



Ata - SEI nº 08/2024/AVAQUALIS/SUP/HC-UFTM-EBSERH

Uberaba, data da assinatura eletrônica.

Assunto: **Apresentação do PMQ e Planejamento da Avaliação Interna Total da Qualidade.**

Ao trigésimo dia do mês de agosto de dois mil e vinte e quatro, às nove horas, reuniram-se na sala de reunião do STGQ, para apresentação do Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ) e planejamento da 5ª Avaliação Interna Total da Qualidade, os avaliadores internos da qualidade: Andréa Silva Dutra Tirones, Daniela Marques, Josiane Garcia, Lethicia Borges Oliveira, Luana Ribeiro Ferreira, Luciana Paiva, Marcos Vinícius Rocha, Marina Stark Rezende de Paula, Priscila Salge Mauad Rodrigues e Sara Borges Ferreira Gomes. Na ocasião, Luana inicia a reunião justificando o cancelamento da reunião do mês de setembro e que a avaliação total será baseada no Manual "Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade versão 03/2022". Luana convida a chefe do setor de Gestão da Qualidade para apresentar o PMQ. Luciana informa que neste ano os requisitos foram escolhidos pela sede para serem trabalhados por todos os hospitais. Luciana informa os requisitos ligados a superintendência: 13.8.9 O hospital possui protocolos e procedimentos implementados para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico?, 13.10.6 O hospital possui protocolos e procedimentos implementados que tratem do uso racional de antibióticos na neonatologia? e 22.9.4 A CCIRAS elabora e divulga, regularmente, relatórios e comunica, periodicamente, as lideranças e profissionais de todos os setores do hospital a situação do controle das IRAS, promovendo seu amplo debate? Luciana informa que a Unidade de Vigilância em Saúde já iniciou a publicação de boletins mensais. Os requisitos ligados a GAD e a GAS: 13.9.6 O hospital aplica a lista de verificação para partos seguros, conforme orientação da OMS?, 13.7.10 A UTI (adulto, pediátrica e neonatal) possui protocolos e procedimentos implementados referentes à prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associado ao uso de cateter central implantado?, 13.7.12 A UTI (adulto, pediátrica e neonatal) estabelece e implementa protocolos e procedimentos para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica? 11.2.4 Os pacientes são identificados, na admissão e durante toda a permanência no hospital, utilizando, no mínimo, dois identificadores padronizados? 32.2.16 Os medicamentos e produtos para a saúde dos carros de emergência são padronizados, monitorados e substituídos de forma tempestiva após o uso, de acordo com o prazo de validade ou quando danificados? 33.1.9 Há protocolos e procedimentos implementados de manutenção preventiva dos equipamentos? e 22.8.12 O hospital realiza a investigação epidemiológica de óbitos maternos, infantis e fetais nos termos das normativas vigentes? Luciana informa que está em fase de implementação o checklist de parto seguro e a necessidade da melhora de adesão aos protocolos relacionados a prevenção de IPCS e PAV. Luciana também informa a dificuldade de adesão ao protocolo de identificação do paciente, principalmente com os paciente RN e pediátricos devido a falta de insumo adequado, a falta de padronização dos carros de emergência e do controle dos medicamentos e a falta de manutenção preventiva dos equipamentos de suporte a vida. Luciana comunica os indicadores monitorados e apresentados para a sede nos meses de junho e julho descritos na tabela abaixo:

Indicador	JUN/24	JUL/24
Proporção de pacientes com pulseiras de identificação na UTI Neonatal	0%	25%
Proporção de pacientes com pulseiras de identificação no Alojamento Conjunto	36%	37%
Proporção de pacientes com pulseiras de identificação no Pronto Atendimento Obstétrico	0%	20%
Taxa de adesão à lista de Verificação para Parto Seguro	6%	0%
Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea com confirmação microbiológica (IPCSL), em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI neonatal	0	0
Densidade de Incidência de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica em pacientes internados em UTI neonatal	0	11
Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional superficial em cesarianas	7%	7%
Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional profunda em cesarianas	2%	0%
Proporção de óbitos maternos, infantis e fetais intra-hospitalar com investigação iniciada em até 30 dias da data da ocorrência	0%	56%
Proporção de carros de emergência com armazenamento adequado de medicamentos dentre o total avaliado	0%	0%

Proporção de neonatos que utilizaram antibiótico na primeira semana de vida	50%	50%
Proporção de equipamentos de suporte à vida inoperantes na unidade ou sem manutenção preventiva ou com manutenção preventiva vencida entre o total de equipamentos verificados	45%	64%

Luana informa o novo cronograma e a proposta de planejamento para a avaliação interna total da qualidade:

Setembro	24/09/2024	Elaboração do planejamento/roteiro da 5ª Avaliação Interna da Qualidade CURSO SEDE - aguardando data
Outubro	01/10/2024 a 11/10/2024 14/10/2024 a 25/10/2024 29/10/2024 a 08/11/2024	Elaboração do planejamento/roteiro da 5ª Avaliação Interna da Qualidade 5ª Avaliação Interna da Qualidade - Entrevistas e avaliação in loco Entrega de relatórios
Novembro	até dia 08/11/2024 11/11/2024 a 14/11/2024 18/11/2024 a 29/11/2024	Entrega de relatórios Correção dos relatórios e envio para as lideranças Prazo para contestação
Dezembro	até 13/12/2024	Encaminhamento do relatório final ao Colegiado Executivo
		Encaminhamento do relatório final para STGQ
		Divulgação dos resultados da 4ª Avaliação Interna da Qualidade

Nada mais havendo, eu Luana Ribeiro Ferreira, lavrei a presente ata, que após lida e achada conforme, vai por todos assinada.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Luana Ribeiro Ferreira, Coordenador(a) da Comissão**, em 03/09/2024, às 17:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Paiva Romualdo, Enfermeiro(a)**, em 04/09/2024, às 10:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Stark Rezende de Paula, Membro da Comissão**, em 16/09/2024, às 09:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Priscila Salge Mauad Rodrigues, Membro da Comissão**, em 16/09/2024, às 09:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lethicia Borges Oliveira, Membro da Comissão**, em 17/09/2024, às 07:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Marques, Membro da Comissão**, em 18/09/2024, às 10:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Josiane Garcia, Enfermeiro(a)**, em 18/09/2024, às 10:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sara Borges Ferreira Gomes, Membro da Comissão**, em 19/09/2024, às 14:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Silva Dutra Tirones, Membro da Comissão**, em 23/09/2024, às 11:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Vinicius Rocha, Membro da Comissão**, em 26/09/2024, às 09:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **42133626** e o código CRC **2F0B4BA5**.

Referência: Processo nº 23521.001179/2024-14 SEI nº 42133626