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: JULHO/2022

Sumário

1 – Apresentação 3

2 – Ações Voltadas Para Qualidade 4

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação 4

2.2 – Relatório das Comissões 13

2.2.1 - Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde 13

2.2.2 - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos (CARPM) 16

2.2.3 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) 19

2.2.4 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) **Erro! Indicador não definido.**

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

2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 23

4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção 36

4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados 36

5 – Relatório de Recursos Humanos 37

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos 38

5.2 EPI 38

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise 38

7 – Produção Médica e Não Médica 44

7.1 – Produção de especialidades não médicas 44

7.2 – Produção de especialidades médicas 44

1 – Apresentação

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

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

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

1 – Período Operacional Analisado: O presente relatório visa apresentar uma análise circunstancial do período de 01 a 31 de julho de 2022.

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

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

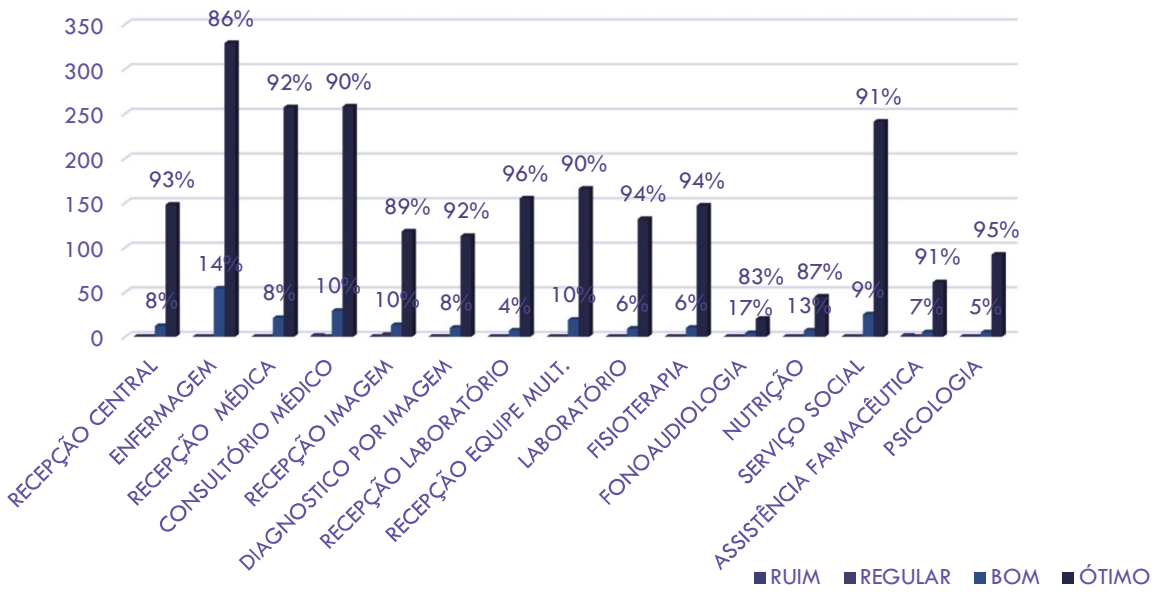
2 – Ações Voltadas Para Qualidade

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação

A tabela a seguir contém o quantitativo de avaliações ruim, regular, bom e ótimo em cada setor, e o percentual das avaliações de cada setor do mês julho, e esses resultados são demonstrados nos gráficos a abaixo.

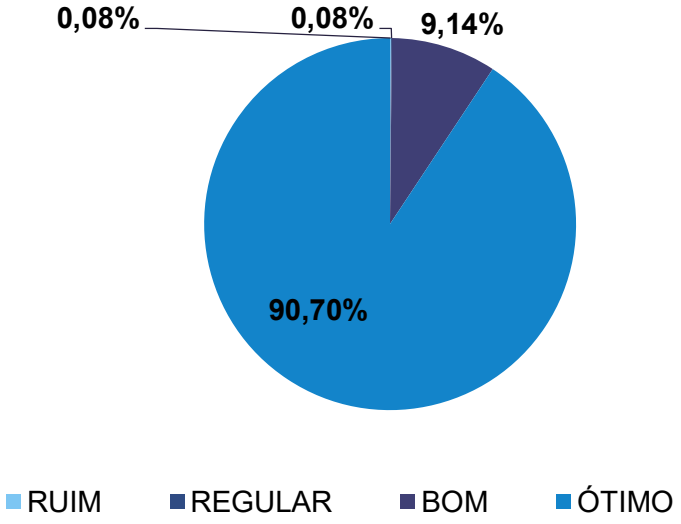
DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
ASSISTÊNCIA SOCIAL	0	0	2	28	**30**	**2,90%**	**93%**	**7%**	**0%**	**0%**
EQUIPE DIAGOSTICO EXAMES POR IMAGENS	3	0	3	26	**32**	**3,10%**	**81%**	**9%**	**0%**	**9%**
EQUIPE DE ENFERMAGEM	0	1	59	483	**543**	**52,57%**	**89%**	**11%**	**0%**	**0%**
EQUIPE FARMÁCIA	0	0	0	47	**47**	**4,55%**	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
EQUIPE LABORATÓRIO	1	0	1	9	**11**	**1,06%**	**82%**	**9%**	**0%**	**9%**
EQUIPE MÉDICA	0	0	0	5	**5**	**0,48%**	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
FISIOTERAPIA	0	0	1	27	**28**	**2,71%**	**96%**	**4%**	**0%**	**0%**
FONOAUDIÓLOGA	0	0	0	0	**0**	**0,00%**	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**
MÉDICO DA FAMÍLIA	0	0	0	0	**0**	**0,00%**	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**
NUTRIÇÃO	0	0	1	20	**21**	**2,03%**	**95%**	**5%**	**0%**	**0%**
PSICOLOGA	0	0	1	9	**10**	**0,97%**	**90%**	**10%**	**0%**	**0%**
RECEPÇÃO CENTRAL	0	0	5	34	**39**	**3,78%**	**87%**	**13%**	**0%**	**0%**
RECEPÇÃO DE IMAGEM	1	0	6	80	**87**	**8,42%**	**92%**	**7%**	**0%**	**1%**
RECEPÇÃO DE FARMÁCIA	0	0	0	30	**30**	**2,90%**	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
RECEPÇÃO DE LABORATÓRIO	2	0	1	18	**21**	**2,03%**	**86%**	**5%**	**0%**	**10%**
RECEPÇÃO MÉDICA	0	0	4	55	**59**	**5,71%**	**93%**	**7%**	**0%**	**0%**
MULTIPROFISSIONAIS	0	0	2	68	**70**	**6,78%**	**97%**	**3%**	**0%**	**0%**
TOTAL GERAL	7	**1**	**86**	**939**	**1.033**	**100,00%**				
Índice Geral de Satisfação	**0,68%**	**0,10%**	**8,33%**	**90,90%**	**100,00%**					

Gráfico 01



Aqui está descrito o percentual de avaliação ruim, regular, bom e ótimo, dos atendimentos de cada setor da Policlínica.

Gráfico 02



Este gráfico demonstra o índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento.

Observando a tabela e os gráficos acima, notamos que a Policlínica vem mantendo um bom índice de satisfação nas avaliações, mesmo os setores que pouco avaliaram, tem bons resultados.

A Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia tem atendido as expectativas dos nossos pacientes, sabemos que temos pontos a ser melhorado, principalmente em relação a marcação de retornos das consultas. Reclamações no sentido de falta de vagas e dificuldades para fazer esta marcação por meio dos números de telefones disponíveis. A gestão tem trabalhado para melhoria deste quesito. Está em implantação o NIA – Núcleo Interno de Agendamento, que tem o intuito de realizar todas as marcações de consultas internas, retornos e exames. Será realizado o treinamento do mesmo no mês de setembro para as colaboradoras que irão exercer o cargo.

Comparativo das avaliações entre os meses junho/julho

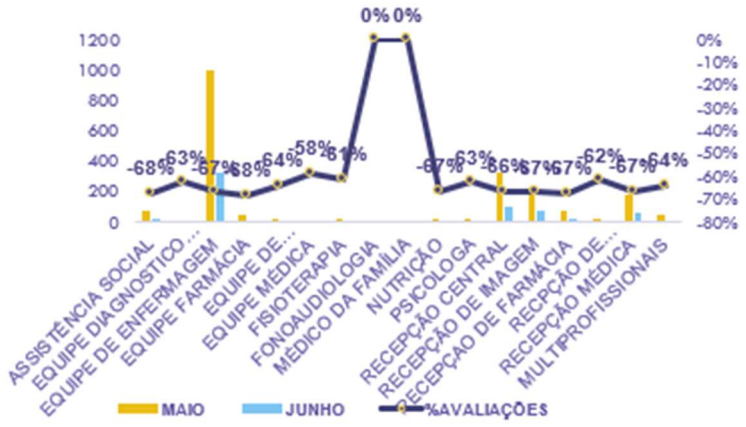
Nesta planilha está descrito o quantitativo de pesquisas realizadas em cada setor, nos meses de maio e junho, demostrando a queda do quantitativo de um mês para o outro em gráficos para melhor percepção da aplicação da pesquisa e fazer um comparativo entre os meses.

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO – GOIANÉSIA			
DEPARTAMENTOS	**MAIO**	**JUNHO**	**%AVALIAÇÕES**
ASSISTÊNCIA SOCIAL	**71**	23	-68%
EQUIPE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMGENS	**16**	6	-63%
EQUIPE DE ENFERMAGEM	**994**	330	-67%
EQUIPE FARMÁCIA	**47**	**15**	-68%
EQUIPE DE LABORATÓRIO	**25**	**9**	-64%
EQUIPE MÉDICA	**12**	**5**	-58%
FISIOTERAPIA	**18**	**7**	-61%
FONOAUDIOLOGIA	**0**	**0**	0%
MÉDICO DA FAMÍLIA	**0**	**0**	0%
NUTRIÇÃO	**27**	**9**	-67%
PSICOLOGA	**24**	**9**	-63%
RECEPÇÃO CENTRAL	**324**	**109**	-66%
RECEPÇÃO DE IMAGEM	**236**	**78**	-67%
RECEPÇAO DE FARMÁCIA	**76**	**25**	-67%
RECPÇÃO DE LABORATÓRIO	**26**	**10**	-62%
RECEPÇÃO MÉDICA	**189**	**63**	-67%
MULTIPROFISSIONAIS	**47**	**17**	-64%
TOTAL GERAL	**2132**	**715**	**-198,18%**

Quanto aos indicadores, a planilha e o gráfico a seguir, destaca uma porcentagem negativa em relação aos meses citados de -1,49% no índice geral de satisfação, já no total das avaliações tivemos uma queda de -198,18%. Esse mês de julho não foi satisfatório as nossas pesquisas devido à queda no quantitativo das avaliações realizadas pela unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício-Goianésia.

Na tabela e no gráfico a seguir demonstra esses resultados

Gráfico 03



INDICADORES	MAIO	JUNHO	%COMPARATIVO
RUIM	5	3	-67%
REGULAR	9	5	-80%
BOM	217	79	-175%
ÓTIMO	1901	628	-203%
TOTAL GERAL DE AVALIAÇÕES	**2132**	**715**	**-198,18%**
ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO	**89,17%**	**87,83%**	**-1,49%**

Gráfico 04

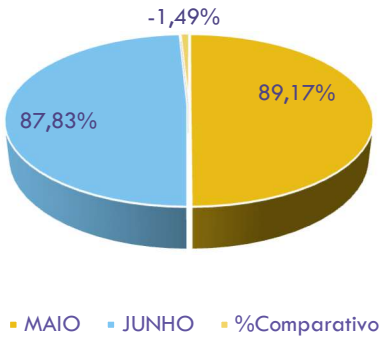
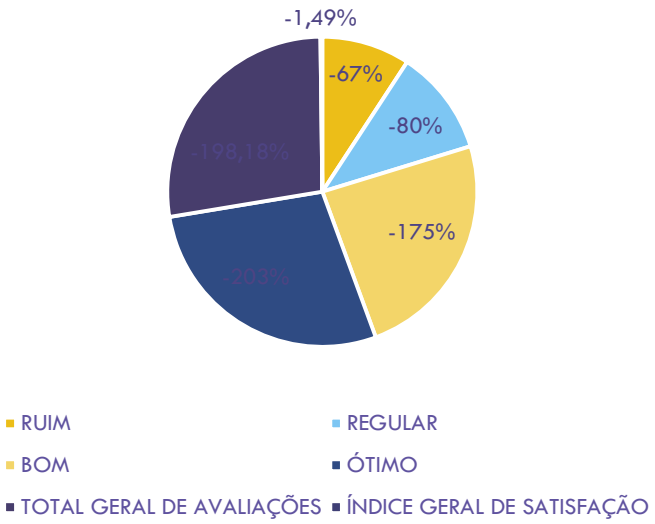


Gráfico 05



Avaliação da limpeza por setor

No quesito limpeza, seguindo a mesma linha de avaliação dos setores de atendimentos, os níveis de satisfação dos usuários são ótimos.

Vejamos os resultados na tabela e nos gráficos a seguir.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL/MÊS	
FARMÁCIA	0	0	23	46	69	8%
ENFERMAGEM	1	6	43	435	485	54%
RECEPÇÃO ESPEC. MÉDICA	0	0	4	60	64	7%
RECEPÇÃO CENTRAL	0	0	4	60	64	7%
RECEPÇÃO DE IMAGEM	4	0	4	102	110	12%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO/EQUIP. MULT	0	0	5	100	105	12%
TOTAL GERAL	5	6	83	803	897	100,00%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO	0,56%	0,67%	9,25%	89,52%	100,00%	

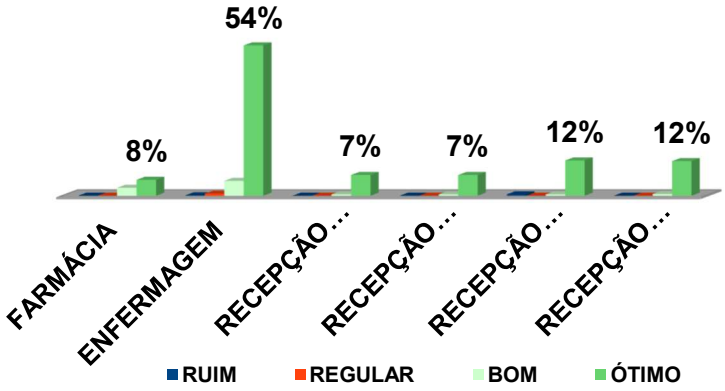
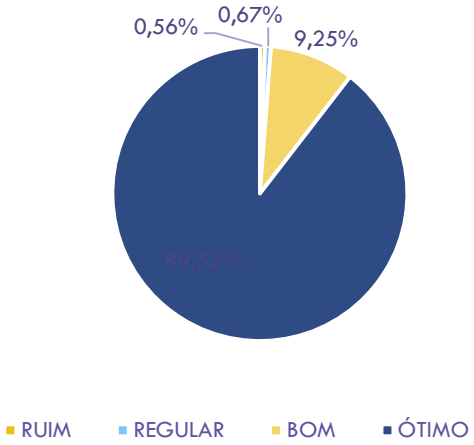


Gráfico 06



Como pode ser observado na tabela e nos gráficos, todos os setores da limpeza estão com um alto índice de avaliação ótima. E o índice geral de satisfação está em **89,52%** esse índice representa a quantidade de usuários que responderam ótimo para a limpeza, estes resultados demonstram a eficiência do serviço de limpeza da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia.

Pesquisa de Satisfação Hemodiálise

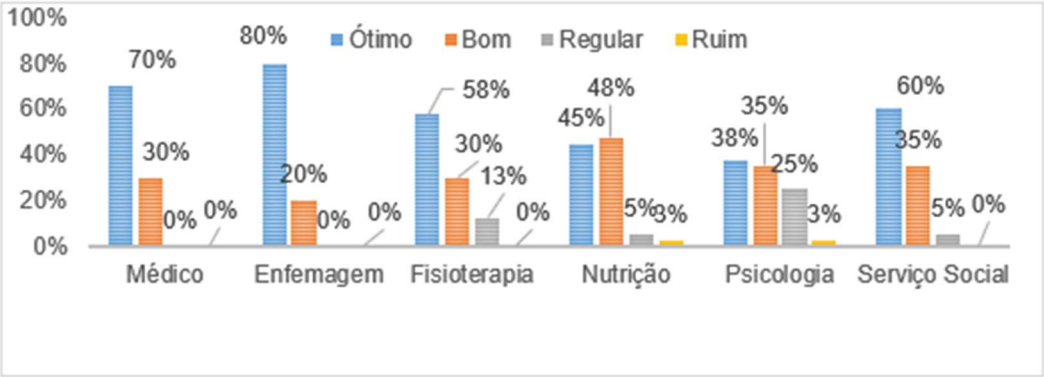
A clínica de Hemodiálise como um importante setor da Policlínica Estadual de Região São Patrício – Goianésia, também é realizada pesquisa de satisfação, porém, por se tratar de 01 paciente fixo, ou seja, como é um paciente renal crônico, e faz dialise três vezes por semana, utilizamos outro método para realizar a pesquisa de satisfação. Neste caso, aplicamos a pesquisa quinzenalmente com ajuda da enfermeira responsável pelo setor.

Dessa forma foi aplicada a pesquisa de satisfação na clínica de Hemodiálise, esse método tem retornado bons resultados e informações importantes para a melhoria das atividades desenvolvida no setor.

Veremos a seguir o resultado dessa pesquisa no quesito atendimento/acolhimento realizada na hemodiálise no mês de julho.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HEMODIÁLISE									
Como você avalia o atendimento/Acolhimento?	**Ruim**	**Regular**	**Bom**	**Ótimo**	**Total/Mês**	**%Ótimo**	**%Bom**	**%Regular**	**%Ruim**
Médico	0	0	0	12	12	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
Enfermagem	0	0	0	12	12	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
Fisioterapia	0	0	0	4	4	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
Nutrição	0	0	0	3	3	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
Psicologia	0	0	0	4	4	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
Serviço Social	0	0	0	3	3	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
TOTAL GERAL	**0**	**0**	**0**	**38**	**38**				
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO	**0%**	**0%**	**0%**	**100%**	**100,00%**				

Gráfico 07

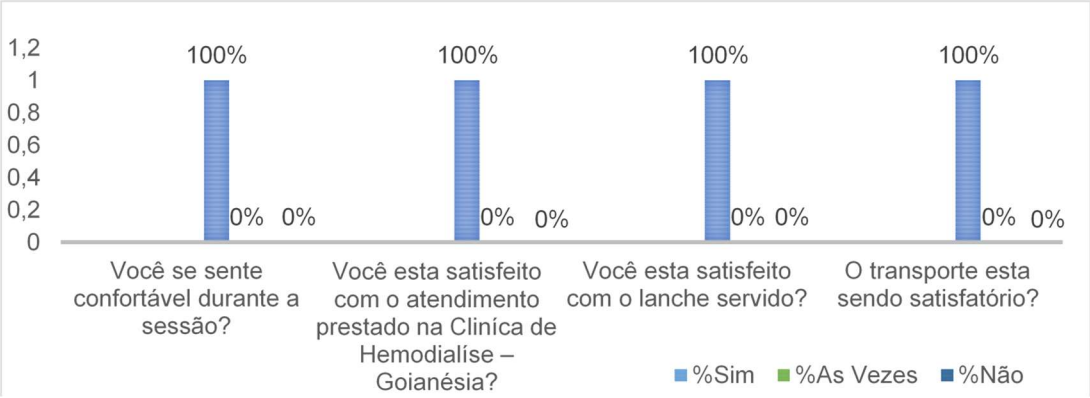


PESQUISA DE SATISFAÇÃO HEMODIÁLISE							
Conforto e satisfação com o atendimento	**Não**	**As Vezes**	**Sim**	**Total/Mês**	**%Sim**	**%Às Vezes**	**%Não**
Você se sente confortável durante a sessão?	0	0	12	12	**100%**	**0%**	**0%**
Você está satisfeito com o atendimento prestado na Clínica de Hemodiálise – Goianésia?	0	0	12	12	**100%**	**0%**	**0%**
Você está satisfeito com o lanche servido?	0	0	12	12	**100%**	**0%**	**0%**
O transporte está sendo satisfatório?	0	0	12	12	**100%**	**0%**	**0%**
TOTAL GERAL	**0**	**0**	**48**	**48**			
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO	**0%**	**0%**	**100%**	**100,00%**			

Veremos a seguir o resultado dessa pesquisa no quesito atendimento/conforto realizada na hemodiálise no mês de julho.

Gráfico 08

Índice de satisfação atendimento/conforto.



Na Hemodiálise, foram avaliados os quesitos: atendimento **médico**, 100% responderam ótimo, equipe de **enfermagem** 100% responderam ótimo, em relação ao **lanche** 100% ótimo, equipe multidisciplinar: **Nutricionista** 100% ótimo; **Assistente social** 100%, ótimo; **Psicologia** 100% ótimo; **Fisioterapia** 100%, ótimo; conforto durante a sessão de hemodiálise 100% avaliam como bom. A pesquisa foi aplicada para 01, único paciente.

Ouvidoria

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, tem por objetivo intermediar a relação usuários e a Gestão, desta forma, garantir que o direito de ambos seja exercido e tratado adequadamente. Têm a atribuição de receber as manifestações encaminhadas pelos usuários da Policlínica e levá-las ao conhecimento de cada responsável pelos setores competentes, para as devidas providências.

Desta forma, todas as manifestações de reclamações, elogios, sugestões e quais que outras que sejam de responsabilidade desta Ouvidoria, são registradas no Sistema OuvidorSuS. Após o devido acolhimento e escuta ao usuário, as manifestações são registradas, analisadas, classificadas, tipificadas e encaminhadas para o setor responsável, que acompanha o desenrolar até o retorno ao cidadão e a finalização da manifestação.

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, neste mês registrou 30 manifestações de elogios, sendo 30 pessoalmente. Deste total, 29 foram elogios e 01 solicitação.

OUVIDORIA DE CADASTRO - PLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA									
OUVIDORSUS	**CARTA**	**EMAIL**	**TELEFONE**	**PRESENCIAL**	**Total/ Mês**	**PRESENCIAL**	**TELEFONE**	**EMAIL**	**CARTA**
ELOGIOS	0	0	0	29	29	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
SOLICITAÇÕES	0	0	0	1	1	**100%**	**0%**	**0%**	**0%**
RECLAMAÇÃO	0	0	0	0	0	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**
INFORMAÇÃO	0	0	0	0	0	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**
SUGESTÃO	0	0	0	0	0	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**
DENUCIA	0	0	0	0	0	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**
TOTAL GERAL	**0**	**0**	**0**	**30**	**30**				
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO	**0%**	**0%**	**0%**	**100%**	**100,00 %**				

Vejamos estes resultados no gráfico a seguir.

Observando o gráfico, notamos que das manifestações recebidas por esta ouvidoria no mês de julho, foram 100% de elogios e 100% de solicitação.

Além da alimentação do Sistema OuvidorSUS, recebemos pacientes que muitas vezes precisam de orientação para dar prosseguimento no atendimento, nestes casos, orientemos os pacientes sobre o que deve ser feito, e em seguida alimentamos o sistema com a disseminação de informação, nesta situação não registramos essa informação como manifestação, e sim como informação que foi repassada.

Análise Crítica: O indicador permite avaliar o quantitativo de eventos adversos na unidade durante o mês.

AÇÕES REALIZADAS

Reuniões

Treinamentos colaboradores

Treinamentos pacientes

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante os resultados expostos nas tabelas e gráficos, constatou-se que a Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, em comparação ao mês de junho estamos buscando a melhorar o nosso índice de satisfação obtendo pequenas alterações de um mês para outro, neste mês tivemos avaliação ruim, principalmente na recepção diagnostico de exames por imagens, já a limpeza o nosso índice maior em relação no quantitativo ruim ficou para a recepção de imagens. mas a maioria dos quesitos foram bem avaliados. No geral a Policlínica está com ótima avaliação do atendimento, na limpeza e também na hemodiálise, esse é o resultado que buscamos e queremos sempre, ou seja, prestar o melhor serviço da região aos nossos usuários, visando sempre o acolhimento humanizado, eficiente e de qualidade.

2.2– 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 julho 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 junho (mês anterior). Dos três pacientes investigados, nenhum apresentou sinais florísticos 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

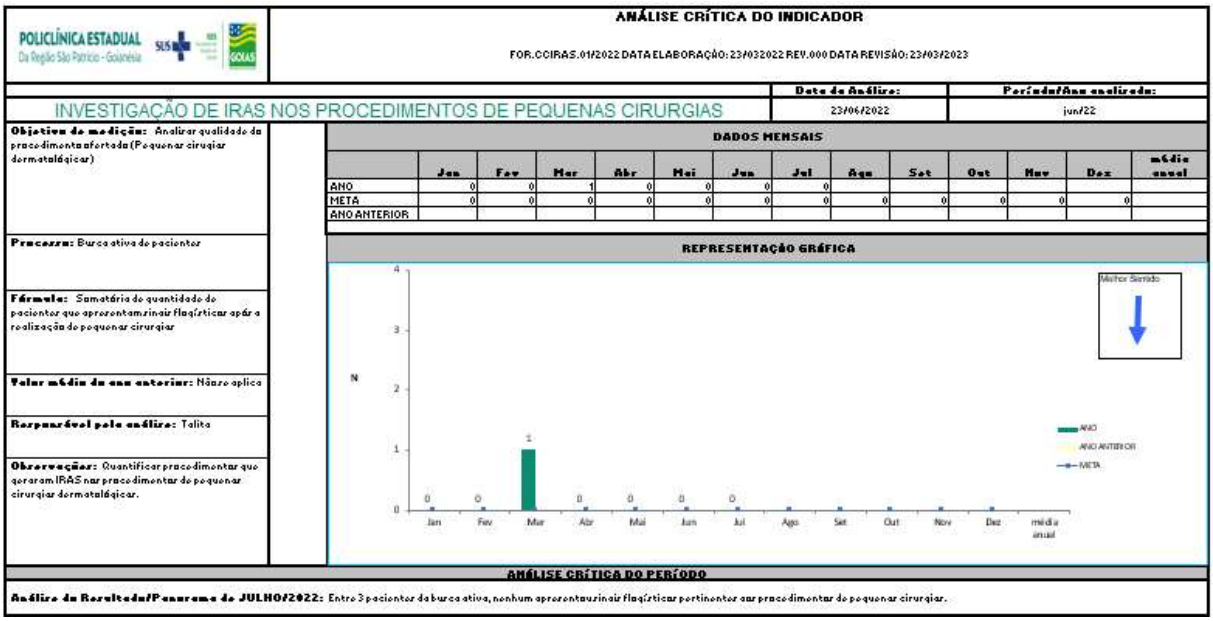
- ✓ Geovanna Lissa Bernardes Oliveira – Enfermeira – Presidente
- ✓ Talita Utim Toledo – Membro
- ✓ Francisco Baltazar Macruz Sampaio – Médico – Membro
- ✓ Rosana Vieira Lima – Farmacêutica – Membro
- ✓ Marília de Souza Oliveira – Ouvidoria – Membro

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: 23/03/2022 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 ofertada (Pequenas cirurgias dermatológicas)

Processo: Busca ativa de pacientes

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

Valor médio do ano anterior: Não se aplica

Responsável pela análise: 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	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 JULHO/2022: Entre 3 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 junho de pequenas cirurgias. A busca ativa foi realizada com três 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. Foi realizado apenas uma dose de ataque de vancomicina no paciente de hemodiálise, para realização do procedimento de inserção do cateter de Permicath.

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. No referente mês após análise e observação, foi mensurado que 84,4% dos colaboradores e prestadores de serviço observados estão realizando a higienização das mãos mediantes as oportunidades.

Foi realizada uma capacitação dos colaboradores e prestadores de serviços referente ao curativo de CDL, visando capacitar a equipe para realização do mesmo com qualidade e segurança, prevenindo e controlando as IRAS.

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.**

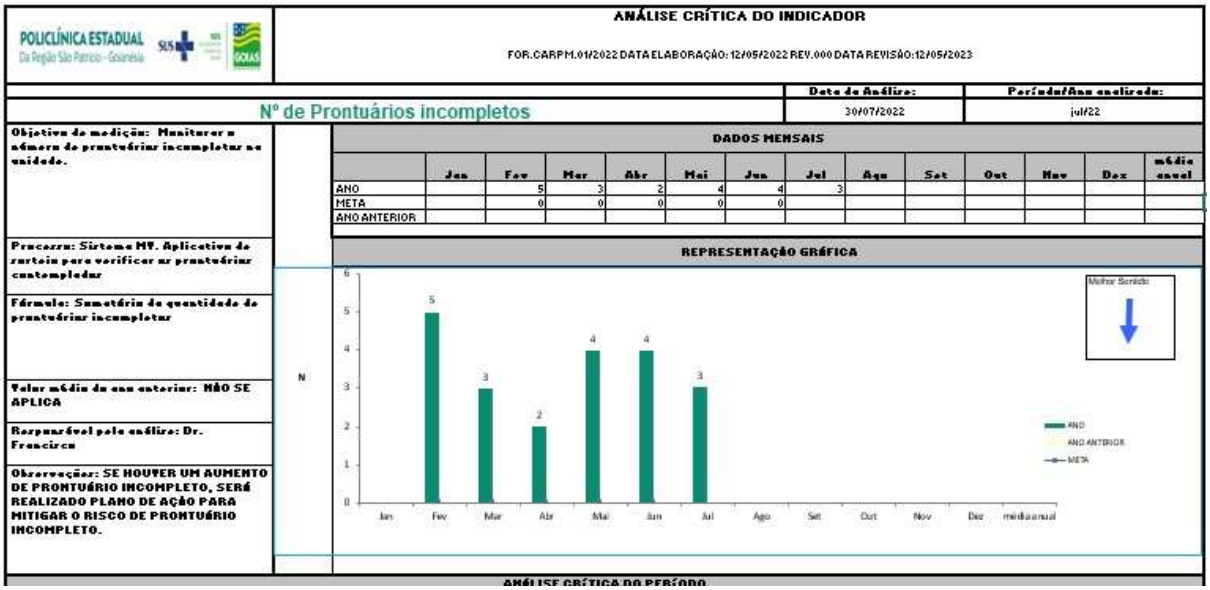
Método de cálculo: dá-se pela razão entre o número de prontuários inconsistentes pelo número de atendimentos no mês, realizada por amostragem aleatória em 10% dos prontuários.

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: 30/07/2022	Período/Ano analisado: jul/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

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

N

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Nº de Prontuários incompletos: **7, totalizando 3,05 % 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. Steckelbeg – 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:

A aplicação do questionário referente as legislações de cada categoria profissional foram estipuladas uma nova estratégia de ação, sendo assim, a mesma continuará em andamento por parte dessa comissão.

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 doze dias do mês julho de dois mil e vinte e dois, reuniu-se as dezesseis horas e quinze minutos no auditório da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia, sob a presidência de Leandro de Castro Ribeiro e do vice-presidente Pedro Carrilho Arantes Rios e dos demais membros.

O suplente Washington Pereira de Souza foi convidado para a reunião devido a ausência da colaboradora Elisa kellyta Lima Silva. 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 (ICEM), 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, dando o prazo de 30 dias.

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 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
- ✓ **Talita Utim Toledo** – Enfermeira – Presidente
- ✓ **Jovelino Pereira da Mota Junior** – Enfermeiro – Membro
- ✓ **Iara de Lima Vaz** – Recursos Humanos – Membro

Devida a vacância de colaboradora Kristiely será realizado nomeação e novo membro para substituição na comissão.

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:	Descrição do denominador:
N/A	N/A

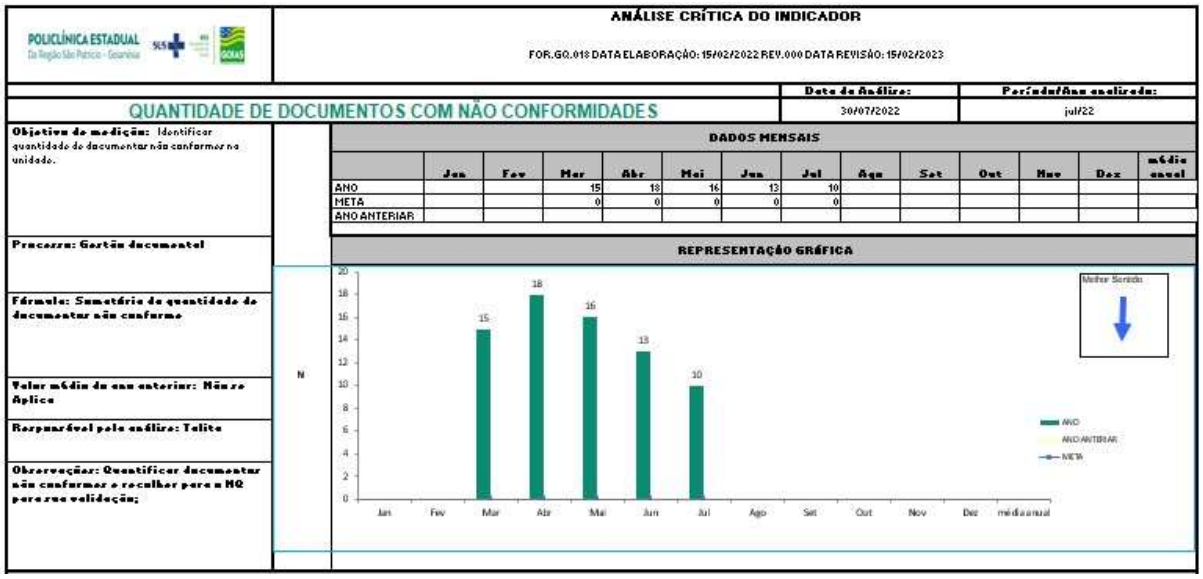
Método de cálculo: Somatório da quantidade de documentos com não conformidades

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:
30/07/2022	jul/22

QUANTIDADE DE DOCUMENTOS COM NÃO CONFORMIDADES

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

Processo: Gestão documental

Fórmula: Somatório 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;

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO			15	18	16	13	10						
META			0	0	0	0	0						
ANO ANTERIAR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

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 melhoria no processo de armazenamento dos documentos.

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
- ✓ **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: 23/07/2022	Período/Ano analisado: jul/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 ocorrêacia de queda de paciente na unidade Policlínica.

Valor médio do ano anterior: NÃO SE APLICA

Responsável pela análise: Talita

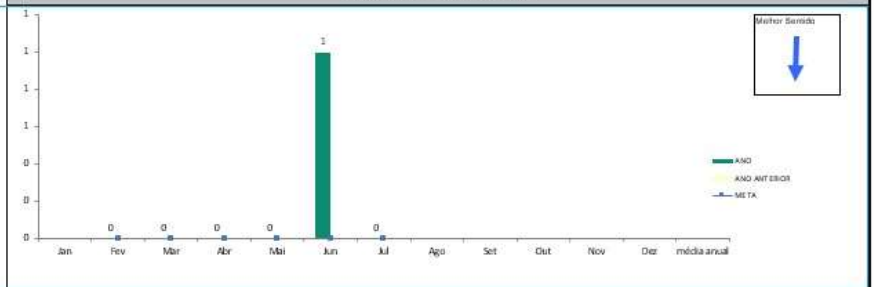
Observações: SE HOUVER UM AUMENTO DE INCIDENTE DE QUEDA NA UNIDADE O PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA DEVERÁ SER REALIADO, VISANDO MITIGAR OS INCIDENTES.

N

DADOS MENSAIS

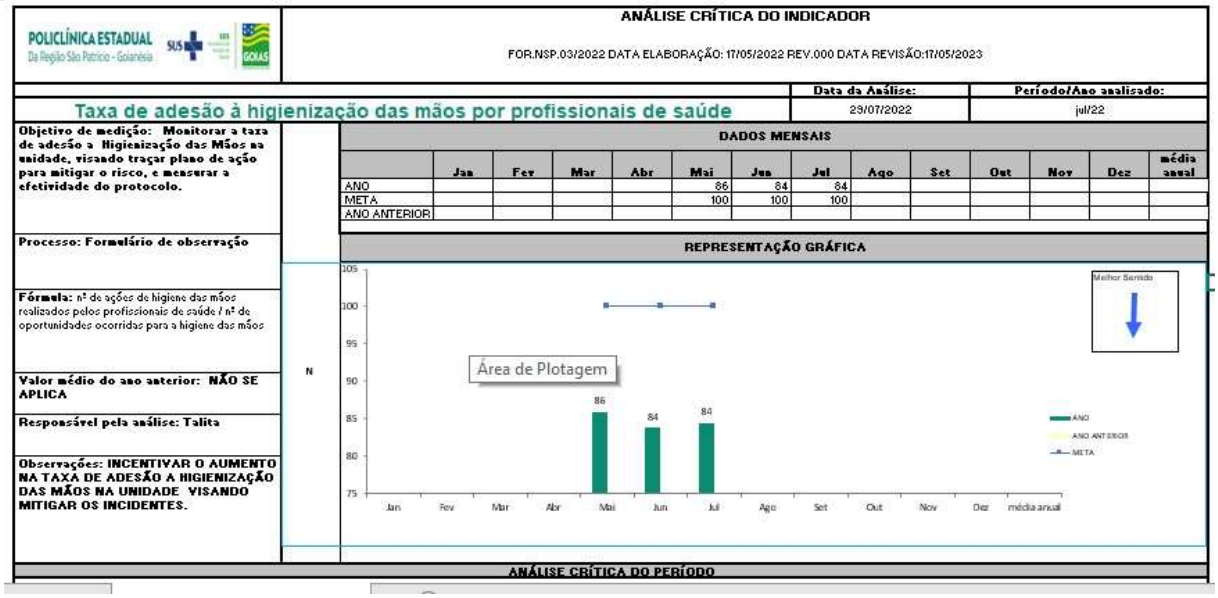
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO		0	0	0	0	1	0						
META		0	0	0	0	0	0						
ANO ANTERIOR													

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

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

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:	Período/Ano analisado:
29/07/2022	jul/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.

N

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

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: 29/07/2022	Período/Ano analisado: jul/22

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

Processo: NOTIVISA / NOTIFICAÇÃO INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Fórmula: Somatório da quantidade de ocorrêacia de falha de Comunicação na unidade Policlínaica.

Valor médio do ano anterior: NÃO SE APLICA

Responsável pela análise: Talita

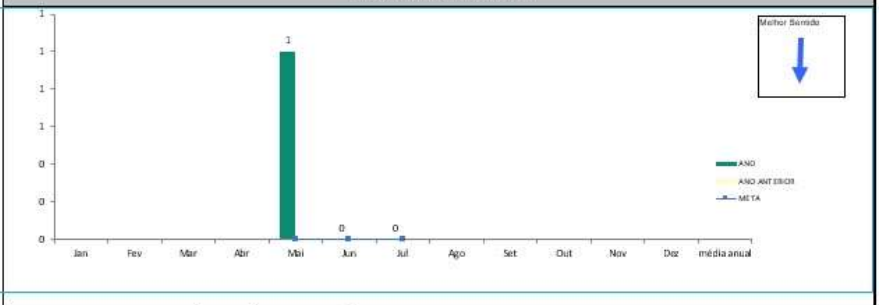
Observações: SE HOUVER UM AUMENTO DE INCIDENTE DE FALHA DE COMUNICAÇÃO NA UNIDADE O PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURO DEVERÁ SER REALIADO, VISANDO MITIGAR OS INCIDENTES.

N

DADOS MENSAIS

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

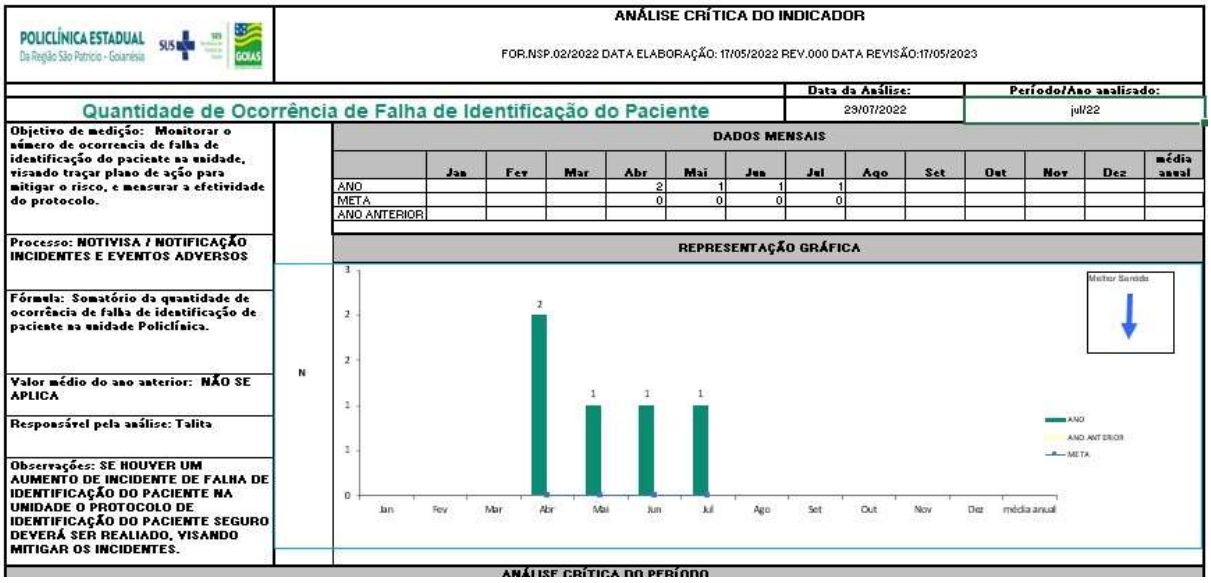
Método de cálculo: Número de notificação relacionada a falha de identificação do paciente.

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: 29/07/2022

Período/Ano analisado: jul/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 Policlínaica.

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.

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO				2	1	1	1						
META				0	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:

Durante o Mês foi realizado reunião ordinária e foi discutido sobre a 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 pela enfermeira Fabiana e Ana Adália, referente ao Protocolo de Prevenção de Lesão Por Pressão

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

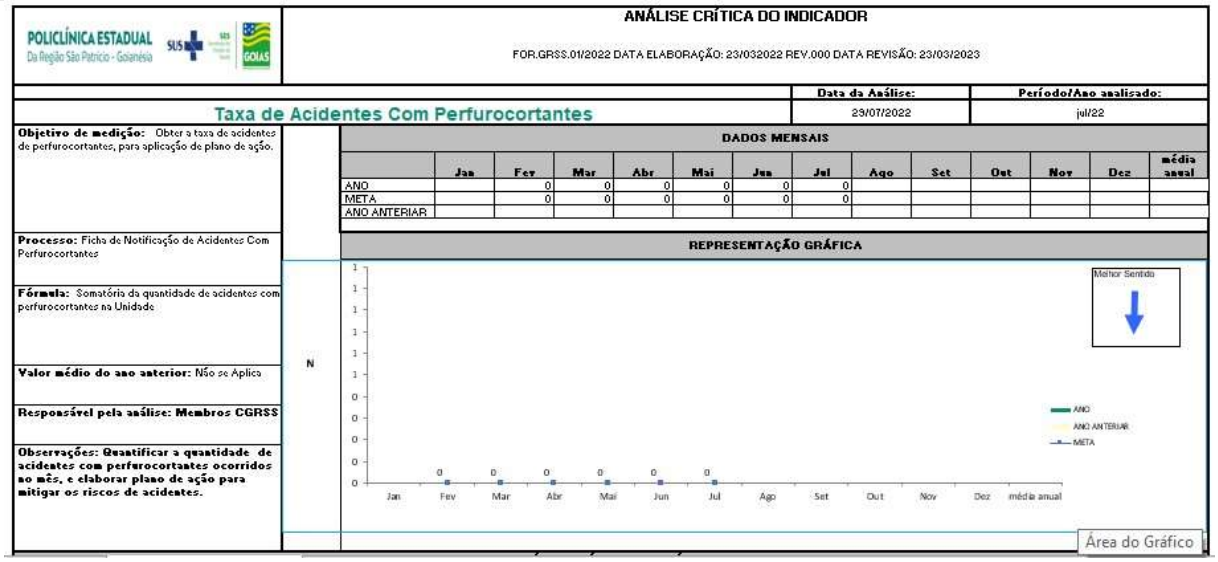
A CGRSS tem o objetivo de acompanhar e fazer cumprir o PGRSS, desenvolver ações em conjunto com a Coordenação Operacional da Unidade. Visando avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;

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:
	29/07/2022	jul/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: Somatório 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	0						
META		0	0	0	0	0	0						
ANO ANTERIAR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

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:

Foi realizado na data de 06 de julho de 2022 treinamento com toda equipe de serviço de higiene e limpeza, em alusão PGRSS, Protocolo de Prevenção de Quedas, Protocolo de Higienização das Mãos e NR32 uso correto de equipamento de proteção individual. Os mesmos foram recebidos pela Enfª Talita, onde na oportunidade apresentou a pauta dos 4 treinamentos que serão realizados, visando capacitar a equipe, para que possa realizar um trabalho com segurança, qualidade e atuar na prevenção e controle de infecção.

Após uma pausa foi iniciado o terceiro treinamento abordando sobre o Protocolo de Higienização das mãos, no momento foi explanado a parte teórica do protocolo, explicando a importância da higienização das mãos para prevenção e controle de infecção e segurança dos usuários e do colaborador. A higienização das mãos conforme descreve o manual da ANVISA, deve ser realizada obrigatoriamente nos 5 momentos: antes do contato com o paciente, após o contato do paciente, após contato com fluidos do paciente, antes da realização de procedimentos invasivos e após contato próximo ao paciente. Dando seguimento foi explicado a técnica correta, seguindo o passo a passo, e após foi realizado juntamente com todos a técnica correta, para efetivação do treinamento. Foi explanado também que a equipe de higiene e limpeza é extremamente importante também para a efetivação do protocolo, devido a reposição de álcool, sabonete líquido, papel toalha e do monitoramento da quantidade de produto utilizado/mês.

Para finalizar foi ministrado o quarto treinamento em alusão a NR 32, com foco no uso de equipamento de proteção individual, foi explanado a técnica correta, os equipamentos que devem ser utilizados e quando utilizar e a forma de descarte.

O treinamento foi iniciado com Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviço de Saúde, onde foi apresentado o PGRSS para que as mesmas possam ter conhecimento, e realizar a coleta

de resíduo da forma correta. Durante o treinamento foi apresentado os EPI's que são obrigatórios utilizar para realização de manuseio dos resíduos. A técnica correta, o fluxo para realização do processo, seguindo conforme a RDC 222/2018. Foi explanado toda conduta adequada.

Monitoramento da quantidade de residuo tipo A 280 Kg, tipo B 0 Kg e tipo E 30Kg, produzido na unidade mensalmente, totalizando em 310 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 de Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão (NEPE)

Aos dias vinte e nove do mês de julho 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 agosto.

Foi discutida junto ao NEPE a necessidade de definir as datas dos treinamentos previstos no cronograma mensal referente ao mês de agosto, o qual se comemora o agosto dourado para a conscientização ao aleitamento materno, portanto, no momento já ficou estabelecido as datas dos treinamentos e os temas que serão abordados no mês. Também foi discutido sobre a criação dentro do Google Forms uma avaliação dos treinamentos e sugestão dos colaboradores.

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 05/08 comemora o Dia Nacional da Saúde, nesse dia será feito um momento na Unidade para conscientização do Aleitamento Materno com palestra para os usuários. Dia 08/08 se comemora o Dia do combate ao Colesterol, terá um momento para os usuários.

No dia 14/08 comemora o dia dos Pais, porém, será feito uma ação no dia 12/08 com entrega de bombons para os pais que se encontrarem na unidade.

Dia 15/08 é o dia da Gestante, teremos uma ação com o intuito de informar sobre a importância do Pré-Natal.

No dia 27/08 é o dia do Psicólogo, será realizado no dia 26/08 uma ação pelas psicólogas da unidade.

Dia 29/08 é o dia do Combate ao Fumo, terá uma ação para a conscientização ao fumante.

Dia 31/08 é o Dia do Nutricionista, terá uma ação com entrega de bombons.

Foi definido que será realizado o treinamento de Notificação de Incidentes dentro do mês de agosto.

Será aplicado no dia 05/08 o treinamento de Incidentes Adversos pelo setor da farmácia.

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:

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.

2.2.9 - Comissão de 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 ÓBITO

- ✓ **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:

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:
28/07/2022	jul/22

NUMÉROS DE PRONTÚARIOS SOLICITADOS

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

Processo: Buscativo no Sistema MV

Fórmula:

0

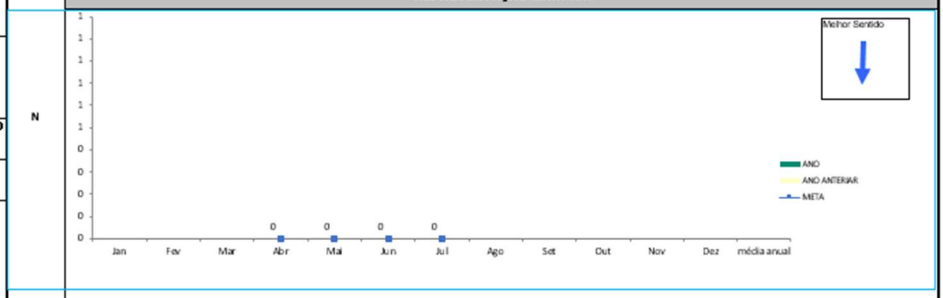
Responsável pela análise: Francisco Baltazar Macres Sampaio

Observações: Mesmo não 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						
META				0	0	0	0						
ANO ANTERIAR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2022: não houve solicitação de prontuario para investigação de óbito

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.

2.2.10 - Comissão de Proteção Radiológica (CPR)

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Proteção Radiológica é instituída para melhoria constante no setor de SADT, o qual realiza exames radiológicos. A comissão realiza ações voltadas para proteção radiológica dos colaboradores, prestadores de serviços e usuários, sempre voltada a garantir a qualidade e segurança dos mesmos.

INTRODUÇÃO

A Comissão de Proteção Radiológica, órgão assessor da Coordenação Operacional da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, atendendo a Portaria n.º 453, de 1 de junho de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

A Comissão de Proteção Radiológica (CPR) possui as seguintes atribuições, revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica. E recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICO

- ✓ **Juliana Pereira Duarte Arantes –** Téc. de Radiologia - Presidente
- ✓ **Dra. Eliza Maria Queiroz Oliveira–** Médica – Membro
- ✓ **Lucas Andrade Silva –** Téc. de Segurança do Trabalho - Membro
- ✓ **Laiane Lorena Sousa Santos –** Enfermeira – Secretária

OBJETIVOS

São Objetivos da Comissão de Proteção Radiológica (CPR), revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados, e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica. E recomendar as medidas cabíveis, para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na unidade.

INDICADORES:

Em processo de Elaboração.

AÇÕES REALIZADAS:

Durante o Mês foi realizado reunião ordinária e foi discutido sobre a 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CPR segue em processo de treinamentos e realizações de ações na unidade, visando a melhoria da assistência prestada ao usuário.

2.2.11 - Comissão de Farmácia e Terapeutica (CFT)

Aos doze dias do mês de julho de dois mil e vinte e dois, reuniu-se as 14h15min no auditório da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício Goianésia, sobre a presidência Michelle Sousa Ramos e dos demais membros. Devido à ausência da presidente da comissão por motivos de férias, a vice-presidente Michelle ficou sendo responsável por conduzir a reunião.

A presidente da comissão reforçou sobre a ação que deveria ser realizada no mês de junho, que pela ausência de alguns colaboradores foi remarcada para o mês de julho e é referente a capacitação de manuseio de medicamentos, tendo como público alvo os colaboradores da equipe de enfermagem e da equipe da farmácia.

Foi discutido em reunião a dificuldade que a unidade está passando com a falta de medicamento e material hospitalar, devido a morosidade no processo de compras e definiu-se que será produzida uma Comunicação Interna, relatando sobre essa dificuldade, para que a mesma seja apresentada a diretoria e cobrado uma solução para o problema em questão.

Conforme pontuado em ata, foi discutido sobre a palestra referente ao mês de julho, que tem como tema “produtos químicos e germicidas”, tendo como público alvo os colaboradores da equipe de higiene e limpeza.

Foi discutido sobre o treinamento para o mês de julho sobre a forma correta na utilização do diluidor, tendo como público alvo os colaboradores da equipe de higiene e limpeza.

Conforme discussão entre os membros da comissão, foi evidenciado a importância em se ter uma planilha contendo informações da relação dos equipamentos da unidade e informações referentes as manutenções preventivas/corretivas.

Em consonância com o item 6 dessa ata, ficou definido pela comissão a criação de indicadores referentes aos equipamentos que são utilizados dentro da unidade.

Registro:

2.2.12 - Comissão de Ética Médica (CEM)

INTRODUÇÃO

A CEM se reúne ordinariamente uma vez a cada mês para verificar se houve alguma notificação de suposta infração ética. Se houver a comissão analisa os dados, e se contatado que houve uma infração ética, a notificação é encaminhada para CREMEGO, para análise e resolução.

MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO ÉTICA MÉDICA.

- ✓ **Bruno Machado Neves** - Médico - Presidente
- ✓ **Guilherme José Costa Ferreira** – Médico - Membro
- ✓ **Leandro Zica de Oliveira** – Médico - Membro
- ✓ **Raiana Rodrigues Costa Melo** – Médica – Membro.

INDICADORES:

Em analise para implementação de indicador da CEM.

AÇÕES REALIZADAS:

Reunião ordinária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que a comissão está realizando ações para melhoria, e para que não ocorra infração ética médica.

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 durante todo o mês. Em julho, 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
04/07/2022	0	0
05/07/2022	3	0
06/07/2022	9	0
07/07/2022	0	0
08/07/2022	0	0
11/07/2022	2	0

12/07/2022	3	0
13/07/2022	0	0
14/07/2022	1	0
15/07/2022	3	0
18/07/2022	0	0
19/07/2022	0	0
20/07/2022	4	0
21/07/2022	0	0
22/07/2022	2	0
25/07/2022	4	0
26/07/2022	0	0
27/07/2022	8	0
28/07/2022	0	0
29/07/2022	2	0
TOTAL	**41**	**0**

5 – Relatório de Recursos Humanos

Turnover - Julho de 2022					
Admitidos do mês					
CPF	Nome	Cargo	Data Admissão	Motivo	
TOTAL DE COLABORADORES		0			
Demitidos do Mês					
CPF	Nome	Cargo	Data Admissão	Data Demissão	Motivo
5583477113	KRISTIELY FREITAS DOS REIS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	01/03/2021	25/07/2022	DISPENSA SEM JUSTA CAUSA
047863.451-05	MARÍLIA DE SOUZA	ASSISTENTE DE OUVIDORIA	02/06/2021	26/07/2022	DISPENSA SEM JUSTA CAUSA
TOTAL DE COLABORADORES		2			
Total de Colaboradores em Julho					
65					

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

CONTROLE DE ATESTADOS JULHO - 2022

CPF	VINCULO	PROFISSIONAIS QUE ESTÃO AFASTADOS POR SUSPEITA DE COVID-19	DATA	TOTAL DE DIAS	PREVISÃO DE RETORNO	RETORNO EFETIVO
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	26/07/2022	5	01/08/2022	01/08/2022
TOTAL DE COLABORADORES		1				

CPF	VÍNCULO	PROFISSIONAIS CONFIRMADOS COM COVID-19	DATA	TOTAL	PREVISÃO DE RETORNO	RETORNO EFETIVO
027.338.901-74	CLT	ANA CRISTINA FERNANDES MENDES	18/07/2022	5	23/07/2022	23/07/2022
008055551-96	CLT	CLAUDIA PEREIRA DE OLIVEIRA	13/07/2022	5	18/07/2022	18/07/2022
57746338100	CLT	FERNANDA CRISTINA GUIMARÃES DE LIMA	22/07/2022	5	27/07/2022	27/07/2022
2407773608	CLT	ROSELY SATHLER BEVITORI	01/07/2022	5	06/07/2022	06/07/2022
3315798125	CLT	TALITA UTIM TOLEDO	13/07/2022	5	18/07/2022	18/07/2022
000.994.321-88	TERC	ADJANE CANDIDA DOS SANTOS	05/07/2022	1	06/07/2022	06/07/2022
TOTAL DE COLABORADORES			6			

CPF	VÍNCULO	ATESTADOS POR OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS	DATA	DIAS	PREVISÃO DE RETORNO	RETORNO EFETIVO
034.075.131-27	CLT	DAIANE PEREIRA DA SILVA	01/07/2022	30	15/10/2022	
035.833.261-30	CLT	AMANDA CUNHA FONSECA LIMA	01/07/2022	31	24/08/2022.	
527547158	CLT	RUBIANA TRUCOLO DIAS	01/07/2022	vesp	01/07/2022	01/07/2022
94716188000	CLT	STELA CRISTINA WILSON SILVA STECKELBERG	01/07/2022	31	17/08/2022.	
1071966111	CLT	MICHELLE SOUSA RAMOS	04/07/2022	2	06/07/2022	06/07/2022
3864080177	CLT	ELISA KELLYTA LIMA SILVA	05/07/2022	3	08/07/2022	11/08/2022
027.338.901-74	CLT	ANA CRISTINA FERNANDES MENDES	07/07/2022	1	11/07/2022	11/07/2022
3864080177	CLT	ELISA KELLYTA LIMA SILVA	13/07/2022	1	15/07/2022	15/07/2022
31562539876	CLT	FABIANA PEREIRA DO NASCIMENTO	13/07/2022	1	14/07/2022	14/07/2022
3864080177	CLT	ELISA KELLYTA LIMA SILVA	21/07/2022	2	26/07/2022	26/07/2022
1154064174	CLT	PEDRO CARRILHO ARANTES RIOS	26/07/2022	1	29/07/2022	29/07/2022
1071966111	CLT	MICHELLE SOUSA RAMOS	29/07/2022	2	01/08/2022	01/08/2022
TOTAL DE COLABORADORES		15				

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 julho, foram entregues:

- ✓ 1750 máscaras cirúrgicas;
- ✓ 84 máscaras N-95;
- ✓ 101 toucas;
- ✓ 91 aventais.

6 - Relatório Do Serviço De Hemodiálise

No dia 01/07 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. Realizado todos os checklist do setor. Realizamos confecção e entrega dos relatórios mensais

- ✓ No dia 04/07 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. Realizado todos os checklist do setor. Realizamos treinamento período matutino com as técnicas em enfermagem Maressa e Danielle das 07 às 11:40. Realizamos estudos referente a apresentação **Curativo em CDL.**

- ✓ No dia 05/07 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. Durante mês de julho as terças-feiras das 8 às 17hrs, permanecerei no setor de endoscopia e colonoscopia cobrindo o setor no lugar do enfermeiro Jovelino que está de férias. Confecção e estudos referente a apresentação LPP- **Lesão Por Pressão.** As 16:30 acompanhamos a realização da manutenção Corretiva das máquinas Fresenius pelo técnico da Orbis, o qual entrou em contato com Thiago, técnico da Fresenius que confirmou o comparecimento a unidade dia 07.07.22.

- ✓ No dia 06/07 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 1, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição de SSVV. Realizado todos os check list do setor, sala vermelha, caixa d'água, sala de soluções, água das osmoses. Realizado leitura e estudo do material preparado pela enfermeira Adália para apresentação do **Treinamento de Curativo em CDL**, com a participação de todos os colaboradores enfermagem para o dia 07.07.22. Realizamos treinamento com os colaboradores da enfermagem Sônia, Rafaela, Dilma e Washington, seguindo o rodizio, no qual todos os colaboradores de enfermagem da Policlínica deverão participar, ficando capacitados para prestar

assistência aos pacientes. Realizado ação corretiva nas maquinas da Fresenius pelo técnico da Orbis Welder.

- ✓ No dia 07/07 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 Corretiva das máquinas da Fresenius, pelo técnico da Thiago, repassamos a ele as falhas apresentadas pelas máquinas e quais correções seriam necessárias. Apresentação do **Treinamento de Curativo em CDL**, com a participação de todos os colaboradores enfermagem.

- ✓ No dia 08/07 devido estagio em Goiânia para finalização de pós-graduação, não compareci a unidade, pegando folga no banco de horas. A enfermeira Adália realizou o atendimento ao paciente durante diálise, e realizou todos os check liste do setor.

- ✓ No dia 11/07 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. Realizado todos os check list do setor. Realizado treinamento no período matutino das 07:30 as 11hrs, com o técnico em enfermagem Washington, e período vespertino com técnica de enfermagem Danielle das 14 às 16hrs.

- ✓ No dia 12/07 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. Permanência no setor colonoscopia e endoscopia, das 8 às 17hrs, cobrindo o setor no lugar do enfermeiro Jovelino que está de férias.

- ✓ No dia 13/07/22 não compareci a unidade, ficando responsável pelo setor enfermeira Adália.

- ✓ No dia 14/07/22- Realizado todos os check list do setor, logo em seguida começamos a elaboração dos protocolos da lista de protocolos solicitadas pela Vigilância Sanitária.

- Protocolo De Prevenção E Controle Da Transmissão De Microrganismos Multirresistentes Nos Serviços De Diálise;
- Protocolo Anticoagulação Do Sistema;
- Check List Para Passagem De Cateter Central;
- Check List Para Segurança Paciente Em Hemodiálise.

✓ No dia 15/07 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 1, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição de SSVV. Realizado todos os check list. Paciente recebeu assistência nutricionista, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta e foi colaborativo com atividades ofertadas (anexo 1). Realizado treinamento com todos os colaboradores da Policlínica, abordando o tema LPP- Lesão Por Pressão. Seguimos realizando a confecção de novos protocolos no setor hemodiálise, realizando reestruturação e reformulação **Manual de Normas e Rotinas.**

✓ No dia 18/07 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. Realizado todos os check list do setor. As 10hrs participei reunião com Sr. Paulo e equipe para abordar assunto referente a visita da ONA na unidade, na qual teremos que realizar a confecção de documentos que serão solicitados pela acreditação. Realizado treinamento no período matutino das 07:30 as 11hrs, com o técnico em enfermagem Washington, e período vespertino com técnica de enfermagem Danielle das 14 às 16hrs.

✓ No dia 19/07 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. Permanência no setor colonoscopia e endoscopia, das 8 às 17hrs,

cobrindo o setor no lugar do enfermeiro Jovelino que está de férias. Participamos as15hrs reunião com Enf. Henrique, no qual nos passou as solicitações feitas pela SES, em relação aos Pops da unidade e que teríamos que realizar novas reformulações nos mesmos.

- ✓ No dia 20/07 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. Realizado todos os check list do setor. Participamos as 14hrs reunião com Enf: Henrique para abordamos assuntos referentes a IRAS, sobre as notificações que deverão ser realizadas no setor hemodiálise.

- ✓ No dia 21/07/22- Realizado todos os check list do setor, logo em seguida começamos a nova reestruturação nos Pops do setor, atendendo as solicitações feitas pela SES. Participamos as 15hrs reunião Pedro referente as mudanças que ocorrerão nas solicitações feitas ao Almoxarifado (anexo 1). Logo em seguida participamos reunião com a RT Geovanna sobre Ética Profissional (anexo 2).

- ✓ No dia 22/07 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 emergência para realização da troca de CDL, sendo passado CDL/ VJD de longa permanência (permecath), após a passagem de CDL encaminhado para sala de hemodiálise na máquina 1, sendo prestado assistência intradiálitica, pois o mesmo realizou diálise sem heparina, ocasionando coagulação do sistema sendo necessário troca de todo o sistema, após término diálise hemodiálise máquina 1, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição de SSVV. Realizado todos os check list. Realizado reunião com Enf. Henrique que apresentou O Sistema de Notificação de IRAS (anexo 1). Paciente recebeu assistência nutricionista, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta e foi colaborativo com atividades

ofertadas (anexo 2). Realizado treinamento com todos os colaboradores da Policlínica, abordando o tema LPP- Lesão Por Pressão (anexo 2).

- ✓ No dia 25/07 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. Realizado todos os check list do setor. Informamos ao paciente a respeito de sua consulta agendada em Uruaçu no HCN, para avaliação com vascular para confecção FAV. Realizamos ajustes nos Pops e Protocolo Segurança do Paciente Hemodiálise.

- ✓ No dia 26/07 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. Permanência no setor colonoscopia e endoscopia, das 8 às 17hrs, cobrindo o setor no lugar do enfermeiro Jovelino que está de férias. Participamos as 15:30 reunião mensal do NSP abordando falhas na comunicação.

- ✓ No dia 27/07 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. Realizado todos os check list do setor. Realizado as 11:30 coleta de amostras mensal da água para análise pelo técnico da Conágua Willian José dos Santos. Participamos as 15:30 palestra psicóloga Gysa abordando o Protocolo Prevenção de Suicídio.

- ✓ No dia 28/07/22- Realizado todos os check list do setor, logo em seguida começamos o Treinamento **PCR e REMOÇÃO** das 07:50 as 17horas.

- ✓ No dia 29/07 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 1, com

assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD, medicações, e aferição de SSVV. Realizado todos os check list do setor. Paciente recebeu assistência da equipe multiprofissional assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista. Participamos das 13:30 as 16hrs de reuniões CGRSS, SCIRAS e NEPE.

7 – Produção Médica e Não Médica

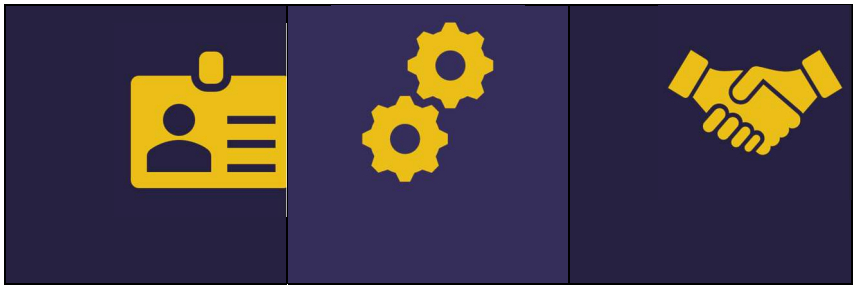
7.1 – Produção de especialidades não médicas

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

Consulta Não Médica Especialidade	Julho	
	Primeira Consulta	Sessão
Enfermeiro	0	39
Farmacêutico		
Fisioterapeuta	3	140
Fonoaudiólogo	0	0
Nutricionista	4	107
Psicólogo	2	90
Odontologia		
Total	**9**	**376**

7.2 – Produção de especialidades médicas

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

Consulta Médica Especialidade	Julho		
	Primeira Consulta	Interconsulta	Consultas Subsequentes
Cardiologia	0	0	0
Dermatologia	19	56	53
Endocrinologia	43	59	108
Gastroenterologia	0	23	42
Nefrologia	6	9	59
Neurologia	19	39	137
Pediatria	0	0	24
Obstetrícia/Ginecologia	51	34	82
Oftalmogia	187	64	55
Ortopedia/Traumatologia	84	22	135
Otorrinolaringologia	35	19	26
Pneumonia	0	0	0
Reumatologia	26	15	42
Hemologia	0	0	0
Mastologia	14	10	31
Urologia	97	29	61
Médico da Família	0	12	40
Anestesiologia	0	39	0
Total	**581**	**430**	**895**

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