

HUAC

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Relatório de Gestão

2023



HUAC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

SETOR DE GESTÃO
DA QUALIDADE -
STGQ

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade em saúde como “o grau de conformidade com os princípios e práticas aceitas, o grau de adequação às necessidades dos pacientes e os resultados alcançados” (CAPUCHO, 2012).

Desse modo, a gestão da qualidade é, antes de tudo, uma estratégia de aproximação da integralidade do cuidado, na medida em que são articulados profissionais e unidades com diferentes papéis e aportes tecnológicos, necessários no cuidado do paciente, favorecendo uma condução oportuna, ágil e singular, pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, buscando uma assistência adequada às necessidades dos pacientes, consequentemente melhorando a experiência do paciente.

O Setor de Gestão da Qualidade tem um importante papel no apoio das diferentes áreas e na disseminação da cultura de segurança do paciente, uma vez que ela é impulsionadora dos processos de melhoria contínua e que permeiam toda a instituição hospitalar – contribuindo para caminhos cada vez mais seguros para o paciente, colaboradores e instituição.

O **Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)** é a divisão dentro da rede EBSE RH, responsável por garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Esse setor está subdividido em **Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)** composto pela *Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)*, *Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)* e a *Comissão de Gestão de Risco Sanitário Hospitalar* e, a **Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)** que inclui atualmente o *Núcleo de Segurança do Paciente*, *Comissão de Avaliação Interna da Qualidade* e *Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE)*.

A **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** desenvolve diversas atividades no âmbito institucional entre elas destaca-se vigilância epidemiológica em unidades críticas e não críticas investigando a incidência de infecção hospitalar, vigilância microbiológica realizada diariamente nos exames laboratoriais, institui medidas de precaução, monitora e controla a ocorrência de surtos de infecção hospitalar, elabora e implementa rotinas de prevenção, diagnóstico e tratamento de infecção hospitalar. Realiza também, assessoria a diversos setores tais como engenharia, administração, nutrição, central de material, farmácia, laboratório de microbiologia, lavanderia, visando contribuir para as ações que estão direta ou indiretamente ligadas à prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência à saúde.

O **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)** é responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória /ou outros agravos de interesse para a saúde pública. A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento,

a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

A **Comissão de Gestão de Risco Sanitário Hospitalar** é responsável pelo Projeto Hospitais Sentinelas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, designada pela Portaria 0016/2002 do Superintendente do Hospital, em 30 de setembro de 2002, é de natureza técnico-científico-permanente e tem por finalidade assessorar a ANVISA na obtenção de informações qualificadas sobre eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde sob vigilância sanitária no pós-uso ou pós-comercialização, em atenção à RDC ANVISA Nº 51, de 29 de setembro de 2014, incluindo: medicamentos, insumos, material médico-hospitalar, sangue e hemoderivados, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-odontológicos em uso no país, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Pós-comercialização/ Pós-uso. A presente comissão tem a missão de ampliar e sistematizar a vigilância sobre produtos de saúde utilizados pelo HUAC e assim promover maior segurança e resolutividade para os seus clientes, além de melhores condições de trabalho para os servidores, a qual será coordenada pelo Gerente de Risco Sanitário Hospitalar, sendo este, a chefia da UVS.

O **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** atua na proteção à saúde através de intervenções preventivas e reativas nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços no complexo hospitalar, por meio de práticas de vigilância, controle e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado. Promove e apoia a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde.

A **Comissão de avaliação Interna da Qualidade (CAIQ)** é um órgão de assessoria direta da Superintendência do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) de natureza técnico-científica permanente, coordenado pelo Setor de Gestão da Qualidade. Tem por finalidade a avaliação interna da qualidade (AVAQualis): atividade sistemática, independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo EBSERH de Qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho.

A **Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE)** do HUAC é uma comissão de assessoria junto ao Setor de gestão da qualidade e com autonomia funcional na execução de suas atividades nas unidades, sempre em consonância com as atividades do SGQ. Tem por finalidade o desenvolvimento de ações padronizadas mediante normatização técnica e padrões de excelência para a prevenção e tratamento de lesões e estomias, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e continuidade do cuidado, promovendo a oportunidade de atualização científica e assessoria técnica de novos produtos aos profissionais envolvidos no cuidado com a pele.

2. VINCULAÇÃO

O STGQ do HUAC conta com duas Unidades: Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP) e Unidade de Vigilância em Saúde (UVS).

Para melhor visualização segue Organograma na Figura 1:

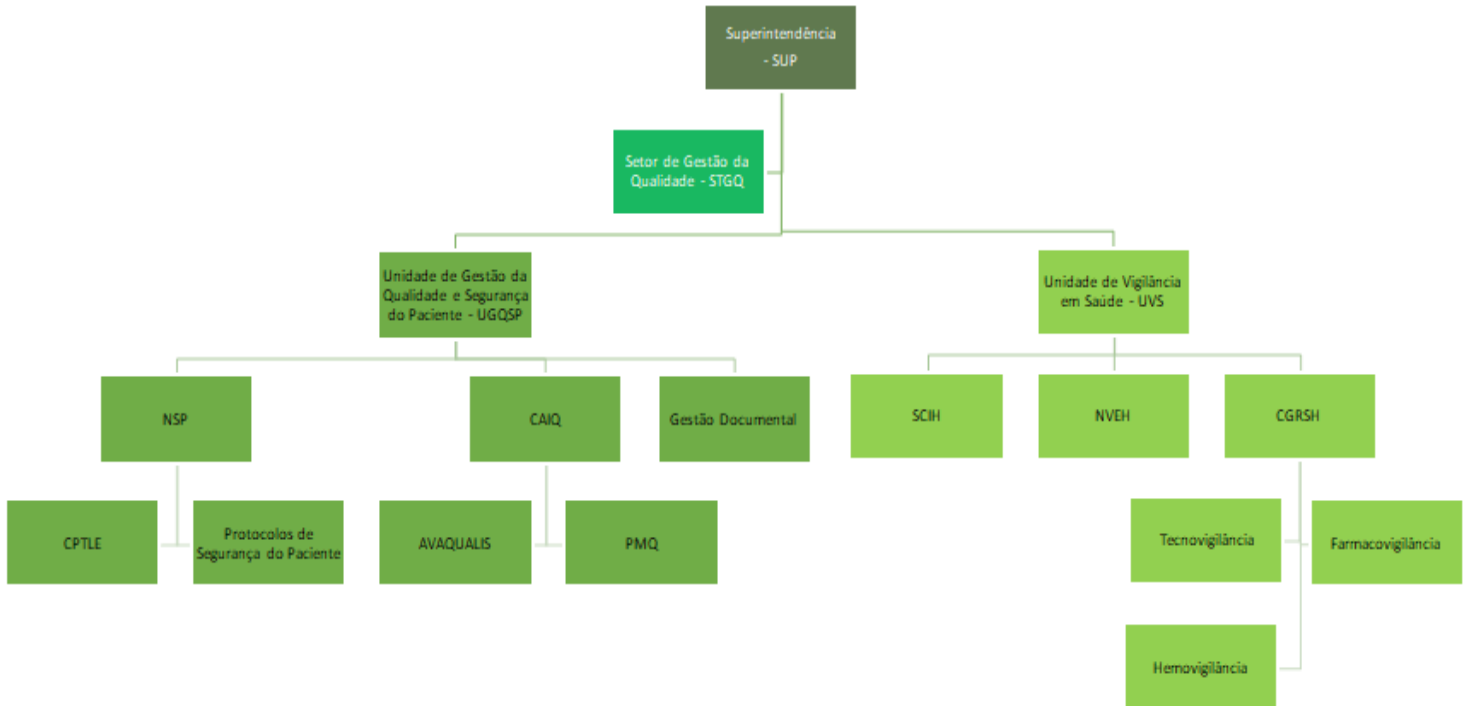


Figura 1: Organograma STGQ/HUAC-UFMG.

3. OBJETIVO GERAL

Promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da rede Ebserh nas áreas de assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde (Ebserh, 2018n).

4. ATRIBUIÇÕES

4.1 Atribuição do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

- i. Promover o desenvolvimento e aprimoramento contínuo das atividades de vigilância epidemiológica, controle de infecções hospitalares, gestão de riscos relacionados às tecnologias em saúde e aos processos assistenciais;
- ii. Coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente auxiliando-o na promoção de ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- iii. Coordenar a análise e avaliação das notificações sobre incidentes e queixas técnicas;
- iv. Selecionar e encaminhar notificações sobre incidentes e queixas técnicas para o Núcleo de Segurança do Paciente;
- v. Coordenar ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- vi. Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- vii. Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- viii. Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- ix. Auxiliar na elaboração, divulgação e atualização o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- x. Implementar o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde estabelecido pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- xi. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- xii. Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- xiii. Coordenar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- xiv. Apoiar a Sede da EBSERH no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- xv. Participar de eventos e demais ações promovidos pela EBSERH Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

Nos hospitais Sentinela:

- i. Promover a consolidação e desenvolvimento da Rede Sentinela, no âmbito da sua atuação;
- ii. Elaborar e implantar a política de gestão de risco no âmbito do VIGIHOSP;
- iii. Planejar, executar, monitorar e divulgar ações de vigilância pós-uso e pós-comercialização de produtos e serviços;
- iv. Garantir a identificação, investigação e envio das notificações de eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária;
- v. Participar de atividades de formação, produção e intercâmbio de conhecimento no âmbito da Rede Sentinela;
- vi. Promover atividades de formação, produção e intercâmbio de conhecimento com foco em ações de vigihosp;
- vii. Apresentar documentos solicitados pela coordenação da Rede Sentinela, no prazo estabelecido, para fins de monitoramento das atividades realizadas.

4.2 Atribuição da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)

- i. Coordenar as atividades de gestão de riscos relacionados à assistência e ao uso de tecnologias em saúde;
- ii. Coordenar as Comissões Multidisciplinares relacionadas;
- iii. Executar ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- iv. Utilizar métodos ativos de identificação de incidentes em saúde e queixas técnicas;
- v. Coordenar a análise e avaliação das notificações recebidas;
- vi. Auxiliar na coordenação de ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- vii. Identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados;
- viii. Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas aos seus processos;
- ix. Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes em saúde e queixas técnicas;
- x. Auxiliar na elaboração divulgação e atualização o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

- xi. Participar ativamente do processo de implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSEH e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- xii. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados de seus processos;
- xiii. Guardar e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações;
- xiv. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias, e, quando pertinente, disseminando a informação na instituição;
- xv. Notificar eventos adversos e queixas técnicas aos órgãos competentes;
- xvi. Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- xvii. Executar plano de pesquisa sobre prevenção de incidentes em saúde para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- xviii. Apoiar a Sede da EBSEH no desenvolvimento de estratégias para a gestão de riscos relacionados à assistência e ao uso de tecnologias em saúde;
- xix. Participar de eventos e demais ações promovidos pela EBSEH Sede sobre gestão de riscos relacionados à assistência e ao uso de tecnologias em saúde.

4.3 Atribuição da Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)

- i. Coordenar as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de infecções hospitalares;
- ii. Coordenar as Comissões Multidisciplinares relacionadas;
- iii. Executar ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- iv. Utilizar métodos ativos de identificação de infecções relacionadas à assistência e à doenças e agravos de notificação compulsória;
- v. Coordenar a análise e avaliação das notificações recebidas;
- vi. Auxiliar na coordenação de ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- vii. Identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados;

- viii. Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas aos seus processos;
- ix. Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de infecções relacionadas à assistência;
- x. Auxiliar na elaboração, divulgação e atualização o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- xi. Participar ativamente do processo de implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSEH e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- xii. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados de seus processos;
- xiii. Guardar e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações;
- xiv. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias, e, quando pertinente, disseminando a informação na instituição;
- xv. Notificar as infecções, doenças e agravos aos órgãos competentes;
- xvi. Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- xvii. Executar plano de pesquisa sobre controle de infecção e vigilância epidemiológica para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- xviii. Apoiar a Sede da EBSEH no desenvolvimento de estratégias para a vigilância epidemiológica e controle de infecção relacionadas à assistência;
- xix. Participar de eventos e demais ações promovidos pela EBSEH Sede sobre vigilância epidemiológica e controle de infecção relacionadas à assistência.

5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O papel do NSP nos serviços de saúde é extremamente relevante, pois ele possui a responsabilidade da criação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) sendo encarregado também de elaborar, implementar, atualizar e fiscalizar os riscos que pode surgir na instituição, promovendo ações de qualidade com a equipe multiprofissional.

Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) foi instituído em 10 de dezembro de 2013, através da portaria 134/2013, e é submetido, no atual organograma institucional, diretamente à Superintendência, buscando através de metodologias proativas elaborar e implementar estratégias que mitiguem uma assistência danosa ao usuário assistido pela instituição.

A última composição do NSP institucional foi publicada na Portaria-SEI nº 107 de 09 de fevereiro de 2023 no boletim de serviço Nº 358, de 10 de fevereiro de 2023.

No primeiro semestre de 2023 foram implementadas ações educativas e assistenciais pelo NSP e reuniões mensais com os integrantes do grupo (após a renovação da portaria de constituição) para definirem assuntos pertinentes ao tema.

Acesso ao VIGIHOSP

O link de acesso ao sistema encontra-se na área de trabalho de todos os computadores do hospital. Qualquer profissional ou estudante da instituição tem acesso ao sistema e em caso de incidente, evento ou queixa técnica ocorrida durante a assistência ou manipulação de artigos médicos hospitalares, deverá através do VIGIHOSP notificar o agravo para implementação de estratégias para minimizar o mesmo.

Eventos e queixas notificáveis do VIGIHOSP

- Queixas Técnicas relacionadas a Artigo médico-hospitalar;
- Eventos relacionados a procedimentos cirúrgicos;
- Desabastecimento de tecnologias, insumos e/ou artigo médico-hospitalar;
- Doenças e agravos de notificação compulsória;
- Falhas ou quebra de equipamentos relacionados à saúde;
- Erro de diagnóstico;
- Extubações Acidentais;
- Flebite;
- Identificação do Paciente;
- Infecções Relacionadas à Saúde;
- Surgimento ou agravamento de Lesões por Pressão;
- Falhas, desvio ou queixas de medicamentos durante a prescrição, dispensação ou administração;

- Perda de cateter venoso central ou urinário;
- Queda do paciente;
- Casos novos de câncer;
- Saneantes;
- Falhas relacionadas a sangue ou hemocomponentes;
- Falhas relacionadas aos diversos tipos de dieta;
- Casos de tromboembolismo venoso.

Objetivos da notificação

O principal objetivo das notificações realizadas no VIGIHOSP é a formação de uma cultura de segurança institucional, visando a melhoria dos processos assistenciais, **NÃO** tendo como foco o caráter **PUNITIVO**. A notificação pode ser anônima e após a realização desta, os investigadores do setor de Gestão de Qualidade realizarão a investigação do evento e junto com a equipe proporá um plano de ação que diminua o risco de um novo acontecimento.

Foram realizadas as seguintes campanhas:

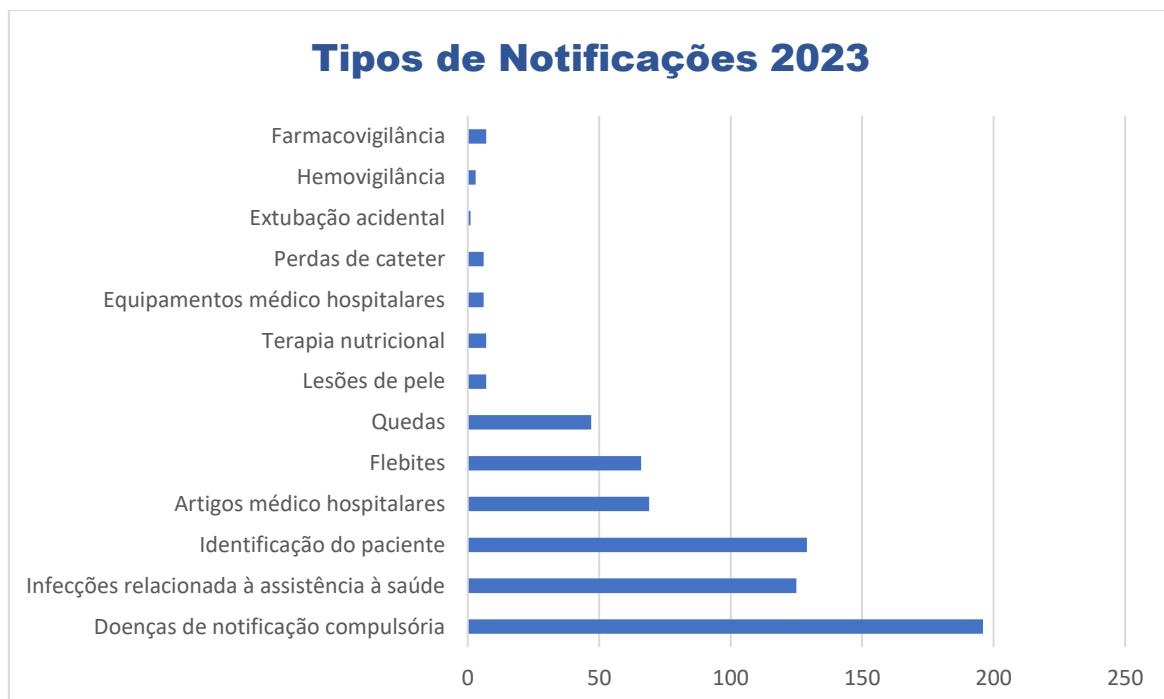
Divulgação da tela do desktop de cada colaborador sobre a importância das notificações;

Capacitação sobre como o colaborador notificar no VIGIHOSP;

Blitz mensais nas alas sobre conscientização da importância das notificações.

Foram geradas no sistema VIGIHOSP 694 notificações.

Dessas notificações, 69 referem-se aos artigos médico hospitalares, 129 referentes à identificação do paciente, 125 referentes à infecção relacionada à assistência à saúde, 66 referentes à flebites, 196 referentes à doenças de notificação compulsória, 07 referentes às lesões de pele, 47 referentes à quedas, 07 referentes à terapia nutricional, 06 referentes à falhas ou problemas em equipamentos, 06 referentes à perda de cateter, 01 referente à extubação acidental, 03 referentes à hemovigilância, 07 referentes à medicamentos/ farmacovigilância, entre outros, como pode ser observado no gráfico abaixo

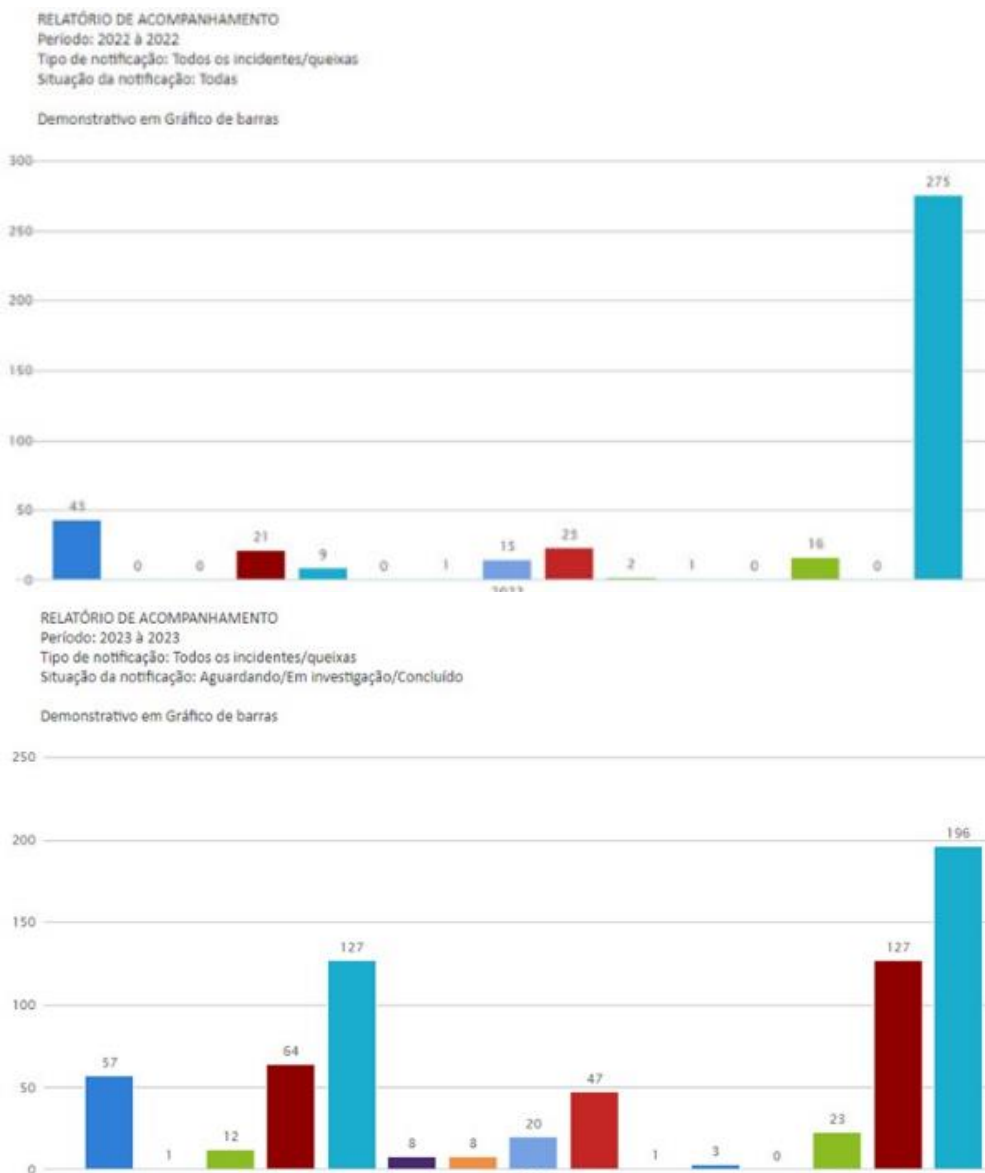


Fonte: VIGIHOSP, 2024

Tecnovigilância

Em 2023 foram investigadas, através do VIGIHOSP, 69 notificações de artigos médico-hospitalares e 06 referentes à falha ou problema em equipamentos. Dentre os mais variados artigos, os mais notificados foram extensor multivias e kits diagnósticos terapêuticos. Quando necessário, foram efetivadas buscas ativas nos setores sobre os artigos notificados e em seguida realizadas as notificações no sistema NOTIVISA da ANVISA. Trimestralmente foram encaminhadas à farmácia (CAF), via e-mail, cópia das notificações a fim de que fundamentar a necessidade de substituição dos artigos mais notificados.

Comparativo entre as notificações de 2022 e 2023:



Fonte: VIGIHOSP, 2024

Reuniões ordinárias do NSP

No ano de 2023, o NSP realizou reuniões ordinárias mensais, conforme apresentamos os seguintes registros:

Reunião/data	Ata SEI
02/01/2023	26748292
06/02/2023	27524908
06/03/2023	28154643
03/04/2023	28154643
08/05/2023	29753908
12/06/2023	30502201
03/07/2023	31010026
07/08/2023	32092204
04/09/2023	32631630
02/10/2023	33320516
06/11/2023	34108124
12/12/2023	35127005

Além das reuniões, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Definição de calendário mensal de reuniões para o ano de 2023;
- Elaboração e apresentação do cronograma de campanhas educativas e de conscientização para o ano de 2023 para todos os colaboradores;
- Elaboração e apresentação de um cronograma de capacitações mensais sobre assuntos voltados para Qualidade e Segurança do Paciente voltado, preferencialmente para os líderes;

Segue abaixo o cronograma das capacitações realizadas para líderes:

Data capacitação	TEMA
24/01/2023	Importância das notificações pelo VIGIHOSP
14/02/2023	Plano de ação como ferramenta estratégica de gestão
21/03/2023	Importância da cultura de segurança organizacional
16/05/2023	Ferramentas de gestão da qualidade
20/06/2023	Indicadores: Como eles ajudam no dia a dia
18/07/2023	Aspectos gerais sobre Acreditação Hospitalar
19/09/2023	Importância de Identificação do paciente (Segurança do paciente e Indicadores Institucionais)

- II Visita técnica do Hospital Moinhos de Vento nas unidades piloto que participam do projeto Paciente Seguro juntamente com o NSP (28 e 29/03);
- II Visita técnica do Hospital Beneficência Portuguesa à UTI adulto que participa do projeto Saúde em Nossas mãos junto com a CCIH e NSP (12/04);
 - Campanha Abril pela segurança do paciente (Realização de blitz educativa com jogos e BIGFONE de perguntas sobre a temática da segurança do paciente) nas datas 11,12 e 13 de abril;
 - Programado calendário anual de rondas da alta gestão nas unidades com uma ronda mensal e realização das rondas nas seguintes datas: 31/01; 16/02; 27/04; 25/05; 29/06;
 - Ação educativa de higienização das mãos em parceria com a CCIRAS e UVS (06 e 07/06);
 - Palestra sobre Biossegurança em parceria com a CCIRAS e UVS alusiva ao dia de controle de infecção (16/05);
 - Campanha educativa sobre prevenção de quedas (22/06) junto com blitz de notificações de eventos adversos;
 - III Visita técnica do Hospital Moinhos de Vento nas unidades piloto que participam do projeto Paciente Seguro juntamente com o NSP (11 e 12/07);
 - Ação educativa sobre uso seguro de medicamentos para abordagem de pacientes, acompanhantes e colaboradores em 31/07 e 01/08 em parceria com o serviço de farmácia (SAFS e UFCLIN);
 - Realização de blitz mensais do NSP nas alas abordando os colaboradores e orientando sobre notificações de eventos adversos e algumas metas do PNSP a partir do segundo semestre, segundo o seguinte cronograma:

Junho	22/06/2023	Quinta-feira
Julho	20/07/2023	Quinta-feira
Agosto	17/08/2023	Quinta-feira
Setembro	19/09/2023	Terça-feira
Outubro	19/10/2023	Quinta-feira
Novembro	08/11/2023	Quarta-feira

- Ação sobre dia de combate à Sepse em parceria com a CCIH em 14/09;
- Capacitação dos colaboradores da Unidade de Imagem (UDIDE) sobre as metas do PNSP (Identificação do Paciente e Higienização das mãos) e notificação de eventos adversos em 19/10 junto com a Blitz de notificações do NSP;
- Mês de Segurança Nutricional em parceria com a EMTN e UMULTI de 01/10 a 02/11.
 - Ação educativa em alusão ao Dia Mundial de segurança do Paciente nos dias 19 e 20/09 com abordagem dos colaboradores e pacientes sobre a importância da Identificação do Paciente e do envolvimento do paciente na segurança do paciente;
 - Visita final de avaliação do Hospital Moinhos de Vento nas unidades piloto que participam do projeto Paciente Seguro juntamente com o NSP (03 e 04/10);
 - Ação educativa em alusão ao dia mundial de Prevenção de Lesão por pressão em parceria com a CPTLE – Semana de Prevenção de LP – 08 e 09/11;
 - Encontro final do projeto PACIENTE SEGURO com todos as unidades hospitalares que participaram do projeto do triênio 2021-2023 em Brasília nos dias 13 e 14/11;

- Campanha de sensibilização para doadores de sangue realizada pelo Comitê transfusional (Novembro);
- Reunião de apresentação do relatório final do projeto PACIENTE SEGURO com o desempenho de cada time – 14/12.
 - Realizadas algumas rondas da alta gestão (visita nas unidades junto da alta gestão e de alguns chefes) para conhecer as dificuldades e ouvir diretamente o colaborador, segundo o seguinte cronograma:

Janeiro	31/01/2023	Terça-feira
Fevereiro	16/02/2023	Quinta-feira
Abril	24/04/2023	Quinta-feira
Mai	25/05/2023	Quinta-feira
Junho	29/06/2023	Quinta-feira
Agosto	24/08/2023	Quinta-feira
Outubro	26/10/2023	Quinta-feira

- Participação nos eventos de acolhimento de internos e residentes da Gerência de ensino e pesquisa abordando a Segurança do paciente na instituição, segundo seguinte cronograma:

Março	06 e 14/03/2023
Julho	23 e 24/07/2023
Dezembro	11/12/2023

- Metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente

Durante todo o ano foram realizadas atividades de capacitações, coletas quinzenais de indicadores das unidades piloto do Projeto Paciente Seguro:

- Clínica Médica Feminina – Quedas;
- Clínica Cirúrgica – Identificação do Paciente;
- Centro cirúrgico – Cirurgia segura;
- UTI Adulto – Lesão por pressão;
- Oncopediatria – Higienização das mãos;
- Farmácia – Segurança no armazenamento e dispensação de medicamentos.

DIFICULDADES ENCONTRADAS:

Os principais obstáculos encontrados no primeiro semestre de 2023 dizem respeito à:

- Disponibilidade dos membros para participar ativamente das ações devidos as próprias demandas dos serviços em que atuam;
- Déficit de profissionais que possam realizar buscas ativas e observacionais nas unidades para geração de dados e indicadores;

- Dificuldade de acolhimento nas ações por parte dos colaboradores da instituição. Fato este que se deve à questão da construção de uma cultura de segurança em andamento.

RESULTADOS ALCANÇADOS:

- Atualização das investigações de eventos adversos no VIGHOSP e repassado para a ANVISA, conforme legislação preconiza;
- Atualização de indicadores de segurança do paciente no SIG, conforme auditoria solicita e organização de fluxos para continuar a alimentação dos indicadores;
- Encaminhado para a ANVISA o questionário de avaliação nacional das práticas de segurança do paciente (respondido);
- Aproximação da alta gestão com os colaboradores das unidades que estão desenvolvendo o trabalho dos projetos de desenvolvimento do SUS através das rondas da alta gestão;
- Sensibilização em andamento dos colaboradores sobre a temática que envolve segurança do paciente e notificação de eventos adversos;
- Cumprimento do calendário anual proposto de campanhas educativas mensais sobre temas que envolvem a segurança do paciente.

B. Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE)

A **Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE)** do HUAC é uma comissão de assessoria junto ao Setor de gestão da qualidade e com autonomia funcional na execução de suas atividades nas unidades, sempre em consonância com as atividades do STGQ. Tem por finalidade o desenvolvimento de ações padronizadas por finalidade o desenvolvimento de ações padronizadas mediante normatização técnica e padrões de excelência para a prevenção e tratamento de lesões e estomias, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e continuidade do cuidado, promovendo a oportunidade de atualização científica e assessoria técnica de novos produtos aos profissionais envolvidos no cuidado com a pele.

A equipe atual foi recomposta através da Portaria-SEI nº 145 de 27 de Fevereiro de 2023, publicada no Boletim de Serviço Nº 363, de 02 de março de 2023.

AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ No decorrer do ano de 2023, a CPTLE realizou reuniões ordinárias, conforme apresentamos os seguintes registros:

MÊS	DATA	Ata SEI
Janeiro	16/01/2023	<u>27034637</u>
Março	13/03/2023	<u>28549585</u>
Julho	10/07/2023	<u>31202372</u>
Outubro	18/10/2023	<u>33679970</u>

Foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- ✓ Renovação da Portaria da Comissão através de edital de seleção e publicada no Boletim no mês de março.
- ✓ Definição de calendário de reuniões ordinárias trimestrais (conforme determina o regimento) para o ano de 2023;
- ✓ Organizados os descritivos do pregão de curativos de 2023;
- ✓ Avaliação de pacientes, respostas de pareceres e acompanhamento por esta comissão;
- ✓ Elaborado um cronograma anual com capacitações mensais sobre temas direcionados ao Tratamento de feridas a fim de estimular e motivar os profissionais a realizar suas atividades com segurança e eficiência, além de capacitar os novos membros da comissão;
- ✓ Treinamentos realizados:

Data capacitação	TEMA
28/02/2023	Avaliação de feridas
30/03/2023	Condutas diante do extravasamento de quimioterápicos
02/06/2023	Desbridamento e controle de infecção
06/07/2023	Queimaduras e doenças bolhosas
25/07/2023	Pé diabético: Aspectos gerais
29/08/2023	Workshop Realidade simulada: Vivência da pessoa com Estomias
31/10/2023	Coberturas utilizadas para tratamento de feridas no HUAC

RESULTADOS ALCANÇADOS

- ✓ Uniformização das condutas para os pacientes com lesões de pele;
- ✓ Implantação de novos itens de curativos no pregão de 2023;
- ✓ Descentralização das atividades de avaliação de feridas nas alas para os demais membros da comissão;
- ✓ Menor tempo de internação para o paciente com feridas devido ao uso do curativo especial com avaliação e conduta adequada;
- ✓ Integração da equipe multiprofissional na assistência ao paciente com lesões;
- ✓ Com a integração de mais colaboradores de setores diversificados na comissão, passamos a ter maior discussão e interesse relativo na temática por parte de alguns que antes não se interessavam;
- ✓ Devolução do paciente para a sociedade com excelente recuperação e melhoria da dignidade proporcionada ao portador de feridas.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

Os participantes da Comissão referem que estão super cheios de atribuições, devido ao excesso de atribuições em seu setor de origem e ao déficit de colaboradores no geral. Isso prejudicou a realização de algumas ações multidisciplinares.

Outro ponto é a temática de tratamento de feridas ser um assunto que não agrada a muitos profissionais e, portanto, não se interessam em buscar conhecimento ou participar das

ações e capacitações oferecidas, conseqüentemente, a resistência por parte de alguns para seguir condutas e orientações desta comissão.

GANHOS PARA O HUAC

- ✓ Menor tempo de internação para o paciente com feridas devido o uso do curativo especial com avaliação e conduta adequada;
- ✓ Integração da equipe multiprofissional na assistência ao paciente com lesões;
- ✓ Devolução do paciente para a sociedade com excelente recuperação e melhoria da dignidade proporcionada ao portador de feridas.

C. Comissão de Avaliação Interna da Qualidade (CAIQ)

APRESENTAÇÃO

A **Comissão de Avaliação Interna da Qualidade (CAIQ)** do HUAC é um órgão de assessoria direta da Superintendência do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) de natureza técnico-científica permanente. Realiza atividades sistemáticas, de forma independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade visando a melhoria contínua do desempenho.

AÇÕES REALIZADAS

No decorrer de 2023, a CAIQ realizou reuniões ordinárias, conforme apresentamos os seguintes registros:

MÊS	DATA	Ata SEI
Janeiro	16/01/2023	27637239
Fevereiro	09/02/2023	27845179
Abril	24/04/2023	29342989
Junho	21/06/2023	30764826
Agosto	18/08/2023	32233314
Outubro	20/10/2023	33804987
Novembro	28/11/2023	34715822
Dezembro	14/12/2023	35200777

Foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Elaboração e publicação do Regimento;
- Confirmação das Unidades e Setores que foram extintas e criadas para localizar as inconformidades identificadas anteriormente, devido ao novo organograma;
- Realização do quantitativo de inconformidades **por unidade**;

- Construção da planilha com base a planilha utilizada pela DAF para monitoramento da resolução das pendências apontadas pela GEVISA às diversas áreas do HUAC;
- Confecção de coletes para avaliadores;
- Realização da 4ª AVAQUALIS (09 a 17 de Novembro).

RESULTADOS ALCANÇADOS

- Uniformização das duplas para monitoramento em Unidades distintas;
- Atividades fundamentadas de acordo com o Regimento, estabelecendo o funcionamento da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e define, em caráter complementar, os ritos, prazos e metodologia para o planejamento e a execução das atividades de avaliação interna da qualidade na instituição;
 - Maior proximidade e engajamento entre os membros da Comissão;
 - Descentralização das atividades entre os membros da comissão;
 - Confecção de coletes para utilizar nas visitas quando realizar a avaliação;
 - Divulgação em Boletim Informativo.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

Os participantes da Comissão referem muitas atribuições concomitantes, associada ao seu setor de origem e ao déficit de colaboradores no geral.

Algumas chefias não têm disponibilidade para reuniões com os avaliadores, o que dificulta o monitoramento implicando diretamente às conformidades.

D. **Gestão Documental**

Controle e normatização de documento institucionais

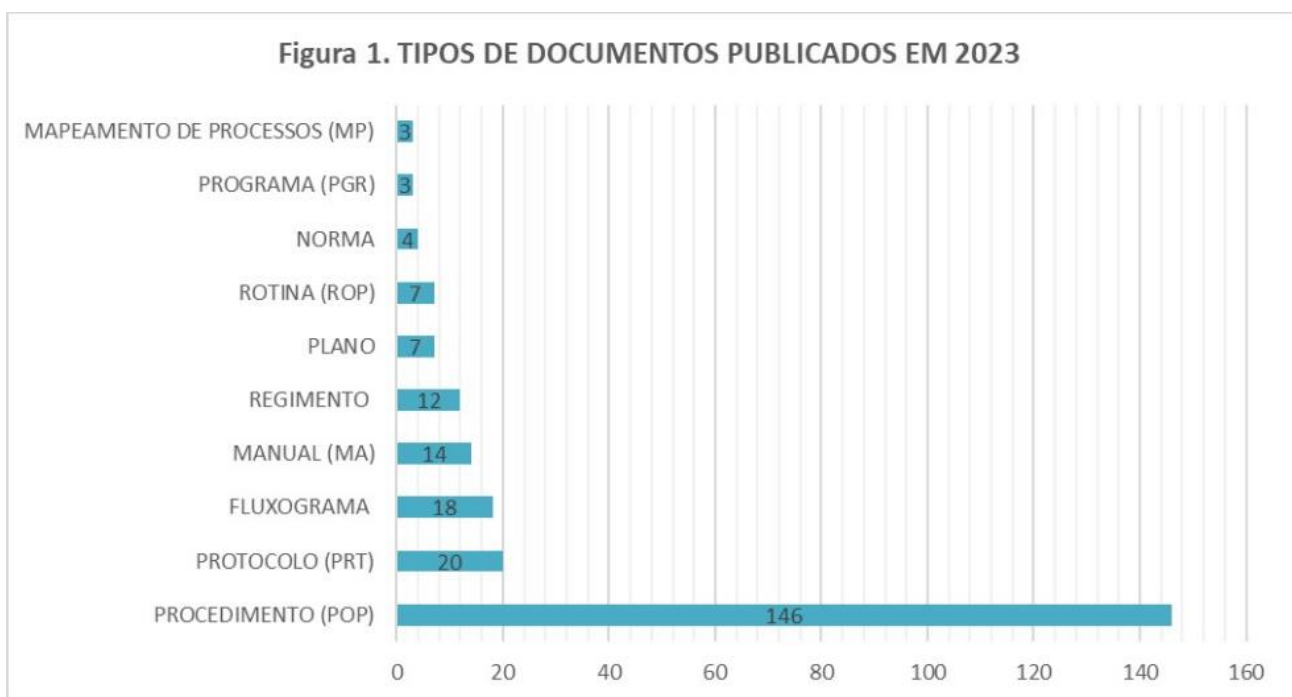
Esta atividade foi iniciada em 18 de março de 2021 e tem como objetivo estabelecer regras para elaboração, padronização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos do hospital relacionados ao sistema de gestão da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos; manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida revisão e aprovação, de acordo com os requisitos da Norma Operacional para Elaboração e Controle de Documentos Institucionais da EBSEH.

No primeiro semestre de 2023 foi publicado pelo Setor de Gestão da Qualidade um Procedimento Operacional padrão denominado de POP.STGQ.003.PADRONIZAÇÃO DE ENVIO DE DOCUMENTOS PARA PUBLICAÇÃO VIA PROCESSO SEI, disponível no link <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/aceso-a-informacao/gestao-documental/procedimento-operacional-padrao-pop-1/superintendencia/setor-de-gestao-da-qualidade/setor-de-gestao-da-qualidade-stgg/pop->

[stgg-003-padronizacao-de-envio-de-doc-mentos-em-processos-via-sei.pdf/view](#). O documento orienta elaboradores e as chefias à respeito do fluxo de envio de documentos para publicação, o mesmo, também foi realizado treinamento.

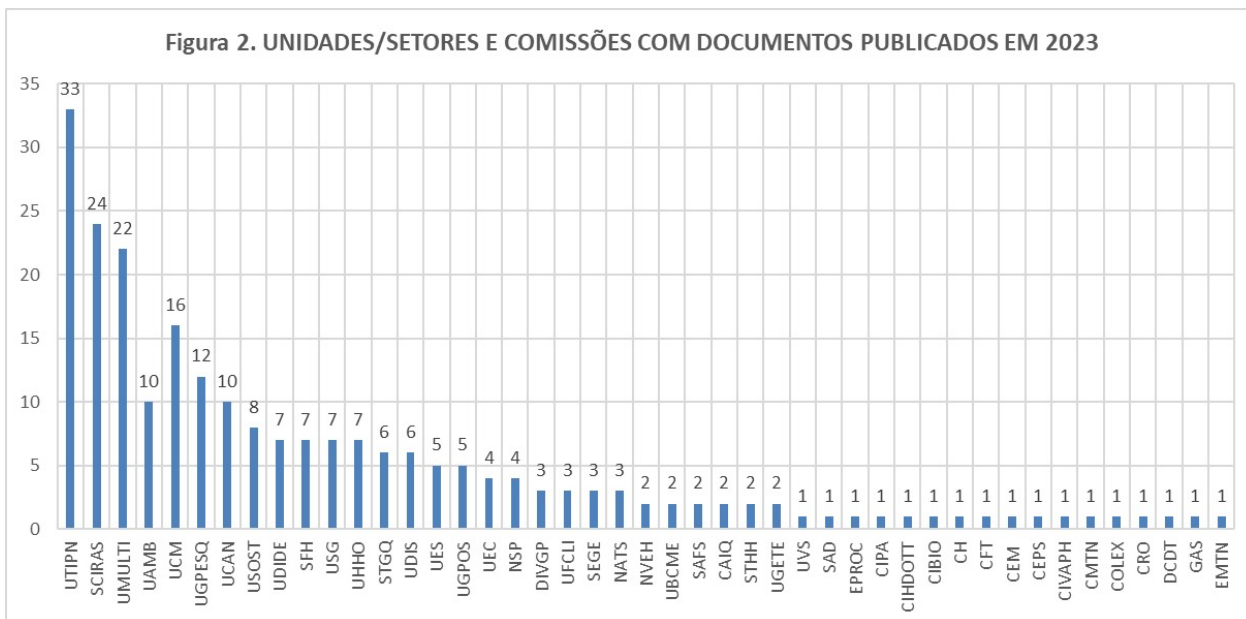
O Setor Gestão da Qualidade analisou, validou e publicou 234 documentos, enviados pelas diferentes unidades organizacionais. A maioria dos documentos são Procedimentos Operacionais Padrão (Figura 1). Os Setores e unidades que mais publicaram documentos foram a UTI pediátrica (UTIPN) e o Serviço de controle de infecção relacionada à assistência à saúde (SCIRAS), conforme se observa na Figura 2.

Figura 1. Tipos de documentos publicados em 2023



FONTE: Levantamento interno STGQ, 2024

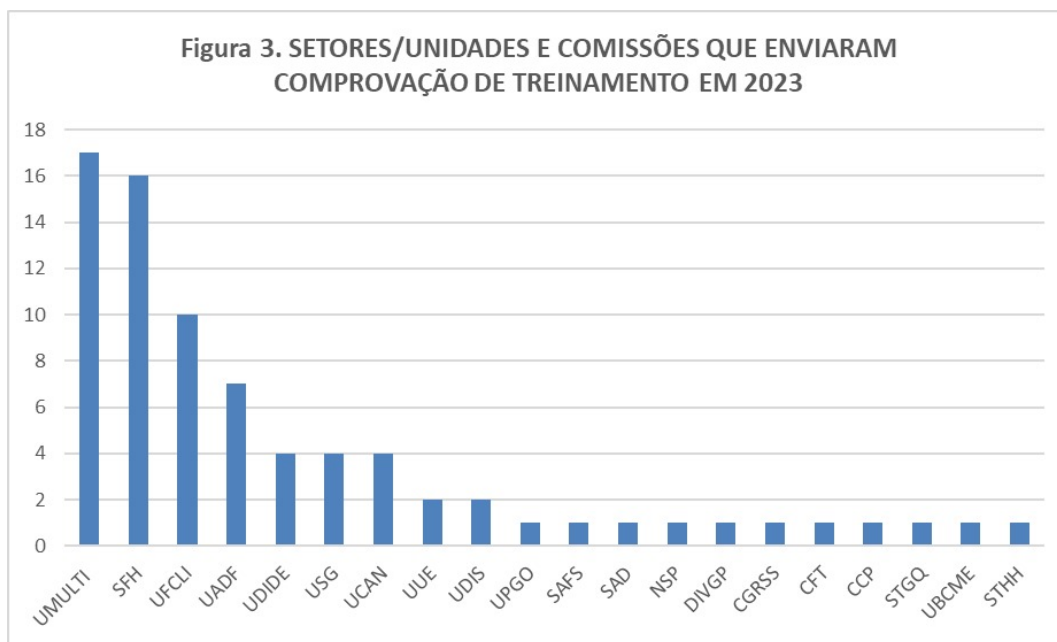
Figura 3. Unidades/Setores e comissões com documentos publicados em 2023



FONTE: Levantamento interno STGQ, 2024

Como forma de incentivo e responder ao que orienta o Manual da AVAQUALIS, foi proposto a solicitação do envio da comprovação de treinamento aos Setores elaboradores. Atualmente existe um total de 190 documentos em aguardo da comprovação de treinamento, 43 documentos em que os treinamentos foram enviados. Os setores que enviaram comprovação de treinamento podem ser vistos na figura 3.

Figura 3. Setores/ unidades e Comissões que enviaram comprovações de treinamento ao Setor de Gestão da Qualidade no ano de 2023



FONTE: Levantamento interno STGQ, 2024

E. Serviço de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde (SCIRAS)

APRESENTAÇÃO

O Serviço de Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), é um Serviço vinculado diretamente a Superintendência do HUAC, atua respeitando a Portaria MS 2.616 de 12 de maio de 1998 que estabelece em seu capítulo das competências que este serviço deve “elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidade da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares, capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares, e uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.” (BRASIL, 1998).

O Serviço de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde (SCIRAS) como componente da UVS, tem como principal objetivo a implementação e o fortalecimento da prevenção e controle de IRAS bem como controlar a disseminação de microrganismos multirresistentes prioritários neste serviço de saúde.

Atualmente, dispõe de um grupo reduzido de funcionários:

1 (uma) enfermeira de especialista em Controle de Infecção – Vínculo de especialista pela EBSEH com carga horária de 36 horas semanais.

1 (uma) técnica de enfermagem da UVS, que executa o trabalho administrativo e de coleta de dados em carga horária de 36 horas semanais.

1 médico Infectologista, com carga horária de 24 horas semanais ainda dividida entre suas funções de evolução da Infectologia, bem como outras áreas como solicitado.

Ainda, em 2023, contou-se com a presença de 1 (um) a 2 (dois) - Médicos Residentes de Infectologia do 3º ano, entre 1(um) ou 2 (dois) - acadêmicos do curso de enfermagem em seu último estágio supervisionado.

Os principais indicadores do SCIRAS explicitas neste relatório são:

- Densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea relacionado ao cateter venoso central
- Densidade de incidência de Pneumonia associada a ventilação mecânica
- Densidade de incidência de Infecção do trato urinário relacionado a sondagem vesical
- Taxa de Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) relacionadas ao procedimento cirúrgico sob avaliação, no período.
- Taxa de Infecção hospitalar geral
- Incidência de Infecção Hospitalar geral

1. Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário Associada a Sondagem Vesical de Demora – SVD/CVD

Este indicador identifica a infecção do trato urinário em paciente com cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias consecutivos (sendo que o D1 é o dia da instalação do cateter) e, na data da infecção, o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior.

Caracterizada como o nº de Paciente com Infecções Urinárias Relacionadas à Cateter Vesical de Demora pelo nº de Pacientes em Utilização de CVD dia na Unidade hospitalar, no mês vigente. Multiplicado por 1000.

Este indicador nos afirma que nos meses de janeiro a dezembro, houve 5365 utilizações de SVD dias na Instituição, destas, foram identificadas 52 infecções do trato urinário associadas ao seu USO, laboratorialmente confirmada. Dessa forma, sinaliza-se a Densidade de incidência de 9,69 pacientes admitidos no HUAC a cada 1000 internamentos estão expostos ao risco de adquirirem IRAS relacionadas a utilização de Cateter Urinário. Também pontuamos com rotina as ITU não associadas a cateter onde temos uma Densidade de incidência de 1,52 pacientes a cada 1000 internamentos. Onde identificamos ITU sem associação à cateteres (56 pacientes desenvolveram ITU em 5479 pacientes internado no período vigente).

Perfil este mantido na Unidade quando comparados aos meses anteriores.

Reforçamos que a necessidade do cumprimento das solicitações das culturas de vigilância em pacientes elegíveis em sua admissão e as solicitações de culturas posteriores quando associadas a piora clínica do paciente, e seus relatos em prontuários são de extrema importância para a notificação da IRAS, visto que se faz necessário os critérios laboratoriais e clínicos para a notificação do Evento, bem como quando percebemos o perfil de entrada deste paciente facilita a não notificação de IRAS relacionadas a outros serviços.

Estes indicadores sinalizam para equipe a necessidade do cumprimento do protocolo de ITU – AC, bem como de medidas relacionadas a assistência no qual vise ao paciente uma maior segurança nos controles relacionados

2. Densidade de incidência de Infecções Primárias de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada (IPCSL)

Este indicador identifica Infecções Relacionadas ao Uso de Cateteres Sanguíneos são aquelas infecções de consequências sistêmicas graves, bacteremia ou sepse, sem foco primário identificável. Há dificuldade de se determinar o envolvimento do cateter central na ocorrência da IPCS. Com finalidade prática, as IPCS serão associadas ao cateter, se este estiver presente ao diagnóstico como descrito adiante:

É caracterizada pelo número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), em pacientes em uso de cateter venoso central dia (CVC), internados em unidades terapias intensivas (UTI) de adultos, vezes 1000.

Este indicador tem o objetivo de sinalizar casos de infecções hospitalares causadas por acessos ou cateteres intravenosos.

Nos meses de janeiro a dezembro de 2023 entre 7690 cateteres dia notificados, foram identificadas laboratorialmente 66 infecções entre elas IPCS e IAVC. Nos pontuando um indicador de Densidade de incidência de 8,58 pacientes com infecções relacionadas a AVC em cada 1000 pacientes internados.

O trabalho relacionado aos cuidados com cateteres centrais e periféricos é uma constância e abrange responsabilização entre equipe médica no cumprimento das recomendações dos bundles de inserção de Cateter Venosos Centrais - protocolo este implantado entre a equipe médica em dezembro de 2023 - no qual ainda não mensuramos a melhoria nos resultados.

A monitorização dos profissionais relacionados a manipulação de medicações e manutenção destes acessos, ainda é um desafio quanto ao controle, relacionado ao setor da oncopediatria na instituição, (com infecções laboratorialmente confirmada em 1398 cateteres dia, DI de IAVC de 14,1 pacientes a cada 1000 internamentos). Sabemos da dificuldade do espaço físico, bem como, as implicações exaustiva assistenciais do setor, porém os treinamentos associados a higienização das mãos são uma constância no serviço, nem sempre com a adesão desejada da equipe assistencial.

Medidas relacionadas a estrutura já foram elaboradas e estão em fase de andamento visto que tivemos a aprovação da reforma da unidade para uma melhoria da disponibilidade estrutural do setor. Essas medidas associadas a estrutura interna e a realização nos cinco momentos de indicação da higienização das mãos são de extrema relevância para tomadas de decisões.

Reforçamos que a necessidade do cumprimento das solicitações das culturas de vigilância em pacientes elegíveis em sua admissão e as solicitações de culturas posteriores quando associadas a piora clínica do paciente, e seus relatos em prontuários são de extrema importância para a notificação da IRAS, visto que se faz necessário os critérios laboratoriais e clínicos para a notificação do Evento.

3. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica – PAV

Definido como infecção diagnosticada após 48 horas de Ventilação Mecânica até a sua suspensão.

Caracterizada como o número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados nas unidades de terapias intensivas (UTI) e ALAs pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM) dia, na instituição, multiplicado por 1000.

Nos meses de janeiro a junho de 2023 identificamos entre 4429 pacientes submetidos a ventilação mecânica dia tivemos a notificação de 40 pacientes que desenvolveram Pneumonia Associada a Ventilação mecânica, o que nos totaliza um risco de a cada 1000 pacientes internados 9,03 pacientes que fizerem uso de ventilação mecânica estão expostos ao risco de desenvolverem uma PAV, padrão esse mantido quando relacionados aos meses anteriores.

Nas UTI identificamos uma maior incidência visto que de fato onde na UTI adulto nos meses de referência identificamos entre 1779 pacientes submetidos a ventilação mecânica dia 23 desenvolveram critério para notificação de PAV gerando uma DI de PAV de 12,93 que nos evidencia que a cada 1000 pacientes internados no HUAC 12,93 pacientes estará exposto ao risco de desenvolver uma PAV caso seja necessário a utilização de ventilação Mecânica. Na UTI pediátrica identificamos entre 1075 pacientes dias em ventilação mecânica dia 12 também desenvolveram PAV, onde nos sinaliza um indicador de DI PAV de 11,16 que nos evidencia que a cada 1000 pacientes internados no HUAC 11,16 correm o risco de desenvolver PAV caso venha a necessitar de ventilação mecânica no seu internamento.

Reforçamos que a necessidade do cumprimento das solicitações das culturas de vigilância em pacientes elegíveis em sua admissão e as solicitações de culturas posteriores quando associadas a piora clínica do paciente, e seus relatos em prontuários são de extrema importância para a notificação da IRAS, visto que se faz necessário os critérios laboratoriais e clínicos para a notificação do Evento.

A adesão da UTI Adulto ao projeto Saúde em Nossas Mãos do Proadi SUS junto ao Hospital de Beneficência Portuguesa, atribuiu a equipe da UTI adulto uma melhoria na implantação dos processos de trabalhos e na redução dos riscos de eventos adversos como IRAS relacionadas a PAV, medidas como bundles de acompanhamento, rounds, visitas multidisciplinares e treinamentos, levaram a uma queda desses indicadores quando comparados a anos anteriores, identificamos picos astronômicos em alguns meses como abril e junho, porém com médias mantidas durante o período e até ausência de infecção identificada como nos meses de fevereiro e março, porém não conseguimos atingir o objetivo do projeto que seria reduzir em 30% a média atual de PAV, média está que ficou mantida durante todo o ano.

4. Taxa de Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) relacionadas ao procedimento cirúrgico sob avaliação, no período

Infecção de sítio cirúrgico - é a infecção, que ocorre na incisão cirúrgica, ou em tecidos manipulados durante o procedimento cirúrgico, e diagnosticada até 30 dias após a data do procedimento, podendo ser classificadas como incisional superficial, profunda ou de órgão/cavidade.

No período de janeiro a dezembro de 2023, aconteceram 1342 cirurgias limpas, 860 cirurgias potencialmente contaminadas, 400 cirurgias contaminadas, 74 cirurgias infectadas em um total de 2759 procedimentos cirúrgicos. Dados, estes, retirados do relatório mensal distribuído pelo centro cirúrgico, onde houve a identificação de 8 cirurgias limpas, 03 cirurgias potencialmente contaminada, 2 cirurgias contaminada, que identificamos infecção.

Com base destes dados, temos indicadores de Tx de ISC de 0,47 %, onde na estratificação identificamos uma TX de ISC em cirurgia limpa de 0,59%, 0,34% em ISC de cirurgia potencialmente contaminada, 0,5% em ISC de cirurgia Contaminada, e 0% em ISC em cirurgia Infectada. Padrões estes sendo mantidos durante o mês, com uma maior identificação de casos ocorridos no mês de dezembro com uma intensificação das buscas fonadas por colaboradora destinada para este fim. No mês de Novembro identificamos 5 ISC em cirurgias limpas, onde totaliza um Tx de ISC em Cirurgia limpa no mês de novembro de 4,38%, fato este se deu como citado acima a uma intensificação das buscas fonadas.

Reforçamos a responsabilidade da equipe cirúrgica, em especial, do corpo médico, para que a classificação cirúrgica não seja equivocada e possamos classificar a cirurgia da forma correta após o término do procedimento, sendo informação, esta, registrada em prontuário e relatório cirúrgico da gestão, porém ainda identificamos divergência em algumas classificações, ficando a critério da SCIRAS a reclassificação e adaptação nos indicadores internos do setor. Estas informações são de extrema relevância pois facilitam o processo de identificação de eventos adversos e condutas a serem tomadas relacionadas a melhoria dos processos internos.

Temos dificuldade de identificar o retorno das ISC do HUAC, visto que não é uma rotina do serviço a solicitação de culturas para indagar a pesquisa de infecção.

As buscas fonadas são realizadas em cirurgias limpas e algumas outras de outros potenciais de contaminação que são eleitas pelos indicadores do MS com neurológicas específicas e pelos indicadores de CECISS – Estado. Porém estamos encontrando dificuldade de disponibilidade para fazermos todas as buscas, devido a alta demanda do serviço, bem como na dificuldade do contato do paciente, muitas vezes registrados errados, número não disponível, telefones de parentes e amigos, entre outros que dificultam o nosso contato com paciente de alta.

5. Taxa de Infecção hospitalar geral e Incidência de Infecção Hospitalar Geral

A taxa de Infecção hospitalar expressa o risco da ocorrência de uma IRA em pacientes que estão submetidos a internamento na instituição em determinado período.

Na instituição nos meses de janeiro a dezembro de 2023 identificamos 236 pacientes com IRAS em 5479 admissões realizadas no HUAC, totalizando uma Taxa de IRAS de 4,98% nos indicando o risco que de cada 100 pacientes internado no HUAC 4 estão expostos ao risco de adquirir IRAS em seu internamento.

Taxa está na média de infecções identificadas por meses na instituição visto que em sua menor incidência identificamos uma taxa de 2,38% e em sua maior incidência 5,98%.

A Incidência das infecções identificada foi de 6,39 pacientes com IRAS em 36940 pacientes dia internados na instituição no ano de 2023, nos sinalizando que 6 pacientes de 1000 internamentos realizados na instituição, correm o risco de desenvolver IRAS.

Reforçamos que precisamos adotar maiores medidas protetivas apesar de mantermos os índices em constância, pois com a redução da equipe precisamos de ações conjuntas junto a um núcleo de educação permanente ainda inexistente na instituição, que auxilie a divulgação dos protocolos, bem como as coordenações de setores para que os cumprimentos dos protocolos internos já instituídos seja continuado. Que as notificações dos eventos, seja realizada e suas evidências laboratoriais solicitadas. Apenas desta forma poderemos ter indicadores mais fidedignos e traçarmos estratégias para redução dos riscos desses eventos na comunidade hospitalar.

Ações extras realizadas pelo SCIRAS e CCIH em 2023

- Realizada visita externa a empresa SIM - Engenharia Ambiental junto a equipe de Hotelaria.
- Início das Rondas dos Membros executores (Dr. João Paulo e Enf. Karina Vilar) para alinhar necessidades junto a CCIH.
- Entrega de Indicadores CECISS e MS.
- Participação do GT do Lactário - Parecer sobre planta física.
- Inclusão do GT de Manual do HUAC.
- Inclusão no GT do Abrigo de Resíduos Sólidos.
- Envio de Indicadores do MS e CECISS.
- Reunião com a Hotelaria, fluxo de Visitas do HUAC, da SGQS, Engenharia Clínica, Contaminação de maquinário por falta de higienização, NSP, NVEH, CTPL

- Ronda com os Membros Executores,
- Orientação aos acompanhantes,
- Treinamento dos Residentes,
- Início do Rodízio da Residente Jéssica
- Treinamento de Imersão dos Internos
- Treinamento de Roberta Projeto
- Imersão Alunos UFCG - CCIH
- Reunião SOST
- Reunião Hotelaria Enxoval
- Reunião Epidemiologia - Evento Tuberculose.
- Reunião CTPL
- Reunião GT Oncopediatria.
- Treinamento da Qualidade - Segurança do Paciente
- Palestra Dr. João Paulo - alusão a Sem. da Tuberculose
- Ação CAESE - CCIH e Tuberculose
- GT Visitas de Pacientes - HUAC
- Reunião GT Diálise (Qualidade da água)
- Ação dia de ação de TB.
- Ação da Segurança do Paciente Higienização das Mãos.
- Visita da Beneficência Portuguesa, Projeto Saúde em Nossas Mãos.
- Reunião Unidade da Mulher – Transferência da Histeroscopia para Unidade da Mulher.
- Treinamento UTI Pediátrica, Pediatria, Oncopediatria – Uso de Antimicrobianos. (Dr. João Paulo)
- 1º Reunião ordinária da CCIH - Programação para maio.
- Palestra em Alusão ao Dia Nacional de Combate a Infecção Hospitalar - Dr. Biossegurança no auditório do HUAC.
- Entrevista a Rádio Caturité no Programa Conexão sobre o tema Infecção hospitalar e o dia Nacional de Combate a Infecção Hospitalar.
- Palestra Ferramenta de Gestão.
- SAVs e SIVs do Projeto Saúde em Nossas Mãos
- Evento ANVISA de Prevenção e Controle de Infecções fúngicas em serviços de saúde.
- SAV Projeto SNM - Equipe de melhoria do HUAC.
- Reunião do GT da Reforma do CME (Alinhamento da nova planta física)

- Treinamento com a SMS sobre Meningite
- SIV Projeto SNM – ITU
- Reunião com BBraun - Saneantes para higienizações cirúrgicas das mãos e limpeza de superfícies.
- Reunião com a Equipe de Melhoria do Projeto Paciente Seguro - Moinhos de Vento
- SIV do Projeto SNM – PAV
- Café com a Super
- Nova caso de Varicela - Andamento do Surto anterior, tomada de decisão e bloqueio com imunoglobulina dos contactantes imunossuprimidos.
- Reunião presencial com a SES sobre as conduções dos casos de Arboviroses na Paraíba.
- Reunião com MS e a Gestão e a Equipe de IPCS - Protocolo do MS
- SIV do Projeto SNM – Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS)
- SIV de Infecção do Trato Urinário (ITU) – Associada à Cateter Vesical de Demora - ACVD
- SAV do SNM - Experiência do HSL - Desafios de Burnout com os profissionais da UTI.
- SAV de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica – Adulto.
- Webinar ANVISA sobre Lesão por Pressão.
- Todo o mês de agosto foi realizado o trabalho da epidemiologia, visto que a Enfermeira do setor se encontrava de férias, bem como o chefe do serviço encontrava-se de licença. Ações como envio de painéis virais, preenchimento de planilhas semanais, envio de sorologias para Dengue, Leptospirose, biopsia de Tuberculose foram enviadas para a SMS, bem como entrega de resultado de exames.
- SAV - SNM - Treinamento Para Sustentar Melhorias TSM - HCor.
- Reunião com o NSP para Evento Sepsis.
- Blitz da Saúde Divulgação do Evento da Sepsis e Higienização das Mãos
- SAV - Avaliação de Resíduos Vesical por USG - SNM
- SAV SNM - Higienização das Mãos
- Evento da Sepsis (14/09/2023) – Palestra 1- Perfil da Microbiota Hospitalar do HUAC, (Apresentação da Microbiota Hospitalar 2023.1). Palestra 2 - Apresentação no Antibiótico Muito Além da Primeira Hora.
- SIV do Projeto SNM – Treinamento para sustentar melhoria.
- Webinar Segurança do Paciente Anvisa.
- Treinamento de Vigilância do Óbito com a SES
- Evento Hotelaria e CGRSS - 1ª Semana do Meio Ambiente do HUAC - CCIH Credenciamento e apoio logístico do evento.
- Coleta da água da Diálise.

- SAV – SNM - Cuidados com o Ambiente.
- Liderança - Experiência do Hospital Moinhos de Vento projeto SNM
- Semana da Segurança do Paciente - in locu 18-19-20/09
- SAV - SNM Experiência HBP SP Pessoas como peça fundamental na melhoria e sustentabilidade de resultados e perspectiva do cenário econômico na saúde do Brasil.
- SAV - Comunicação de Más Notícias Início dos 25/10 e 26/10 - Treinamento dos Protocolos da CCIH UTI PED
- Reunião GT CME - Contratação de empresa para estilização de materiais, alocação de nova autoclave.
- Reunião ANVISA Notificação de Farmacovigilância.
- Treinamento AGHU Prontuário Médico
- Reunião GT CME - Sugestão de colocação da autoclave trazida pela engenharia e arquitetura.
- SAV SNM - Comunicação de Más notícias.
- Treinamento Controle de Infecção e Debridamento de lesões pela CTPL do HUAC.
- Comunicado informativo COVID.
- Aprovação dos protocolos atualizados de Prevenção e Controle de Infecção
- Ação de Higienização das Mãos - ALAC, ALAD, Nutrição, UTI Adulto (sem sucesso na pediatria e oncologia).
- Comunicado informativo Varicela.
- Comunicado 2 COVID.
- Blitz Saúde - Orientações quanto ao uso de máscaras e combate ao COVID.
- Blitz Saúde - Avaliação de Cultura de Segurança do Paciente – Informações.
- Treinamento dos POPs de Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV), Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS), Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Sonda Vesical de Demora (ITU-SVD).
- Treinamento do Protocolo de Infecção de Sítio Cirúrgico – ISC.
- Reunião do Encerramento e Divulgação de Resultados dos Projeto SNM no triênio 2021-2023.
- Reunião de Resultados do Moinhos de Vento Projeto Paciente Seguro.
- Treinamento da SEDE – Prevenção de IRAS – O que a equipe assistencial precisa saber sobre prevenção de IRAS, Dr. Rosely Moralez de Figueiredo.

Tabela de IRAS do ano de 2023

	Densidade de incidência - ITU SVD	Densidade de incidências - ITU sem SVD	Densidade de incidência - infecção AVP	Densidade de incidência - AVC	Densidade de incidência de PAV	Densidade de outras IRAS	Total de IRAS	Densidade de Incidência geral	Taxa de IH
JAN	20,36	2,05	1,56	10,87	5,49	2,05	31,00	10,59	6,44%
FEV	5,65	1,06	0,00	8,18	2,76	0,35	12,00	4,26	2,85%
MAR	19,31	0,62	0,00	9,24	4,81	0,93	22,00	6,79	4,55%
ABR	14,74	1,34	0,00	9,85	20,18	1,00	29,00	9,69	6,86%
MAI	6,68	2,53	0,00	9,20	2,84	1,26	22,00	6,95	4,84%
JUN	12,05	1,65	0,70	6,76	9,85	2,97	31,00	10,23	7,13%
JUL	3,48	0,33	0,00	11,97	17,29	1,30	19,00	6,19	3,97%
AGO	6,06	2,24	0,00	9,92	27,03	0,32	22,00	7,05	4,40%
SET	3,97	1,58	0,00	15,25	2,76	3,16	27,00	8,54	6,49%
OUT	9,65	1,51	0,00	2,68	7,28	0,91	19,00	5,73	4,49%
NOV	7,54	0,96	0,00	5,09	10,61	2,25	21,00	6,75	4,23%
DEZ	4,85	2,34	0,47	7,82	0,00	1,34	19,00	6,36	4,09%
TOTAL	9,69	1,52	0,23	8,58	9,03	1,49	273,00	7,42	5,00%

Ressaltamos que as informações contidas neste relatório poderão ser cabíveis de mudanças, haja vista notificações de infecções não computadas até o momento relacionadas principalmente a Infecções de Sítio Cirúrgico.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

Ainda encontramos como dificuldade a pendência relacionada a substituição de colaboradores por motivos de férias, licenças, atestados, ficando todo o trabalho acumulado e no seu reingresso ficando todo o retroativo a ser executado, dificultando assim o andamento da rotina do serviço. Fato este que é uma constância no serviço, por muitas vezes ficando com pendência os envios de relatórios a órgão regulamentadores como CECISS, MS, Projetos e a própria rede EBSERH – Sede.

Além do mais, de acordo com a Portaria 2616 de 1998, temos a **Vigilância das infecções hospitalares** como a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle. Não conseguindo, a equipe atingir o monitoramento e intervenção ideal.

Reforçamos que a necessidade do cumprimento das solicitações das culturas de vigilância em pacientes elegíveis em sua admissão e as solicitações de culturas posteriores quando associadas a piora clínica do paciente, e seus relatos em prontuários são de extrema importância para a notificação da IRAS, visto que se faz necessário os critérios laboratoriais e clínicos para a notificação do Evento.

No início do ano de 2023 foi solicitado que as culturas fossem realizadas com certa cautela, visto que os custos com culturas negativas teriam sido significativo para instituição e estas seriam solicitadas com mais restrições, fato este que pode ter indicado a redução da solicitação das culturas de vigilância entre algumas alas como clínica médica masculina e feminina, porém com a assessoria nos pareceres da infectologia da CCIH junto aos R3, bem como com a apresentação dos POPs republicados no serviços, tivemos um aumento nas solicitações. Contudo, no mês de outubro tivemos problemas com a licitação das placas de semeio de culturas, no qual passamos alguns dias sem a identificação prévia de Gram Positivos, e em um curto período dos Gram Negativos, pois conseguimos amostras em empréstimo.

Reforçamos que ações educativas ficam limitadas quanto a redução da equipe e acabam sendo apazadas quando se faz necessário as demandas administrativas diante das buscas para realizações de indicadores e demandas internas.

Faz-se necessário antes de tudo um acompanhamento constante destes eventos, bem como a sensibilização de todas as equipes quanto ao compromisso com a segurança dos pacientes submetidos a cuidados na instituição.

Em relações aos Swabs relacionados no relatório do primeiro semestre, ainda estamos sem estes disponível aguardando conclusão de processo licitatório.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Com a inclusão da presença dos R3 de Infectologia no serviço, em esquema de rodízios, muitas pendências relacionadas ao controle de antimicrobianos e traçado dos perfis da flora da microbiota da instituição foram realizadas, bem como a presteza nas ações e pareceres nas UTIS e ALAs, visto que as discussões dos casos de IRAS eram realizadas rotineiramente, enriquecendo as tomadas de decisões, bem como conseguimos incluir a equipe de residentes nos trabalhos internos de atenção à saúde vinculados a SCIRAS, obtendo bastante êxito nas demandas de difícil alcance na unidade, sendo de uma valia imensa para o serviço.

Junto aos residentes no segundo trimestre também recebemos a presença de alunos da UFCG campos Cuité, no serviço, onde a presença deles acrescentou no auxílio a coleta de dados, tomadas de decisões diante de surto, alimentação de planilhas de IRAS, busca ativa fonada e em alas, e ações onde trabalhamos a higienização das mãos, divulgação de eventos, cuidados com Varicela, entre outros.

As sugestões diante dos fatos apurados continuam sendo as mesmas, como a substituição de um profissional de nível superior, para colaborar com as grandes demandas que não são atendidas (que ainda precisam ser melhoradas) e manter a assistência em caso de ausência das profissionais no serviço.

F. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH do Hospital de Universitário Alcides Carneiro – HUAC está instituído atualmente sob a Portaria-SEI nº 720/2022, de 22 de novembro de 2022, vinculado à Unidade de Vigilância em Saúde (UVS), inserida no Setor de Gestão da Qualidade (STGQ). Possui vínculo direto com o Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal, a quem são enviadas todas as informações de doenças/agravos via sistemas de informação. Ainda possui relação direta nas intervenções e/ou mediações realizadas pela 3ª Gerência Regional de Saúde, esta, no âmbito Estadual, que também fornece suporte para este Núcleo quando do envio de amostras biológicas para análise através do Laboratório Central – LACEN-PB.

AÇÕES EXECUTADAS

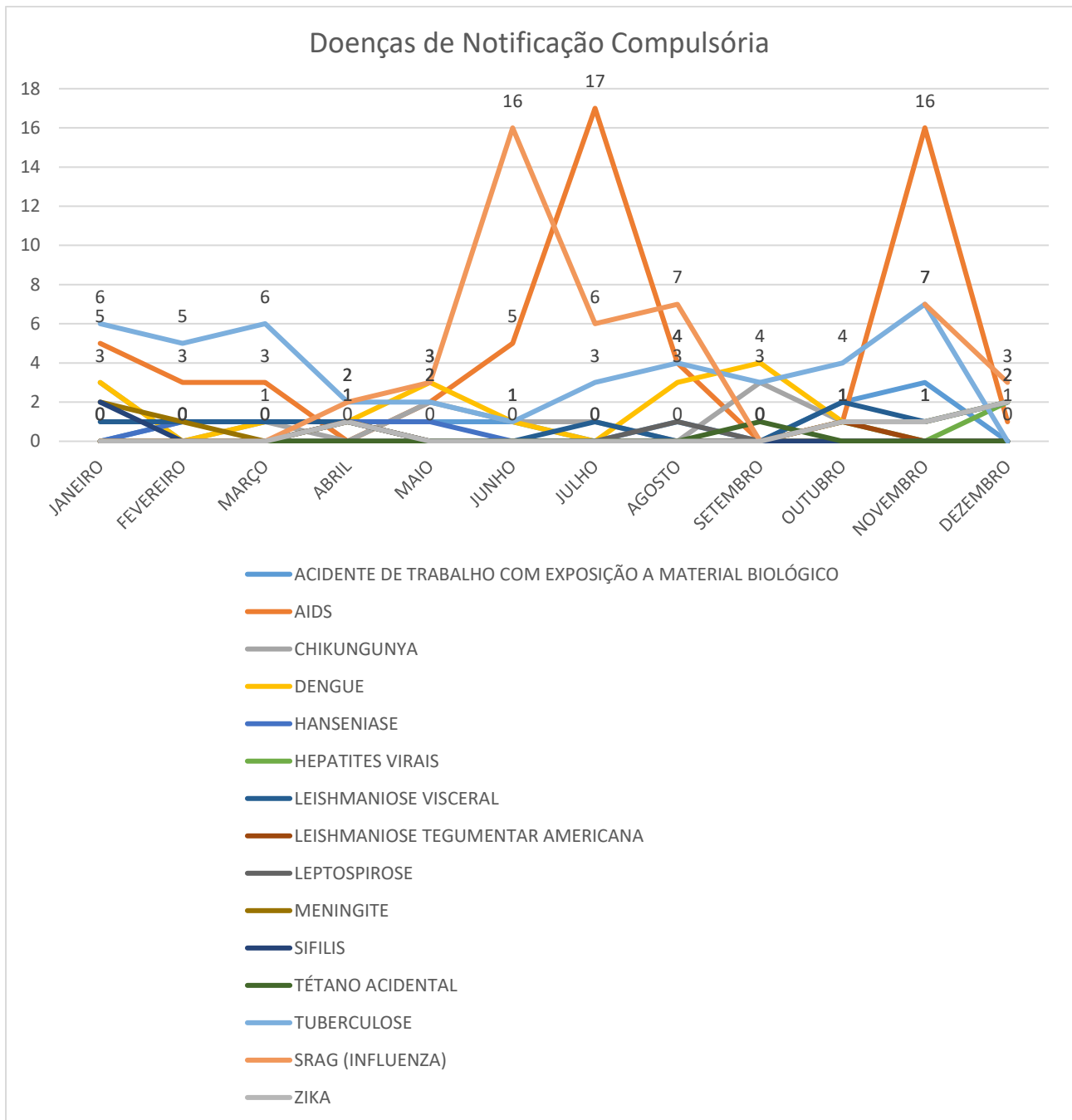
1. Capacitação dos Profissionais do Núcleo;
2. Elaboração e divulgação de Informe Epidemiológico Trimestral;
3. Elaboração de pautas para o Boletim da Qualidade;
4. Elaboração e Treinamento de POPs de notificação das Doenças de Notificação Compulsória (DNC)
5. Melhoramento da Coleta de Dados das DNC através da inclusão de médicos residentes;
6. Introdução de Agravos no VigiHosp. Sistema de Notificação Ebserh;
7. Realização do CBVEH 2023;
8. Realização de I Simpósio Satélite de Hepatites Virais (Julho/2023);
9. Realização do evento Semana de Alusão ao Combate à Tuberculose (Março/2023);
10. Realização de Blitz nos setores de Internação do Hospital e Ambulatórios
11. Sensibilização aos cuidados e notificação de Arboviroses (Novembro/2023);
12. Participação em Reunião de Comissões;
13. Apoio e envio de amostras biológicas para o LACEN-PB (219 amostras cadastradas);
14. Investigações de Óbitos a pedido da SES;
15. Investigações de Óbitos de interesse epidemiológico.
16. Treinamento do Laboratório para coleta de amostras biológicas para diagnóstico de Monkeypox
17. Apoio às ações da CCIH e UGQSP
18. Preceptorial para graduandos de enfermagem da UFCG
19. Ata de Reunião no processo [23769.012277/2022-12](#)
20. Participação em Capacitações da RENAHEH:
 - Reunião Iniciação: Alinhamento e Fluxo Estadual da Imunoglobulina Humana Anti Hepatite B (IGHAHB) e Imunoglobulina Humana Antivaricela-Zoster (IGHAVZ)
 - Reunião com Área Técnica da Hanseníase
 - Fluxo de Comunicação e envio de comunicados da DAEi
 - Manejo Clínico das Arboviroses
 - Webinar sobre notificação de Doença de Chagas Crônica no E-sus

- Reunião sobre Arboviroses com NVH Alinhamento para fortalecimento da Vigilância das Arboviroses
- Vigilância de Óbitos na PB
- Webinar sobre Vigilância da Febre Maculosa
- Vigilância da Tuberculose
- Webinar sobre Poliomielite: Estratégias para detectar casos suspeitos
- Webinário: Orientações no Uso de Antiviral Nirmatrelvir/Ritonavir em Pacientes com COVID-19, não hospitalizados e de alto risco;
- Webinar Rede Nacional de Desastres;
- Virus Respiratorios de Importancia em saúde pública ma população pediátrica, com ênfase no VSR (20/04);
- Reunião Vigilância do Óbito;
- Webinar Passos da Investigação no âmbito hospitalar;
- Webinar Surtos em Âmbito Hospitalar;
- Reunião de Doenças Exantemáticas;
- Webinar: Qualificação dos Técnicos da Vigilância Hospitalar no Acesso ao Sistema de Gerenciamento ao Ambiente Laboratorial – GAL;
- Reunião Meet - Cenário das Paralisias Flácidas Agudas na Paraíba;
- Webinar: RENAHEH/CGVDI Vigilância das Síndromes Gripais;
- Reunião Geral Renaveh-PB;
- Webinário: Manejo Clínico do Sarampo e Rubéola;
- Webinar: Busca Ativa de casos e óbitos em ambiente hospitalar;
- Manejo Clínico da Doença de Chagas;
- Investigação dos Códigos Garbage;
- Webinar sobre Vigilância de Sífilis;
- Webinar sobre Vigilância de Violência;
- Saúde do Trabalhador;
- Reunião promovida pela Gerente Executiva de Vigilância em Saúde - SES;
- Webinar sobre Vigilância das Hepatites;
- Webinário Vigilância Epidemiológica da Brucelose Humana e Animal no Brasil;
- Manejo Clínico de Sarampo.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	0	1	1	1	1	1	0	1	0	2	3	0
AIDS	5	3	3	0	2	5	17	4	0	1	16	1
CHIKUNGUNYA	3	0	1	0	2	1	1	0	3	1	1	2
DENGUE	3	0	1	1	3	1	0	3	4	1	1	2
HANSENIASE	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
HEPATITES VIRAIS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
LEISHMANIOSE VISCERAL	1	1	1	1	0	0	1	0	0	2	1	2
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
LEPTOSPIROSE	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
MENINGITE	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIFILIS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TÉTANO ACIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
TUBERCULOSE	6	5	6	2	2	1	3	4	3	4	7	0
SRAG (INFLUENZA)	0	0	0	2	3	16	6	7	0		7	3
ZIKA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2

Foram realizadas 223 notificações nos Sistemas de Notificação Oficial (SINANnet, SIVEP-Gripe, SINAN Online);

Foram encaminhadas 219 amostras biológicas para o Laboratório Central da Paraíba, LACEN-PB, todas realizadas por este núcleo;



DIFICULDADES ENCONTRADAS

- Atrasos no envio de amostras biológicas;
- Entregar resultados de exames do LACEN PB no CAESE;
- Resgate de Dados junto a URAGIA;
- Sobreposição de atividades do Nucleo com outras Comissões;
- Resistência da equipe assistencial quanto às notificações e coletas de amostras biológica.

RESULTADOS ALCANÇADOS

1. Realização dos Simpósios de Tuberculose, Hepatites e HIV;
2. Conclusão e publicação de alguns POPs do NVEH;
3. Inserção de Campo de Estágio para graduandos de enfermagem da UFCG;

Remanejamento de Colaborador para a UVS.

Observações e perspectivas para 2024:

- Cumprimento das Agendas Municipais e Estaduais de capacitações e eventos relacionados ao NVEH;
- Publicação de Artigos Científicos;
- Emissão de Boletins Epidemiológicos Semanais ou Quinzenais;
- Entrega de Relatórios a SMS e SES em tempo oportuno;
- Contribuir com as Ações do STGQ;
- Elaborar os demais POPs restantes e promover treinamentos;
- Organizar e realizar o II Simpósio de enfrentamento à Tuberculose; II Simpósio Satélite de enfrentamento às Hepatites Virais e II Simpósio de enfrentamento ao HIV/AIDS; eventos estes de sucesso na comunidade hospitalar local;
- Otimizar as buscas ativas no Hospital e Ambulatórios;
- Otimizar as notificações e investigações no sistema VigiHosp.

G. Comissão de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar (CGRSH)**APRESENTAÇÃO**

A Comissão de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar (CGRSH) foi reativada, elaborou-se o Regimento e atividades relacionadas a Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância estão sendo executadas. No entanto, ainda em fase inicial, necessita de alinhamento para dar cumprimento ao que se é proposto.

6. CONCLUSÃO

O Setor de **Gestão da Qualidade e suas unidades** têm passado por transformações significativas, impulsionadas pela busca contínua por excelência na assistência aos pacientes. Neste relatório, exploraremos os avanços já alcançados e as perspectivas para o futuro.

- Foram realizadas inúmeras capacitações, mesmo com baixa adesão, houve a perseverança em manter, e será realizado um planejamento com melhores estratégias para 2024;
- Foi realizado um novo alinhamento quanto às notificações, sendo contactadas as áreas responsáveis para sanar ou prevenir os riscos potenciais, fluxo que, até então, não existia. As notificações eram realizadas sem seguimento adequado, e com essa nova estratégia conseguimos um aumento significativo das notificações;
- Realização de rondas da alta gestão com os colaboradores das unidades assistências que estreitam a relação dos colaboradores e Gestão proporcionando conhecimento das necessidades;
- Blitz e entrosamento inter-comissões/núcleo para integração das equipes e intensificação sobre o conhecimento nas áreas assistenciais quanto a importância das notificações e assuntos correlacionais;
- Elaboração de boletim informativo com temas diversos relacionados ao Setor de Gestão da Qualidade;
- Como forma de incentivo e responder ao que orienta o Manual da AVAQUALIS, foi proposto a solicitação do envio da comprovação de treinamento aos Setores elaboradores;
- Conseguimos realizar as buscas fonadas em cirurgias limpas e algumas de outras potenciais de contaminação que são eleitas pelos indicadores do MS com neurológicas específicas e pelos indicadores de CECISS – Estado. Mesmo não se conseguindo o ideal, devido a alta demanda do serviço, bem como na dificuldade do contato do paciente, muitas vezes registrados errados, número não disponível, telefones de parentes e amigos, entre outros que dificultam o nosso contato com paciente de alta;
- As atividades de publicização e divulgação foram mais intensificadas, utilizando os meios de comunicação como os e-mails institucionais dos colaboradores, site e aplicativos de mensagens e redes sociais;
- Conseguimos melhorias para o desenvolvimento das atividades dos nossos colaboradores, como aquisição de computadores e cadeiras;
- O GDC da instituição foi elaborado de acordo com o nosso Selo da Qualidade, o que impulsionou a busca para conformidades dos itens.
- Foi realizada Benchmarking com outras instituições, como o HULW para troca de experiências e busca de melhorias para o Setor e suas Unidades. Bem como reunião com a Chefia do STGQ do MEJEC sobre os avanços para a gestão documental;
- Buscou-se sanar as pendências com os apontamentos de auditoria relacionadas ao setor, através de reuniões com o Auditor para sanar esclarecimentos e orientações, tendo efeito positivo, na qual foi solucionado um apontamento de auditoria com pendência desde 2020, quanto a indicadores de Segurança do Paciente;
- A colaboração interdisciplinar e a educação contínua são essenciais para enfrentar os desafios emergentes.
- A busca por uma assistência mais personalizada e centrada no paciente está sendo uma prioridade.

Muitas outras fragilidades foram identificadas, no entanto, algumas estratégias foram repensadas e planejadas para 2024. Em resumo, o setor de gestão da qualidade está em constante evolução, e as melhorias estão sendo alcançadas por meio de inovação, comprometimento e colaboração entre profissionais de saúde e gestores.

7. Responsável:

(assinado eletronicamente)

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz

Chefe do Setor de Gestão da Qualidade

Portaria - SEI nº 131, de 06 de janeiro de 2023

(assinado eletronicamente)

Roberta Amador de Abreu

CHEFE DA UNIDADE DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE HUAC- UFCG-EBSERH

Portaria - SEI nº 38, de 02 de janeiro de 2023, Boletim de Serviço nº 1468, de 03 de janeiro de 2023

(assinado eletronicamente)

DÂNIO MARNE SILVA DE ARAUJO

Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde

Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/UFCG-EBSERH)

(Portaria-SEI nº 409, de 27 de janeiro de 2023 - Boletim de Serviço nº 1487, de 30 de janeiro de 2023)

