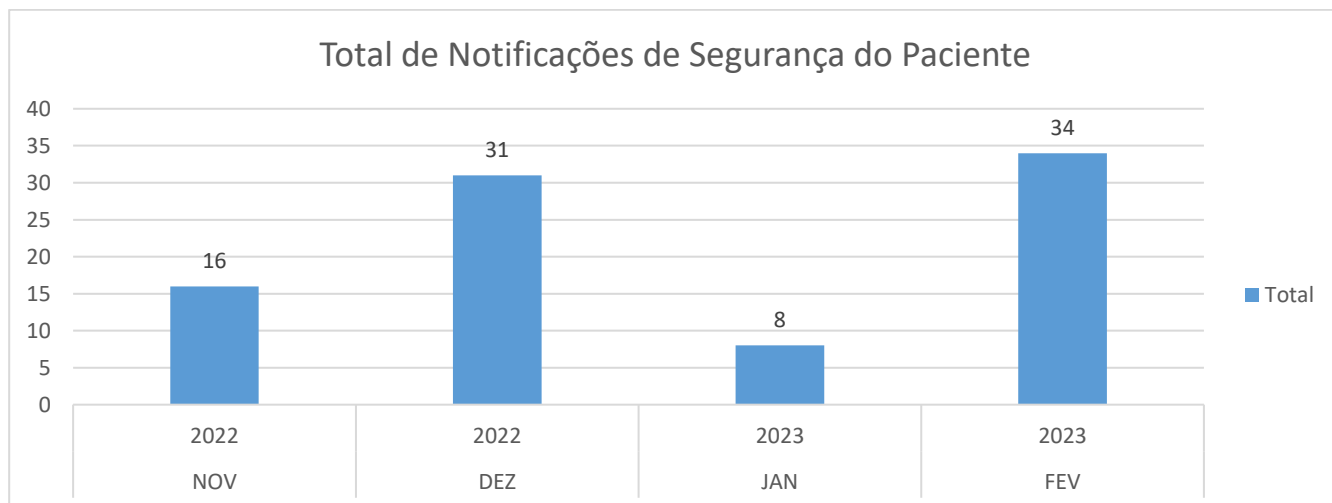
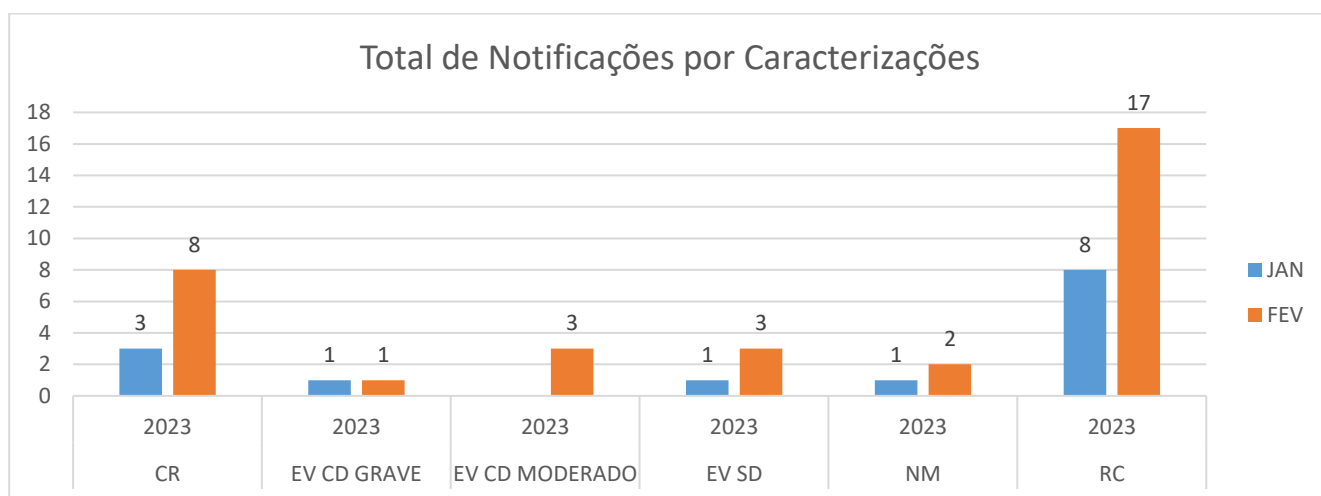


TABELA 01: Indicador de Notificações



Fonte: O autor. Arquivo Qualidade 2023.

TABELA 02: Indicador de Notificações por Caracterização



Fonte: O autor. Arquivo Qualidade 2023.

8. RESULTADOS

As atividades desenvolvidas pelo setor da qualidade permanecem em avanços, para o mês de março 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;
Treinamentos de Notificações de Segurança do paciente.

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Jaqueline Quadros
Analista de Qualidade

Francisco Mingrone
Diretor Executivo

9. HISTORICO DE REVISAO

Não se aplica.

10. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

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

**RELATÓRIO DE
PRODUÇÃO DO SETOR DA
QUALIDADE
ABRIL/2023
UPA SANTA PAULA**

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL	3
2.1. ENFERMAGEM	3
2.2. FARMÁCIA	3
2.3. SCIH	4
3. CHAVEIROS DE SINAIS VITAIS	4
4. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE MARÇO	5
5. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS.....	5
6. GESTÃO DE RISCO	6
6.1 AÇÕES REALIZADAS EM RELAÇÃO AS NOTIFICAÇÕES	6
6.2 TREINAMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	7
7. EVENTOS DA QUALIDADE.....	7
7.1. 1º SIMPÓSIO DE GESTÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	7
7.2. JORNADA DA QUALIDADE.....	7
8. VIGILANCIA SANITÁRIA	8
9. APRESENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS AS EQUIPES.....	9
10. INTRANET	9
11. RESULTADOS	9
12. HISTORICO DE REVISÃO	10
13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	10

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever todas as atividades realizadas pelo Setor da Qualidade no mês de Abril na Unidade de Pronto Atendimento Santa-Paula- INDSH. Visando apresentar as produções realizadas durante o período, apresentando iniciativas em: Gestão documental, Gestão de processos e Gestão de riscos.

2. GESTÃO DOCUMENTAL

2.1. ENFERMAGEM

- INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.ENF.016	PUNÇÃO VENOSA
IT.ENF.017	SOROTERAPIA

- FORMULÁRIOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.ENF.027	CONTROLE TESTE RÁPIDO GASOMETRIA
FOR.ENF.028	CONTROLE TESTE RÁPIDO TROPONINA
FOR.ENF.029	CONTROLE TESTE RÁPIDO D-DÍMERO
FOR.ENF.030	CONTROLE TESTE RÁPIDO LACTATO
FOR.ENF.031	CONTROLE DE CALIBRAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE TESTE RÁPIDO

- MANUAL

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
MAN.ENF.001	MANUAL DE REGISTRO DA ENFERMAGEM
MAN.ENF.002	MANUAL DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DA ENFERMAGEM-SAE

- REGIMENTO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
REG.ENF.001	REGIMENTO DE ENFERMAGEM

2.2. FARMÁCIA

- INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.FAR.014	CONSERVAÇÃO E VALIDADE DE MEDICAMENTOS MULTIDOSES APÓS ABERTOS

• **FORMULÁRIOS**

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.FAR.033	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE MAT-MED NÃO PADRONIZADOS
FOR.FAR.034	NOTIFICAÇÃO DE QUEIXA TÉCNICA DE ARTIGO MÉDICO-HOSPITALAR
FOR.FAR.035	

• **MANUAL**

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
MAN.FAR.001	MANUAL FARMACOTERAPEUTICO PEDIATRIA

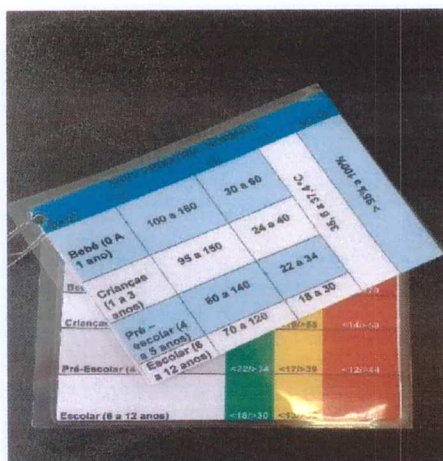
2.3. SCIH

• **FORMULÁRIOS**

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.SCIH.006	CRONOGRAMA DE ANÁLISE DA ÁGUA

3. CHAVEIROS DE SINAIS VITAIS

Foi confeccionado chaveiros com os sinais vitais para ambas as classificações de risco (CR pediátrica imagem 01 e CR adulto imagem 02) da unidade e observações, com sinais vitais conforme a atualização do Protocolo de Classificação de Risco da unidade.



Fonte: O Autor. Arquivo: Qualidade (imagem 01)



Fonte: O Autor. Arquivo: Qualidade (imagem 02)

4. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE MARÇO

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

COMISSÃO	DATA E HORA DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Comissão de Verificação de Prontuário	06/04/2023 as 09:00 hs	Altas de evasão; Receitas e atestados de internamento; Indicador de Completude de Prontuários e Ações de organização e cuidados com prontuário.	Ação com os setores referente a organização de prontuários.
Comissão de Segurança do Paciente	20/04/2023 as 10:00 hs	Processo TRR Compra de macas e cadeiras de rodas; Notificação de segurança do paciente.	Sinalização de cadeiras de rodas na sala de espera; Cotações/compras de cadeiras de rodas e macas.
Comissão de Farmácia e terapêutica	20/04/2023 as 11:00 hs	Liberação de medicamentos inalatórios; Substituição do medicamento de uso oftalmológico padrão na unidade; Aquisição de materiais hospitalares e medicamentos não padronizados; Padronização de protocolos de hipertensão e glicemia.	Criação de formulários: aquisição de medicamentos não padronizados e formulários de avaliação de materiais hospitalares; Consumo de materiais hospitalares em 06 meses; Consumo em reais de antibióticos dos últimos 03 meses.
Comissão de Verificação de óbitos	06/04/2023 as 09:40 hs	Verificação de prontuários de óbitos retroativos.	Ação de comunicação com as equipes
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	25/04/2023 as 16:30 hs	Protocolo de Antimicrobianos; Manual do colaborador; Treinamento sobre NR6 e NR32 Ações para realizar no dia Mundial de higienização das mãos.	Reunião para validação de formulário para o Protocolo de Antimicrobianos; Validação do Manual do colaborador; Treinamento NR06 e NR32 e Indicadores SCIH.
Serviço de Atendimento ao Usuário	25/04/2023 as 16:00 hs	Implementação do certificado; Novo modelo de pesquisa; Implementação do mural de elogios.	Treinamento com as equipes.

5. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS

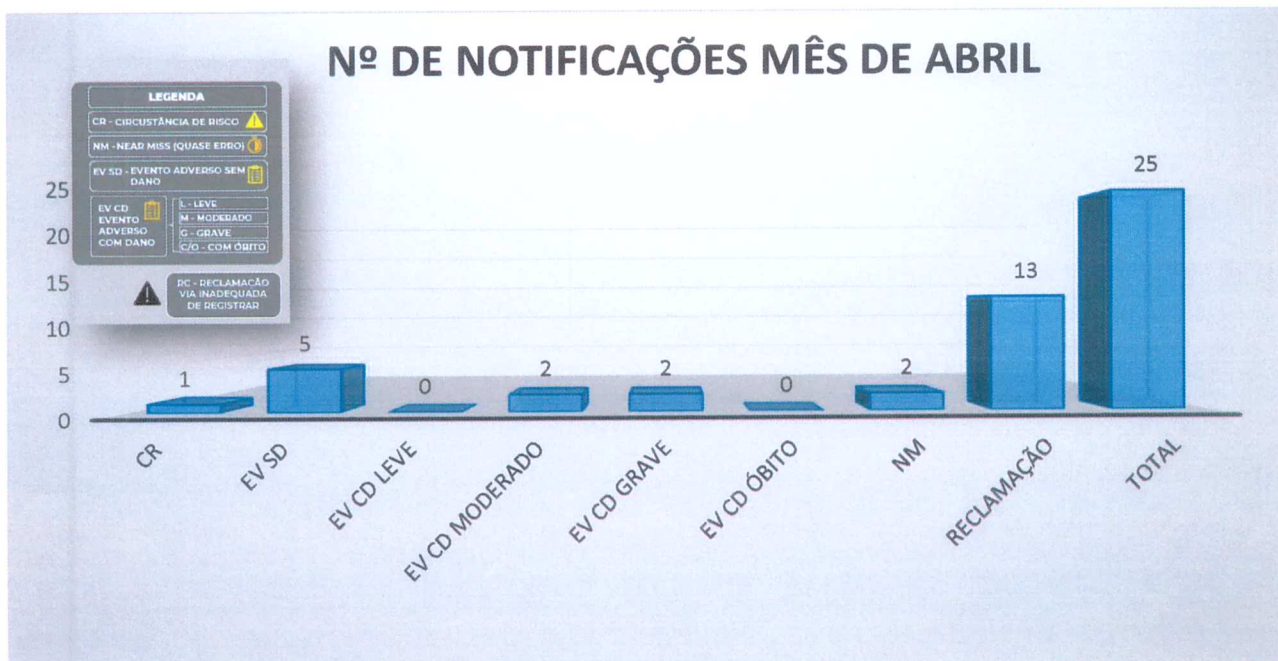
O Setor da Qualidade participa semanalmente de reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente.

Esse mês abordamos o assunto "Protocolo de TEV" (tromboembolismo venoso), assim, dando início a confecção do Protocolo na Unidade, com prazo de finalização até dia 15/05/2023.

E também, participamos de reuniões extraordinárias, abordando o assunto "Evento Adverso", com introdução ao portal de Notificação de eventos adversos **Epimed**.

6. GESTÃO DE RISCO

No mês de Abril recebemos um total de 25 notificações, segue a Classificação de cada uma delas e o quantitativo.



6.1 AÇÕES REALIZADAS EM RELAÇÃO AS NOTIFICAÇÕES

No mês de Abril identificamos grande incidência de eventos com danos graves e moderados, com relação a quedas de pacientes dentro da Unidade e algumas ações foram e estão sendo realizadas para criação de barreiras, para que esses eventos não venham a ocorrer novamente. Segue ações realizadas:

- Introdução ao Protocolo de Prevenção de Quedas com a equipe;
- Cotação/compra de novas cadeiras de rodas,
- Confecção de etiquetas de "risco de queda" para sinalizar os prontuários.



Fonte: O Autor. Arquivo: Qualidade

6.2 TREINAMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Sabe-se que as Notificações de Eventos Adversos são de grande importância e contribuição para segurança do paciente dentro da Unidade, sendo assim, todos os meses venho conversando com as equipes assistenciais sobre o tema e conscientizando sobre a necessidade de notificar eventos que venham a ameaçar a integridade do paciente durante sua permanência na Instituição.

Segue registro de participações em anexo no final do relatório.

7. EVENTOS DA QUALIDADE

7.1. 1º SIMPÓSIO DE GESTÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

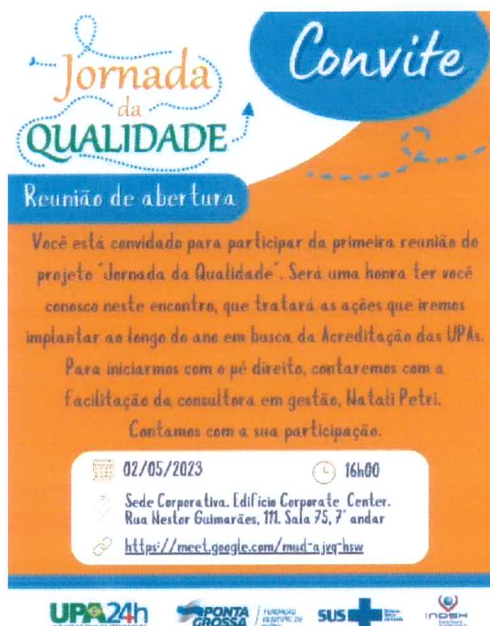
No dia 12 e 13/04/23 aconteceu o 1º Simpósio de Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente dos Campos Gerais. O evento deu abertura e introdução a Jornada da Qualidade, visando a implantação e cultura de Segurança do Paciente nas Unidades de Pronto atendimento Santa-Paula e Santana e visando também a busca pela Certificação Qmentum.



Fonte: O Autor. Arquivo: Qualidade

7.2. JORNADA DA QUALIDADE

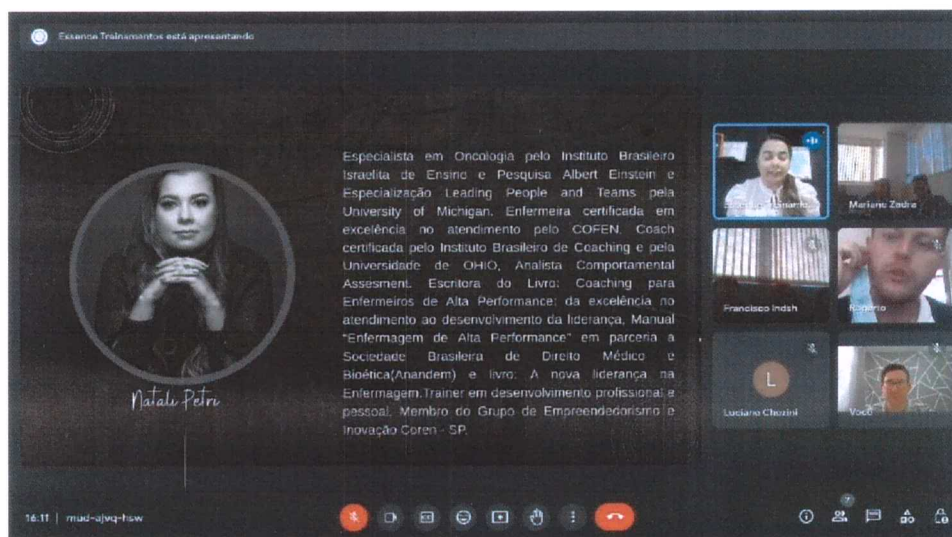
A Jornada da Qualidade é um projeto formado por membros das equipes multidisciplinares das Unidades Santa-Paula e Santana, será um projeto com duração de 07 (sete) meses, onde cada mês será focado em um tema para desenvolver dentro das unidades.



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade

7.3. CONSULTORIA E INTRODUÇÃO A “CARTA DE VALORES”

No dia 02/05/2023 foi realizada primeira reunião do projeto, contando com a presença dos membros e com a consultoria da Enfermeira Natali Petri com o Tema: “A Nova Liderança na Enfermagem” e com a introdução a “carta de valores” nas Unidades.



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade

8. VIGILANCIA SANITÁRIA

Realizado, juntamente com a equipe administrativa a verificação das pendências em relação a Vigilância Sanitária. Confeccionado Ofício de abordagem a FMSPG com as ações realizadas em relação aos itens em que a Unidade foi autuada na data da visita da VISA.

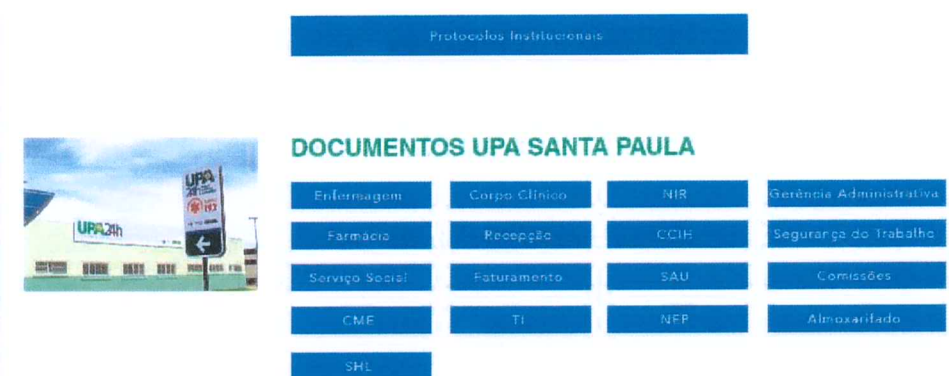
9. APRESENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS AS EQUIPES

Todas as implantações de Protocolos existentes na Unidade, são realizadas conforme nossa LNT 2023, para que possa ser realizada uma implantação efetiva e seja possível realizar o gerenciamento de cada um dos Protocolos. Porém, viu-se a necessidade de apresentar esses protocolos as equipes, para que tenham conhecimento que a unidade dispõe dos mesmos e que temos uma programação para implantação e implementação deles dentro da instituição. Assim, juntamente com Éven Machinski- Enfermeira do NEP, foi dado início no mês de Abril a apresentação dos Protocolos existentes na unidade e onde os mesmos podem ser encontrados para leitura e como fonte de informação.

10. INTRANET

Realizado upload de todas as documentações disponíveis na Unidade Upa Santa-Paula para o site INTRANET, a fim de que todas as equipes tenham acesso a essa documentação e possam consultá-las a qualquer hora.

Documentos Institucionais



Fonte: O Autor. Arquivo: Qualidade

11. RESULTADOS

As atividades realizadas pelo Setor da Qualidade permanecem em avanço para o mês de maio, as ações desse mês serão focadas em:

- Gestão documental;
- Apresentação de documentações as equipes;
- Adequações para visita da Vigilância Sanitária;
- Comissão de Planejamento Estratégico;
- Jornada da Qualidade;
- Realização de ações que agreguem valores, em relação as Notificações de Eventos Adversos;

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

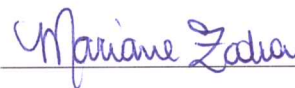


Jaqueline F. Souza de Quadros

Analista de Qualidade

Instituto de Desenvolvimento Social e Humano

INDSH-UPA SANTA-PAULA



Mariane Zadra

Coordenadora da Qualidade

Instituto de Desenvolvimento Social e
Humano

INDSH-UPAS PONTA-GROSSA

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa
Santa Paula - PG / INDSH
Eliane da Silva Krinski

Gerente Administrativa

Instituto de Desenvolvimento Social e
Humano

INDSH-UPA SANTA-PAULA



Francisco Mingrone

Diretor Executivo

Instituto de Desenvolvimento Social e
Humano

INDSH-UPAS PONTA-GROSSA

12. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador/Consenso da Qualidade	Aprovador GA/DT	Aprovador DE	Datas
Mariane Zadra Jaqueline Souza Setor da Qualidade	Eliane Krinski Gerente Administrativa	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 05/05/2023 Vigência: 05/05/2025

1. TEMA DO TREINAMENTO

Notificação de evento adverso

2. DADOS DO TREINAMENTO

Treinamento elaborado por: *Jaqueline e Mariane*

Local de treinamento:

Data (s) de realização *17/04, 19/04*

Carga horária:

1h + 1h

Período

manhã

Total de participantes:

24

3. SINTESE DE TREINAMENTO

Descreva os assuntos abordados:

notificação de eventos adversos e circunstâncias de risco

4. INFORMAÇÕES PEDAGÓGICA

Recursos audiovisuais utilizados:

Materiais distribuídos: *formulário com QR code*

5. MATERIAL UTILIZADOS

☒ Registro de treinamento

() Cópia do material apresentado

() Resultados dos testes aplicados

() Avaliação dos participantes

() Outros:

6. PREENCHIMENTO DO N.E.P

- Contemplado no LNT () Sim () Não

Éven Machinski
Enfermeiro do NEP | COREN-PR 661.963
INDSH
Assimilador de Desenvolvimento
Social e Humano

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014 Sirley Pacheco Steurer Coordenadora do NEP	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA

Notificações

2. PARTICIPANTES

Nº	Nome completo e legível	Função	Setor	Ass.
01	Marcelo Suelen Cernik	Recpção	Recpção	mapda
02	Quima Aguiar Ferreira	Recp.	Recp.	B
03	Helli Karoline Kuhl do Prado	Recp.	Recp	Kel
04	Gabriel Pinheiro Marques	Recp.	Recpção	GPM
05	Mrs. D. C. Amarel	Médico	Consultório	
06	Andressa Da Costa	Enfermeira	Classif. Riso	OM
07	Mariana Vettorezzi	Farmacêutica	Farmácia	AV
08	Priscila Lins da	Farmacêutica	Farmácia	Pr
09	Ana Paula	Ass. Farmácia	Farmácia	Ana Paula
10	Fernanda de S. Goncalves	Ass. Farm.	Farmácia	Fern
11	Rogério Vitor Gremel	Ti	Ti	Rogério
12	Rafaela P. Lomenço	tel. gub.	CME	Raf
13	Ros. G. Mance.	tec. gub.	CME	Ros.
14	Tatiele Guimarães	te. gub.	emergência	Tat
15	Thellen L. Ribeiro	AUXILIM P	SHL	Thellen

3. DADOS DO PALESTRANTE/FACILITADOR

Data	Início	Término	Total Part.	Facilitador	Ass.
14/04	08:30	10:30	2+1+5+15	Jaqueline	Ja

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014 Sirley Pacheco Steurer Coordenadora do NEP	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA

Notificação de evento adverso

2. PARTICIPANTES

Nº	Nome completo e legível	Função	Setor	Ass.
01	João P. G. R. do Jil	Me. enf.	análise	Jo.
02	Olnei Ape dos Santos	tec. enf.	colita	Olnei
03	MARSS. R. MARCI	Tec. enf.	med.	Mar
04	Kelly R. Pontes	Tec. enf.	med. caco	K
05	Andriana Pereira	tec. enf.	nutrio	And
06	Fernando Angélico	tec. enf.	Obs. m	Fern
07	Dania Ape Kovaluk	tec. enf.	Obs. Ped	Dania
08	Delmo S. Seabra	tec. enf.	Obs. F	Del
09	Almeida Felipe	Enfermeira	Emergência	Alme
10				
11				
12				
13				
14				
15				

3. DADOS DO PALESTRANTE/FACILITADOR

Data	Início	Término	Total Part.	Facilitador	Ass.
19/04	06:30	09:30	3+2+4	Jaqueline	Ja

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014 Sirley Pacheco Steurer Coordenadora do NEP	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA DO TREINAMENTO

IBSP

2. DADOS DO TREINAMENTO

Treinamento elaborado por: IBSP

Local de treinamento: online

Data (s) de realização: 04, 11, 18 e 25/04/23 Carga horária: 4h

Período: Manhã Total de participantes: 15

3. SINTESE DE TREINAMENTO

Descreva os assuntos abordados:

- Protocolo de TEV
- notificações adversas

4. INFORMAÇÕES PEDAGÓGICA

Recursos audiovisuais utilizados: slides

Materiais distribuídos: Não

5. MATERIAL UTILIZADOS

- (X) Registro de treinamento () Cópia do material apresentado
() Resultados dos testes aplicados () Avaliação dos participantes
() Outros:

6. PREENCHIMENTO DO N.E.P

- Contemplado no LNT () Sim (X) Não

Éven Machinski
Enfermeira do NEP | COREN-PR 661.963
Assinatura do NEP
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014 Sirley Pacheco Steurer Coordenadora do NEP	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA

IBSP

2. PARTICIPANTES

Nº	Nome completo e legível	Função	Setor	Ass.
01	Olex Machinski	NEP	ADM	Em
02	Jaqueline F. Souza de Q.	analista	qualidade	Ag
03	Conia R. Mendes	OT	ADM	Em
04	Juliana Machado	Ger. Adm	ADM	Em
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

3. DADOS DO PALESTRANTE/FACILITADOR

Data	Início	Término	Total Part.	Facilitador	Ass.
11/04/23	10h	13h		IBSP	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA

IBSP

2. PARTICIPANTES

Nº	Nome completo e legível	Função	Setor	Ass.
01	Erwin Machinski	NEP	ADM	
02	Jaqueline	analista	qualidade	
03	Carlos A. Mendes	DT	ADM	
04	Juliana Machado	Ger. Am.	ADM	
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

3. DADOS DO PALESTRANTE/FACILITADOR

Data	Início	Término	Total Part.	Facilitador	Ass.
18/04/23	10h	11h		IBSP	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA

IBSP

2. PARTICIPANTES

Nº	Nome completo e legível	Função	Setor	Ass.
01	Jaqueline	analista	qualidade	
02	Carla H. Mendes	DT	ADM	
03	Juliana Machado	Gu. An.	ADM	
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

3. DADOS DO PALESTRANTE/FACILITADOR

Data	Início	Término	Total Part.	Facilitador	Ass.
04/04/23	10h	11h		IBSP	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA

IBSP

2. PARTICIPANTES

Nº	Nome completo e legível	Função	Setor	Ass.
01	Orlen Machinski	NEP	ADM	Em
02	Jaqueline	analista	qualidade	Em
03	Como J. Mendes	DT	ADM	Em
04	Juliana Machado	Gr. An	ADM	Em
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

3. DADOS DO PALESTRANTE/FACILITADOR

Data	Início	Término	Total Part.	Facilitador	Ass.
25/04/23	10h	11h		IBSP	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA DO TREINAMENTO

Treinamento EPIMED

2. DADOS DO TREINAMENTO

Treinamento elaborado por: IBSP

Local de treinamento: Online

Data (s) de realização 25/04/23

Carga horária: 1h 30min

Período tarde

Total de participantes: 3

3. SÍNTESE DE TREINAMENTO

Descreva os assuntos abordados:

Treinamento do uso de furamenta para eventuais adeus do núcleo de segurança do paciente, não estando ativo no momento.

4. INFORMAÇÕES PEDAGÓGICA

Recursos audiovisuais utilizados: Reunião online

Materiais distribuídos: não

5. MATERIAL UTILIZADOS

☒ Registro de treinamento

☐ Cópia do material apresentado

☐ Resultados dos testes aplicados

☐ Avaliação dos participantes

☐ Outros:

6. PREENCHIMENTO DO N.E.P

- Contemplado no LNT ☐ Sim ☒ Não

Éven Machinski
Enfermeira do NEP | COREN-PR 661.963
INDSH
Assinatura do NEP
Assinatura do NEP
Social Humano

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. TEMA

Treinamento EPIMED

2. PARTICIPANTES

Nº	Nome completo e legível	Função	Setor	Ass.
01	Jaqueline Souza	analista	qualidade	
02	Juliano Machado	Ger. Am.	ADM	
03	Camilo H. Mendes	DT	ADM	
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

3. DADOS DO PALESTRANTE/FACILITADOR

Data	Início	Término	Total Part.	Facilitador	Ass.
25/04/23	14:00	15:30	3	JBSP	online
25/04/2023	14:00				

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Gestão nº 422/2014 Sirley Pacheco Steurer Coordenadora do NEP	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. DADOS DA REUNIÃO

1. DADOS DA REUNIAO			Nº ATA:
Reunião: Reunião do SAU			
Data:225/04/2023	Horário: 16:30H	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []	
Membros participantes da Reunião	Fabiana Dos Santos Corrêa, Giuliana Ellen Pereira Cardoso, Juliana Machado, Eliane Krinski, Graziella Ribeiro, Cassio Mendes, Thalia Augusto, Éven Machinski, Izabel Cristina Santos da Silva, Jaqueline Souza		
Membros ausentes com justificativas			
Convidados			

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Implementação do certificado	Diully Luiza Miara
2	Novo modelo de pesquisa	Diully Luiza Miara
3	Implementação do mural	Diully Luiza Miara

3. PENDÊNCIAS

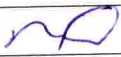
Descrição	Prazo	Responsável
Treinamento com colaboradores	Próxima Reunião	Diully Miara

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala de reuniões**, deu-se início a reunião do SAU. Houve discussão e abertura de novas pautas: 1 implementação do certificado, 2 Novo modelo de pesquisa 3 implementação do mural, E para constar, eu Diully Luiza Mira, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

5. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Fabiana dos Santos Corrêa	Enf.	SCIA/CME/EPID	OS
02	Guiliana Ellen Pereira	Supervisor	ADM	OS
03	Graziella Ribeiro	Ass. Adm.	ADM	Graziella Ribeiro
04	Cássio Mendes	DT	ADM	OS
05	Juliana Machado	qs. Inv.	ADM	OS
06	Eliane Krinski	Ass. ADM	ADM	OS
07	Thalia Augusto	Ass. ADM	Faturamento	Thalia Augusto
08	Éven Machinski	NEP	Administrativo	Éven Machinski
09	Izabel Cristina Santos da Silva	TST	adm	Izabel Silva
10	Jaqueline Souza	analista	qualidade	OS

11	Diully Luiza Miara	ass adm	SAU	
----	--------------------	---------	-----	---

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Nome completo Função	Nome completo Função	Nome completo Função	Aprovação: / / Vigência: / /

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: Comissão da SCIH		Nº ATA: 05/2023
Data: 25/04/2023	Horário: 16:30H	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Fabiana Dos Santos Corrêa, Giuliana Ellen P. Cardoso, Juliana Machado, Eliane Krinski, Graziella Ribeiro, Cassio Mendes, Even Machinski, Izabel Cristina S. dos Santos e Jaqueline Souza.	
Membros ausentes com justificativas	Mariana Vettorazzi	
Convidados	Diully Luiza Miara e Thalia de Camargo Augusto	

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Protocolo de Antimicrobianos	Cassio/Juliana/ Mariana e Fabiana
2	Manual do Colaborador	Jaqueline/ Juciel
3	Treinamento sobre a NR6 e NR32	Fabiana/Izabel
4	Ações para serem realizadas no dia Mundial da Higienização das Mãos	Fabiana

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Reunião para validação do Protocolo de Antimicrobianos	Próxima Reunião	Cassio/Eliane/ Juliana/Mariana e Fabiana
Validação do Manual do Colaborador	Próxima Reunião	Jaqueline/ Juciel
Treinamento sobre a NR6 e NR32	Próxima Reunião	Fabiana e Izabel
Indicadores SCIH	Próxima Reunião	Fabiana

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala de reuniões**, deu-se início a reunião Comissão da SCIH sob a presidência de Fabiana dos Santos Corrêa. Ata condizente com as atividades realizadas em **abril**. Após, houve discussão e abertura de novas pautas: **1.** Protocolo de Antimicrobianos finalizado pelo Diretor Técnico Cássio juntamente com a Farmacêutica Mariana, ficando marcado uma reunião no dia 27/04 as 09h para a validação do protocolo. **2.** Sobre o Manual do Colaborador foi discutido sobre ter uma nova revisão para haver a entrega aos funcionários. **3.** Com a contratação da Tec. De Segurança do Trabalho ficou como pendência a realização dos treinamentos sobre a NR6 e NR32. **4.** O dia 05 de maio é marcado como o dia Mundial da Higienização das mãos, com isso foi discutido pela SCIH Fabiana as ações que serão realizadas para a conscientização dos colaboradores nessa data.

E para constar, eu Graziella Douvey Ribeiro, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos participantes presentes.

5. ATIVIDADES REALIZADAS

Protocolo de Antimicrobianos.

Justificativa para a Vigilância Sanitária sobre os Indicadores das Taxas de Infecção.

6. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Fabiana dos Santos Corrêa	Enf.	SCIH/CME/EPI	[Assinatura]
02	Giuliana Ellen P. Cardoso	Supervisor	ADM	[Assinatura]
03	Graziella Ribeiro	Coord. Adm	ADM	[Assinatura]
04	Cassio Mendes	DT	ADM	[Assinatura]
05	Juliana Machado	Ger. Adm	ADM	[Assinatura]
06	Eliane Krinski	Ger. Adm	ADM	[Assinatura]
07	Even Machinski,	NEP	ADM	[Assinatura]
08	Izabel Cristina S. dos Santos	TST	adm	[Assinatura]
09	Diully Luiza Miara	FAU	adm adm	[Assinatura]
10	Jaqueline de Souza	analista	qualidade	[Assinatura]
11	Thalia de Camargo Augusto	coord adm	Faturamento	[Assinatura]

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Mariane Zadra Coordenadora Qualidade		Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/12/2022 Vigência: 01/12/2024

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA		Nº ATA: 006
Data: 20/04/2023	Horário: 11:00	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Mariana Vettorazzi, Juliana Machado, Giuliana Ellen Cardoso, Amanda Malanczen, Jaqueline Souza, Cassio Henrique Mendes, Mariane Zadra, Eliane Krinski.	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados	Graziella Ribeiro, Kauane de Paula, Diully Luiza, Thalia Augusto.	

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
01	Liberação do medicamento salbutamol	Mariana
02	Substituição do medicamento oftalmológico padrão na unidade	Mariana e Cassio
03	Aquisição de materiais hospitalares e medicamentos não padronizados	Mariana e Eliane
04	Padronização de protocolos de hipertensão e glicemia	Juliana e Cassio
05	Formulário de avaliação técnica dos materiais hospitalares	Mariana e Juliana

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Criação de formulários: Aquisição de materiais não padronizados, Formulário de avaliação de materiais hospitalares.	15 dias	Mariana
Consumo de materiais hospitalares em 6 meses.	15 dias	Mariana
Consumo em reais de antibióticos nos últimos 3 meses.	15 dias	Mariana

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala da gerência**, deu-se início a **6ª Reunião da Comissão de Farmácia Terapêutica** sob a presidência da Farmacêutica RT Mariana Vettorazzi. Após, houve discussão e abertura de novas pautas: 1. A farmacêutica Mariana relatou sobre a dispensação do medicamento salbutamol e foi estabelecido um novo fluxo, onde só vai ser entregue um novo medicamento com a entrega do frasco anterior vazio. A farmácia irá fazer o teste para verificar se o medicamento acabou e assim dispensar um novo para a equipe. 2. A farmacêutica Mariana relatou quanto ao uso do medicamento oftalmológico padrão na unidade que está em falta com os fornecedores, dessa forma, o doutor Cassio Henrique ficou responsável em buscar com colegas da área um medicamento que possa ser substituído. 3. A farmacêutica Mariana abordou a questão do consumo de materiais hospitalares que não são padrões na unidade, pois houve um caso em que um paciente precisou trocar uma bolsa de colostomia e precisou ser feito empréstimo desse material pois não é um material hospitalar padrão da unidade. Dessa forma, ficou ajustado que a farmacêutica Mariana irá criar um formulário de aquisição de materiais que não são padrões na unidade, para quando necessário, o empréstimo ser feito da UPA Santana. 4. A enfermeira Juliana Machado e o doutor Cassio Henrique relataram sobre a padronização dos protocolos de hipertensão e glicemia, onde segundo eles já estão prontos e ao decorrer dos dias serão repassados para todos os colaboradores. 5. A enfermeira Juliana abordou a questão de alguns colaboradores relatarem quanto a qualidade de alguns materiais hospitalares, pois segundo eles muitos estão vindo com problemas, dessa

forma, a farmacêutica Mariana ficou responsável em criar um formulário de avaliação de materiais hospitalares, para que seja analisado e nas compras futuras sejam comprados materiais de outras marcas e fornecedores. E para constar, eu Amanda Malanczen lavei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

5. ATIVIDADES REALIZADAS

Solicitação de compras de manta térmica e equipo de irrigação.

Manuais de antimicrobianos e manual farmacoterapêutico.

6. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Amanda Malanczen	Almoxarife	Almoxarifado	Am
02	Mariana Velloso	Farmacêutica	Farmácia	MV
03	Graziella Larrey Ribeiro	Ass. Adm	ADM	Graziella Ribeiro
04	Thalys C. Araújo	ass. adm	Faturamento	Thalys C. Araújo
05	Guilherme Ellen P. Cardoso	Supervisor	ADM	Guilherme
06	Dinelly Luiza Moura	ass adm	GAU	Dinelly
07	Jaqueline Souza	analista	Qualidade	Jaqueline
08	Carro H. Mendes	DT	ADM	Carro H. Mendes
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Mariane Zadra Coordenação da Qualidade		Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/11/2022 Vigência: 01/11/2024

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		Nº ATA: 04/2023
Data: 20/04/2023	Horário: 10:00	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Jaqueline Souza, Eliane Krinski, Mariana Vettorazzi, Juliana Machado, Thalia. C Augusto, Diully Miara, Fabiana Correa, Even Machinski.	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados	Izabel Silva, Kauane de Paula,	

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Processo TRR	Juliana
2	Macas e Cadeiras de Rodas	Juliana/Eliane
3	Notificações de Segurança do Paciente	Jaqueline

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Sinalização de cadeiras de rodas na sala de espera	Próxima Reunião	Jaqueline
Cotações/ compras de cadeiras de rodas e macas	Próxima Reunião	Eliane/Juliana

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, deu-se início a reunião de Comissão de Segurança do Paciente, sob a presidência da Jaqueline Souza. Após, houve discussão e abertura das pautas: **1.** Realizado processo documental e revisado Protocolo de Dor Torácica para serem executados treinamentos com o Time de Resposta Rápida. **2.** Está em processo de cotação/compras de macas que ficaram na sala de espera adulto e pediátrica e cadeiras de rodas, pois possuímos na unidade apenas 5 disponíveis. Com isso, será sinalizada a sala de espera para as cadeiras de rodas. **3.** Serão analisadas as Notificações de Segurança do Paciente e as pendências para que sejam proporcionados treinamentos com ações e feedbacks as equipes. Para constar, eu Thalia C. Augusto, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos participantes presentes.

5. ATIVIDADES REALIZADAS

Descrição
Revisão do Protocolo de Dor Torácica
Fluxograma nos consultórios

6. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Diully Miara	ass adm	SAU	
02	Eliane Krinski	Ger Adm	Adm	
03	Even Machinski	ENEP	ADM	
04	Fabiana Correa	Enf.	SCIH/CMG	
05	Izabel Silva	TST	adm	
06	Jaqueline Souza	analista	qualidade	
07	Juliana Machado	Op. Am.	adm	
08	Kauane de Paula	Analista Qual.	Qualidade	
	Mariana Vettorazzi	Farmacêutica	Farmácia	
	Thalia C Augusto	Ass. Rel. m	Faturamento	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade		Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/10/2022 Vigência: 01/10/2024

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO		Nº ATA: 05/2023
Data: 06/04/2023	Horário: 09:40H	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Juliana Machado, Kauane de Paula, Giuliana Cardoso, Cassio Mendes, Jaqueline de Quadros, Mariana Vettorazzi.	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados	Thalia C. Augusto	

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Paciente BC, 95 anos, nº prontuário 22727899	Todos
2	Paciente AOL, 72 anos, nº prontuário 22873729	Todos
3	Paciente RO, 36 anos, nº prontuário 23017904	Todos
4	Paciente AD, 100 anos, nº prontuário 23315976	Todos

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Ação de Comunicação com as Equipes	05/2023	DT/GA
Protocolo de Londres	05/2023	DT/GA

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala de reuniões**, deu-se início a reunião de Comissão de Verificação de Óbito sob a presidência da Cassio Mendes.

Após, houve discussão e abertura de novas pautas: **1.** Revisão do prontuário 22727899, paciente BC, 95 anos, sendo definido pela comissão como óbito justificado, analisando a necessidade de realizar ação de comunicação com as equipes para melhorar registro em prontuário **2.** Revisão do prontuário 22873729, paciente AOL, 72 anos, sendo definido pela comissão como óbito inesperado e realizado a abertura do Protocolo de Londres. **3.** Revisão do prontuário 23017904, paciente RO, 36 anos, sendo definido pela comissão como óbito justificado. **4.** Revisão do prontuário 23315976, paciente ADF, 100 anos, sendo definido pela comissão como óbito justificado. E para constar, eu Kauane de Paula, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

5. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Cassio Mendes	Analista	qualidade	
02	Eliane Krinski	Ger. ADM	ADM	
03	Giuliana Cardoso	Supervisor	ADM	
04	Jaqueline de Quadros	Distriton.	ADM	
05	Juliana Machado	Ger. Am.	ADM	
06	Kauane de Paula	Faturista	ADM	
07	Mariana Vettorazzi	Farmacêutica	Farmácia	
08	Thalia C. Augusto	ADM	ADM	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador DE	DATAS
Mariane Zadra Coordenação da Qualidade		Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/11/2022 Vigência: 01/11/2024

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: Comissão De Verificação De Prontuário		Nº ATA: 04/2023
Data: 06/04/2023	Horário: 09:00H	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Eliane Krinski, Juliana Machado, Kauane de Paula, Giuliana Cardoso Jaqueline de Quadros, Cassio Mendes, Mariana Vettorazzi.	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados	Thalia Augusto, Lucimara Paulovski, Marcelli Januario.	

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Altas de Evasão	Giuliana
2	Receitas e atestados de internamento	Giuliana
3	Indicador de Completude de Prontuários	Kauane
4	Ações de Organização e Cuidados com o Prontuário	Kauane/Giuliana

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Ação com o setor de Observação sobre Organização e Cuidados com o Prontuário	18/04 e 19/04	Jaqueline/Giuliana

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala de reuniões**, deu-se início a reunião de Comissão de Verificação de Óbito sob a presidência da Giuliana Cardoso.

Após, houve discussão e abertura de novas pautas: **1.** Pautado em reunião sobre a necessidade de evoluir a evasão de pacientes da unidade. **2.** A supervisão de apoio relatou o aumento do retorno de pacientes com receitas e atestados de internamento para serem refeitos, com isso será realizado orientações a equipe médica **3.** No mês de março o indicador de Completude de Prontuário obteve 94%, atingindo a meta estabelecida em contrato, e apresentado o feedback da auditoria. **4.** Visando manter a Completude de Prontuários será realizada ações com as equipes do setor de Observação sobre Organização e Cuidados com o Prontuário. E para constar, eu Kauane de Paula, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

5. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Cassio Mendes	Dir. Adm. t.c.	Adm	
02	Eliane Krinski	Ger. Adm	Adm	

03	Giuliana Cardoso	Supervisor	Adm	④
04	Jaqueline de Quadros	analista	qualidade	④
05	Juliana Machado	Ger. Am.	adm	④
06	Kauane de Paula	Faturista	ADM	④
07	Marcelli Januario	Fiscal	Fiscal	④
08	Mariana Vettorazzi	farmaceutica	Farmacia	④
09	Thalia Augusto	Adm	Adm	④
Lucimara Paulowski		Fiscal	Fiscal	④

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador DE	DATAS
Mariane Zadra Coordenação da Qualidade		Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/11/2022 Vigência: 01/11/2024

**RELATÓRIO
PRODUÇÃO DA QUALIDADE
MARÇO/2023
UPA SANTA PAULA**

SUMÁRIO

1. DESCRIÇÃO DETALHADA	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL	3
2.1 ENFERMAGEM	3
2.2 CME	4
2.3 DIREÇÃO TÉCNICA	6
2.4 SERVIÇO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	7
2.5 DEPARTAMENTO PESSOAL	7
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS MARÇO	8
4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS	8
5. AÇÃO INTERNA	9
6. GESTÃO DE RISCO	9
7. HISTORICO DE REVISÃO	10
8. 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 março, na Unidade de Pronto Atendimento Santa Paula. 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.007	PASSAGEM DE SONDA NASOENTERAL
IT.ENF.008	PASSAGEM DE SONDA NASOGÁSTRICA
IT.ENF.009	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS INFERIORES
IT.ENF.010	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES
IT.ENF.011	PUNÇÃO DE VEIA JUGULAR EXTERNA
IT.ENF.012	TROCA DE ARTIGO DE USO HOSPITALAR
IT.ENF.013	TESTES RÁPIDOS F200
IT.ENF.014	MEDICAMENTOS INALATÓRIOS

FORMULÁRIOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.ENF.020	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C
FOR.ENF.025	NOTIFICAÇÃO ACIDENTES DE TRABALHO EM MEIO EXTERNO

MANUAL

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
MAN.ENF.001	MANUAL DE REGISTROS DA ENFERMAGEM

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.018	ESTERILIZAÇÃO DE CANETA DE BISTURI
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 DA MANGUEIRA DE SILICONE
IT.CME.024	ESTERILIZAÇÃO DE AMBU COM RESERVATÓRIO
IT.CME.025	ESTERILIZAÇÃO DE BACIA
IT.CME.026	ESTERILIZAÇÃO DE BANDEJA
IT.CME.027	ESTERILIZAÇÃO DE CUBA RIM
IT.CME.028	ESTERILIZAÇÃO DE FIO GUIA
IT.CME.029	ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAL CIRURGICO
IT.CME.030	ESTERILIZAÇÃO DO FRASCO DE ASPIRAÇÃO DE VÁCUO
IT.CME.031	ESTERILIZAÇÃO KIT TRAQUEIA ADULTO E INFANTIL
IT.CME.032	INTEGRADOR QUÍMICO
IT.CME.033	LAVAGEM E DESINFECÇÃO DO ESPAÇADOR
IT.CME.034	LIMPEZA DE COMADRE
IT.CME.035	LIMPEZA DE UMIDIFICADOR
IT.CME.036	LIMPEZA DO KIT NEBULIZAÇÃO
IT.CME.037	MONITORAMENTO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO NA CME
IT.CME.038	OPERACIONALIZAÇÃO DA AUTOCLAVE ONIX
IT.CME.039	CONTROLE DA DATA LIMITE DE USO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS

IT.CME.040	TRANSPORTE DOS PRODUTOS PARA A SAUDE ESTERILIZADOS
IT.CME.041	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
IT.CME.042	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE RECIPIENTES FECHADOS UTILIZADOS PARA TRANSPORTE DE MATERIAIS À CME
IT.CME.043	TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO

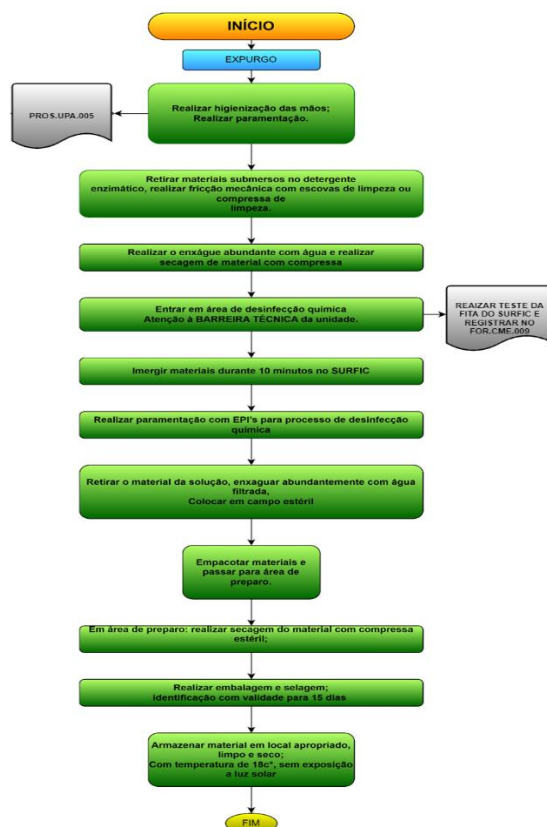
FORMULÁRIO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.CME.009	CONTROLE DA FITA DO SURFIC

FLUXO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FLU.CME.003	FLUXO SURFIC

Segue fluxo:



2.3 DIREÇÃO TÉCNICA

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.DT.001	INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL-IOT
IT.DT.002	ACESSO VENOSO CENTRAL
IT.DT.003	DRENO DE TÓRAX
IT.DT.004	PARACENTESE

FORMULÁRIO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.DT.001	TERMO DE RECUSA DE VAGA

MANUAL

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
MAN.DT.001	MANUAL DO MÉDICO

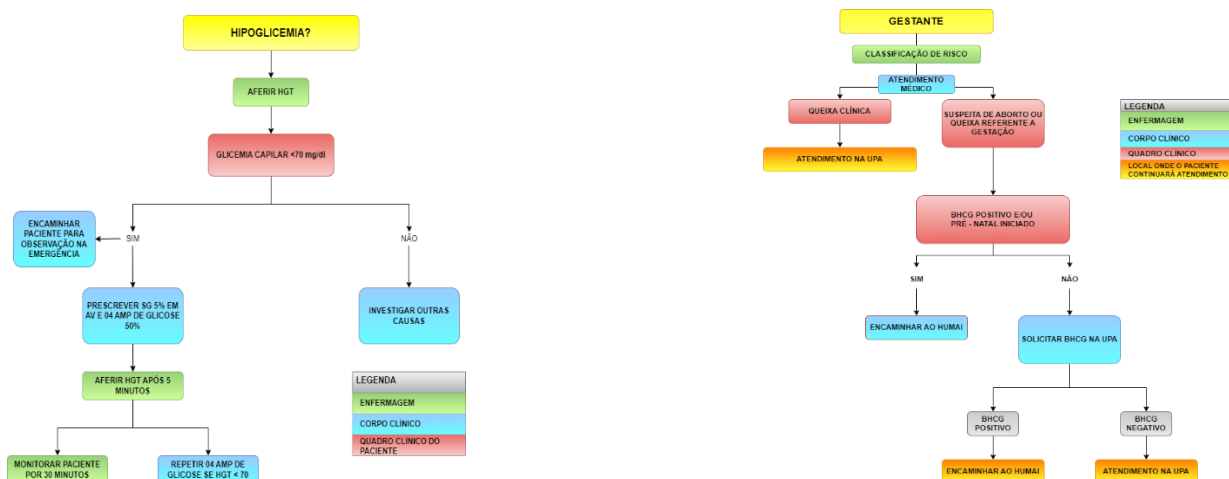
FORMULÁRIO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.DT.001	TERMO DE RECUSA DE VAGA

FLUXOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FLU.UPA.009	FLUXO DA HIPOGLICEMIA
FLU.UPA.010	ATENDIMENTO PACIENTES GESTANTES

Segue fluxos:



2.4 SERVIÇO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

INSTRUÇÃO DO TRABALHO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
IT.SST.001	DESCARTE DE PERFUROCORTE
IT.SST.002	TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO

FORMULÁRIO

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.SST.001	FICHA DE CONTROLE E ENTREGA DE EPI'S SP
FOR.SST.002	RESPONSABILIDADE DE ARMÁRIO
FOR.SST.003	NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO
FOR.SST.004	ALERTA DE INTERRUÇÃO DA NR32
FOR.SST.005	LEVANTAMENTO DE UTILIZAÇÃO DE EPIs POR SETOR
FOR.SST.006	TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO - ACIDENTE DE TRABALHO

2.5 DEPARTAMENTO PESSOAL

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
FOR.DP.008	ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL

2.6 PROTOCOLOS CLÍNICOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	NOME DO DOCUMENTO
PROC.UPA.006	PROTOCOLO CLÍNICO EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS MARÇO

COMISSÃO	DATA E HORA DA REALIZAÇÃO
Comissão de Segurança do paciente	22/03 as 15:00 hs
Comissão de Verificação de Prontuário	22/03 as 16:00 hs
Comissão de Verificação de Óbito	10/03 as 10:00 hs
Comissão de Farmácia e Terapêutica	31/03 as 09:00 hs
Comissão de Serviço de Controle Hospitalar	31/03 as 10:00 hs
Serviço de Atendimento ao Usuário	31/03 as 11:00 hs

4. PARTICIPAÇÕES EXTERNAS

Reuniões semanais com Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente.

A unidade participou nas apresentações das ações de melhorias, com o TEMA: "Medicação Inalatória- Resgate para broncoespasmo":



Caso Notificado

"PACIENTE ATENDIDO NA PEDIATRIA POR QUADRO DE BRONCOESPASMO, ENCAMINHADO PARA SALA DE MEDICAÇÃO, AO RETORNAR PARA REAVALIAÇÃO, NÃO APRESENTAVA MELHORIA. APÓS REAVALIAR, A MÉDICA ASSISTENTE SOLICITOU QUE FOSSE REPETIDA A MEDICAÇÃO PORÉM NO SETOR OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA, APÓS REALIZADA MEDICAÇÃO NO SETOR OBSERVAÇÃO PACIENTE REAVALIADO COM MELHORIA SIGNIFICATIVA DO QUADRO APRESENTADO. RESSALTO QUE A PROFISSIONAL MÉDICA AFIRMOU NÃO TER SIDO A PRIMEIRA SITUAÇÃO DO DIA REFERENTE A ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO INALATÓRIA"



ANÁLISE DA NOTIFICAÇÃO

5 Porquês

PROBLEMA: Falha na medicação para resgate de quadro de Broncoespasmo

Por que o problema ocorreu? Inconformidade na administração de medicamentos

1 – Por que? Alto fluxo na unidade

2 – Por que? Rotatividade de profissionais em setor

3 – Por que? Pacientes sendo medicados em local inadequado (corredor)

4 – Por que? Técnica de procedimento inadequado

5 – Por que? Falha em treinamento contínuo com a equipe

Conclusão: Incidente sem danos, porém, alto risco e probabilidade de piora no quadro clínico do paciente.



EXECUÇÃO DA NOTIFICAÇÃO

Descrição:
Disponibilização de quadro de "Controle de medicamentos inalatórios";
Confeção de "Instrução de Trabalho", com objetivo de padronizar a administração de medicamentos inalatórios na Unidade;
Padronização de horário para medicação;
Treinamento com a equipe.

Início estimado: 19/03/2023

Fim estimado: 21/04/2023

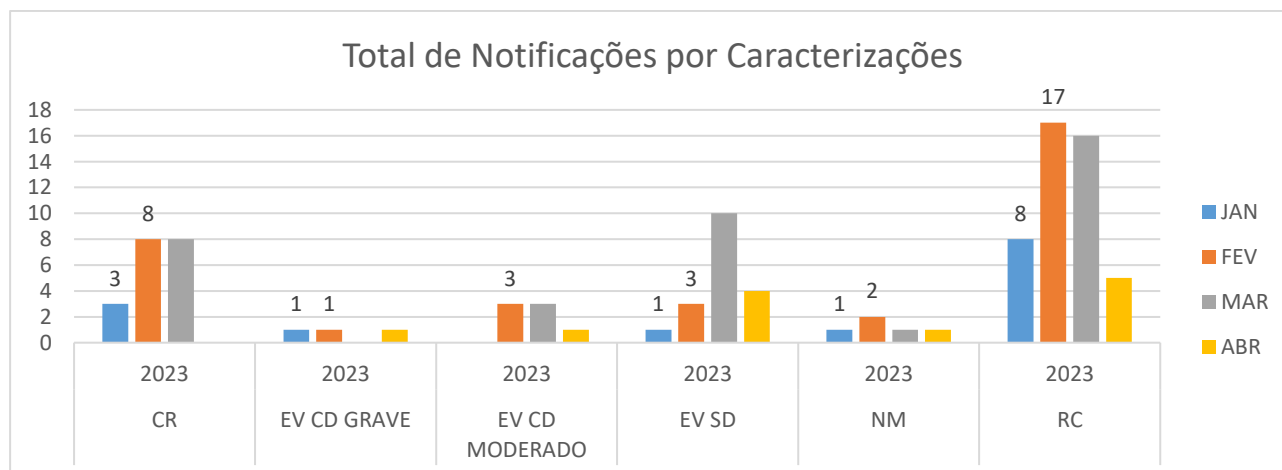
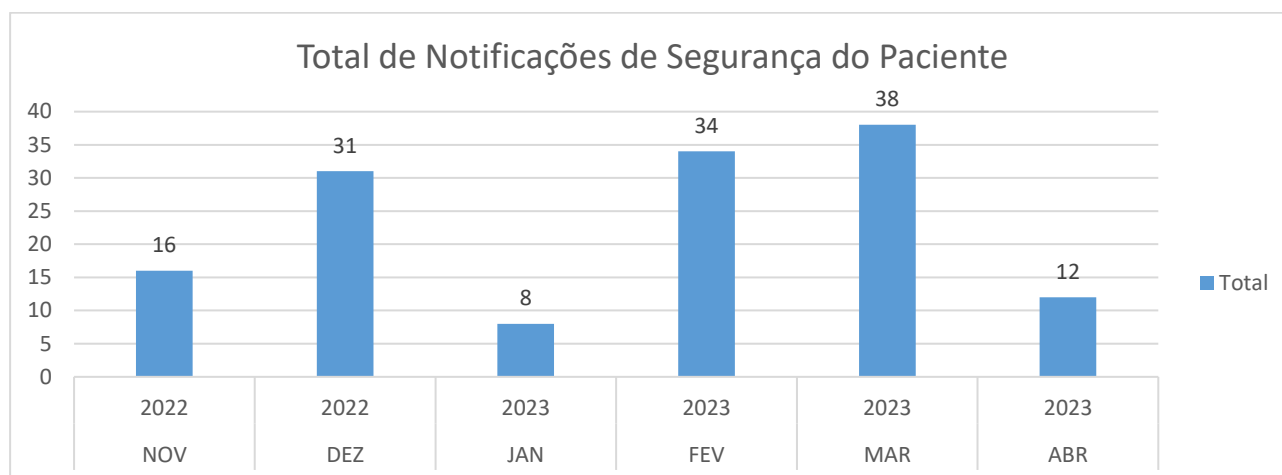
Responsável: Supervisores de apoio - adm, CBP.

5. AÇÃO INTERNA

Realizado nas datas 21/03 e 22/03, treinamento com a equipe, sobre **Notificação de Eventos Adversos**.

6. GESTÃO DE RISCO

No mês de março foram recebidas um total de 38 notificações, pelo “Forms” e também notificações realizadas manualmente. Segue quantitativo de notificações por classificação:



7. RESULTADOS

As atividades desenvolvidas pelo setor da qualidade permanecem em avanços, para o mês de março 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;

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Jaqueline Quadros
Analista de Qualidade

Francisco Mingrone
Diretor Executivo

8. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

9. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista da Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente Administrativa	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 06/04/2023 Vigência: 06/04/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS
PRODUÇÃO DO SETOR DA
QUALIDADE
MAIO/2023
UPA SANTA PAULA

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. ENFERMAGEM.....	3
2.2. SCIH	3
2.3. ASSISTENCIA SOCIAL.....	4
2.4. DEPARTAMENTO PESSOAL.....	4
2.5. SETOR DE HIGIENE E LIMPEZA	4
2.6. RECEPÇÃO	4
2.7. MANUTENÇÃO	5
2.8. PROTOCOLOS (confeção e revisão).....	5
2.9. FORMULÁRIOS PARA GERENCIAMENTO DOS PROTOCOLOS	5
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE MAIO	5
4. GESTÃO DE RISCO.....	6
5. AÇÕES REALIZADAS EM RELAÇÃO AS NOTIFICAÇÕES	7
6. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL E TREINAMENTO SOBRE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	8
7. EVENTOS DA QUALIDADE	8
7.1. JORNADA DA QUALIDADE	8
7.2. ROP'S QMENTUM	9
7.3. REUNIÕES ONLINE IBSP.....	9
7.4. INTRODUÇÃO A EPIMED.....	10
7.5. ATIVIDADE "FATO OU FAKE"	10
8. DIA DAS MÃES UPAS PONTA-GROSSA	11
9. SEMANA DA ENFERMAGEM.....	12
10. VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	13
11. RESULTADOS.....	14
12. HISTORICO DE REVISÃO	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 Santa-Paula. 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
IT.ENF.017	SOROTERAPIA
IT.ENF.016	PUNÇÃO VENOSA

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.ENF.028	CONTROLE TROPONINA
FOR.ENF.029	CONTROLE D-DÍMERO
FOR.ENF.030	CONTROLE LACTATO UPA SANTA PAULA
FOR.ENF.031	CONTROLE DE CALIBRAÇÕES
FOR.ENF.026	SAE-SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
FOR.ENF.027	CONTROLE GASOMETRIA-UPA SANTA PAULA

FLUXOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FLU.ENF.003	INTERVENÇÕES NA CR PEDIÁTRICA
FLU.ENF.004	SENTINELAS DOENÇAS DIARREICAS
FLU.ENF.005	FICHA SINAN-ACIDENTE DE TRABALHO EXTERNO

2.2. SCIH

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

2.3. ASSISTENCIA SOCIAL

FLUXOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FLU.ASS.001	ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

2.4. DEPARTAMENTO PESSOAL

FLUXO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FLU.DP.001	ENTREGA DE ATESTADO E DECLARAÇÕES

FORMULÁRIO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.DP.013	CADASTRO DE ACESSO E IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR

MANUAL

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
MAN.DP.001	MANUAL DO COLABORADOR

2.5. SETOR DE HIGIENE E LIMPEZA

FLUXOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FLU.SHL.001	MAPA UPA SANTA-PAULA-ÁREAS

2.6. RECEPÇÃO

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
IT.REC.005	PROCESSO DE ALTAS EM PRONTUÁRIOS

2.7. MANUTENÇÃO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.MAN.001	ORDEM DE SERVIÇO

2.8. PROTOCOLOS (confeção e revisão)

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
PROC.UPA.008	PROTOCOLO DE HIPERTERMIA NA PEDIATRIA
PROC.UPA.009	PROTOCOLO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO-TEV
PROTOCOLOS REVISADOS	
PROC.UPA.003	DOR TORÁCICA

2.9. FORMULÁRIOS PARA GERENCIAMENTO DOS PROTOCOLOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.UPA.001	CONTROLE DE TEMPO DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA
FOR.UPA.002	PROTOCOLO DE TEV- ESCORE DE PADUA
FOR.UPA.003	PROTOCOLO DE TEV- ESCORE DE CAPRINI
FOR.UPA.004	PROTOCOLO DE TEV-IMPROVE

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE MAIO

- 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.

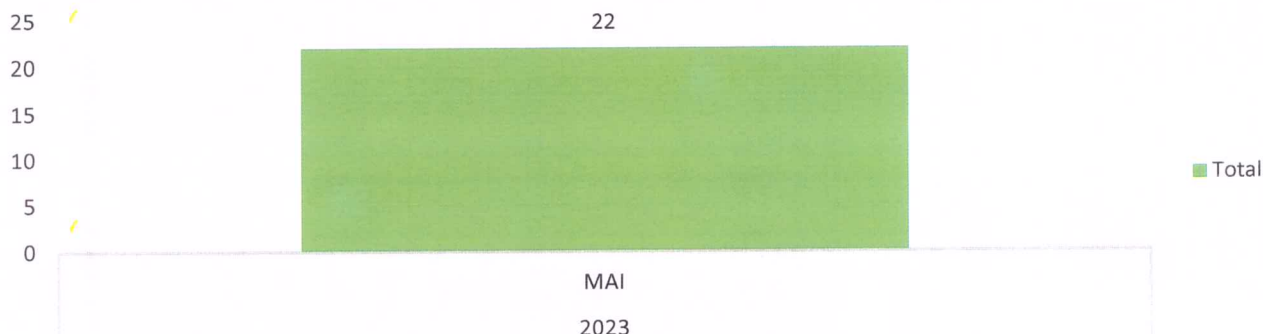
COMISSÃO	DATA E HR DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Comissão de Segurança do Paciente	11/05/2023 AS 15:30 HORAS	Sinalização de cadeiras de rodas; Cotação para compra de macas e cadeiras de rodas novas; Notificação de Eventos Adversos; Fluxo da Unidade; Passagem de quadro clínico de pacientes da inalação.	Novo layout da sala de espera; Orientações sobre fluxo da Unidade; Protocolo de Comunicação Segura; Cotação de compras de macas e cadeiras de rodas novas e Orientação as equipes sobre passagem de caso clínico de

			pacientes da inalação entre equipe médica.
Comissão de Verificação de Prontuário	11/05/2023 AS 16:00 horas	Receitas de atestados e prontuários; Processo de alta em prontuários de óbito; Organização e cuidados com o prontuário.	Ação sobre organização e cuidados com os prontuários e sobre realização de evolução, impressão e carimbo.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	25/05/2023 AS 14:00 horas	Protocolo de TEV; Escala Improve; Utilização de medicamentos não padronizados na Unidade; Uso de cateter NEO 24; Uso de antimicrobianos.	Treinamento com a equipe sobre o Protocolo de TEV e escalas de avaliação; Levantamento de medicamentos sem saída de estoque em até 06 meses;
Comissão de Verificação de Óbitos	11/05/2023 AS 14:00 horas	Verificação de Prontuários de óbitos do mês vigente	Orientação sobre fluxos da Unidade; Padronização de Oxigenoterapia; Protocolo de cuidados Paliativos; Revisão Protocolo de Dor Torácica.
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	11/05/2023 as 16:30 horas	Protocolo de Antimicrobianos; Manual do Colaborador; Índice de uso de álcool e sabonete; Dispensação de Material Químico/Identificação e data.	Reunião para operacionalização do Protocolo de Antimicrobianos; Entrega do Manual do Colaborador; Treinamento NR06 e NR32.
Satisfação de Atendimento ao Usuário	25/05/2023 as 15:30 horas	Implementação do certificado e treinamentos com a equipe sobre a pesquisa de satisfação.	Início da visita beira leito.

4. GESTÃO DE RISCO

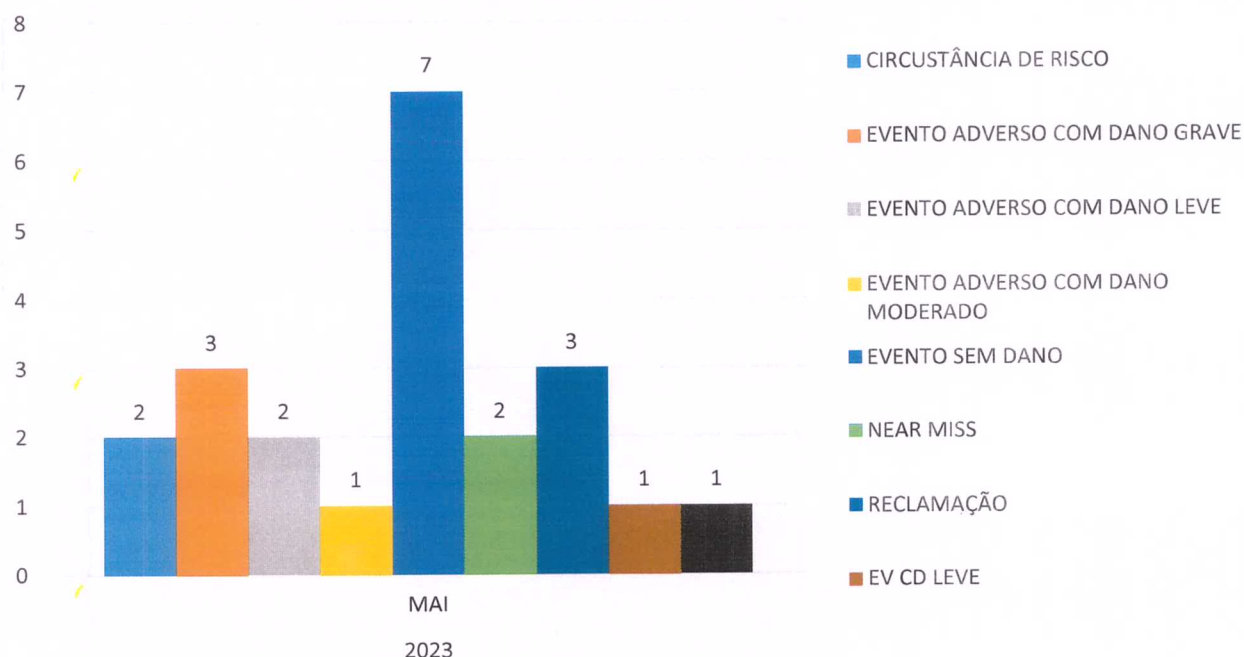
No mês de Maio recebemos um total de 22 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:

Total de Notificações de Segurança do Paciente Mensal



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade

CLASSIFICAÇÕES DAS NOTIFICAÇÕES MÊS DE MAIO



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade

5. AÇÕES REALIZADAS EM RELAÇÃO AS NOTIFICAÇÕES

No mês de Maio tivemos grande incidência de eventos em relação a Classificação de Risco e ao Fluxo da Unidade, referente a Rota Amarela e Rota vermelha. A partir disso, foram e estão sendo realizadas ações

para criação de barreiras, para que esses eventos não venham a acontecer novamente. Segue as ações que vêm sendo implementadas:

- Revisão do Protocolo de Classificação de Risco;
- Revisão do Protocolo de Dor Torácica e o Fluxo de Rota Amarela e Rota Vermelha;
- Revisão do Protocolo de Hipertermia Pediátrica.

6. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL E TREINAMENTO SOBRE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Nos dias 03-04-09-10-17-18-19-22-25 e 29/05, o Setor da Qualidade, juntamente com o Setor NEP, realizou a integração institucional de novos colaboradores e também de colaboradores que já estavam na unidade e não haviam recebido integração no momento de sua entrada. Na integração abordamos temas como:

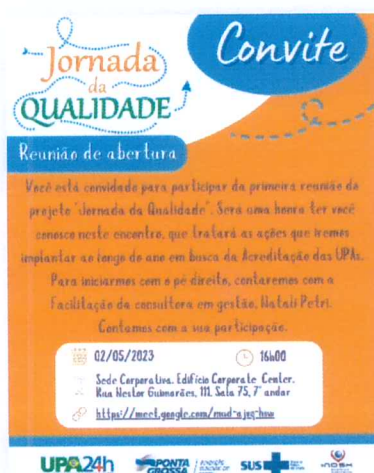
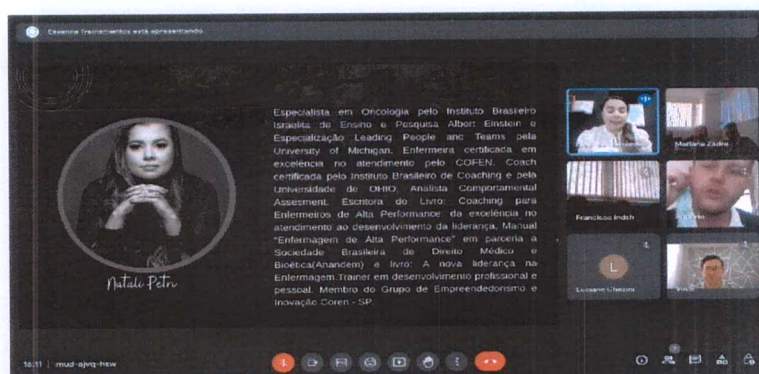
- História do INDSH;
- Apresentação dos membros que compõe a Direção e Gerência das Upas;
- Missão, Visão e Valores;
- Apresentação do layout das Upas Santana e Santa-Paula;
- Gestão documental e Intranet;
- Lei LGPD;
- Uso de Epis dentro das unidades.

Aproveitamos o momento também, para falar sobre Notificação de Eventos Adversos; a importância que eles têm dentro da Unidade; O que notificar, como notificar e o fluxo dessas notificações.

7. EVENTOS DA QUALIDADE

7.1. JORNADA DA QUALIDADE

- Nos dias 02/05, realizamos a primeira reunião da Jornada da Qualidade, no Edifício Corporate, com a presença da consultora Natali Petri, abordando o tema: "Carta de Valores



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade

7.2. ROP'S QMENTUM

- No dia 02/05, participamos do treinamento online sobre os Rop's da Qmentum, elaborado pelo IBSP.

7.3. REUNIÕES ONLINE IBSP

- Nos dias 02/05, 09/05, 16/05, 23/05 e 30/05 as 10:00 horas, participamos online das reuniões com o IBSP, com os seguintes temas:

Sistemática de Eventos Adversos:

- Apresentação de eventos ocorridos dentro da Unidade;
- Levantamento de causas;
- Plano de ações de melhorias desenvolvidos na Unidade.

Dinâmica de Gestão médica:

- Discussão sobre as práticas do gestor médico na gestão de equipes e contratos, e troca de experiências nas Unidades.

Protocolo de TEV

- Confecção e implantação do Protocolo nas Unidades.

Protocolo de Quedas

- Apresentação de eventos ocorridos dentro da Unidade;
- Levantamento de causas;
- Plano de ações de melhorias desenvolvidos na Unidade.

7.4. INTRODUÇÃO A EPIMED

No dia 16/05 realizamos a introdução ao site da Epimed, para notificação de Eventos Adversos que ocorram na unidade. Recebemos login e senha para acesso ao sistema e as notificações já estão sendo inseridas.

7.5. ATIVIDADE “FATO OU FAKE”

No dia 31/05 e 01/06, foi realizado com a equipe a atividade da “Jornada da Qualidade”, denominada “Fato ou Fake”, com o tema Gestão documental das unidades. Onde foram confeccionadas afirmativas e os colaboradores respondiam se era “fato ou fake”; cada colaborador que acertasse, ganhava um pirulito ou bala. A atividade foi um sucesso e abrangeu toda equipe. Segue evidencias:



8. DIA DAS MÃES UPAS PONTA-GROSSA

- No dia 12/05, juntamente com o Setor NEP e SAU, foi confeccionado uma pequena lembrança para presentear as mães das Unidades e, um painel para fotos. Segue registros:



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade

9. SEMANA DA ENFERMAGEM

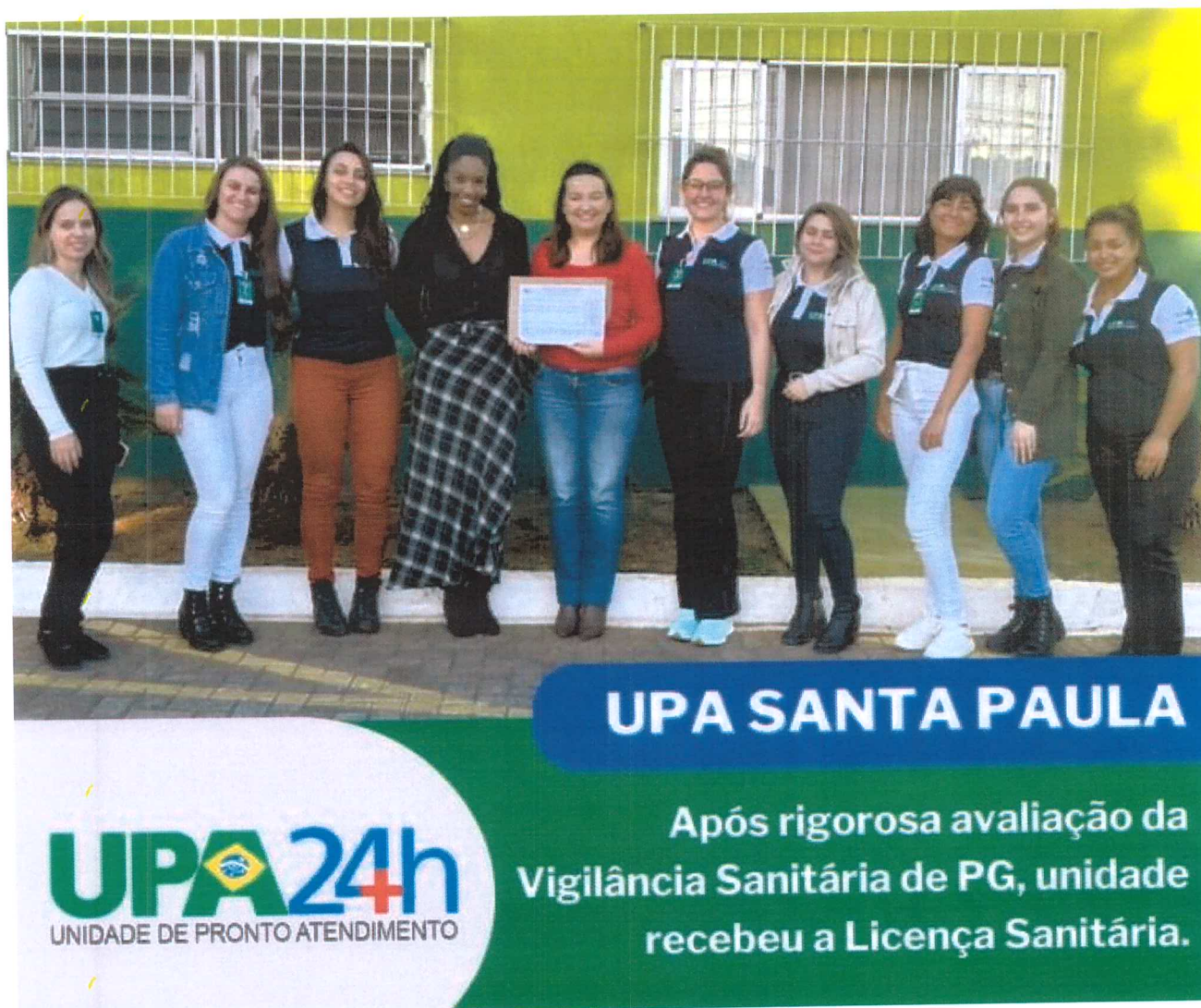
- Do dia 15 ao dia 22/05, foi realizada a Semana de Enfermagem nas Upas, com atividades para todos os colaboradores durante esse período, incluindo palestras, que foram realizadas no Auditório da UEPG Central. O setor da Qualidade participou do evento.



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade

10. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No dia 23/05, recebemos a visita da Vigilância Sanitária, para realização de vistoria na Unidade. Apresentamos toda a gestão documental confeccionada e as evidências de treinamentos dos mesmos; documentos de manutenção e validação dos equipamentos da CME, apresentamos também as mudanças que haviam sido solicitadas anteriormente e como resultado, obtivemos o Certificado de Licença Sanitária.



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade

11. RESULTADOS

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

- Gestão documental;
- Gerenciamento dos Protocolos já implantados na Unidade;
- Atividades da Jornada da Qualidade;
- Visita QGA para diagnóstico das UPAS.

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

Mariane Zadra

Jaqueline F. Souza

Mariane Zadra

Analista da Qualidade

Coordenadora da Qualidade

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano-INDSH

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano-INDSH

UPA-SANTA-PAULA

UPA-SANTA-PAULA

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa
Upa Santa Paula - PG / INDSH

Eliane da Silva Krinski

Francisco Mingrone

Gerente Administrativa

Diretor Executivo

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano-INDSH

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano-INDSH

UPA-SANTA-PAULA

UPA-SANTA-PAULA

12. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista da Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 05/06/2023 Vigência: 05/06/2025

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: Comissão			Nº ATA: 05/2023
Data:11/05/2023	Horário: 15:30hr	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []	
Membros participantes da Reunião	Cássio H. Mendes, Eliane Krinski. Juliana Machado, Jaqueline Souza, Giuliana Cardoso, Priscila Almeida e Thalia Augusto.		
Membros ausentes com justificativas			
Convidados	Izabel Silva		

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Sinalização de cadeiras de rodas	Todos
2	Compra de macas e cadeiras de rodas	Todos
3	Notificação de Evento adverso e Segurança do Paciente	Todos
4	Fluxo da Unidade	Todos
5	Passagem de caso clínico de pacientes da inalação entre a equipe médica	Todos

2. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Orientações sobre fluxo da Unidade	Próxima Reunião	Juliana e Cássio
Novo layout da sala de espera	Próxima Reunião	Eliane, Juliana, Jaqueline e Giuliana
Protocolo de Comunicação Segura	Próxima Reunião	Cássio/Priscila /Juliana/Jaqueline
Compra de macas e cadeiras de rodas	Próxima Reunião	Eliane
Passagem de caso clínico de pacientes da inalação entre a equipe médica	Próxima Reunião	Cássio e Juliana

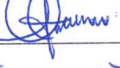
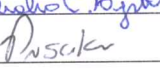
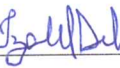
3. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala de reuniões**, deu-se início a reunião Comissão de Segurança do Paciente, foram abordadas as seguintes pautas: Sinalização de cadeiras de rodas, compra de macas e cadeiras de rodas, Notificação de Evento adverso e Segurança do Paciente; Fluxo da unidade e Passagem de caso clínico de pacientes da inalação entre a equipe médica.

2. Logo após a discussão das pautas, ficaram definidas as seguintes ações a serem realizadas: Orientações sobre fluxo da Unidade; Novo layout da sala de espera; Protocolo de Comunicação Segura; Compra de macas e cadeiras de rodas e a Orientação sobre passagem de caso clínico de pacientes da inalação entre a equipe médica. Ficou definida a realização dos processos acima e os respectivos responsáveis pela realização.

Eu Jaqueline Souza, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

4. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Cássio Henrique Mendes	Diretor Técnico	ADM	
02	Giuliana Ellen Pereira	Gerente Apoio	ADM	
03	Eliane Krinski	Gerente Administrativa	ADM.	
04	Jaqueline Souza	Analista de Qualidade	qualidade	
05	Juliana Machado	Gerente Assistencial	adm	
06	Thalia Augusto	Faturista	adm	
07	Priscila Almeida	Farmacêutica	farmácia	
08	Izabel Silva	Téc. Segurança	segmt	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Nome completo Função	Nome completo Função	Nome completo Função	Aprovação: / / Vigência: / /

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: Comissão de Verificação de Prontuários		Nº ATA: 05/2023
Data:11/05/2023	Horário:16:00 hs	REUNIÃO: Ordinária [x] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Giuliana Cardoso, Eliane Krinski, Cássio H. Mendes, Juliana Machado, Jaqueline Souza, Priscila Almeida e Thalia Augusto.	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados	Izabel Silva	

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Receitas de atestados de internamento	Giuliana
2	Alta óbito	Giuliana
3	Organização e Cuidados com Prontuários	Giuliana/Jaqueline/ Juliana/Thalia e Cássio

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Ação sobre Organização e Prontuários	Próxima Reunião	Giuliana/Jaqueline/ Juliana/Thalia e Cássio
Ação sobre a necessidade de realizar a evolução, imprimir e carimbar	Próxima Reunião	Giuliana/Jaqueline/ Juliana/Thalia e Cássio

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, na sala de reuniões, deu-se início a reunião de Verificação de Prontuários sob a presidência de Giuliana Cardoso, onde conversamos sobre o retorno de atestados e receitas com divergências; conversamos sobre o processo de alta no sistema após óbito do paciente e sobre cuidados e organização com prontuário físico. [...]

Após, houve discussão e abertura de novas pautas: 1. Realização mensal de ação sobre organização e cuidados com o prontuário.

2. Ação sobre a necessidade de realizar a evolução no sistema Tasy, imprimir e carimbar.

E para constar, eu Thalia Augusto, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

5. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Cássio H. Mendes	DT	ADM	
02	Jaqueline Souza	analista	qualidade	
03	Izabel C.D. do Silva	TST	descont	
04	Thalia C. Augusto	Estimada	Adm	

05	Guiliana Ellen P. Cardoso	Supervisor	ADM	
06	Priscila Lúcia de Almeida	farmacêutica	farmica	
07	Juliana da Silva Machado	Ger. Am.	ADM	
08				

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Nome completo Função	Nome completo Função	Nome completo Função	Aprovação: / / Vigência: / /

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: Comissão		Nº ATA: 01/2023
Data: 11/05/2023	Horário: 14:00hr	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Cássio H. Mendes, Eliane Krinski, Juliana Machado, Jaqueline Souza, Giuliana Cardos, Mariana Vettorazzi e Thalia Augusto.	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados	Taynara Tomal	

Nº	Descrição	Responsável
1	Paciente M.P.A, 92 anos, nº de atendimento 23440747	Todos
2	Paciente V.M.G, 82 anos, nº de atendimento 23509352	Todos
3	Paciente J.A, 88 anos, nº de atendimento 23376909	Todos
4	Paciente M.C.S, 88 anos, nº de atendimento 23334926	Todos
5	Paciente H.P.B, 94 anos, nº de atendimento 2349766	Todos
6	Paciente M.J.P.M, 90 anos, nº de atendimento 23474257	Todos

2. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Orientações sobre fluxo da Unidade	Próxima Reunião	Juliana e Cássio
Padronização de oxigenioterapia	Próxima Reunião	Cássio/Mariana Vettorazzi/Juliana
Protocolo de Cuidados Paliativos	Próxima Reunião	Cássio/Mariana Vettorazzi/Juliana
Protocolo de dor torácica	Próxima Reunião	Juliana e Cássio

3. RESOLUÇÕES

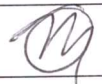
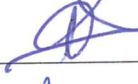
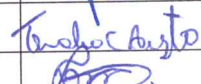
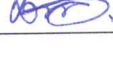
No dia e hora acima, **na sala de reuniões**, deu-se início a reunião Comissão de Verificação de Óbito sob a presidência de Cássio H. Mendes, onde foram avaliados um total de 06 (seis) prontuários, sendo eles:

1. Paciente J.A, 88 anos, nº de atendimento 23376909, Paciente M.C.S, 88 anos, nº de atendimento 23334926, Paciente H.P.B, 94 anos, nº de atendimento 2349766 e Paciente M.J.P.M, 90 anos, nº de atendimento 23474257 e V.M.G, 82 anos, nº de atendimento 23509352 considerados óbitos justificados e paciente M.P.A, 92 anos, nº de atendimento 23440747, sendo considerado óbito injustificado, sendo necessário a abertura de Protocolo de Londres.

2. Após, foram abordadas as seguintes pautas: Fluxo da unidade, Padronização de Oxigenioterapia, confecção do Protocolo de Cuidados Paliativos e a revisão do Protocolo de Dor torácica. Ficou definido a realização dos processos acima e os respectivos responsáveis pela realização.

Eu Jaqueline Souza, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

4. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Cássio Henrique Mendes	Diretor Técnico	ADM	
02	Giuliana Ellen Pereira	Gerente Apoio	ADM	
03	Eliane Krinski	Gerente administrativa	ADM.	
04	Jaqueline Souza	Analista de Qualidade	Qualidade	
05	Juliana Machado	Gerente Assistencial	ADM	
06	Thalia Augusto	Faturista	ADM.	
07	Taynara Tomal	Ass. Social	S. Social	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Nome completo Função	Nome completo Função	Nome completo Função	Aprovação: / / Vigência: / /

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA		Nº ATA: 007
Data: 25/05/2023	Horário: 14:00	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Priscila Fernanda de Almeida, Juliana Machado, Giuliana Ellen Cardoso, Amanda Malanczen, Jaqueline Souza, Cassio Henrique Mendes, Eliane Krinski.	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados		

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
01	Treinamento escala improve.	Priscila
02	Utilização de medicamentos não padronizados na unidade.	Priscila
03	Treinamento para os colaboradores quanto ao uso correto do cateter NEO 24.	Juliana
04	Planilha mensal de uso dos antimicrobianos .	Priscila
05	Organização dos kits de medicamentos controlados.	Priscila

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Levantamento de medicamentos sem saída de estoque em até 6 meses.	15 dias	Priscila
Justificativa quanto ao uso dos antimicrobianos	15 dias	Priscila

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala da gerência**, deu-se início a **7 ° Reunião da Comissão de Farmácia Terapêutica** sob a presidência da Farmacêutica RT Priscila Fernanda de Almeida. Após, houve discussão e abertura de novas pautas: 1. A farmacêutica Priscila comentou sobre a Escala Improve, que será implantada na unidade, foram discutidos as dúvidas e a farmacêutica Priscila ficou responsável por passar o treinamento e alinhar com os farmacêuticos quanto ao uso dessa Escala no tratamento aos pacientes. 2. A farmacêutica Priscila e o doutor Cassio Henrique relataram quanto a utilização do medicamento Oseltamivir (Tamiflu) que não é um medicamento padrão da unidade e devido ao aumento de casos de pneumonia viral, é necessário a utilização do medicamento, assim havendo necessidade de um estoque para casos específicos. Dessa maneira ficou ajustado que a unidade vai ter um estoque reduzido desse medicamento para utilizar nesses casos. 3. A farmacêutica Priscila relatou sobre muitos colaboradores estarem com dificuldades na utilização do Cateter NEO 24, dessa maneira, a enfermeira Juliana ficou responsável por passar um treinamento aos colaboradores quanto o uso correto do material. 4. A farmacêutica Priscila ficou responsável por elaborar uma planilha mensal do uso dos antimicrobianos utilizados na unidade, a pedido da gerente administrativa Eliane Krinski, para termos um controle do que está sendo utilizado e o porque do seu consumo. 5. A gerente administrativa Eliane questionou sobre os kits de medicamentos controlados, quanto a maneira como são armazenados, exigindo que esses medicamentos tenham maior segurança quanto seu consumo. Dessa maneira a farmacêutica Priscila ficou responsável por organizar esses kits em recipientes que contenham lacres, para maior segurança. E para

constar, eu Amanda Malanczen lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

5. ATIVIDADES REALIZADAS

Alteração no kit dor torácica, inclusão do medicamento nitroglicerina.

Liberação da farmácia do medicamento salbutamol.

Formulários de avaliações de materiais/ aquisições de materiais não padrões.

6. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Priscila Fernanda de Almeida	farmacêutica	farmácia	Priscila
02	Olívia Trinski	Ger. Adm.	Adm	Olívia
03	Carla A. Mendes	DT	Adm	Carla
04	Jaqueline Souza	analista	qualidade	Jaqueline
05	Tereza C. Augusto	Ass. Adm	Faturamento	Tereza C. Augusto
06	Guilherme	Supervisor	Adm	Guilherme
07	Juliana da Silva Machado	qm. An	Adm	Juliana
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Mariane Zadra Coordenação da Qualidade		Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/11/2022 Vigência: 01/11/2024

1. DADOS DA REUNIÃO

1. DADOS DA REUNIAO		Nº ATA: 02/2023
Reunião: Comissão do SAU		
Data: 25/05/2023	Horário: 15:30	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Diully Luiza Miara, Giuliana Ellen Pereira Cardoso, Juliana Machado, Eliane Krinski, Graziella Ribeiro, Cassio Mendes, Éven Machinski, Jaqueline Souza, Taynara Tomal.	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados		

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Implementação do certificado	Diully Miara
2	Treinamentos	Diully Miara

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Visita beira leito	Próxima Reunião	Diully Miara

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala de reuniões**, deu-se início a reunião Comissão do SAU sob a presidência da Diully Luiza Miara. Após, houve discussão e abertura de novas pautas: 1 Visita beira leito nos setores de observação masculino, feminino e pediátrico. E para constar, eu Diully Luiza Miara, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos gestores presentes.

5. ATIVIDADES REALIZADAS

6. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Diully Luiza Miara	ass. adm	SAU	
02	Giuliana Ellen Pereira	Supervisor	ADM	
03	Graziella Ribeiro	Coord. Adm	ADM	
04	Eliane Krinski	Ger. ADM	ADM	
05	Juliana Machado	Ger. Am	ADM	
06	Cassio Mendes	DT	ADM	
07	Taynara Tomal	Ass. Social	S Social	

1. DADOS DA REUNIÃO

Reunião: Comissão da SCIH		Nº ATA: 06/2023
Data: 11/05/2023	Horário: 16:00H	REUNIÃO: Ordinária [X] Extraordinária []
Membros participantes da Reunião	Fabiana Dos Santos Corrêa, Giuliana Ellen P. Cardoso, Juliana Machado, Eliane Krinski, Graziella Ribeiro, Cassio Mendes, Even Machinski, Mariana Vettorazzi, Izabel Cristina S. dos Santos e Jaqueline Souza	
Membros ausentes com justificativas		
Convidados		

2. PAUTAS

Nº	Descrição	Responsável
1	Protocolo de Antimicrobianos	Cassio/Juliana/ Mariana/ Fabiana e Eliane
2	Manual do Colaborador	Jaqueline/ Juciel
3	Índices do uso de Álcool e Sabonete	Fabiana
4	Dispensação de Material Químico/ Identificação e Data	Giuliana

3. PENDÊNCIAS

Descrição	Prazo	Responsável
Reunião para validação do Protocolo de Antimicrobianos	Próxima Reunião	Cassio/Eliane/ Juliana/Mariana e Fabiana
Entrega do Manual do Colaborador	Próxima Reunião	Jaqueline/ Juciel
Treinamento sobre a NR6 e NR32	Próxima Reunião	Fabiana e Izabel

4. RESOLUÇÕES

No dia e hora acima, **na sala de reuniões**, deu-se início a reunião Comissão da SCIH sob a presidência de Fabiana dos Santos Corrêa. Ata condizente com as atividades realizadas em **maio**. Após, houve discussão e abertura de novas pautas: **1.** Protocolo de Antimicrobianos finalizado pelo Diretor Técnico Cássio juntamente com a Farmacêutica Mariana, reagendada a reunião para a validação do protocolo para o dia 12/05 as 10h. **2.** Manual do colaborador revisado, ficou como pendência a aprovação da Gerente Administrativa Eliane e a entrega para os colaboradores para em seguida dar início aos treinamentos. **3.** Foi discutido a queda do uso de álcool e de sabonete e o aumento do uso do álcool em gel, dando início ao treinamento de higienização das mãos. **4.** Ficou como pendência o recipiente para descarte de material químico com identificação e data.

E para constar, eu Graziella Douvey Ribeiro, lavrei a presente ATA, que lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos participantes presentes.

5. ATIVIDADES REALIZADAS

Protocolo de Antimicrobianos.

6. PARTICIPANTES

Nº	Nome Legível	Função	Setor	Assinatura
01	Fabiana dos Santos Corrêa	Enf.	SCIH/LMG/EPID.	
02	Giuliana Ellen P. Cardoso	Superior	ADM	
03	Graziella Ribeiro	Coord. Gdm	ADM	
04	Cassio Mendes	DT	ADM	
05	Juliana Machado	Gência An.	ADM	
06	Eliane Krinski	Ger. ADM	ADM	
07	Even Machinski,	NEP	Adm	
08	Izabel Cristina S. dos Santos	TST	adm	
09	Mariana Vettorazzi	farmaceutica	farmacia	
10	Jaqueline de Souza	analista	qualidade	

ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

Elaborador/Revisado	Consenso de Qualidade	Aprovador	DATAS
Mariane Zadra Coordenadora Qualidade		Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 01/12/2022 Vigência: 01/12/2024

PRESTAÇÃO DE CONTAS
PRODUÇÃO DO SETOR DA
QUALIDADE
JUNHO/2023
UPA SANTA PAULA

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL	3
2.1. ENFERMAGEM	3
2.2. SERVIÇO SOCIAL	4
2.3. PROTOCOLOS (revisão e adequação do fluxo)	4
2.4. FARMÁCIA	4
2.5. ALMOXARIFADO	5
2.6. FORMULÁRIOS PARA GERENCIAMENTO DOS PROTOCOLOS	5
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JUNHO	5
4. GESTÃO DE RISCO	6
5. AÇÕES REALIZADAS EM RELAÇÃO AS NOTIFICAÇÕES	7
6. EQUIPE DE AUDITORIA DE PRONTUÁRIOS	7
7. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL E TREINAMENTO SOBRE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	8
8. VISITA DAS AUDITORAS QGA	9
9. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA MELHORIAS NOS PROCESSOS	10
10. EVENTOS DA QUALIDADE	10
10.1. PESQUISA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	10
10.2. PESQUISA SOBRE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO	11
10.3. REUNIÕES ONLINE IBSP	12
11. RESULTADOS	13
12. HISTORICO DE REVISÃO	13
13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO	13

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas pelo setor da Qualidade na Unidade de Pronto Atendimento Upa Santa-Paula. 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
CUIDADOS COM CATÉTER	IT.ENF.018
AFERIÇÃO DE SSVV	IT.ENF.019
RETIRADA DE PONTOS	IT.ENF.020
TESTE DO DESFIBRILADOR	IT.ENF.021
CONFERÊNCIA KIT SINAIS VITAIS	IT.ENF.022
CONTROLE DE TEMPERATURA DAS SOLUÇÕES AQUECIDAS DA EMERGÊNCIA	IT.ENF.023
QUADRO DA OBSERVAÇÃO	IT.ENF.024
CHECK LIST DE TRANSFERENCIA SEGURA	IT.ENF.025
PUNÇÃO CAPILAR	IT.ENF.026

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CONTROLE DE TEMPERATURA SOLUÇÕES AQUECIDAS DA EMERGÊNCIA	FOR.ENF.033
BALANÇO HÍDRICO	FOR.ENF.034
CONFERÊNCIA KIT SINAIS VITAIS	FOR.ENF.032
CONTROLE DE TEMPERATURA SOLUÇÕES AQUECIDAS DA EMERGÊNCIA	FOR.ENF.033
BALANÇO HÍDRICO	FOR.ENF.034
CONFERÊNCIA KIT SINAIS VITAIS	FOR.ENF.032

2.2. SERVIÇO SOCIAL

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
ATENDIMENTO A PACIENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	IT.ASS.002
ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO PLANTÃO	IT.ASS.003
ATENDIMENTO AS DEMANDAS ESPONTÂNEAS	IT.ASS.004
ATENDIMENTO A PACIENTES EM SITUAÇÃO DE RUA	IT.ASS.005
ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA	IT.ASS.006
ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA	IT.ASS.007

FLUXOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
VIOLÊNCIA FÍSICA PACIENTE MENOR DE 18 ANOS	FLU.ASS.002
VIOLÊNCIA SEXUAL MENORES DE 18 ANOS	FLU.ASS.003
ABERTURA DO MORGUE	FLU.ASS.004
ÓBITO	FLU.ASS.005
VIOLÊNCIA SEXUAL ADULTO	FLU.ASS.006

2.3. PROTOCOLOS (revisão e adequação do fluxo)

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DE SEPSE	PROC.UPA.004

2.4. FARMÁCIA

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.FAR.035	CONSERVAÇÃO E VALIDADE DE MAT/MED MULTIDOSES APÓS ABERTURA
FOR.FAR.036	SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO OU EXCLUSÃO PARA PADRONIZAÇÃO

2.5. ALMOXARIFADO

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
IT.ALM.001	RECEBIMENTO DE MAT/MED

2.6. FORMULÁRIOS PARA GERENCIAMENTO DOS PROTOCOLOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.UPA.005	GERENCIAMENTO DE TEMPO PROTOCOLO DE SEPSE

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JUNHO

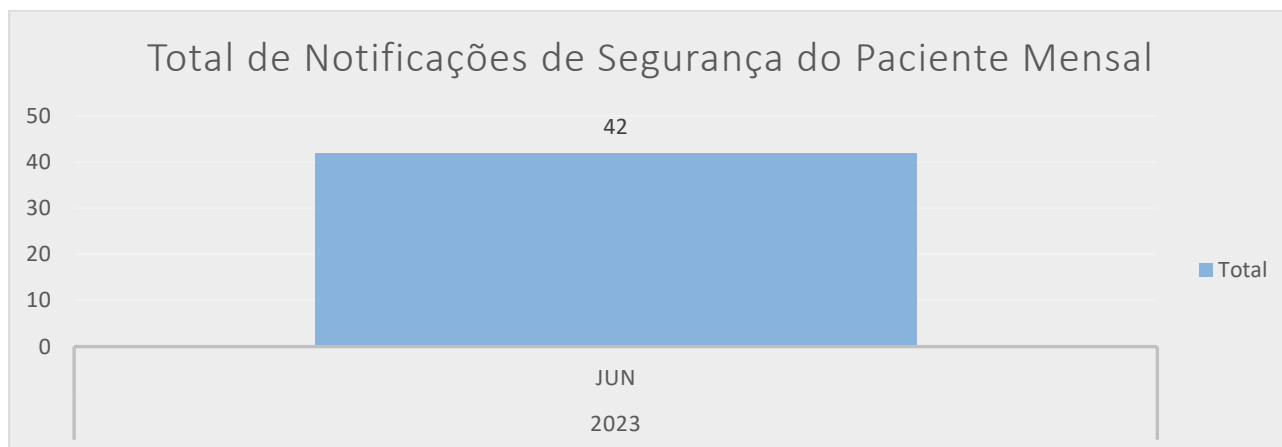
- Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

COMISSÃO	DATA E HR DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Comissão de Segurança do Paciente	29/06/2023 as 14:30 horas	Índice de Notificações de Eventos Adversos; Participação do corpo clínico da notificação de Eventos Adversos; Sinalização de cadeiras de rodas; Ações para aquisição de cadeiras de rodas; Passagem de plantão do quadro clínico dos pacientes da inalação. Protocolo de Dor Torácica.	Ações para adquirir novas cadeiras de rodas; Treinamento com a equipe médica sobre Protocolo de Dor Torácica; Treinamento Call ECG com a equipe de enfermagem.
Comissão de Verificação de Prontuário	15/06/2023 as 14:00 horas	Equipe de auditores de prontuários; Formulário de auditoria e criação de planilha; Definição de participantes na equipe de auditores.	Divulgação da Equipe de Auditores; Criação de formulário e planilha de auditoria; Confecção do ato na equipe de auditores.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	15/06/2023 as 14:30 horas	Dispensação de rolo de algodão nos setores; Manual de Antimicrobianos; Avaliação de materiais hospitalares e	Treinamento para os colaboradores com o fabricante, quanto ao uso do catéter NEO 24;

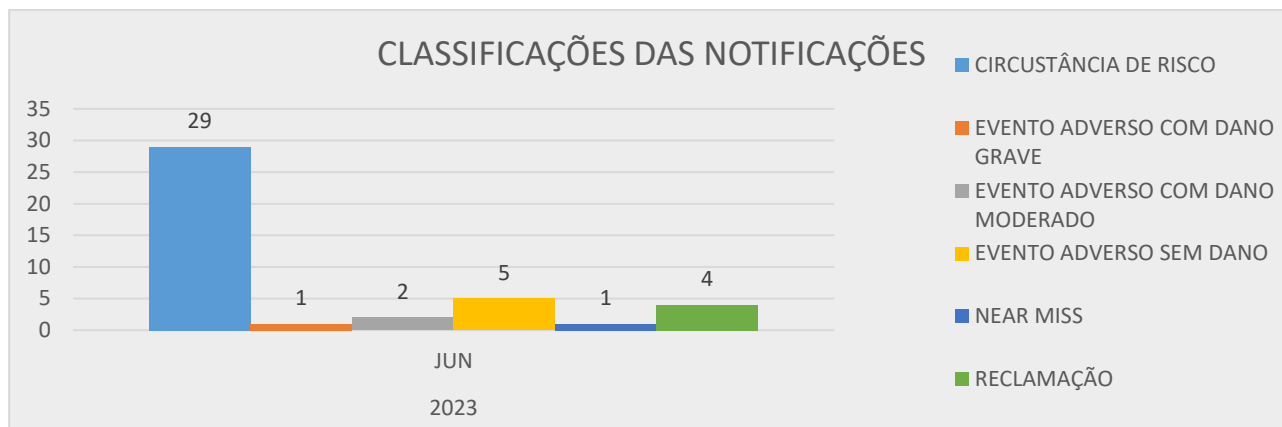
		medicamentos padronizados; Equipamento para aquecer soluções.	Formulário de solicitação de compras de medicamentos não padronizados; Avaliação de medicamentos nos carrinhos de emergência; Avaliação na ficha de inclusão e exclusão de materiais hospitalares e medicamentos.
Comissão de Verificação de Óbitos	15/06/2023 as 15:00 horas	Verificação e análise de todos os prontuários de óbitos em aberto;	Nova abordagem sobre Protocolo de Classificação de risco.
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	29/06/2023 as 15:00 horas	Manual do Colaborador; Índices de uso de álcool e sabonete; Dispensação de Material Químico/Identificação e data; Utilização de máscaras descartáveis.	Entrega do Manual do Colaborador; Treinamento NR6 e NR 32; Verificação com a Vigilância Sanitária sobre a utilização de máscaras descartáveis na Unidade.
Satisfação de Atendimento ao Usuário	29/06/2023 as 15:30 horas	Compra de urnas para o SAU	Colocação de urnas em locais estratégicos, como as observações.

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de Junho recebemos um total de 42 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade

5. AÇÕES REALIZADAS EM RELAÇÃO AS NOTIFICAÇÕES

No mês de Junho realizamos o treinamento e implantação do Protocolo de Dor Torácica na Unidade, a partir disso, começamos a receber diversas notificações referente a esse processo. Após identificarmos onde estavam as falhas no processo, algumas ações foram realizadas para resolução:

- Levantamento do quantitativo de profissionais que não receberam o treinamento do Protocolo de Dor Torácica,
- Realizada reunião com a empresa Call ECG, que realiza os Eletrocardiogramas, para alinhamento dos tempos de emissão dos laudos,
- Agendado treinamento com a Call ECG para equipe de enfermagem,
- Reunião com o laboratório do município, para verificar o tempo de entrega dos resultados de exames,
- Ajuste no formulário de gerenciamento do Protocolo,
- Ajuste na pasta onde fica o prontuário do Protocolo.

6. EQUIPE DE AUDITORIA DE PRONTUÁRIOS

No mês de Junho demos início a equipe de auditoria de prontuários da Upa Santa-Paula. Essa equipe foi estruturada com o intuito de avaliar a completude dos prontuários da unidade, garantindo maior qualidade nos registros e segurança para nossos pacientes.



7. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL E TREINAMENTO SOBRE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

O Setor da Qualidade, juntamente com o Setor NEP, realizou a integração institucional de novos colaboradores e novos médicos que estão iniciando atividades na unidade. Na integração abordamos temas como:

- História do INDSH;
- Apresentação dos membros que compõe a Direção e Gerência das Upas;
- Missão, Visão e Valores;
- Apresentação do layout das Upas Santana e Santa-Paula;
- Introdução a Qmentum;
- Gestão documental e Intranet;
- Lei LGPD;

- Uso de Epis dentro das unidades;

Aproveitamos o momento também, para falar sobre Notificação de Eventos Adversos; a importância que eles têm dentro da Unidade; O que notificar, como notificar e o fluxo dessas notificações.

8. VISITA DAS AUDITORAS QGA

Nos dias 13 e 14/06 recebemos a visita das auditoras do QGA em nossa Unidade para diagnóstico. Nessa visita foram feitos vários apontamentos, todos focados na melhoria dos processos e para certificação Qmentum.



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade

9. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA MELHORIAS NOS PROCESSOS

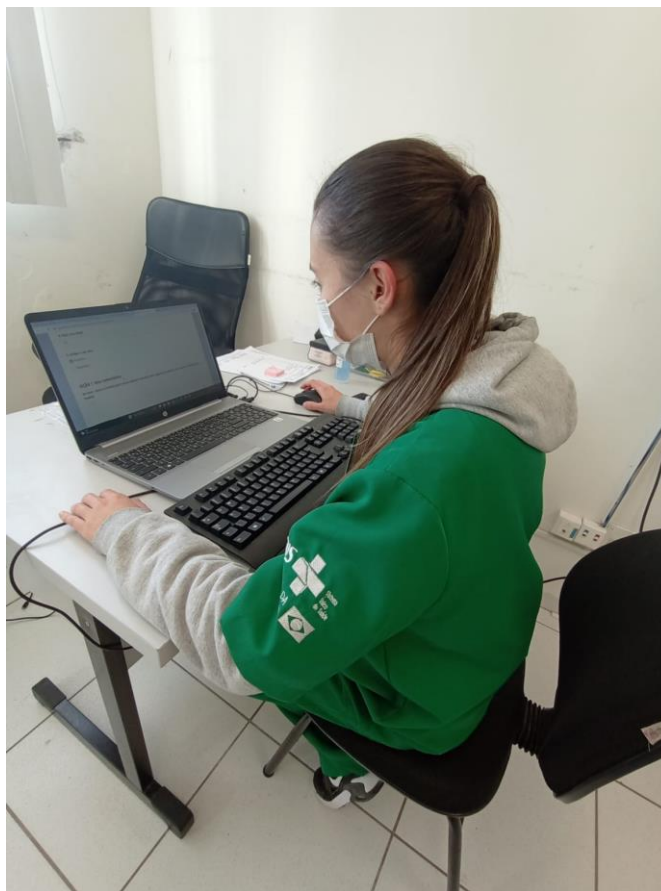
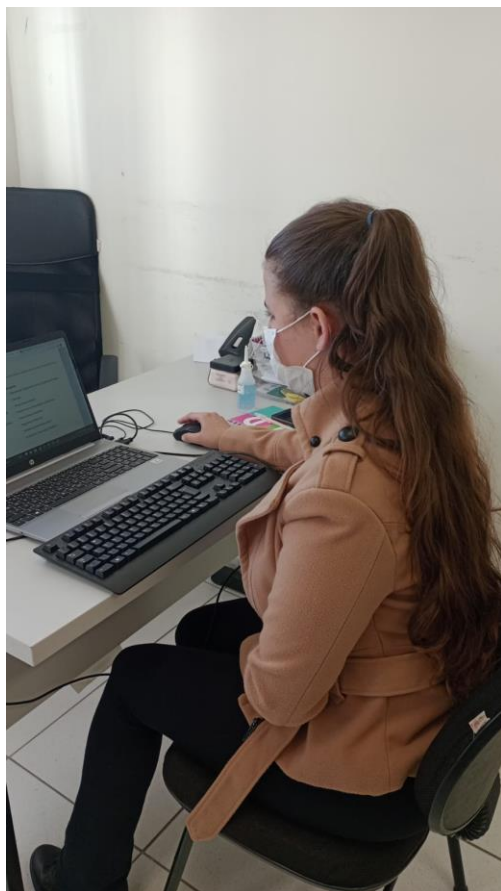
Após a visita das auditoras QGA, foi desenvolvido pelas equipes das Upas de Ponta-Grossa, um projeto visual de acompanhamento das ações que estão acontecendo dentro das Unidades, com foco na melhoria dos processos e maior segurança para nossos pacientes.



10. EVENTOS DA QUALIDADE

10.1. PESQUISA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nos dias 20 e 21, foi realizada a Pesquisa de Cultura da Segurança do Paciente, promovida pelo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP). Nesse contexto, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) e a equipe de Qualidade foram responsáveis por organizar as equipes encarregadas de aplicar o questionário, que tinha uma duração média de 10 a 15 minutos por participante, atingindo um quantitativo de 149 participantes na pesquisa.



10.2. PESQUISA SOBRE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

No dia 29/06/2023, realizamos juntamente com os membros da Jornada da Qualidade, a pesquisa sobre conhecimento do processo de acreditação. Aplicamos inicialmente um teste a equipe com questões sobre o processo de acreditação, logo após realizamos um treinamento sobre o assunto e aplicamos novamente o teste.



Fonte: O Auto. Arquivo da Qualidade.

10.3. REUNIÕES ONLINE IBSP

Nos dias 06/06, 13/06, 20/06 e 27/06 as 10:00 horas, participamos online das reuniões com o IBSP, com os seguintes temas:

- 06/06/2023-O IBSP apresentou algumas recomendações na construção do protocolo e algumas boas práticas de implantação e gerenciamento.
- 13/06/23- As unidades apresentaram as iniciativas de implantação com base das sugestões discutidas na reunião anterior.
- 19/06/2023- Apresentação de evento adverso, levantamento das causas e plano de ações de melhorias desenvolvido na unidade.
- 27/06/2023- Uso seguro de insulina dentro da Unidade.

11. RESULTADOS

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

- Gestão documental;
- Gerenciamento dos Protocolos já implantados na Unidade;
- Atividades da Jornada da Qualidade;
- Visita QGA para diagnóstico das UPAS.

12. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Jaqueline Souza Analista da Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 12/07/2023 Vigência: 12/07//2025

Jaqueline F. Souza

Analista da Qualidade

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano-INDSH

UPA-SANTA-PAULA

Mariane Zadra

Coordenadora da Qualidade

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano-INDSH

UPA-SANTA-PAULA

Eliane da Silva Krinski

Gerente Administrativa

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano-INDSH

UPA-SANTA-PAULA

Francisco Mingrone

Diretor Executivo

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e
Humano-INDSH

UPA-SANTA-PAULA

PRESTAÇÃO DE CONTAS

JULHO/2023

UPA SANTA PAULA

QUALIDADE



SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. ENFERMAGEM.....	3
2.2. EPIDEMIOLOGIA	3
2.3. PROTOCOLOS (revisão e adequação do fluxo).....	4
2.4. FARMÁCIA	4
2.5. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	4
2.6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	4
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO	5
4. GESTÃO DE RISCO	6
5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL.....	6
6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM.....	7
7. REUNIÕES ONLINE IBSP	8
10. RESULTADOS	10
11. 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 Santa Paula. 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
TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO	IT.ENF.027

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CRONOGRAMA DE VISITA INTERDISCIPLINAR	FOR.ENF.035
RELATÓRIO DIÁRIO DE COLETAS	FOR.ENF.036
CONTROLE DE DIETAS PARA PACIENTES DA OBSERVAÇÃO E EMERGÊNCIA	FOR.ENF.037
CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DE PROTOCOLOS E REAVALIAÇÕES	FOR.ENF.038

2.2. EPIDEMIOLOGIA

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA SINAN	IT.ASS.002

MANUAL

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
MONTAGEM E ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO	MAN.FAT.001
USO DE MÁSCARAS	MAN.SCIH.002

FLUXOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CONTROLE DA ÁGUA	FLU.SCIH.001
FLUXOGRAMA PROTOCOLO DE SEPSE	FLU.UPA.012
SOLICITAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE DIETAS	FLU.UPA.012
ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO - ARANHA	FLU.UPA.012
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS - ANIMAIS ESCORPIÔNICOS	FLU.UPA.012
CRISE CONVULSIVA EM PEDIATRIA	FLU.UPA.012

2.3. PROTOCOLOS (revisão e adequação do fluxo)

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DE SEPSE	PROC.UPA.004

2.4. FARMÁCIA

FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.FAR.037	CONTROLE DE PRESCRIÇÃO VERBAL

2.5. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

FORMULÁRIO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.NQSP.005	CHECKLIST DE AUDITORIA - PLANO DE AÇÃO PARA CERTIFICAÇÃO QMENTUM

2.6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FOR.SCIH.008	ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÕES GERAIS AOS VISITANTES E ACOMPANHANTES

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO

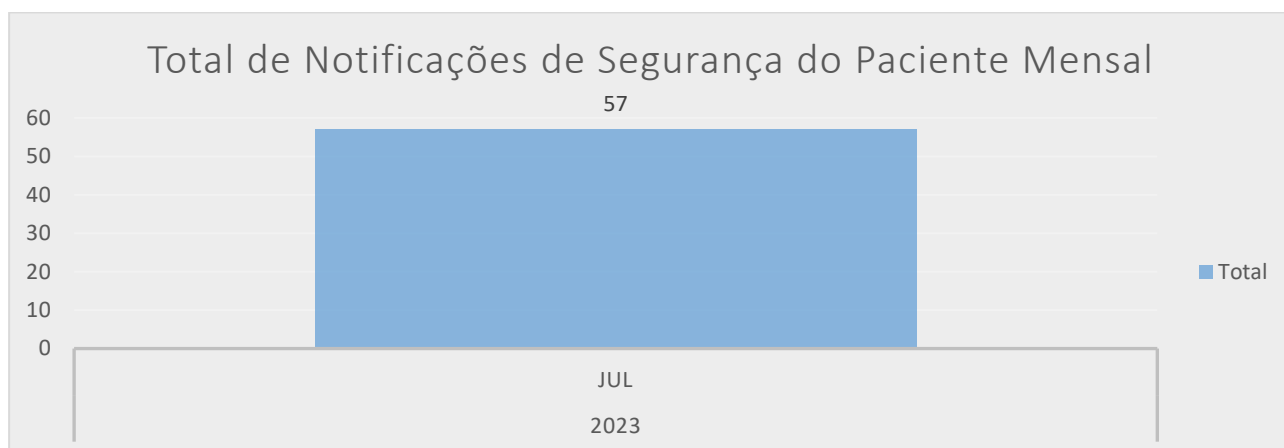
Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

COMISSÃO	DATA E HR DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Comissão de Verificação de Óbitos	13/07 às 09h	Verificação e análise de todos os prontuários de óbitos em aberto;	Prontuários do mês de julho.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	13/07 às 10:30h	Formulário Controle de Prescrição Verbal; Prescrições duplicadas em sistema Tasy; Correção na diluição de hidrocortisona.	Avaliação de materiais hospitalares; Treinamento para os colaboradores com o representante da marca fabricante, quanto ao uso correto do cateter NEO 24; Organização dos carrinhos de emergência.
Comissão de Verificação de Prontuário	13/07 às 11h	Organização de Prontuários; Política de Registro Certo; Efetividade da Auditoria.	Organização dos Prontuários; Treinamento Política do Registro Certo.
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	20/07 às 09h	Manual do Colaborador; Índices do uso de álcool e sabonete; Descarte de material químico / Identificação e data; Recomendação do uso de máscaras descartáveis; Manual Lavagem das Mãos.	Entrega do Manual do Colaborador; Treinamento sobre NR6 NR32; Orientação sobre o descarte de líquidos e resíduos no setor da Sutura.
Comissão de Segurança do Paciente	20/07 às 10h	Verificação das notificações realizadas; Passagem de quadro clínico de paciente da inalação entre a equipe médica; Horário para o médico passar o quadro clínico aos familiares do paciente; Ações para adquirirmos mais cadeiras de rodas.	Roteador para a sala do Eletro; Treinamento com os médicos sobre o protocolo de dor torácica; Passagem de caso clínico de paciente da inalação entre a equipe médica; Orientação aos médicos sobre o horário para passar quadro clínico aos familiares dos pacientes; Compra de maca e cadeiras de rodas; Ação para adquirirmos

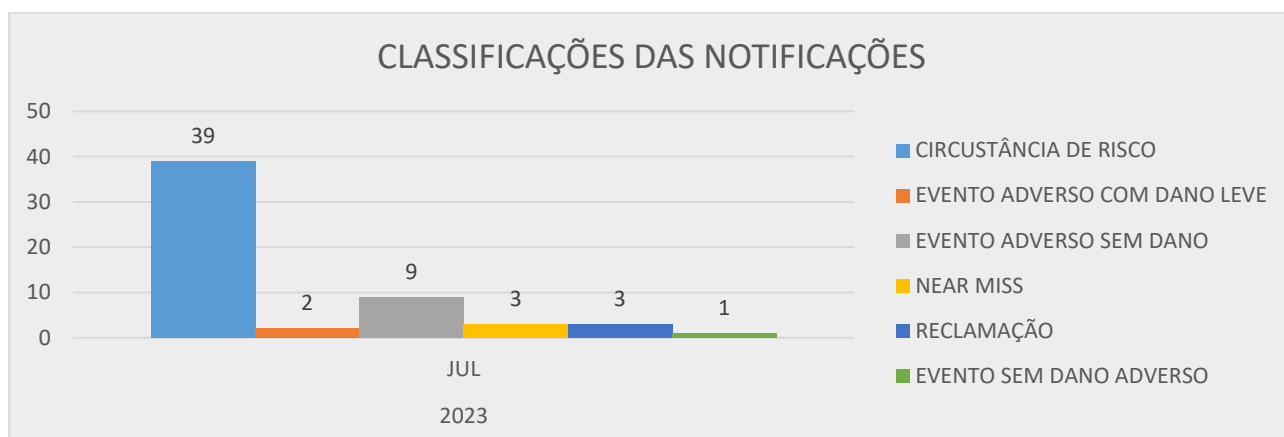
Satisfação de Atendimento ao Usuário	20/07 às 11h	Urnas de formulário nas observações.	Escala de aprendizes a partir do dia 24/07 para coleta de elogios.
---	--------------	---	--

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de julho recebemos um total de 57 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade 2023.



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

O Setor da Qualidade, juntamente com o Setor NEP, realizou a integração institucional de novos colaboradores e novos médicos que estão iniciando atividades na unidade. Na integração abordamos temas como:

- História do INDSH;
- Apresentação dos membros que compõe a Direção e Gerência das Upas;

- Missão, Visão e Valores;
- Apresentação do layout das Upas Santana e Santa-Paula;
- Introdução a Qmentum;
- Gestão documental e Intranet;
- Lei LGPD;
- Uso de EPI's dentro das unidades;
- Notificações de Incidentes e Eventos Adversos.

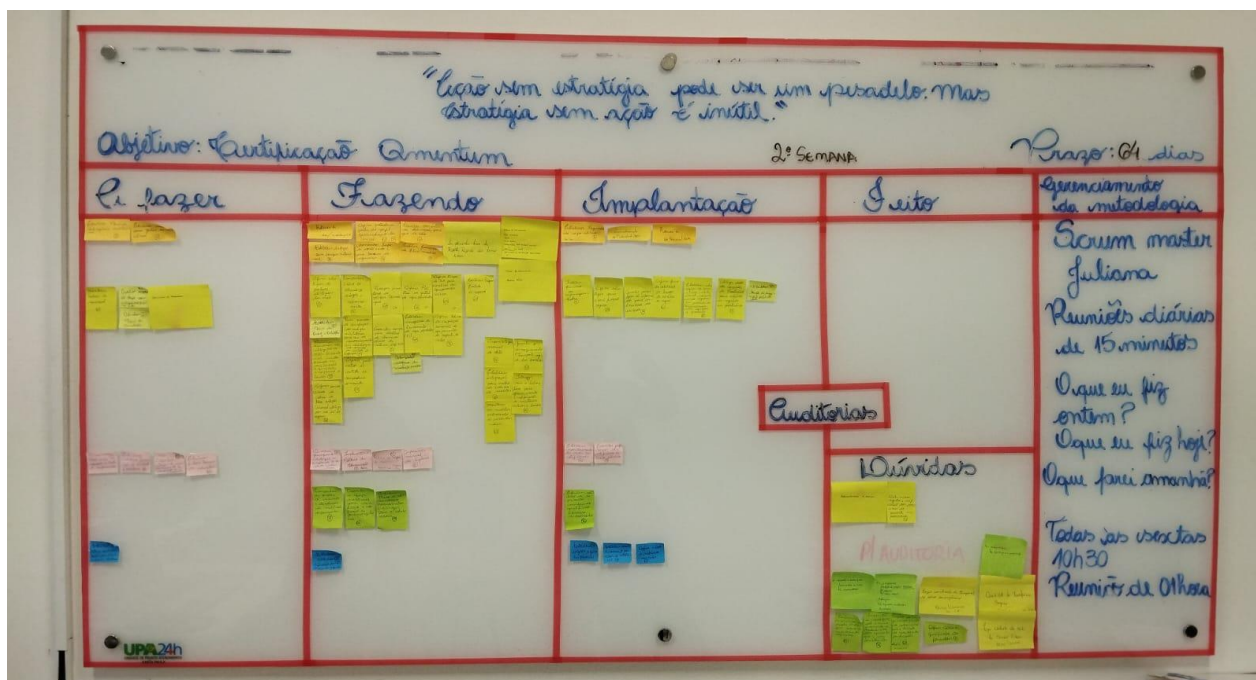
Aproveitamos o momento também, para falar sobre Notificação de Eventos Adversos; a importância que eles têm dentro da Unidade; O que notificar, como notificar e o fluxo dessas notificações.

6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM

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 estruturarem e gerenciar o trabalho por meio de um conjunto de valores, princípios e práticas.

Toda sexta-feira às 11h gestores e demais membros realizam a reunião do Scrum com duração de 1h para acompanhamento das ações executadas e avanço de etapas da metodologia Kanban.

Imagem 1 – Quadro Metodologia Kanban

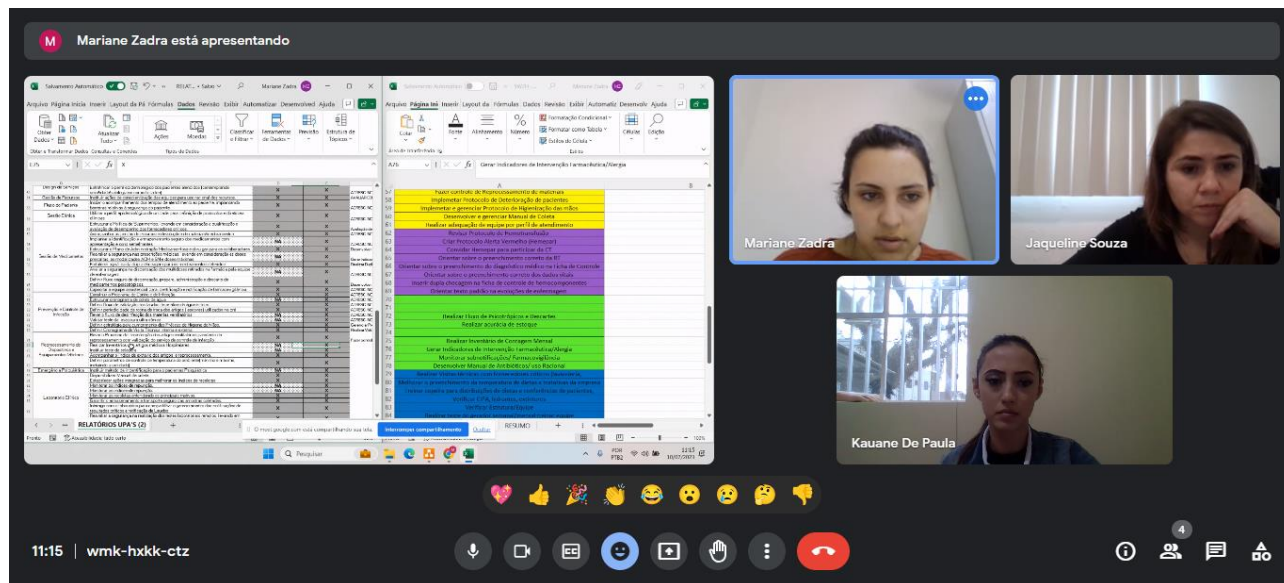


Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade.2023.

No dia 04/07 recebemos o relatório da visita do QGA com os apontamentos realizados pelas auditoras. No dia 10/07 foi realizada reunião do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente das UPA's Santana e Santa Paula para desdobramento das ações na planilha 5W2H conforme relatório recebido.

Segue em anexo foto:

Imagem 3 – Reunião Desdobramento das Ações – NSPQ



Fonte: O Autor. Arquivo 2023.

7. REUNIÕES ONLINE IBSP

Nos dias 04/07, 11/07, 18/07 e 25/07 às 10h, participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente.

No dia 03/07, foi realizada uma reunião com o IBSP e Analistas de Qualidade das UPA's Santana e Santa Paula para apresentação da Planilha 5W2H e Metodologia utilizada para a Certificação Qmentum (Scrum/Kanban). A partir do mês de agosto o IBSP irão fazer parte da reunião para apoio na estruturação das ROP's e acompanhamento das atividades.

Segue em anexo foto:

Imagem 4 – Reunião IBSP e Qualidade

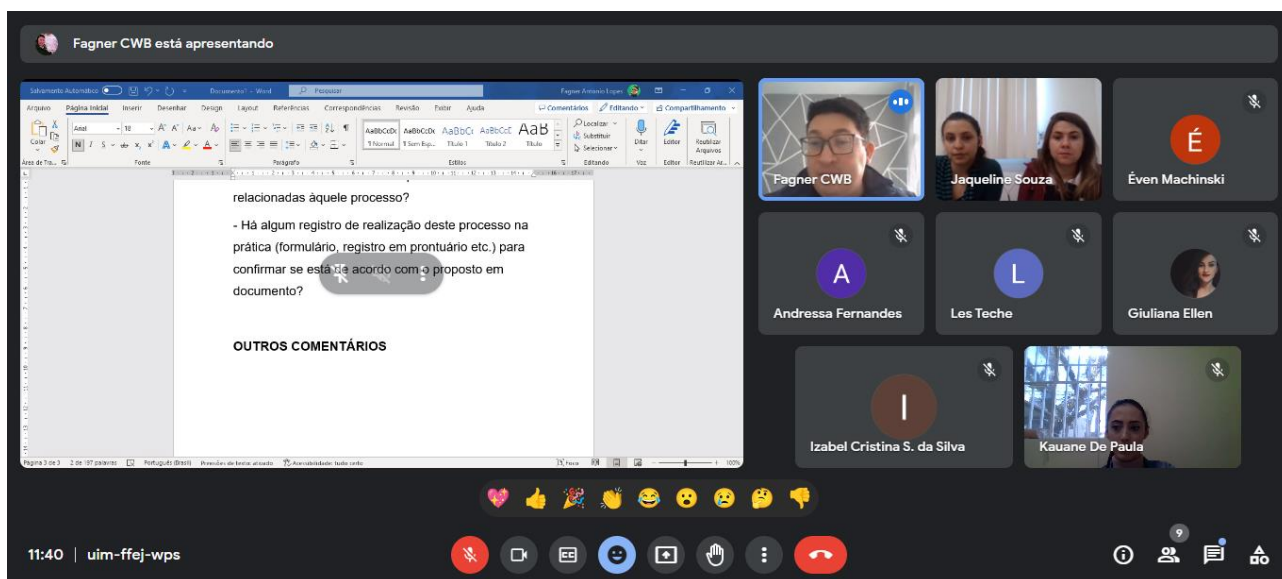


Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

9. JORNADA DA QUALIDADE

No dia 04/07 o Grupo do Projeto Jornada da Qualidade realizou uma reunião para alinhamento das auditorias dos processos da Qmentum. A auditoria será realizada através de um formulário contendo 4 questões que serão questionadas aos colaboradores sobre o processo auditado. O objetivo é verificar a efetividade dos treinamentos e conhecimento dos colaboradores sobre o processo, e com isso a ação ser avançada para a etapa do “FEITO” no quadro de ações (Kanban).

Imagem 5 – Reunião Jornada da Qualidade 04/07



Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

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

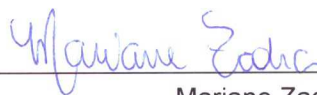
Não se aplica.

12. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Kauane de Paula Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Francisco Mingrone Diretor Executivo	Aprovação: 10/08/2023 Vigência: 10/08//2025



Kauane de Paula
Analista de Qualidade



Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa

Francisco Mingrone
Diretor Executivo

PRESTAÇÃO DE CONTAS

AGOSTO/2023

UPA SANTA PAULA

QUALIDADE



SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. INTRUÇÃO DE TRABALHO	3
2.2. MANUAIS.....	3
2.3 REGIMENTO.....	3
2.4. FLUXOGRAMAS	4
2.5. FORMULÁRIOS	4
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO	4
4. GESTÃO DE RISCO	6
5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL.....	8
6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM.....	9
7. REUNIÕES ONLINE IBSP	10
11. RESULTADOS	13
12. HISTORICO DE REVISÃO	14
13. 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 Santa Paula. 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. INSTRUÇÃO DE TRABALHO

ALMOXARIFADO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES NO ATO DA ENTREGA	IT.ALM.002

EPIDEMIOLOGIA

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO	IT.EPI.002
TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO	IT.EPI.003

FARMÁCIA

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
DISPENSAÇÃO DE MULTIDOSES	IT.FAR.014
INVENTÁRIO E ACURÁCIA DE ESTOQUE	IT.FAR.015

2.2. MANUAIS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
BOAS PRÁTICAS DE FARMACOVIGIÂNCIA E TECNIVIGILÂNCIA	MAN.FAR.002

2.3 REGIMENTO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	REG.SCIH.001

2.4. FLUXOGRAMAS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
FICHA DE ACOMPANHAMENTO PROFISSIONA	FLU.ENF.007
FALTAS E ENTREGA DE ATESTADOS	FLU.ENF.008
MEDIDAS ADMINISTRATIVAS	FLU.ENF.009

2.5. FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DE PROTOCOLOS E REAVALIAÇÕES	FOR.ENF.038
NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO ADVERSO DE MEDICAMENTO (RAM)	FOR.FAR.038
QUEIXA TÉCNICA	FOR.FAR.039
DEVOLUÇÕES DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	FOR.FAR.040
CONTROLE DE QUEBRAS E CONTAMINAÇÕES MATMED	FOR.FAR.041
CHECK-LIST DE AUDITORIA - PLANO DE AÇÃO PARA CERTIFICAÇÃO QMENTUM	FOR.NQSP.005
CRONOGRAMA DE LIMPEZA DIÁRIA DO SHL	FOR.SHL.006

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO

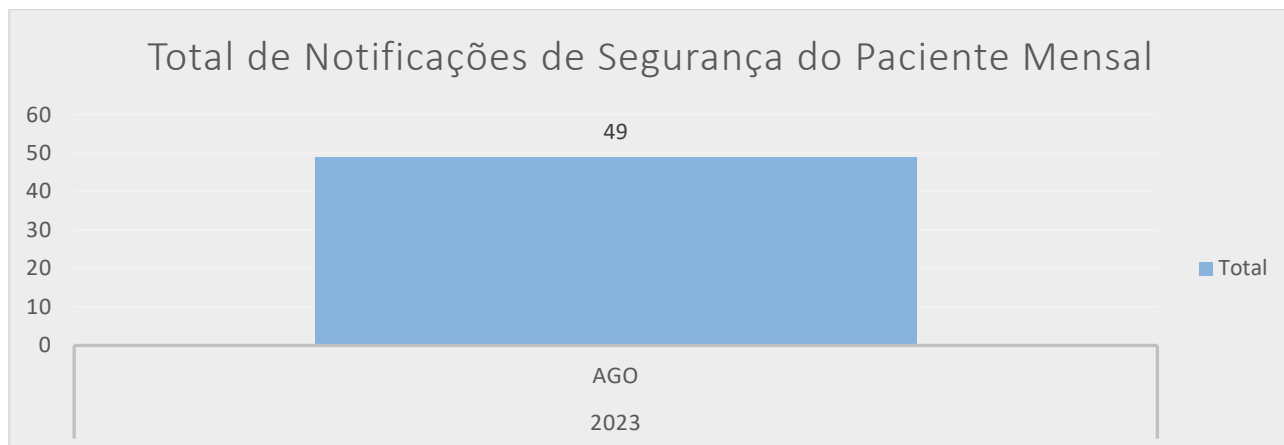
Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

COMISSÃO	DATA E HR DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	10/08 às 09h	-Manual do Colaborador; -Protocolo Clínico da Covid-19; -Descarte de líquidos e resíduos no setor de sutura; -Visita técnica na empresa Elis; -Protocolo de Higienização das Mãos; -Entrega dos privativos aos colaboradores;	-Entrega do Manual do Colaborador; -Treinamento NR6 e NR32; -Orientação sobre o descarte de líquidos e resíduos no setor da sutura; -Treinamento SHL sobre entrega de privativo;

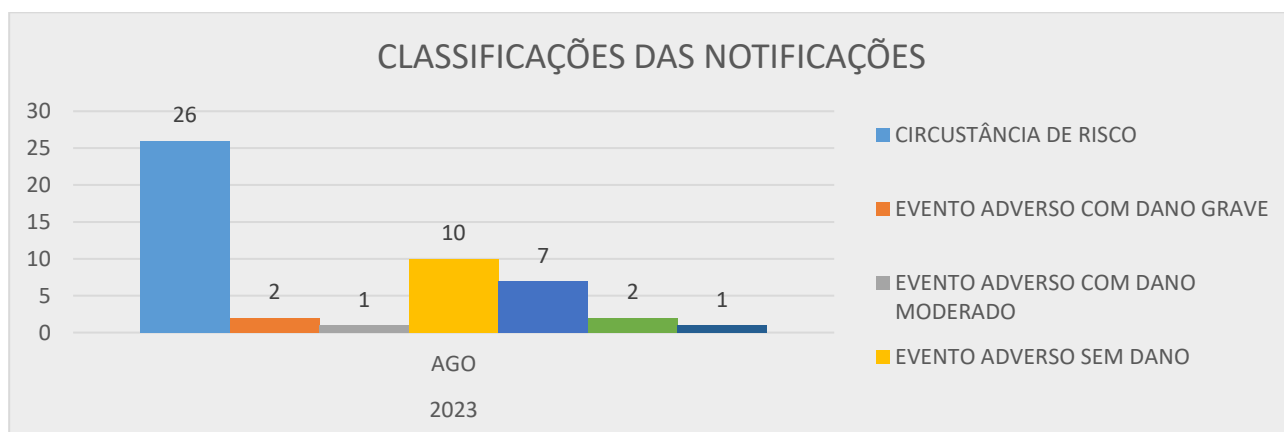
		-Formulário de Transferência.	-Adequação do Formulário de Transferência.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	10/08 às 09h30	-Atualização do fluxo de dispensação de insulina; -Devolução de materiais e medicamentos para a farmácia; -Inclusão obrigatória do peso do paciente no prontuário; -Medicamentos despadronizados /padronizados.	-Avaliação de materiais hospitalares padronizados; -Treinamento para os colaboradores com representante da marca fabricante, quanto ao uso correto do cateter NEO 24. -Prescrições duplicadas em sistema Tasy; -Cadastro do sabutamol para ser prescrito.
Comissão de Segurança do Paciente	10/08 às 10h	-Índices das notificações; -Epimed; -Sala do Eletrocardiograma; -Treinamento Protocolo Dor Torácica; -Identificação dos pacientes nos setores.	-Roteador para a sala do Eletro -Treinamento com os médicos sobre o protocolo de Dor Torácica; -Identificação visual no leito dos Pacientes; -Aprovação da Ordem de Compra das cadeiras de rodas.
Satisfação de Atendimento ao Usuário	10/08 às 10h30	-Índice de satisfação dos usuários; -Etiqueta para pacientes que estão em Jejum;	-Elaboração de etiqueta "Jejum"
Comissão de Verificação de Prontuário	24/08 às 9h	-Política de Registro Certo; -Manual de Rubricas; -Análise de Prontuários.	-Ações para organização e montagem de prontuário; -Treinamento Política de Registro Certo.
Comissão de Verificação de Óbitos	24/08 às 10h	-Revisão do prontuário paciente LTMM, 74 anos; -Revisão do prontuário paciente JARM, 50 anos; -Revisão do prontuário paciente MAL, 46 anos, -Revisão do prontuário paciente LFS, 82 anos, -Revisão do prontuário paciente 65 anos	-Análise dos Prontuários julho/agosto.

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de agosto o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente recebeu um total de 49 notificações. Segue a classificação de cada uma delas e o quantitativo:



Fonte: O autor. Arquivo da Qualidade 2023.



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

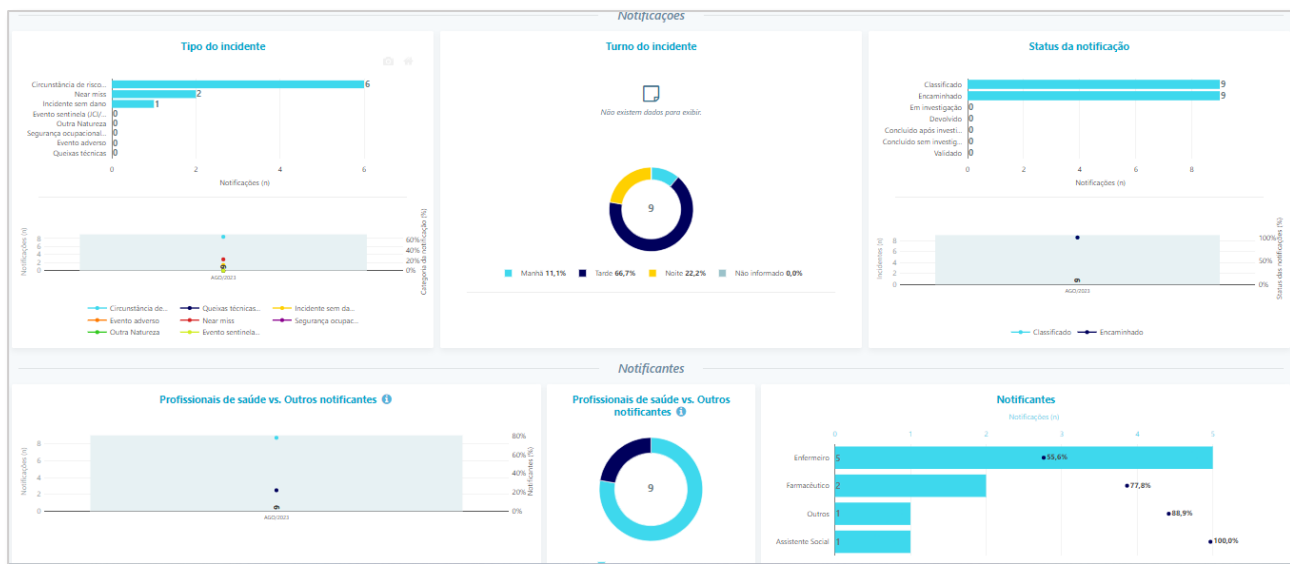
4.1. Sistema EPIMED

No mês de agosto foi implantado o sistema da Epimed para auxiliar no processo de registro e análise de Notificações de Incidentes e Eventos, por meio do link na Intranet ou formulário com o Qrcode exposto nos setores da unidade para acessar ao sistema e registrar a notificação. Através da Epimed no Painel – Segurança do Paciente é possível gerar indicadores para acompanhar o fluxo de notificações de incidentes na unidade.

Imagem 1 – Formulário de Notificação Sistema EPIMED

Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

Imagem 2 – Painei Segurança do Paciente EPIMED



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

Imagem 3 – Formulário Qrcode Notificação de Incidentes e Eventos Adversos



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

O Setor da Qualidade, juntamente com o Setor NEP, realizou a integração institucional de novos colaboradores médicos e estagiários que estão iniciando atividades na unidade. Na integração abordamos temas como:

- História do INDSH;
- Apresentação dos membros que compõe a Direção e Gerência das UPA's Santana e Santa Paula;
- Missão, Visão e Valores;
- Apresentação do layout das UPA's Santana e Santa Paula;
- Introdução a Qmentum;
- Gestão documental e Intranet;
- Lei LGPD;
- Uso de EPI's dentro das unidades;
- Notificações de Incidentes e Eventos Adversos.

Aproveitamos o momento também, para falar sobre Notificação de Eventos Adversos; a importância que eles têm dentro da Unidade; O que notificar, como notificar e o fluxo dessas notificações.

6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM

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 estruturarem e gerenciar o trabalho por meio de um conjunto de valores, princípios e práticas.

Toda sexta-feira às 11h gestores e demais membros realizam a reunião do Scrum com duração de 1h para acompanhamento das ações executadas e avanço de etapas da metodologia Kanban. No mês de agosto o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) começaram a fazer parte das reuniões como apoio na estruturação das ROP's e acompanhamento das atividades.

No dia 18/08 tivemos nossas primeiras ações que foram consideradas feitas, após revisão do processo, treinamento da equipe, implantação na rotina da unidade e auditoria interna atestando a efetiva conclusão da ação. Na UPA Santa Paula foram concluídas 3 (três) ações relacionadas à segurança medicamentosa e controle de soros. Os gestores responsáveis pelos processos, representando suas equipes, mudaram com muita satisfação a etiqueta correspondente à ação da coluna “em implantação” para a coluna “feito”, onde significa que todo processo foi concluído e já está em prática na unidade. Segue em anexo fotos:

Fotos 4, 5, 6 – Ações Concluídas Para a Acreditação Qmentum



Fonte: O Autor. Arquivo da Qualidade 2023.

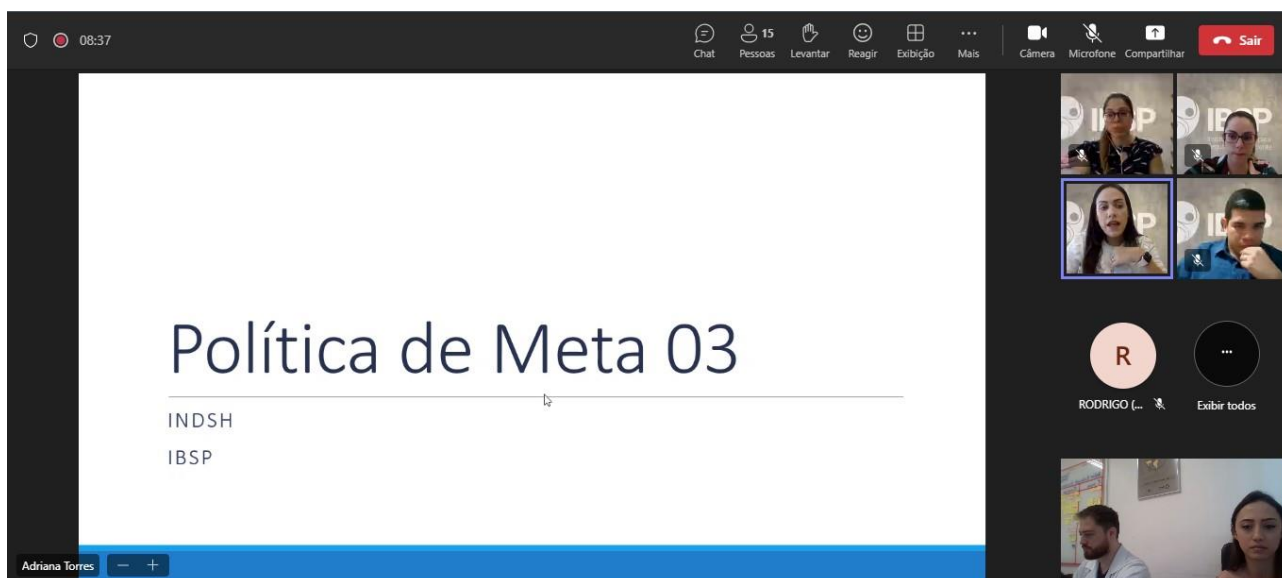
7. REUNIÕES ONLINE IBSP

Nos dias 01/08, 08/08, 15/08, 22/08 e 29/08 às 10h, gestores e setor de qualidade participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP). Segue anexo (imagem 4) reunião realizada com Adriana Torres do IBSP, Farmácia e Setor de Qualidade das UPA's, e (imagem 5) reunião online realizada com o IBSP no dia 22/08 sobre Segurança da Medicação – Política de Meta 03.

Imagem 7 - Reunião IBSP, Farmácia e Qualidade 14/08

Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

Imagem 8 - Reunião IBSP 22/08



Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

9. JORNADA DA QUALIDADE

No dia 16/08 realizada reunião com os membros da Jornada da Qualidade da UPA Santa Paula para alinhamento das auditorias das ações para Acreditação Qmentum. Cada membro ficou responsável por auditar um processo utilizando o formulário Checklist de Auditoria Plano de Ação para a Certificação Qmentum. Em evidências físicas do formulário os membros deverão solicitar ao gestor da unidade e assinalar cada questão (Sim ou Não) de acordo com o que foi verificado, nas evidências práticas serão questionados 9 colaboradores sobre o processo auditado e nas reuniões Scrum das sextas-feiras serão analisadas as auditorias realizadas durante a semana para verificar a efetividade do processo.

Imagem 9 – Formulário Checklist de Auditoria Plano de Ação para a Certificação



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Santa Paula

FORMULÁRIO

CHECK-LIST DE AUDITORIA - PLANO DE AÇÃO PARA CERTIFICAÇÃO QMENTUM



INDSH
Instituto Nacional
de Desenvolvimento
Social e Humano

EVIDÊNCIAS FÍSICAS - Solicitar evidências físicas ao gestor durante a reunião

semanal às sextas-feiras

- Existe um documento formalizando o processo?
☐ Sim ☐ Não
- Existe evidência de realização de treinamento com a equipe (lista de presença / material de treinamento)?
☐ Sim ☐ Não

PROCESSO:

- O documento está aprovado pela Qualidade e disponível na Intranet para consulta?
☐ Sim ☐ Não
- A lista de presença contém o nome de colaboradores de todas as áreas envolvidas no processo?
☐ Sim ☐ Não

QUESTÃO	Colab. 1 Data:	Colab. 2 Data:	Colab. 3 Data:	Colab. 4 Data:	Colab. 5 Data:	Colab. 6 Data:	Colab. 7 Data:	Colab. 8 Data:	Colab. 9 Data:
1. Eles conhecem o processo?									
2. Foram treinamentos sobre o processo?									
3. Estão fazendo na prática as atividades relacionadas ao processo?									
4. Há algum registro de realização deste processo na prática (formulário, registro em prontuário etc.) para confirmar se está de acordo com o proposto em documento?									
Rubrica do colaborador:									

Legenda: N (Não) S (Sim)

OUTROS COMENTÁRIOS

Nome do Auditor: _____

Código: FOR.NQSP.005
Versão: 00
Página 1 de 1

Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade 2023.

10. TREINAMENTOS REALIZADOS

No mês de agosto foram realizados treinamentos com as equipes de todos os setores da unidade sobre Notificações de Incidentes e Eventos Adversos e Sistema Epimed os assuntos abordados foram:

- O que é notificação e o que deve ser notificado;

- A importância da notificação;
- Tipos de notificação e exemplos de cada um deles;
- Passo-a-passo de como notificar no Sistema da Epimed.

Ao final do treinamento foi realizado um QUIZZ sobre Notificação e Eventos Adversos, contendo dez questões onde as equipes respondiam se é (FATO OU FAKE) de acordo com os assuntos abordados no treinamento.

Segue em anexo fotos:

Imagem 10, 11, 12, 13 – Treinamento Notificações de Incidentes e Eventos Adversos / EPIMED



Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

8. PLANO DE AÇÃO – RUMO A QMENTUM

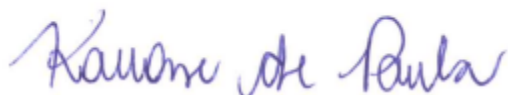
Em constância aos andamentos das atividades, apresenta-se o desenvolvimento da metodologia Scrum e Kanban em conformidade com a ferramenta 5W2H, segue abaixo o cronograma de execução das atividades voltadas ao setor da Qualidade e NEP.

Ação	Ações em andamento
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 setembro, 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.



Kauane de Paula

Analista de Qualidade



Eliane da Silva Krinski
Gerente Administrativa
Upa Santa Paula - PG / INDSH

Eliane da Silva Krinski

Gerente Administrativa



Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade
Upa Santa Paula - PG / INDSH

Mariane Zadra

Coordenadora da Qualidade

Clemência Moreira de Souza

Diretora Executiva

10. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica.

11. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GA	Aprovador DE	Datas
Kauane de Paula Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 10/08/2023 Vigência: 10/08/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS
SETEMBRO/2023
UPA SANTA PAULA

QUALIDADE

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. INSTRUÇÃO DE TRABALHO.....	3
2.2. MANUAIS.....	3
2.3. FLUXOGRAMAS.....	3
2.4. FORMULÁRIOS.....	3
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO	4
4. GESTÃO DE RISCO	5
5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL.....	5
6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM.....	6
6.1. Plano de Ação – Rumo a Qmentum	6
7. REUNIÕES ONLINE IBSP	7
8. JORNADA DA QUALIDADE.....	8
9. TREINAMENTOS REALIZADOS	8
10. ROP DAY – FERRAMENTA KAMISHIBAI	10
10.1 Descrição Detalhada ROP DAY	10
10.2 Qualidade de Vida do Colaborador.....	11
11. INTERACT	12
12. RESULTADOS	14
13. HISTORICO DE REVISÃO	14
14. 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 Santa Paula. 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. INTRODUÇÃO DE TRABALHO

FARMÁCIA

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA FARMÁCIA EXTERNA	IT.FAR.016
REGISTRO DE DISPENSÇÃO NO SISTEMA TASY FARMÁCIA EXTERNA	IT.FAR.017
RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS FARMÁCIA EXTERNA	IT.FAR.018

2.2. MANUAIS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
MANUAL MÉDICO(A) PLANTONISTA	MAN.CC.001

2.3. FLUXOGRAMAS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO	FLU.NEP.001
TIPOS DE SUPERVISÃO DE ESTAGIÁRIOS	FLU.NEP.002
ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO	FLU.UPA.017

2.4. FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
VISITA INTERDISCIPLINAR	FOR.CC.001
TERMO DE DOAÇÃO	FOR.GADM.002
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.

COMISSÃO	DATA E HR DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	14/09 às 14h	-Manual do Colaborador; - Índices do uso de Álcool e Sabonete; - Definição da Infectologista Responsável pela CCIH/ SCIH: Dra Juliane; -Revisão e treinamento de bundles de SVD e AVC; - Discussão para eventual troca de solução alcoólica e sabonete.	- Entrega do Manual do Colaborador; -Treinamento sobre a NR6 e NR32; -Orientação sobre o descarte de líquidos e resíduos no setor da Sutura.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	14/09 às 14h30	-Medicamentos multidoses nos setores; -Devolução de materiais e medicamentos para a Farmácia.	-Avaliação de matérias hospitalares padronizados; -Padronização do medicamento cetamina.
Comissão de Segurança do Paciente	14/09 às 15h	-Índices e boletim das notificações; -Sistema de Notificação Epimed; -Sala de Eletrocardiograma; -Dia Mundial de Segurança do Paciente; -Modelo de Identificação de Leitos.	-Divulgação do Boletim de Notificações; -Roda de Conversa sobre Segurança do Paciente; -Aprovação e Cotação da placa de identificação dos leitos.
Satisfação de Atendimento ao Usuário	14/09 às 15h30	-Apresentação do Índice de Satisfação; -Apresentação do Relatório Mensal aos membros.	-Divulgação do Relatório aos gestores para análise e plano de ações.
Comissão de Verificação de Prontuário	29/09 às 14h	-Auditoria de Prontuários; -Revisão do Prontuário R.P 61 anos; -Política de Registro Certo; -Folhas soltas e prontuários extraviados.	-Cheklist de passagem de setores; -Fluxo de CR pacientes via porta Emergência; -Evidência de testes rápidos no Tasy; -Validação de documentos com os gestores; -Organização dos prontuários.

**Comissão de
Verificação de Óbitos**

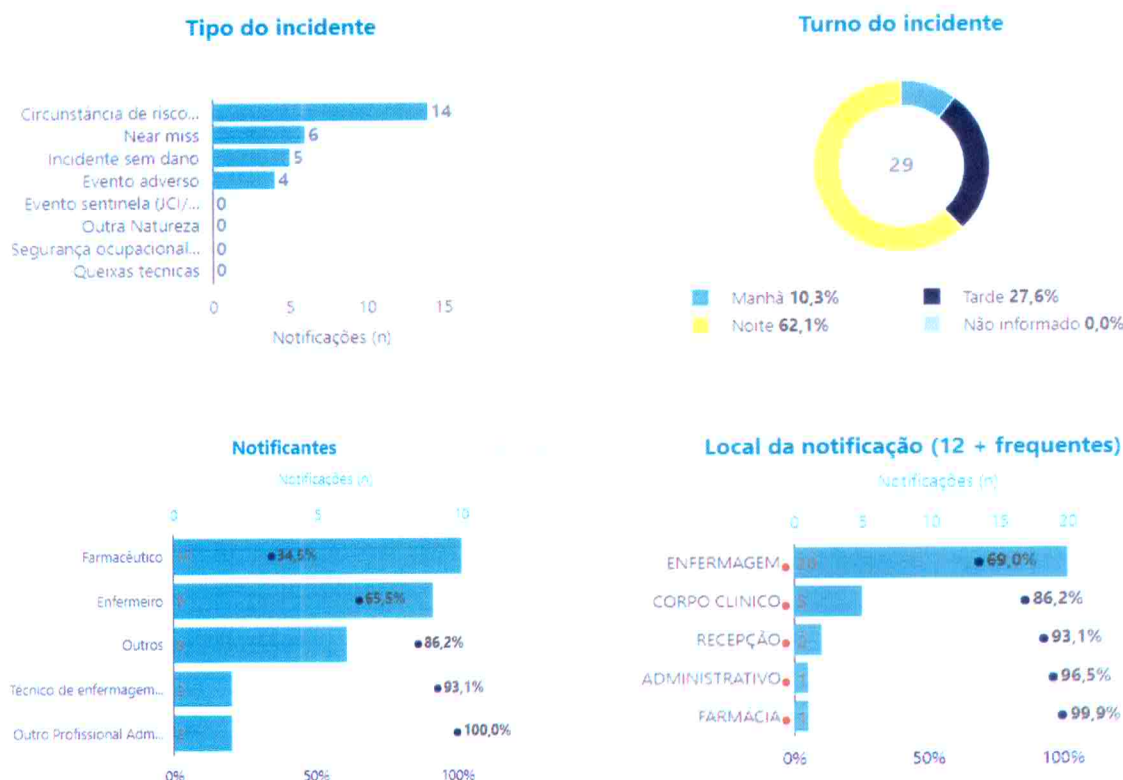
29/09 às 15h

-Revisão do prontuário
paciente MLK, 77 anos;

-Análise dos
Prontuários
agosto/setembro;
-Agendar reunião
extraordinária.

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de setembro o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente recebeu um total de 29 notificações, através da plataforma da EPIMED implantada no mês de agosto. Segue em anexo indicadores de: Tipo do Incidente; Turno do Incidente; Notificantes e Local da Notificação.



Fonte: Dashboard. Arquivo Epimed 2023.

5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

O Setor da Qualidade, juntamente com o Setor NEP, realizou a integração institucional de novos colaboradores médicos e estagiários que estão iniciando atividades na unidade. Na integração abordamos temas como:

- História do INDSH;
- Apresentação dos membros que compõe a Direção e Gerência das UPA's Santana e Santa Paula;
- Missão, Visão e Valores;

- Apresentação do layout das UPA's Santana e Santa Paula;
- Introdução a Qmentum;
- Gestão documental e Intranet;
- Lei LGPD;
- Uso de EPI's dentro das unidades;
- Notificações de Incidentes e Eventos Adversos.

Aproveitamos o momento também, para falar sobre Notificação de Eventos Adversos; a importância que eles têm dentro da Unidade; O que notificar, como notificar e o fluxo dessas notificações e ferramenta da EPIMED.

6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM

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 estruturarem e gerenciar o trabalho por meio de um conjunto de valores, princípios e práticas.

Toda sexta-feira às 10h30 gestores e demais membros juntamente com apoio do Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) realizam a reunião do Scrum com duração de 1h para acompanhamento das ações executadas e avanço de etapas da metodologia Kanban.

6.1. 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.

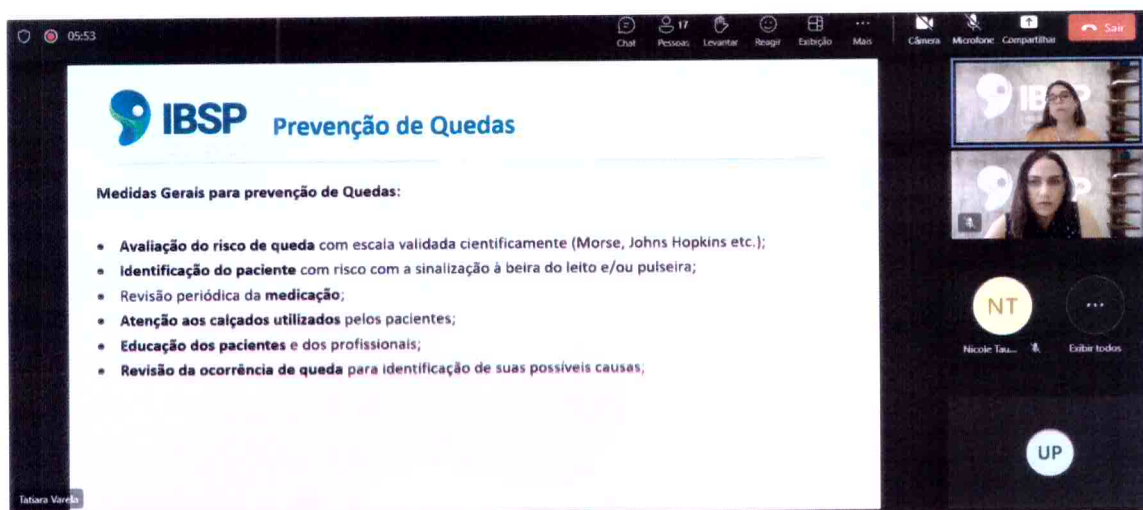
Ação	Ações em andamento
Desdobrar o planejamento estratégico, contemplando os objetivos e metas atuais.	Divulgação das perspectivas, iniciativas e objetivos; Iniciar levantamento de indicadores estratégicos; Contratar software de gestão da qualidade (Interact).
Revisar e implementar a política de comunicação, contemplando canais e métodos de comunicação interno e externo.	1. Implantar Protocolo de comunicação interna; 2. Implantar Política de comunicação interna e externa (Aguardando envio de Políticas da Sede).
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. Apresentado as equipe os ROPS de ouro; 2. Disponibilizar os ROPS de forma visual a toda equipe. (Contra-Crachá) 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 Capacitado as equipes sobre as 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; (Em fase final de revisão 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.

7. REUNIÕES ONLINE IBSP

Nos dias 05/09, 12/09, 19/09 e 26/09 às 10h, gestores e setor de qualidade participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP). Segue anexo (imagem 1) da última reunião realizada sobre Prevenção de Quedas.

Imagem 1 - Reunião IBSP 26/09



Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

8. JORNADA DA QUALIDADE

No dia 14/09 realizada reunião com os membros da Jornada da Qualidade da UPA Santana e Santa Paula para alinhamento das auditorias das ações para Acreditação Qmentum. Será escolhido profissionais assistenciais para auditarem os processos de acordo com a sua área, também será elaborado um formulário através do Google Forms para os auditores executarem a avaliação colocando suas considerações finais.

Segue em anexo foto:

Imagem 2 – Reunião Jornada da Qualidade 14/09



Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade 2023.

9. TREINAMENTOS REALIZADOS

No dia 17/09 celebrou-se o Dia Mundial Da Segurança do Paciente, com isso o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente realizou uma "Roda de Conversa" com os profissionais de todos os setores da unidade com objetivo de conscientizar sobre a necessidade da implementação das práticas de segurança dentro da instituição. A ação contribuiu para minimizar riscos e danos ao paciente, refletindo na melhoria da qualidade do cuidado nos serviços prestados. Os assuntos abordados foram:

- O que é Segurança do Paciente?;
- Como está a Segurança na unidade?;
- Importância da Notificação;
- Apresentação do boletim de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos;
- 6 Metas da Segurança do Paciente.

Ao final foi entregue o Manual da Qualidade elaborado pelo setor de Comunicação contendo um breve resumo sobre Gestão de Qualidade/Gestão de Processos da unidade.

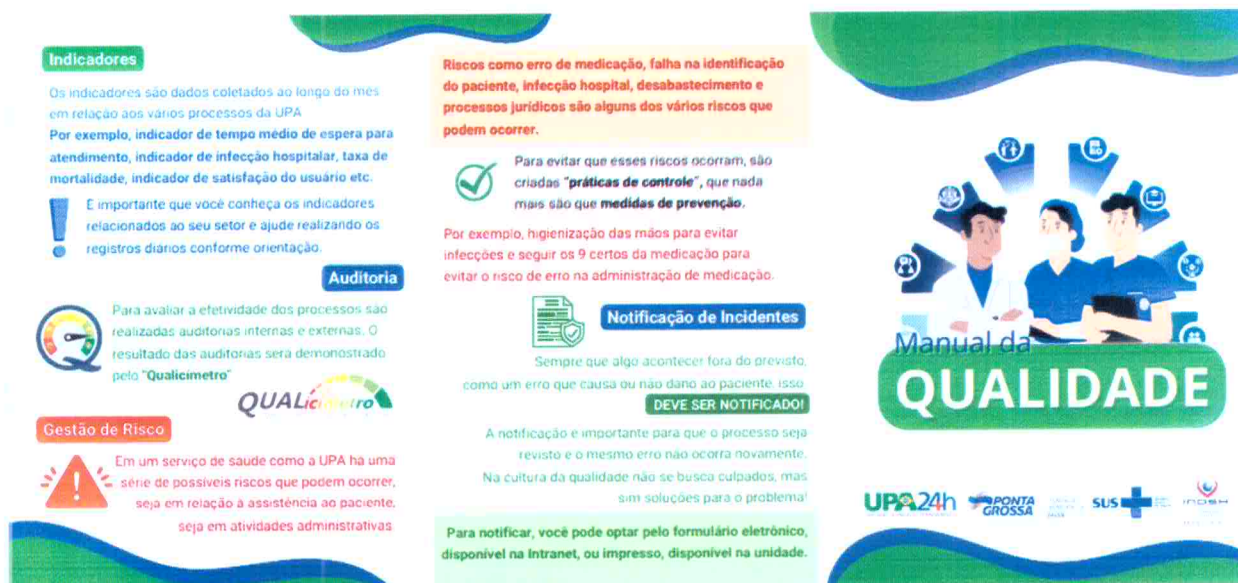
Segue em anexo fotos:

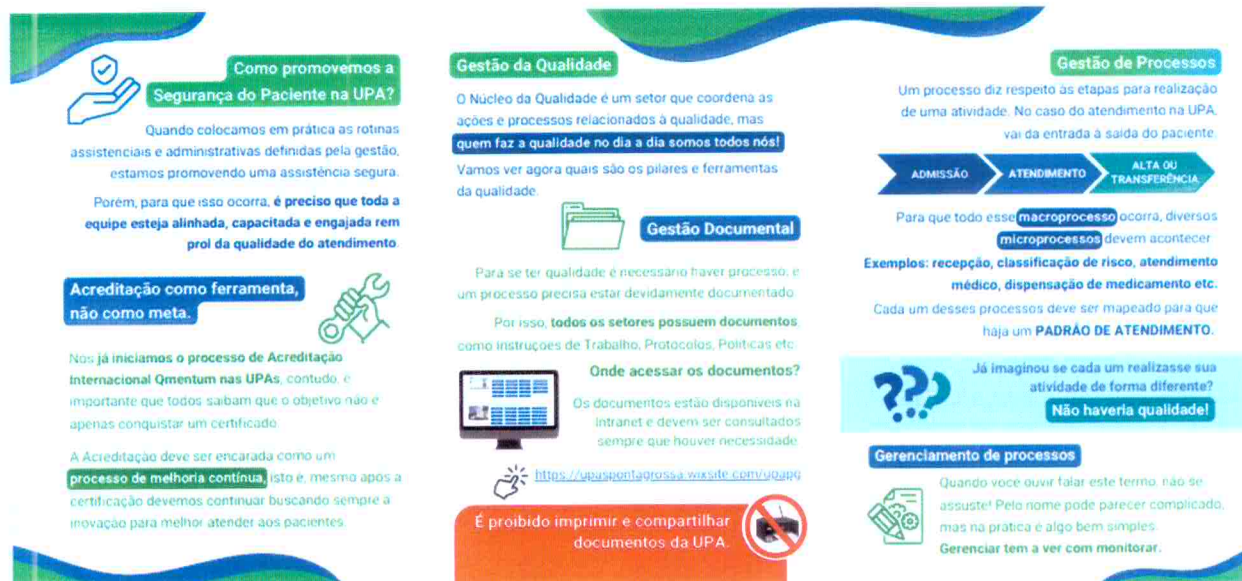
Imagem 3 e 4 – Roda de Conversa Segurança do Paciente 20 e 21/09



Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

Imagem 6 e 7 – Manual da Qualidade





Fonte: O Autor.Arquivo Comunicação 2023.

10. ROP DAY – FERRAMENTA KAMISHIBAI

Em setembro o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, deu início ao ROP Day como forma de divulgar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs) aos profissionais, visando a Acreditação Qmentum. Ação foi criada para promover a cultura da segurança do paciente na unidade, utilizando a ferramenta de gerenciamento Kamishibai é possível gerenciar o processo auditado diariamente a primeira ROP abordada durante a semana foi sobre Identificação do Paciente.

10.1 Descrição Detalhada ROP DAY

O ROP Day possui um cronograma mensal, com os dias específicos definidos de cada setor que será responsável por realizar a ação. Cada semana é abordada uma ROP diferente do Manual da Qmentum (são mais de 30), e com auxílio da ferramenta Kamishibai são inseridos no quadro os símbolo (✓) para conforme e (✗) não conforme para as 8 questões de acordo com a resposta dos participantes.

A proposta da ação é inserir a equipe no processo de avaliação das condutas de segurança, reunindo os colaboradores por alguns minutos para divulgar e avaliar como está o cumprimento das ROPs na unidade. Além de avaliar a adesão das práticas, a dinâmica permite que a própria equipe sugira alternativas para corrigir os problemas.

Segue em anexo foto:

Imagem 8 – ROP Day



Fonte: O Autor. Arquivo Qualidade 2023.

10.2 Qualidade de Vida do Colaborador

A qualidade de vida no trabalho é essencial para garantir funcionários mais satisfeitos e, conseqüentemente, com mais saúde e produtividade nas atividades. Visando isso, o setor de Segurança do Trabalho juntamente com o setor do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, deu início no mês de setembro umas das primeiras ações voltadas a Qualidade de Vida no trabalho, a Ginástica Laboral uma série de exercícios de curta duração, entre 10 e 15 minutos, que envolve técnicas de alongamento da cabeça, tronco, membros superiores e inferiores e técnicas de respiração, sendo realizada ao final da ação do ROP Day.

Segue em anexo fotos:

Imagem 9 e 10 – Ginástica Laboral



Fonte: O Autor. Arquivo Qualidade 2023.

11. INTERACT

No dia 18/09 tivemos a abertura do projeto de implantação do SA Interact nas Unidades Santana e Santa Paula, reunião realizada online com o tema: “Apresentação dos Módulos SA Interact”, contou com a participação dos Diretores, Gestores, RT's, Supervisores, analistas e técnicos de informática das unidades. No dia 27/09 realizada reunião do primeiro módulo Document Manager, definindo os parâmetros de acordo com o fluxo de gestão documental da unidade.

Foram realizados alinhamentos com as lideranças e definidos datas e horários das reuniões semanais e definições sequencial dos módulos conforme abaixo:

Definições sequencial dos módulos:

1. Document Manager
2. Governance Manager
3. Occurrence Manager
4. Audit Manager
5. Risk Manager
6. Competencia Manager

Definição das datas e horários

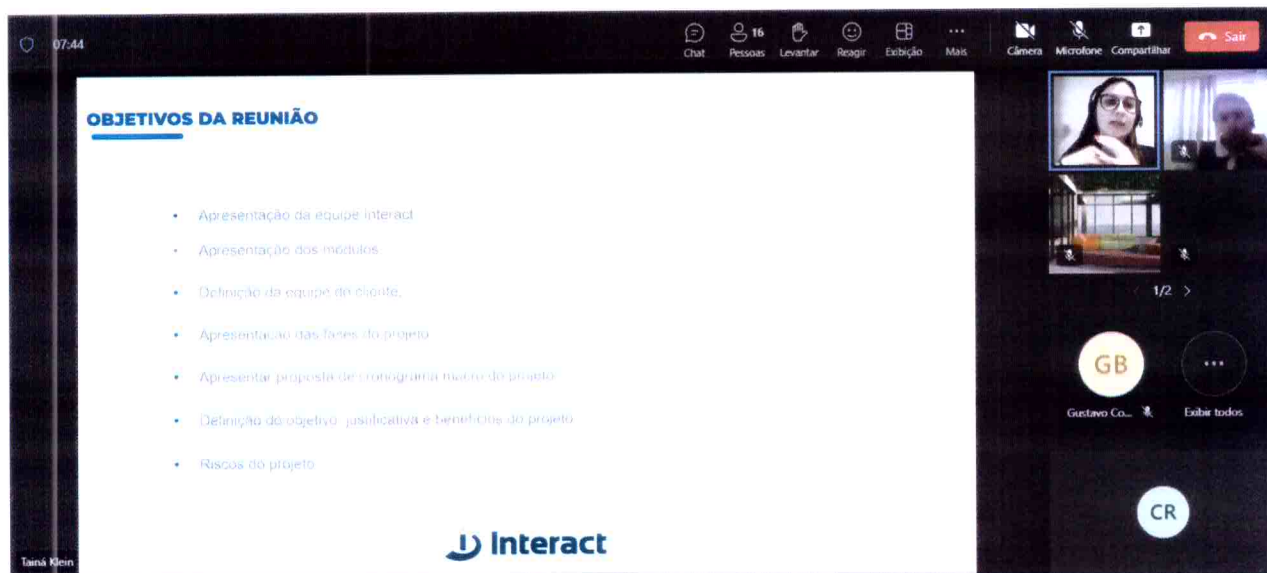
2 Reuniões semanais com a carga horária de 2h/reunião.

Segunda-feira - 16h às 18h

Quarta-feira - 08h às 10h

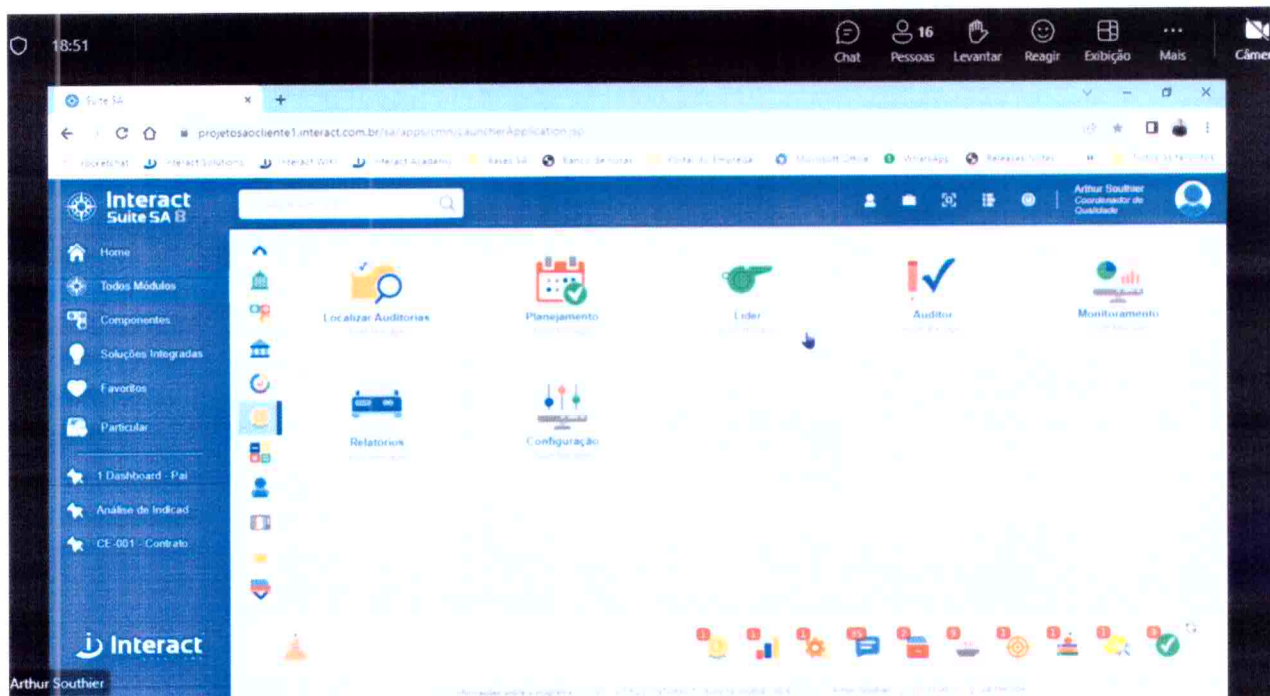
Segue em anexo imagem da primeira reunião realizada da abertura do projeto:

Imagem 11 – Reunião de Abertura do Projeto SA Interact



Fonte: O Autor. Arquivo Qualidade 2023.

Imagem 12 – Reunião de Abertura do Projeto SA Interact



Fonte: O Autor. Arquivo Qualidade 2023.

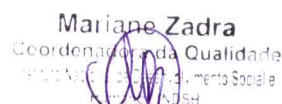
12. RESULTADOS

As atividades do Setor da Qualidade seguem em avanço para o mês de outubro, 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.



Kauane de Paula
Coordenadora da Qualidade



Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade
Setor de Apoio Administrativo Social e
Humano - IND SH

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade



Eliane Krinski
Gerente Administrativa

Clemência Moreira de Souza
Diretora Executiva

13. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica

14. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GADM	Aprovador DE	Datas
Kauane de Paula Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 10/08/2023 Vigência: 10/08/2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS
OUTUBRO/2023
UPA SANTA PAULA
QUALIDADE

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. MANUAIS.....	3
2.2. BUNDLES.....	3
2.3. FLUXOGRAMAS.....	3
2.4. FORMULÁRIOS.....	3
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO.....	4
4. GESTÃO DE RISCO.....	5
5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL.....	5
6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM.....	6
6.1. Plano de Ação – Rumo a Qmentum.....	6
7. REUNIÕES ONLINE IBSP.....	7
8. TREINAMENTOS REALIZADOS.....	8
9. ROP DAY – FERRAMENTA KAMISHIBAI.....	9
9.1. Qualidade de Vida do Colaborador.....	10
10. INTERACT.....	11
11. RESULTADOS.....	11
12. HISTORICO DE REVISÃO.....	12
13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	12

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas pelo setor da Qualidade na Unidade de Pronto Atendimento UPA Santa Paula. 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. MANUAIS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
PADRONIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DA CME (Versão 3)	MAN.CME.001

2.2. BUNDLES

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO	BUN.ENF.001

2.3. FLUXOGRAMAS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
ATENDIMENTO PEDIÁTRICO ENCAMINHADO DO CAC	FLU.UPA.018

2.4. FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
REGISTRO DE MATERIAIS DESINFECTADOS NO EXPURGO (Versão 2)	FOR.CME.001
CONTROLE DA FITA DO SURFIC (Versão 2)	FOR.CME.009
CONTROLE DE DISPENSAÇÃO DE MULTIDOSES	FOR.FAR.042
FOLHA PONTO ESTÁGIO E RESIDÊNCIA	FOR.NEP.009
INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES	FOR.SST.014
TERMO DE RESPONSABILIDADE DO UNIFORME	FOR.SST.015
SOLICITAÇÃO DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO	FOR.SST.016

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO

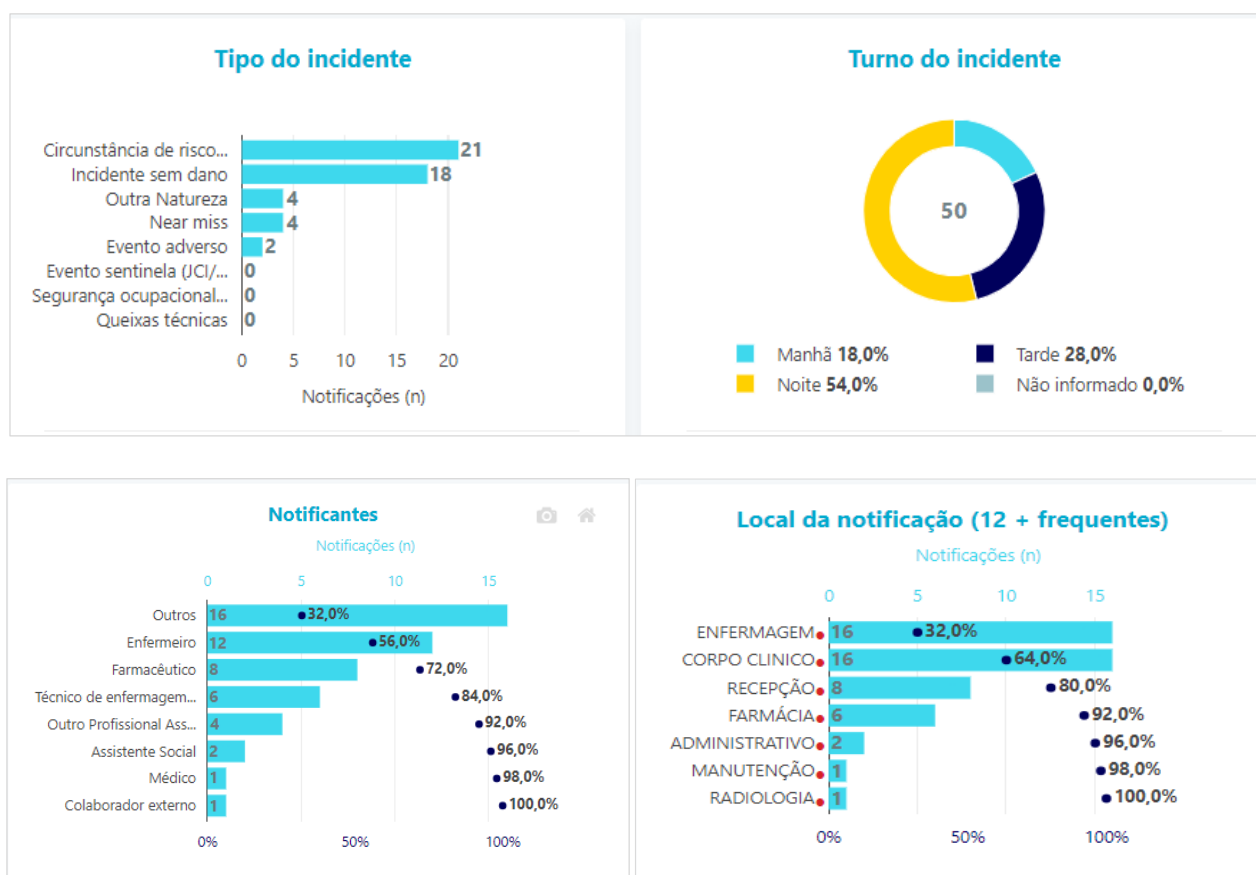
Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta-Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

COMISSÃO	DATA E HR DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Satisfação de Atendimento ao Usuário	19/10 às 14h00	-Índice de Satisfação; -Pesquisa beira leito.	-Sem pendências.
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	19/10 às 14h30	-Manual do Colaborador; -Índices do uso de álcool e sabonete; -Discussão para eventual troca de solução alcohólica e sabonete; -Uso de uniforme no refeitório; -Aprovação de Bundles de PAV.	-Entrega do Manual do Colaborador; -Fluxo de descarte de líquidos e resíduos na Sutura.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	19/10 às 15h00	-Devolução de medicamentos para Farmácia,	-Avaliação de materiais hospitalares padronizados; -Lista dos medicamentos próximos ao vencimento.
Comissão de Segurança do Paciente	19/10 às 15h30	-Índice de Notificações de Eventos Adversos; -Sistema de Notificação EPIMED; -ROP Day; -Treinamento Identificação do Paciente; -Modelo de Identificação de Leitos.	-Treinamento Identificação do Paciente; -Verificar numeração das Identificação de Leitos; -Cotação da Identificação de Leitos.
Comissão de Verificação de Prontuário	01/11 às 09h00	-ROP's; -Completo de Prontuário; -Política de Registro Certo; -Fluxo da Inalação; -Classificação de Risco; Obs/Emergência.	-Cheklist de Passagem de Setores; -Mudança de fluxo da CR Obs/Emergência; -Evidência dos Testes Rápidos; -Definição de conduta em prontuário; -Fluxo da Inalação.
Comissão de Verificação de Óbitos	01/11 às 09h30	-Revisão do prontuário paciente RSC, 67 anos, -Revisão do prontuário paciente JMQ, 88 anos. - Revisão do prontuário paciente WT, 89 anos, - Revisão do prontuário paciente, ES, 96 anos,	-Prontuários Setembro/Outubro -Reunião Extraordinária.

		- Revisão do prontuário paciente GM, 84 anos.	
--	--	---	--

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de outubro o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente recebeu um total de 50 notificações, através da plataforma da EPIMED implantada em agosto. Segue em anexo indicadores de: Tipo do Incidente; Turno do Incidente; Notificantes e Local da Notificação.



Fonte: Dashboard. Arquivo Epimed 2023.

5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

O Setor da Qualidade, juntamente com o Setor NEP, realizou a integração institucional de novos colaboradores médicos e estagiários que estão iniciando atividades na unidade. Na integração abordamos temas como:

- História do INDSH;
- Apresentação dos membros que compõe a Direção e Gerência das UPA's Santana e Santa Paula;

- Missão, Visão e Valores;
- Apresentação do layout das UPA's Santana e Santa Paula;
- Introdução a Qmentum;
- Gestão documental e Intranet;
- Lei LGPD;
- Uso de EPI's dentro das unidades;
- Notificações de Incidentes e Eventos Adversos.

Aproveitamos o momento também, para falar sobre Notificação de Eventos Adversos; a importância que eles têm dentro da Unidade; O que notificar, como notificar e o fluxo dessas notificações e ferramenta da EPIMED. Ao final da integração é entregue o Manual da Qualidade que contém algumas informações da unidade de como é realizada a Gestão da Qualidade, Gestão de Processos entre outros.

6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM

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 estruturarem e gerenciar o trabalho por meio de um conjunto de valores, princípios e práticas.

Toda sexta-feira às 10h30 gestores e demais membros juntamente com apoio do Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) realizam a reunião do Scrum com duração de 1h para acompanhamento das ações executadas e avanço de etapas da metodologia Kanban.

6.1. 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.	1º Divulgação das perspectivas, iniciativas e objetivos; Iniciar levantamento de indicadores estratégicos; 2º Contratar software de gestão da qualidade (Interact).	1º Andamento; 2º Concluído (cronograma de implantação).
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 (Aguardando envio de Políticas da Sede).	1º Andamento; 2º Andamento.
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	1º Concluído; 2º Andamento; 3º Andamento.

	Subprocesso 3º Implantar ferramenta SIPOC	
Disseminar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPS) entre as equipes e aplicar teste de conformidade.	1. Apresentado as equipe os ROPS de ouro, serão trabalhadas nas comissões 2. Disponibilizar os ROPS de forma visual a toda equipe. (Contra-Crachá) 3. Implantado ROP DAY.	1º Andamento; 2º Andamento (cotação); 3º Concluído.
Estabelecer os acordos contemplando as necessidades do paciente.	1º Desenvolver Acordos de Interações entre Processos -SLA 2º Desenvolver matriz de Risco	1º Andamento; 2º 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.	1º Andamento; 2º Andamento; 3º Andamento.
Estruturar relatório trimestral e disponibilizar para liderança executiva.	Desenvolver reuniões trimestrais para discussão dos indicadores.	1º Andamento.
Capacitar os profissionais para identificação de incidentes e estimulá-los à notificação.	1º Capacitado as equipes sobre as identificações de eventos e notificações adequadas para levantamento de ações de melhorias, alcançado 95 colaboradores.	1º Concluído.
Estabelecer monitoramento das ações geradas a partir das notificações de eventos.	Gerenciar ações de melhorias pela ferramenta Epimed	1º Andamento.
Instituir siglário.	1. Padronizar o uso de siglas na Unidade por meio do Manual de Siglas; (Em fase final de revisão de Siglas).	1º Andamento.
Definir estratégia para cumprimento da política de identificação segura.	1. Implantar Política de Identificação segura; 2. Gerenciar Protocolo de Identificação na Unidade;	1º Andamento; 2º Andamento.
Estabelecer critérios para acompanhamento dos residentes de medicina e estagiários de enfermagem.	Desenvolver Política de Estagiários e acompanhar diariamente as rotinas.	1º Concluído

7. REUNIÕES ONLINE IBSP

Nos dias 03/10, 10/10, 17/10, 24/10 e 31/10 às 10h, gestores e setor de qualidade participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP). Segue anexo (imagem 1) reunião realizada sobre Transição de Cuidado ROP Ouro critério para a Acreditação Internacional Qmentum.

Imagem 1 - Reunião IBSP 10/10

6 passos
para **melhorar a comunicação**
com o paciente

- NÃO TENHA PRESSA**
é preciso calma para se expressar de maneira adequada
- PRATIQUE A EMPATIA**
coloque-se no lugar do outro para entender dúvidas e anseios
- SEJA SENSÍVEL**
para perceber o melhor momento para cada tipo de informação
- DÊ OPÇÕES**
de alternativas de horários a formas de tratamento
- NÃO ECONOMIZE INFORMAÇÕES**
explique os procedimentos e suas consequências
- MOSTRE-SE ACESSÍVEL**
ofereça um canal de comunicação para o paciente

80% dos erros graves
acontecem por falhar na
comunicação entre os
profissionais durante a
transição do
cuidado

Read back SBAR

Participantes

Compartilhar convite

- Etienne (Convidado)
Convidado da reunião
- Francisco Carval... (Convidado)
Convidado da reunião
- Gabriela Rodrigues
- Janaina Paulo - ... (Convidado)
Convidado da reunião
- João Paulo
Organizador
- Karolynne Moline... (Convidado)
Convidado da reunião
- Maisa (Convidado)
Convidado da reunião
- Maju (Convidado)
Convidado da reunião
- Mariane (Convidado)
Convidado da reunião

Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

8. TREINAMENTOS REALIZADOS

Nos dias 25 e 26/10 o Setor de Qualidade realizou treinamento com os colaboradores sobre o Protocolo de Identificação do Paciente atingindo um total de 18 participações que será dado continuidade no mês de novembro. Os temas abordados no treinamento foram:

- Apresentação do Protocolo Institucional de Identificação do Paciente (PROS.UPA.001) e as atribuições de cada setor;
- Utilização do método 3C;
- Importância da Notificação;
- Vídeo Youtube – Campanha Segurança do Paciente (Meta1);
- Dinâmica Fato/Fake sobre a Identificação do paciente.

Segue em anexo fotos:

Imagem 2,3,4 e 5 – Treinamento Identificação do Paciente



Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

9. ROP DAY – FERRAMENTA KAMISHIBAI

Em outubro deu-se seguimento a ação implementada do ROP Day como forma de divulgar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs) aos profissionais, visando a Acreditação Internacional da Qmentum. Ação foi criada para promover a cultura da segurança do paciente na unidade, utilizando a ferramenta de gerenciamento Kamishibai é possível gerenciar as conformidades e não conformidades do processo auditado diariamente. As ROP já abordadas foram: Identificação do Paciente; Notificação de Incidentes e Eventos Adversos; Higienização das Mãos; Uso Seguro de Medicamentos; Capacitação e Treinamentos; Gestão de Equipamentos; Transição de Informações. Segue em anexo fotos:

Imagem 6,7,8 e 9 – ROP Day



Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade 2023.

9.1. Qualidade de Vida do Colaborador

A qualidade de vida no trabalho é essencial para garantir funcionários mais satisfeitos e, consequentemente, com mais saúde e produtividade nas atividades. Visando isso, o setor de Segurança do Trabalho juntamente com o setor do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, continuou no mês de outubro as ações voltadas a Qualidade de Vida no trabalho, a Ginástica Laboral uma série de exercícios de curta duração, entre 10 e 15 minutos, que envolve técnicas de alongamento da cabeça, tronco, membros superiores e inferiores e técnicas de respiração, sendo realizada ao final da ação do ROP Day.

10. INTERACT

Em outubro seguimos com a Implantação do SA Interact nas Unidades Santana e Santa Paula, segue atualização do status de implantação:

18/09/2023 - Realizada a Reunião de Implantação;

29/10/2023 - Realizada a 1º Reunião do Módulo de Document;

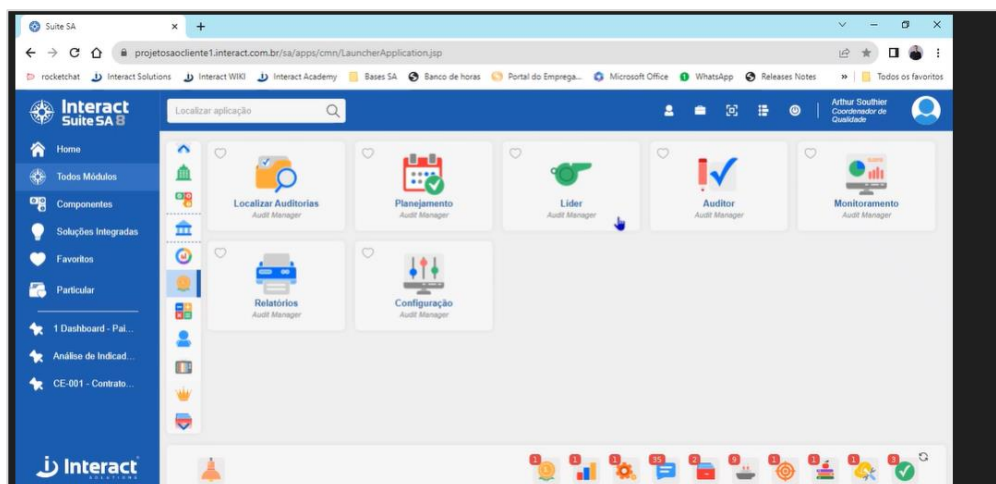
02/10/2023 - Solicitado reagendamento - Aguardando validação interna do servidor;

26/10/2023 - Realizada reunião de parametrização do módulo System Manager;

Segue cronograma das Fases de Implantação do SA Interact:

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

Imagem 10 – Reunião Módulo System Manager



Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade 2023.

11. RESULTADOS

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

- Gestão documental;
- Gerenciamento Gestão de Risco;
- Gerenciamento/Auditorias de ações para Acreditação Qmentum;

- Acompanhamento da Implantação do SA Interact na unidade.

Documento assinado digitalmente
gov.br **KAUANE DE PAULA**
Data: 14/11/2023 10:26:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br **MARIANE ZADRA**
Data: 14/11/2023 10:30:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Kauane de Paula
Coordenadora da Qualidade

Mariane Zadra
Coordenadora da Qualidade

ELIANE DA SILVA
KRINSKI:02987095970
Assinado de forma digital por
ELIANE DA SILVA
KRINSKI:02987095970
Dados: 2023.11.14 19:03:42 -03'00'

Eliane Krinski
Gerente Administrativa

Clemência Moreira de Souza
Diretora Executiva

12. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica

13. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GADM	Aprovador DE	Datas
Kauane de Paula Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 10/08/2023 Vigência: 10/08//2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS

NOVEMBRO/2023

UPA SANTA PAULA

QUALIDADE

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. INSTRUÇÃO DE TRABALHO	3
2.2. FLUXOGRAMAS.....	3
2.3. FORMULÁRIOS.....	3
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE NOVEMBRO	4
4. GESTÃO DE RISCO	5
5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL.....	6
6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM.....	6
6.1. Plano de Ação – Rumo a Qmentum	7
7. REUNIÕES ONLINE IBSP	8
8. ROP DAY – FERRAMENTA KAMISHIBAI	8
9. INTERACT	9
10. RESULTADOS	10
11. HISTORICO DE REVISÃO	11
12. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO.....	11

1. OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas pelo setor da Qualidade na Unidade de Pronto Atendimento UPA Santa Paula. 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. INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
ORIENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO EM CASOS DE ALTA	IT.ASS.008
ATENDIMENTO EM CASOS DE EVASÃO DE PACIENTE	IT.ASS.009
ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL EM CASOS DE ÓBITO	IT.ASS.010
CONTROLE DE DIETA DOS PACIENTES	IT.SHL.029
RECEBIMENTO DE ENXOVAL	IT.SHL.030

2.2. FLUXOGRAMAS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL EM CASOS DE ÓBITO	FLU.ASS.007
PROCESSOS DE ALTA HOSPITALAR	FLU.REC.001
ATENDIMENTO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	FLU.UPA.019
PREENCHIMENTO DE PLANILHA ONLINE SENSO DE PACIENTES INTERNADOS	FLU.UPA.020

2.3. FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
LIBERAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS COVID-19 ENFERMAGEM	FOR.ENF.039
CONTROLE DE RECOLETAS DE EXAMES LABORATORIAIS	FOR.ENF.040
RESULTADO CRÍTICO DE EXAMES LABORATORIAIS	FOR.ENF.041

LIBERAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS COVID-19 FARMÁCIA	FOR.FAR.043
EMPRÉSTIMOS DOAÇÕES E DEVOLUÇÕES DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	FOR.FAR.044
CONTROLE DE ENTREGA DE DIETAS	FOR.SHL.007
CONTROLE DE SAÍDA DE PRIVATIVOS	FOR.SHL.008
FOR.SHL.009 - CHECKLIST DE CONFERÊNCIA DE ENXOVAL HOSPITALAR	FOR.SHL.009

3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE NOVEMBRO

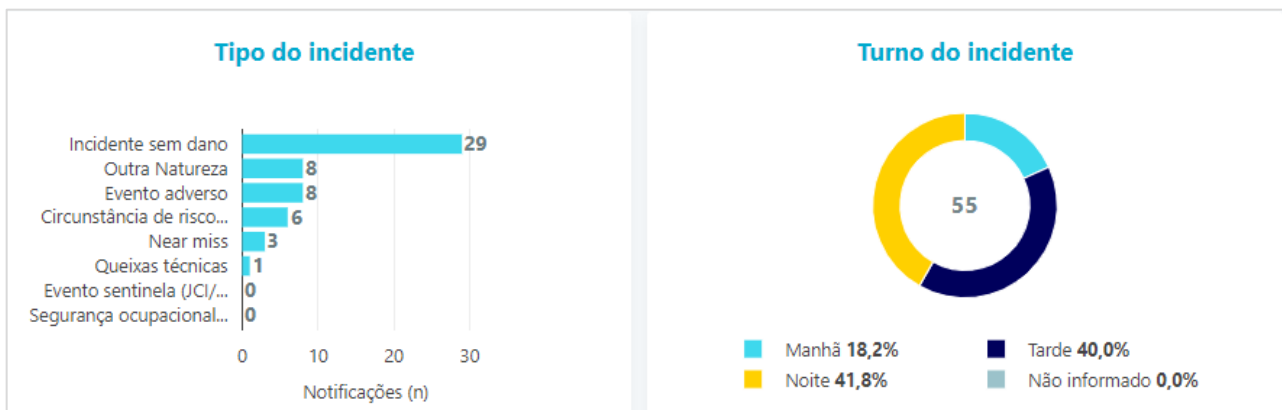
Foram realizadas todas as Comissões previstas em contrato com a Fundação Municipal de Ponta Grossa. Nelas foram abordados temas em relação a rotina da Unidade e ficaram definidas algumas ações para melhoria nos processos.

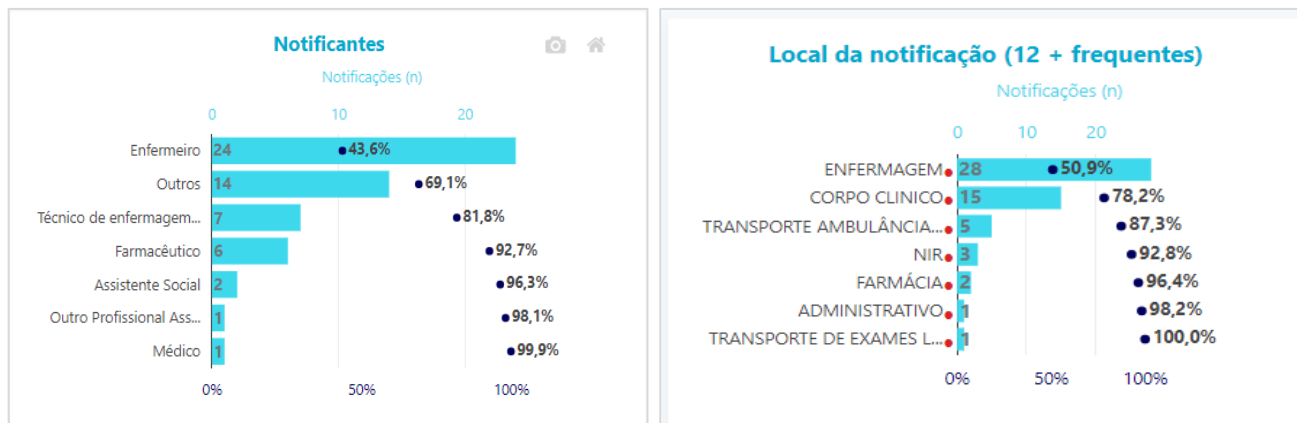
COMISSÃO	DATA E HR DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	22/11 às 10h30	-Manual do Colaborador; -Descartes de resíduos na sala de sutura; -Padronização de materiais na sala de sutura; -Indicadores de álcool e sabonete, padronização de bags; -Indicadores do protocolo de HM.	-Entrega do Manual do Colaborador; -Fluxo de descarte de líquidos e resíduos no setor de sutura.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	22/11 às 11h30 (Ordinária)	- Alteração nos carrinhos de Emergência; - Despadronização do medicamento Dimenidrato; - Despadronização do material Compressa gaze 7,5cm x 7,5cm.	- Avaliação dos materiais hospitalares padronizados; - Padronização luva de aspiração para procedimentos.
Comissão de Verificação de Óbitos	13/11 às 09h (Extraordinária)	-Revisão do prontuário paciente FM, 73 anos; - Revisão do prontuário paciente JF, 78 anos; - Revisão do prontuário paciente JS, 96 anos; - Revisão do prontuário paciente HC, 83 anos.	-Análise de seis prontuários pelo DT; -Abertura do Protocolo de Londres.
Comissão de Verificação de Óbitos	24/11 às 08h30 (Ordinária)	-Revisão do prontuário paciente LR, 69 anos.	-Análise de seis prontuários pelo DT; -Agendamento de reunião extraordinária; -Protocolo de Londres, paciente FM, 73 anos.

Comissão de Verificação de Óbitos	29/11 às 11h (Extraordinária)	-Revisão do prontuário paciente AS, 69 anos; -Revisão do prontuário paciente CR, 78 anos; -Revisão do prontuário paciente OS, 73 anos; -Revisão do prontuário paciente RP, 61 anos; -Revisão do prontuário paciente IL, 86 anos; -Revisão do prontuário paciente VVG, 90 anos; -Revisão do prontuário paciente MAS, 50 anos.	-Protocolo de Londres paciente, FM 73 anos.
Comissão de Segurança do Paciente	24/11 às 09h (Ordinária)	-Índice de Notificações de Incidentes e Eventos Adversos -Sistema EPIMED; -ROP Day; -Treinamento Identificação do Paciente -Identificação do Paciente nos Leitos	-Treinamento Identificação do Paciente; -Cotação da Identificação nos Leitos.
Comissão de Verificação de Prontuário	24/11 às 09h30 (Ordinária)	-Completeness de prontuários; -Condutas médicas; -Testes rápidos; -Fluxo da Inalação; -Grupo de auditores internos.	-Checklist de passagem nos setores de procedimentos realizados; -Mudança de fluxo da CR; -Auditores Internos; -Treinamento sobre processo de alta; -Evolução de desfecho Alta/Evasão

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de novembro o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente recebeu um total de 55 notificações, através da plataforma da EPIMED implantada em agosto. Segue em anexo indicadores de: Tipo do Incidente; Turno do Incidente; Notificantes e Local da Notificação.





Fonte: Dashboard Segurança do Paciente. Arquivo Epimed 2023.

5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

O Setor da Qualidade, juntamente com o Setor NEP, realizou a integração institucional de novos colaboradores que estão iniciando atividades na unidade. Na integração abordamos temas como:

- História do INDSH;
- Apresentação dos membros que compõe a Direção e Gerência das UPA's Santana e Santa Paula;
- Missão, Visão e Valores;
- Apresentação do layout das UPA's Santana e Santa Paula;
- Introdução a Qmentum;
- Gestão documental e Intranet;
- Lei LGPD;
- Uso de EPI's dentro das unidades;
- Notificações de Incidentes e Eventos Adversos.

Aproveitamos o momento também, para falar sobre Notificação de Eventos Adversos; a importância que eles têm dentro da Unidade; O que notificar, como notificar e o fluxo dessas notificações e ferramenta da EPIMED. Ao final da integração é entregue o Manual da Qualidade que contém algumas informações da unidade de como é realizada a Gestão da Qualidade, Gestão de Processos entre outros.

6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM

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 estruturarem e gerenciar o trabalho por meio de um conjunto de valores, princípios e práticas.

Toda sexta-feira às 11h gestores e demais membros juntamente com apoio do Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) realizam a reunião do Scrum com duração de 1h para acompanhamento das ações executadas e avanço de etapas da metodologia Kanban.

6.1. Plano de Ação – Rumo a Qmentum

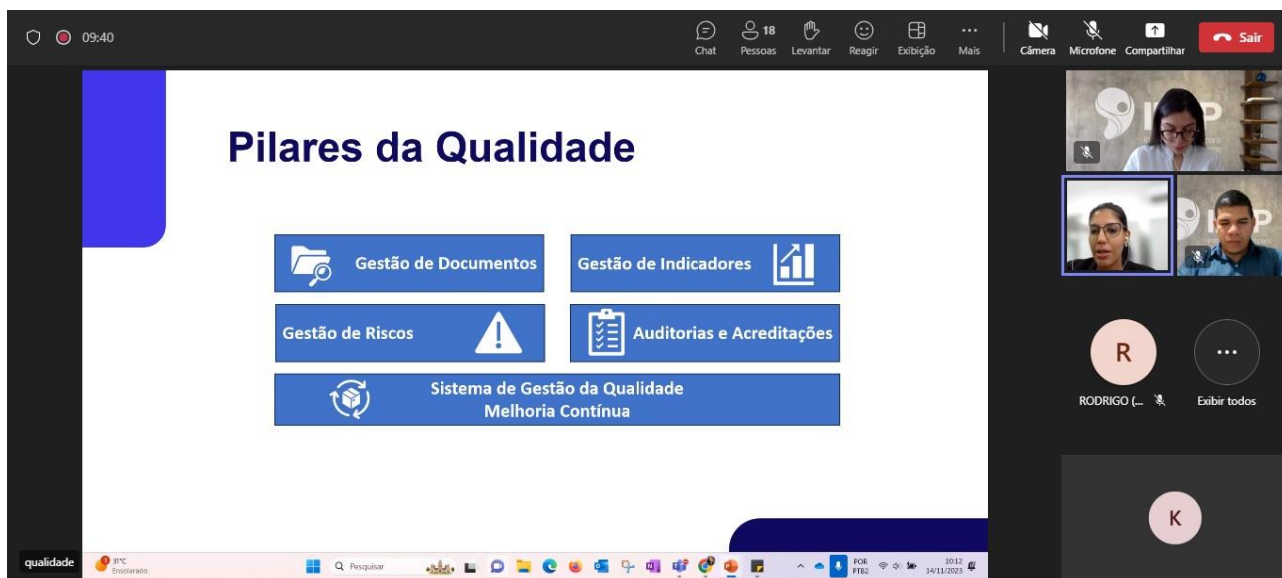
Em constância aos andamentos das atividades, apresenta-se o desenvolvimento da metodologia Scrum e Kanban em conformidade com a ferramenta 5W2H, segue abaixo o cronograma de execução das atividades voltadas ao setor da Qualidade e NEP.

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 novembro 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 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;	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

7. REUNIÕES ONLINE IBSP

Nos dias 07/11, 14/11, 21/10 e 28/11 às 10h, gestores e setor de qualidade participamos online das reuniões com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP). Segue anexo (imagem 1) reunião realizada sobre Gestão Documental.

Imagem 1 - Reunião IBSP 14/11



Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

8. ROP DAY – FERRAMENTA KAMISHIBAI

Em novembro deu-se seguimento a ação implementada do ROP Day como forma de divulgar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs) aos profissionais, visando a Acreditação Internacional da Qmentum. Ação foi criada para promover a cultura da segurança do paciente na unidade, utilizando a ferramenta de gerenciamento Kamishibai é possível gerenciar as conformidades e não conformidades do processo auditado diariamente. As ROP já abordadas foram: Estratégias para Prevenção de Quedas; Prevenção de Lesão por Pressão e Prevenção de Suicídio. Segue em anexo fotos:

Imagem 2,3 e 4 – ROP Day





Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade 2023.

9. INTERACT

Em novembro seguimos com a Implantação do SA Interact nas Unidades Santana e Santa Paula, segue atualização do status de implantação:

06/11 - 16h-18h - Desenvolvimento do Módulo de document ☒

08/11 - 08h-10h - Repositório e Classificação das categorias ☒

13/11 - 16h-18h - Preparo para inserção dos documentos ☒

17/11 – 15h-16h - Montagem de template PDF ☒

20/11 - 16h-18h – Importação de Documentos ☒

22/11 – 08h-10h – Aplicação do Distribuidor (Gestão de Cópias controladas e não controladas) ☒

27/11 - 16h-18h - Aplicações de Localizar Documentos, Busca, Monitoramento, Portfólio e Relatórios ☒

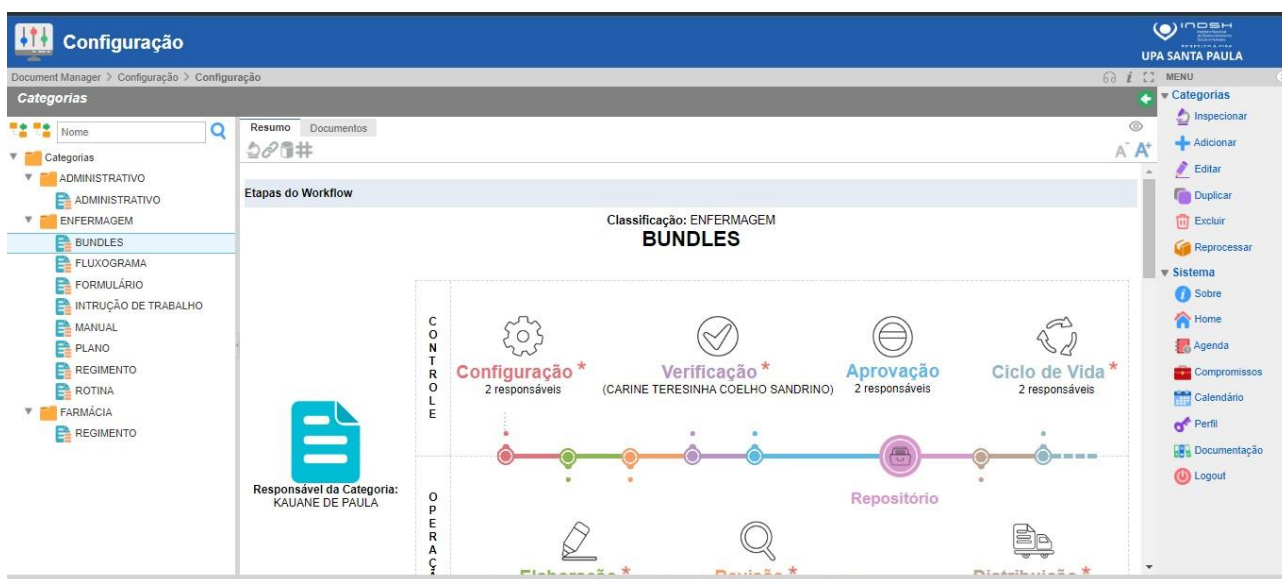
29/11 – 08h – 09h – Controle de Eventos ☒

08/12 – Agendado treinamento com Gestores sobre o Módulo Document (carga horária 4h).

Segue cronograma das Fases de Implantação do SA Interact:

Nº	Descrição da entrega	Expectativa de conclusão
1	FASE 1. Iniciação e planejamento do Projeto	04/10/2023 Ok
2	FASE 2. Implantação do SA Document Manager	21/11/2023 Fase Treinamento
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

Imagem 5 – Reunião Módulo Document – Fluxo das Categorias



Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade 2023.

10. RESULTADOS

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

- Gestão documental;
- Gerenciamento Gestão de Risco;
- Gerenciamento/Auditorias de ações para Acreditação Qmentum;
- Acompanhamento da Implantação do SA Interact na unidade (Módulo Document).

Documento assinado digitalmente
KAUANE DE PAULA
Data: 11/12/2023 08:17:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Kauane de Paula
Analista de Qualidade

Documento assinado digitalmente
MARIANE ZADRA
Data: 11/12/2023 08:02:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Mariane Zadra
Coordenadora de Qualidade/NEP

ELIANE DA
SILVA
KRINSKI:029
87095970

Assinado de forma
digital por ELIANE DA
SILVA
KRINSKI:02987095970
Dados: 2023.12.11
17:33:39 -03'00'

Eliane Krinski

Gerente Administrativa

Clemência Moreira de Souza

Diretora Executiva

11. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica

12. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador GADM	Aprovador DE	Datas
Kauane de Paula Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Eliane Krinski Gerente administrativo	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 10/08/2023 Vigência: 10/08//2025

PRESTAÇÃO DE CONTAS
DEZEMBRO/2023
UPA SANTA PAULA
QUALIDADE

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	3
2. GESTÃO DOCUMENTAL.....	3
2.1. INSTRUÇÃO DE TRABALHO.....	3
2.2. FLUXOGRAMAS	3
2.3. FORMULÁRIOS	3
2.4. PROTOCOLOS	3
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE DEZEMBRO	3
4. GESTÃO DE RISCO	4
5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL.....	5
6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM.....	6
6.1. Plano de Ação – Rumo a Qmentum	6
7. REUNIÕES ONLINE IBSP	7
8. ROP DAY – FERRAMENTA KAMISHIBAI	7
9. INTERACT	8
10. RESULTADOS	9
11. 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 Santa Paula. 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. INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
TESTE DIÁRIO DA SELADORA	IT.CME.044
EXECUÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NO SISTEMA TASY	IT.ENF.028

2.2. FLUXOGRAMAS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
LIBERAÇÃO DE VISITAS PARA PACIENTES COVID-19 POSITIVO	FLU.ENF.010
DISTRIBUIÇÃO DE DIETA AOS PACIENTES	FLU.ENF.011

2.3. FORMULÁRIOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
TESTE DIÁRIO DA SELADORA	FOR.CME.011
CONTROLE DO NÚMERO DE REPUNÇÃO	FOR.FAR.045
AUDITORIA PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	FOR.NSP.004
PREVENÇÃO A PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA	FOR.SCIH.011

2.4. PROTOCOLOS

NOME DO DOCUMENTO	CÓDIGO DO DOCUMENTO
PROTOCOLO NUTRICIONAL	PROC.UPA.011

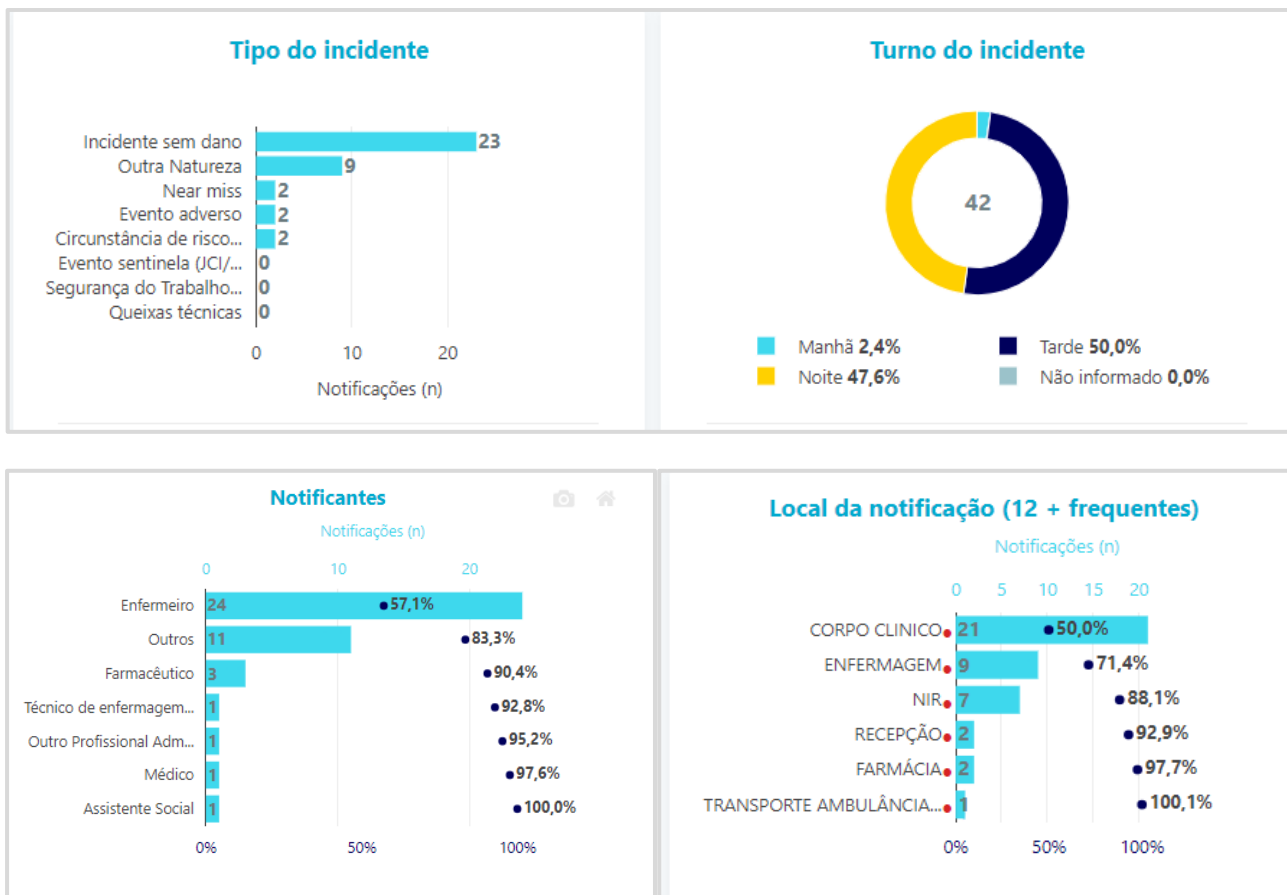
3. COMISSÕES REALIZADAS NO MÊS DE DEZEMBRO

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 E HR DA REALIZAÇÃO	TEMAS ABORDADOS	AÇÕES DEFINIDAS
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	20/12 às 14h	- Manual do Colaborador; - Descarte de Resíduos na Sutura; - Padronização e despadronização de itens; - Indicadores de álcool e sabonete; - Indicadores do Protocolo de HM.	- Manual do Colaborador; - Fluxo de descarte de líquidos e resíduos na Sutura; - Demonstrativo de taxa de Higienização das Mãos nos setores.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	20/12 às 13h30	- Padronização de Materiais Hospitalares; - Despadronização de Materiais de Higiene e Limpeza	Padronização de Materiais de Higiene e Limpeza.
Comissão de Segurança do Paciente	20/12 às 15h	- Índice de Notificações de Incidentes e Eventos Adversos; - Diálogo Diário das ROP's; - Placa de Identificação de Leitos; - Registro Seguro; - Pulseira de Identificação.	- Adequação da Impressão da Identificação do Paciente; - Treinamento Registro Seguro; - Pulseira de Identificação.
Serviço de Atendimento ao Usuário	20/12 às 15h30	- Apresentado índice de Satisfação do Usuário; - Apresentado Relatório do mês de Novembro; - Índice de Satisfação no mural.	- Registrar Eventos que ocorrem no Fluxo; - Treinamento da recepção para distribuição de folheto de participação.
Comissão de Verificação de Óbitos	26/12 às 13h30	- Revisão do prontuário paciente SUF, 92 anos; - Revisão do prontuário paciente JT, 57 anos.	- Protocolo de Londres; - Fluxo de Atendimento inicial pacientes admitidos via Serviço de Atendimento Móvel.
Comissão de Verificação de Prontuário	09/01 às 08h30	- Auditoria Completude de Prontuário; - Registros de Testes Rápidos; - Fluxo de Cuidados pacientes da Inalação; - Registro Seguro	- Grupo de Auditores Internos; - Capacitação do Fluxo de Atendimento pacientes Admitidos via Serviço de Atendimento Móvel; - Registro de Teste Rápidos no Prontuário do Paciente.

4. GESTÃO DE RISCO

No mês de dezembro o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente recebeu um total de 42 notificações, através da plataforma da EPIMED. Segue em anexo indicadores de: Tipo do Incidente; Turno do Incidente; Notificantes e Local da Notificação.



Fonte: Dashboard Segurança do Paciente. Arquivo Epimed 2023.

5. INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

O Setor da Qualidade, juntamente com o Setor NEP, realizou a integração institucional de novos colaboradores que estão iniciando atividades na unidade. Na integração abordamos temas como:

- História do INDSH;
- Apresentação dos membros que compõe a Direção e Gerência das UPA's Santana e Santa Paula;
- Missão, Visão e Valores;
- Apresentação do layout das UPA's Santana e Santa Paula;
- Introdução a Qmentum;
- Gestão documental e Intranet;
- Lei LGPD;
- Uso de EPI's dentro das unidades;
- Notificações de Incidentes e Eventos Adversos.

Aproveitamos o momento também, para falar sobre Notificação de Eventos Adversos; a importância que eles têm dentro da Unidade; O que notificar, como notificar e o fluxo dessas notificações e ferramenta da

EPIMED. Ao final da integração é entregue o Manual da Qualidade que contém algumas informações da unidade de como é realizada a Gestão da Qualidade, Gestão de Processos entre outros.

6. ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES PARA A ACREDITAÇÃO QMENTUM

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 estruturarem e gerenciar o trabalho por meio de um conjunto de valores, princípios e práticas.

Toda sexta-feira às 11h gestores e demais membros juntamente com apoio do Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) realizam a reunião do Scrum com duração de 1h para acompanhamento das ações executadas e avanço de etapas da metodologia Kanban.

6.1. 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.

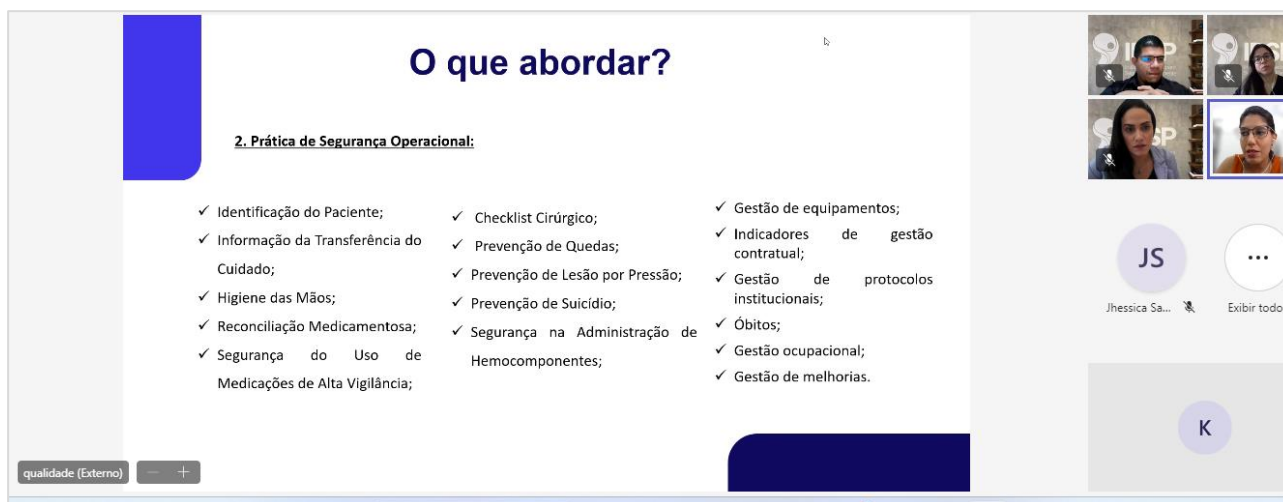
Ação	Ações em andamento	STATUS
Desdobrar o planejamento estratégico, contemplando os objetivos e metas atuais.	Divulgação das perspectivas, iniciativas e objetivos; Iniciar levantamento de indicadores estratégicos; Contratar software de gestão da qualidade (Interact)	EM ANDAMENTO Iniciado em outubro 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”
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 novembro 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 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/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, 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.	REALIZADO

7. REUNIÕES ONLINE IBSP

No dia 12/12, gestores e setor de qualidade participamos online da reunião online com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP). Segue anexo (Imagem 1) reunião realizada sobre a ROP – Relatório Trimestral sobre Segurança do Paciente.

Imagem 1 - Reunião IBSP 12/12



Fonte: O Autor.Arquivo 2023.

8. ROP DAY – FERRAMENTA KAMISHIBAI

Em dezembro as equipes seguiram ação do ROP Day como forma de divulgar as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs) aos profissionais, visando a Acreditação Internacional da Qmentum. Ação foi criada para promover a cultura da segurança do paciente na unidade, utilizando a ferramenta de gerenciamento Kamishibai é possível gerenciar as conformidades e não conformidades do processo auditado diariamente. As ROP's já abordadas foram: Prevenção de Suicídio, Higienização das Mãos, Gestão de Equipamentos, Identificação do Paciente. Segue em anexo fotos.

Imagem 2,3,4 e 5 – ROP Day
Práticas Organizacionais Obrigatórias



Fonte: UPASPG. Arquivo Comunicação 2023.

9. INTERACT

Em dezembro seguimos com a Implantação do SA Interact nas Unidades Santana e Santa Paula, segue atualização do status de implantação:

08/12 08h às 12h – Treinamento do Módulo Document com os profissionais da unidade (duração de 4 horas) ☒

11/12 16h às 17h30 - Mapeamento Módulo Governance Manager ☒

27/12 08h30 às 08h45 – Encerramento do Módulo de Document Manager ☒

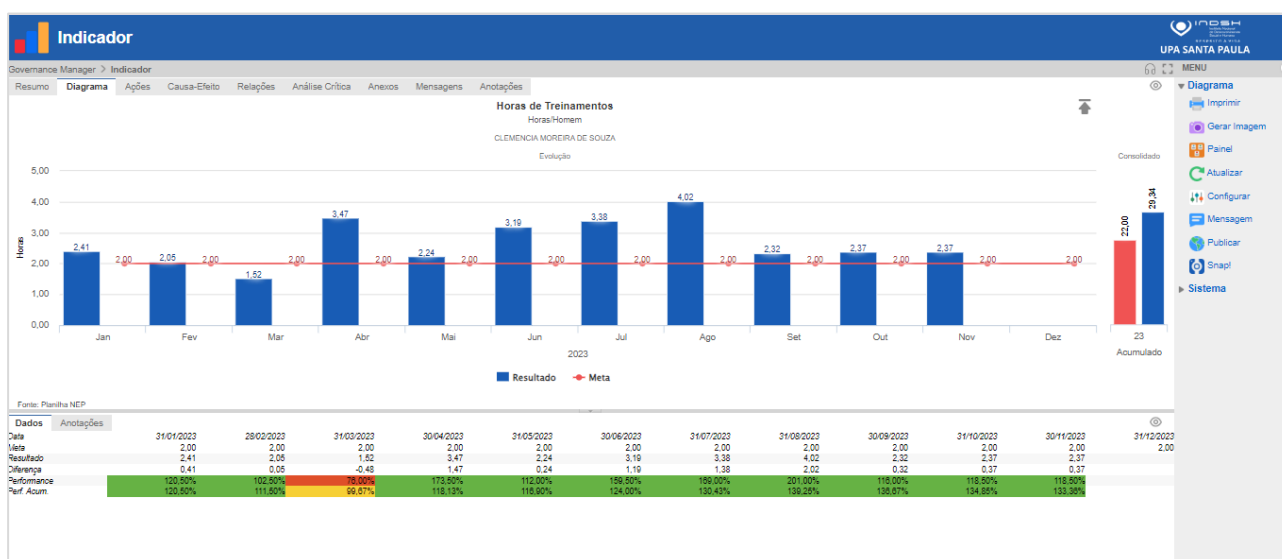
27/12 08h45 às 10h15 – Implantação Governance Manager ☒

Segue cronograma das Fases de Implantação do SA Interact:

Nº	Descrição da entrega	Expectativa de conclusão
1	FASE 1: Iniciação e planejamento do Projeto	04/10/2023 Ok
2	FASE 2: Implantação do SA Document Manager	21/11/2023 Ok
3	FASE 3: Implantação do SA Governance Manager	05/01/2024 Em Andamento
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

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

Imagem 6 – Indicador Horas Treinamento 2023



Fonte: O Autor.Arquivo Qualidade 2023.

10. RESULTADOS

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

- Importação e Padronização da Gestão documental no SA Interact;
- Gerenciamento Gestão de Risco e gerenciamento de ações;
- Gerenciamento e Preparação para Visita de Avaliação QGA - Certificação Qmentum;
- Acompanhamento da Implantação do SA Interact na unidade (Módulo Governance Manager).



Documento assinado digitalmente
KAUANE DE PAULA
Data: 15/01/2024 15:15:26-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Kauane de Paula
Analista de Qualidade

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

Mariane Zadra
Coordenadora de Qualidade/NEP

Clemência Moreira de Souza

Diretora Executiva

11. HISTORICO DE REVISÃO

Não se aplica

12. ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador DE	Datas
Kauane de Paula Analista de Qualidade	Mariane Zadra Coordenadora da Qualidade	Clemência Moreira de Souza Diretora Executiva	Aprovação: 10/08/2023 Vigência: 10/08/2025