POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

SUS

SES
Secretaria de Estado da Saúde

GOIÁS
GOVERNO DO ESTADO
CONTE COM ESSA FORÇA

RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020

COMPETÊNCIA: JUNHO/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) 14

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) 21

4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção 35

4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados 35

5 – Relatório de Recursos Humanos 36

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos 36

5.2 EPI 36

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise 37

7 – Produção Médica e Não Médica 44

7.1 – Produção de especialidades não médicas 44

7.2 – Produção de especialidades médicas 45

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 30 de junho 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 01 a 30 de junho 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.A pesquisa auxilia também na confecção do relatório mensal da ouvidoria, no qual estão expostos todos os dados referentes a mesma, e que cooperam para uma reflexão ampla sobre o atendimentoe as principais demandas que chegam ao setor da ouvidoria. Os dados visam o atendimento por setores e limpeza do prédio. A pesquisa foi aplicada em formulário específico, disponibilizado para ousuário ao final de cada atendimento, podemos observar na tabela a seguir a quantidade de avaliações ruim, regular, bom e ótimo em cada setor.

AVALIAÇÃO DOS ATENDIMENTO POR SETOR

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
ASSISTENTE SOCIAL	0	0	3	61	64	4,22%
EQUIPE DE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMAGENS						0,00%
EQUIPE DE ENFERMAGEM	2	1	59	604	666	43,87%
EQUIPE FARMACIA	0	0	3	60	63	4,15%
EQUIPE LABORATORIO	0	0	2	54	56	3,69%
EQUIPE MÉDICA	1	0	0	9	10	0,66%
EQUIPE UNIDADE MÓVEL	0	0	2	10	12	0,79%
FISIOTERAPIA	0	0	5	40	45	2,96%
FONAUDIOLÓGA	0	0	0	0	0	0,00%
MÉDICO DA FAMILIA	0	0	0	0	0	0,00%
NUTRIÇÃO	0	0	4	25	29	1,91%
PSICOLOGA	0	0	0	15	15	0,99%
RECEPÇÃO CENTRAL	2	2	18	112	134	8,83%
RECEPÇÃO DE IMAGEM	0	2	9	115	126	8,30%
RECEPÇÃO FARMÁCIA	1	0	1	88	90	5,93%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	0	0	1	58	59	3,89%
RECEPÇÃO MÉDICA	2	0	3	83	88	5,80%
RECEPÇÃO MULTIPROFISSIONAIS	0	0	5	44	49	3,23%
RECEPÇÃO UNIDADE MÓVEL	0	0	2	10	12	0,79%
Total Geral	8	5	117	1388	1518	100,00%
PERCENTUAL	0,53%	0,33%	7,71%	91,44%		

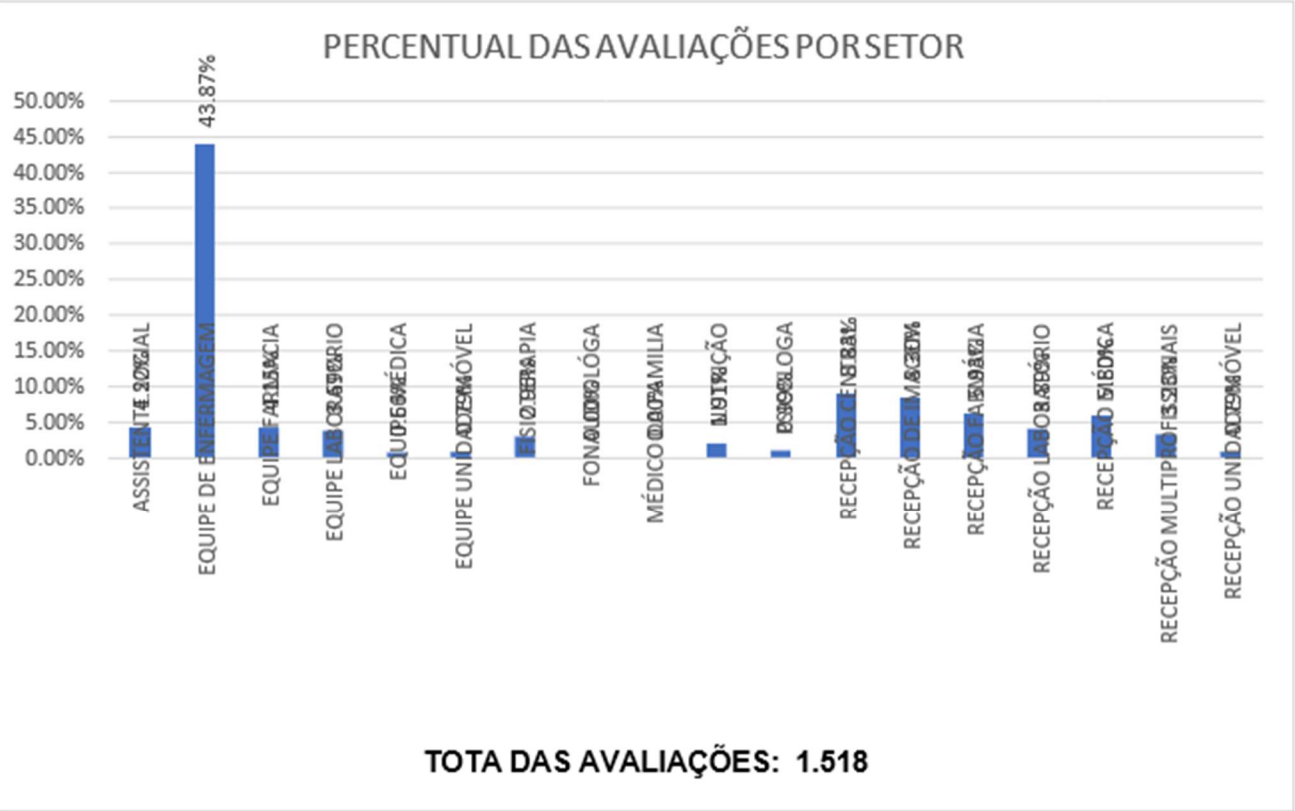
De acordo com as avaliações efetuadas no mês de junho pelo usuário, 1388 estão satisfeitos e consideram ótimo o atendimento, outros 117 consideraram o quesito como bom, 05 assinalaram como regular e 08 assinalaram como ruim, totalizando 1518 avaliações. Alguns usuários aproveitaram o campo COMENTÁRIOS do formulário da pesquisa para registrar sugestões e críticas e, ainda, elogiar e agradecer a unidade da policlínica Goianésia pelo atendimento. Dentro dessas avaliações, obtivemos um total de 167 comentários recebidos por meio

do formulário da pesquisa de satisfação sendo; 149 elogios. 07 reclamações; 11 sugestões, onde os mesmos foram repassadospara o setor de coordenação operacional para uma análise, para que possamos estar estabelecendomelhorias continuas.

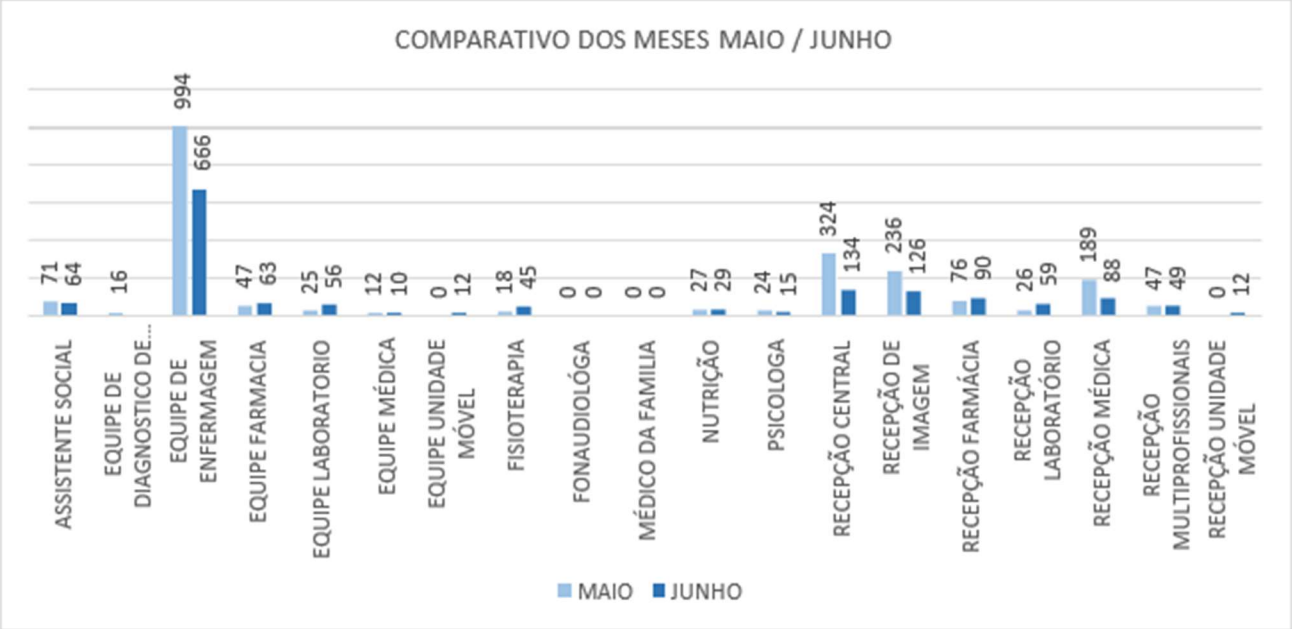
Este primeiro gráfico representa o percentual de ruim, regular, bom e ótimo, dos atendimentos de cada setor e das equipes no geral.

PERCENTUAL DAS CLASSIFICAÇÕES POR SETOR

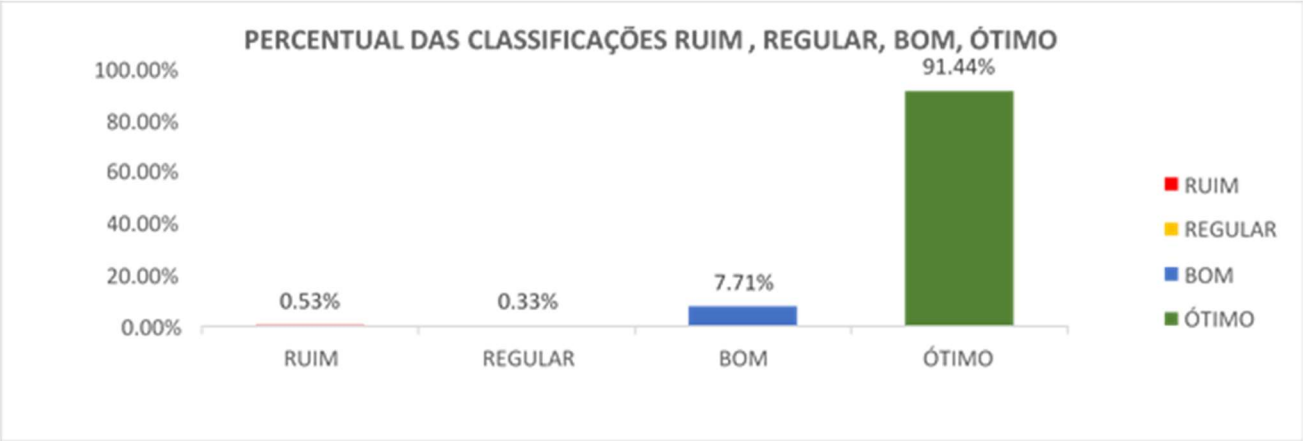
Neste segundo gráfico está representando o percentual total de avaliações de cada setor da policlínica.



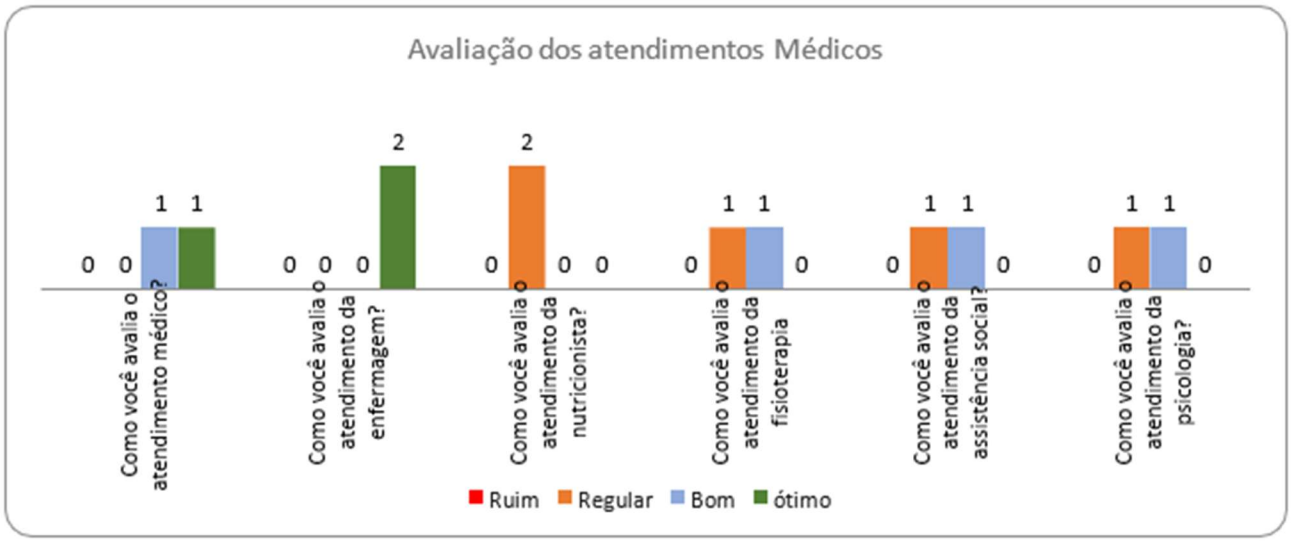
Este terceiro gráfico está representando o índice do percentual das classificações ruim regular e ótimo da unidade Policlínica Estadual da Região são Patrício – Goianésia, nos atendimentos.

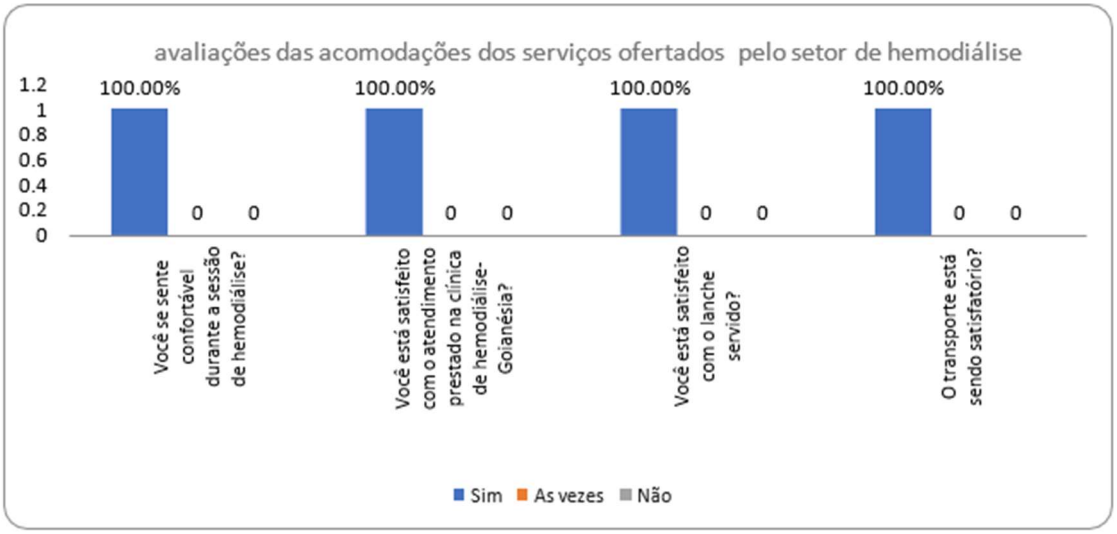


egue na tabela abaixo, os dados das avaliações do setor de hemodiálise, onde nos mostra o nível desatisfação dos usuários com os serviços prestados, O objetivo dessa avaliação e a satisfação dos pacientes em tratamento hemodialítico crônico com o cuidado recebido nos serviços de diálise.



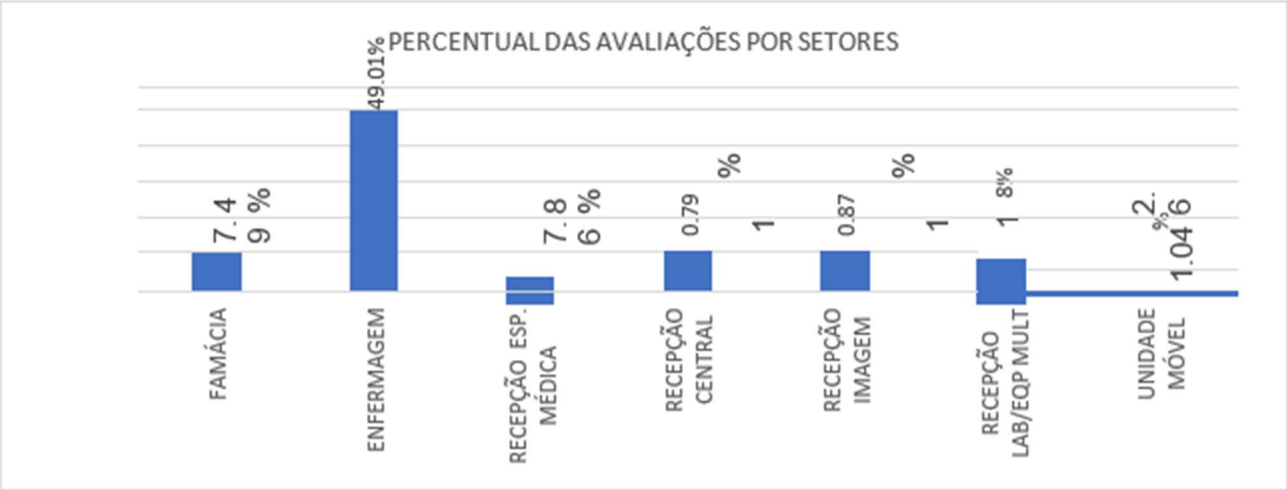
A maioria dos usuários considera bom o desempenho no atendimento da unidade da Policlínica, permanecendo os indicadores em torno de 89%, como pode ser observando o gráfico acima. Os resultados são apresentados graficamente e, quando aplicável, compara-se com os resultados do mês anterior, para verificar a evolução dos índices de satisfação e insatisfação dos usuários, podemos observar na tabela abaixo, o comparativo das avaliaçõs realizadas referente ao mês de maio e junho.





AVALIAÇÃO DA LIMPEZA POR SETORES

policlínica – Unidade Goianésia está com alto índice de Satisfação. As avaliações de limpeza por setores, ficaram com um índice de e 1,04 % e 49,01 % relacionado aos setores, como pode ser observado no gráfico abaixo.

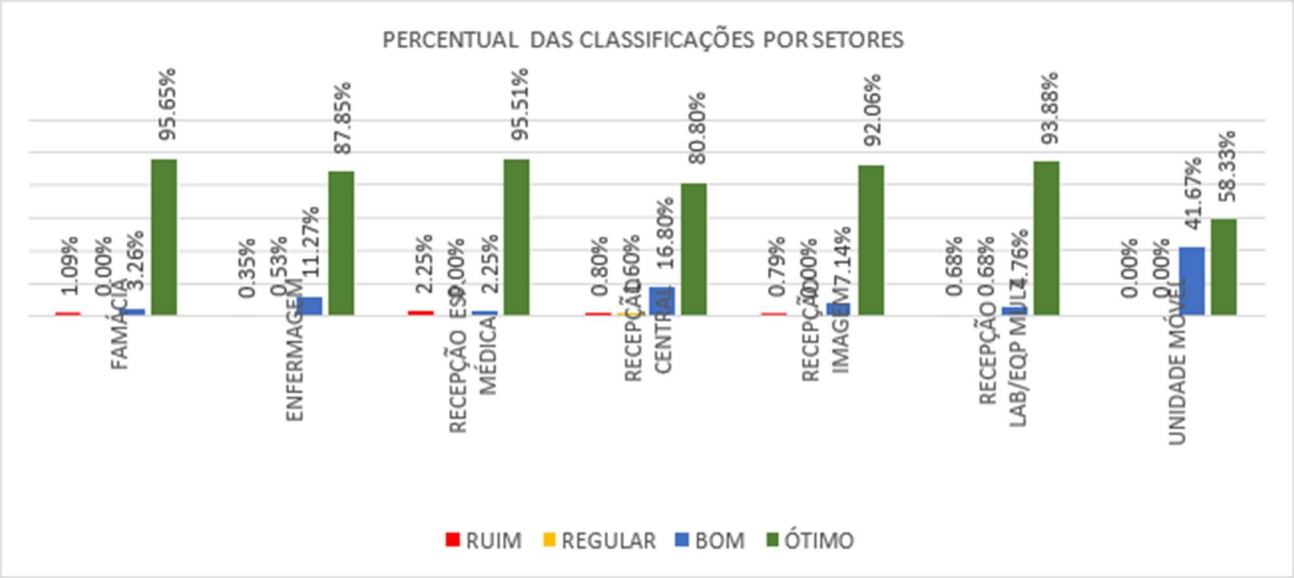


Nota-se que, alguns setores receberam mais avaliações do que outros, isso ocorre devido os pacientes não ter a necessidade de passar por todos os setores da unidade, como mostra a tabela abaixo.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
FAMÁCIA	1		3	88	**92**	**7,94%**
ENFERMAGEM	2	3	64	499	**568**	**49,01%**
RECEPÇÃO ESP.	2		2	85	**89**	**7,68%**
MÉDICA	1	2	21	101	**125**	**10,79%**
RECEPÇÃO	1		9	116	**126**	**10,87%**
CENTRAL	1	1	7	138	**147**	**12,68%**
RECEPÇÃO			5	7	**12**	**1,04%**
IMAGEM	**8**	**6**	**111**	**1034**	**1159**	**100,00 %**
RECEPÇÃO LAB/EQP MULT	**0,69%**	**0,52%**	**9,58%**	**89,21%**		
UNIDADE MÓVEL						
TOTAL						
PERCENTUAL						

TOTAL DAS AVALIAÇÕES : 1.159

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 AS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

Ressalta-se que a pesquisa de satisfação 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 dessa instituição.

PARTICIPAÇÃO DA OUVIDORIA EM COMISSÕES

A Ouvidoria da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia, tem participação nas seguintes comissões;

●Comissão de controle e infecção relacionado a assistência a saúde - Onde realizou-se a reunião mensal referente a mesma, no dia vinte de junho de dois mil e vinte dois as quinze horas, com a presença da Sr° presidente Geovanna Lissa Bernardes Oliveira e os demais membros: Rosana Vieira - Farmacêutica, Marília de Souza - Assistente de ouvidoria e a Talita Utim - Enfermeira SCIRAS, reunião teve como pauta o objetivo de promover, Sistema de investigação de IRAS, Vigilância epidemiológica e ação referente ao mês de junho.

●Comissão do núcleo de ensino pesquisa e extensão - Onde realizou- se a reunião mensal referente a mesma, no dia trinta de maio de dois mil e vinte sete as quinze horas e trinta minuto, com a participação dos membros do NEPE, reunião teve como pauta o objetivo de promover e definir as datas dos treinamentos e datas comemorativas previstos no cronograma mensal referente ao mês de julho.

REUNIÕES

Neste mês de junho no dia doze de maio de dois mil e vinte dois, realizou-se a reunião mensal com o setor das ouvidorias de todas as unidade das policlínicas e HUGO com o coordenador de qualidade do ICEM – Henrique da Silva Sousa, reunião teve contexto, o presente trabalho tem como objeto a apresentação de um diagnóstico das atividades de ouvidoria, a realização e sua padronização, e o projeto do funcionário em destaque , objetivo e eleger os colaboradores mais elogiados do para estimular um ambiente com competitividade saudável e a realização das pesquisas de satisfação google forms, para que possamos colocar em prática nossas atividades, tornando possível a qualidade do atendimento. Também foi realizado a reunião dos brigadistas da unidade da policlínica

Goianésia, no dia 30 de junho de 2022 às 15:15, para pudéssemos estar realizando a evacuação de todos os funcionários diante de uma simulação de incêndio.

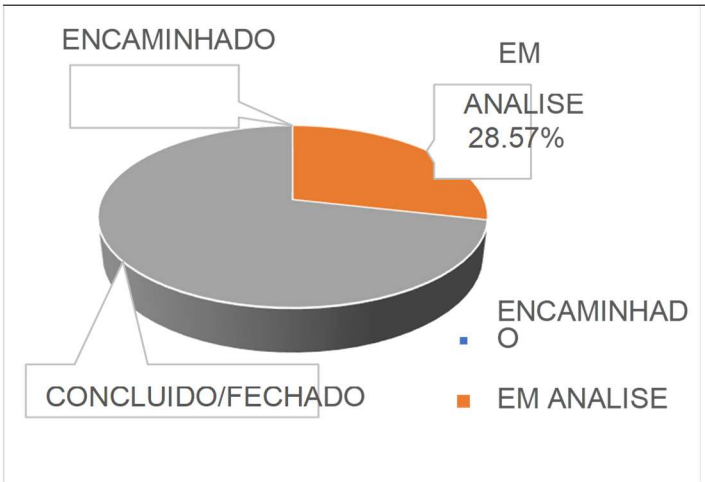
PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS

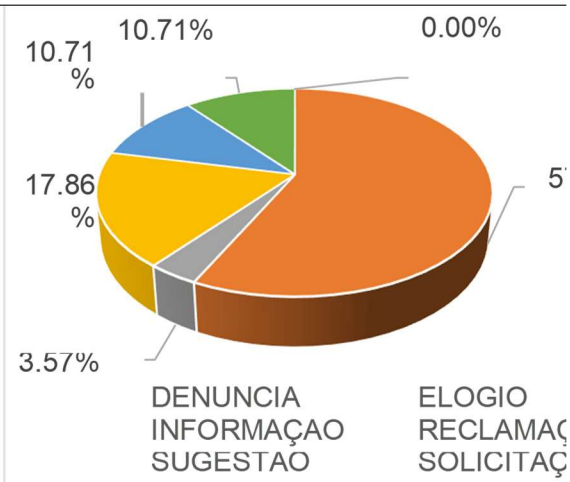
No dia 01/07/2022 do mês de julho as 16:00 horas, realizou-se a ação com os colaboradores "Funcionários em Destaque" referente ao mês de junho, elaborada pelo setor da ouvidoria. O

objetivo da ação, é para incentivar e reconhecer os nossos colaboradores. Os mesmos, foram destacados por serem elogiados pelos usuários, tiveram os nomes citados nas pesquisas de satisfação e registros do sistema ouvidor sus, relatando a satisfação do atendimento recebido.

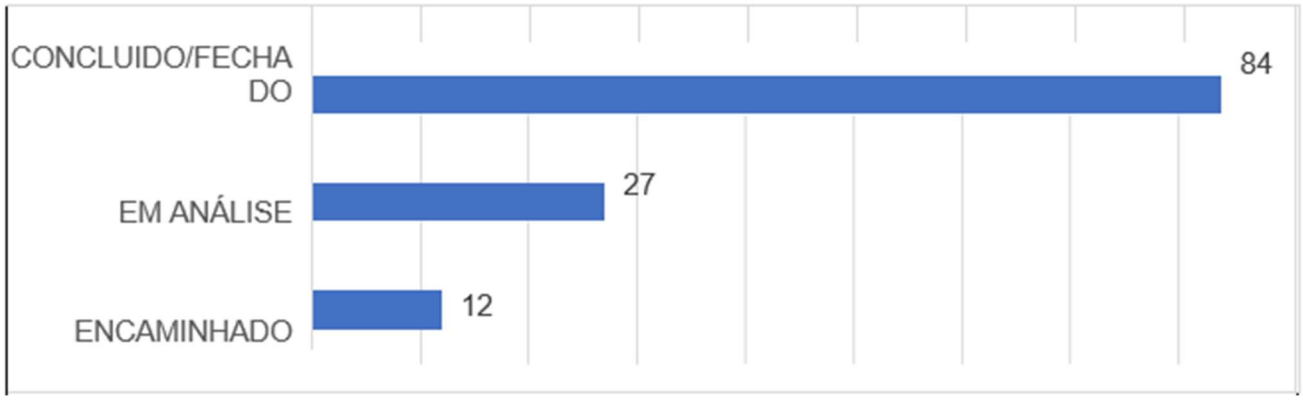
A OUVIDORIA DA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO – GOIANÉSIA

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. Neste mês de junho houve 28 registros no sistema ouvidor sus,sendo 16 elogios, 05 reclamações, 03 solicitações, 03 sugestões, 01 informação. Entretanto, recebemos usuários que não querem formalizar as manifestações independente da sua classificação 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, agilidade no atendimento, buscamos soluções junto aos responsáveis pelo setor, e estamos sempre em constantemudanças para melhorias da nossa unidade da policlínica Goianésia, mantendo sempre a qualidade dos atendimentos da nossa unidade. Dando continuidade aos registros do sistema ouvidor sus podemos observar a tabela com os gráficos logo abaixo.





Quantidade de demandas sob responsabilidade desta Ouvidoria - 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, 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.

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 junho uma reunião 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.

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 maio. Dos cinco pacientes investigados, nenhum apresentou sinais flogísticos após o procedimento de pequenas cirurgias, o que evidencia um maior cuidado na orientação pós cirúrgico pelo profissional executor.

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

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.

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: 23/06/2022	Período/Ano analisado: jun/22

Objetivo da medição: Analisar qualidade da procedimento afetada (Pequenas cirurgias dermatológicas)

Processo: Busca ativa de pacientes

Fórmula: Somatório de quantidade de pacientes que apresentaram sinais flogísticos após a realização de pequenas cirurgias

Valor médio do ano anterior: Não se aplica

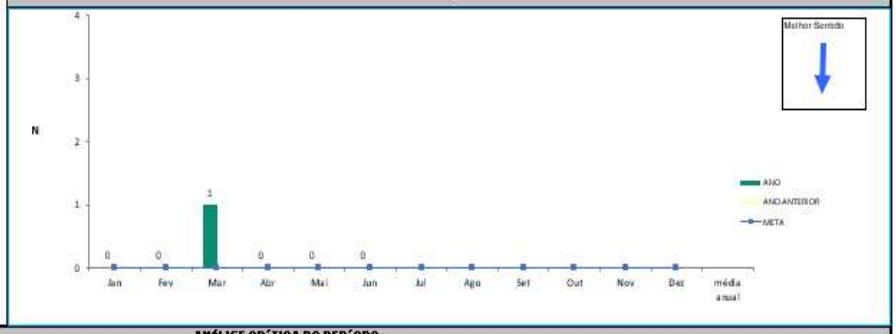
Responsável pela análise: Talita

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

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2022: Entre 5 pacientes da busca ativa, nenhum apresentou sinais flogísticos pertinentes aos procedimentos de pequenas cirurgias.

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 maio de pequenas cirurgias. A busca ativa foi realizada com cinco pacientes, destes nenhum apresentou sinais flogísticos.

Também foi discutido sobre o formulário (planilha), para controle de uso de antibiótico no setor de Hemodiálise, contendo as informações: data de início de tratamento, paciente, motivo do tratamento e escolha de antibiótico, está sendo aplicada, porém este mês de junho não foi realizado nenhum tratamento com antibioticoterapia no setor de hemodiálise.

Além disso, foi discutido sobre o início da realização de testagem de COVID-19, para os colaboradores sintomáticos, seguindo a conduta conforme protocolo de manejo de COVID-19 da unidade. Mediante a isso, ficou definido que será realizado mensalmente o indicador da quantidade de teste realizado x a quantidade de teste positivo na unidade.

AÇÕES REALIZADAS:

A comissão atuando juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), iniciou em maio, a análise do indicador do protocolo de higienização das mãos, através do formulário de observação, da higienização das mãos nos 5 momentos. Os mesmos serão realizados todos os meses para verificar a efetividade do protocolo.

Foi realizada uma capacitação dos colaboradores e prestadores de serviços referente a biossegurança, sobre paramentação e desparamentação para que os mesmos consigam realizar o procedimento com segurança tanto para o colaborador, quanto para os pacientes.

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. A implementação dos protocolos têm sido ações efetivas para melhor assistência ao paciente.

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

APRESENTAÇÃO

A CARPM é estruturada e organizada conforme determinação da Resolução n.º 1.638 de 2002 do conselho Federal de Medicina, a qual define Prontuário Médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

INTRODUÇÃO

A CARPM se reúne ordinariamente na segunda quinta – feira do mês para realizar a revisão sistemática, por amostragem, dos prontuários médicos digitais da Policlínica Regional de Goianésia.

Essa revisão é necessária para averiguar a qualidade do preenchimento das informações clínicas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O resultado da análise permite acompanhar a eficácia das medidas sanadoras.

MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS.

Francisco Baltazar Macruz Sampaio – Médico Diretor Técnico – Presidente

Geovana Lissa Bernardes Oliveira – Coord. de Enfermagem - Vice-Presidente

Jovelino Pereira da Mota Júnior - Enfermeiro – Secretário

Eliza Maria Queiroz Oliveira – Médica (CURAT) – Membro

OBJETIVOS

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;

INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador
Título: Número de Prontuários Incompletos
Origem: Sistema de registro digital de prontuários médicos – MV.
Nível da informação: Resultado, tático e Operacional
Dimensão da qualidade: Indicador relativo de qualidade.

Descrição do numerador:	Descrição do denominador:
Números de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tópicos: Identificação, Hipótese Diagnóstica, História da Doença Atual; Conduta.	Número de atendimentos no mês analisado.

Método de cálculo: dá-se pela razão entre o número de prontuários inconsistentes pelo número de atendimentos no mês, realizada por amostragem aleatória em 10% dos prontuários.

Media: melhor média histórica de 0,93%

Definição de termos: É considerado não conforme quando houver falha no registro dos 4 tópicos.

Limitações:

Fonte dos dados: Média histórica.

POLICLÍNICA ESTADUAL Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

FOR.CARPM.01/2022 DATA ELABORAÇÃO: 12/05/2022 REV.000 DATA REVISÃO:12/05/2023

Nº de Prontuários incompletos	Data da Análise:	Período/Ano analisado:
	30/06/2022	jun/22

Objetivo da medição: Monitorar o número de prontuários incompletos na unidade.

Procedimento: Sistema MV. Aplicativo de sorteio para verificar os prontuários contemplados

Fórmula: Somatório da quantidade de prontuários incompletos

Valor médio do ano anterior: NÃO SE APLICA

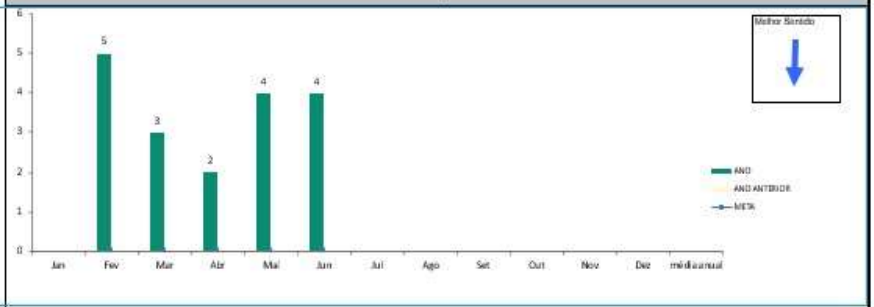
Responsável pela análise: Dr. Francisco

Observações: SE HOUVER UM AUMENTO DE PRONTUÁRIO INCOMPLETO, SERÁ REALIZADO PLANO DE AÇÃO PARA MITIGAR O RISCO DE PRONTUÁRIO INCOMPLETO.

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO		5	3	2	4	4							
META		0	0	0	0	0							
ANO ANTERIOR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



Nº de Prontuários incompletos: 4, totalizando 1,7% de prontuários preenchido indevidamente.

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

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

AÇÕES REALIZADAS:

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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que a comissão está conseguindo provar melhorias através de treinamentos.

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

2.2.3 - Comissão de Ética Multidisciplinar (CM)

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Ética Multidisciplinar da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, visa desempenhar as funções educativas, preventivas e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício das profissões retro mencionadas na unidade.

É constituída por profissionais de enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia e serviço social.

INTRODUÇÃO

É função da Comissão de Ética Multidisciplinar estar sempre atenta aos padrões de ética no exercício das ciências às quais à comissão responde.

Tudo é voltado para proteger e garantir a dignidade e integridade humana e proteger o exercício dos profissionais de saúde. A Comissão de Ética Multidisciplinar analisa a prática das questões éticas profissionais e emite pareceres sobre os mesmos.

A comissão de Ética Multidisciplinar se reúne, salvo exceções e casos excepcionais, uma vez ao mês. Nestas reuniões tem a finalidade de debater assuntos pertinentes e acompanhar as demandas da ouvidoria (elogios e reclamações) visando a melhoria nos atendimentos.

Serão realizados treinamentos, palestras e divulgação para melhorar a qualidade do atendimento ao cliente, conforme cronograma de ação.

Mediante a recente nomeação da presidente da comissão, faz-se necessário a coleta de informações do setor de ouvidoria e dos colaboradores, para traçar os planos de ações pertinentes.

MEMBROS DA COMISSÃO: Ética Multidisciplinar

- ✓ **Gyza Mendes Rocha Silva – Psicóloga – Presidente**
- ✓ **Natálio Lima dos Santos – Nutricionista - Secretário**
- ✓ **Glaciene da Silva Braga – Assistente Social – Membro**
- ✓ **Stela Cristina W. S. Steckelbe – Fisioterapeuta - Membro**
- ✓ **Amanda Cunha Fonseca de Lima – Enfermeira - Membro**

OBJETIVOS

A comissão de Ética Multidisciplinar da Policlínica da região São Patrício – Goianésia, tem por objetivo monitorar e analisar casos supostos ou compatíveis com infração ética e encaminhar ao conselho correspondente.

Realizar ações educativas em alusão a ética profissional da assistência que é ofertada na unidade.

INDICADORES:

Em processo de elaboração e implementação.

AÇÕES REALIZADAS:

Nomeação do novo membro, Glaciene da Silva Braga, realizada pela presidente e demais membros dessa comissão.

Elaboração da ação referente ao mês de junho de 2022, já referida em ata anterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que há necessidade de conscientizar os profissionais quanto as possíveis infrações éticas e manter as ações referentes as normativas estabelecidas por cada categoria, junto ao seu Conselho profissional, de forma permanente e sempre atualizadas.

2.2.4 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

Aos quatorze dias do mês junho de dois mil e vinte e dois, reuniu-se as dezesseis e trinta horas no auditório da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia, sob a presidência da presidente Leandro de Castro Ribeiro e do vice-presidente Pedro Carrilho Arantes Rios e dos demais membros: Elisa Kellyta Lima Silva (de forma remota), Jenifer Tais Cunha Ribeiro. O presidente deu início aos trabalhos dando boas-vindas a todos os presentes, durante a reunião foi nomeada a 1ª secretária, que por unanimidade de votos foi escolhida pelos integrantes da CIPA. Dando seguimento à reunião, onde o mesmo citou os itens descritos e finalizados na ata anterior e abriu discussão sobre novas aquisições.

Conforme pontuado no item 2 da última ata, foi realizado a implantação de um hidrante na unidade. Seguimos no aguardo onde 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.

Segue em andamento aguardando avaliação do Engenheiro (CEM), e do Major do Corpo de Bombeiro.

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.

Observação: A mesma já se encontra em processo de instalações.

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.

Foi discutido entre os membros da CIPA, uma nova simulação da brigada de incêndio, a sugestão é que seja feito para saber o nível de preparação de cada integrante

Foi abordado durante a reunião estabelecer os requisitos mínimos necessários para o dimensionamento das saídas de emergência para que os integrantes possam abandonar a edificação, em caso de incêndio ou pânico, completamente protegida em sua integridade física, e permitir o acesso de guarnições de bombeiros para o combate ao fogo ou retirada de pessoas.

Registro:

2.2.5 - Comissão de 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.

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.

MEMBROS DO COMISSÃO: NÚCLEO DE QUALIDADE

- ✓ **Francisco Baltazar Marcruz 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

OBJETIVOS

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

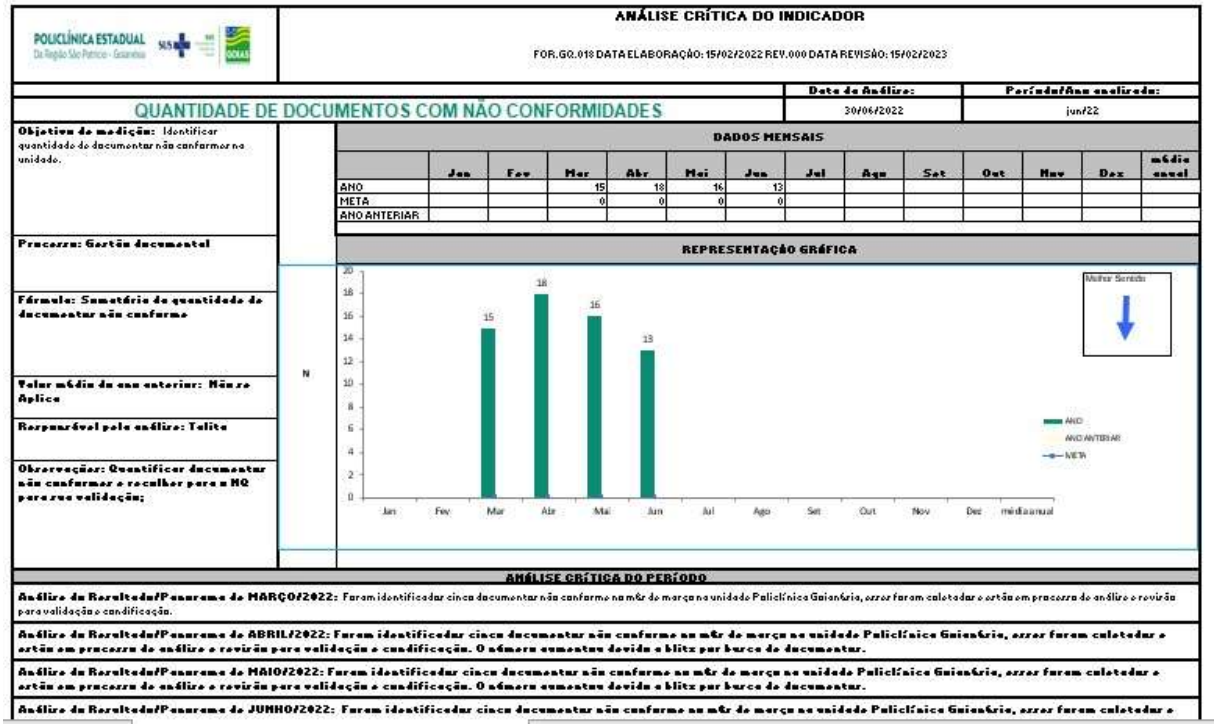
Ofertar assistência de qualidade aos usuários;

Atuar juntamente com o núcleo de segurança do paciente;

Atingir metas.

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.	



POLICLÍNICA ESTADUAL

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

FOR.GQ.018 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 15/02/2023

Data da Análise:	Período/Ano analisado:
30/06/2022	jun/22

QUANTIDADE DE DOCUMENTOS COM NÃO CONFORMIDADES

Objetivo da medição: Identificar quantidade de documentos não conformes na unidade.

Processo: Gestão documental

Fórmula: Sumatória da quantidade de documentos não conforme

Valor médio do ano anterior: Não se Aplica

Responsável pela análise: Talita

Observações: Quantificar documentos não conformes e recolher para o NQ para sua validação;

N

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO			15	18	16	13							
META			0	0	0	0							
ANO ANTERIOR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2022: Foram identificados cinco documentos não conforme no mês de março na unidade Policlínica Goianésia, esses foram coletados e estão em processo de análise e revisão para validação e ramificação.

Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2022: Foram identificados cinco documentos não conforme no mês de março na unidade Policlínica Goianésia, esses foram coletados e estão em processo de análise e revisão para validação e ramificação. O número aumentou devido a blitz por busca de documentos.

Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2022: Foram identificados cinco documentos não conforme no mês de março na unidade Policlínica Goianésia, esses foram coletados e estão em processo de análise e revisão para validação e ramificação. O número aumentou devido a blitz por busca de documentos.

Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2022: Foram identificados cinco documentos não conforme no mês de março na unidade Policlínica Goianésia, esses foram coletados e

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.

AÇÕES REALIZADAS:

Foram realizadas busca na unidade de documentos com não conformidade, buscando realizar as adequações da estrutura documental. Sendo realizada blitz por todos os membros do NQ, realizando a gestão documental na unidade.

Realizado a restruturação da norma zero, com ramificações de acordo com cada tipo de documento, conforme solicitado.

Realizado melhoria no processo de armazenamento dos documentos.

Conforme descreve na norma zero, foi implementado o uso do carimbo em branco e de cópia controlada, onde foi estruturado uma planilha para alimentar os arquivos que são entregues aos setores e registrado para coleta de assinatura no caderno de protocolo de entrega de documento, para monitoramento do profissional responsável pelo recebimento do documento, com a finalidade de manter um controle dos documentos, produzidos e entregue nos setores da unidade.

Foi criado uma pasta compartilhada com a equipe do escritório da qualidade para facilitar o acesso aos documentos, e para controle e manutenção dos mesmos.

Houve alteração de sala, onde o escritório de qualidade, foi realocado para o aquário, com intuito de melhorar a dinâmica entre os colaboradores da equipe, auxiliar no processo quando o coord. da qualidade está na unidade.

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.

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.

MEMBROS DO COMISSÃO: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- ✓ **Dra. Eliza Maria Queiroz Oliveira–** Médica – Membro
- ✓ **Glaciene da Silva Braga –** 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

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.

INDICADORES:

POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

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: 01/07/2022	Período/Ano analisado: jun/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

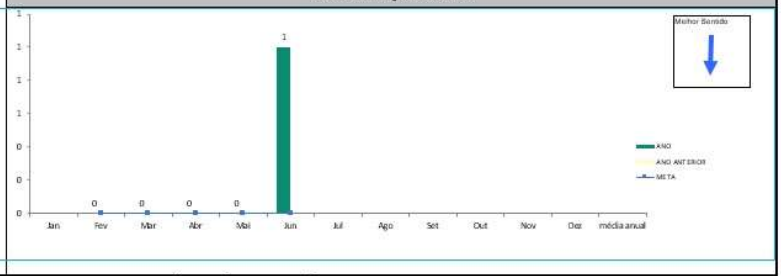
Responsável pela análise: Talita

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

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

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.

POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

FOR.NSP.03/2022 DATA ELABORAÇÃO: 17/05/2022 REV.000 DATA REVISÃO:17/05/2023

Taxa de adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde	Data da Análise: 30/06/2022	Período/Ano analisado: jun/22

Objetivo de medição: Monitorar a taxa de adesão a Higienização das Mãos na unidade, visando traçar plano de ação para mitigar o risco, e mensurar a efetividade do protocolo.

Processo: Formulário de observação

Fórmula: nº de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde / nº de oportunidades ocorridas para a higiene das mãos

Valor médio do ano anterior: NÃO SE APLICA

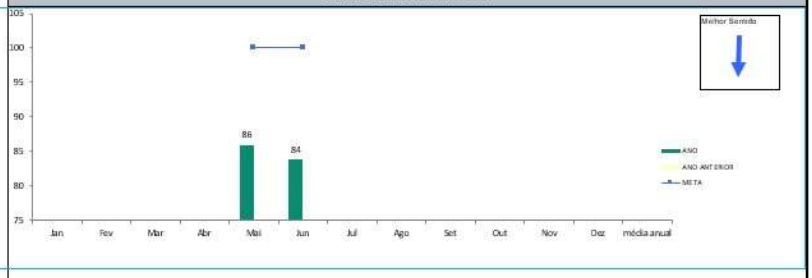
Responsável pela análise: Talita

Observações: INCENTIVAR O AUMENTO NA TAXA DE ADESÃO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA UNIDADE VISANDO MITIGAR OS INCIDENTES.

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO					86	84							
META					100	100							
ANO ANTERIOR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2022: Foram observados 15 pessoas, sobre a adesão da higienização das mãos nos 5 momentos, tendo um resultado de 86% de adesão, e 14% não realizou a higienização das mãos no momento oportuno.

Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2022: Observa-se uma queda de 2% da adesão da higienização das mãos nos 5 momentos, demostrando a necessidade de realizar reciclagem do treinamento referente ao protocolo de higienização das mãos, para melhorar o indicador, com objetivo de alcançar 100% de adesão a higienização das mãos nos 5 momentos.

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar a adesão da higienização das mãos nos 5 momentos, ou seja, se o colaborador realiza a higienização das mãos nos momentos oportunos, visando a segurança do paciente.

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Número de notificação relacionada a comunicação	
Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: **Número de notificação relacionada a comunicação**	**Descrição do denominador:** Número de notificações X 100
Método de cálculo: Número de notificação relacionada a comunicação/ Número de notificações X 100 na unidade Policlínica.	
Media: Não se aplica	

Definição de termos: Comunicação: significa tornar comum, compartilhar, trocar opiniões, associar, conferenciar. O ato de comunicar implica em trocar mensagens, que por sua vez envolve emissão e recebimento de informações.

A comunicação efetiva é aquela que produz um efeito real, positivo, quando uma mensagem transmitida do emissor para o receptor é compreendida sem ruído, resultando na execução correta da atividade ou ação comunicada.

Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.

Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica Goianésia.

POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

FOR.NSP.04/2022 DATA ELABORAÇÃO: 17/05/2022 REV.000 DATA REVISÃO:17/05/2023

Quantidade de Ocorrência de Falha de Comunicação	Data da Análise: 01/07/2022	Período/Ano analisado: jun/22

Objetivo de medição: Monitorar o número de ocorrencia de falha de Comunicação na unidade, visando traçar plano de ação para mitigar o risco, e mensurar a efetividade do protocolo.

Processo: NOTIVISA / NOTIFICAÇÃO INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Fórmula: Somatório da quantidade de ocorrência de falha de Comunicação na unidade Policlínica.

Valor médio do ano anterior: NÃO SE APLICA

Responsável pela análise: Talita

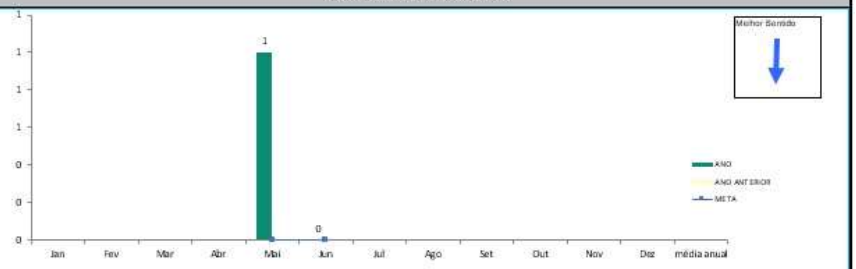
Observações: SE HOUVER UM AUMENTO DE INCIDENTE DE FALHA DE COMUNICAÇÃO NA UNIDADE O PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURO DEVERÁ SER REALIADO, VISANDO MITIGAR OS INCIDENTES.

N

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar a quantidade de ocorrência de falha de comunicação na unidade e realizar plano de ação conforme descreve o protocolo de comunicação efetiva, para mitigar o risco de falha de comunicação na unidade, visando a segurança do paciente.

Ficha Técnica do Indicador

Título: Número de Ocorrência de Falha de Identificação do Paciente

Origem: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos

Nível da informação: Resultado

Dimensão da qualidade: Efetividade

Descrição do numerador:
Número de notificação relacionada a Falha de Identificação do Paciente

Descrição do denominador:

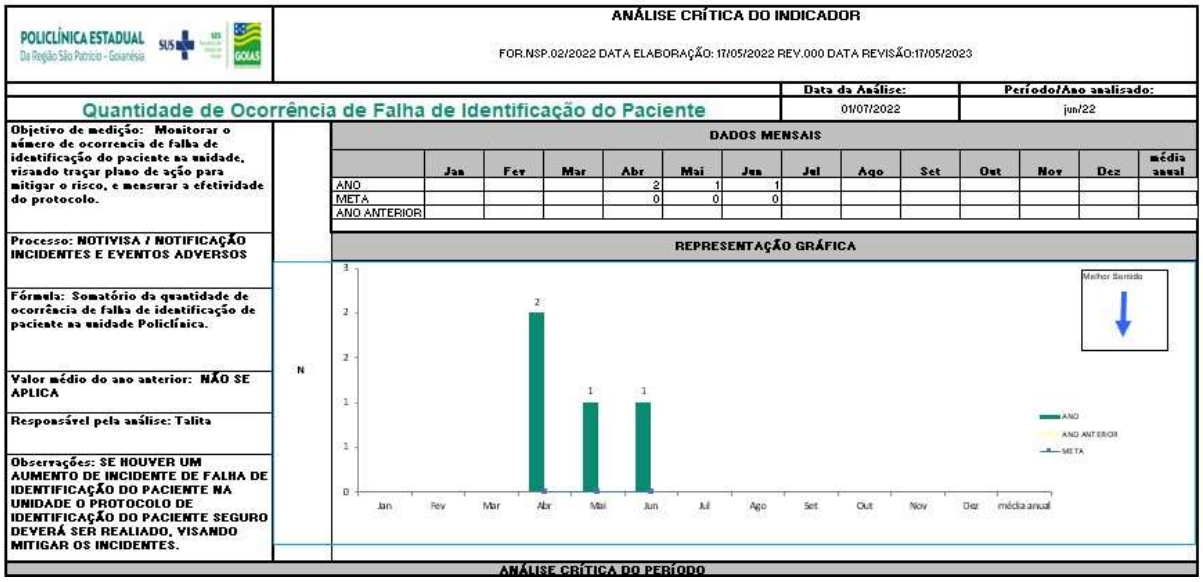
Método de cálculo: Número de notificação relacionada a falha de identificação do paciente.

Media: Não se aplica

Definição de termos: Identificação: Identificação é um mecanismo de defesa ou processo psicológico pelo qual o indivíduo assimila um aspecto, propriedade ou atributo de outra pessoa e assim se transformando total ou parcialmente no modelo que o outro fornece.

Limitações: subnotificação de incidentes/eventos adversos.

Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica Goianésia.



POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

FOR.NSP.02/2022 DATA ELABORAÇÃO: 17/05/2022 REV.000 DATA REVISÃO:17/05/2023

Quantidade de Ocorrência de Falha de Identificação do Paciente	Data da Análise: 01/07/2022	Período/Ano analisado: jun/22

Objetivo de medição: Monitorar o número de ocorrencia de falha de identificação do paciente na unidade, visando traçar plano de ação para mitigar o risco, e mensurar a efetividade do protocolo.

Processo: NOTIVISA / NOTIFICAÇÃO INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Fórmula: Somatório da quantidade de ocorrência de falha de identificação 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 FALHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE O PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURO 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				2	1	1							
META				0	0	0							
ANO ANTERIOR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar a quantidade de ocorrência de falha de identificação do paciente na unidade e realizar plano de ação conforme descreve o protocolo de identificação do paciente seguro, para mitigar o risco de falha de identificação na unidade, visando a segurança do paciente.

AÇÕES REALIZADAS:

No referente mês de junho, foi realizado alteração na portaria devido a vacância da profissional assistente social, e foi nomeado por portaria interna a Assistente Social Glaciene da Silva Bragal.

Durante o Mês foi realizado reunião extraordinária para discussão do caso das duas notificações de incidentes e eventos adversos. Durante a Reunião foi traçado plano de ação para solucionar o incidente e mitigar o risco de recorrência do incidente.

Realizado treinamento ministrado pelo Coord. da Qualidade Henrique da Silva Sousa, em alusão a segurança do paciente. No treinamento foi abordado sobre os 7 protocolos, seguindo as 6 metas Internacionais de segurança do paciente.

Protocolo de Identificação do Paciente: o protocolo foi elaborado e implementado com a finalidade de mitigar o risco de incidentes e falhas referente a identificação do paciente, para que possa ser ofertada uma assistência de qualidade e com segurança aos pacientes, desde o momento que o mesmo adentra a unidade. No momento do treinamento foi explicado sobre o fluxo, a ficha de indicador e análise de indicador para mensurar a efetividade do protocolo. A identificação segura do paciente, deve ser realizada desde a guarita, até a saída do paciente da unidade. Durante a prestação de assistência, deve realizar a confirmação dos dados da filipeta, sempre perguntando ao paciente, por exemplo: Nome, data de nascimento. Os pacientes serão identificados e orientados durante o período de estadia na unidade.

Protocolo de Comunicação Efetiva: A comunicação efetiva é a chave para mitigar os incidentes e eventos adversos na unidade, ela permite que as informações sejam passadas com clarezas e efetividade. No momento do treinamento foi explanado sobre a importância, os meios de comunicação e o fluxograma do protocolo, visando facilitar a compreensão de todos.

Protocolo de Higienização das Mãos: Durante o treinamento do protocolo de higienização das mãos foi explanado sobre os 5 momentos, a técnica correta, quando higienizar com álcool em gel 70 %, quando higienizar com água e sabão. Foi explicado sobre o fluxo do protocolo e análise de indicador.

Protocolo de Prescrição e Administração de Medicamento Seguro: Segurança na prescrição de medicamento, realizar a prescrição individualizada, conforme quadro clínico. Sempre confirmar os dados do paciente. Na administração do medicamento deve se realizar seguindo os 9 certos, para garantir segurança ao paciente na administração. As medicações devem estar bem identificadas, para facilitar, confirmar os dados do paciente, verificar se o paciente não tem alergia medicamentosa antes da administração. Seguindo o treinamento foi explanado sobre o fluxo do protocolo e análise do indicador de mensuração da efetividade do protocolo.

Protocolo de Prevenção de Quedas: Dando início ao treinamento referente ao protocolo de prevenção de quedas, foi explanado sobre o fluxo, desde a entrada do paciente no hall, até a saída do mesmo. O paciente que apresentar riscos de queda, deve ser ofertada a cadeira de roda, na entrada na unidade visando mitigar o risco de queda, e o processo de avaliação do risco deve ser reavaliado no acolhimento, consulta e exames. No setor de hemodiálise será realizado avaliação

referente a escala de morse. O protocolo visa mitigar o risco de incidente e eventos adversos na unidade e garantir uma assistência de qualidade e com segurança ao paciente.

Protocolo de Cirurgia Segura: Confirmação dos dados do paciente, checklist antes do procedimento, checklist pré anestesia e checklist pós anestésicos. Dentro do checklist deve ficar claro o local para realização do procedimento. Durante o treinamento foi explicado claramente o fluxo do protocolo.

Protocolo de Prevenção de Lesão Por Pressão: Para finalizar foi explanado sobre o protocolo de prevenção de lesão por pressão, o fluxo e o indicador. No momento do treinamento foi explicado que o proposito maior do protocolo é a orientação. No setor de hemodiálise, será aplicado a escala de Braden, na qual no momento do treinamento foi realizado a capacitação para o preenchimento da mesma.

Para finalizar o treinamento foi abordado sobre a importância da segurança do paciente, a qual permite melhorar a assistência ofertada. As notificações de incidentes e eventos adversos, a qual podem ser preenchidas tanto no google forms ou em casos necessários no formulário impresso.

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.

2.2.7 - 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.

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.

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
- ✓ **Lucas Andrade Silva** – Téc. de Segurança do Trabalho - Membro

OBJETIVOS

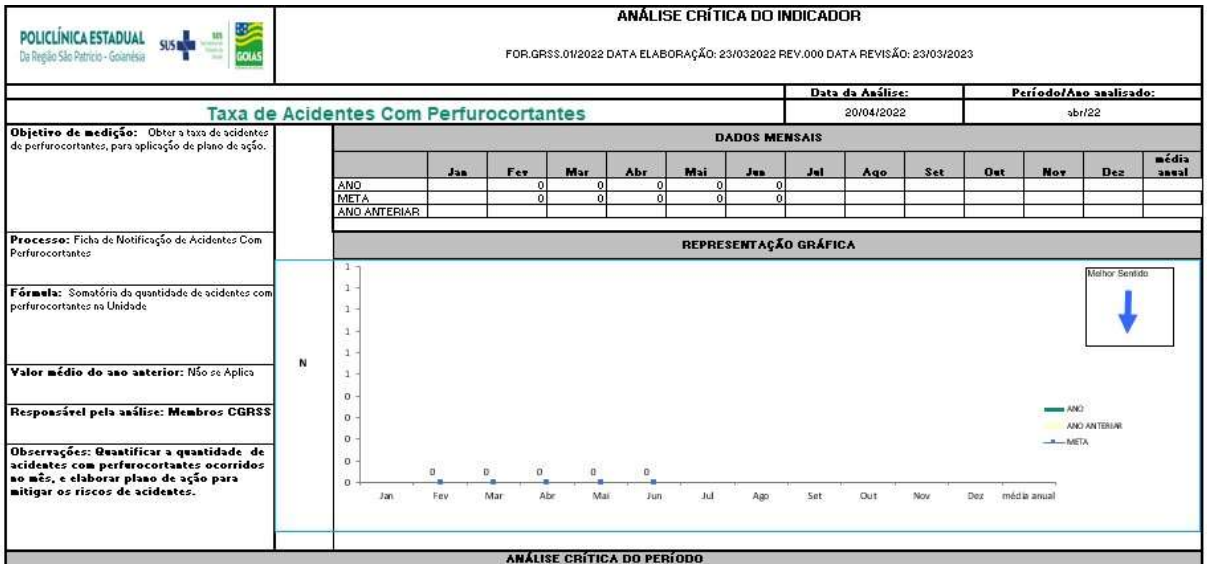
A CGRSS tem o objetivo de acompanhar e fazer cumprir o PGRSS, desenvolver ações em conjunto com a Coordenação Operacional da Unidade. Visando avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;

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.

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:	Período/Ano analisado:
	20/04/2022	abr/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	0	0	0	0							
META		0	0	0	0	0							
ANO ANTERIAR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

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.

AÇÕES REALIZADAS:

Realizado ação em alusão a paramentação e desparamentação, seguindo a NR 32 e normativas, visando capacitar os colaboradores e prestadores de serviço, para que possam realizar a paramentação corretamente e desparamentação, visando previnir e controlar as IRAS.

Monitoramento da quantidade de residuo tipo A 147,800 Kg, tipo B 0 Kg e tipo E 5,200 Kg, produzido na unidade mensalmente, totalizando em 153,00 Kg.

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.

2.2.8 – Comissão Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão (NEPE)

Aos dias vinte e sete do mês de junho de 2022, reuniu-se às quinze e trinta horas, no Auditório da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia os membros do NEPE, sobre a presidência da Enf. Talita para realização da reunião ordinária, visando solucionar os problemas identificados, e estabelecer o novo calendário referente aos treinamentos e eventos para serem desenvolvidos no mês de julho.

Foi discutida junto ao NEPE a necessidade de definir as datas dos treinamentos previstos no cronograma mensal referente ao mês de julho, o qual se comemora o julho amarelo para a conscientização as hepatites Virais, portanto, no momento já ficou estabelecido as datas dos treinamentos e os temas que serão abordados no mês.

Durante a reunião foi abordado sobre a necessidade de reforçar com os colaboradores a necessidade de fazer pelo menos um curso dentro da sua área de atuação durante o mês. Dia 01/07 será feito um momento na Unidade para conscientização sobre a importância da vacina BCG com a distribuição de folder para os usuários. Dia 20/07 se comemora o Dia do Amigo, terá um momento para os colaboradores com o “Amigo Virtuoso”.

No dia 20/07 terá uma Palestra sobre a prevenção de Acidente de Trânsito para conscientização de todos.

Dia 21/07 será a implementação do Protocolo de Prescrição de Medicamento para todos os Colaboradores.

No dia 06/07 será realizado o treinamento de Acolhimento da Enfermagem e dia 07/07 terá o treinamento de Curativo de CDL na Hemodiálise.

Foi comunicado e reforçado que os cursos oferecidos via online, estão disponíveis para os colaboradores, juntamente com orientações para realização, lembrando que os mesmos devem ser realizados dentro do horário de trabalho após liberação pelo seu líder, vale ressaltar que a certificação do mesmo será liberada pelo NEPE.

A certificação/declaração dos treinamentos está sendo desenvolvida pelo NEPE a fim de incentivar os profissionais a participar dos mesmos.

Nada mais havendo para ser relatado foi encerrado a reunião.

Registro:

2.2.9 – Comissão Verificação de Óbito (CVO)

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Verificação de Óbito atua no monitoramento e na prevenção de óbito na unidade, buscando sempre mitigar o risco de morte.

INTRODUÇÃO

A Comissão de Verificação de Óbito se reúne ordinariamente na segunda quarta-feira do mês para reunião mensal, visando tratar de assuntos pertinentes as atribuições da Comissão. A CVO se compromete em mitigar o risco de óbito na Unidade e se houver algum óbito a comissão fica

responsável pela investigação e coleta de dados para esclarecer as causas morte no decorrer do mês. Também ficou definido que se houver algum pedido de informação sobre algum óbito de ser feito através de um Ofício e a Comissão fica responsável por toda informação

MEMBROS DO COMISSÃO VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS:

- ✓ **Francisco Baltazar Marcruz Sampaio** – Diretor Técnico Médico – Presidente
- ✓ **Elisa Maria Queiroz Oliveira** – Médica – Vice-presidente
- ✓ **Fabiana Pereira do Nascimento** – Enfermeira RT da Hemodiálise – Secretária
- ✓ **Jovelino Pereira da Mota Junior** – Enfermeiro – Membro
- ✓

OBJETIVOS

A CVO será responsavel pela investigação do óbito na Unidade e também será responsavel de fornecer dados sobre um óbito do paciente, atraves de relatoriosconsulta medica, exames a comunicação será feita atraves de Ofício

INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Número de prontuário solicitados para verificação de óbito	
Origem: Notificação de Óbito	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Efetividade	
Descrição do numerador: **Número de prontuário solicitado**	Descrição do denominador: Número de notificações X 100
Método de cálculo: Número de prontuários X 100 na unidade Policlínica.	
Media: Não se aplica	
Definição de termos: Garantir que o prontuário do paciente seja preenchido corretamente, para que necessário sirva de fonte de pesquisa.	
Limitações: falha no preenchimento do prontuário	

Fonte dos dados: Todos os setores da unidade Policlínica Goianésia.

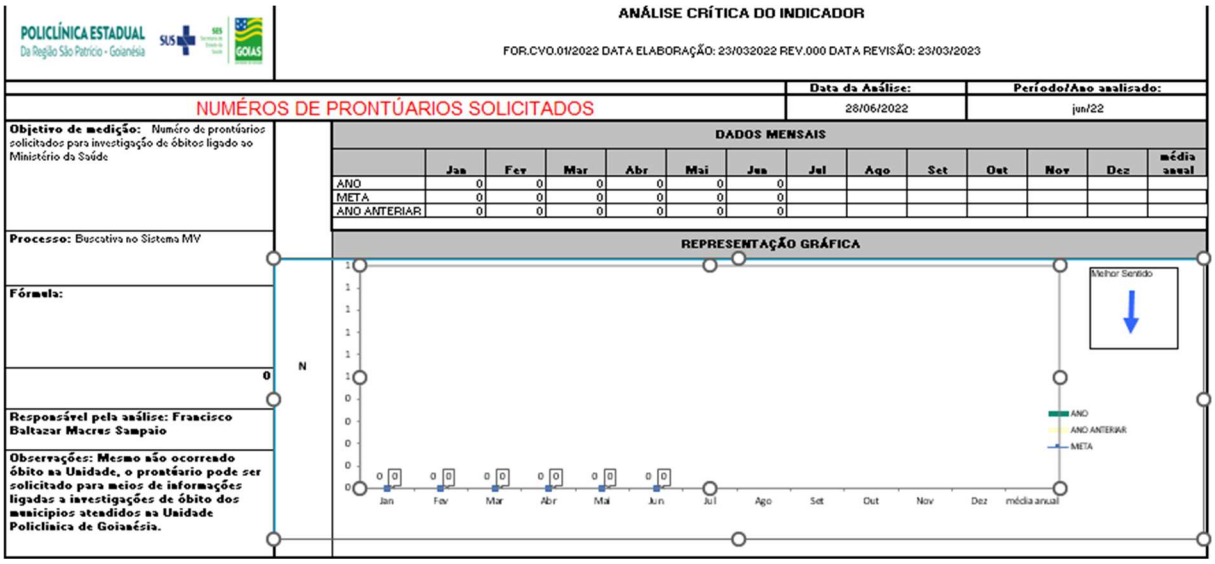
AÇÕES REALIZADAS:

São ações permanentes para mitigar o risco de óbito na unidade, garantir a segurança e proporcionar o bem-estar do paciente. Após treinar a equipe multidisciplinar a Comissão viu a necessidade de treinar também a equipe médica para o preenchimento correto do prontuário do paciente, para se algum dia precisar investigar a causa morte. Atuar juntamente com o NSP, para garantir a segurança do usuário e colaboradores. A CVO se disponibiliza para dar orientação sobre algum óbito, quando solicitado por algum órgão competente e o pedido deve ser feito através de ofício.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CVO manterá essas ações permanentes para zerar o risco de morte dentro da unidade e quando ocorrer um óbito a comissão se compromete em reunir em para discutir e investigar a causa da morte.

REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS



POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

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

Data da Análise:	Período/Ano analisado:
28/06/2022	jun/22

NUMÉROS DE PRONTÚARIOS SOLICITADOS

Objetivo de medição: Numéro de prontúarios solicitados para investigação de óbitos ligado ao Ministério da Saúde

Processo: Buscativa no Sistema MV

Fórmula:

Responsável pela análise: Francisco Baltazar Macrus Sampaio

Observações: Mesmo são ocorreado óbito na Unidade, o prontúario pode ser solicitado para meios de informações ligadas a investigações de óbito dos municipios atendidos na Unidade Policlinica de Goianésia.

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

2.2.10 – Comissão Proteção Radiológica (CPR)

Aos 28 (vinte oito) dia do mês de junho de dois mil e vinte e dois, nas dependências da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, se fez presente a Sra. Juliana Pereira Duarte Arantes representante da Comissão de Proteção Radiológica, e todos os colaboradores que foram designados para compor a comissão.Como tema da reunião a empatia no atendimento na radiologia, ao pensar em um professional de radiologia, diversos critérios devem ser considerados,

como: Organização do local de trabalho: os técnicos em radiologia possuem diversas atribuições além da realização de exame de imagem, sendo a organização e verificação do espaço de trabalho.

Planejamento do atendimento: o profissional também deve ser o responsável pelo funcionamento adequado dos processos no local de trabalho, o que inclui verificar a agenda de atendimento,respeitando os pacientes prioritários, receber os prontuários medicos.conhecer as medidas de segurança: a área de radiologia exige uma série de cuidados com biossegurança que devem ser conhecidos e respeitados pelo profissional, visando se resguardar e resguardar o paciente. Entre os exemplos estão, providenciar a limpeza e assepsia das salas de exames, utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI's), reduzir o possível tempo de exposição à radiação, fazer o acondicionamento de materiais radioativos para transporte ou descarte, entre outras. Boa Comunicação :é necessário instruir é obter informações do paciente, de forma que é importante que o profissional tenha uma boa comunicação para que os dados sejam passados corretamente. Empatia é a capacidade psicológica de sentir o que sentiria outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela. A empatia leva as pessoas a ajudarem o próximo – e a capacidade de ajudar. Os técnicos de radiologia lidam diretamente com os pacientes, sendo que alguns estão estressados ou ansiosos com o procedimento, de forma que o profissional deve ter empatia para lidar com pessoas e acalmá-las. Portanto é real a necessidade de se ter empatia na área da radiologia.

Registro:

2.2.11 – Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

APRESENTAÇÃO

Comissão de Farmácia e Terapêutica. A CFT tem a finalidade de garantir a aquisição e uso de insumos médico-hospitalares equipamentos e outros, dentro de padrões técnicos operacionais adequados, visando sua manutenção, melhoria da qualidade e produtividade da assistência à saúde na Unidade. Ser responsável pelo desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização de medicamentos, produtos químicos e germicidas.

INTRODUÇÃO

A CFT se reúne ordinariamente na segunda terça-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 CFT é responsável por realizar vistorias diariamente em todos os setores da unidade, para verificação de equipamentos e medicamentos disponíveis.

MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

- ✓ **Rosana Vieira de Lima** – Farmacêutica – Presidente
- ✓ **Michelle Sousa Ramos** – Farmacêutica – Vice-Presidente
- ✓ **Pedro Carrilho Arantes Rios** – Representante do Almoxarifado - Secretário
- ✓ **Rubiana Trucolo Dias** – Assistente de Diretoria – Membro
- ✓ **Talita Utim Toledo** – Enfermeira SCIRAS – Membro
- ✓ **Geovanna Lissa Bernardes Oliveira** – RT de Enfermagem - Membro

OBJETIVOS

A CFT Garantir a aquisição e uso de insumos médicos hospitalares, equipamentos e outros, dentro de padrões técnicos operacionais adequado.

Ser responsável pelo desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização de medicamentos, produtos químicos e germicidas.

INDICADORES

Em processo de implementação.

AÇÕES REALIZADAS:

Conforme cronograma de ação da CFT, foi elaborado planilha para controle de equipamentos e instrumentos utilizados na unidade, visando verificar, sobre a manutenção preventiva e funcionalidade, com a finalidade de ofertar uma assistência de qualidade aos usuários.

A Comissão tem desenvolvido ações do cronograma da CFT, com a finalidade de padronizar, organizar e fiscalizar, medicamentos, produtos químicos, germicidas, materiais hospitalares e equipamentos, atuando juntamente com outras comissões da unidade.

2.2.12 – Comissão Ética Médica (CEM)

Aos vinte e oito dias do mês de junho de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às quatorze horas no auditório da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, todos os membros da comissão de ética médica, para tratar de assuntos pertinente a comissão.

Ao que Compete a CEM apurar os casos de suspeita ou compatíveis com infração médica e encaminhar o caso para o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), que dará continuidade nas investigações de tratativa do caso. A comissão não recebeu nenhuma demanda para tratativa até o momento de caso compatível com infração médica na unidade.

Durante a reunião foram abordados sobre os dois membros, que devido a vacância não está mais compondo a comissão. Deste modo, segue realizando as ações necessárias os membros presentes, até resposta da CREMEGO

4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção

4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados

A Carreta de Prevenção esteve no município de Goianésia no período de 08/06/2022 (quarta-feira) à 30/06/2022 (quinta-feira). No mês de junho, foram ofertadas 16 vagas para coleta de citopatológico no período matutino e 18 vagas para coleta de citopatológico no período vespertino. Para mamografia, foram ofertadas 16 vagas no período matutino e 18 vagas no período vespertino. Todo mês a escala da Carreta de Prevenção é enviada para o e-mail da Viviane da regulação da SES.

Quantitativo de mamografias e citopatológicos realizados por dia (período matutino e vespertino):

DATA	MAMOGRAFIAS	CITOPATOLÓGICOS
08/06/2022	03	0
09/06/2022	05	0
10/06/2022	11	0
13/06/2022	0	0
14/06/2022	0	0
15/06/2022	03	0
20/06/2022	03	0
21/06/2022	0	0
22/06/2022	03	0
23/06/2022	0	0
24/06/2022	0	0
27/06/2022	0	0
28/06/2022	03	0
29/06/2022	03	0
30/06/2022	01	0
TOTAL	**35**	**0**

Obs. : A Carreta de Prevenção esteve disponível no pátio da Policlínica de Goianésia durante todo o mês de junho (à partir do dia 08/06, data em que voltou da manutenção), para atender as pacientes que foram reguladas no mês de maio para Corumbá e não foram atendidas. Ficou acordado com a Viviane (responsável pela regulação da Carreta na SES) que eles enviariam as pacientes que não foram atendidas em maio para serem atendidas em junho, portanto, nem todas as pacientes compareceram. A Policlínica de Goianésia informou a situação à Viviane que já está ciente.

5 – Relatório de Recursos Humanos

Turnover - Junho de 2022						
Admitidos do mês						
CPF	**Nome**	**Cargo**	**Data Admissão**	**Motivo**		
93701012172	LUCIANA CASTELO PEREIRA DE SOUZA	ASSISTENTE SOCIAL	01/06/2022	SUBSTITUIÇÃO DE PESSOAL		
6207538110	STEPHANIE MARTINS SILVA MICLOS	RECEPCIONISTA	01/06/2022	SUBSTITUIÇÃO DE PESSOAL		
4468667176	TAMIRES LORRANE PEDROSA SANTOS	RECEPCIONISTA	01/06/2022	SUBSTITUIÇÃO DE PESSOAL		
1066362190	UANE FERREIRA DA SILVA	TECNICO EM RADIOLOGIA	06/06/2022	ACRÉSCIMO NO QUADRO		
TOTAL DE COLABORADORES		**4**				
Demitidos do Mês						
CPF	**Nome**	**Cargo**	**Data Admissão**	**Data Demissão**		**Motivo**
4780907144	MAYSA RABELO FERNANDES	RECEPCIONISTA	25/10/2021	03/06/2022	DISPENSA SEM JUSTA CAUSA	
TOTAL DE COLABORADORES		**1**				
Total de Colaboradores em Junho						
66						

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

CONTROLE DE ATESTADOS JUNHO - 2022						
CPF	**VINCULO**	**PROFISSIONAIS QUE ESTÃO AFASTADOS POR SUSPEITA DE COVID-19**	**DATA**	**TOTAL DE DIAS**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
TOTAL DE COLABORADORES		**0**				
CPF	**VÍNCULO**	**PROFISSIONAIS CONFIRMADOS COM COVID-19**	**DATA**	**TOTAL**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
96093943100	CLT	ANA LUIZA MORAIS DE ARAÚJO FIGUEIREDO	02/06/2022	5	07/06/2022	07/06/2022
640.296.971-00	CLT	LEANDRO DE CASTRO RIBEIRO	06/06/2022	5	13/06/2022	13/06/2022
TOTAL DE COLABORADORES			**2**			
CPF	**VÍNCULO**	**ATESTADOS POR OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS**	**DATA**	**DIAS**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
4780907144	CLT	MAYSA RABELO FERNANDES	01/06/2022	1	02/06/2022	02/06/2022
70461076101	CLT	NATALIA RODRIGUES DA SILVA	01/06/2022	1	02/06/2022	02/06/2022
035.833.261-30	CLT	AMANDA CUNHA FONSECA LIMA	01/06/2022	30	24/08/2022.	
034.075.131-27	CLT	DAIANE PEREIRA DA SILVA	01/06/2022	30	15/10/2022	
94716188000	CLT	STELA CRISTINA WILSON SILVA STECKELBERG	01/06/2022	30	17/08/2022.	
6297774110	CLT	FABRÍCIO GABRIEL SILVA PEIXOTO	03/06/2022	1	06/06/2022	06/06/2022
3735522114	CLT	NÚRIA FRANCIELLE RODRIGUES SOUSA	06/06/2022	VESP	07/06/2022	07/06/2022
2002312192	TERC	RICARDO VIERA DA SILVA	10/06/2022	15	25/06/2022	25/06/2022
3864080177	CLT	ELISA KELLYTA LIMA SILVA	14/06/2022	1	15/06/2022	15/06/2022
80704158	TERC	RONDINEI ALVES FERREIRA	07/06/2022	1	08/06/2022	08/06/2022
TOTAL DE COLABORADORES		**10**				

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 setembro, foram entregues:

- ✓ 1.969 máscaras cirúrgicas;
- ✓ 93 máscaras N-95;
- ✓ 176 toucas;
- ✓ 156 aventais.

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

No dia 01/06 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 03 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os checklist do setor. A tarde demos início as novas formatações e restruturações nos Pops solicitadas pela SES. As 15hrs participamos reunião Comissão NSP, na qual foi abordado falhas ocorridas no atendimento prestado pelos socorristas da ambulância, logo em seguida participamos de outra reunião com a RT Geovanna e todos os enfermeiros da unidade, para discutirmos o novo fluxograma da unidade.

No dia 02/06 realizado todos os checklist do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos novas formatações e restaurações nos Pops da unidade solicitadas pela SES. Participamos das 15 às 17hrs reunião da SES referentes ao fluxo de avaliação e consulta com vascular, para posteriormente realização da confecção FAV.

No dia 03/06 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, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os checklist do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Paciente recebeu assistência assistente social e fisioterapeuta sendo colaborativo com todas as questões e atividades ofertadas. Realizado reunião com coordenadores Sempre Vida, sobre mudanças referentes ao fluxo socorristas.

No dia 06/06 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 03 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os checklist do setor. Paciente queixa episódios hipoglicemia, após reajuste na dosagem de insulina e acréscimo de insulina regular, sendo necessário remarcarmos retorno

endocrinologista para paciente. Após dialise paciente irá realizar RX de tórax e retorno atendimento global. Realizamos treinamento com a técnica de enfermagem Natalia, pois no decorrer da semana passada não tivemos tempo (devido formatações e restruturações dos pops, solicitações feitas pelas SES), sendo necessário e evidente a necessidade de realizarmos treinamento diário com a mesma, devida falhas ocasionadas durante a assistência. Com isso precisamos realizar treinamentos frequentes. Realizamos reunião com equipe do setor hemodiálise, pois devido solicitações feitas pela SES na semana de fechamento dos relatórios, não conseguimos repassar todos os temas expostos na ata, sendo necessário realizar em 2 momentos por ser equipes diferentes. Logo após realização de Rx e retorno no atendimento global conversei com o paciente que ainda não havia almoçado as 14hrs (mesmo após a equipe de enfermagem da hemodiálise se reunir e comprar almoço pro mesmo), com isso conversamos com a assistente social solicitando que entrasse em contato com a família, pois o paciente necessita de acompanhante, e que caso não conseguisse o acompanhar ao menos organizem almoço para que o paciente não fique sem almoço durante esse período. Participamos reunião com equipe CIPA para cerimônia de posse, logo após reunião com Paula e em seguida dinâmica com a participação de todos os colaboradores.

No dia 07/06 realizado todos os checklist do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos treinamento com a técnica de enfermagem Natalia, abordando temas em que a mesma está tendo dificuldades de realizar durante a assistência, estamos abordando a cada dia que a mesma necessita ter mais atenção e agilidade ao realizar a assistência. Realizamos reunião com equipe do setor hemodiálise, pois devido solicitações feitas pela SES na semana de fechamento dos relatórios, não conseguimos repassar todos os temas expostos na ata, sendo necessário realizar em 2 momentos por ser equipes diferentes. Realizamos a conferencia do questionário para posteriormente respondermos o questionário da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Diálise 2022, após leitura, analisamos que será necessário a elaboração de novos protocolos.

No dia 08/06 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Paciente nos relatou que mudará a dieta e que agora em diante fará o possível para se adaptar, pois percebeu que precisa ser mais colaborativo para que possa melhorar ainda mais, o mesmo recebeu assistência nutricionista e foi colaborativo com a mesma, com isso também nos relatou que não irá na consulta com endocrinologista marcada para o dia 10.06, alegando que se ele não mudar seus hábitos não adiantará ir ao médico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de

enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os check list do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com as técnicas de enfermagem Sônia e Ludmila, treinamento no qual continuamos realizando com o rodízio de todos os colaboradores da enfermagem, na qual se mostraram bem interessadas em realizar os procedimentos.

No dia 09/06 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento contínuo com a técnica Natália sobre falhas abordadas durante a assistência. Participamos da reunião com Enf: Talita e Enf: Henrique sobre as mudanças solicitadas pela vigilância, na qual teremos que organizar alguns documentos para completar o solicitado. Resultados todos anexados ao prontuário físico;

No dia 10/06 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, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os check list do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento das 14 às 16:30, com as técnicas em enfermagem Dilma e Jane no setor, na qual todos os técnicos deverão ser capacitados caso seja necessário remanejamento para o setor de hemodiálise. Realizado atendimento com a fisioterapeuta e assistente social ao paciente que foi colaborativo com as atividades ofertadas.

No dia 13/06 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Paciente queixa episódios diarreia mais intenso após consumo de caldo de mocotó na feira, sendo necessário a realização da higienização durante período dialítico. Realizamos treinamento com as técnicas de enfermagem Maressa, Rafaela e Danielle, em 2(dois) períodos, sendo matutino das 07:00 as 10:30 e vespertino das 14 às 16:30. Realizado todos os checklist do setor.

No dia 14/06 realizado todos os checklist do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos treinamento com a técnica de enfermagem Natalia, abordando temas em que a mesma está tendo dificuldades de realizar durante a assistência, estamos abordando a cada dia

que a mesma necessita ter mais atenção e agilidade ao realizar a assistência. Seguimos organizando a confecção dos documentos solicitados pela equipe da qualidade Henrique e Talita. Realizado pelo técnico da osmose Jessey manutenção das osmoses.

No dia 15/06 realizamos atendimento do paciente S.E.S proveniente do município de Barro Alto, desacompanhado, vindo com transporte Policlínica, logo após verificação SSVV encaminhado pela enfermagem a sala de hemodiálise maquina 1, 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, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os checklist do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com a técnicas de enfermagem Sônia, Ludmila, Lorrane e Dilma em 2 (dois) períodos matutinos das 7 às 11:40 e vespertino das 14 às 16:00, treinamento no qual continuamos realizando o rodizio de todos os colaboradores da enfermagem, na qual se mostraram bem interessadas em realizar os procedimentos. Paciente recebeu assistência nutricionista e psicóloga. Instalamos um quadro para anexarmos escalas da equipe de enfermagem e escala analises das águas e escala de exames mensais, trimestrais e anuais.

No dia 16/06/22 feriado nacional.

No dia 17/06 realizamos atendimento do paciente proveniente município de Barro Alto com transporte Policlínica, desacompanhado, após acolhimento é levado pra sala de hemodiálise, para início do tratamento do dia na máquina 03, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os checklist do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Paciente recebeu assistência fisioterapeuta Rosely e foi colaborativo com as atividades ofertadas. Realizamos a coleta mensal das amostras de água das osmoses reversa e dialisado. Estamos realizando a elaboração do Plano de Contingência referente a ações que realizamos quando análise das amostras apresenta resultado negativo. Realizamos a reformulação e adaptação do protocolo STDAH.

No dia 20/06 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 03 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de

enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Paciente queixa não deambular na unidade, devido orientações repassadas para que o mesmo só deambule com auxílio da enfermagem pois o risco de queda ainda é alto, diante disso paciente se mostra irritado, alegando que não irá deambular com auxílio da enfermagem, pois em casa e na sua cidade já está deambulando sozinho. Questionado sobre sair sozinho o mesmo relatou que na rua usa bengala e em casa apoia raramente em móveis. Realizamos treinamento com as técnicas de enfermagem Maressa no período matutino. Realizado todos os checklist do setor. Realizado reestruturação e reformulação Protocolo Segurança do Paciente Hemodiálise de acordo com a realidade da Policlínica Goianésia. Realizado revisão e leitura Orientações para Serviços de Diálise. Preparação treinamento a todos os colaboradores Policlínica.

No dia 21/06 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento paramentação e Desparamentação com toda equipe de colaboradores da Policlínica em 2 (dois), às 9hrs e 15:30. Participamos da reunião do NSP abordando temas referentes à assistência e ações que serão realizadas com todos os colaboradores, como meio de prevenir riscos aos clientes/ pacientes período matutino das 10 às 11:20. Participamos às 14hrs da reunião CCIRAS, abordando temas referentes aos exames laboratoriais dos pacientes do setor hemodiálise.

No dia 22/06 realizamos atendimento do paciente S.E.S proveniente do município de Barro Alto, desacompanhado, vindo com transporte Policlínica, logo após verificação SSVV encaminhado pela enfermagem a sala de hemodiálise máquina 3, 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, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os check list do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com a técnicas de enfermagem Sônia, Ludmila, Rafaela e Dilma em 2 (dois) períodos matutinos das 7 às 11:40, treinamento no qual continuamos realizando o rodízio de todos os colaboradores da enfermagem, na qual se mostraram bem interessadas em realizar os procedimentos. Paciente recebeu assistência social. Das 14 – 15:30hrs participamos reunião com a Enf. Talita a respeito do Plano de contingência Covid 19, para setor hemodiálise, logo em seguida seguimos para reunião mensal Comissão de Óbito.

No dia 23/06 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e

depósito. Participamos da reunião das 10:30 - 11:30, com Enf: Talita para respondermos questionário referente ao setor hemodiálise no site Anvisa. Participamos às 14:30 hrs da reunião CGRSS.

No dia 24/06 realizamos atendimento do paciente proveniente município de Barro Alto com transporte Policlínica, desacompanhado, após acolhimento é levado pra sala de hemodiálise, para início do tratamento do dia na máquina 03, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os check list do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos comemoração com paciente referente ao dia de São João, o mesmo gostou de participar da nossa comemoração. Participamos da reunião com Enf: Henrique a respeito do formulário da Vigilância Sanitária, e ajustes no Plano Segurança Paciente Hemodiálise. Paciente recebeu assistência fisioterapeuta Rosely e foi colaborativo com as atividades ofertadas. Realizado treinamento com as técnicas em enfermagem Janecleia e Dilma. Participamos das 15 às 16:30hrs treinamento no auditório, abordando o tema implantação dos protocolos na unidade Policlínica Goianésia.

No dia 23/06 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Participamos da reunião das 10:30 - 11:30, com Enf: Talita para respondermos questionário referente ao setor hemodiálise no site Anvisa. Participamos às 14:30 hrs da reunião CGRSS.

No dia 24/06 realizamos atendimento do paciente proveniente município de Barro Alto com transporte Policlínica, desacompanhado, após acolhimento é levado pra sala de hemodiálise, para início do tratamento do dia na máquina 03, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os check list do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos comemoração com paciente referente ao dia de São João, o mesmo gostou de participar da nossa comemoração. Participamos da reunião com Enf: Henrique a respeito do formulário da Vigilância Sanitária, e ajustes no Plano Segurança Paciente Hemodiálise. Paciente recebeu assistência fisioterapeuta Rosely e foi colaborativo com as atividades ofertadas. Realizado treinamento com as técnicas em enfermagem Janicleia e Dilma.

Participamos das 15 às 16:30hrs treinamento no auditório, abordando o tema implantação dos protocolos na unidade Policlínica Goianésia.

No dia 27/06 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 03 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os checklist do setor. Participamos treinamento Anvisa Implementação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Diálise. Realizamos treinamento com as técnicas de enfermagem Danielle e Rafaela no período vespertino das 13:50 as 15:45. Participamos as 15:50 reunião NEPE para ajustarmos treinamentos mês de julho.

No dia 28/06 realizado todos os checklist do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado a reestruturação e reformulação de protocolos e início da confecção dos relatórios.

No dia 29/06 realizamos atendimento do paciente S.E.S proveniente do município de Barro Alto, desacompanhado, vindo com transporte Policlínica, logo após verificação SSVV encaminhado pela enfermagem a sala de hemodiálise maquina 3, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado todos os checklist do setor, teste equipamentos sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com a técnicas de enfermagem Sônia e Dilma no período matutino das 7 às 11:40, treinamento no qual continuamos realizando o rodizio de todos os colaboradores da enfermagem, na qual se mostraram bem interessadas em realizar os procedimentos. Paciente recebeu assistência assistente social. Participamos as 15hrs reunião NSP, para abordamos incidentes ocorridos dentro da unidade.

No dia 30/06 realizado todos os checklist do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Participamos reunião das 09hrs com Rubiana (assistente diretoria), Geovanna (Coordenadora enfermagem), Pedro (Almoxarifado), para definirmos o novo fluxo setor hemodiálise com a vinda dos pacientes de Formosa. As 10:30, participamos reunião com todos os enfermeiros da unidade para definir o redirecionamento dos técnicos em enfermagem para o setor de hemodiálise. As 15hrs participamos reunião com Coordenadora Geral de Enfermagem Janaína para ajustes necessários no setor de hemodiálise antes de iniciar os atendimentos diante do novo fluxo.

Realizamos ação corretiva nas osmoses e maquinas Fresenius para ajustamentos para início do tratamento, com novo fluxo que iremos iniciar na próxima segunda. Participamos as 15:30 treinamento brigadista, com simulação saída emergência.

ENCERRAMOS O MÊS DE JUNHO COM OS SEGUINTES DADOS:

01 pacientes em hemodiálise;

Realizado 13 sessões de hemodiálise;

- ✓ 13 atendimentos da equipe multiprofissional, sendo:
- ✓ 01 Psicóloga,
- ✓ 04 Fisioterapia,
- ✓ 05 Assistência Social (segundo nosso controle, porém assistente social não confirmou);
- ✓ 02 Nutricionista;
- ✓ 01 paciente em uso de medicação do programa Juarez Barboza;
- ✓ Realizada 0 troca de CDL;
- ✓ Realizado 1 hemotransfusão;
- ✓ 0 óbito de paciente do programa;
- ✓ 01 paciente com CDL.

7 – Produção Médica e Não Médica

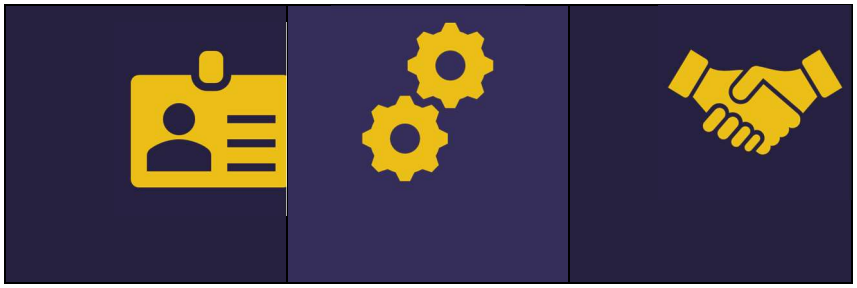
7.1 – Produção de especialidades não médicas

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

Consulta Não Médica Especialidade	JUNHO TOTAL		
	Primeira Consulta	Sessões	Total
Enfermagem	0	210	210
Fisioterapeuta	0	131	131
Fonoaudiólogo	0	0	0
Nutricionista	2	139	141
Psicólogo	1	84	85
Total	**3**	**564**	**567**

7.2 – Produção de especialidades médicas

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

Consulta Médica Especialidade	JUNHO TOTAL			
	Primeira Consulta	Interconsulta	Consultas Subsequentes	Total
Cardiologia	43	22	76	141
Dermatologia	12	12	11	35
Endocrinologia	57	39	105	201
Gastroenterologia	69	33	34	136
Nefrologia	9	16	38	63
Neurologia	56	18	124	198
Pediatria	3	3	33	39
Obstetrícia/Ginecologia	87	34	118	239
Oftalmogia	143	69	66	278
Ortopedia/Traumatologia	89	46	268	403
Otorrinolaringologia	87	17	25	129
Pneumonologia/Tisiologia	11	8	11	30
Reumatologia	26	7	38	71
Hematologia	0	0	0	0
Mastologia	51	5	23	79
Urologia	90	28	41	159
Médico da Família	0	60	22	82
Total	**833**	**417**	**1033**	**2283**

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