POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

SUS | SES Secretaria de Estado da Saúde | GOIÁS GOVERNO DO ESTADO

RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020

COMPETÊNCIA: FEVEREIRO/2022

Sumário

1 – Apresentação 3
2 – Ações Voltadas Para Qualidade 4
2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação 4
2.2 – Relatório das Comissões 14
2.2.1 - Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde 14
2.2.2 - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos (CARPM) 17
2.2.3 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) 18
2.2.4 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) 21
2.2.5 – Núcleo de Qualidade (NQ) 25
2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 28
4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção 32
4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados 32
5 – Relatório de Recursos Humanos 33
5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos 34
5.2 EPI 35
6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise 35
7 – Produção Médica e Não Médica 36
7.1 – Produção de especialidades não médicas 36
7.2 – Produção de especialidades médicas 37

1 – Apresentação

O Instituto CEM é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, fundada em 05 de março de 2010, inscrito no CNPJ/MF 12.053.184/0001-37, está localizado Estado de Goiás, Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia – GO, devidamente contratualizado com Secretaria do Estado de Goiás, por meio de Contrato de Gestão, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 12 horas/dia na Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, localizada à Avenida Ulisses Guimarães, esq. c/ Avenida Contorno, s/nº, Bairro Esperança, Goianésia - GO, CEP: 76.383-637.

A Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, tem caráter regionalizado, definido após avaliação técnica da demanda por atendimento ambulatorial na rede pública de saúde, proporcionando, assim, maior rapidez ao diagnóstico e ao tratamento com atendimento de forma próxima e acessível ao cidadão, por meio de prestação de um conjunto de serviços que garantam uma intervenção rápida, eficaz e precoce. Além de orientar a terapêutica e ampliar a oferta de serviços ambulatoriais especializados da necessidade regional nos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede básica, mas que não precisam de internação hospitalar ou atendimento de urgência.

O relatório gerencial tem por objetivo demonstrar as atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do contrato de gestão, e foi elaborado pela diretoria e aprovado pelo Conselho de Administração, contendo os seguintes pontos:

1 – Período Operacional Analisado: O presente relatório visa apresentar uma análise circunstancial do período de 01 a 28 de fevereiro de 2022.

2 – Indicadores Estatísticos: Os indicadores estatísticos permitiram uma avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e forma utilizados por meio de fontes de dados colhidas dos relatórios de atividades apresentados ao final de cada mês de todos os departamentos da unidade Policlínica, bem como do cumprimento das metas pactuadas, possibilitando assim, quantificar o desempenho de diferentes aspectos da operação da Policlínica Estadual da Região São Patrício, conforme se seguem.

"Excelência é o resultado gradual de sempre se esforçar para fazer o melhor." Pat Riley

2 – Ações Voltadas Para Qualidade

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação

A pesquisa de satisfação como importante ferramenta de gestão para qualquer empresa, na área da saúde ela se torna extremamente necessária, pois é através dela a empresa estabelece mais um canal de diálogo com seus usuários, principalmente em si tratando da vida humana, onde o foco está sempre voltado para a qualidade de gestão e atendimento.

A pesquisa de satisfação são levantamentos estatísticos que entre tantos outros benefícios fortalece a gestão e a torna cada vez mais eficiente.

A Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia/GO, utiliza essa ferramenta para medir a satisfação de seus usuários e melhorar todos os pontos continuamente, desta forma oferecer um atendimento humanizado e de excelência.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta o resultado da pesquisa de satisfação dos usuários Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia/GO, realizada entre os dias 01 a 31 de janeiro de 2022. Os dados obtidos são consolidados por gráficos, para melhor visualização da percepção dos usuários no que se refere ao atendimento geral, limpeza, conforto e estrutura do prédio.

A pesquisa de satisfação é realizada através de formulários espalhados em todos os setores. A setorização da pesquisa se torna necessária para melhor percepção do grau de satisfação dos usuários da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia/GO, desta maneira conseguimos acompanhar de forma mais efetiva os atendimentos e necessidades de melhoria de cada setor.

2. OBJETIVOS

Certificar do nível de satisfação do usuário para com a Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia/GO.

3. INDICADORES QUALITATIVOS

3.1 Pesquisa de Satisfação Policlínica

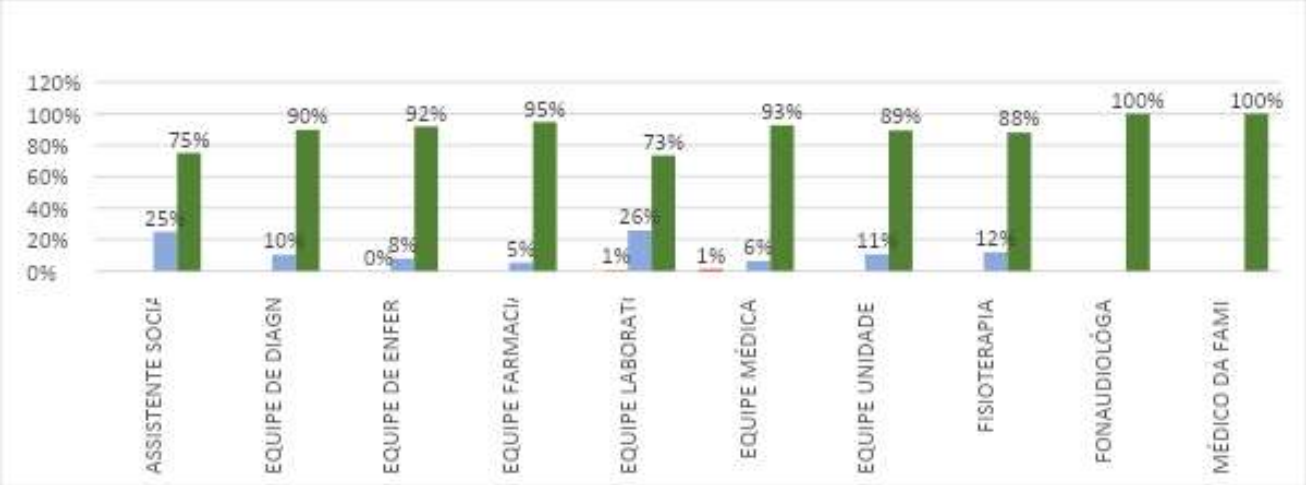
Este Relatório apresenta o resultado das Pesquisa de Satisfação dos Usuários da Policlínica Estadual da Região Vale São Patrício-Goianésia, realizada no período de 01 a 25 fevereiro de 2022. Os dados obtidos são consolidados em gráficos, permitindo uma melhor visualização da percepção dos usuários no que se refere a infraestrutura, atendimento recebido e satisfação geral com a Policlínica.Os dados visam o atendimento por setores e limpeza do prédio.

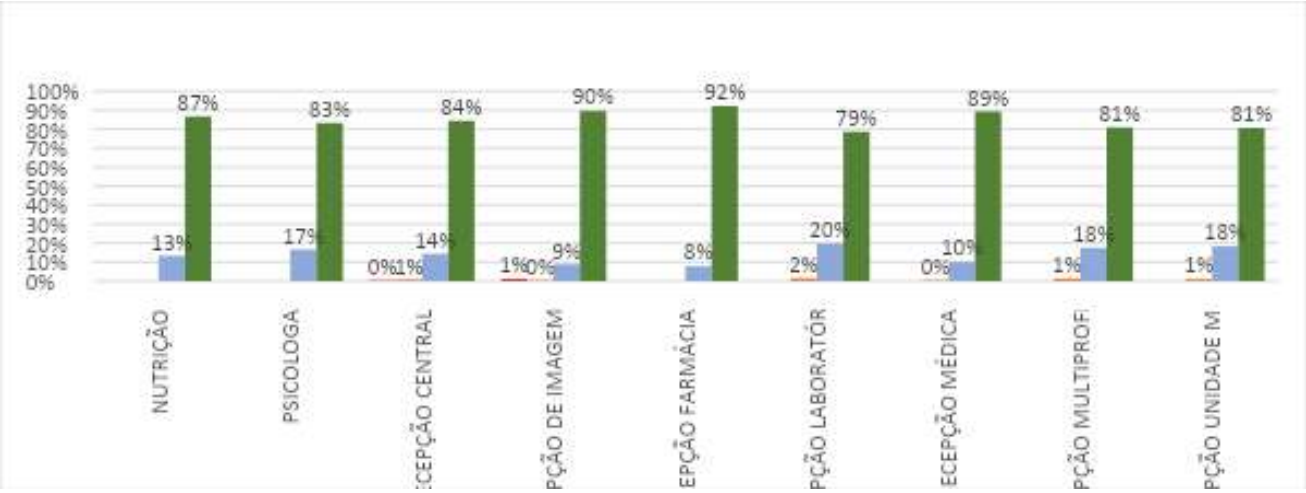
Continuando com a nossa pesquisa de satisfação, podemos observar na tabela a seguir a quantidade de avaliações ruim, regular, bom e ótimo em cada setor e o percentual das avaliações decada setor do mês de fevereiro e esses resultados são demonstrados em gráficos.

AVALIAÇÃO DOS ATENDIMENTO POR SETOR

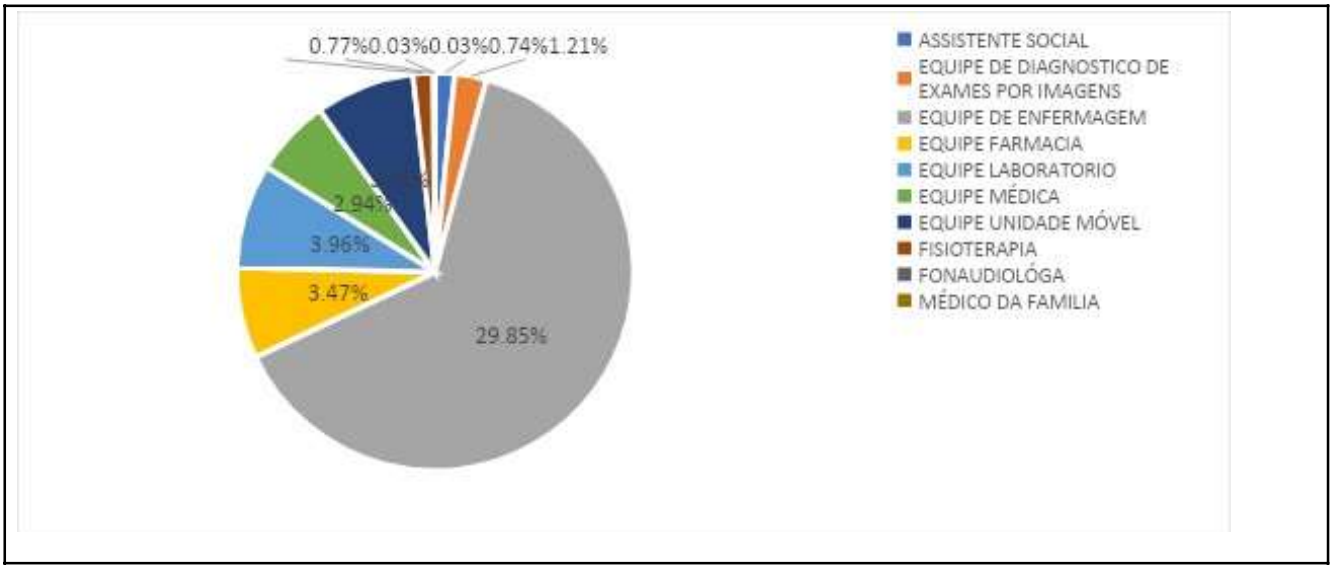
DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
ASSISTENTE SOCIAL			6	18	24	**0,74%**
EQUIPE DE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMAGENS			4	35	39	**1,21%**
EQUIPE DE ENFERMAGEM		1	77	886	964	**29,85%**
EQUIPE FARMACIA			6	106	112	**3,47%**
EQUIPE LABORATORIO		1	33	94	128	**3,96%**
EQUIPE MÉDICA	1		6	88	95	**2,94%**
EQUIPE UNIDADE MÓVEL			13	109	122	**3,78%**
FISIOTERAPIA			3	22	25	**0,77%**
FONAUDIOLÓGA				1	1	**0,03%**
MÉDICO DA FAMILIA				1	1	**0,03%**
NUTRIÇÃO			4	26	30	**0,93%**
PSICOLOGA			2	10	12	**0,37%**
RECEPÇÃO CENTRAL	2	5	90	528	625	**19,35%**
RECEPÇÃO DE IMAGEM	4	2	37	373	416	**12,88%**
RECEPÇÃO FARMÁCIA			9	106	115	**3,56%**
RECEPÇÃO LABORATÓRIO		2	26	103	131	**4,06%**
RECEPÇÃO MÉDICA		1	22	195	218	**6,75%**
RECEPÇÃO MULTIPROFISSIONAIS		1	13	60	74	**2,29%**
RECEPÇÃO UNIDADE MÓVEL		1	18	79	98	**3,03%**
TOTAL	**7**	**14**	**369**	**2840**	**3230**	

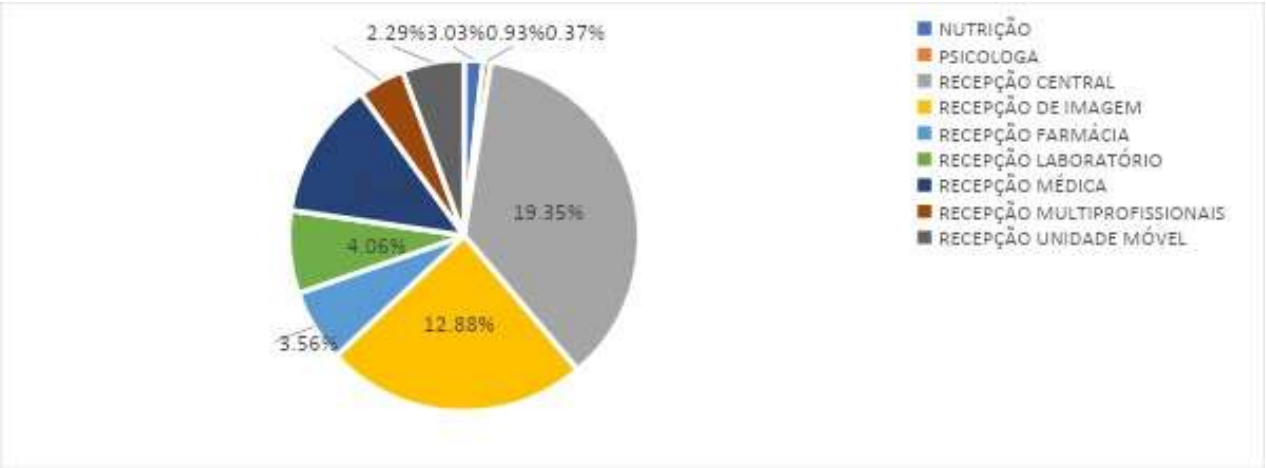
Este primeiro gráfico representa o percentual de ruim, regular, bom e ótimo, dos atendimentos decada setor e das equipes no geral.





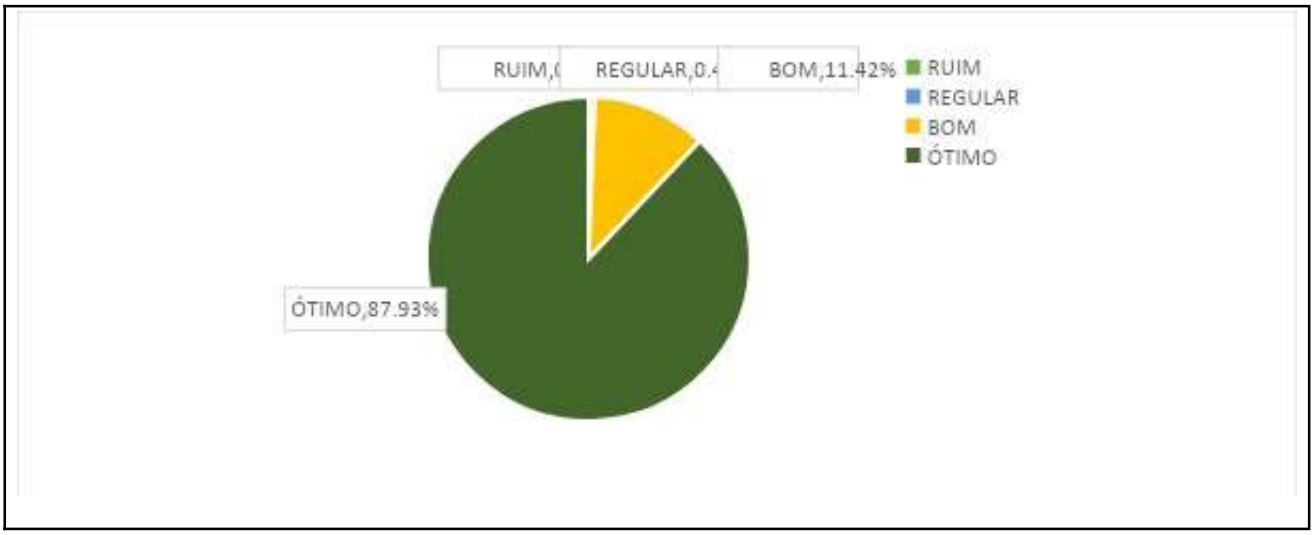
Neste segundo gráfico está representando o percentual total de avaliações de cada setor da policlínica.




2.29%
3.03%
0.93%
0.37%
19.35%
4.06%
12.88%
3.56%
NUTRIÇÃO
PSICOLOGA
RECEPÇÃO CENTRAL
RECEPÇÃO DE IMAGEM
RECEPÇÃO FARMÁCIA
RECEPÇÃO LABORATÓRIO
RECEPÇÃO MÉDICA
RECEPÇÃO MULTIPROFISSIONAIS
RECEPÇÃO UNIDADE MÓVEL

TOTAL DAS AVALIAÇÕES: 3.230

Este terceiro gráfico está representando o índice do percentual das classificações ruim regular eótimo da unidade Policlínica Estadual da Região são Patrício – Goianésia, nos atendimentos.



A maioria dos usuários considera bom o desempenho no atendimento da unidade da Policlínica, permanecendo os indicadores em torno de 87,93%, como pode ser observando o gráfico acima. Os resultados são apresentados graficamente, e quando aplicável, compara-se com os resultadosdas avaliações do mês anterior. Podemos observar na tabela abaixo, o comparativo da quantidade das avaliações de cada setor, dosmeses, janeiro e fevereiro.

DEPARTAMENTOS	JANEIRO	FEVEREIRO
ASSISTENTE SOCIAL	16	24
EQUIPE DE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMAGENS	78	39
EQUIPE DE ENFERMAGEM	1031	964
EQUIPE FARMACIA	86	112
EQUIPE LABORATORIO	184	128
EQUIPE MÉDICA	280	95
EQUIPE UNIDADE MÓVEL	0	122
FISIOTERAPIA	56	25
FONAUDIOLÓGA	4	1
MÉDICO DA FAMILIA	63	1
NUTRIÇÃO	39	30
PSICOLOGA	27	12
RECEPÇÃO CENTRAL	1243	625
RECEPÇÃO DE IMAGEM	597	416
RECEPÇÃO FARMÁCIA	93	115
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	229	131

RECEPÇÃO MÉDICA	286	218
RECEPÇÃO MULTIPROFISSIONAIS	204	74
RECEPÇÃO UNIDADE MÓVEL	0	98
TOTAL GERAL	**4516**	**3230**

AVALIAÇÃO DA LIMPEZA POR SETORES

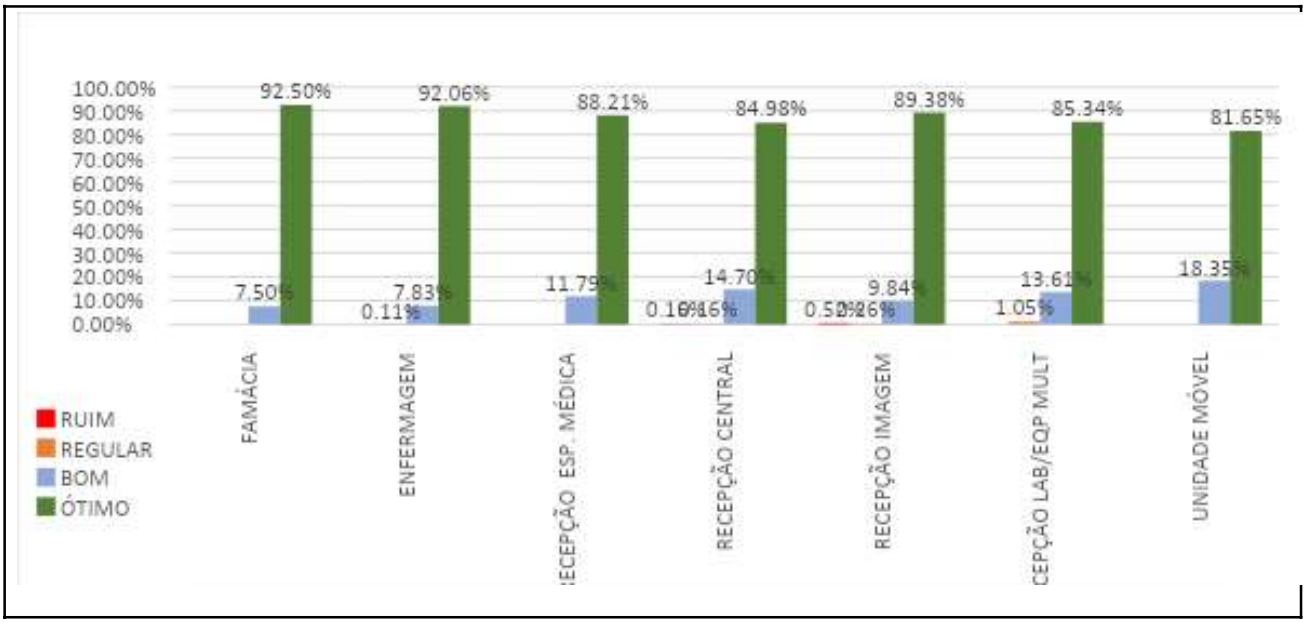
A policlínica – Unidade Goianésia está com alto índice de Satisfação. As avaliações de limpeza porsetores, ficaram com um índice de e 4,31 % e 35,32 % relacionado aos setores, como pode ser observado no gráfico abaixo.

Nota-se que, alguns setores receberam mais avaliações do que outros, isso ocorre devido os pacientes não ter a necessidade de passar por todos os setores da unidade, como mostra a tabela abaixo.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TO TAL	%
FAMÁCIA			9	111	**120**	**4,74%**
ENFERMAGEM		1	70	823	**894**	**35,32%**
RECEPÇÃO ESP. MÉDICA			25	187	**212**	**8,38%**
RECEPÇÃO CENTRAL	1	1	91	526	**619**	**24,46%**
RECEPÇÃO IMAGEM	2	1	38	345	**386**	**15,25%**
RECEPÇÃO LAB/EQP MULT		2	26	163	**191**	**7,55%**
UNIDADE MÓVEL			20	89	**109**	**4,31%**
TOTAL GERAL	**3**	**5**	**279**	**2244**	**2531**	**100,00 %**
PERCENTUAL	**0,12%**	**0,20%**	**11,02%**	**88,66%**		

TOTAL DAS AVALIAÇÕES: 2.531

O gráfico abaixo mostra, o resultado de forma geral (Ruim, Regular, Bom e Ótimo), objetivando visualizar a limpeza da policlínica em todos os setores, pelos usuários. Podemos notar que o índice está positivo.



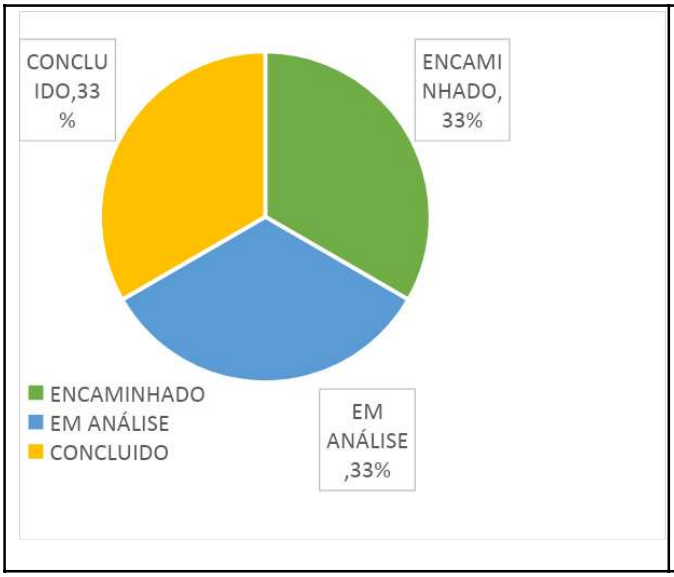
ANÁLISE GERAL DOS RESULTADOS DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

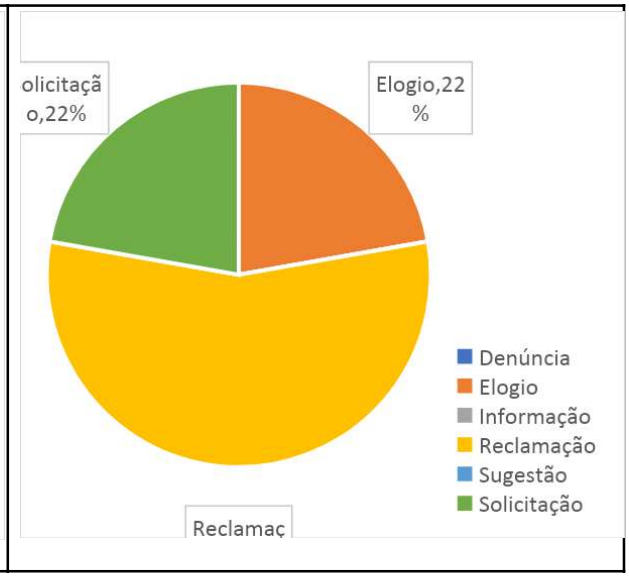
Ressalta-se que a pesquisa de satisfação é possibilita uma visão geral em relação a policlínica, que certamente os tornará como base para melhoria dos seus serviços, sejam eles ambulatórias, consultas, atendimento das recepções, ou diagnóstico de exames etc. Quanto ao índice de insatisfação que no presente momento está baixo, é importante que lhes seja dado atenção,evitando que adquiram maiores proporções, visto que a policlínica tem como objetivo de trazer um atendimento de qualidade, e devemos buscar formas de evoluir positivamente. De acordo com os resultados, a pesquisa de satisfação tem todo o processo para contribuir, para uma melhor qualidade através de seus resultados, que certamente se refletirá na satisfação dos usuários dessas instituições. Neste mês de fevereiro, começamos a fazer pequenas palestras durante o fluxo de atendimento pontuando a importância das pesquisas de satisfação, O objetivo das pesquisas de satisfação, é nos mostrar a satisfação dos usuários, onde nos proporciona a identificar os pontos positivos e os negativos com mais assertividade, assim podemos fazer as implantações de melhorias no nosso atendimento, garantido a satisfação de um atendimento de qualidade e bem-estar de cada usuário da nossa unidade.

OUVIDORIA

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia, tem por objetivo intermediar à administração as manifestações dos usuários e devolver a estes uma posição, possibilitando ao usuário o exercício da cidadania através da transparência na realização das ações dentro da nossa instituição, proporcionando a cada cidadão dar a seu parecer a respeito do atendimento sendo ele positivo ou negativo. Sua atribuição fundamental é receber, analisar, classificar e encaminhar as manifestações dos usuários (reclamações, denúncias, sugestões, solicitações, elogios e informação), identificando, a partir de cada manifestação, a relevância de um eventual problema, de modo a contribuir para a solução do mesmo. foram registradas 9 manifestações na ouvidoria da policlínica estadual da região são patrício-Goianésia, no mês de fevereiro no sistema ouvidor sus. Como pode ser observado na tabela e gráficos abaixo.

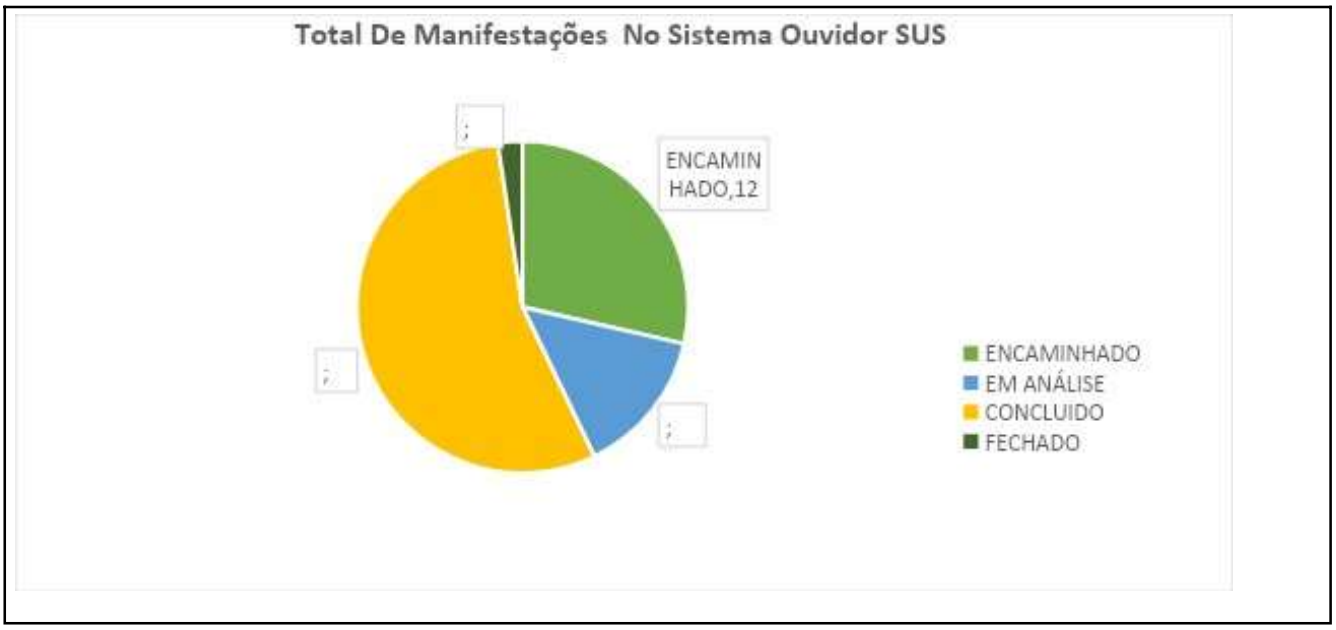
STATUS X CLASSIFICAÇÃO “REFERENTE AO MÊS DE FEVEREIRO”





Quantidade de demandas sob responsabilidade da Ouvidoria da Policlínica Estadual da RegiãoSão Patrício-Goianésia

Observação: Prazo de resposta ao cidadão é de 30 dias, conforme Lei 13.460/2017, Art.16



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ouvidoria da unidade da Policlínica Estadual Da Região São Patrício – Goianésia, atua compartilhando as informações, junto com a direção da unidade, sendo que a ouvidoria é um canal de mediação de conflitos, buscando sempre uma resolutiva e melhoria nos atendimentos da unidade, como forma de ressaltar o olhar dos usuários sobre as nossas atividades, contribuindo efetivamente para o crescimento, quanto a transparência das ações, melhoria da qualidade dos serviços prestados em saúde e consequentemente favorecendo maior credibilidade nas ações da ouvidoria e satisfação dos usuários. Sendo que, além das manifestações registradas no sistema ouvidor sus, recebemos usuários que não querem formalizar as reclamações, esperam apenas uma resolutiva do problema naquele momento, como por exemplo: tempo de espera dos atendimentos, falta de vagas de retorno para consultas, e entrega de exames fora do prazo, buscamos soluções junto aos responsáveis pelo setor, através de CI (comunicação interna), mantendo sempre a qualidade dos atendimentos da nossa unidade.

2.3 – Relatório das Comissões

2.2.1 - Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (CCIRAS)

APRESENTAÇÃO

A CCIRAS tem como objetivo elaborar, implementar, manter e avaliar medidas de controle de infecção ambulatorial nas dependências da Policlínica Estadual da Região do São Patrício, em Goianésia/GO.

INTRODUÇÃO

A Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde da Policlínica Estadual da Região do São Patrício, em Goianésia/GO, elaborou durante o mês de fevereiro, reuniões para definição de pontos a serem implantados como ações de controle e treinamentos para os colaboradores para melhoria da qualidade dos serviços com objetivo de atingir metas contratuais. (ANEXO 1)

Foi realizado um treinamento de Higienização das mãos e Uso correto de EPI's, com todos os colaboradores da unidade. Dessa forma, foi possível qualificar os mesmos e intensificar as medicas preventivas para infecções. Uma ação implantada pela Comissão, foi o início da busca ativa em pacientes que realizaram pequenas cirurgias dermatológicas para investigar se após o

procedimento apresentaram sinais flogísticos por infecção em ambiente ambulatorial. Dos pacientes investigados, nenhum relatou apresentar sinais.

MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- ✓ Geovanna Lissa Bernardes Oliveira – Enfermeira – Presidente
- ✓ Francisco Baltazar Macruz Sampaio – Médico – Membro
- ✓ Rosana Vieira Lima – Farmacêutica – Membro
- ✓ Marília de Souza Oliveira – Ouvidoria – Membro

OBJETIVOS

A CCIRAS tem como objetivo elaborar, implementar, manter e avaliar medidas de controle de infecção ambulatorial nas dependências da Policlínica Estadual da Região do São Patrício, em Goianésia/GO.

INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Investigação de IRAS nos Procedimentos de Pequenas Cirurgias	
Origem: Caderno de Registro, busca ativa e entrevista com o paciente.	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador N/A	**Descrição do denominador** N/A

Método de cálculo: Somatória da quantidade de pacientes com IRAS após procedimento de pequenas cirurgias dermatológicas.
Media: N/A
Definição de termos: IRAS **–** Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.
Limitações: O paciente não atender o telefonema para participar da entrevista com roteiro; o paciente se negar a responder as perguntas da entrevista.
Fonte dos dados: Pequenas Cirurgias Dermatológicas

AÇÕES REALIZADAS:

O comitê realizou um treinamento de Higienização das mãos e Uso correto de EPI's, com todos os colaboradores da unidade. Dessa forma, foi possível qualificar os mesmos e intensificar as medicas preventivas para infecções. (ANEXO 2)

Foi elaborado um plano de ação de busca ativa para utilizar como indicador no procedimento de pequenas cirurgias da especialidade de dermatologia. Esses indicadores apontarão se o paciente submetido ao procedimento teve algum sinal flogístico após a realização do mesmo. Essa busca ativa será feita através de contato telefônico diretamente com o paciente, e será utilizado um questionário para conduzir a entrevista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das ações desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (CCIRAS) na Policlínica Estadual da Região do São Patrício – Goianésia, observou-se que os cuidados têm sido intensificados pelos colaboradores, desta forma, alcançamos a melhoria da qualidade de serviço e segurança à população atendida dentro da Unidade.

REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Treinamento de higienização das mãos – Protocolo de Segurança do Paciente - Higienização das Mãos (ANVISA).

Link para acesso: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf

2.2.2 - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos (CARPM)

Realizado o chamamento com a presença do Presidente e dos demais integrantes, não havendo sido computadas faltas.

Através de relatório do sistema de Prontuários digitais – MV, (Atendimentos > Ambulatório > Relatórios > Operacionais > Atendimentos por médicos)

Os campos da confecção do relatório foram preenchidos da seguinte forma:

Médicos: todos

Convênio: SUS – AMBO

Período: **01/01/2022 – 31/01/2022**

Tipo de atendimento: ambulatório

Houve o levantamento de **1695** consultas registradas nesse período, a organização da listagem se dá por ordem alfabética.

Houve o **sorteio aleatório de 170** prontuários através da ferramenta online: https://www.sorteiogo.com/pt/r/mm0GZy

O *"check-list"* para a atual revisão compreendeu:

1- Identificação do paciente
2- Hipótese diagnóstica
3- História da doença atual (informações que embasam a hipótese diagnóstica)
4- Conduta.

Fonte: ***RESOLUÇÃO Nº CFM 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002***

Indicadores:

Nº de Prontuários incompletos: **5, totalizando 2,94% de prontuários preenchido indevidamente.**

Observação: não foram constatados casos sem o preenchimento da alta.

Em 04 casos não foi possível estabelecer a conduta adotada.

Em 01 caso não houve preenchimento da "evolução".

Esta razão mantém-se pouco acima da média histórica.

Portanto, houve consenso quanto a manutenção do treinamento por aplicativo de mensagens.

Houve definição de treinamento presencial com os médicos adicionados ao corpo clínico.

Realizada o treinamento da Equipe médica através de aplicativo de mensagens.

Reforçado a necessidade de registrar dados que gerem o embasamento da Hipótese Diagnóstica e registrar a conduta adequada

Realizada a comunicação via aplicativo de mensagens com a equipe médica com o seguinte informativo:

"Bom dia, colegas.

INFORMATIVO:

Atendendo a PORTARIA Nº 279, DE 8 DE OUTUBRO DE 2010 do MS, referente a Comissão de Revisão de Prontuários, foram analisados os seguintes itens:

- Identificação por CID;

- Anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas e condutas;

- Sinalização da alta com identificação do motivo.

Da porcentagem de prontuários avaliados, cerca de 5 (cinco) % estavam sem descrição de conduta. No mês anterior essa porcentagem era de 3%. Nos demais itens não houve inconformidades."

2.2.3 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

APRESENTAÇÃO

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. A CIPA atua na prevenção de acidente, voltada para os colaboradores, visando qualidade de vida, saúde e estrutura para desenvolver suas atividades na unidade.

A CIPA foi implantada seguindo a Norma Regulamentadora n°5, que estabelece os parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

1. INTRODUÇÃO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes se reúne ordinariamente na Segunda quinta-feira do mês para reunião mensal, visando tratar de assuntos pertinentes as atribuições da CIPA. Durante as reuniões são apresentadas as atividades tratativas e educativas. Em todas as reuniões são descritos um plano de ação para ser aplicado no decorrer do mês.

A CIPA tem o objetivo de desenvolver ações, com a finalidade de prevenir acidentes dos colaboradores, e assegurar qualidade para que os colaboradores possam desenvolver suas atividades.

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- ✓ **Iara de Lima Vaz** – Recursos Humanos – Presidente
- ✓ **Pedro Carrilho Arantes Rios** – Vice-Presidente
- ✓ **Washington Pereira de Souza** – Técnico de Enfermagem - Secretário
- ✓ **Lucas Andrade Silva** – SESMT – Membro
- ✓ **Rosana Vieira de Lima –** Farmacêutica – Membro

2. OBJETIVOS

A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

3. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Quantidade Acidente de Trabalho	
Origem: CAT / Livro de Ocorrência / Ficha de Notificação	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador: N/A	**Descrição do denominador:** N/A
Método de cálculo: Somatório da quantidade de acidente de trabalho ou trajeto.	
Media: Não se aplica	
Definição de termos: Acidente de Trabalho - é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.	

Limitações: Subnotificação dos incidentes/acidentes.
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica Goianésia.

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar o desempenho do plano de ação adotado pela CIPA. Caso haja aumento do indicador, o plano de ação deverá ser revisto.

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Aos dez dias do mês de janeiro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se as quinze horas no auditório da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia, sob a presidência do vice-presidente Pedro Carrilho Arantes Rios e dos demais membros: Iara de Lima Vaz, Rosana Vieira Lima, Washington Pereira de Souza, Lucas Andrade Silva. O vice-presidente deu início aos trabalhos dando boas-vindas a todos os presentes. Dando seguimento à reunião, onde o mesmo citou os itens descritos e finalizados na ata anterior e abriu discussão sobre novas aquisições.

Iniciamos a reunião realizando a leitura da Portaria interna – 017/2022 a qual no artigo 1° comunica sobre a saída de um colaborador membro da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Gislaine Aparecida da Silva.

Sendo assim conforme o artigo 2° de acordo com o artigo 22, do Regimento interno dessa comissão, no caso de afastamento definitivo do presidente o empregador indicará o substituto.

Contudo de acordo a Portaria subscrito no artigo 5° A comissão Interna de Prevenção de Acidentes da Policlínica Estadual da Região São Patrício-Goianésia terá como Presidente o (a) colaborador (a) Iara de Lima Vaz, a mesma indicada pelo Coordenador Operacional Paulo Henrique Fernandes subscrito no artigo 3° da Portaria.

No artigo 4° O coordenador Operacional Paulo Henrique Fernandes indica o Técnico de Segurança do Trabalho Lucas Andrade Silva como membro dessa Comissão a partir de 25 (vinte cinco) de janeiro de 2022.

Conforme pontuado no item 2 da última ata, foi solicitado a implantação de um hidrante na unidade e após a instalação do mesmo, receberemos a visita técnica do Corpo de Bombeiros para averiguação e liberação de alvará e na oportunidade, será tratado sobre a implantação da entrada e saída de emergência, através de um parecer técnico do Corpo de Bombeiros.

Averiguação e demarcação correta dos locais para instalações de luzes de emergência, para aprovação de projeto e confirmação da vistoria.

De acordo com o número de colaboradores, a necessidade da Implantação da Brigada de Incêndio, sobre isso precisamos de 8 (oito) colaboradores voluntariamente para compor essa brigadista, organizaremos uma reunião para discutir o assunto com todos os colaboradores para formação da mesma, assim faremos um Oficio a qual será encaminhado para o Major responsável para disponibilização do treinamento.

No momento o vice-presidente relatou que as placas de sinalização de rota de fuga estão sendo instaladas e as faixas de pedestre, porém é necessário reforçar com a coordenação da unidade sobre a importância desta adequação para segurança dos colaboradores.

Com o novo aumento dos casos da COVID-19, vemos a necessidade de uma metodologia de testagem para controle.

Conferência dos cartões de vacinas dos colaboradores para averiguar a tabela de vacinação contra a COVID-19.

5. AÇÕES REALIZADAS:

No mês de fevereiro foi realizado treinamento sobre o uso correto de EPI's, máscara N95, e Higienização das mãos, visando a prevenção doenças e a segurança dos colaboradores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CIPA tem desenvolvido ações diariamente voltadas para a segurança dos colaboradores, e as quais tem se mostrado efetiva, pois no mês de fevereiro não foi notificado nenhum acidente de trabalho na unidade.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Segurança do Paciente: Higienização da Mãos. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf.

2.2.4 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS)

APRESENTAÇÃO

Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde. A Comissão tem por finalidade auxiliar à Coordenação Operacional da unidade na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (**Lei 12.305/10**, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, **n.º 306/4**, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, **n.º 358/5**). Seguindo a Resolução 222, de 18 de março de 2018.

8. INTRODUÇÃO

A CGRSS se reúne ordinariamente na terceira quarta-feira do mês para reunião mensal, visando tratar de assuntos pertinentes as atribuições da comissão. Durante as reuniões são apresentadas as atividades tratativas e educativas. Em todas as reuniões são descritos um plano de ação para ser aplicado no decorrer do mês.

A CGRSS é responsável por realizar visitas diariamente em todos os setores da unidade, para verificação da segregação e gerenciamento de resíduos, desenvolvimento do PGRSS.

A CGRSS tem a responsabilidade de implementar, implantar e supervisionar as ações do PGRSS.

1.2 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- ✓ **Talita Utim Toledo** – Enfermeira – Presidente
- ✓ **Fabiana Pereira do Nascimento** – Enfermeira - Secretária
- ✓ **Rosana Vieira de Lima** – Farmacêutica - Membro
- ✓ **Rubiana Trucolo Dias** – Assistente de Diretoria – Membro

9. OBJETIVOS

A CGRSS tem o objetivo de acompanhar e fazer cumprir o PGRSS, desenvolver ações em conjunto com a Coordenação Operacional da Unidade. Visando avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;

Estabelecer normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

Auxiliar os diversos setores da Unidade em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos.

10. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Taxa de Acidentes Com Perfurocortantes	
Origem: Ficha de Notificação de Acidentes Com Perfurocortantes	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador:	**Descrição do denominador:**
Método de cálculo: Somatório da quantidade de acidentes com perfurocortantes na Unidade	
Media: Não se aplica	
Definição de termos: lesão ocasionada pelo acidente com perfurocortantes; ficha de notificação (SINAN).	
Limitações: Falta de notificação de acidentes com perfurocortantes.	
Fonte dos dados: Ficha de notificação (SINAN) de acidentes de perfurocortantes, entregue no setor SESMT e SCIRAS.	

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar o desempenho do plano de ação adotado pelo CGRSS. Caso haja aumento do indicador, o plano de ação deverá ser revisto.

11. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Aos vinte e dois dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte e dois, nas dependências da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, se fez presente a Sra. Talita Utim Toledo representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (CGRSS), e todos os colaboradores que foram designados para compor a comissão. A enfermeira Talita deu boas vindas a todos, agradecendo pela presença, declarando aberto a reunião, no momento foi abordado sobre a validação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, o qual já foi validado pela RT. de enfermagem do Instituto Cem e pelo coord. da Qualidade do Instituto Cem, seguindo todos os requisitos solicitados pela SES/GO, aguardando somente agora aprovação do Diretor técnico Dr. Francisco e Coord. Operacional Paula.

Durante a reunião foi relatado que conforme identificado a necessidade de identificação de todos os recipientes de resíduo, seguindo a RDC 222. A demanda já foi repassada para a Coord. Operacional, sendo validado, aguardando somente, aprovação de compra dos adesivos para identificação.

No momento foi estabelecido como indicador da CGRSS, a taxa de acidentes com perfurocortantes.

Esse indicador será realizado mensalmente, para monitorar a efetividade do PGRSS. O mesmo será alimentado por notificação realizada pelo colaborador no setor de SCIRAS ou SESMT.

12. AÇÕES REALIZADAS:

Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Estabelecido fluxo de coleta interna na unidade, e coleta externa.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Comissão tem desenvolvido ações seguindo a RDC 222 de 18 de março de 2018. Foi implementado o PGRSS na unidade, com o intuito de alcançar melhoria no gerenciamento segregação dos resíduos.

2.2.5 – Núcleo de Qualidade (NQ)

APRESENTAÇÃO

Núcleo de Qualidade. O Núcleo de Qualidade atua no monitoramento da qualidade da gestão documental, segurança do paciente, qualidade da assistência prestada ao usuário, buscando sempre qualificar e capacitar os colaboradores, para que possa atingir a meta.

14. INTRODUÇÃO

O Núcleo de Qualidade se reúne ordinariamente na terceira quarta-feira do mês para reunião mensal, visando tratar de assuntos pertinentes as atribuições do núcleo. Durante as reuniões são apresentadas as atividades tratativas e educativas. Em todas as reuniões são descritos um plano de ação para ser aplicado no decorrer do mês.

O Núcleo tem a finalidade de desenvolver ações, com o objetivo de qualificar os colaboradores, padronização e qualidade de gestão documental.

1.3 MEMBROS DO COMISSÃO: NÚCLEO DE QUALIDADE

- ✓ **Francisco Baltazar Macruz Sampaio** – Médico – Membro
- ✓ **Rosana Vieira Lima** – Farmacêutica – Membro
- ✓ **Geovanna Lissa Bernardes Oliveira** – Coord. De Enfermagem – Membro
- ✓ **Kristiely Freitas dos Reis** – Faturamento – Membro
- ✓ **Talita Utim Toledo** – Enfermeira – Presidente

- ✓ **Jovelino Pereira da Mota Junior** – Enfermeiro – Membro
- ✓ **Iara de Lima Vaz** – Recursos Humanos – Membro

15. OBJETIVOS

O NQ tem o objetivo de atuar juntamente com o escritorio de qualidade na gestão documental, padronização e controle de documentos;

Ofertar assistência de qualidade aos usuários;

Atuar juntamente com o núcleo de segurança do paciente;

Atingir metas.

16. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Quantidade de Documento com Não Conformidade	
Origem: Documentos Emitidos na Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador: N/A	**Descrição do denominador:** N/A
Método de cálculo: Somatório da quantidade de documentos com não conformidades	
Media: Não se aplica	
Definição de termos: Não Conformidade – documentos com má formatação, falta de informação, ou seja, sem estrutura documental.	

Limitações: Entrega documental para validação no escritório de qualidade.
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica Goianésia.

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar o desempenho do plano de ação adotado pelo núcleo de qualidade. Caso haja aumento do indicador, o plano de ação deverá ser revisto.

17. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Aos quinze dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às quinze horas e trinta minutos na sala de reunião da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, sob a presidência da Sra. Talita Utim Toledo e com a presença dos membros. A Presidente deu boas-vindas a todos agradecendo pela presença, dando continuidade à reunião mencionando que a sequência se dará da pauta da reunião anterior, conforme foi solicitado na ata anterior no item dois, sobre a necessidade de realizar a capacitação com todos os membros do núcleo de qualidade, a solicitação foi endereçada ao coordenador de qualidade do Instituto Cem.

Foi identificado pelos membros a necessidade de modificação dos impressos, como: receituário, atestado médico, pedido de solicitação de exames, encaminhamentos e outros. Visando reduzir custo, fornece aos usuários qualidade, e melhoria na parte estrutural da documentação. No momento foi relatado sobre a padronização dos mesmos, com a confecção em gráfica.

Durante a reunião também foi abordado sobre a necessidade de padronização dos laudos de resultado de exames, como: Ultrassonografia, radiografia e outros. Com a finalidade de melhorar a qualidade do laudo, da estrutura documental e padronização.

Foi abordado também sobre erro de identificação de pacientes em laudo dos exames, evidenciando a necessidade de treinamento da equipe de radiologia.

Para o encerramento a presidente Talita relatou, que será realizado uma modificação estrutural de toda a documentação existente na unidade, a fim de padronizar, e revisar toda a documentação. Visando sempre qualidade de gestão documental.

18. AÇÕES REALIZADAS:

O NQ desenvolveu o plano de ação anual.

19. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NQ está em processo de implementação, visando desenvolver suas atribuições com excelência e qualidade, a fim atuar na gestão documental, segurança do paciente e assistência ao usuário.

2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

APRESENTAÇÃO

Núcleo de Segurança do Paciente O Núcleo de Segurança do Paciente destina-se na prevenção e mitigação dos riscos com enfoque na garantia da segurança e qualidade do serviço ofertado na instituição, incluindo o processo de identificação das falhas, incidentes e eventos adversos proveniente da assistência prestada ao paciente.

Considerando a Portaria N°529, de 1° de abril de 2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual tem o objetivo geral em contribuir para a qualificação do cuidado. E como objetivo específico envolver o paciente e familiares nas ações de Segurança do paciente, ampliar o acesso a informações relativas à segurança do paciente, elaborar, sistematizar e divulgar conhecimento sobre segurança do paciente.

O NSP é regulamentado pela Resolução – RDC N°36, de 25 de julho de 2013, a qual institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde, com foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente. Estas ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas de segurança do paciente.

20. INTRODUÇÃO

O Núcleo de Segurança do Paciente se reúne ordinariamente na terceira quarta-feira do mês para reunião mensal, visando tratar de assuntos pertinentes as atribuições do núcleo. Durante as reuniões são apresentadas as atividades tratativas e educativas. Em todas as reuniões são descritos um plano de ação para ser aplicado no decorrer do mês.

O Núcleo tem a finalidade de desenvolver ações, com o objetivo de qualificar os colaboradores, e promover uma assistência de qualidade e com segurança aos usuários. Acompanhar, auxiliar e supervisionar a implantação e manutenção do plano de ação descrito no

Plano de Segurança do paciente e protocolos, destinando-se a alcançar as metas de melhoraria da qualidade da assistência prestada.

1.4 MEMBROS DO COMISSÃO: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- ✓ **Dr. Rafael Marcos Dias Costa –** Médico – Membro
- ✓ **Déborah Godinho de Menezes –** Assistente Social - Membro
- ✓ **Rosana Vieira Lima –** Farmacêutica – Membro
- ✓ **Geovanna Lissa Bernardes Oliveira –** Coord. De Enfermagem – Membro
- ✓ **Kristiely Freitas dos Reis –** Faturamento - Membro
- ✓ **Talita Utim Toledo – Enfermeira -** Presidente
- ✓ **Jovelino Pereira da Mota Junior -** Enfermeiro - Membro Executor
- ✓ **Lucas Andrade Silva –** Téc. de Segurança do Trabalho - Membro Executor
- ✓ **Larissa Nolasco Guimarães Saiki –** Enfermeira – Secretária

21. OBJETIVOS

O NSP tem a finalidade de mitigar ao mínimo possível os incidentes e eventos aos pacientes, visando sempre o atendimento de qualidade e com segurança.

Identificar, mapear e estabelecer os riscos associados à assistência prestada na Unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia de forma sistemática;

Integrar o processo de gestão de risco na unidade;

Promover a cultura de segurança ao paciente, visando implementar as ações e protocolos para controle de riscos assim como monitorar e mitigar suas decorrências com melhoria dos resultados;

Fomentar o aprimoramento dos resultados por intermédio de detecção precoce, monitoramento e análise dos incidentes e eventos adversos, a fim de estudar o processo de trabalho para elaboração de estratégias que possibilite garantir segurança em todos os âmbitos;

Contribuir com implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente, da instituição e do Ministério das Saúde, orientando a realização do monitoramento de indicadores.

22. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Quantidade de Quedas de Paciente na Unidade	
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador: N/A	**Descrição do denominador:** N/A
Método de cálculo: Somatório da quantidade de ocorrência de queda de paciente na unidade Policlínica.	
Media: Não se aplica	
Definição de termos: Queda: A definição de queda pode ser descrita como um episódio em que a pessoa, de modo inadvertido, cai no chão ou para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade. (BRASIL, 2006; WHO, 2007). .	
Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.	
Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica Goianésia.	

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar o desempenho do plano de ação adotado pelo Núcleo de Segurança do Paciente para prevenção de quedas na unidade. Caso haja aumento do indicador, o plano de ação deverá ser revisto.

23. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Aos dezessete dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às dez horas e quarenta e cinco minutos, sob a presidência da presidente Talita Utim Toledo, na oportunidade estavam presentes os membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A presidente iniciou dando boas-vindas a todos, e na sequencia disse que o plano de Segurança do Paciente da unidade havia sido aprovado e validado pelos respectivos responsáveis e que o próximo passo é colocar o plano em ação. Para potencializar a ação deve-se iniciar a criação dos protocolos de segurança, totalizando seis inclusos no plano, Talita afirma, que o primeiro referente ao Plano de Queda, já está estruturado e pode ser colocado em prática, sendo um dever de todos os membros do NSP.

Foi pontuado que os demais protocolos exigidos sendo referente a higienização das mãos, administração de medicamentos e prescrição segura, cirurgia segura, identificação do paciente e comunicação, precisa compor o plano de NSP, porém precisa ser elaborado para apresentação e colocar em ação.

Outra pauta apontada pelos membros do núcleo, foi a falta de profissionais de enfermagem na atuação do campo assistencial, o que causa um déficit na supervisão e melhoria do atendimento ao usuário. Todos participantes afirmaram a pauta e concordaram com a elaboração de uma CI para a coordenadora operacional Paula Bárbara Wasconcelos demonstrando a importância da contratação de uma recepcionista para atuar na recepção de especialidade e liberar a técnica de enfermagem Maressa para atuar na assistência ao usuário.

O enfermeiro Jovelino Pereira, membro executor do NSP, afirma a importância de capacitar toda equipe referente aos planos de ação para que todos os colaboradores trabalhem de forma conjunta em prol de reduzir problemas referentes a segurança do paciente. Devido a um ocorrido onde o paciente apresentava dificuldade de deambular pela unidade, porém recusou o uso da cadeira de rodas, logo fica acordado que este tipo de recusa deve ser registrado nos livros de ocorrência para que haja o respaldo da assistência que foi fornecida ao usuário e o mesmo recusou.

A presidente Talita aponta que o NSP deverá trabalhar com indicadores, sendo os mesmos fornecidos mediante cada protocolo. Inicialmente será implementado o indicador do protocolo de prevenção de quedas.

1.	CI para coordenação operacional como sugestão de contratação de recepcionista para atuar na recepção de especialidade.	Talita Utim Toledo	1 dia
2.	Elaboração de Protocolos do NSP	Membros do NSP	30 dias

24. AÇÕES REALIZADAS:

Nº	Ação	Responsável
1.	Elaboração do Protocolo de Queda	Todos os Membros
2.	Treinamento sobre Preparo e Importância do mesmo para realização de exames.	Todos os Membros

25. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NSP segue em processo de implementação e implantação na unidade, com os desenvolvimentos dos protocolos, visando a melhoria da assistência prestada ao usuário.

Contudo pode-se observar que com as definições dos protocolos, PSP, houve redução do número de incidentes, no mês de fevereiro não houve nenhuma notificação registrada.

4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção

4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados

No mês de fevereiro, a Unidade Móvel esteve estacionada no pátio da Policlínica de Goianésia realizando atendimento às pacientes do município.

UNIDADE MÓVEL – POLICLÍNICA GOIANÉSIA			
DATA DA REALIZAÇÃO EXAME	**TIPO DO EXAME MAMOGRAFIA**	**TIPO DO EXAME PAPANICOLAU**	**TOTAL DE EXAMES/DIA**
Terça-Feira 01 de fevereiro de 2022	**09**	**00**	**09**
Quarta-Feira, 02 de fevereiro de 2022	**01**	**00**	**01**
Quinta-feira, 03 de fevereiro de 2021	**17**	**00**	**17**
Sexta-feira 04 de fevereiro de 2022	**28**	**00**	**28**
Sábado, 05 de fevereiro de 2022			
Domingo, 06 de fevereiro de 2022			
Segunda-Feira, 07 de fevereiro de 2022	**23**	**00**	**23**

Terça-Feira, 08 de fevereiro de 2022	16	00	16
Quarta-Feira, 09 de fevereiro de 2022	07	01	08
Quinta-Feira, 10 de fevereiro de 2022	06	01	07
Sexta, 11 de fevereiro de 2022	00	02	02
Sábado, 12 de fevereiro de 2022			
Domingo, 13 de fevereiro de 2022			
Segunda-Feira, 14 de fevereiro de 2022	01	01	02
Terça-Feira, 15 de fevereiro de 2022	08	00	08
Quarta-Feira, 16 de fevereiro de 2022	01	01	02
Quinta-Feira, 17 de fevereiro de 2022	10	00	10
Sexta-Feira, 18 de fevereiro de 2022	00	02	00
Sábado, 19 de fevereiro de 2022			
Domingo, 20 de fevereiro de 2022			
Segunda-Feira, 21 de fevereiro de 2022	14	00	14
Terça-Feira, 22 de fevereiro de 2022	04	03	07
Quarta-Feira, 23 de fevereiro de 2022	02	02	04
Quinta-Feira, 24 de fevereiro de 2022	01	01	02
Sexta, 25 de fevereiro de 2021	03	01	04
Sábado, 26 de fevereiro de 2022			
Domingo, 27 de fevereiro de 2022			
Segunda-Feira, 28 de dezembro de 2021		Ponto facultativo	
TOTAL DO MÊS: FEVEREIRO	151	15	166

5 – Relatório de Recursos Humanos

Turnover - fevereiro de 2022					
Admitidos do mês					
Nome	Cargo	Data Admissão	Motivo		
CARLOS EDUARDO OLIVEIRA DIAS	SUPERVISOR DE COMPRAS	03/02/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
DAIANE PEREIRA DA SILVA	FARMACÊUTICA	26/01/2021	TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES		
DIVINA DE FATIMA RIBEIRO	RECEPCIONISTA	02/02/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
ELISANGELA NUNES SIQUEIRA	RECEPCIONISTA	02/02/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
EMILAINE APARECIDA PEIXOTO MENDES	RECEPCIONISTA	01/02/2022	SUBSTITUIÇÃO DE COLABORADOR		
GYZA MENDES ROCHA SILVA	PSICÓLOGO (A)	02/02/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
HENRIQUE DA SILVA SOUSA	COORDENADOR (A) DE QUALIDADE	03/02/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
KEMILY EVANGELISTA SOARES	AUXILIAR DE ATENDIMENTO	01/02/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
LAIANE LORENA SOUSA SANTOS	ENFERMEIRO (A)	15/02/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
NATALIO LIMA DOS SANTOS	NUTRICIONISTA	02/02/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
TOTAL DE COLABORADORES	10				
Demitidos do Mês					
Nome	Cargo	Data Admissão	Data Demissão		Motivo

CARLA PATRÍCIA DA SILVA	SUPERVISOR DE ATENDIMENTO	01/03/2021	04/02/2022	PEDIDO DE DEMISSÃO
DIVINA DE FATIMA RIBEIRO	RECEPCIONISTA	02/02/2022	23/02/2022	PEDIDO DE DEMISSÃO
TOTAL DE COLABORADORES	**2**			
Total de Colaboradores em fevereiro	62			

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

CPF	PROFISSIONAIS CONFIRMADOS COM COVID-19	DATA	TOTAL	RETORNO EFETIVO
381.763.288-63	JENIFER TAIS CUNHA RIBEIRO	11/02/2022	5	16/02/2022
TOTAL DE COLABORADORES		**1**		
CPF	**ATESTADOS POR OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS**	**DATA**	**DIAS**	**RETORNO EFETIVO**
030.086.251-26	FERNANDA SOUZA MORAIS PEREIRA	27/01/2022	10	07/02/2022
037.355.221-14	NURIA FRANCIELLE RODRIGUES SOUSA	31/01/2022	5	07/02/2022
062.977.741-10	FABRICIO GABRIEL SILVA PEIXOTO	02/02/2022	1	03/02/2022
013.720.941-05	ANDREIA OLIVEIRA DA SILVA	04/02/2022	1	07/02/2022
708.306.021-51	JOICE LUANA PEREIRA SUSSTRUNK	04/02/2022	1	07/02/2022
960.939.431-00	ANA LUIZA MORAIS DE ARAUJO FIGUEIREDO	04/02/2022	VESP	07/02/2022
005.275.471-58	RUBIANA TRUCOLO DIAS	09/02/2022	1	10/02/2022
011.540.641-74	PEDRO CARRILHO ARANTES RIOS	09/02/2022	1	10/02/2022
055.834.771-13	KRISTIELY FREITAS DOS REIS	09/02/2022	1	10/02/2022
062.977.741-10	FABRICIO GABRIEL SILVA PEIXOTO	10/02/2022	15	25/02/2022
030.086.251-26	FERNANDA SOUZA MORAIS PEREIRA	10/02/2022	VESP	10/02/20222
703.862.071-19	JAQUELINE VIDAL SOARES DA SILVA	10/02/2022	MAT	10/02/2022
703.273.281-00	ANDRESSA FERNANDES PEREIRA	11/02/2022	1	14/02/2022
030.086.251-26	FERNANDA SOUZA MORAIS PEREIRA	14/02/2022	1	15/02/2022
030.086.251-26	FERNANDA SOUZA MORAIS PEREIRA	15/02/2022	2	17/02/2022
751.504.501-97	LORENA ROCHA SILVA	15/02/2022	VESP	16/02/2022
024.077.736-08	ROSELY SATHLER BEVITORI	15/02/2022	MAT	15/02/2022
005.275.471-58	RUBIANA TRUCOLO DIAS	17/02/2022	2	21/02/2022
751.504.501-97	LORENA ROCHA SILVA	17/02/2022	VESP	18/02/2022
035.833.261-30	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	18/02/2022	MAT	18/02/2022
035.833.261-30	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	21/02/2022	1	22/02/2022
703.273.281-00	ANDRESSA FERNANDES PEREIRA	22/02/2022	2	24/02/2022
030.086.251-26	FERNANDA SOUZA MORAIS PEREIRA	22/02/2022	VESP	22/02/2022
704.985.081-02	ISABELLA MUNIQUE ALVES FERREIRA	23/02/2022	1	24/02/2022
TOTAL DE COLABORADORES	**24**			

5.2 EPI

A entrega de EPI's se dá todas as sextas-feiras. Cada setor recebe o EPI relacionado ao grau de exposição aos pacientes. Na Policlínica Estadual de Região São Patrício - Goianésia temos os setores: administração, enfermagem, multidisciplinar e recepção.

No mês de fevereiro, foram entregues:

- ✓ 1210 máscaras cirúrgicas;
- ✓ 187 máscaras N-95;
- ✓ 122 toucas;
- ✓ 0 óculos de proteção;
- ✓ 0 face shields;
- ✓ 112 aventais;

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

No dia 14/02/2022 iniciamos na Policlínica Regional do São Patrício – Goianésia, a abertura e implementação da Clínica de hemodiálise, no dia foram feitos complementos e ajustes na sala de hemodiálise, orientações sobre rotinas da unidade para o bom funcionamento, desenvolvimento e atendimentos para a abertura. Foram apresentadas e estruturadas das equipes Vida Goiás, Sempre Vida e da Policlínica para início do serviço. Na mesma data, havia agendado um paciente para consulta pré dialise, mas paciente foi diagnosticado com COVID-19 e conforme protocolo da unidade em que estava hospitalizado só poderia receber alta após negativar. Foi apresentada a hemodiálise pela equipe de enfermeiros do setor: Luiz Eduardo, Ana Adália e Fabiana, falaram da rotina de atendimentos, o que é um paciente renal crônico e seus cuidados.

Em 15/02/2022, deu-se início aos trabalhos com a inauguração do setor de hemodiálise na unidade da Policlínica em Goianésia, na presença do governador Ronaldo Caiado, juntamente com secretário da saúde e autoridades regionais. No dia 17/02 admitimos o primeiro paciente proveniente do HUGOL, com acesso dialítico Cateter Duplo Lúmen em Veia Femoral Direita, o paciente passou por consulta com especialista em nefrologia para avaliação médica e de exames laboratoriais; em seguida foi conduzido para atendimento global na presença do médico da família, enfermagem e psicóloga. Após consulta paciente foi liberado e retornará no dia seguinte para darmos início ao tratamento dialítico.

No dia 18 deu-se início ao tratamento dialítico nesta unidade, paciente relata astenia e inapetência. Realizou exercícios fisioterápicos motores de MMII e SS, e exercícios respiratórios.

Apresentou episódios de calafrios e pico-hipertensivos, foi realizado administração medicamentosa conforme prescrição médica. Durante o período intradialítico ocorreu coagulação em material dialítico faltando 01:30hrs para o encerramento, desta forma sob orientação médica a sessão HD foi interrompida. Feito curativo oclusivo em CDL VFD. Em seguida o paciente foi liberado.

O paciente seguiu com sessões de diálise no restante do mês. Diariamente é realizada a checagem da qualidade de água da osmose; temperatura e umidade da caixa d'água, desinfecção nas máquinas da sala de hemodiálise para se evitar a proliferação bacteriana das máquinas da osmose e checklist em equipamentos da sala vermelha.

Encerramos o mês de fevereiro com os seguintes dados:

- ✓ 01 paciente em hemodiálise;
- ✓ 05 sessões de hemodiálise;
- ✓ 04 atendimentos da equipe multiprofissional, sendo:
  - 01 Psicologia;
  - 02 Fisioterapia;
  - 01 Assistência Social;
- ✓ 01 troca de CDL;
- ✓ 0 hemotransfusão;
- ✓ 0 óbito de paciente do programa;
- ✓ 01 paciente fez uso de Antibioticoterapia venosa;
- ✓ 01 paciente com CDL;
- ✓ Sacado 01 CDL por motivo de foco infeccioso;

7 – Produção Médica e Não Médica

7.1 – Produção de especialidades não médicas

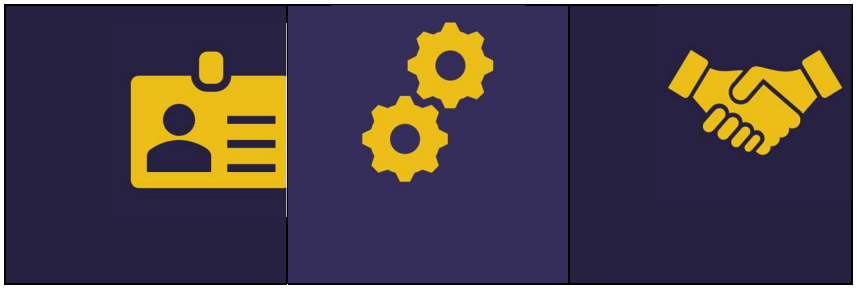
Na planilha a seguir mostra os resultados de produção de especialidades não médicas referente ao mês de janeiro da Policlínica Estadual de Região São Patrício – Goianésia.

Consulta Não Médica Especialidade	Fevereiro		
	Primeira Consulta	Sessões	Total
Farmacêutico	0	1	1
Enfermagem	0	47	47
Fisioterapeuta	0	69	69
Fonoaudiólogo	0	15	15
Nutricionista	0	68	68
Psicólogo	0	25	25
Odontologia	0	0	0
Total	**0**	**225**	**225**
Consulta Não Médica	**Primeira Consulta**	**Sessões**	**Total**

Serviço Social	3	19	**22**

7.2 – Produção de especialidades médicas

Na planilha a seguir mostra os resultados de produção de especialidades médicas referente ao mês de janeiro da Policlínica Estadual de Região São Patrício – Goianésia.

Consulta Médica Especialidade	Fevereiro			
	Primeira Consulta	Interconsulta	Consultas Subsequentes	Total
Cardiologia	120	5	39	172
Dermatologia	86	3	34	123
Endocrinologia	86	10	69	165
Gastroenterologia	43	9	38	90
Nefrologia	17	2	13	33
Neurologia	100	7	57	164
Pediatria	11	1	7	19
Obstetrícia/Ginecologia	18	10	29	63
Oftalmologia	49	0	0	49
Ortopedia/Traumatologia	132	13	133	278
Otorrinolaringologia	39	3	5	47
Pneumologia/Tisiologia	0	3	13	16
Reumatologia	18	6	22	46
Hematologia	10	1	5	16
Mastologia	19	1	9	29
Urologia	0	4	18	22
Médico da Família	0	20	4	24
Total	**748**	**98**	**495**	**1356**

Paula Bárbara de Wasconcelos
Coordenadora Operacional
Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia/GO