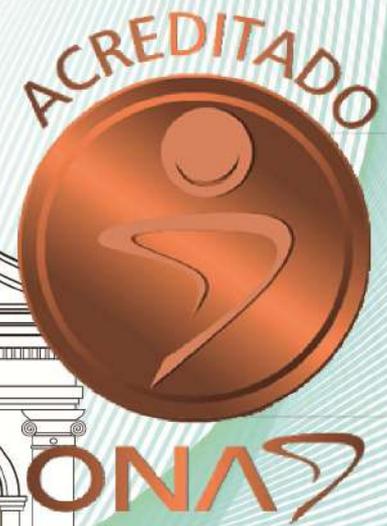




GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Relatório de Gestão 2017



SANTA CASA
DO PARÁ
ASSISTÊNCIA E ENSINO

Belém
2018





CREDITADO

ONAT

2017© FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governador do Estado do Pará

SIMÃO ROBISON OLIVEIRA JATENE

Vice Governador do Estado do Pará

JOSÉ DA CRUZ MARINHO

Secretário de Estado de Saúde Pública do Pará

VITOR MANUEL JESUS MATEUS

Secretária Adjunta de Estado de Saúde Pública

HELOÍSA MARIA MELO E SILVA GUIMARÃES

Presidente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

ROSANGELA BRANDÃO MONTEIRO

Diretora Técnico Assistencial:

NORMA SUELY C. F. ASSUNÇÃO

Diretora de Apoio Técnico Operacional:

CINTHYA FRANCINETE PEREIRA PIRES

Diretora Administrativo e Financeira:

ROSANE MARQUES ROSADO GOMES

Diretora de Ensino e Pesquisa:

PILAR MARIA DE OLIVEIRA MORAES

Organização e Produção:

Assessoria de Planejamento - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Equipe: Walda Cleoma Lopes Valente dos Santos - Assessora de Planejamento da FSCMP

Giselly Julieta Barroso da Silva - Enfermeira

Suelene dos Anjos Silva Coelho - Contadora

Tatiana da Silva Mendes - Assistente Social

Nilson Milas Chucre de Souza - Assistente administrativo

Pollyanna de Souza da Silva - Assistente administrativo

Lennon Bruno Costa Luz Feio - Assistente administrativo

Diagramação: Nilson Chucre

Fotos: Agência Pará, ASCOM /FSCMP



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

RELATÓRIO DE GESTÃO 2017

Assinaturas:

Presidente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Tribunal de Contas do Estado do Pará

Belém
2018



SUMÁRIO

1. Palavra da Presidente	09
2. Lideranças	13
3. Sobre o Relatório	18
4. Institucional	19
5. Planejamento estratégico	29
5.1. Perspectiva de Aprendizado e crescimento	30
5.1.1. Objetivo Estratégico - Modernizar infraestrutura física, tecnológica e dos sistemas de informação	30
5.1.2. Objetivo Estratégico - Desenvolver comunicação ágil e eficaz	32
5.1.3. Objetivo Estratégico - Desenvolver cultura organizacional como foco em lideranças e resultados	33
5.1.4. Objetivo estratégico - Valorizar o servidor como ser integral	36
5.2. Perspectiva de Processos internos	38
5.2.1. Objetivo Estratégico - Assegurar qualidade e segurança nos processos	38
5.2.2. Objetivo Estratégico - Aperfeiçoar a gestão da produção	50
5.2.3. Objetivo Estratégico - Aprimorar a política de atenção hospitalar	52
5.2.4. Objetivo Estratégico - Promover a melhoria contínua na gestão do ensino e da pesquisa	56

5.3. Perspectiva Resultados para a sociedade	60
5.3.1. Objetivo Estratégico - Assegurar a sustentabilidade econômica, social e ambiental da instituição	60
5.3.2. Objetivo estratégico - Garantir assistência integral e segura aos nossos usuários do SUS	61
6. Nossas principais conquistas em 2017	64
7. Indicadores alinhados ao planejamento estratégico	68
8. Projetos estratégicos para 2018	82
9. Reconhecimentos e certificações	84
10. Nossos números	86
11. Sustentabilidade e responsabilidade social	94
12. Gestão de recursos	101
13. Considerações finais	109
14. Agradecimentos	110
15. In memoriam	111
16. Hino da Santa Casa	112

1 PALAVRA DA PRESIDENTE

O terceiro ano de gestão à frente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, ano em que comemoramos seus 368 de fundação, se dá com o marco histórico da conquista da **Certificação ONA 1**, com impactos importantes na assistência ao paciente, na gestão, no ensino e pesquisa e melhoria da autoestima e condições de trabalho dos servidores da Santa Casa.

É significativo que a maior maternidade do Pará seja o único hospital público da administração direta do Estado certificado pela **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**. Aqui realizamos, em média, 860 partos por mês e cerca de 10 mil partos anualmente.

Os processos internos que nos levaram à Certificação melhoraram a qualidade da assistência, reduzindo as mortes evitáveis, um caminho percorrido no mundo moderno. Essa conquista só foi possível pela adesão dos servidores desta centenária instituição. Eles compreenderam a necessidade de uma cultura de melhoria contínua, mudanças que reforçam a tendência de anos anteriores de redução de mortalidade neonatal e materna. Com isso contribuimos com a realização de uma das principais metas do Governo do Estado que é ofertar serviços de saúde eficientes e de qualidade para a população. Cada alta hospitalar é o presente maior que, com amor, podemos oferecer à sociedade que investe recursos do SUS e do Tesouro do Estado na Santa Casa. Esses recursos são transformados em cuidado e acolhimento ao paciente e em melhores condições de trabalho e de satisfação dos servidores. Por isso é estimulante saber que a sociedade reconhece nosso esforço. Pesquisa realizada com pacientes atendidos em diversos hospitais públicos do Estado aponta a Santa Casa com nível de satisfação acima de 90%.

Em mais de três séculos de história, passaram pela Santa Casa dezenas de gerações de profissionais da saúde e muitos colaboradores. Todos deixaram, em cada momento, parte de suas vidas e de seu trabalho dedicado à gestão e à assistência, acolhendo enfermos e gestantes, ajudando novas vidas a nascer. E também cuidando da formação de novos profissionais para manter vivo o trabalho em saúde.

Não temos dúvidas que todo esse legado nos possibilitou empreender os processos de que nos levaram a conquistar em 2017 as certificações de âmbito nacional Acreditação ONA; Hospital Amigo da Mulher; e Hospital Amigo da Criança.

Ao longo dos últimos três anos também tivemos que nos adaptar para conviver com a crise econômica que reduziu o financiamento do Hospital. Com criatividade e ações de sustentabilidade, reduzimos custos; nos empenhamos em buscar novos recursos por

meio de habilitação de serviços junto ao Ministério da Saúde; renegociamos contratos e pagamentos de dívidas; pactuamos o recebimento de dívida da SESMA; firmamos parcerias com órgãos e instituições públicas (**TRT, EGPA, FAPESPA, CEASA, SESPA, SESMA, Instituições de Ensino Superior - IES**) e com **o poder legislativo estadual e federal** que viabilizaram novos recursos destinados a aquisição de equipamentos de alta tecnologia; financiamento interno da pesquisa científica; realização de obras e reformas; e a informatização do hospital que impactou positivamente a assistência e a gestão, inserindo-se também como um marco desta gestão.

Tivemos muitas conquistas, mas temos ainda muitos desafios. Estamos enfrentando cada um deles com Planejamento Estratégico, iniciado ainda nos idos de 2015, no primeiro ano de gestão. Hoje nossas equipes de diretores, assessores, gerentes e servidores trabalham em todos os turnos focados na nossa missão: **cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento**, o que se expressa no acolher com qualidade, segurança e carinho cada pessoa que chega até nós. **O Mapa Estratégico** atualmente se desdobra em dezenas de projetos e centenas de ações que mobilizam milhares de pessoas em sua execução, avaliação e retroalimentação em módulo informatizado de gestão estratégica. Tudo isso aponta para o que queremos ser no futuro: “**um hospital público de excelência, com reconhecimento nacional em gestão, assistência, ensino e pesquisa de forma segura, humanizada e sustentável**”. Acreditamos que tudo isso é possível, pois contamos com a participação ativa dos servidores, colaboradores e gestores da Santa Casa e também com o apoio da alta gestão do Estado, que nos ajudam a atender, de forma cada vez melhor, a população do Pará que têm a Santa Casa como referência de hospital humanizado, seguro e de qualidade.

Rosangela Brandão Monteiro

Presidente da Fundação Santa Casa





SUPER METAS DE SEGURANÇA



IDENTIFICAÇÃO

META 1: IDENTIFICAR O PACIENTE CORRETAMENTE



COMUNICAÇÃO

META 2: MELHORAR A EFETIVIDADE DA COMUNICAÇÃO



ALTA VIGILÂNCIA

META 3: MELHORAR A SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA



CIRURGIA SEGURA

META 4: GARANTIR A SEGURANÇA NOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS



REDUZIR O RISCO DE INFECÇÃO

META 5: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



PREVENIR LPP

META 6A: REDUZIR O RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO



PREVENIR QUEDA

META 6B: REDUZIR O RISCO DE DANOS POR QUEDA



www.santacasa.pa.gov.br



[Facebook.com/santacasaPARA](https://www.facebook.com/santacasaPARA)



Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará



Missão: Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento.

2 LIDERANÇAS

PRESIDÊNCIA

Rosangela Brandão Monteiro

Presidente

Dayvison Santos Oliveira

Chefia de Gabinete

Antônio Nilton Rodrigues Silva

Assessoria da Presidência

Mariseth Carvalho de Andrade

Assessoria da Presidência

DIRETORES

Cinthyia Francinete Pereira Pires

Diretora de Apoio Técnico Operacional

Benedita Leida Ramos Martins

Assessora da Diretoria de Apoio Técnico Operacional

Norma Suely de Carvalho Fonseca Assunção

Diretora Técnico Assistencial

Francisco Otavio Alves Cordeiro

Assessor da Diretoria Técnico Assistencial

Rosane Marques Rosado Gomes

Diretora Administrativo e Financeira

Pilar Maria de Oliveira Moraes

Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão

ASSESSORIAS

Aline da Costa Pontes

Serviço de Ouvidoria

Aline Rodrigues Brelaz

Comunicação

Carlos Augusto Nery da Costa

Controle Interno

Dociana Érika Cabral Formigosa

Qualidade e Segurança do Paciente

Hellen Carinna Monteiro

Gestão de Risco

Klebson Tinoco Araújo

Jurídico Fundacional

Vânia Cristina Ribeiro Brilhante

Controle de Infecção Hospitalar

Walda Cleoma Lopes Valente dos Santos

Planejamento

GERÊNCIAS:

ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Ângela Maria Mesquita Contabilidade	Ingrid Bezerra dos Santos Ranieri Administração de Pessoas
Ângela Sávia dos Anjos Farias Cardoso Desenvolvimento de Pessoas	Kátia Regina Veiga Pereira Logística
Antenor Sandres de Oliveira Filho Infraestrutura	Lia Crystina Bastos Araújo Processos de Tecnologia da Informação
Beatriz Cordeiro Oliveira Almoxarifado	Lina Cristina de Paula Magno Saúde do Trabalhador
Celso Iran Puget Botelho Junior Patrimônio	Marcelo Araújo Miranda Equipamentos
Doralice Cunha Palheta Gestão de Pessoas	Michelly Cristina Vieira Tavares Serviços Gerais
Elaine Cristine Costa Moreira Faturamento	Rosa de Fátima Amador Veloso Execução Orçamentária e Financeira
Flávio Altamirano Estrutura Física Funcional e Patrimônio	Samara de Jesus Marcelino Chagas Compras
Gilberto Ramos Rodrigues Tecnologia da Informação e Comunicação	Silvia de Nazaré Nobre de Oliveira Captação de recursos
Ian Tancredi de Araújo Convênios e Contratos	Walcelir Rendeiro da Silva Finanças

TÉCNICO ASSISTENCIAL

Ana Cristina Marques Pediatria	Maria do Socorro da Silva Ruivo Enfermagem Clínica Cirúrgica
Adriana Lira Fortes Enfermagem Clínica Médica	Monique Calandrine Pereira Rodrigues Nefrologia Pediátrica
Carmen Angélica da Silva Peixoto Urgência e Emergência Obstétrica	Nelma de Jesus Nogueira Machado Clínica Médica
Carmen Lúcia Ferreira de Castro Alojamento Conjunto	Rosa Amélia Tavares Silva Enfermagem Neonatologia
Helder Costa Ikegami Clínica Cirúrgica	Rosana Márcia de Lima Nunes Centro Obstétrico e PPP
Heliana Helena de Moura Nunes Complexo Ambulatorial	Marília Gabriela Queiroz da Luz Tocoginecologia
Kathia Suely Gayoso da Costa Enfermagem Pediatria	Salma Brito Saraty Neonatologia
Laise Cristina Feitosa Pantoja Gerência Geral de Enfermagem	Silvia Helena Silva do Nascimento Enfermagem da Nefrologia

TÉCNICO OPERACIONAL

Benedito da Costa Maués
Arquivo Médico Hospitalar

Bruna Danielle Guimarães Pinto Monteiro
Processamento de Roupas

Ciléa Maria dos Santos Ozela
Assistência Nutricional

Cynara Melo S. Gonçalves
Banco de Leite Humano

Emília Matos Monteiro Gonçalves
Processamento de Materiais e Esterilização

Glenda Luciana do Espírito Santo Costa
Assistência Farmacêutica

Marcelo Pereira Mota
Laboratório de Análises Clínicas

Silvia Helena da Silva Sá Teixeira
Agência Transfusional

Waldônio Brito Vieira
Diagnóstico por Imagem e Endoscopia

ENSINO E PESQUISA

Paulo Eduardo Santos Ávila
Pesquisa

Vera Lúcia Azevedo Lima
Ensino

NÚCLEOS

Marcus Vinicius Henriques Brito
Núcleo Cultural

Margareth de Andrade Gomes
Núcleo de Assessorias e Comissões

Reinaldo Luiz da Silva Ferreira
Núcleo Biopsicossocial

Rosa de Fátima Amador Veloso
Coral Saúde & Vida “Maria Helena Franco”

COMISSÕES E COMITÊS

Clévia Dantas Luz de Matos
Comitê de Humanização

Isis Souza Coimbra
Comissão Permanente de Licitação

Liene do Socorro Câmara Ximenes
Comitê de Ética e Pesquisa

Maria Helena de Azevedo Reis
Comissão Permanente de Revisão de Prontuário

Patrícia Barbosa Carvalho de Assunção
Comissão de Residência Médica

Patrícia Suely Cavalcante Nonato
Comissão Permanente de Processo Administrativo

CONSELHO GESTOR

ENTIDADES DOS MOVIMENTOS SOCIAIS DE USUÁRIOS DO SUS

1- Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará (ARCT-PA)

Titular: Belina Pinto Soares

Suplente: Pedro Paulo Nazareno Pinheiro dos Santos

2- Pastoral da Criança - Organismo de Ação Social da CNBB

Titular: Lucimar do Monte Paixão

Suplente: Maria Vitória Chaves de Sousa

3- Federação de Mulheres do Estado do Pará (FEMEPA)

Titular: Maura Edwiges Marques dos Santos

Suplente: Maria do Socorro da Silva

4- Associação de Mulheres Eneida de Moraes (Ameneida)

Titular: Nelice Rodrigues da Silva

Suplente: Mariana Ferreira Carvalho

5- Centro Acadêmico de Enfermagem Wanda de Aguiar Horta (UEPA)

Titular: Diully Siqueira Monteiro

Suplente: Eliza Paixão da Silva

6- Centro Acadêmico de Enfermagem Prof. Benenice Moraes Pinto(UFPA)

Titular: Joanna Angélica Azevedo de Oliveira

Suplente: Manuela Almeida Seidel

7- Centro Acadêmico de Medicina José Arrais (CAMJA/UEPA)

Titular: Lucca Oliveira Gonçalves

Suplente: Ivone Aline da Silva Rodrigues

8- Diretório Acadêmico Bettina Ferro de Souza (DABFS/UFPA)

Titular: André Victor Cabeça de Sousa

ENTIDADES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DE DOCENTES

1- Sindicato dos Médicos do Pará (SINDMEPA)

Titular: Emanuel Conceição Resque Oliveira

Suplente: Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

2- Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará (SENPA)

Titular: Antônia Trindade Valente dos Santos

Suplente: Alzinei Simor

3- Sindicato dos Docentes da Universidade do Estado do Pará (SINDUEPA)

Titular: Antônio Carlos Vasconcelos Darwich

Suplente: Arlete Cristina dos Santos

4 - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará (SINDSAUDE)

Titular: Arlete Cristina dos Santos

5 - Associação dos Servidores da Santa Casa

Suplente: Marcos Cavalcante Feitosa

GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

1 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

Titular: Rosangela Brandão Monteiro

Suplente: Rosane Marques Rosado

2 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

Titular: Cinthya Francinete Pereira Pires

Suplente: Pilar Maria de Oliveira Moraes

3 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

Titular: Norma Suely Carvalho da Fonseca

Suplente: Laise Cristina Medeiros Pantoja

4 - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS/UEPA)

Titular: Terezinha Vieira da Silva

5 - Instituto de Ciências da Saúde (ICS/UFPA)

Suplente: Márcia Maria Bragança Lopes

3 SOBRE O RELATÓRIO

O relatório de gestão é o instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução do planejamento anual de saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores. Orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao planejamento da organização e às programações seguintes.

Foi instituído a partir da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, intitulada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que surge como instrumento de transparência da gestão fiscal, com o objetivo de garantir o equilíbrio nas contas públicas, pelo cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas.

O Relatório de Gestão 2017 permite visualizar, em dados quantitativos e qualitativos, um panorama da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Nele, estão contidas as informações mais relevantes daquilo que foi executado no ano.

Esta versão permite conhecer os resultados de desempenho da gestão: assistencial e de ensino, pesquisa e extensão, a partir do planejamento estratégico institucional alinhado às metas de governo.



4 INSTITUCIONAL

4.1 - LINHA DO TEMPO

SÉCULO XVII



1650 - Fundação da Irmandade da Misericórdia do Pará

SÉCULO XX



1900 - Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia do Pará

1950 - Hospital Escola

1990 - Lei complementar 003/1990 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

1998 - Hospital Amigo da Criança

1999 - Prêmio “Galba de Araújo” de Humanização

SÉCULO XXI



2004 - Hospital de Ensino

2009 - Prêmio Estadual da Qualidade

2010 - Prêmio Estadual da Qualidade

2013 - Unidade Materno Infantil “Dr. Almir Gabriel”

2015 - Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente

2016 - I Congresso da Santa Casa

2017 - Prêmio Dr. Pinotti - Hospital Amigo da Mulher

2017 - Certificação Nível I - ONA - Hospital Acreditado

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) foi fundada há 368 anos e foi constituída pelo Governo do Estado do Pará com esta denominação nos termos do artigo 23 da Constituição do Estado, através da Lei Complementar 003 de 26 de abril de 1990. É um órgão da administração indireta vinculado a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA). O hospital possui **486 leitos**, com um total de **2.573 servidores**. Atende todos os **144 municípios** do Estado do Pará e em alguns casos, pacientes oriundos de outros Estados.

Inserida na perspectiva de meios do Mapa Estratégico de Governo voltada à Promoção à Inclusão Social e com o objetivo de garantir a qualidade do atendimento da atenção básica de média e alta complexidade, a FSCMP tem seus processos finalísticos voltados para as áreas da **assistência; ensino, pesquisa e extensão**. Áreas estas que têm seus processos definidos de acordo com a especificidade do atendimento.



MESORREGIÕES DO PARÁ

Metropolitana de Belém
Nordeste Paraense
Sudoeste Paraense
Sudeste Paraense
Baixo Amazonas
Marajó



144 MUNICÍPIOS

POPULAÇÃO: 8.842.791



Assistência

- Tocoginecologia
- Pediatria
- Neonatologia
- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Nefropediatria
- Ambulatório (Mulher, Pediatria, Cirurgia, Adulto)

Ensino

- Pós-graduação Lato Sensu (12 programas de Residência Médica, 01 Programa de Residência Multiprofissional)
- Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado)



Extensão

- Grupo de Pesquisa
- Pará Medical Research Journal





- **Gestação de Alto Risco e Neonatologia;**
- **Mulheres e Crianças Vítimas de Violência sexual;**
- **Aborto previsto por lei;**
- **Terapia Renal Substitutiva Pediátrica;**
- **Banco de Leite Humano**
- **Hepatologia**
- **Programa de atendimento as vítimas de escalpelamento - (PAIVES)**

4.5 - CAPACIDADE INSTALADA

CLÍNICAS	LEITOS
Maternidade	165
Pediatria	43
Neonatologia	100
Clínica Médica	48
Clínica Cirúrgica	40
Total de Clínicas	396
UTI's	LEITOS
UTI Adulto	10
UTI Pediátrica	20
UTI Neonatal	60
Total nas UTI's	90
TOTAL GERAL	486

Fonte: ASPL/FSCMP

4.6 - FORÇA DE TRABALHO

SIATUAÇÃO FUNCIONAL	2015	2016	2017
Concursados	1.684	1.673	1.645
Temporários	467	470	352
Estaturários	203	195	175
Outros	482	401	401
TOTAL	2.836	2.739	2.573

Fonte: GAPE/FSCMP

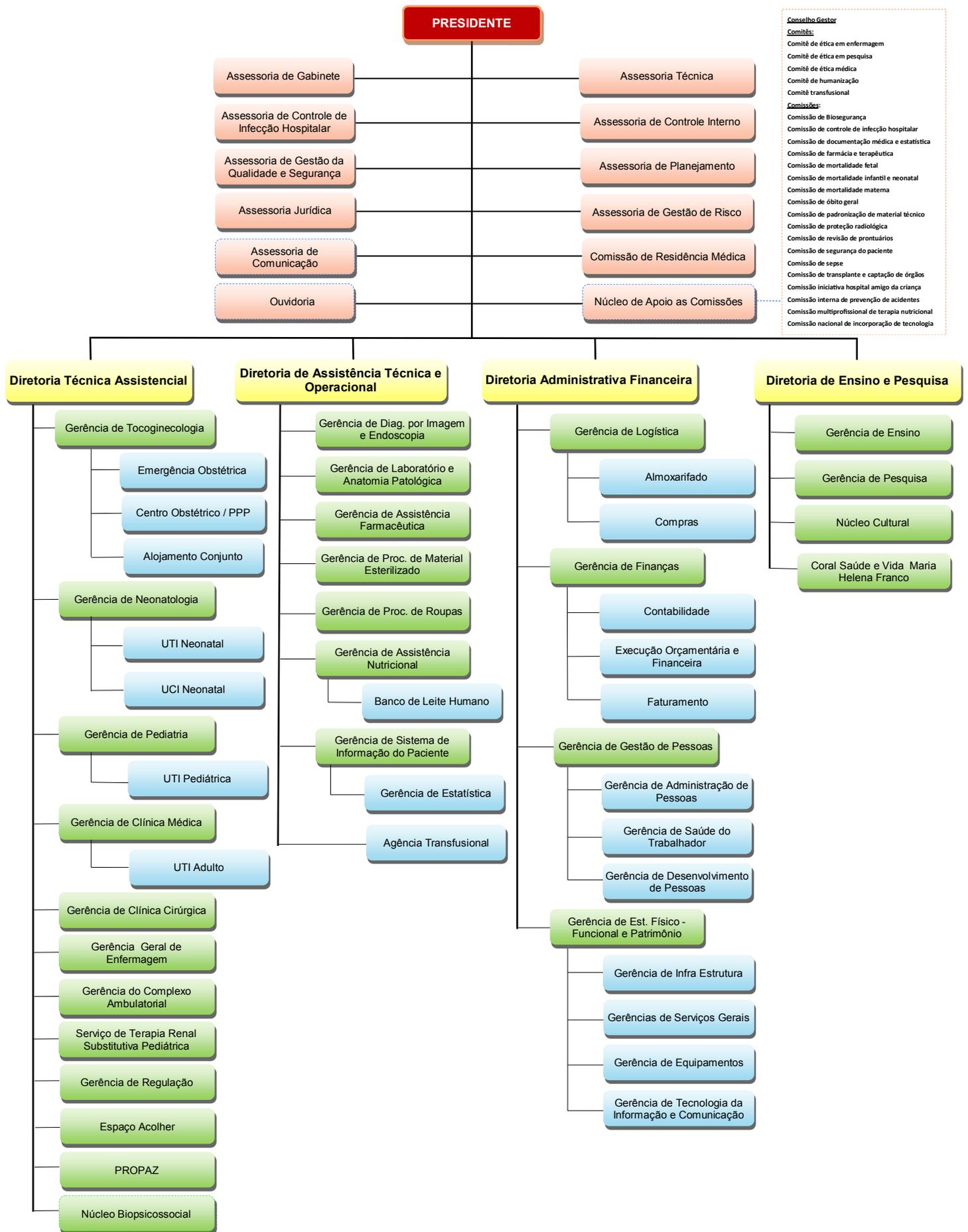
4.7 - ESTRUTURA E FUNÇÕES

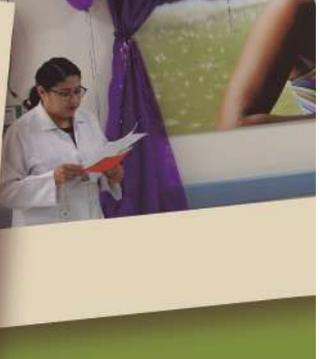
A FSCMP possui um complexo hospitalar de 48.312m² distribuído em:

- **Hospital Centenário(25.573m²)** com sua estrutura arquitetônica imponente e secular, onde abriga ainda hoje cerca de cem (100) leitos entre as clínicas médica e cirúrgica; toda a estrutura física de ensino e pesquisa; arcação técnico logístico; apoio administrativo e um belo museu, com acervo de peças raríssimas, localizado no coração daquele que hoje os servidores chamam carinhosamente de prédio Centenário.
- **Unidade Materno Infantil “Dr. Almir Gabriel” (20.513m²)**, inaugurado em setembro de 2013, objetiva melhorar a qualidade da oferta dos serviços de assistência materno-infantil disponíveis no Estado. A unidade possui 07 andares com o que há de mais moderno em tecnologia de suporte de vida, oferecendo serviços de urgência e emergência obstétrica e leitos para atendimento às demandas de Neonatologia, Maternidade, Pediatria, Ginecologia e UTI's (Adulto e Infantil).
- **Unidade Nutricional, e Processamento de Roupas (2.498m²)**, inaugurado também em 2013, o pavilhão é composto por duas das principais gerências de apoio do Hospital. Oferece estrutura e equipamentos modernos, com refeitório para servidores e acompanhantes e serviço de processamento de roupas.
- **Espaço Acolher (423m²)**, implantado desde 2006 com o objetivo de garantir acolhimento provisório aos usuários dos diversos municípios do Estado do Pará, durante o tratamento, considerando as vítimas de escarpelamento como prioridade. Sua estrutura física permite acomodação para 30 pessoas entre pacientes e acompanhantes, garantindo-se leitos, refeições e transporte durante o tratamento.



4.8 - ORGANOGRAMA





VISÃO

Ser um hospital público de excelência, com reconhecimento nacional em gestão, assistência, ensino e pesquisa de forma segura, humanizada e sustentável.



Resultados para a sociedade

Garantir assistência integral e segura aos nossos usuários do SUS



Assegurar a sustentabilidade econômica, social e ambiental da Instituição



EXCELÊNCIA EM AÇÕES DE SAÚDE, ENSINO E PESQUISA

Processos Internos

Aprimorar a política de gestão hospitalar



Assegurar qualidade e segurança nos processos



Aperfeiçoar a gestão da produção



Promover a melhoria contínua na gestão do ensino e da pesquisa



EXCELÊNCIA NO JEITO DE SER E FAZER

Aprendizado e Crescimento

Valorizar o servidor como ser integral



Desenvolver cultura organizacional com foco em liderança e resultados



Desenvolver comunicação ágil e eficaz



Modernizar infra-estrutura física, tecnológica e dos sistemas de informação



EXCELÊNCIA EM GOVERNANÇA

MISSÃO

Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento.



5 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O planejamento estratégico é um processo gerencial utilizado no desenvolvimento e na manutenção dos objetivos, habilidades e recursos de uma organização. Na FSCMP, este foi estruturado para o quadriênio 2016-2019, após aprovação da Gestão Colegiada e publicado em portaria 741 de 18 de novembro de 2016 no Diário Oficial do Estado.

A FSCMP alinhada a metodologia do Estado, que adotou o Planejamento estratégico no método **Balanced Scorecard - BSC** como norteador de sua gestão estratégica, entende que a metodologia de planejamento estratégico é geralmente a melhor fonte e o melhor ponto de partida para o planejamento de relações públicas com vistas a excelência e a eficácia das ações em saúde, por ser um instrumento que permite fazer um raio-x da real situação da organização frente ao ambiente e à sociedade.



O planejamento estratégico **2016-2019** foi desenvolvido com a participação ativa da alta gestão e, também, das lideranças da instituição. Este engajamento permitiu que fossem tomados direcionamentos importantes. Tal processo se deu com envolvimento dos profissionais de saúde de todos os níveis hierárquicos, em diversos momentos, por meio de oficinas e debates, com o objetivo de pensar a utilização do mapa estratégico como ferramenta gerencial a ser utilizada na sustentabilidade da organização, na qualificação das práticas gerenciais e na resolubilidade tanto da gestão quanto das ações e serviços prestados à população. Para a sua produção, foram consideradas as análises críticas e sugestões dos gestores e gerentes. Além das definições da estratégia e revisões dos objetivos e das metas, foi revisada a identidade organizacional.

Em meados de 2017 a FSCMP realizou a revisitação e validação do Planejamento Estratégico Institucional, onde foi redefinida sua missão, visão e valores, seus principais objetivos estratégicos, as estratégias e os planos táticos que compõe a estrutura que equilibra o mapa. Além disso, as lideranças vêm desdobrando seus planos e projetos em iniciativas operacionais com o *staff* da instituição e os *stakeholders*.

Destacamos nesse ano de 2017 alguns projetos estruturantes e com êxito no planejamento estratégico que visam aprimorar a gestão, os processos e a qualidade e segurança do paciente, dentre os quais:

5.1 - PERSPECTIVA DE APRENDIZADO E CRESCIMENTO

5.1.1- Objetivo Estratégico - Modernizar infraestrutura física, tecnológica e dos sistemas de informação:

Projetos estratégicos:

5.1.1.1 - Melhorar a gestão dos processos internos do serviço de estrutura físico, funcional e patrimônio:

O projeto é composto por 02 planos ação em andamento e *status* de 74% de execução. Destacamos que no decorrer do ano várias atividades de sensibilização para o consumo sustentável de energia, água e telefonia foram realizadas, dentre as quais sublimamos o monitoramento do consumo de energia elétrica, telefonia e água, com ações de: aferição de água através do hidrômetro, negociação junto à **Cosanpa** e monitoramento dos vazamentos em geral; ainda com relação ao consumo de energia elétrica efetivou-se a renovação contratual, o controle do consumo de energia elétrica nos horários de pico utilizando o processo de abastecimento do gerador, onde tornou-se necessário a efetivação de um contrato com a **Petrobras** para o abastecimento à diesel, sendo necessárias algumas obras estruturais nos tanques de armazenamento; quanto a telefonia foi realizada uma reavaliação das linhas fixas e celulares corporativos. Outra ação foi a melhoria dos processos de manutenção predial, onde houve a informatização (Sistema MV), das solicitações das chamadas ordem de serviço (OS), o que pode proporcionar um melhor monitoramento da efetividade dos serviços de manutenção predial, culminando com o controle e criação de indicadores de resultados.

5.1.1.2 - Levantar necessidade de ocupação física do hospital centenário

Projeto finalizado e contou com 08 planos de ação. Primeiramente foi apresentada a necessidade do plano diretor e em seguida criada uma comissão que ficou responsável por conduzir as atividades relacionadas. Esta comissão fez um levantamento cadastral dos espaços físicos, por meio de visitas *in loco* na área assistencial e administrativa do hospital, com isso desenvolveu um estudo preliminar, o qual aprovou um programa de necessidades e foi elaborado o memorial descritivo do projeto.

5.1.1.3 - Implantar o Sistema de Custo Hospitalar no Sistema MV

Projeto com 31% de suas ações concluídas, possui 05 planos de ação, dentre os quais 02 foram finalizados. Foi realizada a revisão dos centros de custos; houve a negociação junto à empresa **MV para realização das 2ª e 3ª etapas de implantação do módulo de custo hospitalar**, que tratam respectivamente da definição de procedimentos no sistema, tais como cálculos por fases, integração com os sistemas de faturamento, apresentação de resultados por setor, controle de rateios, apuração do custo dos procedimentos, análise do consolidado, emissão de relatórios detalhados, distribuição de receita, análise das contas de receita, abertura e fechamento das competências, importação de custos e receitas, visualização das origens das

receitas e indicadores de produtividade, mapa de distribuição de rateio, dentre outros. Foi realizado a 2ª etapa do módulo de custo hospitalar no período de 06 à 10/11/17, entretanto, em virtude de problemas de consolidação no estoque do almoxarifado, não foi possível colocar o sistema para executar, bem como atualização do sistema. A realização da 3ª etapa do módulo ainda não possui data preestabelecida, considerando as atribuições deixadas na segunda etapa. Outro ponto relevante é o alinhamento dos centros de custos juntamente com as escalas da Gerência de Administração de Pessoas (GAPE), para obter as informações do dimensionamento de pessoal por setor.

5.1.1.4 - Implantar novas soluções de tecnologia da informação

Com um *status* de 65% de execução, o projeto possui 05 planos de ação, todos em andamento. Neste projeto ocorreram muitos avanços em relação ampliação do Sistema MV, havendo recentemente a implantação do sistema no centro cirúrgico, no ambulatório de cirurgias e no ambulatório do fígado. Quanto a implantação de novas soluções de TI contamos com:

- O **Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens (RIS - *Radiology Information System PACS - Picture Archiving and Communication System*)**: solução tecnológica que disponibiliza recursos para gerenciar os procedimentos de diagnóstico por imagem, inclusive com compra de equipamentos. Ainda em 2017 teve o contrato aditivado, porém tendo em vista a necessidade de melhorias na parte lógica, rede e banco de dados do hospital, a implantação do projeto está prevista para 2018;
- O **Sistema de Bancos de Sangue - *Software***, sistema operacional que atualmente faz a gestão do sangue da Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (Hemopa), está aguardando o término da obra da Agência Transfusional;
- O **Processo Administrativo Eletrônico (PAE)** de responsabilidade da Secretaria de Estado de Administração (SEAD), em todo o Estado.
- O **Sistema de Gerenciamento Laboratorial (Softlab)** que agiliza os resultados de exames para a área assistencial. Este projeto tem como desafios a implantação do Sistema MV nos demais ambulatórios, na Agência Transfusional e no Centro de Terapia Renal Substitutiva Pediátrica (CTRS), sendo que todos dependem de infraestrutura.

Por fim está sendo viabilizado um sistema de integração abrangente para toda a área de gestão de pessoas.

5.1.1.5 - Implantar a Gestão de Documentos no Sistema MV

O projeto encontra-se com 64% do seu status concluído, possui 09 planos de ação cadastrados, dentre os quais 07 projetos estão concluídos . A Assessoria de Gestão de Qualidade e Segurança (AGQS) recolheu as pastas com documentos dos setores e o ano de 2017 foi de revisão de formulários como: Procedimentos Operacional Padrão (POP), protocolos e manuais. Os pontos positivos na implantação da gestão de documentos no

Sistema MV foi o empenho de todos os gerentes na revisão dos documentos utilizados em seus setores (POP, protocolos e outros), os quais foram validados na AGQS e em seguida foram inseridos no sistema MV. Houve aquisição de licenças do **Office** pela instituição, para permitir que se complete a gestão de documentos pelo sistema MV nos setores. No momento, as licenças estão em fase de distribuição para os setores, com mapeamento sob a responsabilidade do setor de tecnologia de informação.

5.1.1.6- Requalificar os espaços físicos do hospital centenário

O projeto conta com 15 planos de ação, dos quais 05 já foram finalizados, gerando um *status* de 36% de execução, e 10 planos em desenvolvimento. As áreas requalificadas foram: o ambulatório de cirurgia; farmácia de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC); Central de Material Esterilizado (CME); centro cirúrgico do hospital centenário; almoxarifado; recepção e a passarela de entrada do hospital centenário. Outras obras foram iniciadas dentre elas: a reforma da sala da Tecnologia da Informação (TI) e do espaço do **Data Center**; rota de fuga; reforma da UTI adulto do prédio centenário; reforma da enfermaria São Roque juntamente com a casa da gestante; reforma do ambulatório da mulher; reforma da agência transfusional. Com previsão de término para o primeiro semestre de 2018.

Ainda pendentes de execução temos o espaço acolher e o ambulatório de nefrologia pediátrica. A Fundação conta ainda com um projeto de R\$ 23 milhões a ser executado pela **SEDOP** na reforma de parte hospital centenário, como algumas enfermarias, museu, biblioteca, capela e o instituto de ensino e pesquisa.

5.1.1.7- Implementar ações para a prestação de serviços terceirizados com qualidade

Este projeto encontra-se com *status* de 100% e conta com 02 planos de ação. O primeiro refere-se ao alinhamento do contingente de pessoal à capacidade financeira da instituição, onde tornou-se necessário a diminuição deste contingente para fins de adequação do contrato. O segundo trata do controle da frequência dos servidores das empresas terceirizadas, com a instalação de ponto biométrico na portaria do Hospital, o qual é utilizado exclusivamente por estes funcionários, além da obrigatoriedade do uso do crachá para o acesso ao Hospital.

5.1.2 - Objetivo Estratégico - Desenvolver comunicação ágil e eficaz

Projetos estratégicos:

5.1.2.1 - Desenvolver comunicação visual

Com *status* de 58% de execução, é composto por dois planos de ação, dos quais um já foi finalizado, que foi a padronização dos recebimentos de demandas de comunicação. A ação que trata da sinalização do hospital centenário está programada para ser desenvolvida em 2018.

5.1.2.2 - Ampliar a comunicação eletrônica

Projeto com 25% de execução, dentre suas ações constam reestruturação do site da

Santa Casa do Pará, com vistas a dar transparência as ações e serviços da instituição; a institucionalização do WhatsApp como ferramenta de comunicação interna e produção de Newsletter.

5.1.3 - Objetivo Estratégico - Desenvolver a cultura organizacional com foco nas lideranças e resultados

Projetos estratégicos:

5.1.3.1- Implantar o monitoramento da gestão por resultados

Este projeto está com seu *status* 100% concluído, possui 09 planos de ação cadastrados. Os pontos relevantes desta ação são: a definição dos indicadores de processo; a revisão dos resultados esperados e a definição de metas. É importante ressaltar a organização da equipe de qualidade no monitoramento, pois a equipe foi dividida por área para monitoramento dos indicadores e acompanhamento de resultados. As dificuldades foram quanto à alimentação e análise do sistema pelas gerências, comprometendo o acompanhamento pela qualidade.

Um dos objetivos deste projeto é o uso dos quadros de gestão a vista e a discussão dos indicadores juntamente com a equipe operacional.

5.1.3.2 - Cumprir requisitos exigidos para acreditação hospitalar nível I (ONA):

Com 80% de seu *status* concluído, dentre os 49 planos de ação cadastrados, 30 estão concluídos e 19 em execução. A preparação para a certificação - **Acreditação ONA I** gerou um envolvimento cada vez maior das gerências no cumprimento dos objetivos, no conhecimento das atividades desenvolvidas e no impacto de suas ações nos demais processos envolvidos e um ponto relevante foi a oportunidade de atualização conjunta, o que nos levou a alcançar o nível I de certificação. Para a obtenção do selo de Hospital Acreditado Nível 1 houve singular modificação na cultura da FSCMP, conforme assessoria e monitoramento da AGQS, com destaque para: a gestão de equipamentos, atividade desenvolvida pela Diretoria Administrativa e Financeira (DIAF); o estabelecimento do fluxo de acesso à instituição, com a elaboração e implantação da política de acesso (pendências no que se refere a identificação de todos os usuários, incluindo acompanhantes e pacientes ambulatoriais, sendo que o processo de compra de etiquetadoras está em andamento); definição de fluxo para validação, armazenamento e administração dos medicamentos trazidos pelo paciente, com ênfase na capacitação para a reconciliação medicamentosa; farmácia clínica com o registro no prontuário do paciente. O protocolo do parto seguro, com a utilização de **check list** para assegurar a assistência de qualidade nos cuidados pré-parto, durante o parto e no pós-parto, bem como o registro dessas ações no prontuário.

No momento de revisão dos documentos pelos setores, houve a adoção dos marcadores (**nome e data de nascimento**) em todos os documentos que necessitassem a identificação do paciente, para o cumprimento do protocolo e a segurança da assistência prestada.

Foram revisados os protocolos de segurança do paciente e elaborados outros como o de hipertermia maligna e alergia ao látex e via aérea difícil. Alguns planos ainda estão em andamento como: implantação das impressoras e sistema de código de barras para rastreabilidade; aprimoramento da comunicação e registro seguro, siglário; atualização do programa de saúde ocupacional; política de direito e educação de pacientes e familiares (já em uso nas clínicas a cartilha de orientação dos pacientes e familiares); consolidação dos Bundles; efetivar o monitoramento dos protocolos gerenciados e gestão por competências. O planejamento para 2018 é dar continuidade ao processo de certificação - Acreditação ONA 2 e 3.

5.1.3.3 - Implantar o Café com o Servidor

Projeto com 100% do seu *status* concluído. A Fundação Santa Casa é um hospital de ensino e pesquisa e, portanto, muitos saberes e muitos conhecimentos permeiam o seu cotidiano. O projeto café com servidor foi criado pela necessidade de se compartilhar as experiências vivenciadas no ambiente profissional e que essas experiências contribuam para o desenvolvimento de outras pessoas nas mais diversas áreas.

O evento acontece às primeiras quintas-feiras de cada mês, sempre com tema diferente e aberto a profissionais, estudantes e usuários. O projeto completou 01 ano, com êxito nessa experiência salutar aos servidores e líderes da instituição. Dentre os temas pautados durante o projetos, citamos: Lançamento do Projeto Café com o Servidor - “Comece o seu dia compartilhando conhecimentos (Walda Valente); O que estamos fazendo com os recursos financeiros da Fundação Santa Casa (Rosane Rosado); O que muda com a implementação do MV (Alessandro Rossy); A atuação do Biopsicossocial na FSCMP (Equipe Biopsicossocial); Por que planejar estrategicamente? (José Maria Quadros Alencar - TRT); Por que implantar a política de segurança do paciente? (Dociana Formigosa); Sustentabilidade dos Regimes próprios de Previdência Social como Política pública de Estado (Allan Moreira - IGEPREV); Criatividade e Gestão (Eduardo Costa); Café com diversão (Claudio Rendeiro - Epaminondas Gustavo); Acreditação ONA - Um relato de experiência (Jeane Rêgo); Um ano de diálogo (aniversário do projeto Café com o Servidor) (Lia Bastos, Heliana Helena Moura); Empreendimento em tempo de crise (Vera Fidalgo); Marketing Pessoal - Construindo uma imagem positiva (Márcia Acatauassú Ledo); Ética na Comunicação (Ana Maria Negreiros); Superação na melhor idade (Dona Onete); Qualidade de vida e finanças pessoais (Rosielle Diogo Pegado e Renata Trindade Damasceno)

CAFÉ COM O SERVIDOR

Comece o dia compartilhando conhecimento.

Assessoria de Planejamento



**Um momento de diálogo e reflexão
sobre o desenvolvimento dos processos
de trabalho e experiências de sucesso.**

**Público-alvo: servidores, colaboradores, usuários
acadêmicos, docentes, entre outros.**



www.santacasa.pa.gov.br



[Facebook.com/santacasaPARA](https://www.facebook.com/santacasaPARA)



Fundação Santa Casa de
Misericórdia do Pará



Missão: Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento.

5.1.4 - Objetivo Estratégico: Valorizar o servidor como ser integral

Projetos estratégicos:

5.1.4.1 - Reestruturar a gestão de pessoas:

Projeto com 78% do *status* executado, conta com 08 planos de ação, 04 em andamento. Dentre as ações realizadas destaca-se a atualização da Instrução Normativa, aguardando apenas a publicação para dar legitimidade e a partir de então; implementar o projeto de gestão das escalas. Na tentativa de reduzir custos com a folha de pagamento; aprovação de 91 vagas para o processo seletivo de servidores para a UTI pediátrica, Maternidade e Neonatologia. Outro ponto importante será a implantação do *Software* do RH, com proposta de compra já aprovada.

5.1.4.2 - Promover o desenvolvimento humano institucional

Com 57% de execução, o projeto é composto por 05 planos de ação, com apenas um finalizado, até o momento. A ação, já em desenvolvimento, consiste na **criação e validação de um programa de educação permanente** que contemple todos os servidores da instituição, ofertando cursos prioritários como: Boas práticas no parto e nascimento, Protocolo de Sepsis em crianças e adultos, Suporte Básico e Avançado de Vida em pediatria e adulto, Sensibilização ao Método Canguru, Sensibilização ao Aleitamento Materno, entre outros. Alcançou de janeiro a dezembro de 2017 os seguintes números: 107 treinamentos, com média de 9 treinamentos/mês. O número total de treinamentos para líderes/gerentes foi de 12 ao ano.

Os outros planos de ação em execução são: **O fortalecimento da parceria entre a instituição e as Instituições de Ensino Superior - IES**, com intuito de articular o centro de capacitação; **desenvolver as habilidades e competências** por meio de capacitações; **implantação da gestão por competências** com o levantamento dos conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA'S) que são essenciais para análise e identificação das competências em todas as unidades da instituição; **pesquisa de clima organizacional**. A pesquisa já foi aplicada, alcançou um bom quantitativo de servidores e demonstrou um alto nível de satisfação.

5.1.4.3 - Adequar a Instituição as metas de Segurança dos Servidores

Com *status* de 63% executado, é composto por 07 planos de ação dos quais 02 já foram finalizados, que tratam do levantamento do perfil epidemiológico dos servidores e atualização do **Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO)**. 05 planos de ação a finalizar são: atualização do **Lauda Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT)** em parceria com a SEAD; fortalecimento da **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)**, onde foi elaborado o mapa de riscos ocupacionais; implementação do **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**, intensificado em 2017, que tem como objetivo diagnosticar precocemente as doenças relacionadas ao trabalho; elaboração do **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)**, já finalizado; e por último a estruturação do **Plano de Atendimento as Emergências (PAEC)**, onde o projeto de combate a

incêndio do prédio centenário foi atualizado, foi elaborado um plano de emergência e iniciado o treinamento da brigada de combate a incêndio.

5.1.4.4 - Revisar a lei institucional com ênfase a criação de novos cargos

Por meio da Portaria n.º 122/2016-GABP/FSCMP de 03/03/2016, foi criada nova comissão de revisão da Lei, do regimento interno e do organograma da FSCMP, em substituição a comissão criada pela Portaria 446/2014. Após diversas reuniões da Comissão de Avaliação do Projeto de Lei para revisão do quadro de servidores efetivos da FSCMP, constante do Anexo I da Lei Complementar Estadual n.º 052/2006 (atual Lei da FSCMP), a comissão criada pela Portaria n.º 122/2016 finalizou seus trabalhos de revisão, sendo o resultado enviado à Secretaria de Estado de Administração (SEAD), por meio do Ofício n.º 1378/2016-PRES/FSCMP, de 15/09/2016. Aguardando tramitação no Governo do Estado e na Assembleia Legislativa.



5.2 - PERSPECTIVA DE PROCESSOS INTERNOS

5.2.1 - Objetivo Estratégico - Assegurar qualidade e segurança nos processos:

Projetos estratégicos:

5.2.1.1- Reduzir o tempo de aquisição de artigos médicos hospitalares:

Com *status* de 62% executado, o projeto é composto por 04 planos de ação, porém até o momento apenas o plano de ação que consiste na elaboração da política de avaliação e qualificação dos fornecedores, requisitado pela ONA para certificação do hospital, foi finalizado. A estruturação e aplicação desta política já encontra-se em execução, com a atualização da padronização de todo o material técnico usado na instituição, bem como, foram definidos os itens **extra padrão** que passaram a fazer parte do **padrão de material técnico** a partir do ano de 2017. Faltando ainda a disponibilização na intranet do **e-book** dos materiais técnicos para a consulta.

Outro plano de ação que está em andamento trata da elaboração e padronização dos fluxos dos processos de compra e aquisição de serviços na FSCMP, permitindo com isso maior velocidade e eficiência nos processos de compras da instituição. Os demais encontram-se em andamento, porém com pouquíssimas pendências para sua finalização.

5.2.1.2 - Implementar a política de gerenciamento de risco

Este projeto é composto por 04 importantes planos de ação. A política de **Gerenciamento de Risco Hospitalar** é um documento escrito que contém a declaração de intenções e diretrizes gerais de uma instituição relacionadas à gestão de riscos, bem como a descrição da estrutura, dos processos e atribuição de responsabilidades para o gerenciamento de riscos (RDC 51 / 2014). Foi realizada a elaboração da política, aprovação da mesma, estando em processo de validação e implementação. Esta ação trata-se da revisão da política de gestão de risco existente, que tinha como base os postulados da Rede Sentinela, que trata do risco sanitário hospitalar na ótica da **farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância**.

Esta política foi adaptada às normas vigentes sobre **gestão de risco assistencial** que trata dos riscos envolvendo os procedimentos da assistência direta e indireta ao paciente. Após consenso entre os responsáveis no processo, foram definidas as diretrizes a serem utilizadas na FSCMP, considerando o contexto assistencial, missão e visão da instituição. Esse projeto teve como resultado, a melhoria da adesão das notificações, totalizadas em 1.386 notificações no ano 2017, das quais apenas 194 eventos adversos, demonstrando o crescente amadurecimento da comunidade hospitalar na identificação e notificações de eventos que alcançam o paciente, bem como, sendo em sua maioria notificações relacionadas a não conformidades dos processos, ou seja, sem danos ao paciente, o que demonstra uma tendência crescente da cultura de segurança na FSCMP.

5.2.1.3 - Implementar o ciclo de assistência farmacêutica

Projeto com *status* de 96% de execução, conta com quatro planos de ação dos quais três já foram completamente finalizados. Dentre os quais, está a **avaliação de fluxos e processos de materiais** com potencial atendimento pela farmácia, que objetivou avaliar os materiais dispensados fora do controle da prescrição, estabelecendo-se fluxos de controle, dispensação e planejamento, para todos os insumos como os hemoderivados e contrastes radiológicos, que passaram a ser dispensados por meio de prescrições eletrônica, possibilitando assim, melhor controle e gestão de materiais, reduzindo custos.

Outro plano de ação já finalizado foi a **implementação de medidas de segurança e qualidade na cadeia medicamentosa**, promovendo o uso adequado e seguro de medicamentos. Dentre as ações planejadas e executadas, destacamos o fortalecimento da farmácia clínica, com presença do profissional farmacêutico nas unidades de internação; modernização da estrutura de armazenamento, guarda e unitarização de medicamentos com investimento em tecnologias adequadas para garantir a qualidade e a segurança dos processos e dos produtos utilizados na instituição, como: Termômetros infravermelhos para medicamentos termolábeis; duas (02) máquinas **Unitarizadoras** de medicamentos e insumos; ações voltadas a garantia da segurança do paciente como a elaboração da **Política de Medicamentos de Alta Vigilância (MAV)**; elaboração do **Manual de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos/Protocolo Terapêutico para uso em neonatologia e pediatria**; elaboração de um **Protocolo de Prescrição, uso e administração de medicamentos para pacientes adultos**; parametrização do sistema de prescrição eletrônica para a identificação de riscos associados ao uso de medicamentos, implementando barreira de segurança no sistema de prescrição eletrônica oferecendo maior nível de segurança na elaboração da prescrição. Citamos também, como ação planejada e finalizada, a **implementação de melhorias nos processos de aquisição dos medicamentos**, com a classificação dos medicamentos por grau de criticidade e monitoramento permanente de estoques, garantindo dessa forma estoque de medicamentos, suficiente para o atendimento de nossos usuários.

Destacamos ainda: a **implementação de melhorias nos processos de dispensação** dos medicamentos, por meio de novos fluxos e estratégias de segurança, garantindo maior segurança durante a terapia medicamentosa; **fortalecimento da dupla checagem** no ato do recebimento; **readequação de fluxos de unitarização** com supervisão do farmacêutico e registros de produção; **aquisição de insumos diferenciados** para unitarização e identificação de **Medicamentos de Alta Vigilância (MAV)**, evidenciando-se os riscos inerentes ao uso destes medicamentos; além dessas ações a Assistência Farmacêutica da FSCMP também implantou farmácias satélites no centro cirúrgico e no centro obstétrico, o que possibilitou o atendimento individualizado por pacientes, de acordo com o procedimento a ser realizado por ele, através de *kits* contendo todo material necessário para uso durante o procedimento cirúrgico, garantindo assim a segurança e qualidade no processo.

5.2.1.4 - Implementar o Mapeamento de Risco

Projeto 100% concluído, composto de apenas 01 grande plano de ação que consistiu no mapeamento de risco das áreas assistenciais e técnicas. As ações de implantação do mapeamento de risco se iniciaram na FSCMP com a elaboração da **I Oficina de Mapeamento de Risco** na instituição. Na oficina foram trabalhados os conceitos de mapeamento de riscos e a construção da ferramenta com as lideranças através do formulário de mapeamento de risco, posteriormente revisado e corrigido com apoio da AGQS. Simultaneamente, institucionalizamos a política de gestão de risco. Para dar operacionalidade ao mapeamento de risco, foi implementado módulo MV gestão de risco, sendo cadastrados os riscos, fatores de riscos e definido as matrizes de riscos.

5.2.1.5 - Implementar melhorias no serviço de transporte intra-hospitalar (STIH)

Este projeto encontra-se com status em 83%, é composto por três planos de ação, dos quais dois já foram finalizados. Dentre eles citamos o redimensionamento da equipe de transporte afim de atender a necessidade da demanda hospitalar e posteriormente foi repactuado, com as gerências de área, o acompanhamento dos pacientes durante o transporte intra-hospitalar por um profissional técnico de acordo com a gravidade.

A única ação pendente deste projeto é o treinamento dos profissionais da equipe de transporte intra-hospitalar e da equipe assistencial que será programado para 2018.

5.2.1.6 - Implementar melhorias nos processos do Banco de Leite Humano

Este projeto é composto por 09 planos de ação, dos quais seis já foram finalizados, o que lhe confere um status de 66% na sua execução. No ano de 2017 o BLH **coletou 3.910,200 ml** de leite humano e atendeu cerca de **740 bebês** com leite humano. A expectativa para o ano de 2018 é que se arrecade no mínimo o dobro do volume coletado anteriormente e que se atenda um maior número de recém-nascido com o alimento mais adequado para esta faixa etária.

- Foram implementadas as políticas: **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Políticas de segurança e qualidade;** monitoramento do cumprimento dos **treze passos da amamentação;** avaliação do **Banco de Leite Humano/FSCMP pelos técnicos do Ministério da Saúde;** **revisão e implementação de protocolos e manuais,** além da realização de **campanhas publicitárias.**
- **Credenciamento do BLH:** O Programa **Fiocruz de Certificação de Qualidade em Bancos de Leite Humano (PFCQ-BLH-SUS)** para o Sistema Único de Saúde (SUS) busca minimizar o total de risco na manipulação do leite humano ordenhado e processado pelas casas de apoio à amamentação - os Bancos de Leite Humano, sendo composto por cinco eixos: certificação de recursos humanos; equipamentos/instalações; processos; controle de qualidade e de informação, culminando com o resultado **classificado na categoria "A"**, sendo este o conceito máximo do credenciamento.

- **Políticas de segurança e qualidade alimentar dos recém-nascidos:** Contamos com apoio das campanhas e de parcerias como a "**Missão Mais Puro Leite**" por meio de um acordo de cooperação técnica entre a FSCMP, Corpo de Bombeiros Militar e Assembleia de Deus, **implantando 70 pontos de coleta** nos templos da região metropolitana de Belém. Para esta missão o governo do estado cedeu em regime de comodato 70 **freezers** compactos, que armazenarão o leite materno doado. Esta ação trabalhará dois indicadores de resultados, a ampliação da coleta externa de leite materno e o atendimento aos bebês prematuros de extremo baixo peso, muito baixo peso e extremo baixo peso.
- **Informatização dos processos (Sistema MV):** prescrição e evolução dos pacientes via prontuário eletrônico e, a partir deste processo, todos os rótulos de mamadas são impressos também.
- **Readequação de equipamentos/instrumentos:** a reestruturação de equipamentos e instrumentos vem sendo viabilizada a partir dos projetos de pesquisa e projetos que envolvem questões sociais. A área física que compreende o processamento de artigos está em andamento para reestruturação.
- **Projeto Estratégia Qualineo:** este projeto vem fortalecer ações que visem a redução da mortalidade neonatal principalmente em recém-nascidos prematuros, com a implantação da colostroterapia e ordenha beira leito. Desta forma a mãe fortalece o sistema imunológico desta criança, reduzindo infecções principalmente enterocolites. O BLH é apoiador e parceiro da unidade neonatal nesta ação.



5.2.1.7 - Implantar melhorias no serviço de apoio diagnóstico e endoscopia

Com *Status* em 88% de sua execução alcançado até o momento, o projeto tem como objetivo melhorar a oferta de serviços, obtendo resultados positivos com a redução do tempo de atendimento entre as solicitações e a realização dos exames de imagem, bem como com o aumento de 18% na demanda atendida em 2017, comparando-se a 2016. Outro avanço importante, obtido em 2017, foi implementação do serviço de biópsias guiadas por ultrassonografia, nas modalidades, biópsia de mama, tireoide, rim e próstata, conquista de extrema relevância para a população paraense. Em 2017, também foram implementados novos fluxos e processos para monitoramento da assistência prestada aos pacientes, durante a realização dos exames de diagnóstico por imagem, como estratégias para garantir maior segurança durante os procedimentos realizados, além de melhorias tecnológicas inserindo-se todos os laudos no sistema de prontuário eletrônico MV.

Citamos ainda a realização do primeiro Simpósio de Radiologia voltado para Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética da FSCMP. Outras ações foram iniciadas em 2017, com previsão de conclusão em 2018, dentre os quais está à implantação da central de exames do serviço de **diagnóstico por imagem e a adequação do serviço de endoscopia e colonoscopia** desta Fundação.

É importante ressaltar que o parque de tecnológico de diagnóstico por imagem da FSCMP, possui atualmente aparelhos de alta complexidade, permitindo a maior diversidade de categorias em exames de imagem, os quais dão o suporte adequado à demanda de pacientes hospitalizados e pacientes ambulatoriais advindos do Sistema Único de Saúde.

5.2.1.8 - Implementação de melhorias na agência transfusional - AGTR

Esse projeto foi executado por meio de ações voltadas a garantia de qualidade e segurança nos processos, as quais elencaram seis planos de ação. Uma das ações definidas para 2017 foi à aquisição de um sistema informatizado específico para agência transfusional, compatível para o interfaceamento com o sistema MV. Adquirimos um sistema com *software* específico para agências transfusionais e bancos de sangue, sendo o mesmo utilizado pelo HEMOPA, o qual trará maior segurança e garantia da rastreabilidade do processo transfusional em todas as suas etapas. A agência transfusional da Santa Casa será a 1ª Agência Transfusional do Estado do Pará a implantar o mesmo sistema utilizado pelo Hemocentro Coordenador permitindo em tempo real a migração dos dados. O espaço físico passou por uma adequação e reforma, a obra iniciada em 2017 já está em fase de finalização, além da readequação dos equipamentos específicos da agência transfusional, com investimento na modernização do serviço objetivando garantir qualidade e segurança dos produtos, adquiriu novos equipamentos específicos para área da hemoterapia e também substituiu equipamentos antigos. Atualmente, o setor possui câmara de sangue de contingência. Os equipamentos são monitorados e calibrados em conjunto com o serviço de engenharia clínica.

Outro plano de ação importante trabalhado durante o ano de 2017 consiste na **definição das estratégias para notificar as reações transfusionais**. Hoje ocorre monitoramento e controle de todas as reações e para isso foram necessárias capacitações e confecção de *folder* explicativo. Foi também definida a política de aplicação do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** em 100% das solicitações transfusionais, anexado ao prontuário e com validade por todo o período de internação.

5.2.1.9 - Implementar medidas para a otimização de enxoval pelo serviço de processamentos de roupas

Este projeto foi 100% concluído em 2017 e consiste no planejamento de ações para otimizar o uso do enxoval hospitalar, garantindo o fornecimento adequado e com qualidade.

Para aumentar a capacidade instalada de secagem de enxoval hospitalar foram trabalhadas estratégias a fim de melhorar o funcionamento das máquinas secadoras já disponíveis no serviço através do projeto de contenção de fibras. Tal ação foi possibilitada por meio da construção de um sistema de tubulações para drenagem individual de cada máquina secadora. Como resultado foi possível reduzir o tempo de uso das máquinas e aumentar a capacidade de secagem, obtendo-se 30 kg a mais de roupa seca em cada ciclo de secagem. Em paralelo a essa ação a FSCMP projeta a aquisição de uma nova máquina secadora, a fim de atender com maior celeridade.

A garantia da qualidade da roupa processada, também foi uma prioridade para o serviço. Ação trabalhada com a vistoria técnica das peças processadas como controle de qualidade do processo de lavagem, bem como de desgaste das peças quando submetidas aos saneantes.

Em 2017 também foi implementado o **serviço de hotelaria hospitalar** em todas as unidades de internação, a atividade era realizada anteriormente pela equipe de enfermagem e passou a ser desenvolvida pela equipe de hotelaria hospitalar, com fluxos bem estabelecidos de troca de lençóis e higienização de leitos, baseados em recomendações da Assessoria de Controle de Infecção Hospitalar (ACIH).

5.2.1.10 - Implementar melhorias nos processos laboratoriais

Projeto 100% concluído com os seguintes planos de ação: elaboração de protocolo de resultados críticos, ação de grande relevância para a assistência prestada, uma vez que o comunicado do resultado crítico impacta positivamente na sobrevivência dos pacientes, especialmente nos casos muito graves, já que possibilita a rápida intervenção e a adoção de condutas imediatas; implementação de ações voltadas a segurança e qualidade dos resultados de exames laboratoriais, com o alinhamento na realização do exame de antibiograma, com os antimicrobianos e antifúngicos padronizados no hospital, definição de critérios para leitura de lâminas hematológicas e redução da taxa de contaminação de hemoculturas; além da padronização de *kits* de laboratório e a substituição por *kits* de sistema fechado sem interferência

de preparo manual foi uma estratégia adotada com o objetivo de reduzir as perdas por degradação de reativos laboratoriais, minimizando os riscos de contaminação dos reagentes por manipulação e consequente alteração da qualidade do desempenho do teste realizado; foi também elaborado em 2017, o projeto de reforma e readequação do espaço físico do laboratório centenário, conforme RDC 302 ANVISA, o qual teve sua planta arquitetônica elaborada em conjunto com a ACIH, engenharia clínica, serviço de arquitetura, diretorias envolvidas e serviço de laboratório, sendo aprovado em fevereiro de 2017, com execução prevista para 2018; os avanços citados culminaram com a melhoria da oferta de serviços, bem como com maior qualidade e segurança nos processos.

5.2.1.11 - Implantar ações de melhorias no serviço de informação do paciente

100% do projeto concluído com seguintes ações de melhorias: planejamento de reestruturação da área destinada ao arquivo de prontuários, por meio da elaboração e aprovação do projeto de reforma e adequação do espaço físico, com execução prevista para 2018; em paralelo a essa ação foram adotadas estratégias para suprir a necessidade emergencial de espaço para a guarda dos prontuários, sendo utilizadas áreas desocupadas do hospital para servir de apoio provisório para o arquivo de prontuários. Foram adquiridas também novas estantes de ferro para guarda de prontuários.

Um grande avanço obtido em 2017 foi a implementação da microfilmagem e digitalização de prontuários, contemplando 1 milhão de documentos a serem microfilmados por ano, objetivando a redução do quantitativo de prontuários físicos; em paralelo a isso a FSCMP adquiriu máquina fragmentadora, possibilitando a fragmentação de 677 prontuários com mais de 20 anos e prontuários já microfilmados e digitalizados.

5.2.1.12 - Implantar melhorias nos processos nutricionais

100% das ações previstas nesse projeto foram concluídas, dentre as quais elencamos: Implementação do protocolo da assistência nutricional nas clínicas médica, cirúrgica e pediátrica, sendo construído um instrumento de triagem nutricional, baseados na NRS 2002 e **Strongkids**, parametrizado no sistema MV, para compor o prontuário eletrônico do paciente. Inicialmente a avaliação nutricional foi realizada apenas para pacientes críticos internados na UTI adulto, UTIs pediátricas, Patologias obstétricas e Pacientes cirúrgicos, com prazo máximo de até 72 horas após a internação, estendendo-se, posteriormente, para todas as clínicas do hospital. Caracterizando dessa forma, um grande avanço para a assistência prestada aos nossos usuários.

Foi realizada ainda em 2017 a parametrização de sistema informatizado MV, para possibilitar o controle de estoque e consumo de insumos, buscando a redução de custos. Tal ação envolveu a criação de centro de custo, com estoque ligado ao almoxarifado central, o qual foi alinhado ao cardápio diário, a fim de possibilitar o controle dos gêneros e insumos necessários para a produção diária de alimentos.

Foram realizadas também estratégias para a otimização dos recursos e insumos utilizados no serviço de nutrição, destacando-se principalmente as ações relacionadas ao uso de fórmulas lácteas pediátricas, estabelecendo-se para isso, protocolos e diretrizes para a indicação de uso, sensibilizando os prescritores quanto aos critérios de escolhas dessas fórmulas, realizando capacitações para a equipe assistencial, evitando assim o uso indiscriminado de fórmulas láctee específicas e de alto custo. Como resultado dessa última ação, alcançamos aproximadamente 30% de redução do consumo de fórmulas lácteas específicas e de alto custo, uma vez que o alimento passou a ser utilizado baseado em critérios clínicos preestabelecidos; melhoria a gestão de fornecimento de água para beber, com instalação de purificadores de água com filtragem adicional, para garantir maior qualidade da água ofertada, uma vez que os garrafões e bebedouros foram substituídos por purificados ligados diretamente à rede hidráulica do hospital. Tal ação objetivou evitar o desabastecimento eventual da água, onde os bebedouros passaram a ser utilizados como plano de contingência.

5.2.1.13 - Implementar melhorias no serviço de estatística hospitalar

Projeto com *status* 100% concluído, desdobrado nas seguintes ações: Adequação do sistema MV com informações necessárias para os processos da Estatística, com objetivo de dar celeridade na coleta de dados assim como minimizar o fluxo dos prontuários de altas hospitalares da instituição. Para isso foram criadas um banco de dados – SQL, a fim de resgatar via SOULMV os dados que anteriormente eram coletados de forma manual. Em 2017, 30% destas variáveis já possuem programação específica; adequação e reestruturação tecnológica e de equipamentos, foi adquirido licença exclusiva para o setor de estatística do *software Office* para manuseio dos bancos de dados necessários a rotina do setor.

Na reestruturação de equipamentos foi licitado a compra de 05 novos computadores para substituição dos atuais; garantia da cópia de segurança das informações armazenadas, esta ação teve como objetivo garantir cópia de segurança das informações armazenadas, pois o backup dos arquivos da estatística é realizado duas vezes por semana, o que não garante a segurança dos dados. Foi adquirido pelo serviço de tecnologia da informação, um novo servidor com a capacidade suficiente para garantir este serviço com previsão de finalização da migração da pasta de rede deste serviço de estatística, para final de fevereiro de 2018.

5.2.1.14 - Reestruturar o serviço da Central de Processamento de Material de Esterilização

Este projeto encontra-se com *status* de 90% e é composto por três planos de ação, dos quais dois já foram finalizados. Um deles tratou da elaboração do projeto de construção de nova área para CPME, atendendo as normas da RDC 15/ANVISA e RDC 50/ANVISA; o mesmo foi elaborado em conjunto com a ACIH, engenharia clínica, serviço de arquitetura, diretoria de apoio técnico operacional (DATO) e CPME e encontra-se no serviço de arquitetura para ser encaminhado à **Vigilância Sanitária**. Outro projeto concluído foi a readequação do espaço físico da **CPME**, com instalação de tanques, bancadas e ampliação da sala de higienização,

ampliação do paiol para melhorar a guarda e a organização do material preparado, adequação da iluminação e da climatização da unidade, entre outras melhorias que proporcionaram qualidade de trabalho aos servidores do setor. O plano de ação que ainda encontra-se em andamento, trata da aquisição de uma lavadora ultrassônica e uma termodesinfetadora, visando melhorar a qualidade da higienização dos materiais semicríticos que hoje ainda é feita manualmente. Ressaltamos que este processo de aquisição encontra-se em licitação.



RELATO DE INCIDENTE

DUAS PACIENTES COM NOMES IGUAIS INTERNARAM EM UMA ENFERMARIA.



Paciente:
Maria das Flores (1)

* Precisava Receber uma bolsa de sangue com urgência.



Paciente:
Maria das Flores (2)

* Não precisava de sangue.

A paciente Maria das Flores (2) apresentou febre e prurido pelo corpo, sendo detectado que a mesma havia recebido sangue.

ESTE CASO PODERIA TER SIDO EVITADO?

QUAIS PRÁTICAS PODERIAM TER EVITADO O CASO?

O FATO DA PACIENTE TER APRESENTADO PRURIDO, ISSO FOI UM INCIDENTE OU EVENTO ADVERSO?

COMO VOCÊ CLASSIFICARIA O DANO?

SEJA UM PROFISSIONAL NOTIFICADOR.
GERENCIE O RISCO EM NOSSA INSTITUIÇÃO!

#NOTIFIQUE



5.2.1.15 - Implantar a política de qualidade e segurança

Este projeto encontra-se com status 100% concluído, e é composto por 11 planos de ação. O mesmo proporcionou a descentralização do processo de qualidade, onde todos são responsáveis. Presenciamos um sentimento de envolvimento cada vez maior das gerências no cumprimento das ações e uma grande evolução na maturidade institucional.

5.2.1.16 - Implantar política do adorno zero

As ações de implantação da Política do Adorno Zero se iniciaram na Santa Casa com a elaboração da identidade visual do material de apoio para a campanha na instituição. Foram criados pela Assessoria de Comunicação - ASCM a logomarca oficial, cartazes, **folders** e a arte do porta adorno para distribuição durante a campanha de adesão à política. Simultaneamente, institucionalizamos a política através da publicação de sua Portaria, nº 12/2017, no Diário Oficial do Estado.

Para dar visibilidade à comunidade hospitalar dos objetivos da política realizamos uma grande campanha institucional, visitando todos os setores do hospital, nos 03 (três) turnos de trabalho e distribuindo **porta adomos** a todos os servidores. Após a implantação da política, foi realizada uma auditoria que constatou uma adesão acima de 95% dos servidores.

A política do adorno zero está em conformidade com a NR 32, que prevê a proibição do uso de adornos no desenvolvimento das atividades assistenciais, com o intuito de prevenir infecções e acidentes de trabalho no ambiente hospitalar.

5.2.1.17 - Implantar protocolo da higienização das mãos

Foi revisado todo o protocolo de higienização das mãos, com previsão de mudanças na distribuição dos insumos de higienização das mãos. A ação envolveu diagnóstico dos dispositivos disponíveis para higiene das mãos (dispensador de álcool e sabão), com isso, foi possível evidenciar que muitos dispositivos não eram adequados às recomendações da **ANVISA**, visto que ainda eram de modelos do tipo reservatórios e poderiam favorecer a colonização do produto por bactérias. Sendo realizado ação de mudanças e padronização de um modelo adequado às normas. Realizou-se em regime de comodato a troca de todos os dispositivos de sabão e álcool nas unidades assistenciais, favorecendo a adesão da prática de higienização das mãos como medida simples de controle de infecções. O fluxo de dispensação e abastecimento dos insumos foi alterado, favorecendo o acesso aos mesmos e evitando possíveis falhas de abastecimento e disponibilidade dos mesmos aos profissionais de saúde. Estamos em organização do **Grupo Institucional de Higienização das Mãos**, prevendo mais estratégias para 2018 que favoreçam a adesão e o monitoramento da medida.

5.2.1.18 - Implantação e implementação da gestão de declarações de óbito na FSCMP

A Implantação e implementação da Gestão de Declarações de Óbito no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/ASGR se deu por meio do desenvolvimento do modelo de vigilância com a

definição do processo de trabalho relacionado a gestão das declarações de óbito; realinhamento do fluxo de declaração de óbito com a responsabilização dos envolvidos; divulgação corpo a corpo do fluxo para os profissionais durante as visitas técnicas do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; realização periódica de qualificação do preenchimento de declaração de óbito por meio de treinamentos. Obtendo assim, o fortalecimento da qualificação das informações dos óbitos; a implementação das análises de óbitos institucionais utilizando como ferramenta o Protocolo de Londres, a fim de incorporar os times assistenciais ao processo de análise dos óbitos, realizada a etapa de treinamento do protocolo; promoção dos Comitês de Mortalidades no processo de vigilância realizando ações de vigilância de mortalidade materna e infantil, das quais a identificação de fatores determinantes dos óbitos e respectivas recomendações de intervenções nos grupos de riscos e de maior vulnerabilidade para Divisão de Vigilância Epidemiológica/SESMA.

5.2.1.19 - Elaboração e implantação do fluxo de condutas epidemiológicas frente a ocorrência de doenças de notificação compulsória - DNC

Projeto concluído e em execução. Ele trata da elaboração e implantação dos protocolos de **Doenças de Notificação Compulsória (DNC)**, considerando os processos de trabalho da FSCMP e perfil epidemiológico da institucional: gestante HIV e crianças expostas as hepatites virais. Os fluxos foram definidos a partir do processo atual de trabalho para cada DNC, além disso, as responsabilidades do envolvidos foram também definidas. Os fluxos selecionados foram: implantação do fluxo de condutas diante de casos de coqueluche; microcefalia; síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG); meningite; paralisia flácida aguda.

5.2.1.20 - Implantação de implementação da gestão de declarações de nascidos vivos na FSCMP

A Implantação e implementação da **Gestão de Declarações de Nascidos Vivos (DNV)** no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/ASGR envolveram ações para melhoria do processo de abastecimento de DNV, controle e divulgação das informações relacionadas aos nascimentos ocorridos no hospital. Para tanto, houve o planejamento e execução das seguintes etapas: definição do processo de trabalho; realinhamento do fluxo de DNV e responsabilização dos envolvidos; implementação do novo fluxo; efetivação da interação de processos com o serviço de tocoginecologia e DVE/SESMA, feedbacks de monitoramentos e criação da Comissão de DNV, com responsáveis pelo preenchimento das declarações na tocoginecologia, obtendo assim o fortalecimento da qualificação das informações dos nascimentos e dos dados para definição de estratégia de ação da rede.

5.2.1.21 - Implementação do uso racional de antimicrobianos

Projeto 100% executado com a implementação da liberação por sistema de senhas. Iniciamos em fevereiro de 2017 o processo de liberação de antimicrobianos por meio do sistema de senhas. Inicialmente tínhamos um gasto mensal de aproximadamente R\$ 185.000,00 e após

1 ano de implementado passamos a ter uma economia de R\$ 40.000,00 por mês. Além do impacto econômico, alcançamos também, resultados positivos no controle da resistência microbiana, impactando diretamente na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

5.2.1.22 - Implementar o programa de gerenciamento de resíduos sólidos - PGRSS

Revisado todo processo de Gerenciamento de Resíduos, iniciando com a atualização de toda a parte documental e a inclusão do fluxo de coleta do resíduo das unidades, além de descrever o processo de **Gerenciamento do Resíduo oriundo da Hemodiálise**.

Em agosto e setembro foram realizadas auditorias sobre o processo nas unidades e em seguida uma capacitação sobre o descarte adequado. Essa intervenção proporcionou uma redução de **29% no volume produzido (kg) de lixo infectante**, resultando numa economia de cerca de R\$ 10.000,00 por mês na destinação final deste tipo de resíduo. Um impacto positivo que engloba não apenas o gerenciamento e os custos do processo, como especialmente a política de sustentabilidade ambiental praticada pela instituição. Abaixo a evolução gráfica do processo.

5.2.2 - Objetivo estratégico - Aperfeiçoar a gestão da Produção

Projetos estratégicos:

5.2.2.1 - Implementar gestão do prontuário

O projeto é composto por 02 planos de ação e tem seu status em 99%. Com projeto foi possível avaliar os principais motivos de glosas prontuários e minimizá-los. Como ação, alinou-se os processos de trabalho entre gestão de pessoas, tecnologia da informação e o faturamento. Como a regularização o cadastro dos profissionais de saúde da Instituição junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As ações tomadas repercutem nas cobranças de internação, consultas e procedimentos ambulatoriais, que exige o cadastro de profissionais esteja atualizado.

Outra ação foi a concretização do realinhamento da **Ficha de Programação Orçamentária (FPO)** desta instituição, o que permitiu a inclusão de cobranças de novos procedimentos, que já eram realizados e não podiam ser cobrados, e a exclusão de procedimentos que não são mais realizados.

Quanto aos resultados financeiros, ficou evidenciado que foi produzido além do teto pactuado. Na Internação hospitalar o valor médio aprovado de R\$ 3.023.668,32 e o teto atual pactuado é de R\$ 2.775.829,23. Da mesma forma é observado a nível ambulatorial, onde o valor médio da produção anual aprovada foi de R\$ 499.140,99 e o valor pactuado é de R\$ 389.578,50.

Esses resultados poderão auxiliar no pleito para novas repactuações junto ao Ministério da saúde, Município de Belém e Governo do Estado do Pará.

5.2.2.2 - Implantar a política do prontuário seguro

Há quase dois anos a FSCMP implantou e implementou o **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)**, modelo de prontuário médico digital que oferece mobilidade, agilidade e integração entre os profissionais que o utilizam. É um registro completo da **internação e saúde**, disponibilizado de forma integrada para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros. O sistema contém dados clínicos, registros de exames, doenças contraídas e tratadas, medicações prescritas e procedimentos realizados, além de conter os dados pessoais como: o endereço e número do telefone do paciente (contato).

A inovação, de fato, traz inúmeros aspectos positivos e a utilização de tecnologia digital, facilitando e agilizando o **atendimento e o armazenamento dos dados clínicos**, tornando possível registrar toda a trajetória clínica do indivíduo. 85% desse projeto foi executado, a política do prontuário foi implantada e estamos avançando para 100% das capacitações e demais ações até o final de 2018.

**O QUE NÃO SERVE MAIS PARA VOCÊ
SALVA VIDAS. DOE FRASCOS.**



 **FAÇA SUA DOAÇÃO PARA A SANTA CASA DO PARÁ:
4009 - 2318 / 4009 - 0375 / 4009 - 2311**



5.2.3 - Objetivo estratégico - Aprimorar a política de atenção hospitalar

Projetos estratégicos:

5.2.3.1 - Implantar os Protocolos Clínicos Assistenciais

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais e também são instrumentos legais. Este projeto tem status de 86% concluído e é composto por 05 planos de ação, dos quais 04 foram concluídos, conforme descrito a seguir:

Neonatologia: foram implantados os Protocolos de: controle térmico do recém-nascido (RN); abordagem do RN com gastrosquise; alimentação do prematuro de muito baixo peso; reanimação neonatal; Sepsis neonatal precoce e tardia. Ficou pendente a construção e implantação dos Protocolos: uso de óxido nítrico na hipertensão pulmonar; nutrição parenteral; hipotermia terapêutica na anóxia.

Clínica Cirúrgica: foram implantados os Protocolos de: alergia ao látex; hipertermia maligna; Intubação de via aérea difícil.

Clínica Pediátrica: foram implantados os Protocolos de: bronquiolite; procedimentos; critérios de admissão; assistência rápida de intubação; sedação e analgesia; reanimação cardiopulmonar (PCR) em pediatria.

Tocoginecologia: foram instituídos 27 protocolos, dos quais destacamos os Protocolos de: **doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG)**; hemorragia; assistência ao trabalho de parto normal e cesáreo; puerpério fisiológico e patológico, entre outros que estão disponíveis para consulta na intranet da FSCMP.

Clínica Médica: os protocolos estão sendo revisados para posteriormente serem discutidos e validados pela equipe multiprofissional desta clínica.

5.2.3.2 - Implantar Protocolos Ambulatoriais

Com um status de 50 % na execução, o projeto é composto por apenas um plano de ação que abrange todo o complexo ambulatorial.

Já foram elaborados e implantados os protocolos de: atendimento ao pré-maturo; climatério; pré-natal de alto risco; ambulatório de reumatologia; doença trofoblástica gestacional (MOLA); **Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)**; patologia cervical e ambulatório de hepatologia.

Está em fase de implantação o protocolo de egressos da clínica médica. E em fase de elaboração os protocolos de: alta da cirurgia geral e ginecológica; especialidades clínicas como: pneumologia, endocrinologia e dermatologia.

5.2.3.3 - Implantar a Política de Atenção Hospitalar

Este projeto encontra-se com status de 68% realizado, sendo desdobrado em 09 planos de ação, dos quais 06 foram finalizados, dentre eles, a definição do **Kanban** por clínica por meio do levantamento do tempo médio de internação, considerando as patologias mais prevalentes e em conjunto com o Serviço Estadual de Regulação (SER). Ainda encontra-se pendente a inserção deste no sistema MV.

Outra ação finalizada foi a **Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, que vem trabalhando intensamente na gestão dos leitos, monitorando o tempo de internação, ocupação e altas hospitalares, inclusive com discussão de casos com o corpo clínico e apresentação de indicadores relacionados. Foram definidas as estratégias de atuação do NIR; construído o instrumento de monitoramento do NIR e dado ênfase aos resultados dos indicadores do NIR com análise e apresentação destes indicadores à comissão da **ONA** e a **Diretoria Técnica Assistencial (DTAS)**.

Dentro da ação **Implantar Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, já foram definidas as estratégias de implantação do PTS e as metas de tempo de permanência por clínica, ficando pendente definir o plano terapêutico para as patologias de maior prevalência em todas as clínicas.

Foi concluído a **Definição da equipe para auditoria clínica**, ficando o próprio gestor do microsistema e seus colaboradores responsáveis por esta ação; objetivando avaliar a qualidade da prática assistencial prestada aos pacientes por meio da análise dos registros clínicos e observação direta do paciente; verificar a adesão aos protocolos gerenciados e aos protocolos de cuidados; gerenciar questões relacionadas a segurança do paciente e identificação de eventos adversos.

Na ação **Instituir a visita multidisciplinar nas unidades de internação** podemos afirmar que as visitas estão ocorrendo, sendo que cada clínica definiu um cronograma semanal de visitas com participação das diversas categorias profissionais, sendo promovido a discussão dos casos clínicos o que tem influenciado diretamente nos indicadores assistenciais, principalmente no que tange a média de permanência, rotatividade de leito e taxa de ocupação.

- Outro planos de ação, importantes, já estão em andamento como: a implantação da rotina de alta hospitalar e transferência de cuidados entre as áreas; o instrumento de transferência de cuidados criado já está disponível no sistema MV e utilizado em nas áreas, necessitando ampliar a adesão ao uso do mesmo; outra ação é a implantação da visita ampliada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, procedimento que ocorre rotineiramente nas UTI's neonatal e pediátrica; e por último a elaboração das linhas de cuidados, encontrando-se prontas as linhas do idoso e do RN de baixo peso e prematuro.

5.2.3.4 - Implantar Protocolos Institucionais

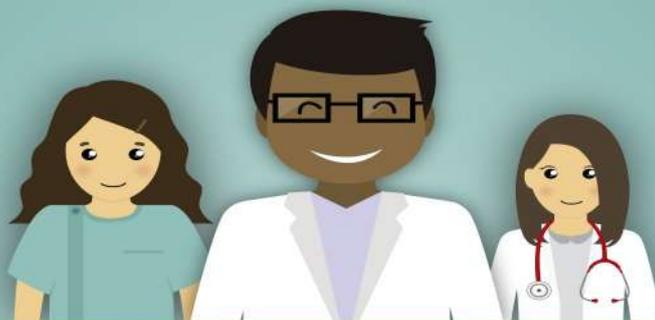
Com status de 76%, este projeto é composto por 05 planos de ação, dos quais 03 já foram finalizados, sendo estes:

- A **implantação do protocolo de atendimento** à deterioração clínica e monitoramento do **MEWS** nas enfermarias, onde houveram vários treinamentos *in loco* para as equipes das unidades de internação sobre uma escala de alerta que tem como principal finalidade identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente, baseado em um sistema de atribuição de pontos (escores) que são o **MEWS, MEWOS, PEWS**, os quais avaliam o adulto, a grávida e a criança, respectivamente.
- A **consolidação do protocolo de SEPSE** na instituição, já implantado nas clínicas pediátrica e neonatal, havendo treinamento para 180 profissionais entre médicos e enfermeiros e 20 profissionais dos setores de apoio (laboratório, farmácia e diagnóstico por imagem). Vale ressaltar que houve a reformulação da comissão de **SEPSE** e a publicação da portaria que nomeou os profissionais, dando publicidade e efetivação.
- Quanto ao protocolo de atendimento de **Parada Cardio-respiratória (PCR)**, os facilitadores já foram capacitados e já ocorreu a primeira fase de capacitação que contemplou 565 (quinhentos e sessenta e cinco) servidores.

Os planos de ação a serem finalizados são: Implantação do protocolo de **tromboembolismo venoso (TEV)**. Já foi elaborado e encontra-se em fase de capacitação das equipes assistenciais; **Implantação do protocolo de transporte intra-hospitalar**. Também já foi elaborado e aguardando aprovação por parte da diretoria assistencial para aprovação e posterior deliberações.

5.2.3.5 - Implantar o projeto de reestruturação da triagem obstétrica

Este projeto encontra-se com status de 70% e é composto por 21 planos de ação, dos quais 15 já foram finalizados com destaque para: a definição de critérios para admissão e alta; garantia da identificação dos pacientes conforme o protocolo de segurança; implantação do protocolo de transferência de cuidados; instituição da ferramenta Kanban no sistema MV que serve para a avaliação e monitoramento do tempo de atendimento das pacientes; definição de um profissional médico exclusivo para reavaliação das pacientes; modificação no fluxo de atendimento sempre respeitando a classificação de risco; monitoramento dos leitos vagos nas enfermarias; revisão dos protocolos clínicos e terapêuticos; capacitação dos médicos quanto a classificação de risco na urgência obstétrica; definição dos critérios de admissão e alta das pacientes obstétricas na UTI e a elaboração de um plano de contingência para quando houver superlotação. É importante ressaltar que durante todo o ano de 2017, a emergência obstétrica passou por um processo de reestruturação na ambiência, nos recursos materiais e humanos e nos processos de trabalho.



ACOLHIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EMERGÊNCIA

Neste caso, o paciente necessita de atendimento imediato

MUITO URGENTE

O paciente necessita de atendimento o mais prontamente possível

URGENTE

Não é considerada uma emergência, já que possui condições clínicas para aguardar

POUCO URGENTE

É o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistida no consultório médico ambulatorialmente

NÃO URGENTE

É o caso de menor complexidade e sem problemas recentes. Este paciente deve ser acompanhado no consultório médico ambulatorialmente



www.santacasa.pa.gov.br



[Facebook.com/santacasaPARA](https://www.facebook.com/santacasaPARA)



Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará



SANTACASA
DO PARÁ
ASSISTÊNCIA E ENSINO



GOVERNO DO
PARÁ

5.2.4 - Objetivo estratégico - Promover melhoria contínua na gestão do ensino, pesquisa e extensão

Projetos estratégicos:

5.2.4.1 - Revitalizar o museu Dr. Alípio Bordalo

O projeto conta com 01 plano de ação e seu status está em 50% de execução. A convite da FSCMP um representante do curso de História da Universidade Federal do Pará fez visita ao acervo histórico do museu da FSCMP no mês de agosto de 2017, sendo identificada a necessidade da realização de um acordo de cooperação técnica entre esta Fundação e o Centro de Memórias da Amazônia/Faculdade de História da Universidade Federal do Pará/IFCH para a criação e execução de um projeto de pesquisa/ensino e extensão. Foi elaborado um acordo de cooperação técnica, o qual encontra-se na assessoria jurídica para análise e correções, caso necessário, e posterior assinatura.

5.2.4.2 - Reestruturação das ações da gerencia de ensino

Este projeto teve o desdobramento em 04 planos de ação, dos quais 02 foram finalizados: reestruturação física da Gerência de Ensino (GENS), diagnóstico situacional do processo de regulação das práticas de ensino e revisão do sistema de cadastro de discentes.

O plano de ação que está em andamento refere-se a criação e implantação de um sistema de cadastro de discente de forma eletrônica. O sistema criado está em fase de implantação e ajustes na perspectiva de segurança do paciente com as boas práticas de ensino.

5.2.4.3 - Monitorar o processo de certificação de hospital de ensino

Em 2017 o monitoramento da Certificação de Hospital de Ensino se deu através de ações para alcance dos pré-requisitos previstos na Portaria Interministerial 285 de 24/03/2015. A portaria foi adaptada para um *checklist*, para facilitar o monitoramento dos itens essenciais. Foram contabilizados 103 itens dos quais 68% estavam totalmente atendidos obtendo-se as seguintes melhorias: a elaboração da Política da Diretoria de Ensino e Pesquisa; elaboração do Manual de Boas práticas de Ensino, Pesquisa e Extensão; revisão do Regimento da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão; revisão do Regimento dos Programas de Residência Médica; criação da Comissão de Residências em Saúde; I Seminário Integrado Ensino e Pesquisa para acolhimento dos discentes e docentes com sensibilização para as boas práticas de ensino, pesquisa e extensão; realização da I Jornada Científica das Residências em Saúde da FSCMP e implementação para melhorias na atuação das comissões; reforma dos alojamentos e sala de estudo dos residentes; instituídas visitas multiprofissionais para discussão de casos clínicos propiciando a melhoria da assistência e do aprendizado; iniciado os Projetos Institucionais de pesquisa elaborados a partir das necessidades observadas nas práticas assistência e com captação de fomento à Pesquisa em edital da **FAPESPA**, propiciando um olhar científico para as práticas assistenciais e de ensino.

todos os discentes e docentes que vivenciaram o pleito no ano de 2017.

5.2.4.4 - Reestruturar a Revista Científica da Santa Casa

Projeto concluído com êxito. A revista Paraense de Medicina, com circulação nacional e internacional, apresentava divulgação apenas em meio físico, foi repensada na perspectiva do cenário contemporâneo das publicações científicas no formato eletrônico. A reestruturação e modernização da **Revista Paraense de Medicina (RPM)** resultou da necessidade de alteração do nome, passando a ser denominada de **Pará Research Medical Journal (PRMJ)**, acompanhada do processo de criação e escolha do logotipo para a página eletrônica da revista; layout da página; escolha de formatação padrão de artigos; instruções aos autores; convite a profissionais para formação do corpo editorial; entre outras ações. Esta mudança possibilitou maior profissionalismo, visibilidade, credibilidade e celeridade ao trâmite de submissão, acompanhando o processo de modernização.

ACESSE A REVISTA

EM: <http://prmjournal.org>

Pará Research Medical Journal

A Pará Research Medical Journal (PRMJ) é um periódico online publicado trimestralmente em fluxo contínuo pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, em acesso aberto, sendo veículo de divulgação científica da produção das mais diversas pós-graduações.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

GOVERNO DO PARÁ

5.2.4.5 - Disponibilizar o acervo bibliográfico no site na Fundação

Projeto concluído com êxito, dentre as ações desdobradas constam: o acervo bibliográfico, que de forma contínua, foi indexado ao Sistema GNUTECA possibilitando ao usuário a localização de sua busca informatizada. Em consonância com os avanços da comunicação, está sendo criado um acervo de literatura em PDF para facilitar o acesso.

5.2.4.6 - Criar parcerias com IES/ETSUS/EGPA e outras instituições para captação de recursos

No ano de 2017 foram rediscutidos e publicados novos acordos de cooperação técnica com as instituições de Ensino com concessão de vagas em Cursos de graduação possibilitando a formação, aprimoramento e qualificação dos nossos servidores, formação continuada gerenciada pela gerência de desenvolvimento de pessoas. Os acordos firmados possibilitaram um diálogo sobre a necessidade de compartilhamento de custos das boas práticas de ensino com a inclusão do repasse pelas Instituições de Ensino Superior dos insumos para boas práticas de ensino e cessão de uso de equipamentos/instrumentos e discussões importantes do papel da FSCMP na formação e das Instituições de Ensino e na Segurança da assistência/ensino.

5.2.4.7 - Captar recursos externos através de fomento de pesquisa

Projeto com 84% do seu status executado. No ano de 2017 recebemos o primeiro fomento de pesquisa no valor de R\$3.000.000,00 (três milhões) referente ao acordo de cooperação técnica com a FAPESPA 001/2017, com o início de 02 projetos em 2017. No dia 20/12/2017 foi submetido nova proposta de captação de fomento de pesquisa em novo Edital da FAPESPA e aguardamos o resultado. Este projeto possibilitou um olhar científico para os processos de assistência à saúde prestada, qualificando-os cada vez mais e motivando a equipe de saúde a uma atualização profissional contínua.

5.2.4.8 - Implantar a Rede de Telesaúde Institucional

A Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) realizou interação de processo com a Gestão de Pessoas (GESP) da Gerência e Desenvolvimento de Pessoas (GEDP), propiciando a elaboração do projeto de uma **REDE INSTITUCIONAL DE TELESAÚDE** como ferramenta para otimização da educação permanente bem como no processo de formação na graduação e pós-graduação. O projeto está na fase de descrição orçamentária pelo setor da Infraestrutura.

5.2.4.9 - Implementar ações nas residências em saúde da FSCMP

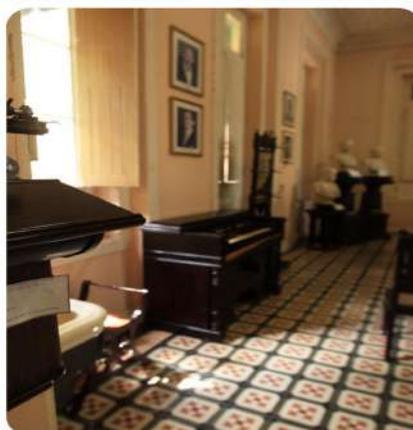
Em 2017 a diretriz principal para fortalecimento dos programas de residências em saúde foi a unificação das ações destas com a criação **da comissão de residências em saúde**; realização da I Jornada científica das residências; visita multiprofissional; planejamento ampliado 2018 (COREME e Residência Multiprofissional); revisão dos regimentos (COREME E COREMU);

tabela de pontuação acumulativa de participação de preceptores, tutores/supervisores para pleitear participação em eventos científicos custeado pelo programa.

Foram realizadas atividades dos residentes de forma interinstitucional através dos acordos de cooperação técnica e participação em cursos que contemplaram competências previstas para formação nos programas de residência.

5.2.4.10 - Fortalecer pós-graduação *Stricto Sensu*

O Mestrado Profissional da FSCMP passou pelo primeiro quadriênio avaliativo da **CAPES/Ministério da Educação** recebendo NOTA 2, ou seja, impossibilitando a abertura de novas turmas o que com possibilidade de descredenciamento do funcionamento do mesmo, processo vivido por mais 119 mestrados no Brasil incluindo os de instituições renomadas como a UNB e USP, porém em se tratando de programa que está iniciando a avaliação referiu-se ao período de 2013-2016 (primeiro quadriênio) onde algumas melhorias não foram avaliadas como a criação do site, acordo de cooperação para captação de recursos para pesquisa FAPESPA no valor de 3 milhões e novos acordos como com a UNIVERSITEC/UFPA para apoio técnico no registro de produção intelectual que está em análise no setor jurídico da FSCMP. Foram feitas reuniões do corpo docente e alta gestão da FSCMP para construção de um pedido de reconsideração de nota à CAPES, tendo em vista principalmente dois aspectos: impacto social dos produtos advindos do mestrado na esfera loco-regional e diretriz de desenvolvimento loco/regional prevista pela CAPES para fortalecimento da pós-graduação na Amazônia. Estamos no aguardo da resposta da CAPES ao pleito.



5.3 - PERSPECTIVA DE RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

5.3.1- Objetivo Estratégico - Assegurar sustentabilidade econômica, social e ambiental:

Projetos estratégicos:

5.3.1.1 - Implementar ações para prestação de serviços com qualidade pelas terceirizadas

Este projeto encontra-se com status de 100% finalizado e conta com 02 planos de ação. O primeiro refere-se ao alinhamento (diminuição) do contingente de pessoal das empresas terceirizadas à capacidade financeira da instituição e o segundo trata-se do controle da frequência dos servidores das empresas terceirizadas, objetivando desta forma a instalação de ponto biométrico na portaria do Hospital centenário, o qual é utilizado exclusivamente por estes funcionários, sem desconsiderar o uso obrigatório do crachá para o acesso dos mesmos às dependências do Hospital.

5.3.1.2 - Implantar o arquivo administrativo na instituição

Este projeto encontra-se com status de 67% e é composto por nove planos de ação, dos quais sete já foram finalizados. Dentre eles a contratação de um arquivologista para direcionar o trabalho. Os setores com arquivo concluído são GAPE (Gerência de Administração de Pessoas), GFIN (Gerência Financeira) o início do arquivo inativo com estabelecimento da tabela de temporalidade para fins de descarte.

5.3.1.3 - Fortalecer a Gestão de Bens Móveis

Com status em 81% e conta 05 cinco planos de ação na sua totalidade, dos quais três foram finalizados no ano de 2017. O sistema SISPAT WEB foi ajustado as necessidades da instituição e nos levou a conquista de Prêmio Ouro em gestão patrimonial mobiliária no ano de 2016, o que se manteve no exercício de 2017; foi realizado o inventário de todos os equipamentos de engenharia clínica e, atendendo a requisito da ONA e foi contratada uma empresa que faz a gestão destes equipamentos com manutenção preventiva e corretiva.

Dentre os projetos que ainda estão em andamento, podemos citar a reposição e recuperação de bens móveis, com vista a atender o protocolo de segurança do paciente e também o descarte dos bens inservíveis. Houve a doação de um total de 1.248 bens. Dos nove veículos inservíveis, quatro já foram encaminhados para a SESP.

5.3.1.4 - Regularizar as questões imobiliárias da Instituição

Este projeto apresenta um status de 60% e está desmembrado em 04 planos de ação dos quais 03, que tratavam de aprovar o leilão dos bens imóveis da FSCMP em reunião de colegiado, realizar o levantamento dos bens imobiliários através da equipe de engenharia do hospital e elaborar o termo de referência em conjunto com a SEAD para definir a empresa que irá leiloar os imóveis, já foram finalizados. Ainda encontra-se pendente uma única ação que trata da abertura do processo licitatório para definir a empresa que será responsável pelo leilão.

5.3.1.5 - Captar recursos externos através de parcerias para execução do plano diretor

Projeto concluído com 100% de êxito. O montante captado junto a Caixa, através do Governo do Estado, foi de R\$23.709.690,00 (vinte e três milhões, setecentos e nove mil e seiscentos e noventa reais), para execução de requalificação do hospital centenário. As ações programadas foram realizadas conforme o planejado. O projeto arquitetônico foi elaborado e encaminhado ao Governo do Estado; o contrato com a Caixa Econômica foi assinado e as obras estão sendo licitadas através da SEDOP (Secretaria de Estado Desenvolvimento de Obras e Projetos).

Estão incluídos no projeto as reformas/restauro das enfermarias: Maria Goreth, São Paulo e Santa Maria; uma área para o Espaço Acolher; Instituto de Ensino e Pesquisa; biblioteca e demais serviços adicionais de revitalização de muros e fachadas e restauração da Capela. Como algumas áreas mais recentes não foram incluídas, outro projeto foi elaborado para suprir essa demanda, sendo incluídos reformas, adaptações e instalações dos ambulatórios de: pediatria, da mulher, especialidades; enfermarias : São Francisco, Frei Caetano e São Roque; Casa da Gestante e Bebê; anexo da nutrição; necrotério; demolição da caixa d'água e urbanização; e adequação das rotas de fugas. O montante pactuado para este projeto foi de R\$ 7.578 milhões que serão repassados em duas parcelas. Outros recursos foram captados, como: Emenda parlamentar no valor R\$ 450 milhões para reforma e adequação do Serviço Nefrologia Pediátrica; Emenda parlamentar no valor de R\$ 130 milhões para aquisição de equipamentos para o centro cirúrgico; reforma da UTI adulto do Centenário, em parceria com a SESP/DVS.

5.3.1.6 – Implantar ações para garantir o equilíbrio orçamentário

Este projeto foi totalmente finalizado no ano de 2017 e trata de ações de contenção de despesas para dar sustentabilidade a instituição. Foi possível diminuir as contas de energia elétrica através de campanhas de conscientização entre os servidores e utilização do gerador de energia em determinados horários de pico de consumo. Contratos de prestação de serviços foram reformulados e como exemplo citamos a redução acentuada do valor pago pelo do oxigênio, foram negociados reajustes de contratos e repactuações, medidas estas que trouxeram redução do custeio minimizando o impacto das despesas. Paralelo a isso houve a redução de Despesas de Exercícios Anteriores (DEA - 2017) de R\$ 14 milhões para R\$ 2 milhões aumentando com isso, a credibilidade da Instituição no mercado.

5.3.2 - Objetivo estratégico - Garantir assistência integral e segura aos nossos usuários do SUS

Projetos estratégicos:

5.3.2.1 - Implementar dispositivos da diretriz de acolhimento institucional

Apresenta status de 58% realizado, possui 10 planos de ação dos quais 05 foram finalizados. Dentre eles estão o workshop integrado: Humanização e subjetividade - caminhos e recursos que visou promover reflexões sobre a humanização das práticas profissionais;

retomada das rodas de conversas com os servidores, transversalizando a humanização e o acolhimento; elaboração do projeto “como posso te ajudar?”, com o intuito de atender uma demanda dos usuários quanto a localização de setores e serviços dentro do hospital; elaboração do projeto de sinalização, paisagismo, acessibilidade e ambiência da FSCMP, que também visa proporcionar um melhor deslocamento de servidores e usuários das dependências da instituição; compor a equipe responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular na urgência e emergência, objetivando contribuir na atenção qualificada e humanizada nos processos de trabalho e na dinamização do atendimento e fluxo estabelecidos.

5.3.2.2 - Implementar ações que visem a redução da mortalidade neonatal

Projeto com status de 54% realizado e conta com 03 planos de ação, dos quais 02 foram finalizados, sendo eles a implementação do uso racional de antimicrobiano numa parceria entre Neonatologia e ACIH e também a implementação do projeto terapêutico singular para os recém nascidos de risco. Vale ressaltar que o plano terapêutico já está implantado e em fase de divulgação para todas as categorias profissionais que compõem a equipe da neonatologia. A ação ainda pendente, com 54% de cumprimento, é a implantação do Centro de Hipotermia, que já foi iniciada.

5.3.2.3 - Implantar Transplante Hepático

Este projeto encontra-se com status de 9% realizado e conta com 04 planos de ação dos quais apenas 01 foi finalizado. Este tratou da elaboração de uma proposta de projeto para implantação do serviço de transplante hepático através de um grupo de trabalho coordenado pelo Dr. Mauricio Iasi. Houve também a elaboração do protocolo e das rotinas do serviço em questão. Importante ressaltar que o grupo é composto não somente por técnicos especialistas na área mas também por técnicos da gestão que cuidarão da habilitação do serviço avaliando todos os requisitos documentais e estruturais necessários. Já foi planejado pelo coordenador do projeto um curso de transplante de órgãos que irá acontecer em Março de 2018. Outra ação que será realizada em 2018 é a atualização da **Comissão Intra-hospitalar de Doação do Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)**.

5.3.2.4 - Implantar a sistematização da assistência de enfermagem - SAE

A sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) é um processo organizacional que oferece subsídios para o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e humanizados de cuidado com o objetivo de melhorar cada vez mais o cuidado prestado ao paciente, pois levanta-se a necessidade de cuidado interativo, complementar e multiprofissional. O processo de implantação da SAE iniciou no mês de abril no ano de 2016 no sistema informatizado MV; onde foi realizado o cadastro dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem e treinamento da equipe assistencial. Em 2017, após novo treinamento quanto ao processo de enfermagem observou-se a necessidade da criação de uma comissão para realinhar e reajustar a SAE no sistema MV, de acordo com as especificidades de cada unidade assistencial.

Para o ano de 2018, faremos a revisão da SAE, o qual inclui a análise de diagnósticos, fatores relacionados, prescrição de enfermagem, assim como o layout do Sistema MV para o processo de enfermagem. Devido estes fatores, o projeto encontra-se com 50% de execução.

5.3.2.5 - Implementar a Política Nacional de Humanização - PNH

A FSCMP instituiu a humanização desde quando esta ainda era Programa PNHA. No ano de 2003 o programa que nasceu no SUS, virou Política Nacional de Humanização-PNH ou HumanizaSus, tendo como objetivo colocar em prática os princípios do SUS: **Universalidade, Integralidade e Equidade**. A PNH trouxe como princípios fundamentais a inseparabilidade entre a atenção e gestão, a transversalidade e o protagonismo, por essa razão é hoje uma das prioridades no Ministério da Saúde. O Hospital Fundação Santa Casa do Pará foi um dos hospitais pioneiros na criação do **Comitê de Humanização (ASCH)**, servindo como referência de modelo técnico e metodológico e oferecendo consultoria para os demais hospitais, principalmente no que se refere à estruturação dos serviços internos e administrativo, organizado nos modelos de trabalho da PNH, e metodologias de integração com processos de trabalhos.

As atividades da Assessoria e Comitê de Humanização da FSCMP deram início a partir de novembro de 2014. Atualmente, ASCH com a participação dos serviços/gerências/diretorias/ assessorias/presidência representados pelos trabalhadores da saúde (servidores), usuários do SUS, antigos moradores da instituição, residentes da FSCMP, acadêmicos, pesquisadores, voluntários da humanização (Voluntarização) e representantes da Sociedade Civil.

Ações que foram concluídas em 2017:

- Apoio e participação em eventos científicos e de educação permanente na FSCMP;
- Apoio e incentivo de pesquisas tecnológicas pela residência multiprofissional na FSCMP;
- Apoio e integração nos serviços e campanhas;
- Articulação de desenvolvimento profissional sobre a PNH;
- Articulação e desenvolvimento de ações de educação em saúde;
- Certificações, premiações e reconhecimentos *intra* e extra institucional; consultorias institucionais e extra institucionais;
- Elaboração e execução do processo seletivo para inclusão de voluntários na FSCMP;
- Elaboração e implantação da campanha bebê com fralda e amor;
- Elaboração e implantação de campanha em apoio a agência transfusional da FSCMP;
- Elaboração e implantação dos GTH'S vinculados ao comitê de humanização;
- Elaboração, organização e execução do II simpósio de humanização da FSCMP.

Contudo, alguns destes planos de ação poderão ser continuados, uma vez que já foram institucionalizados, e são ações permanentes para a implementação da PNH.

6 NOSSAS PRINCIPAIS CONQUISTAS EM 2017

- Certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com o selo de Hospital Acreditado nível I, pela melhoria dos processos visando a qualidade e segurança do paciente;
- Conquista de recursos para revitalização do prédio centenário – Financiamento do Governo do Estado (R\$ 35 milhões), com execução de mais de R\$ 4 milhões em 2017 e o restante previsto para 2018;
- Aquisição do Sistema Estratégico BSC e Gestão da Qualidade, Risco e Ocorrências e Implantação do sistema de custo hospitalar;
- Aquisição de 02(dois) Tomógrafos por Bioimpedância (um por meio e emenda parlamentar e outro pelo convênio com a FAPESPA); e uma ambulância, através de emenda parlamentar estadual;
- Aquisição de 02 Unitarizadoras de medicamentos;
- Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP em 90% do hospital;
- Disponibilização de leitos de retaguarda na área materno infantil através de contrato pela SESPA, visando melhorar a segurança e qualidade da assistência;
- Aquisição de sistema informatizado para diagnóstico por imagem - RIS e PACS;
- Ampliação da rede e da infraestrutura de informática (DATACENTER);
- Reforma do centro cirúrgico, Central de processamento de material esterilizado - CPME, ambulatórios de cirurgia, farmácia de alta complexidade, almoxarifado;
- Reformas em andamento na UTI adulto, ambulatório da mulher e enfermarias de clínica médica e cirúrgica; casa da gestante, bebê e puérpera, , agência transfusional e necrotério;
- Adequação das rotas de fuga da instituição;
- Aquisição de 70 freezers para os postos de coleta de leite humano na região metropolitana, uma parceria com a Assembleia de Deus e governo do estado, para atender o projeto "mais puro leite";
- Realização de 12 processos seletivos simplificados;

- Institucionalização das Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- Implantação de auditorias internas;
- Realização do Feirão de interação dos processos;
- Implantação da política de Gerenciamento de Risco e Ocorrências;
- Institucionalização da Política de Adorno Zero;
- Implantação de farmácias satélites nos centros cirúrgico e obstétrico;
- Implantação do kit padronizado por procedimentos cirúrgicos e obstétricos;
- Racionalização do uso de antimicrobiano através de senha;
- Informatização dos setores de apoio diagnóstico;
- Realização de mutirões (cirurgias pediátricas, ginecológicas, gerais e biópsias);
- Firmado convênio com a Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas - FAPESPA para o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias em serviço, o que resultou na captação de R\$ 3 milhões, ratificando a parceria e solidificação da pesquisa no Estado;
- Aprovados por meio de edital interno com avaliação de consultores *ad hoc* sete projetos de pesquisa:
 1. Análise da composição físico-química do leite humano: proposta de instrumento de terapia nutricional para recém-nascido prematuro e de baixo peso;
 2. Encefalopatia hipoxicoisquêmica e a hipotermia terapêutica como neuroproteção na unidade neonatal de uma maternidade pública de referência;
 3. Avaliação pulmonar de pacientes em ventilação mecânica invasiva por meio da tomografia por impedância elétrica;
 4. Avaliação do impacto do transplante renal pediátrico na doença renal crônica (DRC) em uma unidade de referência materno-infantil;
 5. Associação de polimorfismo genético com desenvolvimento e resposta ao tratamento da retinopatia;
 6. Métodos de predição e prevenção de pré-eclâmpsia em um hospital de referência materno-infantil;
 7. Cateter venoso central de inserção periférica como medida de controle e prevenção das infecções de corrente sanguínea relacionada a cateter.
- Institucionalização da Política de Atenção Hospitalar (Núcleo Interno de Regulação - NIR), Visita multidisciplinar, plano e projeto terapêutico singular, auditoria clínica, transferência de cuidados, linha de cuidado materno infantil, plano de preparação para alta);

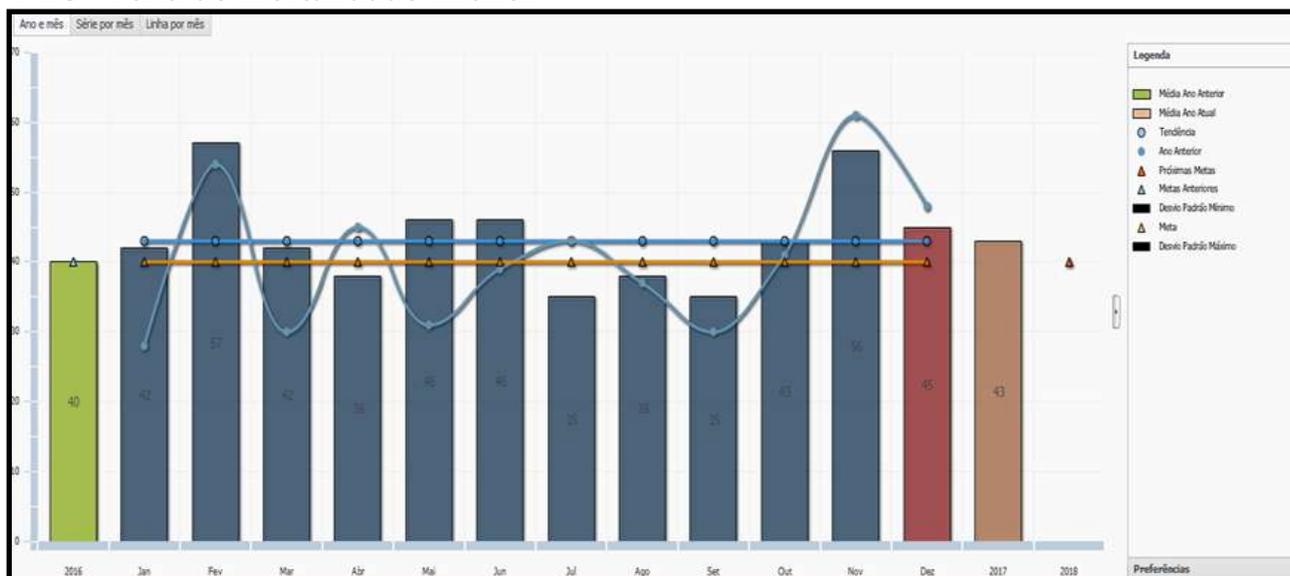
- Firmado acordo de cooperação com a Escola de Governança do Estado para cursos de qualificação profissional;
- Realização do Workshop regional da Organização Nacional de Acreditação;
- Realização do I simpósio de imagiologia, ressonância magnética e tomografia;
- Realização do I workshop de humanização e subjetividade;
- Participação no Projeto APICE-ON Aprimoramento e Inovação no Cuidado de Ensino em Obstétrica e Neonatologia;
- Participação no Projeto Qualineo-MS, boas práticas para redução da mortalidade neonatal;
- Acordo de cooperação com a UFPA – Revitalização do museu da FSCMP;
- Lançamento da revista online Pará Research Medical Journal;
- Implantação da prevenção da deterioração clínica (MEWS e TRR).
- Implantação do CINE CASA - cultura de acolhimento a saúde, autoconhecimento do servidor, por meio de linguagem cinematográfica;
- Elaboração do Programa de prevenção de riscos ambientais - PPRA e Programa de controle médico de saúde ocupacional - PCMSO.
- Aprovação do Plano de atendimento a Emergências e Catástrofes - PAEC;
- Líder em captação de doadores de sangue.





7 INDICADORES ALINHADOS AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO - 2017

PES - Taxa de mortalidade infantil



Fonte: Sistema MV/ASPL

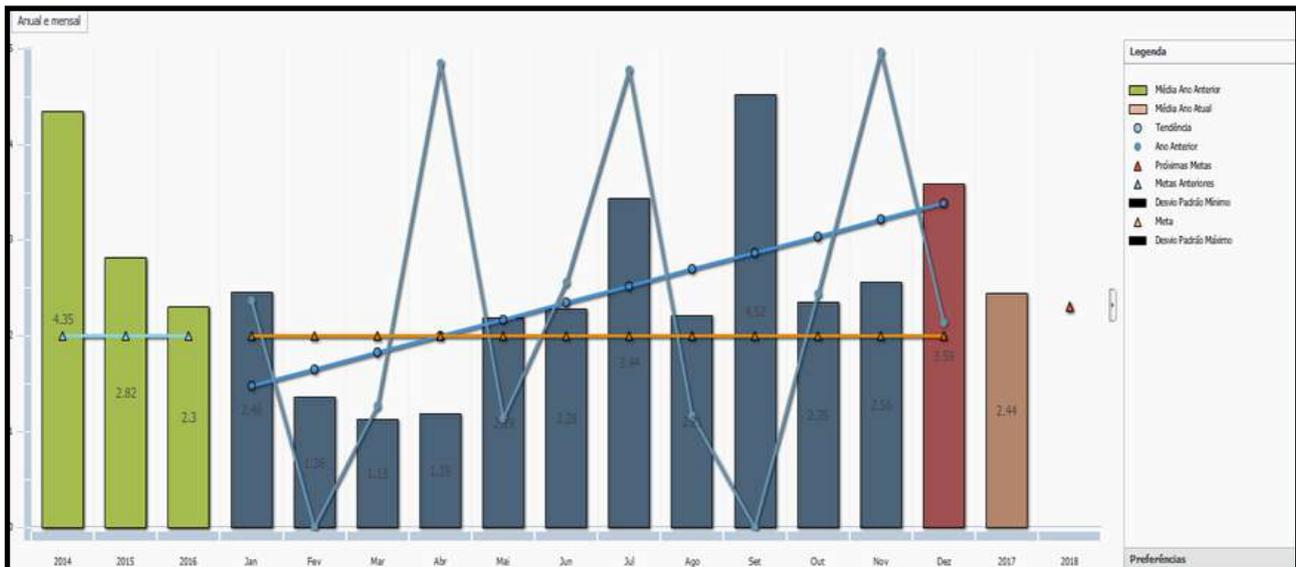
A mortalidade infantil pode ser dividida em períodos a depender da idade de morte da criança, a saber: *mortalidade neonatal que se refere às mortes que ocorrem nas quatro primeiras semanas de vida da criança (0 a 28 dias) e a mortalidade infantil pós-neonatal que se refere às mortes que ocorrem de 28 dias a menor que 1 ano de idade da criança. A mortalidade neonatal se divide em neonatal precoce (de 0 a 7 dias), e neonatal tardio (de 7 a 28 dias).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a TMI não deve ser superior a 10 mortes para cada mil nascidos vivos. Taxas acima de 50 mortes para cada mil nascidos vivos é considerada alta pela OMS, e entre 20 e 49 mortes para cada mil nascidos vivos é considerada média. Esses pontos de corte apontam metas importantes para o monitoramento do risco do óbito infantil e devem ser interpretados à luz da qualidade da informação dos sistemas de notificação de mortes e nascimentos.

A TMI no Hospital Santa Casa do Pará tem se mantido em níveis medianos, 43 mortes para 1000 nascidos vivos em média no ano de 2017, o que representou aumento se comparado com ano de 2016 (40 mortes/1000 NV). A taxa manteve-se acima da meta estipulada (40 mortes/1000 NV) na maioria dos meses em 2017, somente nos meses de abril /julho/agosto e setembro conseguimos ficar em patamares abaixo da meta. Tivemos picos elevados no

meses de Fevereiro e Novembro com quase 60 óbitos em menores de 01 ano, fato este que necessita de maiores investigação para apurar as causas, visto que a tendência da taxa vinha se mantendo em torno de 43 óbitos em media. A neonatologia é o setor onde ocorrem a maioria dos óbitos em face do perfil de pacientes que atende. Os fatores biológicos (inerentes a mãe / bebê) que mais contribuíram para ocorrências desses óbitos foram: baixo peso ao nascer, Idade materna, idade gestacional (prematuridade), malformação congênita, afecções perinatais e gestação múltipla.

PES - Taxa de óbito materno por mil partos



Fonte: Sistema MV/ASPL

O indicador evoluiu com taxas elevadas ao longo dos meses. Em fevereiro, março e abril manteve-se abaixo da meta estipulada, porém a partir de maio a taxa elevou-se acima da meta, apresentando picos consideráveis nos meses de julho, setembro e dezembro. Se comparado com anos anteriores o indicador evoluiu com importante redução em quase 50% no período de 2014 a 2016, porém em 2017 houve um discreto aumento na média anual, mas pode-se considerar que há uma tendência em manter-se estável nos próximos anos, visto que esse aumento não foi significativo que importantes ações estão sendo implementadas para garantir esta estabilidade, visando também redução da taxa.

Fatores que contribuíram para redução da Taxa:

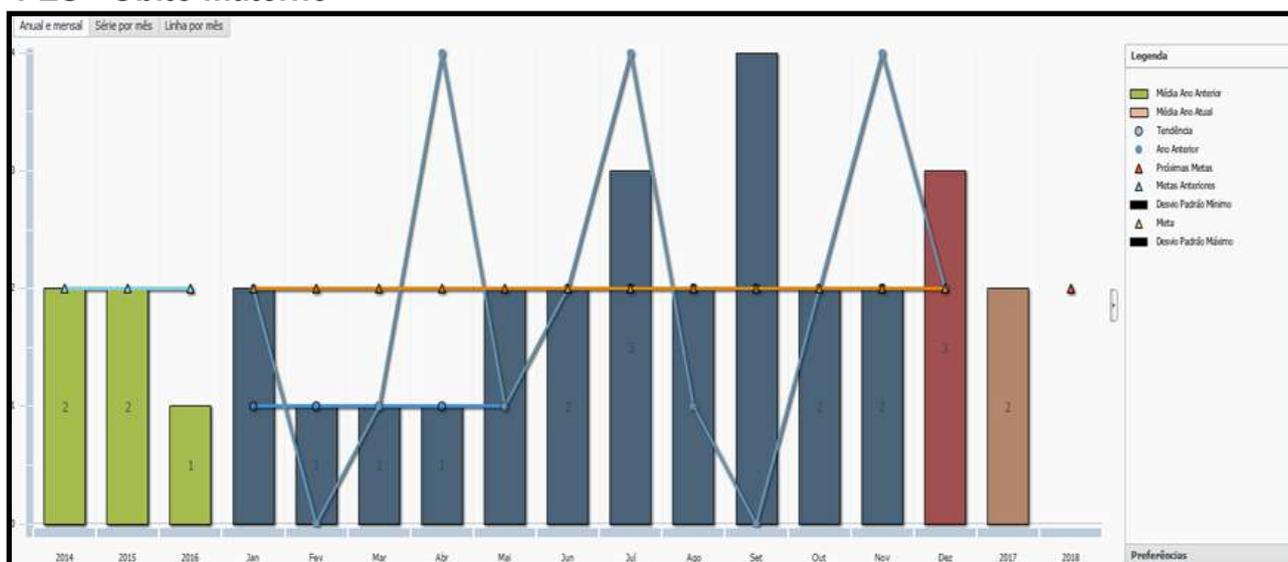
Estruturação de ferramentas como gerencia de risco, núcleo de segurança do paciente e comitê de mortalidade materna; envolvimento da equipe assistencial na elaboração de protocolos assistenciais; envolvimento de gestores e profissionais da assistência na discussão dos óbitos maternos; elaboração de planos de ação a partir da análise dos fatores predisponentes e causa raiz do óbito materno; presença do acompanhante antes, durante e após o parto; aumento do número de profissionais na equipe assistencial; realização de capacitações para aumentar a segurança do paciente e aprimoramento da assistência.

Fatores que podem ter contribuído para elevação da Taxa em 2017 em relação a 2016:

Alguns protocolos já elaborados ainda não foram implementados; peregrinação de pacientes em outras unidades de saúde até chegar à FSCMP; absenteísmo elevado na equipe de enfermagem, causando sobrecarga de trabalho; exaustão de profissionais, principalmente em dias de pico de atendimento; aumento do número de pacientes que já são admitidas muito graves, com prognóstico sombrio (54% dos óbitos em 2017; 34,7% em 2016); a ocorrência de 3 óbitos inevitáveis em 2017, em 2016 não houve nenhum inevitável; o aumento no número de pacientes internadas na maternidade.

O que se pode melhorar: implantação/implementação e monitoramento dos protocolos; empoderamento dos gestores clínicos; fortalecimento da comunicação entre profissionais e entre setores na transferência de cuidados; otimizar rotatividade de leitos; implantação dos critérios de alta e de internação; criação e aplicação de estratégias para manter equipe estimulada e mentalmente saudável; criação de estratégias para melhorar o fluxo de pacientes dentro da maternidade; estimular a cooperação mútua e trabalho em equipe.

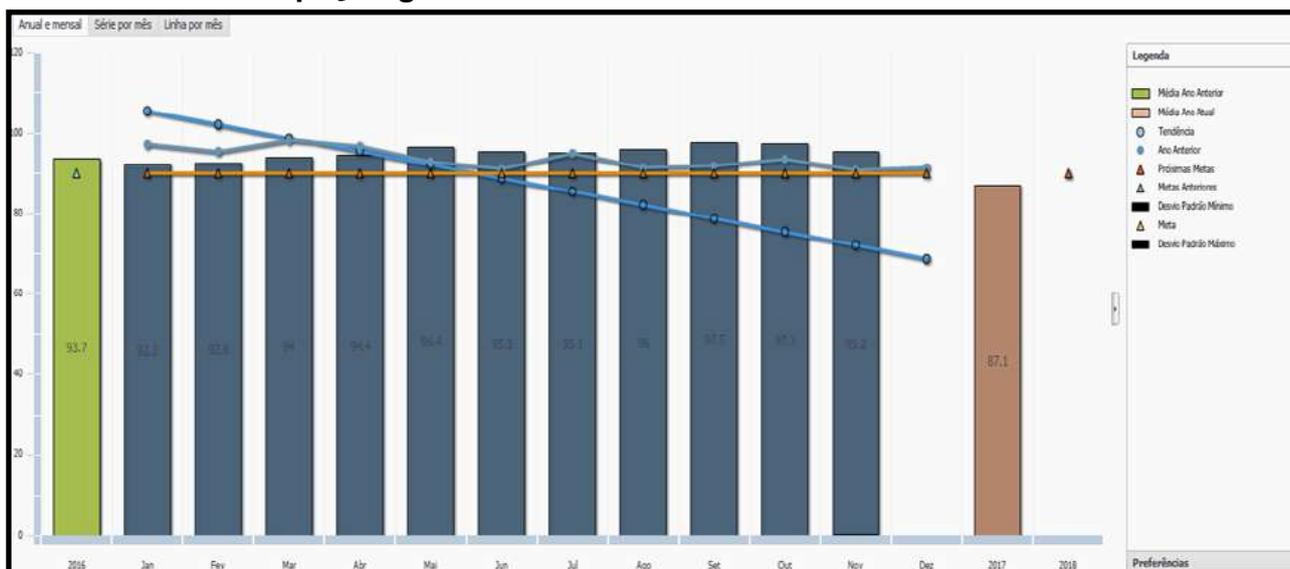
PES - Óbito materno



Fonte: Sistema MV/ASPL

O indicador fechou o ano dentro da meta estipulada, sendo que nos meses de fevereiro, março e abril manteve-se abaixo da meta. Apresentou picos em julho, setembro e dezembro, porém sem grandes repercussões no acumulado do ano. Em números absolutos foram registrados 24 óbitos maternos em 2017, quase o mesmo número que 2016 (23 óbitos), o que demonstra estabilidade na taxa de óbitos maternos. Mas vale ressaltar que este número vem caindo anualmente desde 2013. Importantes ações estão sendo implementadas para garantir esta estabilidade do indicador, visando também redução da taxa.

PES - Taxa de ocupação geral



Fonte: Sistema MV/ASPL

O indicador vem se mantendo ao longo do ano acima da meta estipulada, sempre acima de 90% de ocupação. O gráfico não demonstra grandes oscilações na linha do tempo, porém observa-se uma um aumento discreto na tendência nos meses de agosto a outubro. Invariavelmente os setores que mais contribuem para uma taxa de ocupação elevada dentro da santa casa são a clínica de tocoginecologia (97,9%) e neonatologia (102,6%) na média anual de 2017. Sendo a clínica cirúrgica o setor que tem a menor taxa de ocupação (72,4%), porém foi o setor que teve um aumento considerável (10,1%) em relação ao ano anterior. Em comparação com ano anterior (2016) observamos um aumento na taxa deste indicador, ainda que discreto, de 93,8% para 94,7% no geral, o que reflete a utilização quase que total dos leitos ofertados a população. Taxa de ocupação acima de 85% não é recomendável porque aumenta o risco de eventos adversos e de infecção hospitalar, podendo ocasionar desgastes da equipe técnica

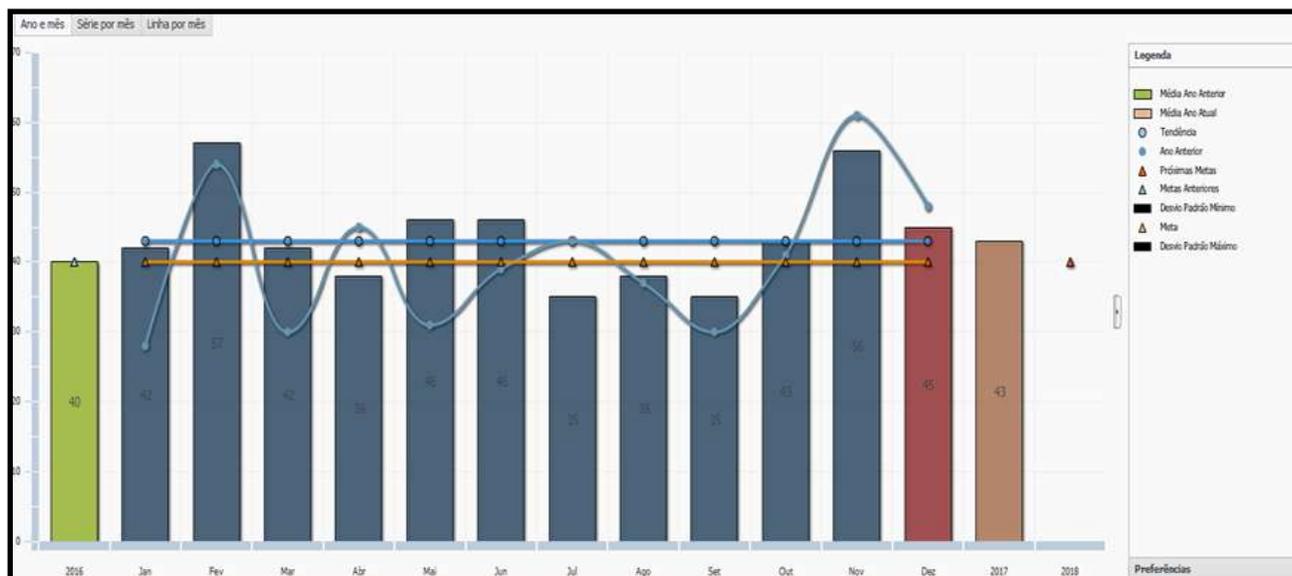
Fatores que contribuíram para taxa de ocupação elevada em 2017:

Utilização de leitos extras - influenciando na contagem do número de pacientes-dia; fechamento da enfermaria de outras afecções; aumento no número de internações obstétrica e neonatal; utilização dos leitos cirúrgicos aos finais de semana pela triagem obstétrica como retaguarda de pacientes submetidas a curetagem e ou/e ginecológicas;

Ações esperadas para causar impacto no indicador:

Otimizar as ações do Núcleo Interno de Regulação - NIR; capacitar a equipe clínica para planejar a alta no momento da internação (plano/projeto terapêutico); aumentar o número de cirurgias eletivas e/ou reduzir o número de cirurgias suspensas; criar efetivamente uma retaguarda para cirurgia ginecológica.

PES - Índice de rotatividade de leito



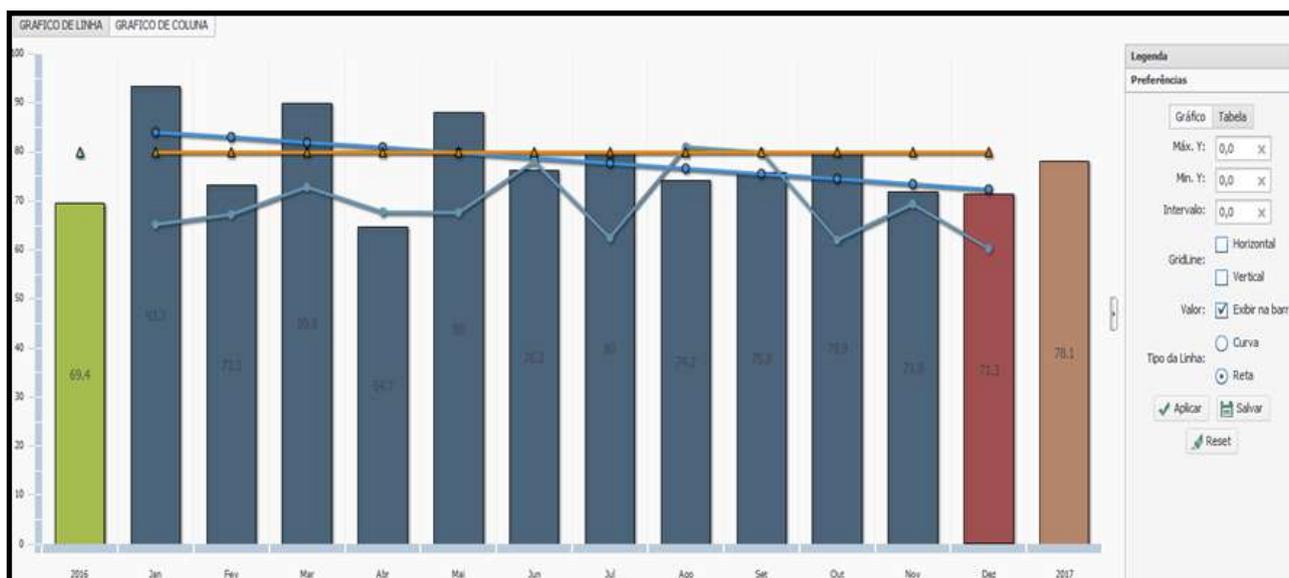
Fonte: Sistema MV/ASPL

O indicador demonstra variações ao longo dos meses, mantendo-se um pouco abaixo da meta estipulada, com exceção dos meses de março, maio, agosto, setembro e dezembro onde conseguimos manter índices dentro da meta. Considerando os últimos três meses observamos uma estabilidade na tendência do indicador, muito por conta da alta permanência de internação dos pacientes em alguns setores desta instituição. A tocoginecologia é o setor que apresenta maiores índices de rotatividade de leito (7,5 pacientes por leito/mês), enquanto a clínica médica apresenta uma média de 1,3. Isto se deve aos perfis de pacientes que essas clínicas atendem. Mesmo estando abaixo da meta, ainda sim apresentamos melhora deste indicador se compararmos com o ano anterior, enquanto 2016 tivemos a média de 3,7 pacientes por leitos/mês, em 2017 esse índice subiu para 3,9 pacientes por leito/mês, demonstrando que tivemos aumento no número de internações, visto que não houve aumento no número de leitos. É preciso entender que precisamos melhorar o gerenciamento dos pacientes crônicos dentro da instituição santa casa e que existe um processo assistencial que hoje ainda não é tradicional dentro do hospital, que é o cuidado extra muro desses pacientes crônicos.

Ações para impactar positivamente indicador:

Fortalecer a visita multiprofissional; gerenciar o atendimento aos pacientes identificando a data prevista para sua alta e, conseqüentemente, liberação do leito para uma nova internação; gerenciar o processo de limpeza e manutenção dos leitos; monitorar o tempo gasto em todas as etapas; **Núcleo de Interno de Regulação (NIR)** gerenciar o tempo de permanência dos pacientes no hospital; ampliar as ações do NIR para todo o hospital (ainda está muito concentrado na maternidade); acompanhar as internações, monitorando o **plano terapêutico/previsão de alta**; gestão das transferências internas e externas; acompanhamento diário da taxa de ocupação; controle do giro de leito; acompanhamento dos mapas de leitos diário; reduzir tempo de internação; instituir protocolo de cuidados paliativos.

PES - Percentual de consultas médicas realizadas em relação a capacidade de atendimento médico



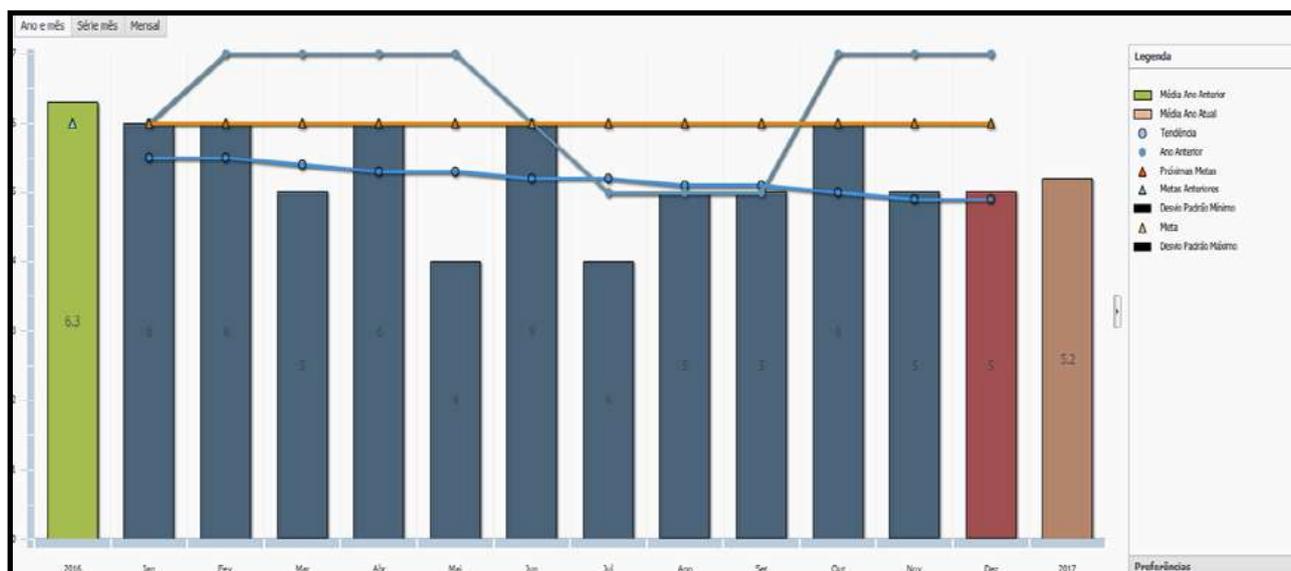
Fonte: Sistema MV/ASPL

O indicador demonstra pequenas variações ao longo dos meses. Apenas janeiro, março, maio e julho conseguimos atingir a meta estipulada (80%), nos outros meses estivemos bem próximo de atingir esta meta. Contudo é notório que tivemos melhora na media anual em 2017, passamos de 69,4 (2016) para 78,1 no percentual de consultas médicas realizadas, apesar de termos recursos humanos reduzidos. Levando em consideração nossa capacidade instalada para atendimento médico em sua plenitude, ou seja, em seu potencial máximo de atendimento, poderíamos atingir mais de 200.000 mil consultas médicas ao ano conforme a estrutura de consultórios em todos os ambulatórios, porém não temos recursos humanos suficientes para atingir este quantitativo. Em números absolutos realizamos mais de 98.000 consultas médicas em 2017, o que representa um acréscimo de mais de 7% nessas consultas.

O ambulatório de especialidades clínicas é o que mais contribui para aumento no numero de atendimentos e o ambulatório de cirurgia é o que menos produz atendimentos médicos, considerando que o centro cirúrgico do hospital centenário no presente ano encontrava-se interditado para reforma, gerando com isto uma queda no atendimento pela impossibilidade da realização de procedimentos cirúrgicos. Além de licenças médicas prolongada de alguns médicos (mais de 6 meses);

Centro cirúrgico centenário em reforma; Implantação de protocolo de alta; ambulatório da mulher em reforma; implantação de **Protocolos Assistenciais por Especialidades;** reforma do ambulatório de pediatria; implantação da consulta pré e pós de enfermagem; implantação do prontuário eletrônico em todos os ambulatórios com diretórios para enfermagem; otimização dos atendimentos dentro de cada ambulatório; implementação do ambulatório de prevenção/tratamento de lesões de pele; intervenção da saúde do trabalhador junto ao quadro da equipe de enfermagem; reorganização dos horários dos médicos para melhor utilização dos consultórios, também contribuíram para variação no alcance das metas.

PES-Taxa de infecção hospitalar

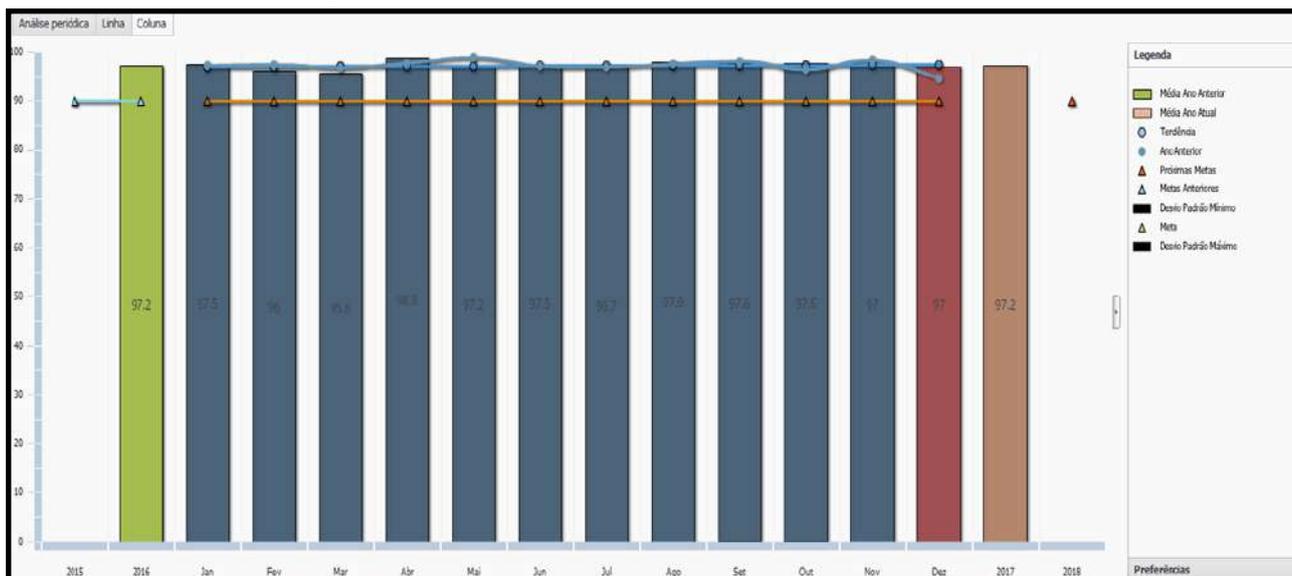


Fonte: Sistema MV/ASPL

O indicador evoluiu com resultados satisfatórios no decorrer de 2017, apresentando uma média de 5,2%. Esse desempenho é o reflexo da reordenação do serviço e a readequação das atividades da equipe de controle de infecção. Tomando por base a média da taxa de infecção do ano anterior (2016) que ficou em 6,3%, a filosofia de uma atuação mais integrada junto às unidades do hospital nos proporcionaram resultados positivos frente a prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde na FSCMP. O gráfico de acompanhamento anual confirma que nos mantemos no limite ou abaixo da meta estimada (6%) durante todo o ano, em maio e julho apresentamos os máximos de declínios do ano, alcançando o resultado de 4% na taxa de infecção; resultante do realinhamento das ações da equipe, que reforçava diariamente nas unidades a política do Adorno Zero, o cumprimento das medidas de precaução padrão e isolamento e demais ações de controle de **Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS)**.

Como principais ações implantamos o processo de liberação de antimicrobianos através do sistema de senhas, resultando numa economia mensal de R\$ 40 mil o uso racional do antibiótico, sendo que além do impacto econômico, tivemos diminuição da resistência microbiana, impactando diretamente na redução e controle de IRAS. Aliado a isso, realizamos um diagnóstico situacional quanto ao processo de higienização das mãos. Vale ressaltar também a revisão do protocolo de precaução padrão e isolamento da instituição, sendo elaborado um resumo do respectivo protocolo, intitulado de **"Guia Básico de Precaução Padrão e Isolamento"**, favorecendo a visualização das informações sobre os cuidados de isolamento de forma dinâmica. Outras ações como o controle de qualidade da água, o controle de qualidade do ar, a validação de obras e reformas institucionais, a reestruturação do gerenciamento de resíduos e do controle de pragas e vetores, bem como a revisão de todos os processos e POPs de serviços de apoio que têm impacto no controle de infecção, são ganhos do ano de 2017 que embasaram a redução da taxa global de infecção hospitalar.

PES - Taxa de satisfação do usuário



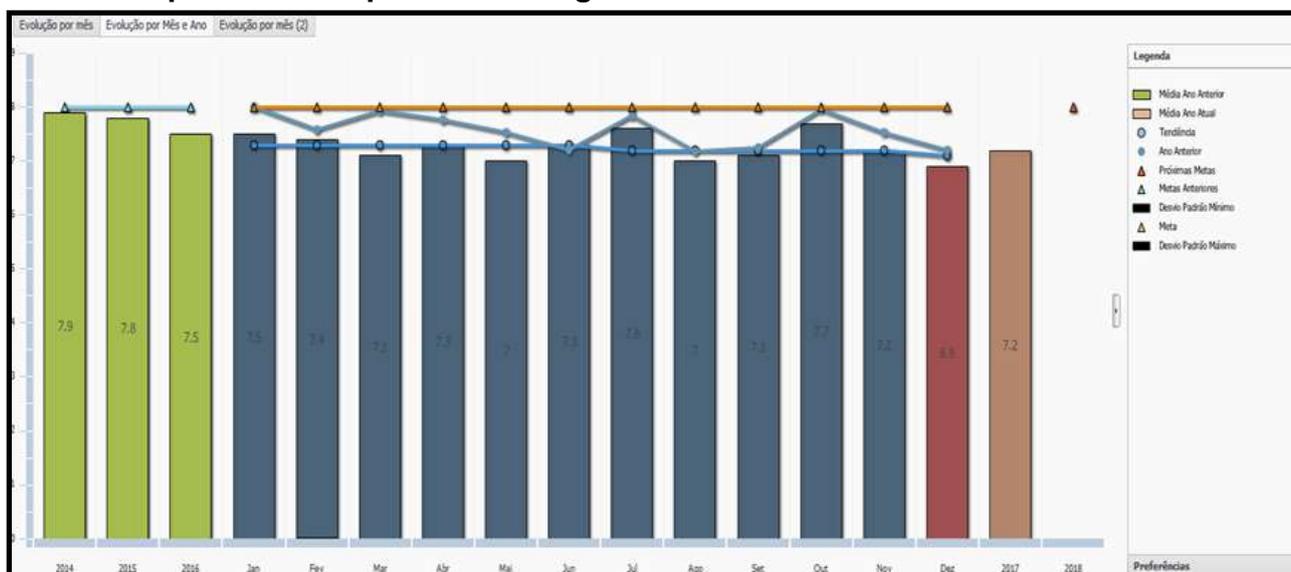
Fonte: Sistema MV/ASPL

Ao longo de 2017 os usuários vêm demonstrando altos índices de satisfação em relação aos serviços de saúde prestados dentro da FSCMP. o indicador se mantém sempre acima da meta, demonstrando que a população que procura os serviços da santa casa vem recebendo atendimento de qualidade e seguro. Quatro pontos importantes influenciaram para esta satisfação elevada (estrutura, processo de cuidado, comunicação/informação efetiva e desfecho).

Em relação a estrutura podemos destacar que a Santa Casa possui instalações modernas no prédio Almir Gabriel que contrasta com o prédio centenário, que é onde percebemos o maior índice de insatisfação por conta da estrutura física, porem oferece boas acomodações no prédio Almir Gabriel e alta tecnologia no hospital como um todo, além de uma equipe capacitada.

O processo de cuidado evolui significativamente, principalmente após a adoção das metas de segurança do paciente, implantação/ implementação de protocolos clínicos e institucionais, implantação de prontuário eletrônico e adoção de planejamento estratégico como grande norteador das ações desenvolvidas dentro da FSCMP. Comunicação efetiva/informação: grande participação da ouvidoria que acaba sendo a porta de entrada para as primeiras informações ao paciente que procura a ouvidoria e recebe as informações com relação aos seus direitos e deveres enquanto usuários do SUS. Existe também o serviço de ouvidoria ativa que vai até o paciente que está internado e informa, acolhe e orienta quantos aos procedimentos do hospital e aplica a pesquisa de satisfação juntamente com as diretorias. finalmente os desfechos dos casos clínicos e/ou serviços prestados, onde a população mostra-se satisfeita com a resolução de seus problemas.

PES -Tempo médio de permanência global



Fonte: Sistema MV/ASPL

O tempo médio de permanência global hospitalar na FSCMP é de 7,2 dias em 2017, dentro da faixa de variação estipulado como meta. Com menor tempo de permanência na tocoginecologia (4,0 dias) e maior tempo na clínica médica (26,6 dias) na média mensal. Justifica-se as diferenças entre as permanências da tocoginecologia e clínica médica pelo perfil de pacientes atendidos nos serviços. Enquanto a toco atende pacientes gestantes com patologias obstétricas e/ou que chegam na FSCMP para realização de parto normal ou cesariana, o que tem levado em média 04 dias de internação. A clínica médica atende pacientes de maior complexidade terapêutica, são pacientes com patologias crônicas, co-morbidades múltiplas avançadas e muitas das vezes dependentes de cuidados não hospitalares no qual os familiares não sabem lidar com tais situações, desta forma ocupam leitos destinados ao cuidado de pacientes agudos. Em relação aos anos anteriores observamos que o indicador vem diminuindo gradativamente (7.9 em 2014, 7.8 em 2015 e 7.5 em 2016) em virtude de múltiplas ações instituídas visando diminuir o tempo de permanência hospitalar.

Fatores que contribuíram para maior permanência dos pacientes:

Atraso na realização e/ou suspensão de exames complementares e consequentemente atraso na liberação dos laudos dos exames, o que reflete diretamente na elucidação do diagnóstico de forma precoce e tratamento imediato; aguardando procedimento e/ou avaliação cirúrgica; aguardando inter consulta de outras clínicas (parecer do médico especialista); plano/projeto terapêutico singular ainda em processo de implantação e implementação; aguardando programação de suporte **extra-hospitalar**; idade avançada (nas clínicas: médica e cirúrgica) ou prematuridade (neonatologia); ***co-morbidades** múltiplas; cirurgias complexas (ex: grupo do fígado); pacientes aguardando leito de UTI como retaguarda de cirurgia.

Fatores que influenciaram para um menor tempo de permanência:

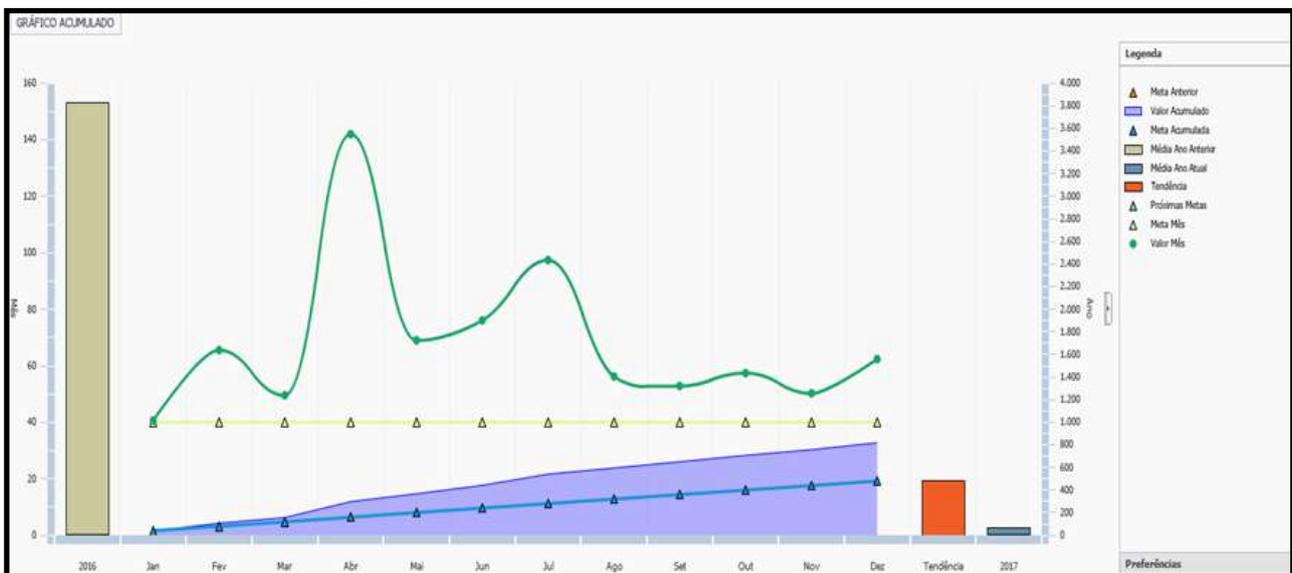
Gestão do corpo clínico; gestão da clínica; *gestão de leitos (NIR); educação continuada da

equipe multiprofissional; prática de *benchmarking*, melhorando as funções e processos de trabalho, analisando as estratégias de atuação da FSCMP); instituição de políticas de qualidade no serviço; uso racional de antimicrobiano (instituído); foco na qualidade dos cuidados e segurança do paciente;

O que temos a melhorar:

Intensificação das ações do Serviço social e psicologia; das comissões (Sepse / mortalidade / prontuários); redimensionamento de leitos de UTI; assistência fisioterápica (neonatologia); e realização de intervenções cada vez mais precoces.

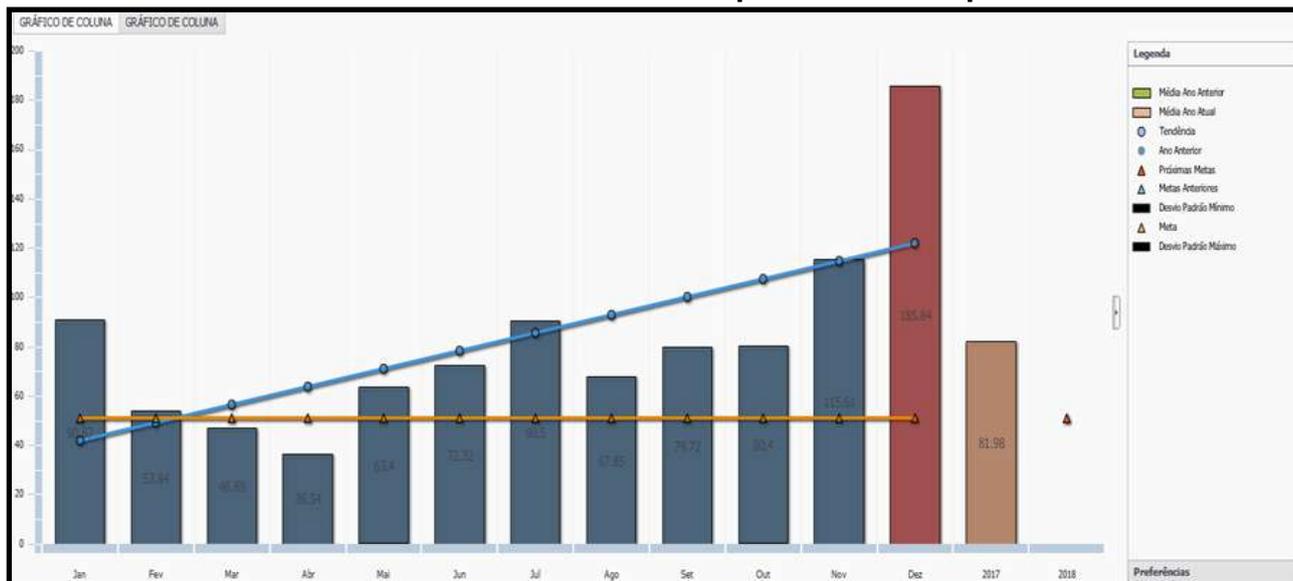
PES - Percentual de capacitação alcançada



Fonte: Sistema MV/ASPL

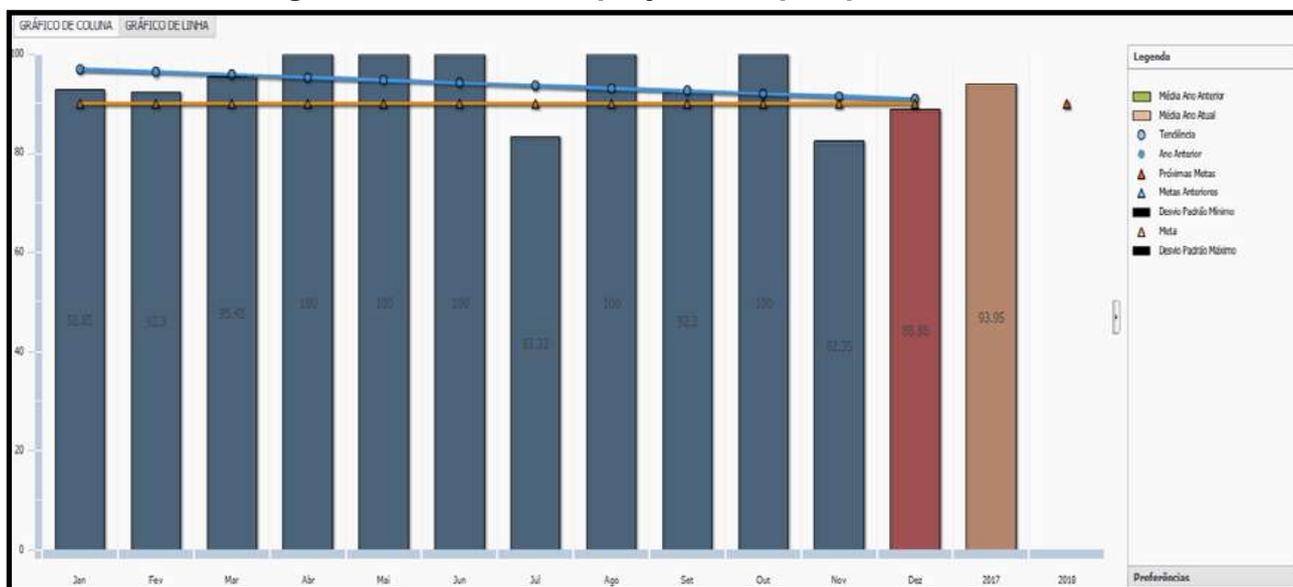
Em 2017 o movimento de treinamento foi crescente, contamos com o apoio da equipe do **Hospital Alemão Osvaldo Cruz - SP**, cujo objetivo foi implantar as metas de segurança na instituição fortalecendo o processo de melhoria contínua. Estamos em um processo de solidificação do serviço com propostas de intensificar os treinamentos *in loco*, a partir de 2018; oferecer aos nossos facilitadores o curso de metodologias ativas para aumentar a eficácia dos treinamentos internos; proporcionar aos líderes o acompanhamento em *Coach* individual; intensificar as parcerias com as instituições de ensino superior e demais órgãos promotores de treinamentos.

PES - Percentual de discentes de IES Públicas por cenário de práticas



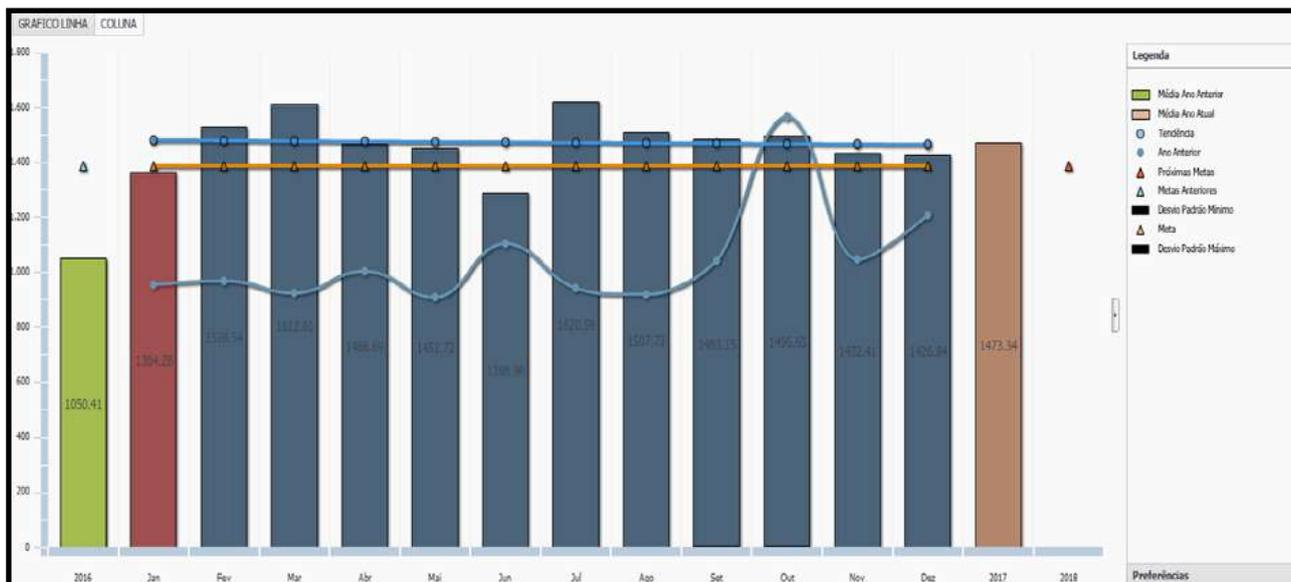
Este indicador possibilitou a visualização de valores abaixo da meta em períodos em que houve greve de uma instituição pública trazendo alterações no resultado da meta em meses atípicos como abril e maio e acima da meta como julho e dezembro em virtude de ajustes da instituição de ensino para cumprimento do calendário letivo. Relativo a presença do setor privado, não houve expansão de vagas, porém nos meses da greve da instituição pública a ausência deste, trouxe um resultado do indicador abaixo da meta.

PES - Taxa de regulação do fluxo de projetos de pesquisa



Observado valor abaixo da meta (88,88%) referente ao número de projetos encaminhados e recebidos das gerências dentro do prazo limite (7 dias). Visto que há demora no tempo de resposta de apenas uma gerência (Gerência de Clínica Médica - 11 dias). Vale ressaltar que a provável queda no número de projetos recebidos se dá pelo mês de férias/recesso das universidades/faculdades.

PES - Custo médio de Autorização de Internação Hospitalar - AIH



Fonte: Sistema MV/ASPL

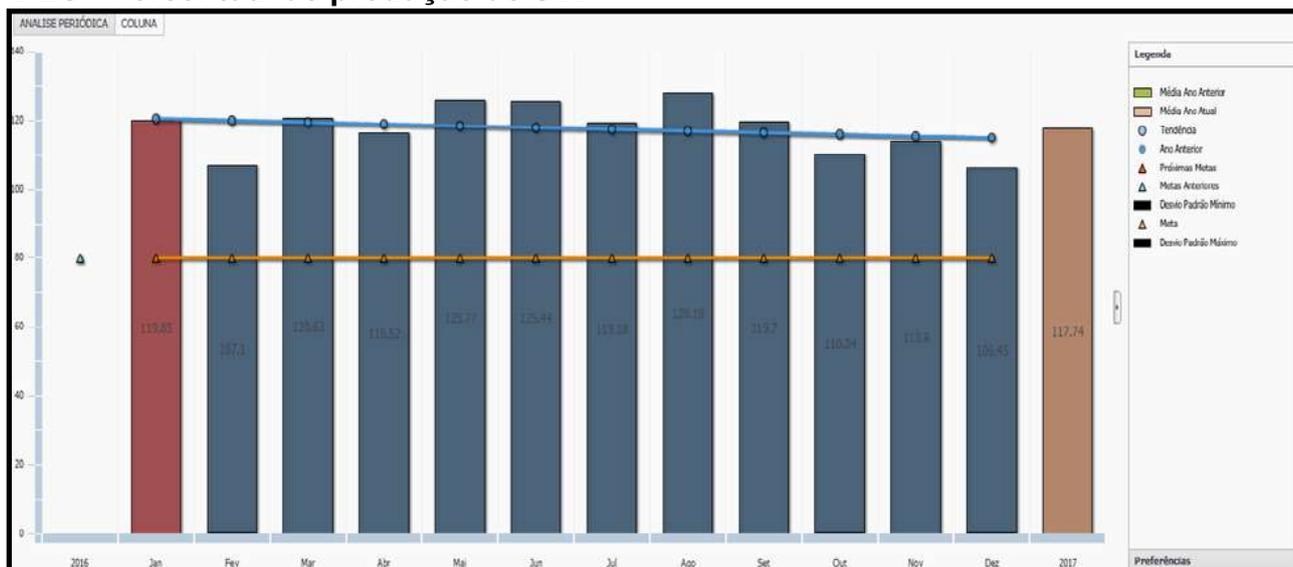
No início do ano de 2017, começamos a perceber os efeitos financeiros decorrentes das habilitações de leitos concretizadas no ano anterior, em especial dos 62 leitos de UCI convencional e 16 de UCI canguru, pois o nosso maior número de glosas era de quantidade de diárias acima da capacidade instalada, e neste ano tivemos alguns meses que essa glosa nem apareceu.

Outro fator que contribuiu para que mantivéssemos o custo médio de AIH, foi a campanha realizada em todo o hospital para garantir a segurança do paciente, onde os processos de trabalho foram aprimorados gerando melhoria na organização e na qualidade de informações de prontuários. Conseguimos também gerar cobranças extras dos mutirões de cirurgias eletivas de ginecologia e pediatria, conforme Portaria 1294, de 25/05/2017, onde os recursos foram pagos via fundo de ações estratégicas por compensação - FAEC.

Ao longo do ano tivemos alguns problemas com cadastro de profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, porém foi realizado um fluxo de entrada e saída de profissionais desta Fundação para diminuir esse problema, já que se trata de uma realidade nacional onde, em geral, os profissionais de saúde possuem mais de dois cargos públicos.

De forma geral conseguimos manter o custo médio de AIH acima do esperado, nos levando a refletir sobre uma nova meta a ser alcançada em 2018.

PES - Percentual de produção de SIA

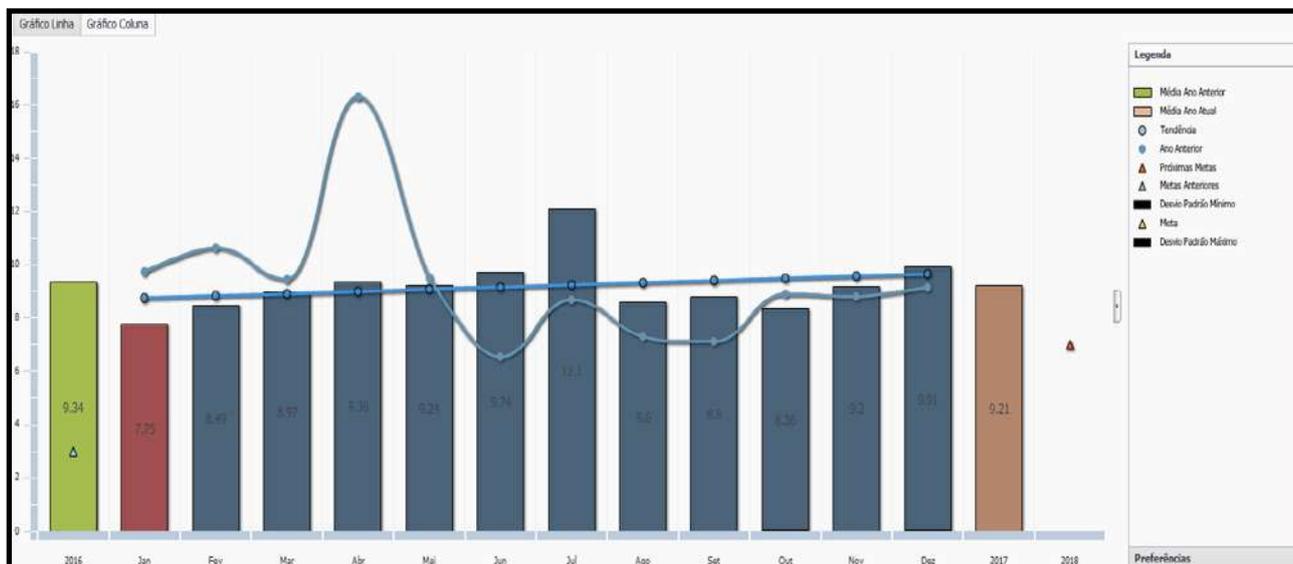


Fonte: Sistema MV/ASPL

Neste ano de 2017 conseguimos grandes avanços nas cobranças de procedimentos ambulatoriais, pois em janeiro fizemos a primeira cobrança de cirurgia de vasectomia, e a partir de fevereiro começamos a cobrar os procedimentos de hemodiálise, gerando um recurso por produção via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Também reorganizamos o fluxo de cobranças das cirurgias ambulatoriais, envolvendo os setores de Regulação, Centro Cirúrgico e Faturamento.

Outra conquista neste ano, foi o realinhamento da Programação Físico Orçamentária – FPO onde foram incluídos novos procedimentos, outros tiveram seus quantitativos alterados e os que não usávamos mais foram excluídos, esse trabalho foi realizado através uma ação conjunta do Faturamento, Laboratório, Ambulatório e GDIE. Desse realinhamento os procedimentos que se destacam são a esofagogastroduodenoscopia, que aumentou seu quantitativo de 09 para 100, a consulta pós transplante de 2 para 80 e a inclusão das consultas de pré-transplante.

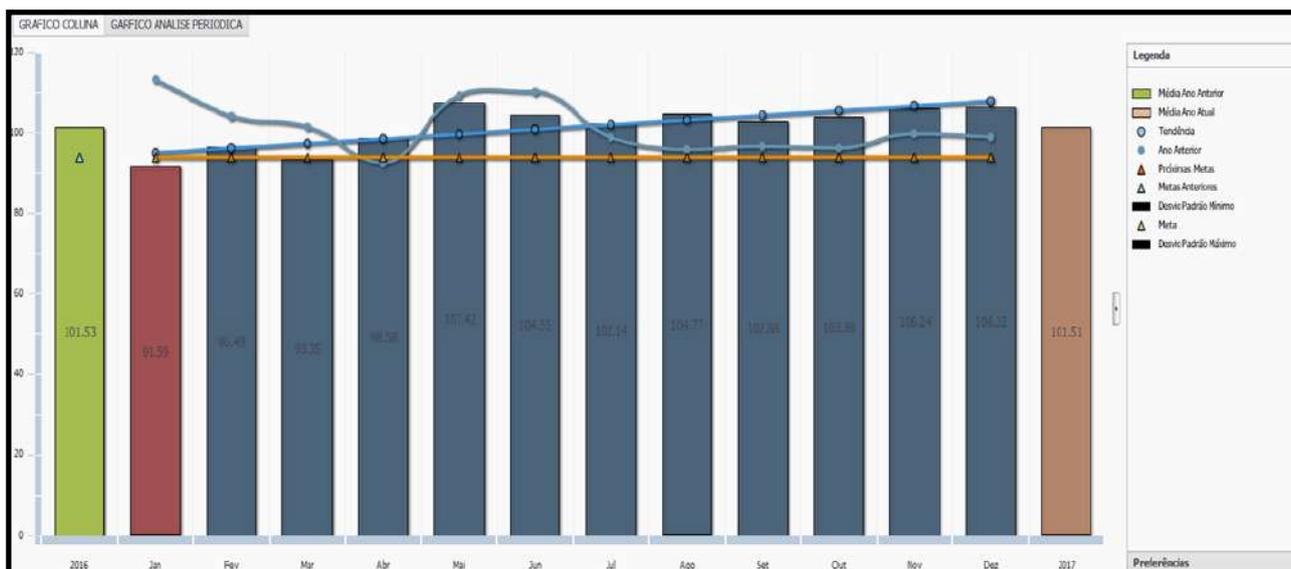
PES - Índice de absentismo



Fonte: Sistema MV/ASPL

O índice de absenteísmo na FSCMP, apresentou-se ao longo do exercício de 2017, com variações mensais, sendo sua fase analítica de janeiro a julho, por meio de comissão instituída para essa finalidade. A partir dessas análises apresentadas a Gerência de Gestão de Pessoas (GESP), instituiu-se o serviço de monitoramento do índice de absenteísmo institucional, cujas intervenções foram determinantes para a redução significativa nos meses subsequentes a julho de 2017, baixando de 12,10% (julho) para 8,36% em outubro. As medidas instituídas pela GESP, pautou-se no cunho pedagógico, utilizando não apenas o acolhimento do servidor para sua devida sensibilização, mas também mecanismos institucionais atrelados a legislação vigente no que tange a assiduidade e pontualidade, entre eles a instrução normativa que foi editada e publicada em outubro 2017 e revogada no mesmo mês, aguardando reavaliação por parte da comissão de servidores e da presidente. Fechamos o ano com o índice de 9,91% esperando que sejam aprovadas medidas contidas na referida instrução normativa para a efetiva redução desses índices.

PES - Percentual de comprometimento financeiro do teto de pessoal para pagamento de plantão extra



Fonte: Sistema MV/ASPL

A soma das três rubricas apresentou-se no decorrer do ano de 2017 acima do teto estabelecido, considerando vários fatores, entre eles a deliberação da gestão, considerando acordo coletivo entre a Santa Casa e o Sindicato dos Médicos do Pará (SINDMEPA), estabelecendo o cumprimento de carga horária atrelado a capacitação, deixando assim de descontar o déficit de carga horária do plantão extra, saindo de um percentual de 91,59% em janeiro de 2017 para 107,42% em maio do mesmo ano. A abertura de novos serviços para atender as adequações relativas ao processo de Acreditação, foi outro ingrediente que contribuiu para o aumento do referido teto, atrelado ao Índice de Absenteísmo que apesar de redução de forma sazonal, continua acima da média, refletindo assim o aumento dos plantões extras fechando o ano em 106,32% em dezembro de 2017.

8 PROJETOS ESTRATÉGICOS PARA 2018

8.1 - PERSPECTIVA DE APRENDIZADO E CRESCIMENTO

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROJETOS ESTRATÉGICOS	RESPONSÁVEL
Aprendizado e Crescimento	Modernizar a infraestrutura física, tecnológica e dos sistemas de informação	Implantar a informatização e controle de acesso	Rosane Rosado
		Implantar a gestão de documentações do hospital	Dociana Formigosa
	Valorizar o servidor como ser integral	Implantar o projeto "Cuidando do cuidador"	Rosane Rosado
	Desenvolver comunicação ágil e eficaz	Reestruturar o serviço de comunicação institucional	Norma Assunção
	Desenvolver cultura organizacional com foco nas lideranças e resultados	Implantar o PAPERLESS e certificação digital	Rosane Rosado

Fonte: ASPL

8.2 - PERSPECTIVA DE PROCESSOS INTERNOS

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROJETOS ESTRATÉGICOS	RESPONSÁVEL
Processos internos	Assegurar qualidade e segurança aos processos	Desenvolver o projeto de Acreditação ONA nível II e III	Camila/Dociana
		Implantar novos processos no serviço nutrição	Cinyhya Pires
		Implantar novos processos no serviço de laboratório	Cinyhya Pires
		Implantar novos processos no serviço de lavanderia	Cinyhya Pires
		Implantar novos processos no serviço da agência transfusional	Cinyhya Pires
		Implantar novos processos no serviço do BLH	Cinyhya Pires
		Implantar novos processos no serviço de Estatística	Cinyhya Pires
		Implantar novos processos no serviço de arquivo médico hospitalar	Cinyhya Pires
		Implantar novos processos no serviço da farmácia	Cinyhya Pires
		Implantar novos processos no serviço de apoio diagnóstico	Cinyhya Pires
		Desenvolver o projeto Ápice on	Norma Suely
		Desenvolver o projeto "melhorar a segurança do paciente em larga escala no Brasil"	Adriana Moreira
		Implantar a central de misturas endovenosas para a pediatria e neonatologia	Cinthy Pires

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROJETOS ESTRATÉGICOS	RESPONSÁVEL
Processos internos	Aperfeiçoar a gestão da produção	Articular o processo de contratualização de serviços com os gestores municipais e estaduais	Rosangela Monteiro / Walda Valente
		Implantar novos processos no faturamento e auditoria que visem melhorar as cobranças de serviços produzidos	Rosane Rosado
	Aprimorar a política de gestão hospitalar	Implantar a política acessibilidade do hospital	Norma Assunção
	Promover melhoria contínua na gestão do ensino, pesquisa e extensão	Implantar a plataforma de cadastro e monitoramento de ensino e pesquisa livre	Pillar Moraes
		Reestruturação do mestrado profissional da FSCMP	Pillar Moraes
		Construção do laboratório de simulação realística	Pillar Moraes
		Implantar a rede interna de Telesaúde	Pillar Moraes

Fonte: ASPL

8.3 - PERSPECTIVA DE RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROJETOS ESTRATÉGICOS	RESPONSÁVEL
Resultados para a sociedade	Assegurar sustentabilidade econômica, social e ambiental	Criar medidas estratégicas de sustentabilidade e uso racional de insumos e serviços de utilidade pública.	Clévia Dantas
		Projeto parceria Rede Celpa	Rosane rosado
		Participar da rede de hospitais verdes e saudáveis	Hellen Monteiro
	Garantir assistência integral aos nossos usuários do SUS	Implantação do painel de pesquisa de satisfação do usuário	Aline pontes
		Reestruturar o serviço de ouvidoria hospitalar e criação de anexo da ouvidoria no Almir Gabriel	Rosane Rosado
		Implantação do Ambulatório para acompanhamento ao RN de risco e egresso neonatal	Norma Suely

Fonte: ASPL

9 RECONHECIMENTO E CERTIFICAÇÕES

- Certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com o selo de HOSPITAL ACREDITADO NÍVEL I, pela melhoria dos processos visando a qualidade e segurança do paciente
- Avaliação de desempenho excelente, com 90,91% de conformidade nas ações de segurança do paciente no projeto de reestruturação dos hospitais públicos pelo hospital alemão Oswaldo Cruz - HAOC.
- Reconhecimento pela câmara federal dos deputados com o Prêmio Dr. Pinotti - Hospital Amigo da Mulher, pelo desempenho de qualidade nas ações que visem o cuidado humanizado à saúde da mulher.
- Certificação do banco de leite humano pela Rede Global de banco de leite humano (RBLH) na categoria A, de acordo com o monitoramento dos parâmetros de regularidade na alimentação do sistema de informação da RBLH-BR e aptidão do quadro funcional.
- Certificação do Ronald McDonald pela transversalização da Política Nacional de Humanização praticando o acolhimento ao público atendido pela instituição de apoio.
- Certificação de reconhecimento da Humanização como recurso estratégico na captação de sangue; e parceria do HEMOPA com o projeto de ensino, pesquisa e extensão - voluntarização.





10 NOSSOS NÚMEROS

No ano de 2017 foram admitidos **24.641 pacientes na instituição**. Nesse mesmo período foram realizados: 78.655 exames de apoio diagnóstico e endoscopia e 1.025.219 de análises clínicas; 10.460 partos (média 872/mês), sendo 5.263 partos normais (50,4%) e 5.197 partos cesáreos (49,6%), refletindo um aumento em relação ao ano de 2016 (média 841/mês). O setor de Triagem Obstétrica atende em regime de urgência e emergência com classificação de risco 24hs em demanda espontânea ou referenciada e com um total de 41.597(3.466/mês) atendimentos.

Registros no Programa PROPAZ - Integrado: 704 vítimas em situação de violência, além do atendimento 1.023 familiares e responsáveis. No decorrer do ano foram realizados 1.727 atendimentos biopsicossociais às vítimas, seus familiares e responsáveis.

Foram **coletados 3.935 litros de leite no Banco de Leite Humano** da FSCMP, distribuído em caráter prioritário aos recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso, com alergia à proteína do leite de vaca, infecções, desnutrição e outros.

No Ensino, Pesquisa e extensão a Santa Casa atua nos Programas de Residência Médica distribuídos em 11 programas de atuação e em 03 níveis (R1, R2 e R3). Em referência a Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde da Mulher e da Criança, formamos a terceira turma com 18 residentes.

O hospital desenvolve ações de **Educação Permanente e Pesquisa** contemplados nos programas “Governança para Resultados” e “Saúde”. Até outubro de 2017 foram realizadas 163 pesquisas em saúde, das quais 07 financiadas pelo convênio com a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Pará - FAPESPA. 495 servidores foram capacitados para o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais e qualificados 5.296 pessoas por meio de ações de educação em saúde e segurança do paciente.

O Programa de Atenção às Vítimas de Escalpelamento (PAIVES) atendeu 02 novas vítimas em 2017, ratificando uma redução considerável em relação a 2016 (06 vítimas) e realizou um total de 476 procedimentos cirúrgicos e atendimentos biopsicossociais.

No serviço de Ouvidoria foram registradas 4.037 manifestações, destas 4.024 manifestações foram concluídas. Houve avanço significativo na gestão, assistência, ensino e pesquisa no que tange a institucionalização da política de segurança do paciente e qualificação no atendimento, que é um componente essencial da qualidade do cuidado e de suma importância para os pacientes e suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde no sentido de oferecer uma assistência integral, resoluta e segura a todos.

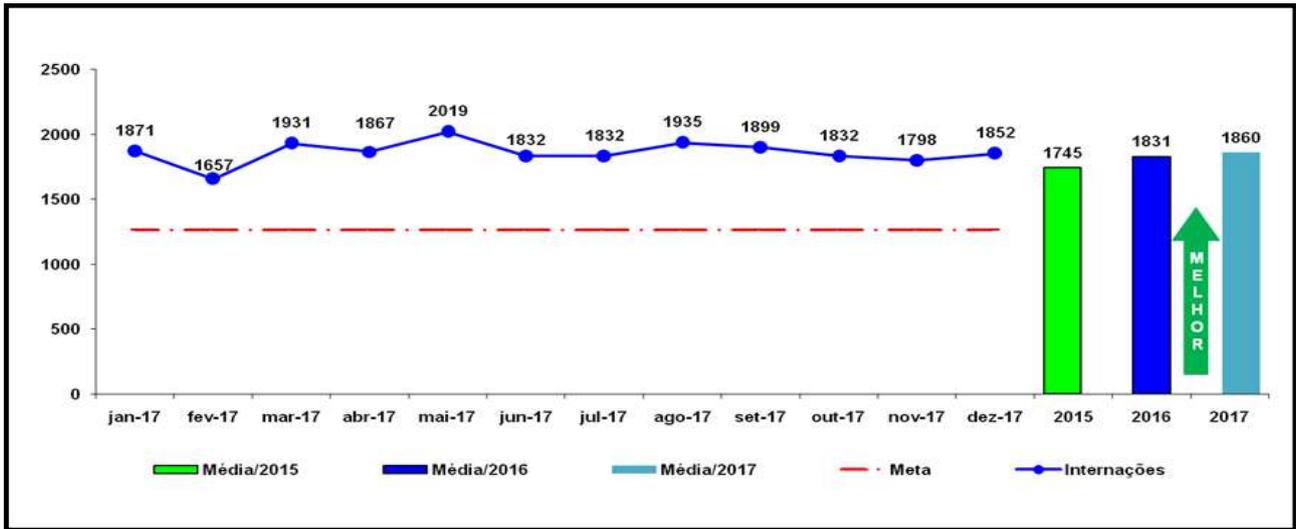
Comparativo de serviços/procedimentos em 2016/2017

SERVIÇOS / PROCEDIMENTOS	2016	2017
Admissões hospitalares gerais	24.268	24.641
Procedimentos ambulatoriais	793.822	887.704
Admissões hospitalares neonatologia	2.607	2.832
Admissões hospitalares tocoginecologia	15.789	15.774
Abortos legais	37	44
Cirurgias	4.245	4.212
Partos normais	5.060	5.263
Partos cesáreas	5.143	5.197
Exames laboratoriais	959.114	1.025.219
Sessões de hemodiálise pediátrica	4.687	4.449
Exames de imagem e endoscopia	66.225	78.655
Atendimentos da Urgência e Emergência obstétrica	42.894	41.597
Consultas ambulatoriais	89.768	95.560
Profissionais capacitados	3.249	5.133
Leite humano coletado/litro	3.996	3.935
Vítimas de escalpelo	06	02
Atendimento no PROPAZ	1.245	1.727
Notificações de agravos de notificação compulsória	5.377	3.306
Manifestações na ouvidoria	2.489	4.037

Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

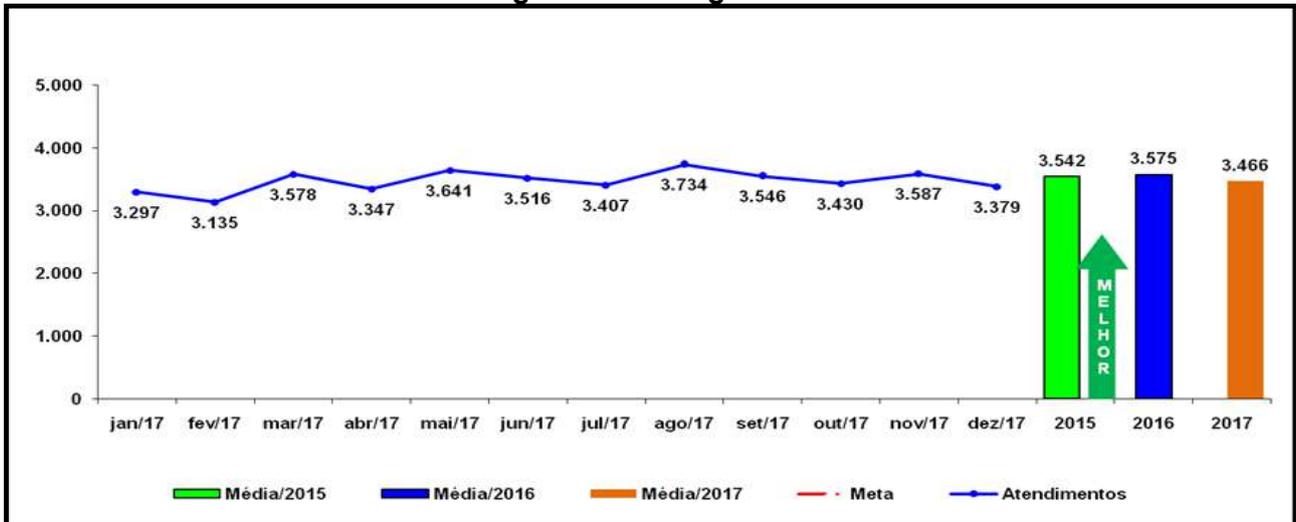
Principais Indicadores de desempenho Institucional

Média de internações hospitalares geral na FSCMP em 2017



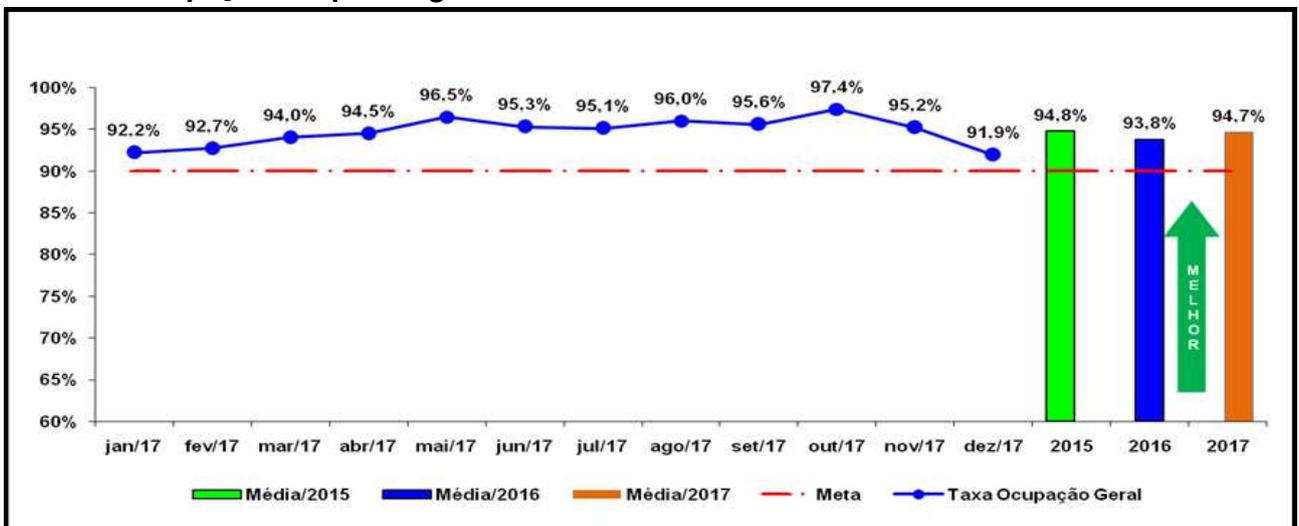
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Média mensal de atendimento na urgência e emergência obstétrica da FSCMPA em 2017



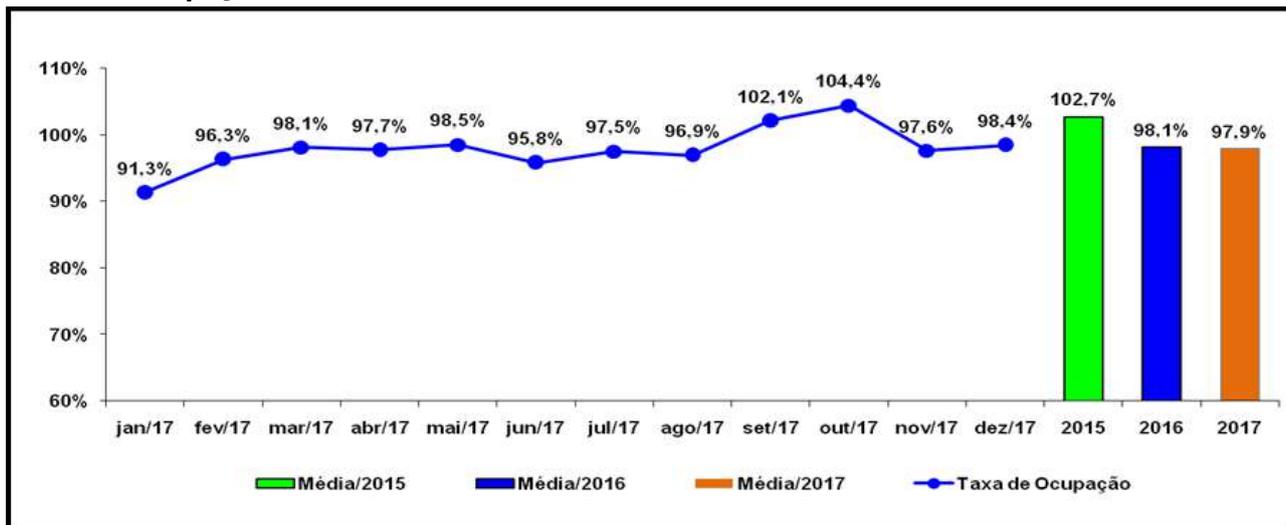
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Taxa de ocupação hospitalar geral na FSCMP em 2017



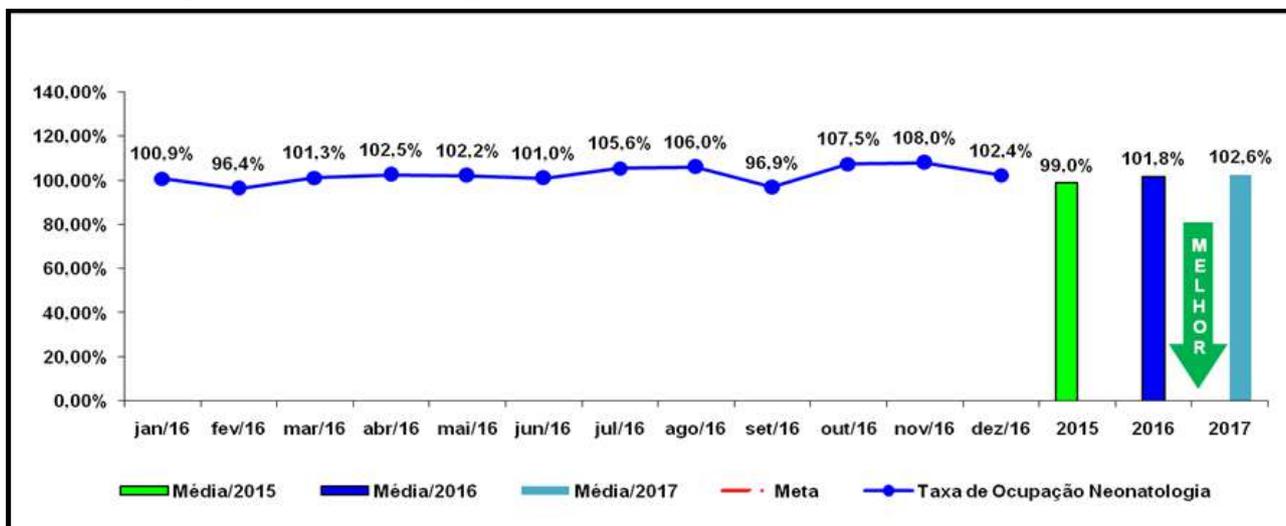
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Taxa de ocupação na maternidade da FSCMP em 2017



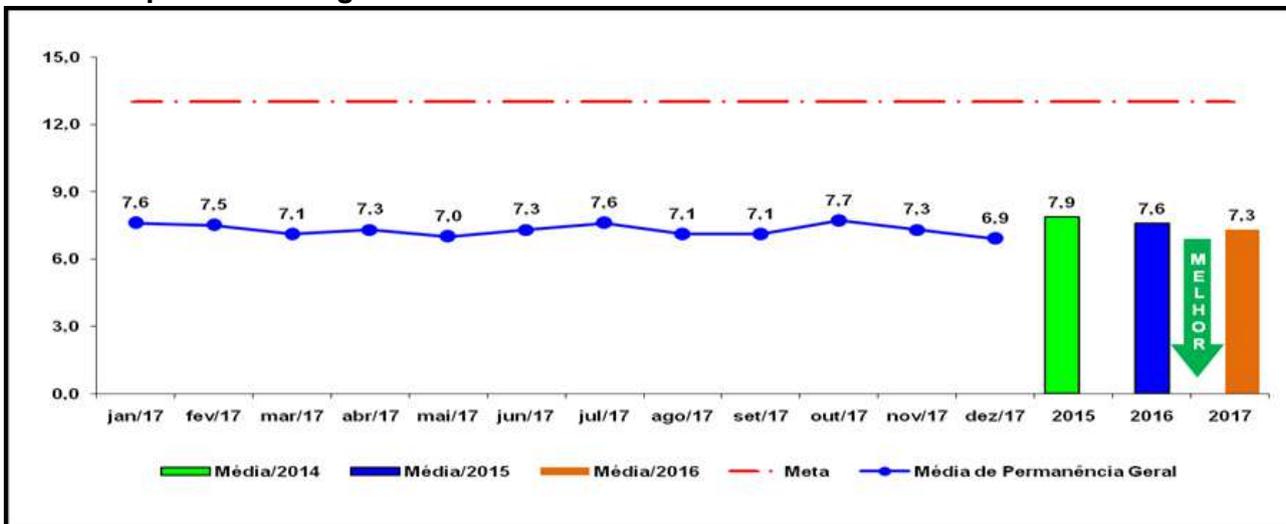
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Taxa de ocupação na neonatologia da FSCMP em 2017



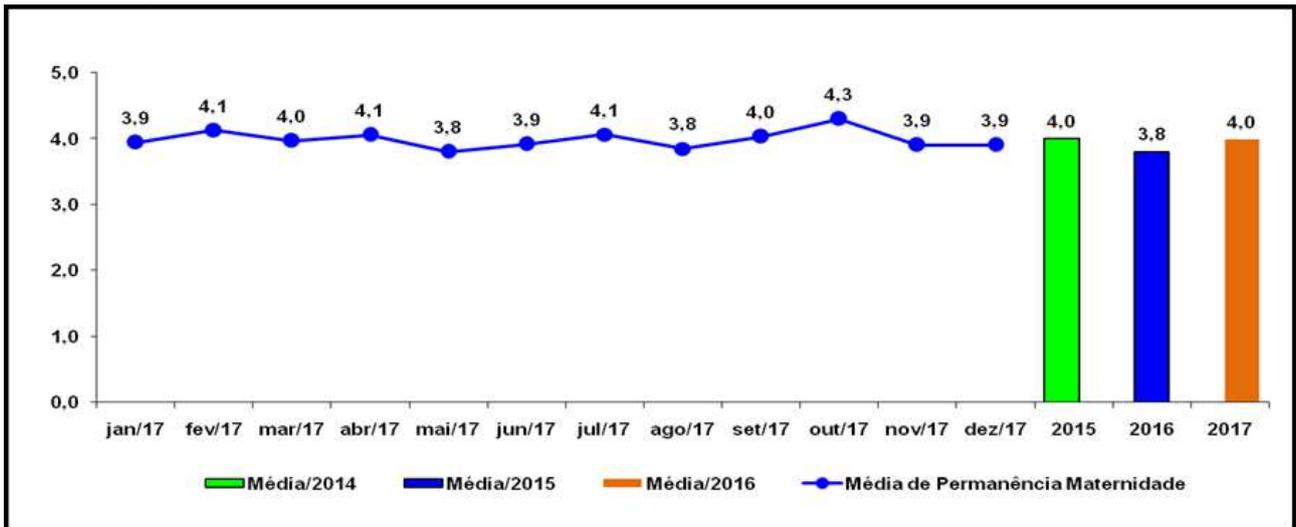
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Média de permanência geral da FSCMPA em 2017



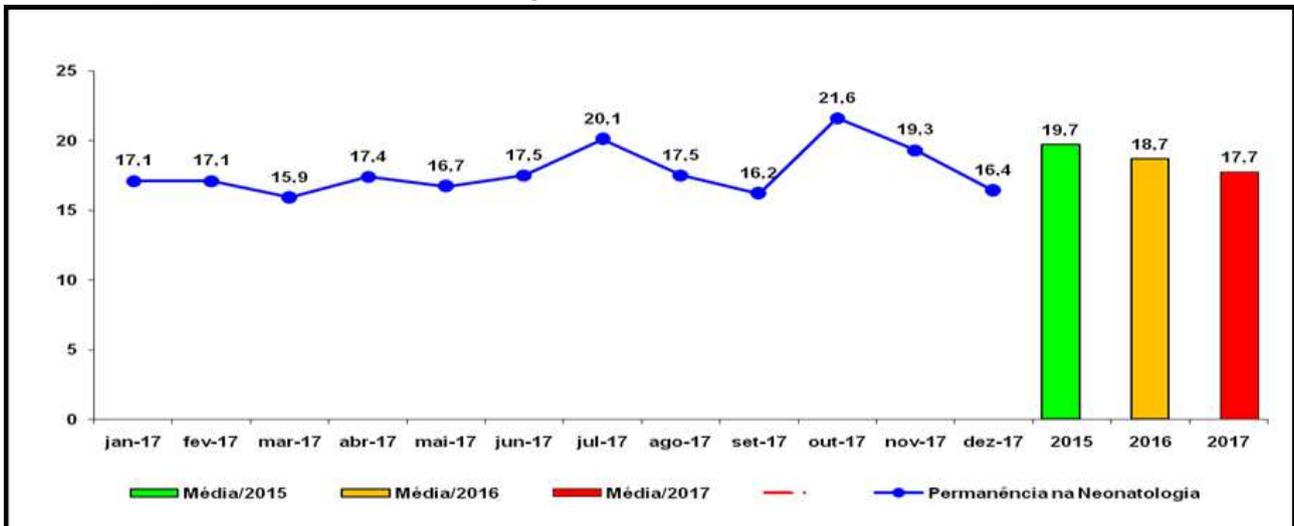
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Média de permanência na maternidade da FSCMP em 2017



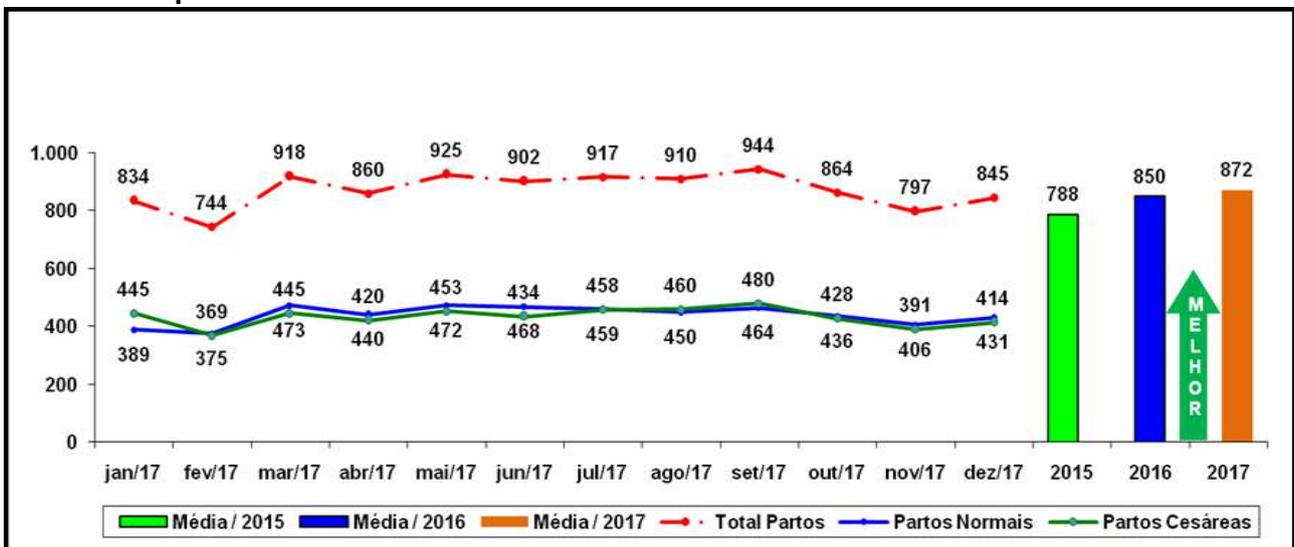
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Média de permanência na Neonatologia da FSCMPA em 2017



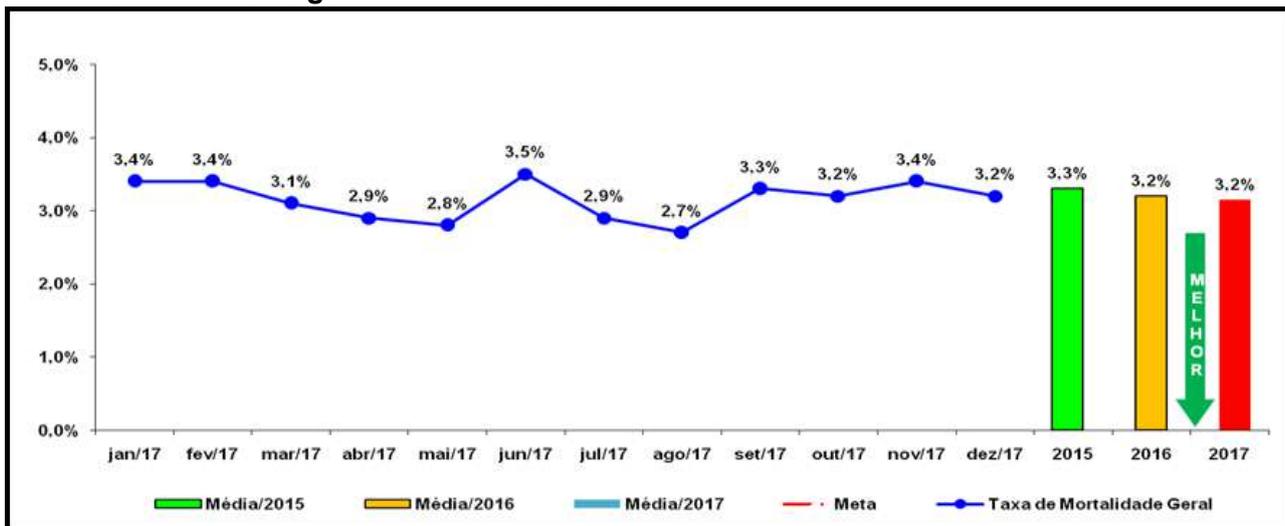
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Número de partos da FSCMP em 2017



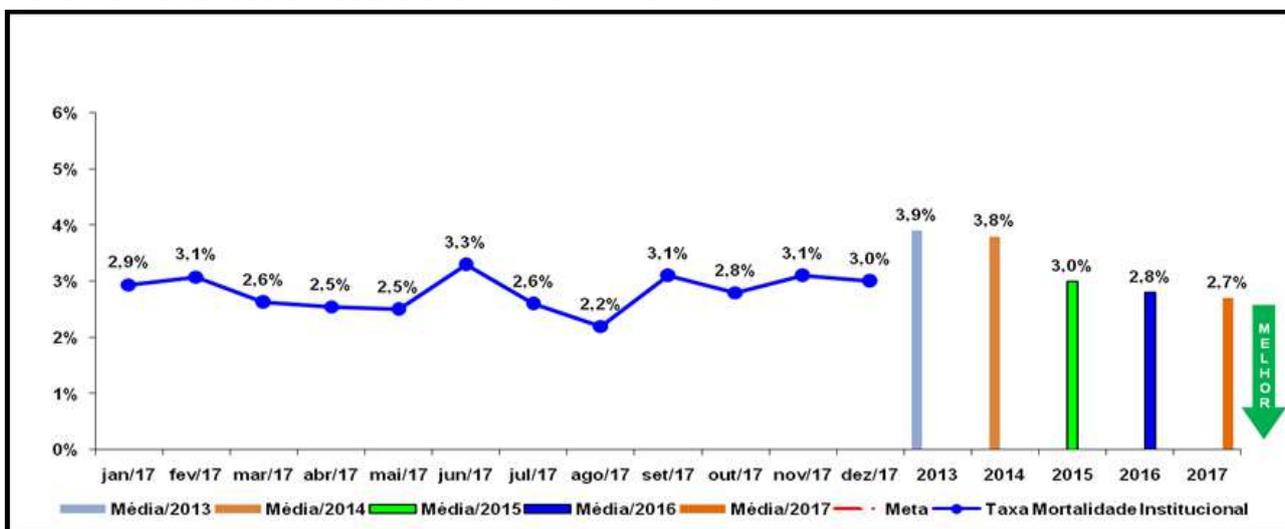
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Taxa de mortalidade geral da FSCMP em 2017



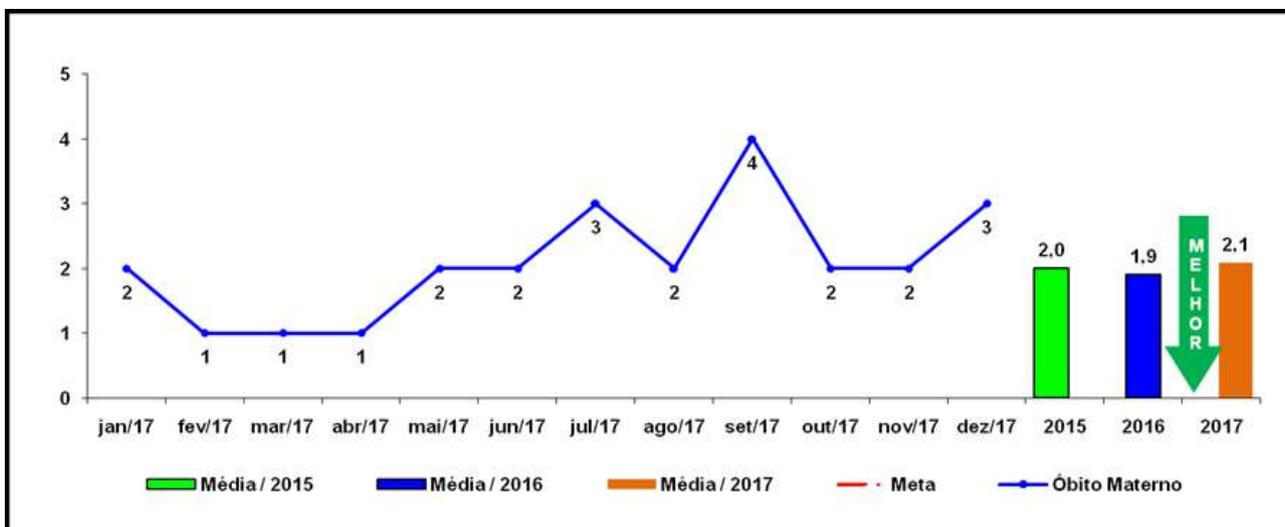
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Taxa de mortalidade institucional da FSCMP em 2017



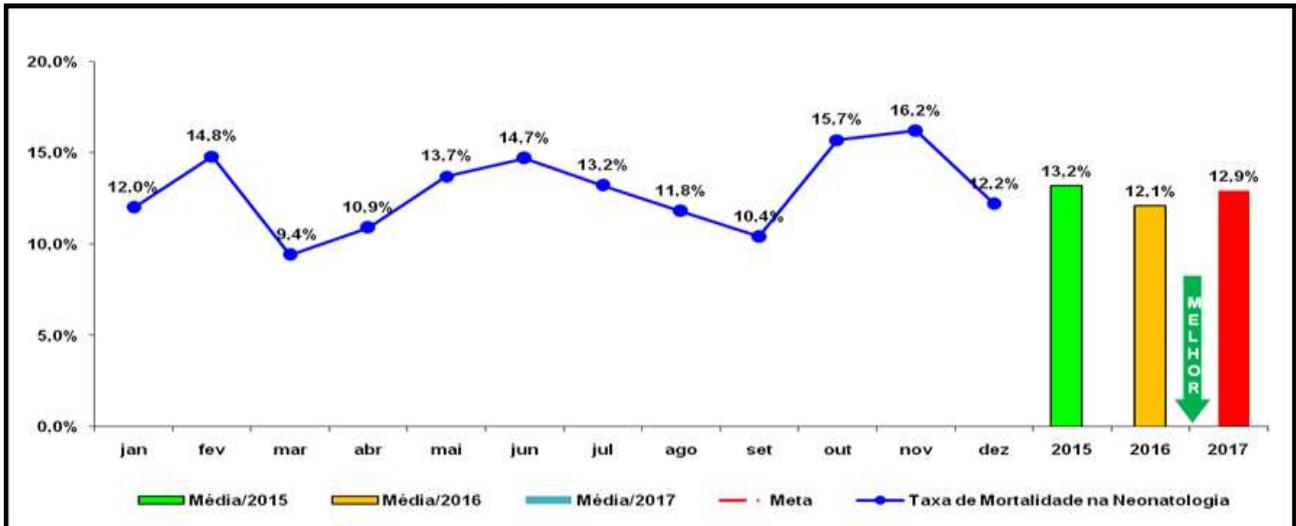
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Média de óbito materno da FSCMP em 2017



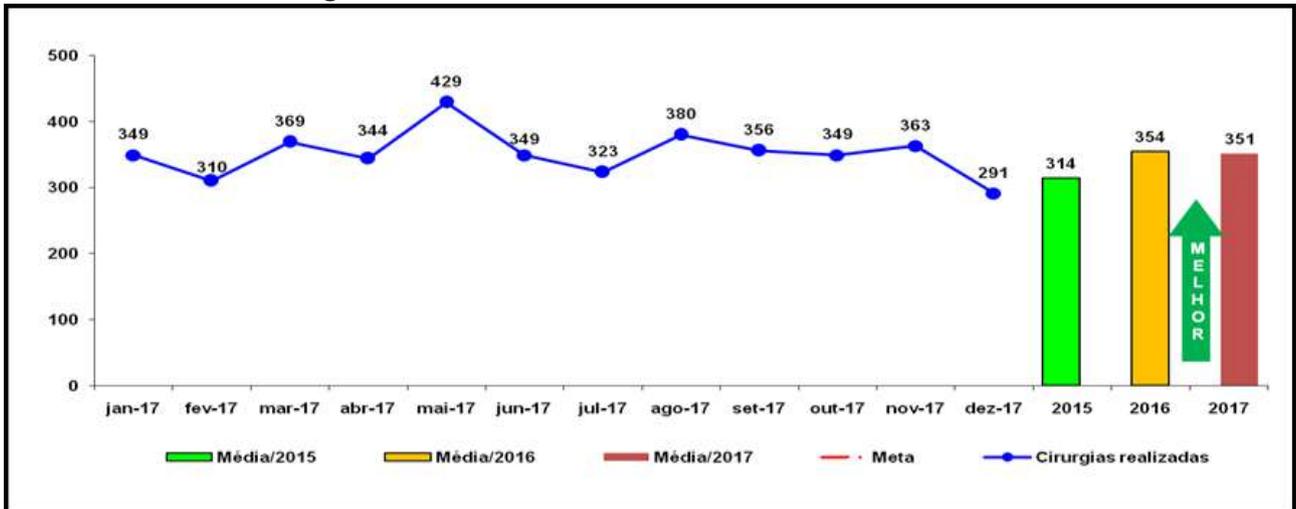
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Taxa de mortalidade na Neonatologia da FSCMP em 2017



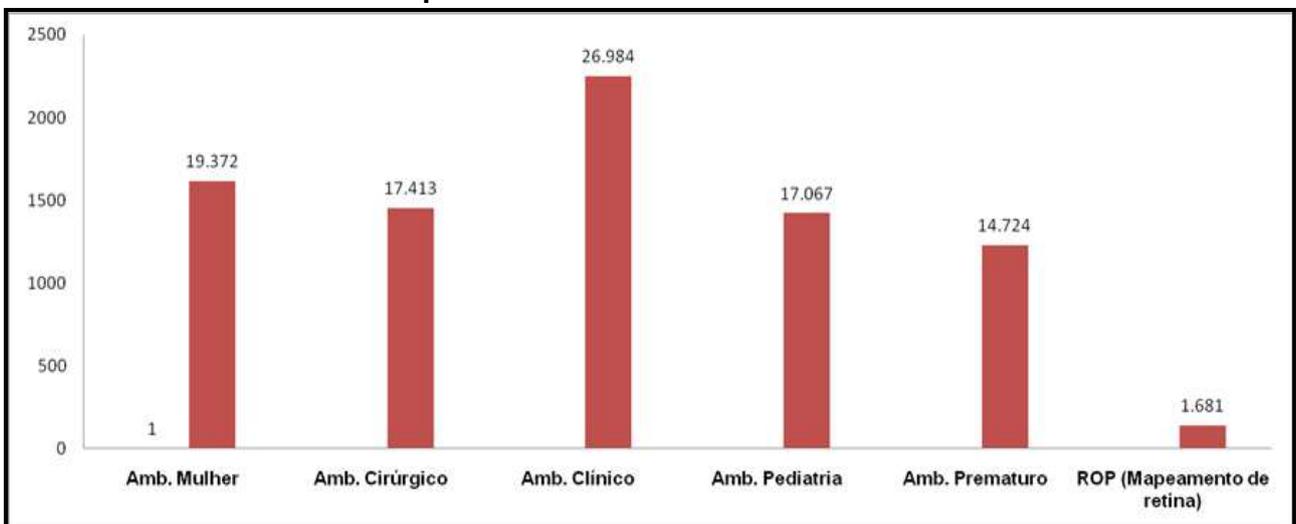
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Média mensal de cirurgias realizadas da FSCMP em 2017



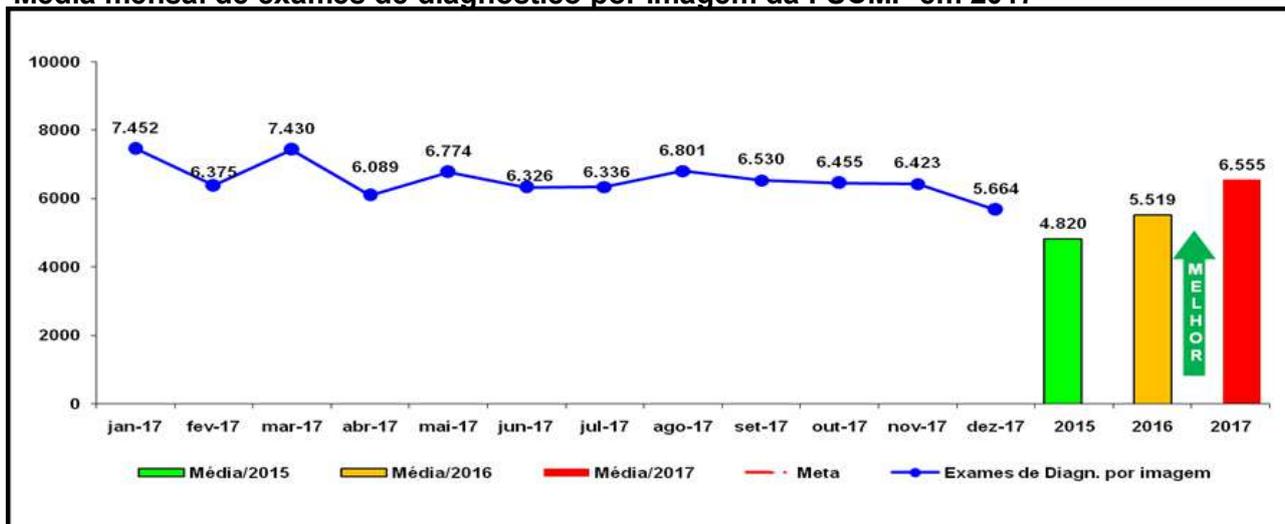
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Consultas realizadas no Complexo Ambulatorial da FSCMP em 2017



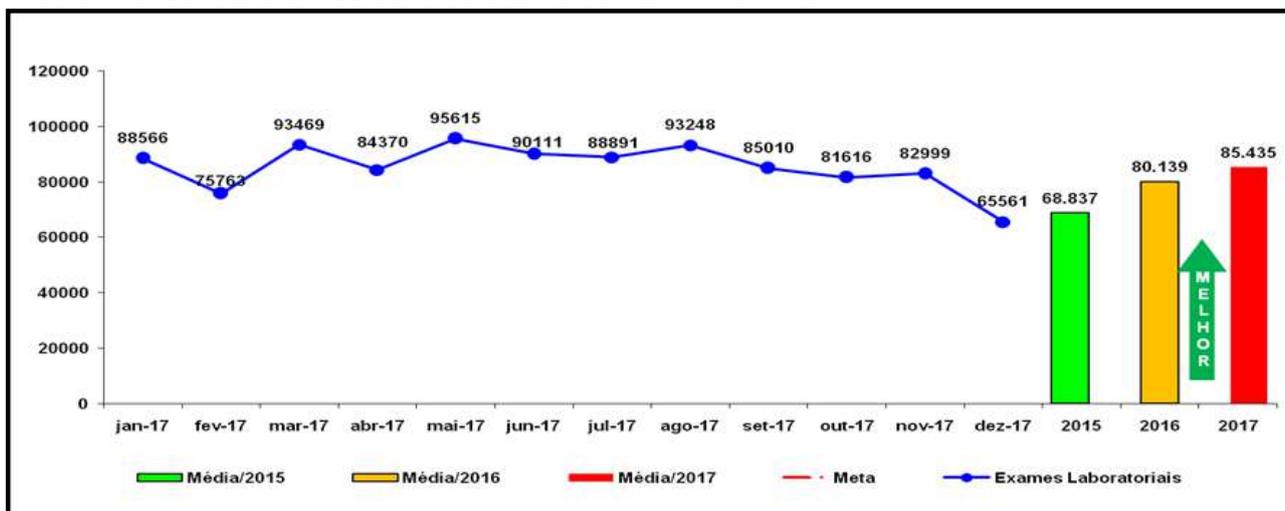
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Média mensal de exames de diagnóstico por imagem da FSCMP em 2017



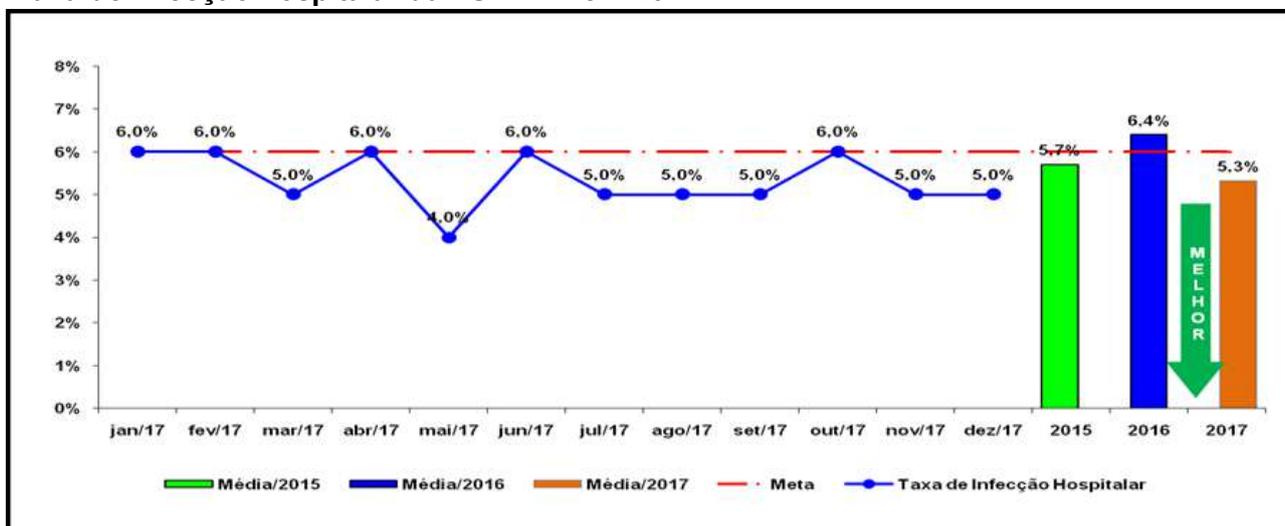
Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Média mensal de exames de laboratório da FSCMP em 2017



Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

Taxa de infecção hospitalar da FSCMPA em 2017



Fonte: GEST/DTAS/FSCMP

II SUSTENTABILIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL

OUVIDORIA

Com as atribuições de acompanhar, auxiliar e orientar usuários, servidores e a gestão, promovendo a interlocução entre cidadão e administração pública, a Ouvidoria da Fundação Santa Casa está baseada nos seguintes princípios:

- Ouvir e compreender as diferentes formas de manifestação dos cidadãos.
- Reconhecer os cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direitos.
- Qualificar suas expectativas de forma adequada, caracterizando situações e identificando os seus contextos, para que a Instituição possa utilizá-las como oportunidades de melhoria na gestão.
- Dar tratamento adequado às demandas apresentadas pelos cidadãos.
- Demonstrar os resultados produzidos em razão da participação social, produzindo relatórios gerenciais capazes de subsidiar a gestão pública.

Dessa forma busca promover a melhoria dos serviços públicos prestados e uma maior satisfação das pessoas. Em 2017 tivemos um quantitativo de atendimentos que superou as expectativas em relação a anos anteriores, foram atendidos 4.039 usuários, o que nos retrata um serviço de ouvidoria mais ativo e reconhecido no trabalho desenvolvido nessa Instituição.

ATUAÇÃO DA OUVIDORIA

- Atendimento presencial, via e-mail, redes sociais, caixas de manifestação e telefone.
- Acolhimento e atendimento humanizado, seguindo diretrizes da política de humanização.
- Ouvidoria ativa: busca ativa de demandas e escuta a pacientes nas enfermarias e unidades do Hospital.
- Procedimentos realizados em conformidade com leis e decretos estabelecidos.
- Implementação da lei 12.527/ 2011- Lei de acesso a Informação.
- Capacitação de servidor que desempenha papel de Ouvidor em conformidade com o determinado pela CGU.
- Palestras para alunos das mais diversas Universidades.
- Contato com pessoas físicas e jurídicas para a arrecadação de doações.

9- Entrega de doações aos usuários do hospital.

10- Prestação de Informações e orientações via telefone e pessoalmente.

11- Gerenciamento da Pesquisa de Satisfação do usuário.

12- Participação em reuniões do Conselho Gestor.

AVANÇOS

- Credibilidade conquistada entre usuários e conseqüentemente aumento das demandas registradas.
- Inclusão como campo de prática de ensino de alunos de universidades públicas e particulares.
- Capacitações realizadas em parceria com ESAF e CGU em conformidade com exigido em lei.
- Adoções das práticas e técnicas de “*right to a fair hearing*” (**direito a uma escuta justa**) e do “*right to a consultation*” (**direito a ser consultado**).
- Adoções de procedimentos que caminham em conformidade com a lei 12.527/2011.
- Ações que estimulam a prática do elogio. (Entrega de certificados a servidores elogiados via Ouvidoria).
- Fortalecimento do papel pedagógico da Ouvidoria.
- Fortalecimento da Ouvidoria como instrumento de participação social.

Em 2017 conseguimos fortalecer nosso papel pedagógico e de agente promotor de controle social. Agregando alunos das mais diversas universidades, fortalecendo a importância da ouvidoria dentro da instituição e inserindo os mesmo em nossa prática de trabalho em ouvidoria ativa.

Tivemos um índice de retorno de resposta dos setores consideravelmente alto em relação aos atendimentos realizados em anos anteriores, fornecendo respostas claras e quase que imediatas aos usuários que procuraram nossos serviços, estes se mostraram muito satisfeitos com o trabalho e atendimento fornecido por esta ouvidoria.

Conseguimos uma maior integração principalmente com os setores assistências, fazendo com que as queixas e problemas sejam resolvidos no momento do surgimento da demanda, juntamente com gerente ou responsável pelo serviço, o que gera maior satisfação nos usuários que procuram nosso serviço.

Muito ainda temos que avançar, nosso objetivo é sempre a busca pelo direito do usuários em observância aos preceitos legais, realizando um atendimento humanizado e efetivo as diversas necessidades apresentadas por nossos cidadãos/ usuários, sempre com ética, cuidado e conhecimento aos preceitos do SUS.

PROPAZ INTEGRADO

Favorece o atendimento integral, interdisciplinar e de qualidade às crianças e adolescentes vítimas de violências, promovendo orientação de suas famílias, integrando os serviços especializados (médico e psicossocial) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará às perícias técnicas do Centro de Perícias Renato Chaves e aos procedimentos investigativos pela Polícia Civil – via DATA (Divisão de Atendimento à Criança e Adolescente).

- **Pro Paz Integrado da Fundação Santa Casa** - Serviço de atendimento integral, interdisciplinar e de qualidade às crianças e adolescentes vítimas de violências sexuais. O serviço é composto por uma equipe de médicos, peritos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e a DEACA (Serviço especializado de atendimento a crianças e adolescentes). A criança ou adolescente é acolhida pela assistente social ou psicóloga, posteriormente sendo encaminhada para DEACA para fazer boletim de ocorrência, realização de perícia, atendimento médico, no caso de criança é assistida por uma pediatra e em caso de adolescente por uma ginecologista. Realiza medidas profiláticas e ultrassonografias quando necessário. Em seguida, é agendado acompanhamento psicológico, onde são marcadas consultas quinzenais as crianças/adolescentes e responsáveis. Além dos atendimentos individuais, a equipe realiza atividades quinzenais com grupos de pais e de adolescentes, com modelos de grupos terapêuticos, de orientações e de prevenção.

Faixa etária das vítimas atendidas no Pro Paz da FSCMPA em 2017

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total
00 – 02	21	08	29
03 – 05	81	29	110
06 – 08	82	39	121
09 – 11	95	23	118
12 – 14	219	18	237
15 – 17	71	05	76
18 – 29	11	01	12
30 – 39	1	0	1
40 – 49	0	0	0
50 – 59	0	0	0
ACIMA DE 60 ANOS	0	0	0
Total	581	123	704

Fonte: Pro Paz/FSCMPA

Atendimento por sexo das vítimas atendidas no Pro paz da FSCMPA em 2017

Sexo	Nº
Feminino	581
Masculino	123
Total	704

Fonte: Pro Paz/FSCMPA

Agentes de agressão das vítimas que mais demandaram atendimento no Pro Paz da FSCMP em 2017

Agentes de agressão	Feminino	Masculino	Total
Conhecido	88	33	121
Desconhecido	104	24	128
Namorado	66	0	66
Padrasto	81	08	89
Pai	29	08	37
Primo	29	07	36
Tio	37	10	47
Vizinho	39	09	48
Outros	108	24	132
TOTAL	581	123	704

Fonte: Pro Paz/FSCMPA

Municípios que mais demandaram atendimento no Pro Paz da FSCMP em 2017

Municípios	Feminino	Masculino	Total
Belém	284	65	349
Municípios da ilha do Marajó	53	05	58
Abetetuba	61	13	74
Ananindeua	23	11	34
Outros	160	29	189
TOTAL	581	123	704

Fonte: Pro Paz/FSCMPA

Bairros de Belém que mais demandaram atendimento no Pro Paz da FSCMP em 2017

Bairros	Feminino	Masculino	Total
Pedreira	26	08	34
Guamá	26	05	31
Terra firme	25	02	27
Sacramenta	19	05	24
Condor	18	04	22
Jurunas	14	07	21
Marco	14	06	20
Outros	142	28	170
TOTAL	284	65	349

Fonte: Pro Paz/FSCMPA

De janeiro à dezembro deste ano, foram 10.964 atendimentos, sendo psicologia a especialidade mais atuante, com 2.513 atendimentos. Dos novos casos, 704 configuraram como violência sexual, com maiores incidências de 12 à 14 anos (237), sob demanda espontânea (154), de religião evangélica (287), oriundos do município de Belém (349), principalmente no bairro da Pedreira (34). O tipo de crime mais praticado é estupro de vulnerável (405), por desconhecido da vítima (128).

Ocorreu também a descentralização de atendimentos devido à implantação dos núcleos de atendimentos integrados nos municípios de Santarém, Bragança, Altamira, Tucuruí, Paragominas e o funcionamento do Pró-Paz Integrado CPC Renato Chaves e consequentemente a nova demarcação de bairros. O número de procedimentos realizados neste núcleo do Pro Paz integrado Santa Casa é crescente devido a demanda nossa e mais a do CPC de pediatria e profilaxias que são feitas aqui. Identifica-se também que a pessoas estão denunciando mais devido as campanhas realizadas. Quantos aos grupos, nota-se adolescentes mais esclarecidos quanto a DST's, importância do uso de preservativos e prevenção de gravidez. Adolescentes acolhidos e fortalecidos emocionalmente para inclusão social. Pais orientados quanto as questões jurídicas, com mais atenção à mudança comportamental dos filhos. Através dos grupos puderam demonstrar sentimentos adoecidos e tratados pela equipe.

O núcleo do Pro Paz Integrado Santa Casa atingiu as metas estabelecidas referentes aos atendimentos realizados da vítima e da família, através dos atendimentos e dos trabalhos de grupos terapêuticos realizados com mães e adolescentes. As famílias são atendidas por toda equipe interdisciplinar, o que avançou para que as metas fossem atingidas.

ESPAÇO ACOLHER

O Espaço Acolher é mantido com recursos do governo do Estado e recebe também contribuições voluntárias. Atualmente conta com estrutura física que permite a acomodação para 30 pessoas entre pacientes e acompanhantes, garantindo-se leitos, refeições e transporte durante o tratamento.

Está organizado em suas ações de forma a atender as diversas faixas etárias, desde crianças a adolescentes, jovens e pessoas idosas, que são atendidas por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais de diversas áreas: Assistente Social, Psicóloga, técnicas de Enfermagem, Pedagogas e Professores da Secretaria de Educação (SEDUC), bolsistas da Universidade Estadual do Pará e demais profissionais de apoio, profissionais que, atuam buscando a integração das ações de saúde, o que envolve os aspectos sociais, educacionais, psicológicos, jurídicos, de saúde, entre outros.

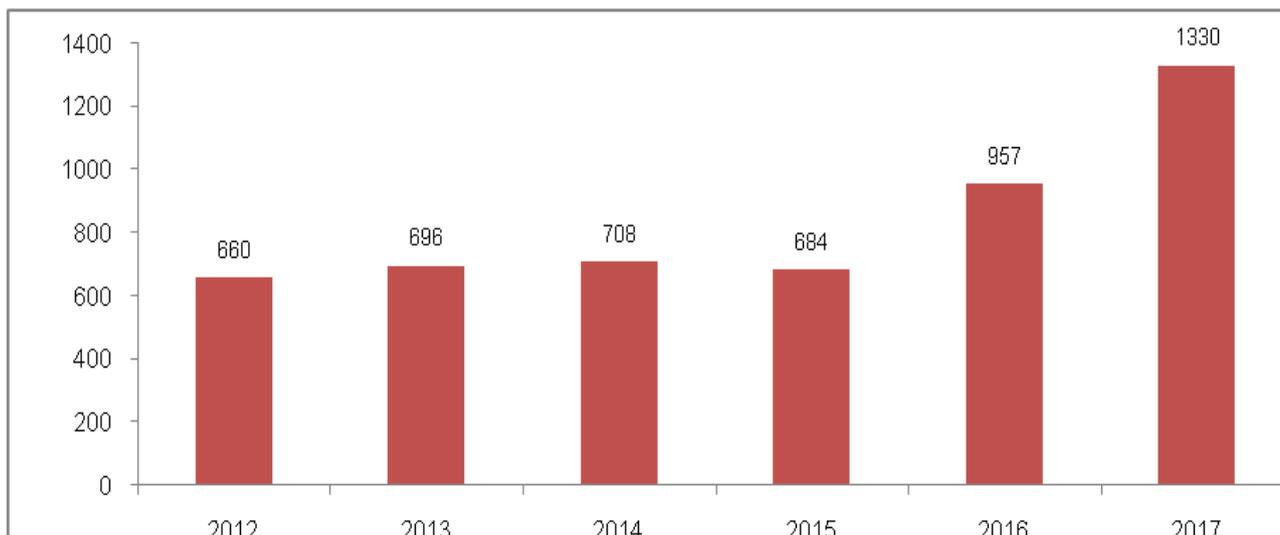
No ano de 2017 foram acolhidos 1.330 usuários, havendo aumento significativo em relação aos anos anteriores. Isso se dá devido a potencialização do Espaço Acolher como apoio para garantir também a liberação de leitos da maternidade acolhendo usuárias atendidas na Ginecologia e Obstetrícia de alta, apenas aguardando transporte para retornar à sua localidade de origem. Ocorre ainda atendimentos de pessoas que necessitam aguardar em Belém para parto e exames, não necessariamente hospitalizadas.

Encaminhamento por enfermaria

ENCAMINHAMENTO	ANUAL
PAIVES	444
Neonatologia	279
Ambulatório	209
Ginecologia e Obstetrícia	311
Pediatria	57
UTI-Adulto	22
Clínica Cirúrgica	00
PRO PAZ	08
Outros	00
TOTAL	1.330

Fonte: Espaço Acolher/FSCMPA

Número de acolhimentos no período de 2012 a 2017



Fonte: Espaço Acolher/FSCMPA

PROGRAMA DE ATENDIMENTO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO-PAIVES.

São atendidas todas as demandas previstas e ainda novas demandas de usuários que nunca tinham acionado o serviço.

Este ano podemos dizer que, conforme as estatísticas de acidentes, desde o início destes, foi o que teve o menor índice de acidente com escarpelamento, com duas ocorrências registradas, sendo que dessas, uma teve a reconstrução total do couro cabeludo. Este índice vem diminuindo significativamente desde a implantação da Comissão Estadual de Erradicação dos Acidentes com Escarpelamento - CEEAE, composta por órgãos federais, estaduais, municipais e da sociedade civil, coordenados pela SESPA, onde a prevenção e o debate público tem sido uma constante.

O Programa de Atendimento Integral as Vítimas de Escarpelamento - PAIVES ainda é o que mais absorve acolhimentos com 444 pessoas. Este total é o acumulado entre vítimas de escarpelamento e acompanhantes. Muitos são acolhidos diversas vezes no ano, conforme o agendamento médico.

Além do atendimento de rotina estão sendo preparados implantes de Pavilhão auricular de seis usuários, por médico Cirurgião Buco Maxilar contratado para a realização exclusiva desse serviço.

ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS

O Espaço Acolher realiza o atendimento a partir de três categorias de nível superior: Assistente Social, Psicologia e equipe de educação, esta em convênio com SEDUC e UEPA, para garantir a Classe Hospitalar. O acompanhamento de usuários é garantido pelas profissionais de Serviço Social e Psicologia que compõe o PAIVES desde a sua formação, além da equipe administrativa e de apoio, que são bastante envolvidas com o trabalho.

12 GESTÃO DE RECURSOS

12.1 - Demonstrativo dos programas executados no PPA 2016/2019 pela FSCMP

PROGRAMA: SAÚDE

AÇÃO	PRODUTOS	EXECUÇÃO FÍSICA			EXECUÇÃO FINANCEIRA		
		META PREVISTA	META REALIZADA	%	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO REALIZADA	%
Implementação dos serviços de alta e média complexidade	Procedimento de saúde realizado	975.500	982.440	101	R\$ 45.927.503,00	R\$ 68.338.055,74	149
Educação Permanente	Pessoa qualificada	4.500	5.295	118	R\$ 1.420.100,00	R\$ 126.222,00	9
Realização de Residência em Saúde	Especialista Formado	75	61	81	R\$ 1.670.000,00	R\$ 1.475.867,86	88
Requalificação de Estabelecimento de Saúde	Estabelecimento Requalificado	1	1	100	R\$ 1.050.000,00	R\$ 4.817.830,68	459
Vigilância e Controle a Agravos Transmissíveis Agudos e Endêmicos	Ação realizada	454	687	151	R\$ 123.184,00	R\$ 3.968,93	3

Fonte: SIGPLAN/SEPLAN

Os procedimentos de saúde realizados referem-se as produções de serviços hospitalar e ambulatorial, dentre as quais destacamos: internações, consultas, atendimentos a parturiente e neonato, partos normais e cesáreos, nascidos vivos, natimortos, assistência especializada a vítimas de escalpelamento, ações do banco de leite humano, notificação agravos de notificação compulsória e a implementação de ações de gerenciamento de risco em ambiente hospitalar e demais procedimentos que contribuem para qualidade e segurança do paciente.

As ações de educação permanente na saúde contemplam atividades que possibilitam a qualificação e capacitação de servidores distribuídas em cursos, oficinas e treinamento, participação em congressos, além de pesquisas aprovadas pelo Comitê de Pesquisa da Fundação.

Em relação a ação de realização de residência em saúde, 41 médicos residentes concluíram o período de residência na Santa Casa; distribuídos nas seguintes especialidades: Anestesiologia 03; Cirurgia Geral 04; Cirurgia Pediátrica 02; Clínica Médica 09; Ginecologia/Obstetrícia 06; Medicina Intensiva Pediátrica 02; Nefrologia Pediátrica 01; Neonatologia 02; Pediatria 10; Radiologia 02. O programa de Residência Médica da FSCMP ainda contou com a atuação de 08 médicos residentes de pediatria da UFPA e 03 de Ginecologia e Obstetrícia da UEPA. 04 residentes de medicina intensiva pediátrica participaram do Curso *Pediatric Fundamental Critical Care Support*. Ainda dentro do processo de formação profissional 55 novos residentes, aprovados no processo seletivo, iniciaram suas atividades no hospital; houve também a formação de 18 residentes multiprofissionais dos quais: 8 enfermeiros, 2 nutricionistas, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 2 psicólogos, 1 assistente social e 2 farmacêuticos.

Esta Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará foi contemplada com R\$ 7.578.000,00 (sete milhões quinhentos e setenta e oito mil reais) para reforma e readequação do Hospital Centenário tendo como principais setores beneficiados: ambulatório de pediatria e da mulher; ambulatório de especialidades; enfermarias São Francisco, Frei Caetano e São Roque; casa da gestante e bebê; anexo da nutrição; necrotério; demolição da caixa d'água e urbanização; e adequação das rotas de fuga. Iniciou-se a execução de reforma da Enfermaria São Roque e da Casa da Gestante e do Bebê. Licitadas as obras de readequação das rotas de fuga e a do necrotério em dezembro, aguardando início das obras.

PROGRAMA: CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS

AÇÃO	PRODUTOS	EXECUÇÃO FÍSICA			EXECUÇÃO FINANCEIRA		
		META PREVISTA	META REALIZADA	%	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO REALIZADA	%
Atendimento Integrado de Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência - Pro Paz Integrado	Pessoa Atendida	1.985	1.727	87	R\$ 81.000,00	R\$ 3.708,00	5

Fonte: SIGPLAN/SEPLAN

Durante o exercício de 2017, foram realizados 10.260 atendimentos, sendo psicologia a especialidade mais atuante, com 2.513 atendimentos envolvendo familiares e vítimas. Dos novos casos, 704 configuraram como violência sexual, com maiores incidências de 12 à 14 anos (237), sob demanda espontânea (154), de religião evangélica (287), oriundos do município de Belém (349), principalmente no bairro da Pedreira (34). O tipo de crime mais praticado é estupro de vulnerável (405), por desconhecido à vítima (128). Ressaltamos também que houve atendimentos à 1.023 familiares, totalizando 1.727 pessoas atendidas.

Ocorreu também a descentralização de atendimentos devido à implantação dos núcleos de

atendimentos integrados nos municípios de Santarém, Bragança, Altamira, Tucuruí, Paragominas e o funcionamento do Pró-Paz Integrado Centro de Perícia Criminal Renato Chaves e conseqüentemente a nova demarcação de bairros. Pressupõe-se que a crescente demanda tem ocorrido porque as pessoas estão denunciando mais, devido as campanhas realizadas. Quanto aos grupos, nota-se adolescentes mais esclarecidos quanto a Doença Sexualmente Transmissível (DST), importância do uso de preservativos e prevenção de gravidez, adolescentes acolhidos e fortalecidos emocionalmente para inclusão social, pais orientados quanto às questões jurídicas e com mais atenção à mudança comportamental dos filhos.

PROGRAMA: GOVERNAÇÃO PARA RESULTADOS

AÇÃO	PRODUTOS	EXECUÇÃO FÍSICA			EXECUÇÃO FINANCEIRA		
		META PREVISTA	META REALIZADA	%	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO REALIZADA	%
Desenvolvimento de Competências e habilidades Profissionais	Servidor capacitado	760	495	65	R\$ 862.000,00	R\$ 26.000,00	3
Gestão da Tecnologia da Informação e Comunicação	Serviço Realizado	7	7	100	R\$ 690.551,00	R\$ 460.906,50	67
Implantação da Rede de Ouvidoria do Estado	Atendimento realizado	1365	4026	295	R\$ 29.120,00	-	0
Modernização de Estruturas Organizacionais e Modelos de Gestão	Organização Atendida	1	12	1200	R\$ 785.000,00	R\$ 64.686,35	8

Fonte: SIGPLAN/SEPLAN

Considerando o momento de melhoria contínua dos processos pelo qual vem passando a instituição e pela participação no processo de ACREDITAÇÃO NÍVEL 1, pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, o hospital passa por um momento intenso qualificação de servidores com cursos, rodas de conversa com orientações para os gestores e servidores, implantação de políticas institucionais, planejamento estratégico, entre outros. Foram realizadas também capacitações em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz por meio do Projeto de Reestruturação de Hospital Públicos. Ainda temos muito a avançar no processo de qualificação

em desenvolvimento de competências e habilidades e já começamos os investimentos em qualificação de lideranças e demais profissionais.

Na ação de Implantação da Rede de Ouvidoria do Estado foram realizados 4.024 atendimentos, referentes a processos concluídos com ou sem êxito. Destes atendimentos foram registradas 215 solicitações, 34 denúncias, 298 elogios, 55 sugestões, 585 reclamações, além de 2.850 outras manifestações realizadas através de contato telefônico que solicitaram resolutividade da Ouvidoria. Vale ressaltar que 4.037 processos foram abertos, sendo que 98% dos processos foram concluídos, com ou sem êxito.

Na ação de modernização das estruturas organizacionais e modelos de gestão destacamos: implantação do sistema de gestão hospitalar e do módulo de custo no sistema MV, implementação do sistema Estratégico de Planejamento e sistema de escalas de plantão e sobreaviso da FLEX/FSCMP.

PROGRAMA: MANUTENÇÃO DA GESTÃO

AÇÃO	PRODUTOS	EXECUÇÃO FÍSICA			EXECUÇÃO FINANCEIRA		
		META PREVISTA	META REALIZADA	%	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO REALIZADA	%
Abastecimento de Unidades Móveis do Estado	Unidade Abastecida	18	8	44	R\$ 195.400,00	R\$ 89.977,71	46
Operacionalização das Ações Administrativas	Contrato Mantido	24	22	92	R\$ 26.191.578,00	R\$ 11.150.050,49	43
Operacionalização das Ações de Recursos Humanos	Servidor Remunerado	2.671	2.522	94	R\$ 195.405.378,00	R\$ 189.347.837,69	97
Concessão de Auxílio-Alimentação	Servidor beneficiado	2.671	2.272	85	R\$ 10.437.527,00	R\$ 12.896.341,86	124
Auxílio-transporte	Servidor beneficiado	2.671	2.657	99	R\$ 3.683.433,00	R\$ 2.549.910,36	69

Fonte: SIGPLAN/SEPLAN

Na ação de Abastecimento de Unidades Móveis do Estado, destacamos que no mês de agosto a Santa Casa foi contemplada com uma ambulância, por meio de emenda parlamentar estadual. Atualmente estamos com 07(sete) veículos servíveis e um gerador e 13 veículos inservíveis, o que coloca a meta pactuada para cima dificultando a execução em 100%.

No mês de junho foram devolvidos dois veículos para o Corpo de Bombeiros que eram utilizados para coleta de leite materno nas residências das doadoras, por apresentarem problemas de manutenção

12.2 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DAS DESPESAS

Comparativo de despesas realizadas na FSCMP/2017

GRUPO DE DESPESAS	2014		2015		2016		2017	
	VALOR (R\$)	%	VALOR	%	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)	%
Pessoal e encargos sociais	162.521.441,50	68,6	173.590.859,09	68,8	183.914.590,04	67,6	188.665.721,44	64,4
Outras despesas correntes	69.235.319,13	29,2	77.353.912,75	30,6	85.108.783,77	31,3	98.105.359,24	33,43
Investimentos	4.985.609,82	2,1	1.406.538,72	0,6	3.018.745,73	1,1	6.146.203,72	2,1
Amortização da dívida	-	-	-	-	-	-	219.999,99	0,07
Total	236.742.370,45	100	252.351.310,56	100	272.042.119,54	100	293.137.284,39	100

Fonte: SIAFEM/2017— *Valores informados correspondente até dezembro de 2017

Comparativo de despesas realizadas por fonte de recurso na FSCMP/2107

DESPESA POR FONTE	2014	2015	2016	2017
0101	R\$ 19.993,00*	-	-	R\$ 650.160,00**
0103	R\$ 178.782.422,07	R\$ 196.030.045,84	R\$ 214.589.117,59	R\$ 234.449.933,95
0149	R\$ 136.029,96	R\$ 25.818,70	R\$ 968.893,63	R\$ 2.782.476,20
0260	-	-	R\$ 16.762,06	R\$ 0,00
0261	R\$ 63.019,81	R\$ 45.438,39	R\$ 175.067,56	R\$ 200.595,58
0269	R\$ 46.365.378,60	R\$ 54.168.759,27	R\$ 48.595.036,13	R\$ 50.955.705,60
0333	R\$ 542.578,00	-	-	R\$ 0,00
0349	R\$ 2.672.324,59	R\$ 8.942,15	R\$ 2.499.387,31	R\$ 3.000.712,28
0660	R\$ 90.000,00	R\$ 288.000,00	R\$ 51.481,40	R\$ 0,00
0661	-	R\$ 151.563,83	R\$ 152.940,54	R\$ 0,00
0669	R\$ 8.070.624,42	R\$ 1.632.742,38	R\$ 4.993.433,32	R\$ 1.097.700,78
Total	R\$ 236.742.370,45	R\$ 252.351.310,56	R\$ 272.042.119,54	R\$ 293.137.284,39

Fonte: SIAFEM, 2017 - *Doação do IMETRO - ** Aquisição de equipamentos do convênio com a FAPESPA (Tomógrafo + eletrodo/sensores para tomógrafo)

12.3 - PRODUÇÃO FÍSICO FINANCEIRA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Comp.	AIH'S produzidas		Total Prod/reapresentadas		AIH'S aprovadas (SESMA)		Diferença	
	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
Jan	2.017	R\$ 3.238.294,90	2.369	R\$ 3.729.543,20	2.198	R\$ 2.998.700,93	171	R\$ 730.842,27
Fev	2.007	R\$ 3.080.222,88	2.129	R\$ 3.475.399,59	1.888	R\$ 2.885.900,97	241	R\$ 589.498,62
Mar	2.011	R\$ 3.214.582,41	2.207	R\$ 3.601.957,68	1.925	R\$ 3.104.285,73	282	R\$ 497.671,95
Abr	2.003	R\$ 3.275.777,36	2.264	R\$ 3.577.379,95	2.153	R\$ 3.157.804,05	111	R\$ 419.575,90
Mai	2.011	R\$ 2.936.838,88	2.105	R\$ 3.174.437,61	1.950	R\$ 2.830.866,47	155	R\$ 343.571,14
Jun	2.010	R\$ 3.103.989,76	2.154	R\$ 3.369.665,19	1.840	R\$ 2.371.689,21	314	R\$ 997.975,98
Jul	2.027	R\$ 2.996.386,08	2.339	R\$ 4.037.145,18	2.231	R\$ 3.615.551,90	108	R\$ 421.593,28
Ago	2.152	R\$ 3.316.142,33	2.212	R\$ 3.452.532,19	2.129	R\$ 3.209.964,05	83	R\$ 242.568,14
Set	2.094	R\$ 3.213.676,23	2.163	R\$ 3.438.607,31	2.050	R\$ 3.040.464,44	113	R\$ 398.142,87
Out	2.038	R\$ 3.204.409,06	2.129	R\$ 3.448.390,18	2.053	R\$ 3.072.640,93	76	R\$ 375.749,25
Nov	2.178	R\$ 3.426.612,76	2.218	R\$ 3.430.367,65	2.150	R\$ 3.079.689,91	68	R\$ 350.677,74
Dez	2.093	R\$ 3.283.332,24	2.139	R\$ 3.357.584,75	2.044	R\$ 2.916.461,24	95	R\$ 441.123,51
Total	24.641	R\$ 38.290.264,89	26.428	R\$ 42.093.010,48	24.611	R\$ 36.284.019,83	1.817	R\$ 5.808.990,65

Fonte: GFAT

12.4 - PRODUÇÃO FÍSICO FINANCEIRA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - SIA

PLANILHA DE FATURAMENTO AMBULATORIAL SIA/BPA MAGNETICO - ANO 2017										
	Procedimentos produzidos		Procedimentos não pactuados		Total geral		Total Aprovado (SESMA)		Diferença	
Comp.	Quant.	Valor R\$	Quant.	Valor R\$	Quant.	Valor R\$	Quant.	Valor R\$	Quant.	Valor R\$
Jan	74.106	575.648,94	710	31.073,66	74.816	606.722,60	62.423	411.018,85	12.393	195.703,75
Fev	64.287	96.257,11	377	23.979,01	64.664	620.236,12	60.372	505.401,52	4.292	114.834,60
Mar	76.429	73.262,82	924	36.207,67	77.353	709.470,49	64.120	506.622,57	13.233	202.847,92
Abr	68.319	567.242,58	842	32.409,96	69.161	599.652,54	59.351	468.360,70	9.810	131.291,84
Mai	83.290	630.246,66	809	38.288,79	84.099	668.535,45	66.865	497.466,39	17.234	171.069,06
Jun	81.581	602.553,59	744	29.606,75	82.325	632.160,34	65.624	482.731,09	16.701	149.429,25
Jul	76.724	588.636,00	400	28.017,21	77.124	616.653,21	64.693	487.103,41	12.431	129.549,80
Ago	83.103	687.709,11	911	33.119,20	84.014	720.828,31	65.543	518.663,19	18.471	202.165,12
Set	74.331	49.481,95	674	5.681,22	75.005	55.163,17	62.657	525.456,30	12.348	129.706,87
Out	65.456	589.600,86	763	19.592,17	66.219	09.193,03	60.010	494.818,12	6.209	114.374,91
Nov	74.477	634.838,11	80	1.799,37	74.557	636.637,48	65.515	535.679,28	9.042	100.958,20
Dez	65.601	590.736,55	222	17.308,86	65.823	608.045,41	61.831	556.370,40	3.992	51.675,01
TOTAL	887.704	7.386.214,28	7.456	297.083,87	895.160	7.683.298,15	759.004	5.989.691,82	136.156	1.693.606,33

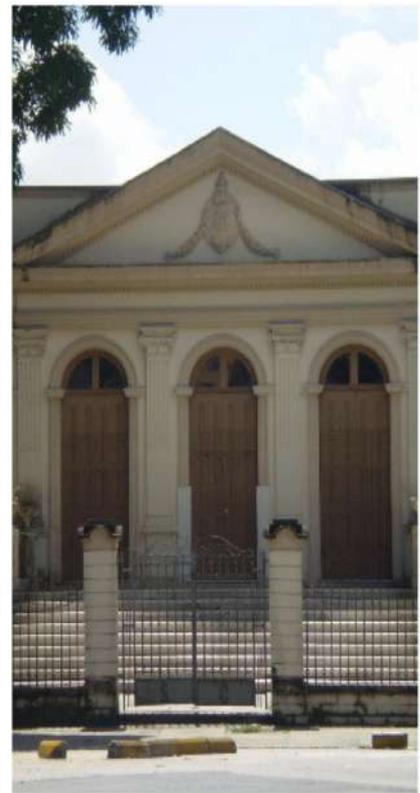
Fonte: GFAT

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2017 foi considerado um ano de grandes vitórias para a tricentenária Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Ano em que institucionalizamos de fato o planejamento estratégico, com disseminação e monitoramento efetivo de seus objetivos estratégicos para o cumprimento da sua missão e alcance de nossa visão para o futuro; ano em que vivenciamos um cenário de melhoria contínua dos processos da organização, que culminou com a CERTIFICAÇÃO ONA 1, com o selo de HOSPITAL PÚBLICO ACREDITADO, o que para todo o corpo funcional foi motivo de grande satisfação e envolvimento.

2017 será lembrado na história dessa Casa Mãe, como o ano que celebramos título de qualidade e segurança ao paciente e ao servidor; ano que captamos recursos para requalificação do hospital centenário que se equipará ao suntuoso prédio "Almir Gabriel"; ano que juntos modernizamos nosso parque tecnológico, ofertando a população serviços e produtos com tecnologia de ponta.

Finalizamos o ano com o sentimento do dever cumprido, celebrando avanços e já traçando novos rumos em busca da excelência para a Gigante de 368 anos.



14 AGRADECIMENTOS

Lizomar de Jesus Maués Pereira Moiar

Diretoria de Ensino / Grupo do Fígado

Giselly Julieta Barroso da Silva

Assessoria de Planejamento

Camila Negrão Monteiro

Assessoria de Gestão de Qualidade e

Segurança

Edilson Ferreira Calandrine

Assessoria de Gestão de Risco

Adriana Soares Moreira

Assessoria de Controle de Infecção

Hospitalar

Belinete Lobato Cruz

Tocoginecologia

Neyze da Conceição Marques da Luz

Alojamento Conjunto

Lucyana de Nazareth Lima Ataíde

Neonatologia

Goreth do Socorro Viana Lisboa

Neonatologia

Leonice Soares Nunes

Neonatologia

Suely Jesus da Silva Carvalho

Neonatologia

Vânia Cecília da Silva Pinto

Neonatologia

Mary Lucy Ferraz Maia Fiuza de Melo

Pediatria

Marco Antônio de Souza Pastana

Pediatria

Maria Alves Belém

Clínica Cirúrgica

Daniel Gonçalves Miranda

Regulação e Internação

Fagnei Ivison Corrêa Carvalho

Regulação e Internação

Alexandra Cordovil da Luz Mascarenhas

Gerência Geral de Enfermagem

Wanda Heloiza Marvão Soares

Banco de Leite Humano

Andreza Duarte Martins Figueira

Processamento de Roupas

Isa Cláudia Nascimento Cruz

Diagnóstico por Imagem e Endoscopia

José Roberto Duarte Junior

Diagnóstico por Imagem e Endoscopia

Andrea Maria de Oliveira Moura

Laboratório

Ediane Nunes de Araújo

Nutrição

Carlos Jefersson Santana de Souza

Farmácia

Cláudia Tereza Fonseca do Nascimento

Residência Multiprofissional

Dione Marília Albuquerque Cunha

Diretoria assistencial

Nosso muito obrigado aos
servidores da Fundação Santa Casa que
partiram no ano de 2017

IN MEMORIAM

“Saudade - O que será... não sei... procurei sabê-lo em dicionários antigos e poeirentos e noutros livros onde não achei o sentido desta doce palavra de perfis ambíguos...”

(**Pablo Neruda**)

Ivani de Quadros Costa
Aux. Administrativo
GREG



Ruth Helena Q. de Carvalho
Téc. De Enfermagem
Neonatologia



Adriana Barbosa da Silva
Téc. de Enfermagem
CRIE



Marcus Vinicius G. Feitas
Prestador de Serviço
Reprografia



Roberto da Silva Lima
Prestador de Serviço
Manutenção



HINO DA SANTA CASA

Essa casa que é nobre e bondosa
Que o Pará com orgulho reluz
Vem trazer a esperança de cura
Acolhendo os enfermos do SUS

Precursor do ensino e pesquisa
Fez do sonho uma realização
Fomentando pra toda Amazônia
Mais Saúde com Qualificação

Santa Casa, Santa Casa!
Faz da vida um belo florescer
Santa Casa, Santa Casa!
Luz que ilumina o coração de cada ser

Centenário esse espaço sagrado
Que contrasta com o novo espigão
Visionando uma nova assistência
Soberana na humanização

Entre suas paredes robustas
O prelúdio da vida floresce
Entre o grito e o corte do laço
O elo umbilical permanece
Nesse templo sagrado e sublime
A gestante em seu esplendor
Concretiza o milagre da vida
Em sementes que brotam da dor
A nascente do peito materno
É sustância colostro Vital
Que sacia a criança sedenta
Ao sugar o amor maternal

Que as luzes do bem nos alcancem
Que o dever seja fruto do amor
Que diante da dor mereçamos
A grandeza de ser servidor

Que o dedo de Deus nos aponte
Indicando a melhor direção
Pra encontrar o caminho correto
E cumprir com amor a missão

L.: Rosane Marques Rosado

Os Mandamentos do Prontuário Seguro

01

Identificação do Paciente

Todas as folhas do prontuário devem ter a identificação do paciente:
Número de registro, nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos).

02

Da Posse

O prontuário é do paciente e deve conter anotações que se referem somente a ele.

Da Importância

O prontuário é uma fonte de dados e conhecimentos. É valioso para o ensino e pesquisa da medicina e das demais áreas de saúde.

04

Da Organização

A organização do prontuário é obrigação de TODOS e será feita durante a internação considerando rigorosamente a padronização da clínica e por ordem cronológica dos documentos.

03



www.santacasa.pa.gov.br



[Facebook.com/santacasaPARA](https://www.facebook.com/santacasaPARA)



Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará



Missão: Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento.

