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: MARÇO/2022

Sumário

1 – Apresentação 3

2 – Ações Voltadas Para Qualidade 4

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação 4

2.2 – Relatório das Comissões 11

2.2.1 - Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde 11

2.2.2 - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos (CARPM) 15

2.2.3 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) 17

2.2.4 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) 18

2.2.5 – Núcleo de Qualidade (NQ) **Erro! Indicador não definido.**

2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 22

4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção 27

4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados 27

5 – Relatório de Recursos Humanos 27

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos 28

5.2 EPI 29

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise 30

7 – Produção Médica e Não Médica 35

7.1 – Produção de especialidades não médicas 35

7.2 – Produção de especialidades médicas 35

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 31 de março 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

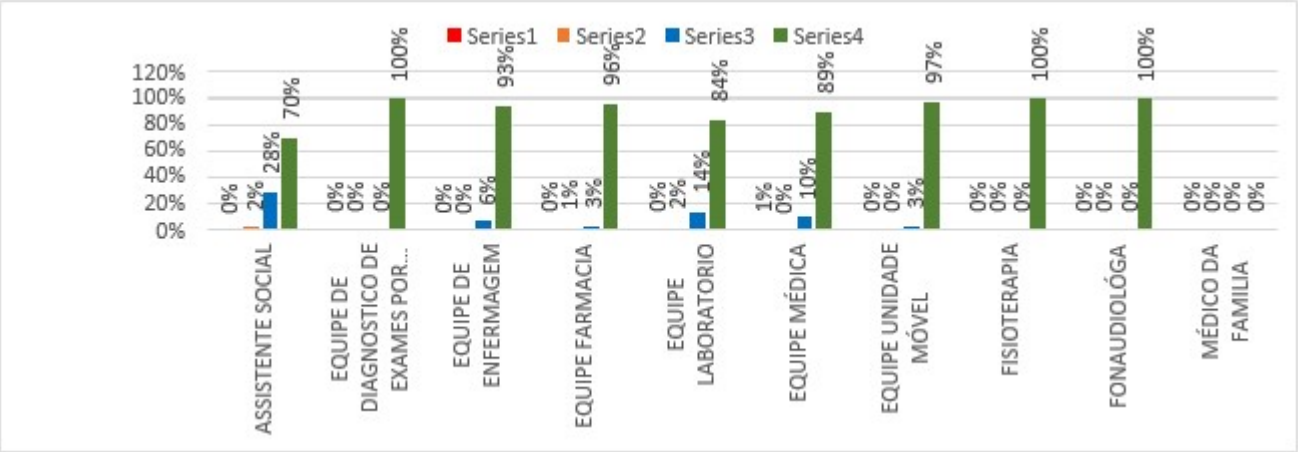
Este Relatório apresenta o resultado das Pesquisa de Satisfação dos Usuários da Policlínica Estadual da Região Vale São Patrício-Goianésia, realizada no período de 02 a 31 março de 2022. Os dados obtidos são consolidados em gráficos, permitindo uma melhor visualização da percepção dos usuários no que se refere a infraestrutura, atendimento recebido e satisfação geral com a Policlínica. Os dados visam o atendimento por setores e limpeza do prédio.

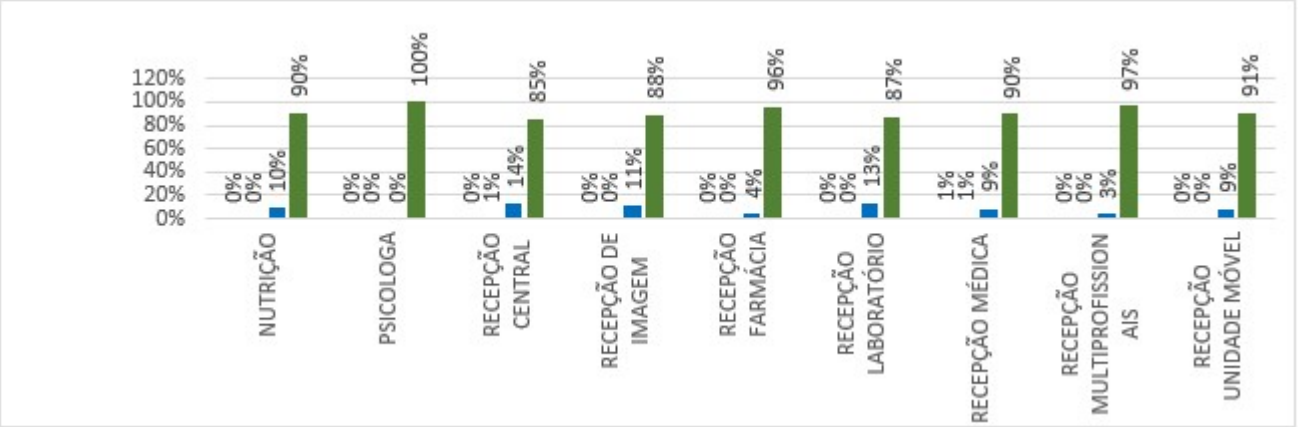
Continuando com a nossa pesquisa de satisfação, podemos observar na tabela a seguir a quantidadede avaliações ruim, regular, bom e ótimo em cada setor e o percentual das avaliações de cada setordo mês de fevereiro e esses resultados são demonstrados em gráficos.

AVALIAÇÃO DOS ATENDIMENTO POR SETOR

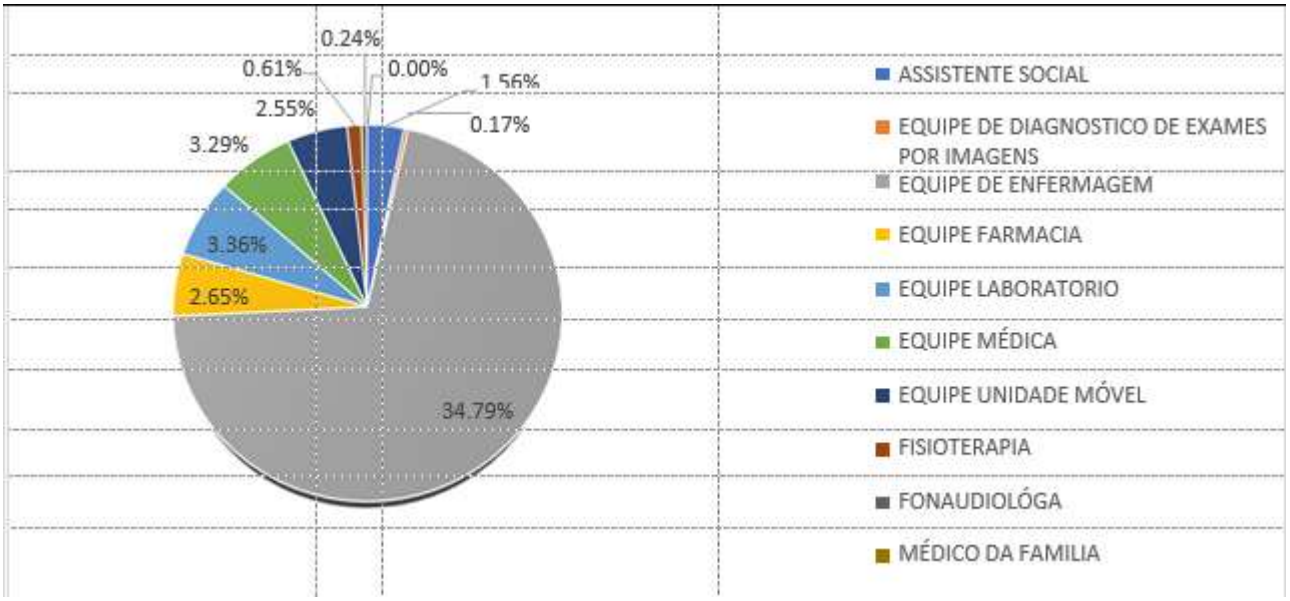
DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	OTIMO	TOTAL	%
ASSISTENTE SOCIAL		1	13	32	46	**1,56%**
EQUIPE DE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMAGENS				5	5	**0,17%**
EQUIPE DE ENFERMAGEM	1		66	958	1025	**34,79%**
EQUIPE FARMACIA		1	2	75	78	**2,65%**
EQUIPE LABORATORIO		2	14	83	99	**3,36%**
EQUIPE MÉDICA	1		10	86	97	**3,29%**
EQUIPE UNIDADE MÓVEL			2	73	75	**2,55%**
FISIOTERAPIA				18	18	**0,61%**
FONAUDIOLÓGA				7	7	**0,24%**
MÉDICO DA FAMILIA					0	**0,00%**
NUTRIÇÃO			2	19	21	**0,71%**
PSICOLOGA				9	9	**0,31%**
RECEPÇÃO CENTRAL	2	3	62	383	450	**15,27%**
RECEPÇÃO DE IMAGEM		1	30	237	268	**9,10%**
RECEPÇÃO FARMÁCIA			3	75	78	**2,65%**
RECEPÇÃO LABORATÓRIO			18	116	134	**4,55%**
RECEPÇÃO MÉDICA	3	3	36	367	409	**13,88%**
RECEPÇÃO MULTIPROFISSIONAIS			2	57	59	**2,00%**
RECEPÇÃO UNIDADE MÓVEL			6	62	68	**2,31%**
TOTAL	7	11	266	2662	2946	

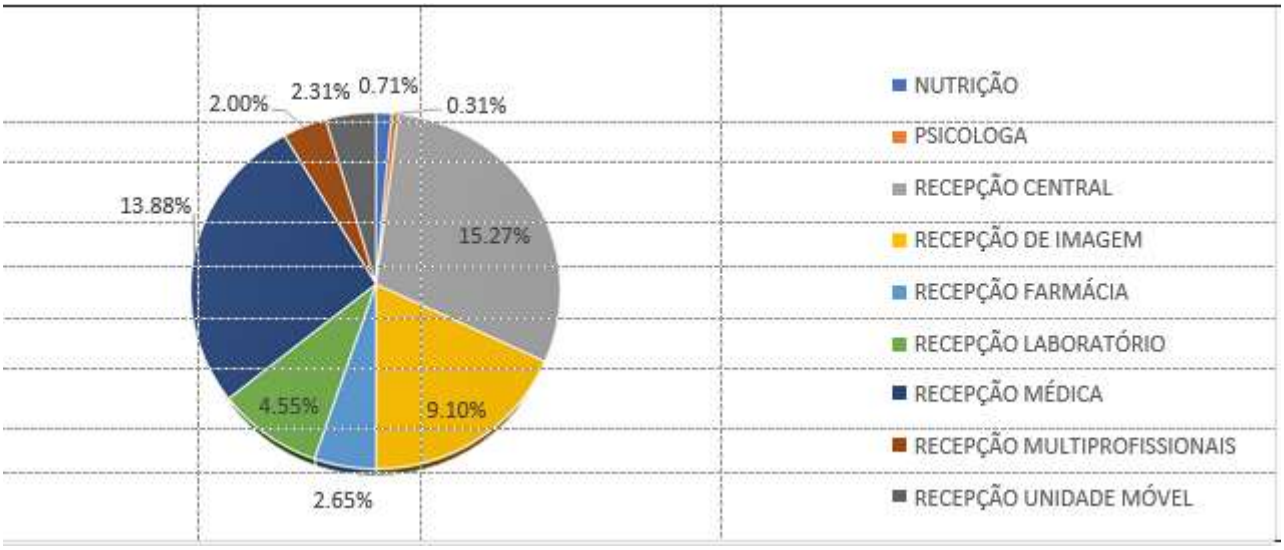
Este primeiro gráfico representa o percentual de ruim, regular, bom e ótimo, dos atendimentos decada setor e das equipes no geral.





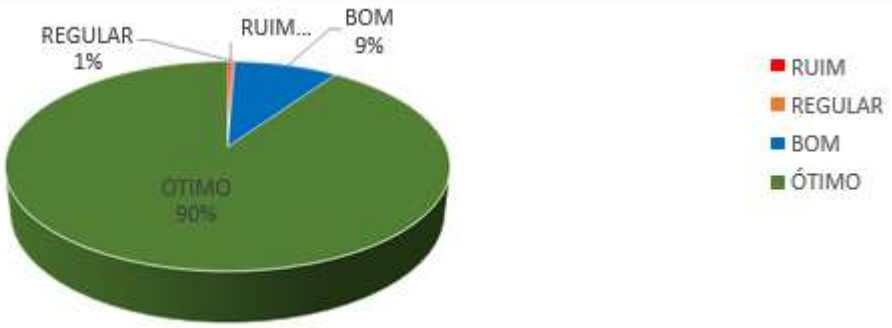
Neste segundo gráfico está representando o percentual total de avaliações de cada setor da policlínica.




2.00%
2.31%
0.71%
0.31%
13.88%
15.27%
4.55%
9.10%
2.65%
NUTRIÇÃO
PSICOLOGA
RECEPÇÃO CENTRAL
RECEPÇÃO DE IMAGEM
RECEPÇÃO FARMÁCIA
RECEPÇÃO LABORATÓRIO
RECEPÇÃO MÉDICA
RECEPÇÃO MULTIPROFISSIONAIS
RECEPÇÃO UNIDADE MÓVEL

TOTAL DAS AVALIAÇÕES: 2.946

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.



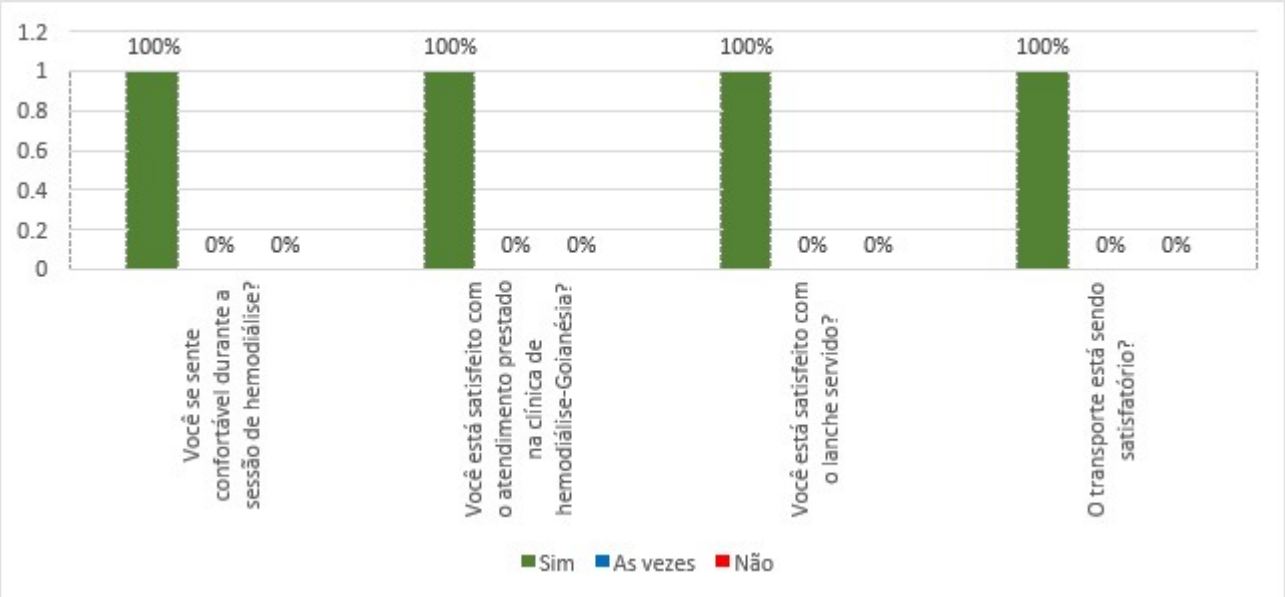
A maioria dos usuários considera bom o desempenho no atendimento da unidade da Policlínica, permanecendo os indicadores em torno de 87,93%, como pode ser observando o gráfico acima.

Os resultados são apresentados graficamente, e quando aplicável, compara-se com os resultados das avaliações do mês anterior.

Podemos observar na tabela abaixo, o comparativo da quantidade das avaliações de cada setor, dos meses fevereiro e março.

DEPARTAMENTOS	FEVEREIRO	MARÇO
ASSISTENTE SOCIAL	24	46
EQUIPE DE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMAGENS	39	5
EQUIPE DE ENFERMAGEM	964	1025
EQUIPE FARMACIA	112	78
EQUIPE LABORATORIO	128	99
EQUIPE MÉDICA	95	97
EQUIPE UNIDADE MÓVEL	122	75
FISIOTERAPIA	25	18
FONAUDIOLÓGA	1	7
MÉDICO DA FAMILIA	1	0
NUTRIÇÃO	30	21
PSICOLOGA	12	9
RECEPÇÃO CENTRAL	625	450
RECEPÇÃO DE IMAGEM	416	268
RECEPÇÃO FARMÁCIA	115	78
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	131	134
RECEPÇÃO MÉDICA	218	409
RECEPÇÃO MULTIPROFISSIONAIS	74	59
RECEPÇÃO UNIDADE MÓVEL	98	68
TOTAL GERAL	**3230**	**2946**

Segue na tabela abaixo, os dados das avaliações do setor de hemodiálise, onde nos mostra o nível de satisfação dos usuários com os serviços prestados, O objetivo dessa avaliação é a satisfação dospacientes em tratamento hemodialítico crônico com o cuidado recebido nos serviços de diálise.



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 março, continuamos com as pequenas apresentações durante o fluxo de atendimentopontuando a importância das pesquisas de satisfação e mantendo os nossos usuários, que em nossaunidade da policlínica tem o setor de ouvidoria, e ressaltando que em qualquer eventualidade estamos à disposição para atendê-los, também e pontuado a importância das manifestações registrados no sistema no sistema ouvidor sus, são através das manifestações do cidadãos que identificamos pontos e transformamos em ferramentas de gestão, onde nos traz recursos para garantir serviços de qualidade para os usuários da policlínica. O objetivo das pesquisas de satisfação e do setor da ouvidoria, é nos mostrar a satisfação dos usuários, e identificar os pontos positivos e negativos com mais assertividade, para que assim podemos fazer as implantações de melhorias no nosso atendimento juntamente com a gestão da unidade, garantido a satisfação de um atendimento de qualidade e bem-estar dos usuários.

Neste mês de março tivemos reunião, via zoom com a equipe da SES realizada no dia 25/03/2022, onde foi discutido o **"sistema integrado de gestão das unidades de saúde – SIGUS"** e a apresentação dos dados e indicadores a serem monitorados pela Ouvidora-geral do SUS/SES-GO.

No dia 29/03/2022 foi realizado reunião via meet, com os ouvidores de todas a unidades das Policlínicas e HUGO, onde a mesma foi ministrada pelo Henrique da Silva Sousa- coordenador da qualidade – ICEM.

Assuntos abordados

- Fluxo e processos das ouvidorias
- Metas (SIGUS)
- Sistema das ouvidorias
- Prazos para respostas e devolutivas das ouvidorias;

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, na busca ativa muita das vezes os pacientes relata que o atendimento foi muito bom sem detalhar sua experiência com a unidade da policlínica, relatando que já participou e avaliou a unidade. Entretanto, recebemos usuários que não querem formalizar as reclamações na ouvidoria, esperam apenas uma resolutiva do problema naquele momento, como por exemplo: tempo de espera dos atendimentos, falta de vagas de retorno para consultas, buscamos soluções junto aos responsáveis pelo setor, e estamos sempre em constante mudanças para melhorias da nossa unidade da policlínica Goianésia, 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.

1. **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 março reuniões para alinhar estratégias do plano de ação implantado para controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para melhoria da qualidade dos serviços com objetivo de atingir metas contratuais. (ANEXO 1)

A busca ativa em pacientes que realizaram pequenas cirurgias dermatológicas, outra ação implantada pela Comissão, que tem o intuito de investigar se após o procedimento apresentaram sinais flogísticos por infecção em ambiente ambulatorial foi executada durante o mês de março. Dos quatro pacientes investigados, somente um apresentou sinal flogístico, porém não houve necessidade de uso de antibiótico oral, foi prescrito a realização do curativo diário e após três dias já houve cicatrização e melhora do quadro.

Foi realizado um treinamento de Uso correto de EPI's, com todos os colaboradores da unidade. Dessa forma, foi possível qualificar os mesmos e intensificar as medidas preventivas para infecções.

1.1 MEMBROS DA 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

2. 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. A principal função da CCIRAS é reduzir o risco de aquisição de infecções relacionada à assistência à saúde por parte dos usuários de unidades de saúde, a fim de melhorar a qualidade da assistência.

3. 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: Dados retirados do caderno de Registro, busca ativa e entrevista com o paciente.	

POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

FOR.CCIRAS.01/2022 DATA ELABORAÇÃO: 23/032022 REV.000 DATA REVISÃO: 23/03/2023

INVESTIGAÇÃO DE IRAS NOS PROCEDIMENTOS DE PEQUENAS CIRURGIAS	Data da Análise: 08/03/2022	Período/Ano analisado: mar/22

Objetivo de medição: Analisar qualidade do procedimento ofertado (Pequenas cirugias dermatológicas)

Processo: Busca ativa de pacientes

Fórmula: Somatória de quantidade de pacientes que apresentam sinais flogísticos após a realização de pequenas cirurgias

Valor médio do ano anterior: Não se aplica

Responsável pela análise: Geovanna

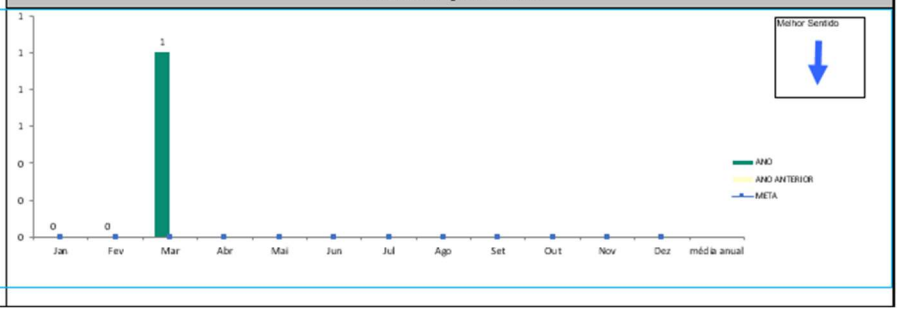
Observações: Quantificar procedimentos que geraram IRAS nos procedimentos de pequenas cirurgias dermatológicas.

N

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO	0	0	1										
META	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ANO ANTERIOR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Foi discutido sobre a realização da busca ativa, sistema de investigação de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) nos procedimentos de pequenas cirurgias dermatológicas, para levantamento de dados, monitoramento e indicadores em relação a assistência referente ao atendimento realizado no mês de fevereiro de pequenas cirurgias. A busca ativa foi realizada com quatro pacientes que realizaram os procedimentos, destes, apenas um apresentou sinais flogísticos, porém não houve necessidade de uso de antibiótico oral, foi prescrito somente a realização do curativo diariamente e após três dias já houve cicatrização e melhora do quadro. (ANEXO 2)

5. AÇÕES REALIZADAS:

O comitê realizou um treinamento de Uso correto de EPI's, com todos os colaboradores da unidade no dia 08 de março de 2022. Dessa forma, foi possível qualificar os mesmos e intensificar as medidas preventivas para infecções.

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

6. 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.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Treinamento de Uso correto de EPI's – Manual de uso correto de Equipamentos de Proteção Individual

Link para acesso: https://www.saude.sp.gov.br/resources/sucen/homepage/outros-destaques/jornada-a-distancia/5_-_uso_correto_de_epi.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: **01/02/2022 – 28/02/2022**

Tipo de atendimento: ambulatório

Houve o levantamento de **1334** consultas registradas nesse período, a organização da listagem se dá por ordem alfabética.

Houve o **sorteio aleatório de 134** prontuários através da ferramenta online: https://www.sorteiogo.com/pt/r/xOEJ0P

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: **01/02/2022 – 28/02/2022**

Tipo de atendimento: ambulatório

Houve o levantamento de **1334** consultas registradas nesse período, a organização da listagem se dá por ordem alfabética.

Houve o **sorteio aleatório de 134** prontuários através da ferramenta online: https://www.sorteiogo.com/pt/r/xOEJ0P

Resultado: 342 – 1275 – 163 – 366 – 218 – 690 – 1249 – 936 – 698 – 724 – 545 – 1048 – 744 – 824 – 511 – 949 – 499 – 932 – 684 – 573 – 697 – 358 – 694 – 775 – 39 – 558 – 963 – 320 – 476 – 987 – 1038 – 1243 – 951 – 470 – 761 – 205 – 89 – 711 – 946 – 1062 – 945 – 1144 – 504 – 79 – 941 – 1150 – 31 – 882 – 956 – 1246 – 736 – 118 – 756 – 708 – 652 – 1046 – 436 – 1242 – 896 – 157 – 239 – 653 – 64 – 1045 – 1140 – 1301 – 796 – 529 – 274 – 963 – 282 – 107 – 500 – 444 – 1146 – 214 – 94 – 110 – 1266 – 1093 – 552 – 583 – 723 – 1296 – 603 – 597 – 893 – 517 – 719 – 32 – 711 – 552 – 954 – 17 – 952 – 827 – 1167 – 989 – 874 – 766 – 1134 – 951 – 1205 – 345 – 748 – 1045 – 786 – 786 – 798 – 882 – 191 – 132 – 201 – 585 – 1040 – 348 – 196 – 100 – 1199 – 904 – 133 – 84 – 816 – 696 – 76 – 699 – 738 – 251 – 911 – 1051 – 164 – 307 – 1299 – 466

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: **3, totalizando 2,23% de prontuários preenchido indevidamente.**

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

Em 03 casos não foi possível estabelecer a conduta adotada.

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)

Aos dez dias do mês de março 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 da presidente Iara de Lima Vaz e do vice-presidente Pedro Carrilho Arantes Rios e dos demais membros: Rosana Vieira Lima, Washington Pereira de Souza, Lucas Andrade Silva. A presidente deu início aos trabalhos dando boas-vindas a todos os presentes. Dando seguimento à reunião, onde a mesma citou os itens descritos e finalizados na ata anterior e abriu discussão sobre novas aquisições.

Conforme pontuado no item 3 da última ata, foi realizado a implantação de um hidrante na unidade. Seguimos no aguardo de 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. No quesito da reunião foi solicitado que fizesse uma C.I sobre as lâmpadas de emergência, dando a empreiteira o prazo máximo de 10 dias para conclusão da mesma.

De acordo com o número de colaboradores, a necessidade da Implantação da Brigada de Incêndio, sobre isso precisamos de 8 a 10 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.

Observação: Fazer o Oficio para a formação da Brigada de incêndio.

E a convocação dos colaboradores da formação da mesma.

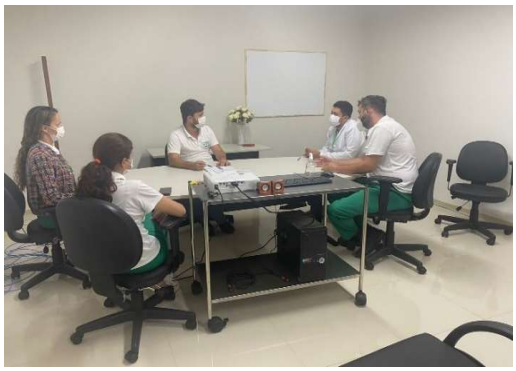
No momento o vice-presidente relatou que as placas de sinalização de rota de fuga estão sendo instaladas e as faixas de pedestre, porém é necessário reforçar com a coordenação da unidade sobre a importância desta adequação para segurança dos colaboradores.

Foi solicitado uma C.I para a finalização do item 6 com o prazo máximo de 30 dias pra finalizar.

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

Sobre novas aquisições foi atribuído que fizesse um C.I com urgência, para implantação de uma escada na caixa d´água do poço artesiano, vendo que a um grande risco de incidentes e ou acidentes, pois é feita a conferência diária da temperatura da água duas vezes por dia pela Enfermeira responsável a frente da Hemodiálise.

Abordado também sobre o assunto dos indicadores que é feito dentro do cronograma anual da CIPA, o indicador que foi abordado é a Quantidade de acidente de trabalho, será registrado mensalmente dentro do cronograma.



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.

1. 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.

1.1 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

2. 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;

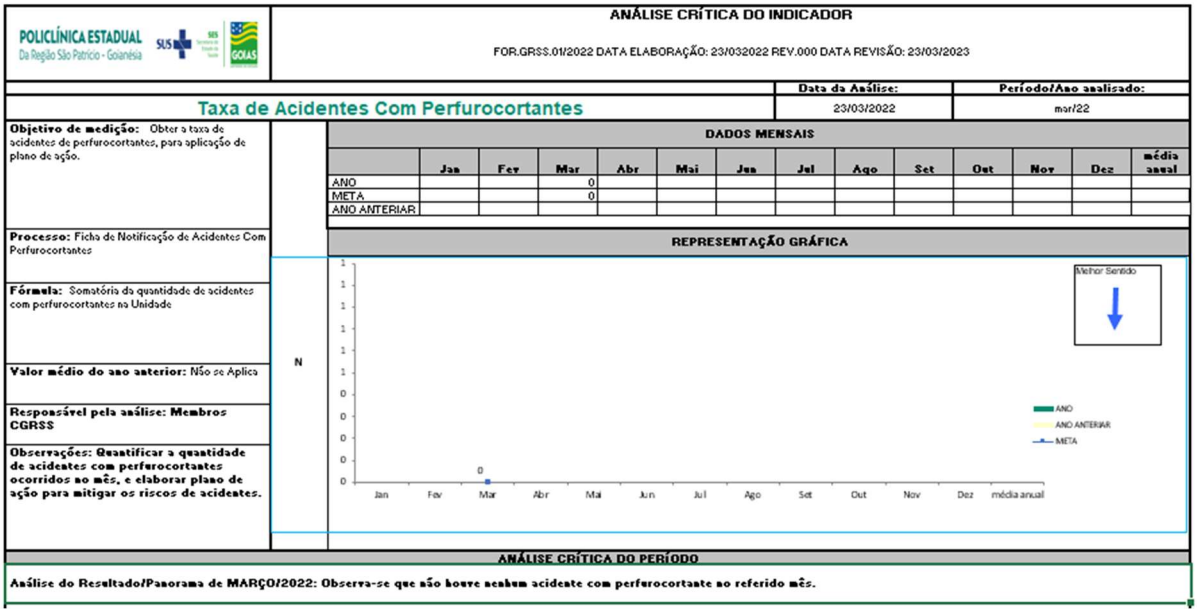
Estabelecer normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

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

3. 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: Somatória 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.	



POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

FOR.GRSS.01/2022 DATA ELABORAÇÃO: 23/032022 REV.000 DATA REVISÃO: 23/03/2023

Taxa de Acidentes Com Perfurocortantes	Data da Análise: 23/03/2022	Período/Ano analisado: mar/22

Objetivo de medição: Obter a taxa de acidentes de perfurocortantes, para aplicação de plano de ação.

Processo: Ficha de Notificação de Acidentes Com Perfurocortantes

Fórmula: Somatória da quantidade de acidentes com perfurocortantes na Unidade

Valor médio do ano anterior: Não se Aplica

Responsável pela análise: Membros CGRSS

Observações: Quantificar a quantidade de acidentes com perfurocortantes ocorridos no mês, e elaborar plano de ação para mitigar os riscos de acidentes.

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO			0										
META			0										
ANO ANTERIAR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2022: Observa-se que não houve nenhum acidente com perfurocortante no referido mês.

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.

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Aos vinte e oito dias do mês de março 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 relatado sobre o item 1 da ata anterior – PGRSS, o qual foi validado e aprovado, seguindo a implementação do mesmo na unidade.

Durante a reunião foi relatado que conforme solicitado no item 2 da ata anterior sobre a identificação de todos os recipientes de resíduo, seguindo a RDC 222. Foi solicitado via Comunicado Interno (CI), para produção em gráfica dos adesivos, o qual segue em processo.

Conforme implantação do indicador de N° de acidentes com resíduos perfurocortantes /N° total de acidentes com perfurocortantes, o qual foi mensurado, sendo número encontrado.

5. AÇÕES REALIZADAS:

Conforme cronograma de ação da CGRSS, foi realizado treinamento de Gerenciamento e Segregação de Resíduos de Serviços de Saúde (ANEXOI), com toda equipe, visando capacitar os mesmos sobre o gerenciamento de resíduo e sua importância, seguindo a RDC 222..

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Comissão tem desenvolvido ações do cronograma da CGRSS seguindo a RDC 222 de 18 de março de 2018, qualificando os colaboradores, visando sempre a segurança dos colaboradores e prestadores de serviços, usuários e do meio ambiente. Foi implementado o PGRSS na unidade, com o intuito de alcançar melhoria no gerenciamento segregação dos resíduos.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf.

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 Progama 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.

8. 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.

1.2 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

- ✓ **Dra. Eliza Maria Queiroz Oliveira–** Médica – 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
- ✓ **Nayara Lorrane da Silva Passos –** Enfermeira – Secretária
- ✓ **Fabiana Pereira do Nascimento –** Enfermeira – Membro
- ✓ **Henrique da Silva Sousa –** Coord. da Qualidade ICEM - Membro

9. 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.

10. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Quantidade de Ocorrência 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.

POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

FOR.NSP.01/2022 DATA ELABORAÇÃO: 23/032022 REV.000 DATA REVISÃO: 23/03/2023

Quantidade de Ocorrência de Quedas de Paciente na Unidade	Data da Análise: 20/04/2022	Período/Ano analisado: abr/22

Objetivo de medição: Monitorar o número de ocorrencia de queda na unidade, visando mensurar o protocolo de queda, se necessita de alteração.

Processo: NOTIVISA / NOTIFICAÇÃO INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Fórmula: Somatório da quantidade de ocorrência de queda de paciente na unidade Policlínica.

Valor médio do ano anterior: NÃO SE APLICA

Responsável pela análise: Talita

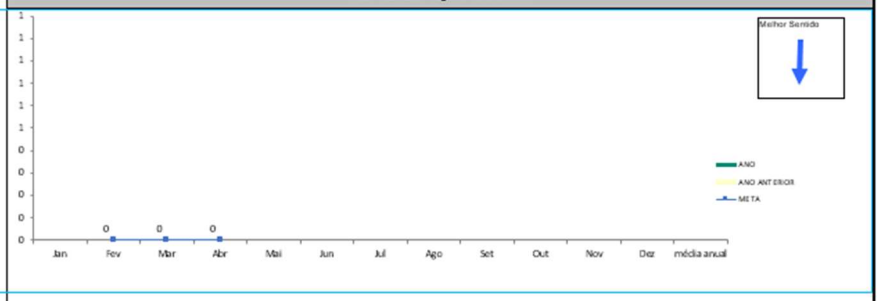
Observações: SE HOUVER UM AUMENTO DE INCIDENTE DE QUEDA NA UNIDADE O PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA DEVERÁ SER REALIADO, VISANDO MITIGAR OS INCIDENTES.

N

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO		0	0	0									
META		0	0	0									
ANO ANTERIOR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2022: Resultado satisfatório, sem ocorrência de queda na unidade no referido mês.

Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2022: Resultado satisfatório, sem ocorrência de queda na unidade no referido mês.

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.

11. AÇÕES REALIZADAS:

Foi realizado na data de hoje 26/04/2022 Terça-feira na unidade Policlínica de Goianésia treinamento para os colaboradores e prestadores de serviço em alusão ao Protocolo de Higienização das Mãos (**ANEXO I**).

A Higienização das Mãos é fundamental para evitar infecção relacionada à assistência à saúde e garantir a segurança do paciente. Nossas mãos são consideradas vetor de IRAS. Desde o século XIX, a higienização das mãos já era considerada medida básica de prevenção de infecção. A

Organização Mundial de Saúde através de estudos cientifico afirma que acerca de 40% (quarenta) das infecções relacionadas à assistência à saúde pode ser reduzida se o profissional realizar a higienização das mãos corretamente. A higienização das mãos faz parte de um dos princípios básicos do núcleo de segurança do paciente.

Foi realizado na data de hoje 27/04/2022 Quarta-feira na unidade Policlínica de Goianésia treinamento para os colaboradores e prestadores de serviço em alusão ao Protocolo de Prevenção de Quedas (**ANEXO II**).

A segurança do paciente deve ser o eixo principal dentro da unidade, mediante a isso foi elaborado e está sendo implementado o protocolo de prevenção de quedas, com a finalidade de mitigar o risco de quedas dentro da unidade. Diante disso durante o treinamento foi abordado, sobre a importância em orientarmos o paciente e o acompanhante dos riscos, e das medidas de prevenção. A equipe deve estar atenta a realizar o check list de observação se o paciente apresenta risco de queda, e de acordo com a necessidade do paciente, ser solicito a acompanhar o paciente. Fornecer e conduzir a cadeira de rodas, quando o paciente apresentar grau moderado ou alto para risco de queda, e sempre orientar o paciente sobre a importância da conduta para garantir a segurança do mesmo.

12. 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.

13. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

TOLEDO, Talita Utim. Protocolo de Higienização das Mãos (PRO.NSP.002/2022). Unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício Goianésia, 2022.

TOLEDO, Talita Utim. Protocolo de Prevenção de Quedas (PRO.NSP.001/2022). Unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício Goianésia, 2022.

4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção

4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados

Na data do dia 01 ao dia 18/03, a Carreta de Prevenção esteve estacionada no pátio da Policlínica realizando atendimentos, entre os dias 21/03 a 30/03, a Carreta realizou atendimentos no município de Barro Alto/GO.

UNIDADE MÓVEL – POLICLÍNICA GOIANÉSIA			
DATA DA REALIZAÇÃO EXAME	TIPO DO EXAME MAMOGRAFIA	TIPO DO EXAME PAPANICOLAU	TOTAL DE EXAMES/DIA
Terça-feira 01 de março de 2022		Feriado	
Quarta-feira, 02 de março de 2022	00	00	00
Quinta-Feira, 03 de março de 2021	00	00	00
Sexta-feira, 04 de março de 2022	18	00	18
Sábado, 05 de março de 2022			
Domingo, 06 de março de 2022			
Segunda-feira, 07 de março de 2022	00	00	00
Terça-feira, 08 de março de 2022	08	02	10
Quarta-Feira, 09 de março de 2022	05	02	07
Quinta-feira, 10 de março de 2022	07	02	09
Sexta, 11 de março de 2022	00	00	02
Sábado, 12 de março de 2022			
Domingo, 13 de março de 2022			
Segunda-feira, 14 de março de 2022	07	00	07
Terça-feira, 15 de março de 2022	00	00	00
Quarta-feira, 16 de março de 2022	06	03	09
Quinta-feira, 17 de março de 2022	07	00	07
Sexta-feira, 18 de março de 2022	16	03	19
Sábado, 19 de março de 2022			
Domingo, 20 de março de 2022			
Segunda-feira, 21 de março de 2022	17	00	17
Terça-feira, 22 de março de 2022	26	04	30
Quarta-feira, 23 de março de 2022	23	8	31
Quinta-feira, 24 de março de 2022	25	13	38
Sexta-feira, 25 de março de 2021	28	16	44
Sábado, 26 de março de 2022			
Domingo, 27 de março de 2022			
Segunda-feira, 28 de março de 2021	17	05	22
Terça-feira, 29 de março de 2022	17	10	37
Quarta-feira, 30 de março de 2022	02	04	06
Quinta-feira, 31 de março de 2022	0	0	0
TOTAL DO MÊS: MARÇO	229	72	313

5 – Relatório de Recursos Humanos

Admitidos do mês					
Nome	Cargo	Data Admissão	Motivo		
TOTAL DE COLABORADORES	0				
Demitidos do Mês					

Nome	Cargo	Data Admissão	Data Demissão	Motivo
CARLOS EDUARDO OLIVEIRA DIAS	SUPERVISOR DE COMPRAS	03/02/2022	28/02/2022	COLABORADOR TRANSFERIDO PARA UNIDADE HUGO
ANDRESSA FERNANDES PEREIRA	RECEPCIONISTA	15/12/2021	14/03/2022	TERMINO DE CONTRATO DE EXPERIÊNCIA SUG. EMPREGADO
EMILAINE APARECIDA PEIXOTO MENDES	RECEPCIONISTA	01/02/2022	02/03/2022	RESCISÃO CONTRATO EXPERIÊNCIA - EMPREGADO
GLEICE ANTONIA FERREIRA	PSICÓLOGA	01/03/2022	11/03/2022	DISPENSA SEM JUSTA CAUSA
SILVANA MENDES RODRIGUES LIMA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	18/10/2021	09/03/2022	PEDIDO DE DEMISSÃO
RENATA DE CARVALHO ZACARIAS	NUTRICIONISTA	01/03/2022	31/03/2022	DISPENSA SEM JUSTA CAUSA
TOTAL DE COLABORADORES	**6**			

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

CONTROLE DE ATESTADOS MARÇO-2022					
VINCULO	**PROFISSIONAIS QUE ESTÃO AFASTADOS POR SUSPEITA DE COVID-19**	**DATA**	**TOTAL DE DIAS**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
TOTAL DE COLABORADORES	**0**				
VÍNCULO	**PROFISSIONAIS CONFIRMADOS COM COVID-19**	**DATA**	**TOTAL**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
TOTAL DE COLABORADORES		**1**			
VÍNCULO	**ATESTADOS POR OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS**	**DATA**	**DIAS**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
CLT	ISABELLA MUNIQUE ALVES F.	15/03/2022	2	17/03/2022	17/03/2022
CLT	MARINA ALVES LIMA PIMENTA	08/03/2022	7	15/03/2022	15/03/2022
CLT	MARINA ALVES LIMA PIMENTA	07/03/2022	1	08/03/2022	08/03/2022
CLT	MARINA ALVES LIMA PIMENTA	04/03/2022	1	05/03/2022	05/03/2022
CLT	STELA CRISTINA S. STEKCELBERB	17/03/2022	1	18/03/2022	18/03/2022
CLT	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	21/03/2022	5	26/03/2022	26/03/2022
CLT	MONICA ALVES DINIZ	18/03/2022	1	19/03/2022	19/03/2022
CLT	MAYSA RABELO FERNANDES	17/03/2022	1	18/03/2022	18/03/2022
CLT	NURIA FRANCIELLE R. SOUSA	03/03/2022	1	04/03/2022	04/03/2022
CLT	PEDRO CARRILHO ARANTES	04/03/2022	1	05/03/2022	05/03/2022
CLT	LARA GABRIELA R. SILVA	08/03/2022	2	10/03/2022	10/03/2022

CLT	DEBORAH GODINHO DE MENEZES	07/03/2022	1	08/03/2022	08/03/2022
CLT	NURIA FRANCIELLE R. SOUSA	22/03/2022	1	23/03/2022	23/03/2022
CLT	ELISA KELLYTA LIMA	10/03/2022	1	11/03/2022	11/03/2022
CLT	FABRICIO GABRIEL SILVA PEIXOTO	22/03/2022	1	23/03/2022	23/03/2022
CLT	JOICE LUANA PEREIRA SUSSTRUNCK	30/03/2022	1	31/03/2022	31/03/2022
CLT	PEDRO CARRILHO ARANTES	29/03/2022	1	30/03/2022	30/03/2022
CLT	MARINA ALVES LIMA PIMENTA	31/03/2022	MAT	31/03/2022	31/03/2022
CLT	FERNANDA SOUSA MORAES	29/03/2022	VESP	29/03/2022	29/03/2022
CLT	ANA LUIZA MORAIS A. FIGUEIREDEO	29/03/2022	VESP	29/03/2022	29/03/2022
CLT	MAYSA RABELO FERNANDES	25/03/2022	VESP	28/03/2022	28/03/2022
CLT	KRISTIELY FREITAS DOS REIS	28/03/2022	1	29/03/2022	29/03/2022
CLT	FABRICIO GABRIEL SILVA PEIXOTO	25/03/2022	1	26/03/2022	26/03/2022
CLT	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	31/03/2022	2	04/02/2022	04/02/2022
CLT	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	29/03/2022	2	31/03/2022	31/03/2022
CLT	THAIS FATIMA DOS SANTOS	24/03/2022	VESP	24/03/2022	24/03/2022
CLT	FERNANDA SOUSA MORAES	09/03/2022	VESP	10/03/2022	10/03/2022
CLT	FERNANDA SOUSA MORAES	22/03/2022	VESP	22/03/2022	22/03/2022
CLT	FERNANDA SOUSA MORAES	15/03/2022	VESP	15/03/2022	15/03/2022
CLT	FERNANDA SOUSA MORAES	08/03/2022	VESP	08/03/2022	08/03/2022
CLT	LARISSA NOLASCO G. SAIKI	09/03/2022	VESP	10/03/2022	10/03/2022
CLT	SILVANA MENDES R. LIMA	03/03/2022	1	04/03/2022	04/03/2022
CLT	ROSELY SATHLER BEVITORI	18/03/2022	MAT	18/03/2022	18/03/2022
CLT	LARA GABRIELA R. SILVA	22/03/2022	VESP	22/03/2022	22/03/2022
CLT	NATALIA RODRIGUES DA SILVA	03/03/2022	VESP	03/03/2022	03/03/2022
TOTAL DE COLABORADORES	**34**				

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 março, foram entregues:

- ✓ 1415 máscaras cirúrgicas;
- ✓ 119 máscaras N-95;
- ✓ 117 toucas;
- ✓ 0 óculos de proteção;
- ✓ 0 face shields;

- ✓ 112 aventais;

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

No dia 02/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizamos quarta dose de Vancomicina prescrita pelo Dr. Gustavo. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e deposito. Paciente recebeu a visita nutricionista Renata C. Lopes, que realizou consulta com o mesmo. Realizado desmontagem dos enfeites do carnaval da sala de hemodiálise.

No dia 03/03 realizamos treinamento com toda equipe de colaboradores da hemodiálise com as máquinas de hemodiálise e montagem do sistema (anexo 1), realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e deposito. Realizado treinamento com equipe de colaboradores com o tema **Desinfecção das máquinas de hemodiálise.** Realizado as 15:30 revisão do POP Acolhimento em Enfermagem ministrado pela Enf. Fabiana, com a participação dos colaboradores da hemodiálise.

No dia 04/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. No final da sessão administramos última dose da vancomicina prescrita, e realizado curativo em acesso CDL. Realizado atendimento com fisioterapeuta Rosely Sathler Bevitori e assistente social Débora G. Menezes.

No dia 07/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e deposito. Realizado a colocação das placas de acrílico para identificação dos pacientes em seus respectivos lugares, identificação soluções, e placas nos lugares onde fazemos acompanhamento da temperatura e umidade do deposito e reservatório de água e próximo torneira de água para coleta diária. Em comemoração ao dia da mulher participamos da palestra ministrada pela Enf. Larissa com o tema Câncer colo do útero e confraternização com todas as colaboradoras.

No dia 08/03/22 realizado análise água diária de PH e CLORO, checklist sala vermelha, monitoramento da temperatura e umidade sala caixa d´água e deposito solução, acompanhamento na lavagem diária das máquinas para evitar a proliferação bacteriana nas osmoses. As 10:30 realizado um encontro com os colaboradores pelo dia da mulher. Recebemos na unidade o técnico

da Frisenius Thiago para realização da manutenção das máquinas de hemodiálise. Em comemoração ao dia da mulher participamos da palestra ministrada pela Enf. Larissa com o tema Câncer colo do útero, e confraternização com todas as colaboradoras.

No dia 09/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, coleta de sangue para analise mensal, realização de curativo em CDL no início da sessão, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. As 15hrs realizado treinamento com equipe de colaboradores hemodiálise.

Realizamos dia 10/03/22 atividades diárias como, monitoramento temperatura e umidade caixa d´água e sala solução, teste de PH e CLORO água, check-list sala vermelha e carrinho emergência, realizando também identificação de cada medicação no carrinho da emergência. Realizado treinamento com equipe de colaboradores hemodiálise com o tema DESINFECÇÃO DAS MÁQUINAS.

No dia 11/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL no início da sessão, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, paciente passou por consulta com a fisioterapeuta Rosely e se mostrou bem colaborativo com as atividades propostas (anexo 1). Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Demos início a preparação para ação de Prevenção da Doença Renal Crônica para pacientes e colaboradores (anexo 2) para dia Mundial do Rim. Participamos de um Treinamento online sobre o sistema MV. Realizado limpeza mensal da caixa d´água pelo colaborador Jean (anexo 3).

No dia 14/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, paciente passou por avaliação com Assistente Social Débora Menezes. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e deposito. As 14hrs realizado ação de Prevenção do Dia Mundial do RIM.

No dia 15/03/22 realizado análise água diária de PH e CLORO, checklist sala vermelha, monitoramento da temperatura e umidade sala caixa d´água e deposito solução. Acompanhamento

referente a desinfecção nas máquinas de hemodiálise para evitar a proliferação bacteriana nas osmoses.

No dia 16/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, realização de curativo em CDL no início da sessão, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos organização deposito de solução, pois foi preciso reorganizar e retirar algumas soluções prestes a vencer.

Realizamos dia 17.03.22 atividades diarias como, monitoramento de temperatura e umidade caixa d´água e sala solução, teste de PH e CLORO da água, check list sala vermelha e carrinho de emergência. Realizado treinamento com equipe de colaboradores hemodiálise com o tema Retirada paciente hemodiálise CDL e FAV.

No dia 18/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL no início da sessão, medicações, e aferição SSVV. Paciente recebeu atendimento da fisioterapeuta Rosely e foi colaborativo com as atividades propostas. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Organizamos nosso livro ata da sala vermelha e branca, para registrar qualquer intercorrência dentro da unidade de hemodiálise. Recebemos na unidade equipe da SES, que realizou visita em toda unidade. As 19:30 há equipe de colaboradores da hemodiálise participou da LIVE **CUIDADOS DE ENFERMAGEM, IMPRESCIDÍVEIS AOS PACIENTES DIALÍTICOS FÍSTULA ÁRTERIO VENOSA-FAV, COMPLICAÇÕES E MANEJO ADEQUADO.**

No dia 21/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e deposito. Ficamos aguardando para consulta com Dr. Gustavo nossa segunda paciente que iniciaria conosco hemodiálise, paciente encaminhada via CRE.

No dia 22/03/22 realizado análise água diária de PH e CLORO, checklist sala vermelha, monitoramento da temperatura e umidade sala caixa d´água e depósito solução. Acompanhamento referente a desinfecção nas máquinas de hemodiálise para evitar a proliferação bacteriana nas

osmoses. Fomos informados pela CRE que paciente está dialisando em outra unidade de hemodiálise da cidade.

No dia 23/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, realização de curativo em CDL no início da sessão, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e sobre como organizar os parâmetros da máquina de diálise, temperatura, sódio, hipotensão, vasodilatação, vasoconstrição e outros. Realizado manutenção mensal das osmoses pelo Técnico Davi, o mesmo foi orientado sobre a importância de se realizar essa manutenção no intervalo máximo de 30 dias, pois seguindo 10 dias de tolerância estamos passando do dia para mandarmos a água pra analise, fui orientada por ele a informar o Marcelo, com isso informei o mesmo sobre essa necessidade de se ajustar uma data fixa para manutenção, com diferença mínima de dias em relação a última vinda e não tolerância de 10 dias.

Realizamos dia 24/03/22 atividades diárias como, monitoramento de temperatura e umidade caixa d´água e sala solução, teste de PH e CLORO da água, check list sala vermelha e carrinho de emergência. Realizamos a coleta da água das osmoses para analise mensal e enviada para Goiânia aos cuidados Dr. Regis. Participamos as 15:30 do DDS ministrado pelo nutricionista Natalio com o tema **Alimentos Industrializados.**

No dia 25/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL no início da sessão, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Paciente passou por consulta com psicóloga e foi colaborativo com a assistência ofertada.

No dia 28/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e deposito. Tivemos a visita da RT das Policlínicas Janaína para ajustarmos mudanças referentes a treinamento, passagem de plantão etc. Realizado as 14hrs reunião com Enf: Talita abordando os temas Indicadores de Saúde e Núcleo de Segurança do Paciente. Realizado as 15hrs segunda reunião PGRSS abordando os temas sobre o plano de gerenciamento dos resíduos.

No dia 29/03/22 realizado análise água diária de PH e CLORO, checklist sala vermelha, monitoramento da temperatura e umidade sala caixa d´água e depósito solução. Acompanhamento referente a desinfecção nas máquinas de hemodiálise para evitar a proliferação bacteriana nas osmoses. Fomos informados pela CRE que paciente está dialisando em outra unidade de diálise do município. Realizada **Treinamento do Sistema Eletrocardiograma**. Realizada reunião com a Comissão de Óbito, ajustando pontos referentes a instalação da comissão na Policlínica.

No dia 30/03 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, realização de curativo em CDL no início da sessão, medicações, e aferição SSVV; iniciado esquema de Alfaepoetina (vindo do Juarez Barboza) seguindo prescrição médica. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Recebemos no dia 30.03.22 a visita da fiscal da Cremego Dr. Teresa, para fiscalização pós (denuncia) das instalações e equipamentos da hemodiálise, a mesma solicitou documentos referentes a instalação das osmoses e verificação da instalação do local onde fica armazenado a caixa d´água que fornece água para o tratamento, pois nos informou que uma das denúncias e que estávamos dialisando paciente sem a instalação das mesmas. Após conferir todos os documentos que tínhamos na unidade a mesma pontuou a necessidade de mudanças nas instalações da sala onde fica armazenada a caixa d´água e osmose fixa. Realizado reunião com a Comissão Núcleo de Segurança do Paciente.

Realizamos dia 31/03/22 atividades diárias como, monitoramento de temperatura e umidade caixa d´água e sala solução, teste de PH e CLORO da água, check list sala vermelha e carrinho de emergência. Ajustes referentes a treinamento de colaboradores. Treinamento com todos os colaboradores da enfermagem referente a revisões dos pop **Mensuração de peso pre e pós dialise.** Realizado reunião mensal com equipe de enfermagem da hemodiálise, abordando alguns ajustes necessários para organização da assistência. Reunião com enfermeiros para ajustarmos detalhes sobre a semana da enfermagem.

Encerramos o mês de março com os seguintes dados:

- 01 pacientes em hemodiálise;
- Realizado 13 sessões de hemodiálise;
- 04 atendimentos da equipe multiprofissional, sendo:
- 01 Psicóloga,

- 05 Fisioterapia,
- 03 Assistência Social;
- 01 paciente em uso de medicação do programa Juarez Barboza;
- Realizada 0 troca de CDL;
- Realizado 0 hemotransfusão;
- 0 óbito de paciente do programa;
- 01 paciente fez uso de Antibioticoterapia venosa;
- 01 paciente com CDL;

7 – Produção Médica e Não Médica

7.1 – Produção de especialidades não médicas

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

Consulta Não Médica Especialidade	Março		
	Primeira Consulta	Sessões	Total
Farmacêutico	0	40	40
Enfermagem	0	534	534
Fisioterapeuta	0	114	114
Fonoaudiólogo	0	21	21
Nutricionista	0	135	135
Psicólogo	2	59	61
Odontologia	0	0	0
Total	**2**	**903**	905

7.2 – Produção de especialidades médicas

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

Consulta Médica Especialidade	Março			
	Primeira Consulta	Interconsulta	Consultas Subsequentes	Total
Cardiologia	148	16	112	276
Dermatologia	64	7	54	125
Endocrinologia	135	18	132	285
Gastroenterologia	31	21	70	122
Nefrologia	35	5	35	75
Neurologia	146	14	103	263

Pediatria	14	1	20	35
Obstetrícia/Ginecologia	100	11	71	182
Oftalmologia	90	10	77	177
Ortopedia/Traumatologia	43	33	238	314
Otorrinolaringologia	20	5	29	54
Pneumologia/Tisiologia	22	2	12	36
Reumatologia	52	5	12	69
Hematologia	5	1	4	10
Mastologia	12	3	12	27
Urologia	25	7	19	51
Médico da Família	1	37	7	45
Total	**943**	**196**	**1007**	**2146**

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