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: AGOSTO/2022

Sumário

1 – Apresentação 3

2 – Ações Voltadas Para Qualidade 4

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação 4

2.2 – Relatório das Comissões 16

2.2.1 - Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde 16

2.2.2 - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos (CARPM) 17

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

2.2.4 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) 24

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

2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) 29

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 41

7.1 – Produção de especialidades não médicas 41

7.2 – Produção de especialidades médicas 42

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 agosto de 2022.

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

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

2 – Ações Voltadas Para Qualidade

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação

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

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

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES QUALITATIVOS

3.1 Pesquisa de Satisfação Policlínica

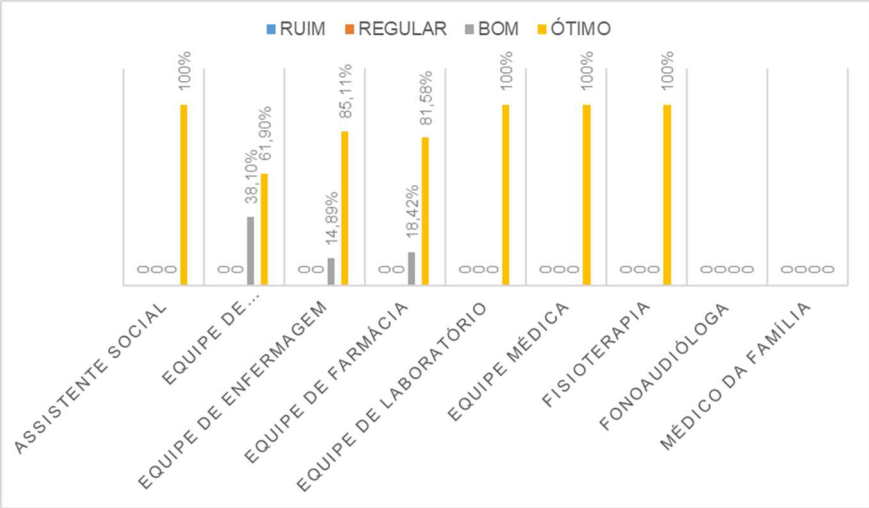
A tabela a seguir contém o quantitativo de avaliações ruim, regular, bom e ótimo em cada setor, e o percentual das avaliações de cada setor do mês janeiro. Estes resultados são demonstrados na planilha e gráficos a abaixo.

AVALIAÇÃO DOS ATENDIMENTO POR SETOR

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
ASSISTENTE SOCIAL				36	36	4,92%
EQUIPE DE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMAGENS			8	13	21	2,87%
EQUIPE DE ENFERMAGEM			46	263	309	42,27%
EQUIPE FARMÁCIA			7	31	38	5,20%
EQUIPE LABORATORIO				10	10	1,37%
EQUIPE MÉDICA				6	6	0,82%
FISIOTERAPIA				32	32	4,38%
FONOAUDIÓLOGA					0	0,00%
MÉDICO DA FAMILIA					0	0,00%
NUTRIÇÃO			1	17	18	2,46%
PSICOLOGA		2		7	9	1,23%
RECEPÇÃO CENTRAL	3	1	4	22	30	4,10%
RECEPÇÃO DE IMAGEM	1		7	77	85	11,63%
RECEPÇÃO FARMÁCIA					0	0,00%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO				3	3	0,41%
RECEPÇÃO MÉDICA	1		4	79	84	11,49%
MULTIPROFISSIONAIS			2	48	50	6,84%
TOTAL	5	3	79	644	731	100,00%

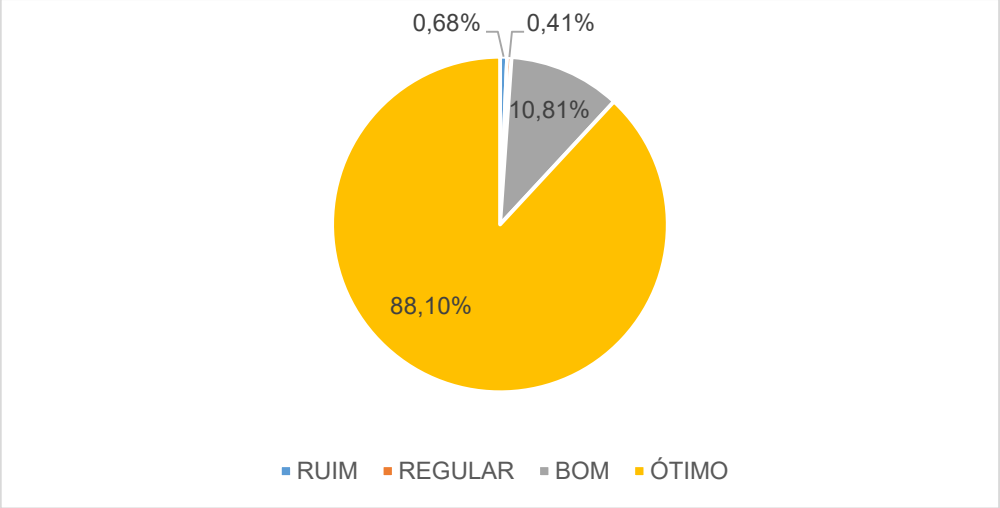
A primeira tabela representa o percentual de ruim, regular, bom e ótimo, dos atendimentos de cada setor e das equipes no geral.

Gráfico 01



Neste segundo gráfico está representando o percentual total de avaliações 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.

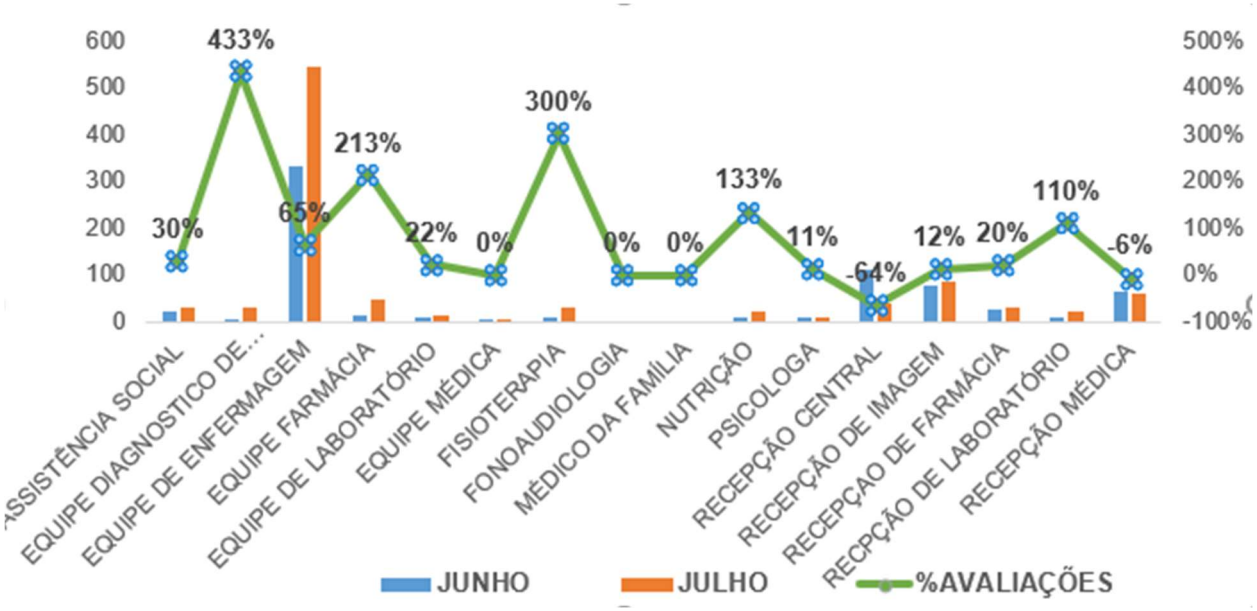
A Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia tem atendido as expectativas dos nossos pacientes, sabemos que temos pontos a ser melhorado, principalmente em relação a marcação de retornos das consultas. Reclamações no sentido de falta de vagas e dificuldades para fazer esta marcação por meio 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

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO – GOIANÉSIA			
DEPARTAMENTOS	**JUNHO**	**JULHO**	**%AVALIAÇÕES**
ASSISTÊNCIA SOCIAL	23	**30**	30%
EQUIPE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMGENS	6	**32**	433%
EQUIPE DE ENFERMAGEM	330	**543**	65%
EQUIPE FARMÁCIA	**15**	**47**	213%
EQUIPE DE LABORATÓRIO	**9**	**11**	22%
EQUIPE MÉDICA	**5**	**5**	0%
FISIOTERAPIA	**7**	**28**	300%
FONOAUDIOLOGIA	**0**	**0**	0%
MÉDICO DA FAMÍLIA	**0**	**0**	0%
NUTRIÇÃO	**9**	**21**	133%
PSICOLOGA	**9**	**10**	11%
RECEPÇÃO CENTRAL	**109**	**39**	-64%
RECEPÇÃO DE IMAGEM	**78**	**87**	12%
RECEPÇAO DE FARMÁCIA	**25**	**30**	20%
RECPÇÃO DE LABORATÓRIO	**10**	**21**	110%
RECEPÇÃO MÉDICA	**63**	**59**	-6%
MULTIPROFISSIONAIS	**17**	**70**	312%
TOTAL GERAL	**715**	**1033**	**30,78%**

Nesta planilha está descrito o quantitativo de pesquisas realizadas em cada setor, nos meses de junho e julho, esses resultados são demonstrados em gráficos para melhor percepção da aplicação da pesquisa e fazer um comparativo entre os meses.

Gráfico 03



Quanto aos indicadores, a planilha e o gráfico a seguir, destaca um aumento de 3,49% no índice geral de satisfação, tivemos aumento 30,78% no total das avaliações e 100% de aumento nas avaliações ruim ou regular, as demais tivemos aumentos significativos.

Na tabela e no gráfico a seguir demonstra esses resultados

INDICADORES	JUNHO	JULHO	%Comparativo
RUIM	3	7	57%
REGULAR	5	1	-400%
BOM	79	86	8%
ÓTIMO	628	939	33%
TOTAL GERAL DE AVALIAÇÕES	**715**	**1033**	**30,78%**
ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO	**87,83%**	**90,90%**	**3,49%**

Gráfico 04

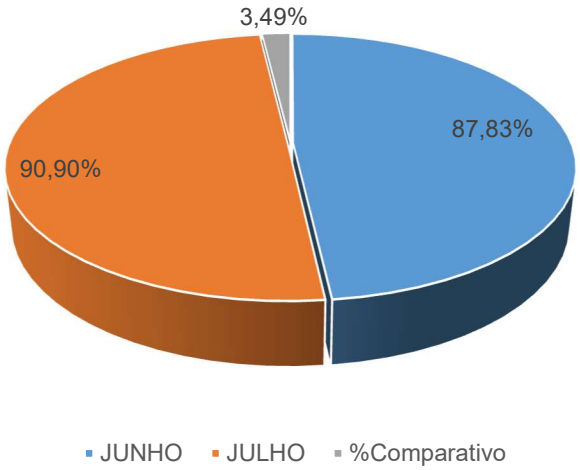
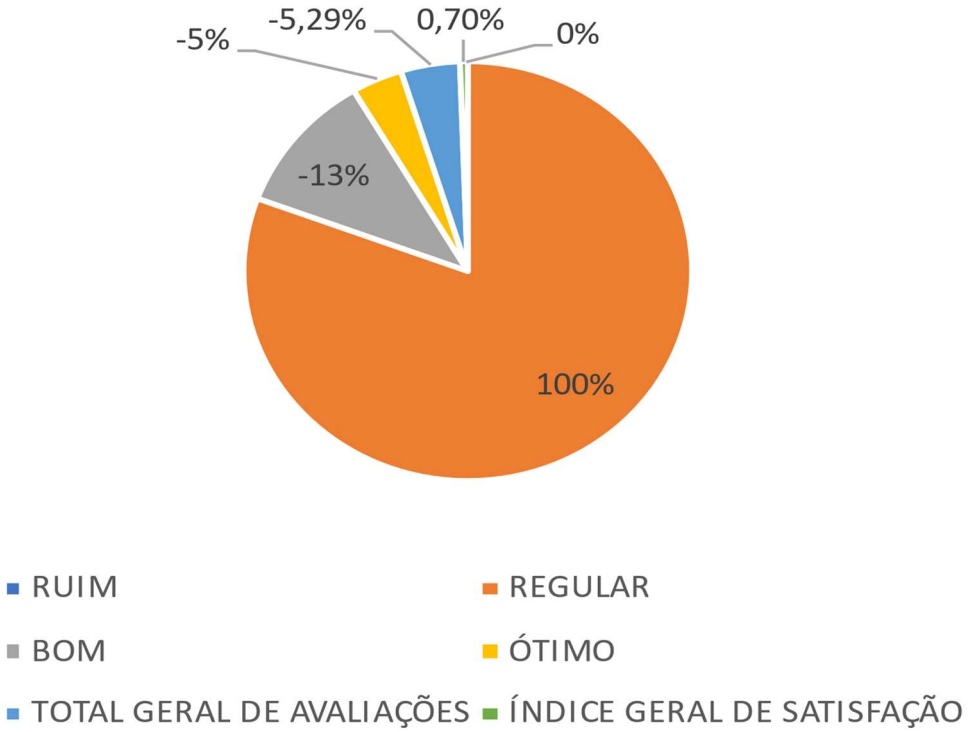

3,49%
87,83%
90,90%
JUNHO
JULHO
%Comparativo

Gráfico 05


-5%
-5,29%
0,70%
0%
-13%
100%
RUIM
REGULAR
BOM
ÓTIMO
TOTAL GERAL DE AVALIAÇÕES
ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO

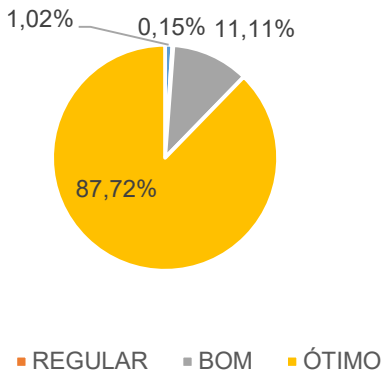
Avaliação da limpeza por setor

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	
RECEPÇÃO CENTRAL	3	0	4	56	**63**	**9%**
ENFERMAGEM	0	1	47	246	**294**	**43%**
RECEPÇÃO ESP. MÉDICA	1	0	6	70	**77**	**11%**
RECEPÇÃO IMAGEM	0	0	9	109	**118**	**17%**
RECEPÇÃO LAB/EQP MULT	0	0	6	66	**72**	**11%**
FARMÁCIA	3	0	4	53	**60**	**9%**
TOTAL GERAL	**7**	**1**	**76**	**600**	**684**	
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO	**1,02%**	**0,15%**	**11,11%**	**87,72%**	**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 **87,72%** 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.

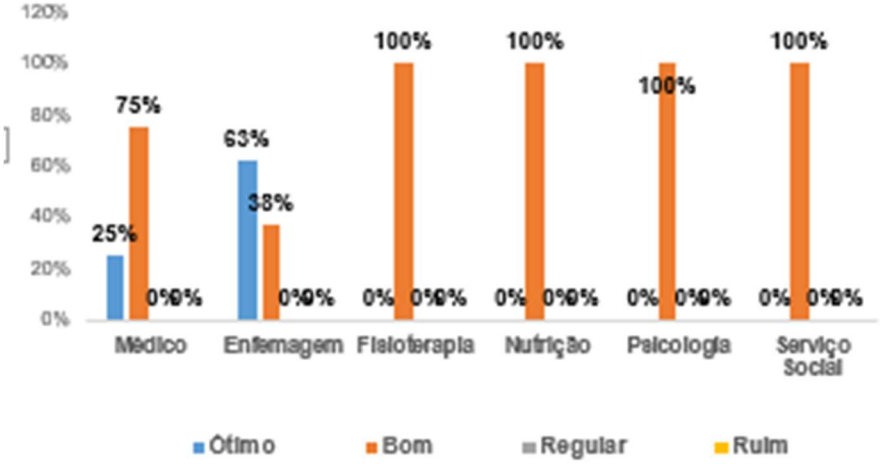
Dessa forma foi aplicada a pesquisa de satisfação na clínica de Hemodiálise, esse método tem retornado bons resultados e informações importantes para a melhoria das atividades desenvolvida no setor.

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

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HEMODIÁLISE									
Como você avalia o atendimento/Acolhimento?	**Ruim**	**Regular**	**Bom**	**Ótimo**	**Total/Mês**	**%Ótimo**	**%Bom**	**%Regular**	**%Ruim**
Médico	0	0	6	2	8	25%	75%	0%	0%
Enfermagem	0	0	3	5	8	63%	38%	0%	0%
Fisioterapia	0	0	2	0	2	0%	100%	0%	0%
Nutrição	0	0	2	0	2	0%	100%	0%	0%
Psicologia	0	0	2	0	2	0%	100%	0%	0%
Serviço Social	0	0	1	0	1	0%	100%	0%	0%
TOTAL GERAL	**0**	**0**	**16**	**7**	**23**				
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO	**0%**	**0%**	**70%**	**30%**	**100,00%**				

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

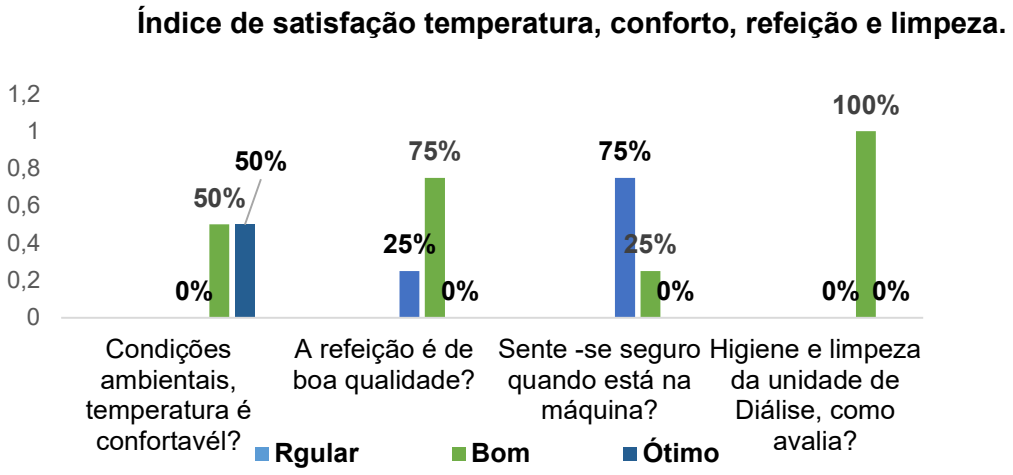
Gráfico 07



PESQUISA DE SATISFAÇÃO HEMODIÁLISE							
Conforto e satisfação com o atendimento	**Regular**	**Bom**	**ótimo**	**Total/Mês**	**Regular**	**Bom**	**Ótimo**
Condições ambientais, temperatura é confortável?	4	4	0	8	**0%**	**50%**	**50%**
A refeição é de boa qualidade?	0	6	2	8	**25%**	**75%**	**0%**
Sente -se seguro quando está na máquina?	0	2	6	8	**75%**	**25%**	**0%**
Higiene e limpeza da unidade de Diálise, como avalia?	0	8	0	8	**0%**	**100%**	**0%**
TOTAL GERAL	**4**	**20**	**8**	**32**			
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO	**13%**	**63%**	**25%**	**100,00%**			

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

Gráfico 08



Na Hemodiálise, foram avaliados os quesitos: atendimento **médico**, 25% responderam ótimo, 75% bom, equipe de **enfermagem** 63% responderam ótimo, 38% bom, em relação ao **lanche** 25% está regular, 75% está bom, equipe multidisciplinar: **Nutricionista** 100%; **Assistente social** 100%, bom; **Psicologia** 100%, bom; **Fisioterapia** 100%, bom; 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 de julho não registrou nenhuma manifestação devido a ouvidora não ter acesso ao sistema, a mesma participou da capacitação nos dias 23, 24 e 25/08, ofertado pela SES – Secretaria Estadual de Saúde, sendo assim, o seu acesso ao sistema OuvidorSuS, só foi liberado no dia 02 de setembro.

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

AÇÕES REALIZADAS

Reuniões
Treinamentos colaboradores
Treinamentos pacientes

2.3 – Relatório das Comissões

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

Aos dezoito dias do mês de agosto de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às quinze horas, na sala de reunião da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, sob a presidência da Sra. Geovanna Lissa Bernardes Oliveira e com a presença dos membros. A Presidente deu boas-vindas a todos agradecendo pela presença, dando continuidade à reunião mencionando que a sequência se dará da pauta da reunião anterior. Realização da busca ativa, sistema de investigação de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) nos procedimentos de pequena cirurgia, para levantamento de dados, monitoramento e indicadores em relação a assistência. Referente ao atendimento realizado no mês de julho de pequena cirurgia. No referente mês não foi realizado busca ativa, pois não foi realizado nenhum procedimento de pequena cirurgia.

O formulário (planilha), para controle de uso de antibiótico no setor de Hemodiálise, contendo as informações, de data de início de tratamento, paciente, motivo do tratamento e escolha de antibiótico, está sendo aplicada, no mês de agosto foi realizado tratamento com antibioticoterapia (vancomicina) no setor de hemodiálise.

A comissão atuando juntamente com o Núcleo de segurança do paciente, 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% dos colaboradores e prestadores de serviço observado, estão realizados a higienização das mãos mediantes as oportunidades.

Em relação a análise de água no setor de hemodiálise, não houve não conformidade no referente mês. Portanto não houve necessidade de isolar nenhuma osmose portátil. Em relação a confecção da fístula do paciente de hemodiálise, o paciente passou por consulta no HCN, porém não foi marcado data para a realização do mês.

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 será realizado mensalmente o indicador da quantidade de teste realizado x a quantidade de teste positivo na unidade. A mensuração será realizada no dia 31 de agosto. Realizado Capacitação sobre

Hemodiálise (desinfecção da máquina; curativo em CDL e outros). os treinamentos estão sendo realizados segunda, quarta e sexta, visando capacitar os colaboradores.

Síntese de Resultado do Mês

Diante a participação da CCIRAS na Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia, foi observado que os cuidados estão sendo intensificados entre os colaboradores ofertando serviço de qualidade e segurança à população assistida no local. No referente mês não houve atendimento ao paciente de pequena cirurgia, devido a vacância do profissional.

Registro da reunião:

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

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

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

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

Médicos: todos

Convênio: SUS – AMBO

Período: **01/07/2022 – 31/07/2022**

Tipo de atendimento: ambulatório

Houve o levantamento de **1905** consultas registradas nesse período, a organização da listagem se dá por ordem alfabética.

Houve o **sorteio aleatório de 191** prontuários através da ferramenta online: https://www.sorteiogo.com/pt/r/xObGVB

Resultado: 1615 – 1078 – 568 – 675 – 198 – 37 – 530 – 1054 – 744 – 780 – 751 – 1346 – 1825 – 1358 – 686 – 427 – 949 – 1570 – 456 – 325 – 1485 – 1022 – 196 – 292 – 1530 – 503 – 1593 – 996 – 572 – 1720 – 1264 – 1688 – 382 – 85 – 1303 – 623 – 1103 – 1613 – 1175 – 968 – 1618 – 1208 – 336 – 1761 – 1513 – 831 – 117 – 1144 – 644 – 726 – 1654 – 1694 – 53 – 1897 – 383 – 683 – 1018 – 1811 – 1198 – 1571 – 881 – 1456 – 1253 – 245 – 904 – 1865 – 1194 – 753 – 1292 – 1541 – 4 – 8 – 112 – 780 – 744 – 1829 – 76 – 897 – 123 – 833 – 620 – 1207 – 1532 – 216 – 1205 – 504 – 1030 – 282 – 1320 – 1844 – 1681 – 1626 – 1350 – 52 – 264 – 1640 – 1415 – 168 – 886 – 1902 – 452 – 393 – 281 – 1263 – 1749 – 1665 – 1254 – 1482 – 1628 – 945 – 1470 – 1844 – 1715 – 1303 – 1566 – 766 – 646 – 1034 – 1605 – 512 – 751 – 575 – 521 – 1246 – 1151 – 401 – 1340 – 1881 – 1209 – 1576 – 1057 – 632 – 451 – 1614 – 30 – 1658 – 184 – 858 – 293 – 1098 – 1257 – 380 – 169 – 828 – 1214 – 924 – 1779 – 1602 – 407 – 1899 – 3 – 109 – 1295 – 346 – 510 – 735 – 1322 – 1705 – 573 – 551 – 1817 – 1290 – 1747 – 1603 – 556 – 501 – 808 – 1899 – 1727 – 88 – 244 – 918 – 584 – 754 – 398 – 1644 – 1863 – 1299 – 268 – 755 – 1126 – 4 – 1698 – 1407 – 1338 – 536 – 831 – 1547 – 610 – 587 – 1697

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

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

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

Indicadores:

Nº de Prontuários incompletos: **3, totalizando 1,57% de prontuários preenchido indevidamente.**

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

Em 03 casos não foi possível estabelecer a conduta adotada.

Esta razão mantém-se ligeiramente acima da média histórica.

Houve consenso quanto à manutenção do treinamento por aplicativo de mensagens.

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

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

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

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

"Bom dia, colegas.

INFORMATIVO:

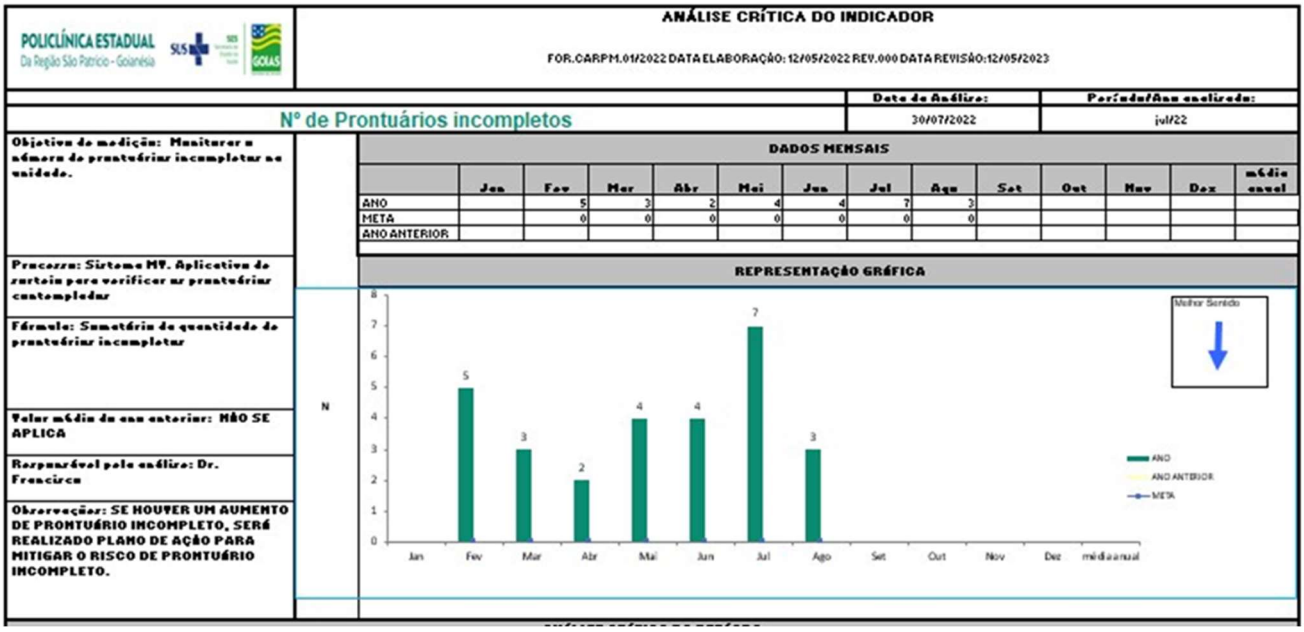
Atendendo a PORTARIA Nº 279, DE 8 DE OUTUBRO DE 2010 do MS, referente à Comissão de Revisão de Prontuários, foram analisados os seguintes itens:

- Identificação por CID;

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

- Sinalização da alta com identificação do motivo.

Da porcentagem de prontuários avaliados, cerca de 1,57 % estavam sem descrição de conduta. A menor relação histórica é 1,01%. Nos demais itens não houve inconformidades."



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:
	30/07/2022	jul/22

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

Processo: 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	7	3					
META		0	0	0	0	0	0	0					
ANO ANTERIOR													

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

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:

Em relação ação de 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 conhecer e conscientizar os profissionais e colaboradores da Unidade, quanto a existência da Comissão de Ética Multidisciplinar, suas funções e representatividade dentro da Unidade, bem como conhecer os membros da comissão e suas principais funções e responsabilidades também.

2.2.4- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

Aos dez dias do mês agosto de dois mil e vinte e dois, reuniu-se as quinze 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 tomou posse, devido a ausência da colaboradora Elisa kellyta Lima Silva, que entrou de licença maternidade. 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 mais 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, situação vai ser validada com o SESMET.Foi feita a substituição dos extintores vencidos

Registro da reunião:

2.2.5 – Núcleo de Qualidade (NQ)

APRESENTAÇÃO

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

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

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.

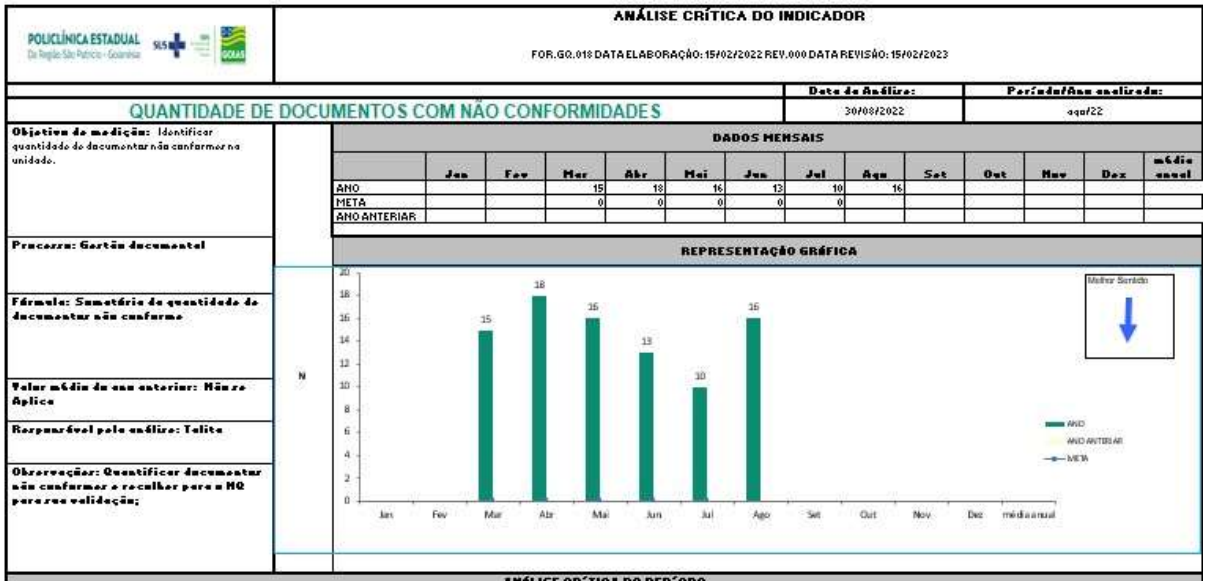
INDICADORES:

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

QUANTIDADE DE DOCUMENTOS COM NÃO CONFORMIDADES

Data da Análise: 30/08/2022

Período/Ano analisado: agosto/22

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

Observação: 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	16					
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:

No mês de agosto foi realizado reunião ordinária conforme cronograma, blitz no setores em busca de documentos com não conformidades. Analise de dados e descrição do indicador do Núcleo da qualidade. Realizado também produção documental para melhoria da qualidade. Realizado o mapeamento do processo dos setores, e gestão de risco.

Realizado atualização de documentos conforme cronograma de ação.

Elaborado e implementado planilha de controle de documento obsoleto, visando garantir a qualidade e gestão documental na unidade.

Realizado reunião mensal no setor do escritório de qualidade para traçar metas e plano de ação referente ao mês de setembro.

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: 30/08/2022	Período/Ano analisado: ago/22

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

Processo: NOTIVISA / NOTIFICAÇÃO INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

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

Valor médio do ano anterior: NÃO SE APLICA

Responsável pela análise: Talita

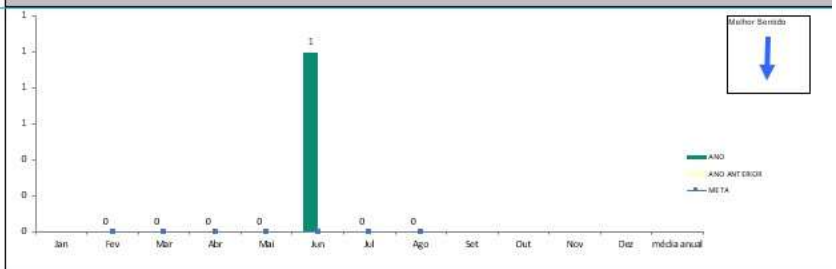
Observações: SE HOUVER UM AUMENTO DE INCIDENTE DE QUEDA NA UNIDADE O PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA DEVERÁ SER REALIADO, VISANDO MITIGAR OS INCIDENTES.

N

DADOS MENSAIS

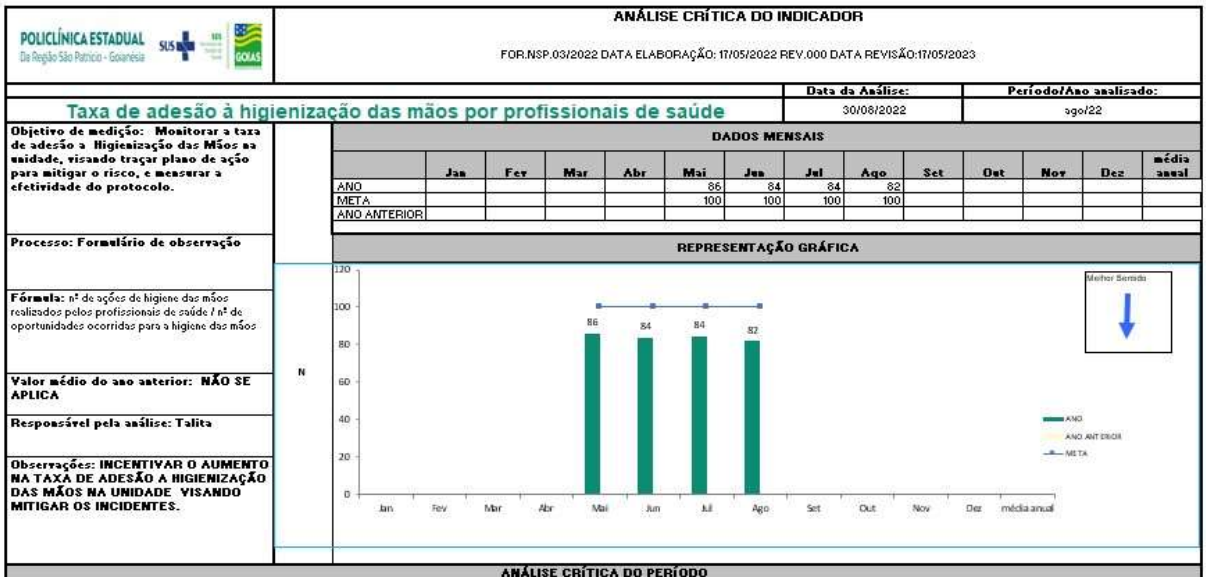
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO		0	0	0	0	1	0	0					
META		0	0	0	0	0	0	0					
ANO ANTERIOR													

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: 30/08/2022	Período/Ano analisado: ago/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 measurar 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	84	82					
META					100	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:	**Descrição do denominador:**
Número de notificação relacionada a comunicação	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

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:	Período/Ano analisado:
30/08/2022	ago/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

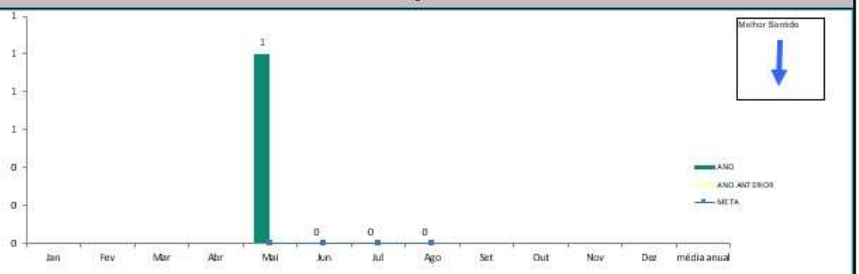
Observações: SE HOUVER UM AUMENTO DE INCIDENTE DE FALHA DE COMUNICAÇÃO NA UNIDADE O PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURO DEVERÁ SER REALIADO, VISANDO MITIGAR OS INCIDENTES.

N

DADOS MENSAIS

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
ANO					1	0	0	0					
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 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:	Período/Ano analisado:
	30/08/2022	ago/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

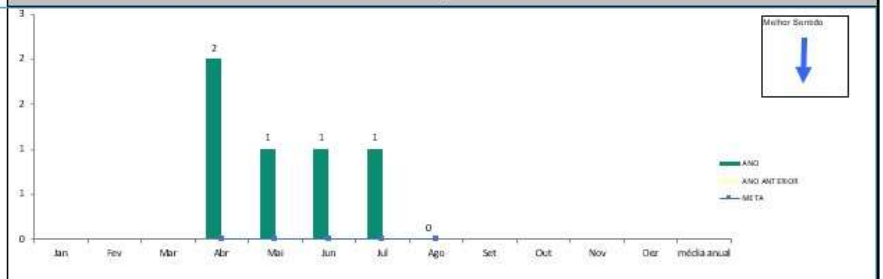
Observações: SE HOUVER UM AUMENTO DE INCIDENTE DE FALHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE O PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURO DEVERÁ SER REALIADO, VISANDO MITIGAR OS INCIDENTES.

N

DADOS MENSAIS

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

No referente mês foi realizado treinamento em alusão ao protocolo de pequena cirurgia segura e protocolo de prescrição, uso e administração de medicamento seguro, ministrado pela enf. Talita Utim Toledo e Nayara Lorrane.

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 adminstração 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 administraçãos. Seguindo o treinamento foi explanado sobre o fluxo do protocolo e análise do indicador de mensuração da efetividade do protocolo.

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

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.

2.2.7 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS)

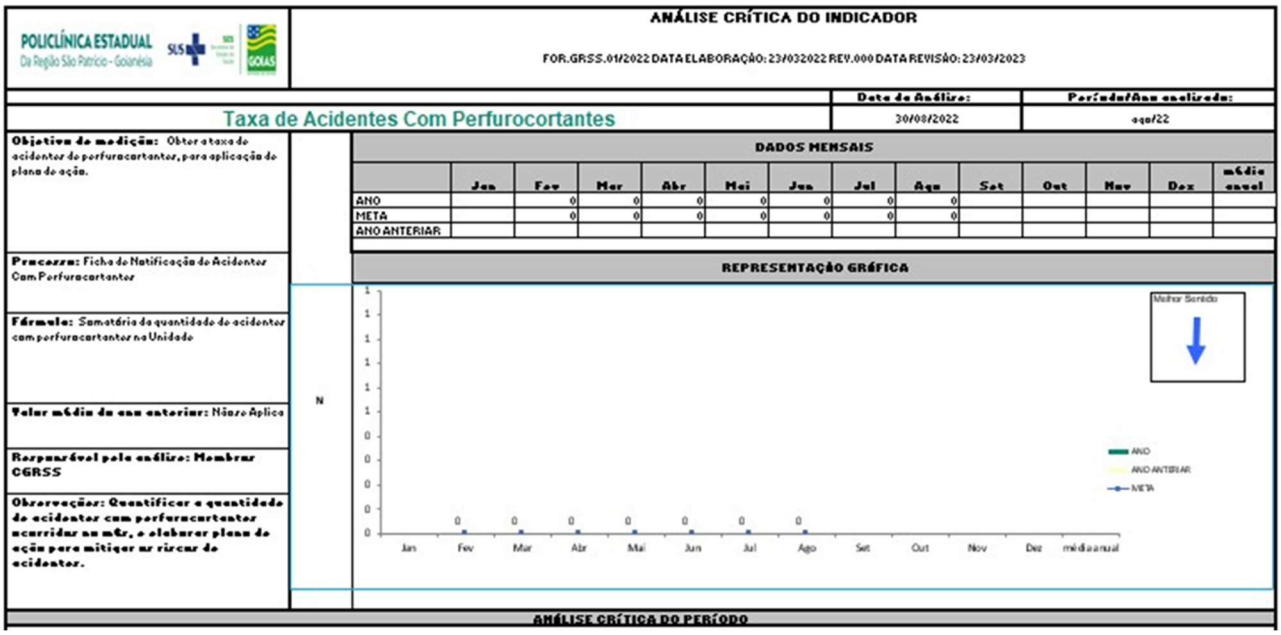
Aos vinte e dois dias do mês de agosto de dois mil e vinte e dois, reuniu-se os membros da CGRSS, sob a presidência da Sra. Talita. A presidente iniciou a reunião dando boas-vindas a todos, e na sequencia relatou que deverá ser realizado a readequação do PGRSS, conforme a RDC 222/2018 e conforme discutido na reunião anterior, está sendo realizado a readequação do PGRSS juntamente com todos membros para melhoria.

Conforme pontuado em ata anterior, está em andamento a solicitação de envio das bombonas para recolhimento de resíduos, que será disponibilizado pela empresa Centro Oeste Ambiental. Porém ainda está sem data correta para essa retirada e para o envio das mesmas. Podendo ser qualquer dia do mês. Conforme pontuado pela assistente de Diretoria a C.I solicitando o investimento dos containers e bombonas será direcionada a mesma.

Verificamos que no final do mês de julho e até a data da coleta no mês de agosto, tivemos uma produção de 105,400 Kg de resíduos do grupo A e 9,700kg de resíduos do grupo B, totalizando em 115,100 Kg.

Conforme pontuado em ata será implantado o lixo “B” que é descartado em sacos laranjas. Os setores que contará com esse descarte será a Hemodiálise e o Almoxarifado, os materiais a ser descartado, será pilhas, lâmpadas fluorescentes. Foi solicitado também uma organização no depósito, até que sejam retirados todos os papelões do local, até que isso aconteça os mesmos será mantido encima de paletes. Será estudado uma possibilidade de venda dos papelões.

Entretanto até o projeto ser finalizado, será emitido uma nota explicativa, constando que os resíduos recicláveis que forem vendidos, a verba será destinada para realização de eventos na unidade.



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: 30/08/2022	Período/Ano analisado: ago/22

Objetivo da medição: Obter a taxa de acidentes de perfurocortantes, para aplicação do 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.

N

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

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

Aos dias vinte e nove do mês de agosto de 2022, reuniu-se às quinze e quarenta e cinco 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 setembro.

Foi discutida junto ao NEPE a necessidade de definir as datas dos treinamentos previstos no cronograma mensal referente ao mês de setembro, o qual se comemora o setembro amarelo para a conscientização da Prevenção ao Suicídio e setembro Vermelho em alusão as Doenças Cardiovascular, durante o mês será realizado ações para conscientização dos colaboradores e usuários sobre a prevenção do Suicídio, 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 09/09

será feito uma Palestra para usuários e colaboradores no período matutino e vespertinos sobre o Suicídio. Dia 21/09 comemora o Dia Nacional de Conscientização da Pessoa com Alzheimer com entrega de Folder para os usuários.

No dia 27/09 comemora o Dia Nacional de Doação de Órgão, será feito através de entrega folder e palestra para os usuários. Dia 29/09 Dia mundial do Coração com palestra para os usuários e colaboradores e confecção de um painel.

Dia 30/09 será o fechamento das ações com palestra para os colaboradores sobre a prevenção ao Suicídio.

No dia 19/09 é o dia do Ortopedista, será realizado uma ação pelos Ortopedista da unidade.

Foi definido que será realizado a capacitação sobre Notificação Compulsória e treinamento do Protocolo de Segurança do Paciente na Hemodiálise, Reciclagem do Protocolo de Higienização das Mãos.

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 de Verificação de Óbito (CVO)

Aos dias 18 (dezoito dias) do mês de agosto de 2022, reuniu-se às quinze e trinta horas, no auditório da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, onde se fez presente Sr.

Francisco Baltazar Macruz Sampaio, Presidente de Comissão de Verificação de Óbito, e todos os colaboradores que foram designados para compor a CVO, conforme a Portaria Interna N°024/2022. O Médico Francisco Baltazar deu boas-vindas a todos, agradecendo a presença, declarando aberto a reunião, lembrando a todos o objetivo da reunião, à qual a Comissão se compromete em mitigar o risco de óbito na Unidade, e se houver algum óbito a comissão fica responsável pela a investigação e coleta de dados para esclarecer as causas morte. 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.

A Comissão identificou a necessidade de realizar treinamento com a equipe da Recepção para o alinhamento de arquivamento das filipetas dos pacientes, mesmo que todos os prontuário sejam digitalizados o arquivamento físico também e importante. Caso tenha ocorrido um óbito na Unidade, esse prontuário possa conter as informações corretas do paciente como resultado de exame e informações médicas, para investigação da causa morte.

Registro:

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
- ✓ **Laiane Lorena Sousa Santos –** Enfermeira – Secretária
- ✓ **Eliza Maria Queiroz Oliveira–** Médica – Membro
- ✓ **Lucas Andrade Silva –** Téc. de Segurança do Trabalho - Membro
- ✓ **Uane Ferreira da Silva –** Téc. de Radiologia – Convidada

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:

Proteção radiológica com principal indicador, que fornece um padrão adequado de proteção não só do profissional executante, mas também do paciente x ambiente de trabalho ao seu redor, compreendendo que a radiologia e diagnóstico por imagem está ligada ao desenvolvimento de novas tecnologias, sem inibir as atividades benéficas à sociedade ou ao indivíduo do uso das radiações.

AÇÕES REALIZADAS:

Durante o Mês foi realizado reunião ordinária para discussão e fiscalização do uso dos principais EPI'S mais utilizados para minimizar os riscos de exposições radiológicas durante a pratica de exames. Pensando no profissional, paciente e acompanhante.

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 terapêutica (CFT)

Aos nove dias do mês de agosto de dois mil e vinte e dois, reuniu-se as 15h00min no auditório da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício Goianésia, sobre a presidência de Rosana Vieira Lima e dos demais membros. Conforme cronograma de ação referente ao mês de julho, foi feito um treinamento pela terceirizada Amorim e Bandeira, responsável pela equipe de higiene e limpeza.

A presidente da comissão reforçou sobre a ação referente ao mês de agosto que que tratará sobre o descarte correto de medicamentos, tendo como público alvo os colaboradores da equipe de enfermagem, equipe da farmácia e equipe de higiene e limpeza.

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.

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 e o mesmo foi criado com análise retroativa desde abril/2022.

Registro:

2.2.12 – - Comissão de Ética Médica (CEM)

Aos dezenove dias do mês de agosto de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às quatorze horas na 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. Porém será realizado ações mensais para mitigar o risco de infração médica na unidade.

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. À partir do dia 01/08/2022 os atendimentos da Carreta passaram a ser por demanda espontânea e não mais por regulação.

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

DATA	MAMOGRAFIAS	CITOPATOLÓGICOS
01/08/2022	02	0
02/08/2022	0	0
03/08/2022	0	0
04/08/2022	0	0
05/08/2022	0	0
08/08/2022	0	0
09/08/2022	0	0
10/08/2022	0	0
11/08/2022	0	0
12/08/2022	0	0
15/08/2022	0	0
16/08/2022	0	0
17/08/2022	0	0
18/08/2022	0	0
19/08/2022	0	0
22/08/2022	0	0
23/08/2022	0	0
24/08/2022	0	0
25/08/2022	0	0
26/08/2022	0	0
29/08/2022	0	0
30/08/2022	02	0
31/08/2022	0	0
TOTAL	**0**	**0**

5 – Relatório de Recursos Humanos

Turnover - Agosto de 2022						
Admitidos do mês						
CPF	**Nome**	**Cargo**	**Data Admissão**	**Motivo**		
6363714176	ANA FLAVIA SANTOS GUEDES	RECEPCIONISTA	02/08/2022			
5222824152	BRUNA DIAS ROCHA MIGUEL	RECEPCIONISTA	02/08/2022			
70289482186	HELLEN PAMELA ROSA DOS SANTOS NOVAIS	AUXILIAR DE FARMACIA	17/08/2022			
5052185189	ISADORA MATEUS MORAIS	RECEPCIONISTA	02/08/2022			
7070713165	MARIA EDUARDA MATEUS TELES	RECEPCIONISTA	02/08/2022			
69771901249	MARTA DOS SANTOS PEREIREA	RECEPCIONISTA	02/08/2022			
TOTAL DE COLABORADORES		**6**				
Demitidos do Mês						
CPF	**Nome**	**Cargo**	**Data Admissão**	**Data Demissão**		**Motivo**
5460264197	KAROLINA TAVARES GOMES	PSICÓLOGO (A)	16/05/2022	13/08/2022	TERMINO DO CONTRATO DE EXPERIENCIA	
700.307.761-20	HENRIQUE DA SILVA SOUSA	COORD. DE QUALIDADE	03/02/2022			
TOTAL DE COLABORADORES		**2**				
Total de Colaboradores em Julho						
69						

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

CONTROLE DE ATESTADOS AGOSTO - 2022						
CPF	**VINCULO**	**PROFISSIONAIS QUE ESTÃO AFASTADOS POR SUSPEITA DE COVID-19**	**DATA**	**TOTAL DE DIAS**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
TOTAL DE COLABORADORES		**1**				
CPF	**VÍNCULO**	**PROFISSIONAIS CONFIRMADOS COM COVID-19**	**DATA**	**TOTAL**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
3176357192		JANICLEIA BORGES MORAIS	22/08/2022	5	29/08/2022	29/08/2022
TOTAL DE COLABORADORES			**1**			
CPF	**VÍNCULO**	**ATESTADOS POR OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS**	**DATA**	**DIAS**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
035.833.261-30	CLT	AMANDA CUNHA FONSECA LIMA	01/08/2022	23	24/08/2022	24/08/2022
94716188000	CLT	STELA CRISTINA WILSON SILVA STECKELBERG	01/08/2022	15	16/08/2022	16/08/2022
008055551-96	CLT	CLAUDIA PEREIRA DE OLIVEIRA	04/08/2022	1	05/08/2022	05/08/2022
3864080177	CLT	ELISA KELLYTA LIMA SILVA	05/08/2022	30	04/09/2022	-
008055551-96	CLT	CLAUDIA PEREIRA DE OLIVEIRA	08/08/2022	2	10/08/2022	10/08/2022
3735522114	CLT	NÚRIA FRANCIELLE RODRIGUES SOUSA	08/08/2022	2	10/08/2022	10/08/2022
027.338.901-74	CLT	ANA CRISTINA FERNANDES MENDES	10/08/2022	3	25/08/2022	25/08/2022
3735522114	CLT	NÚRIA FRANCIELLE RODRIGUES SOUSA	10/08/2022	10	22/08/2022	22/08/2022
027.338.901-74	CLT	ANA CRISTINA FERNANDES MENDES	11/08/2022	14	25/08/2022	25/08/2022
70277603129	CLT	DEBORAH CRISTINA MOREIRA DA SILVA	16/08/2022	MAT	16/08/2022	16/08/2022
70310379130	CLT	MARINA ALVES LIMA PIMENTA	16/08/2022	12	29/08/2022	29/08/2022
70830602151	CLT	JOICE LUNA PEREIRA SUSSTRUNK	17/08/2022	2	19/08/2022	19/08/2022
6207538110	CLT	STEPHANIE MARTINS SILVA MICLOS	17/08/2022	1	18/08/2022	18/08/2022
704.985.081-02	CLT	ISABELLA MUNIQUE ALVES FERREIRA	19/08/2022	1	22/08/2022	22/08/2022
148655017	CLT	JOVELINO PEREIRA DA MOTA JUNIOR	19/08/2022	1	22/08/2022	22/08/2022
3424086312	CLT	MARCIA ALVES DE ARAUJO	22/08/2022	1	23/08/2022	23/08/2022
5976657109	CLT	WASHINGTON PEREIRA DE SOUZA	22/08/2022	1	23/08/2022	23/08/2022
5052185189	CLT	ISADORA MATEUS MORAIS	24/08/2022	2	26/08/2022	26/08/2022
7070713165	CLT	MARIA EDUARDA MATEUS TELES	24/08/2022	2	26/08/2022	26/08/2022
3735522114	CLT	NÚRIA FRANCIELLE RODRIGUES SOUSA	24/08/2022	10	03/09/2022	-
602.548.453-80	CLT	NATALIO LIMA DOS SANTOS	24/08/2022	VESP	25/08/2022	25/08/2022
70830602151	CLT	JOICE LUNA PEREIRA SUSSTRUNK	26/08/2022	4	30/08/2022	30/08/2022
5911118106	CLT	LARA GABRIELA REIS SILVA	26/08/2022	1	29/08/2022	29/08/2022
4681713120	CLT	THYSSIANNE LUCIA DE FEIRAS SOBRINHO	29/08/2022	1	30/08/2022	30/08/2022
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	30/08/2022	VESP	30/08/2022	30/08/2022
4681713120	CLT	THYSSIANNE LUCIA DE FEIRAS SOBRINHO	30/08/2022	2	01/09/2022	01/09/2022
000.994.321-88	TERC	ADJANE CANDIDA DOS SANTOS	16/08/2022	1	17/08/2022	17/08/2022
3054891194	TERC	LUCIELE DE FATIMA SILVA	09/08/2022	1	10/08/2022	10/08/2022
70472217194	TERC	LUANA DE MORAIS COSTA	01/08/2022	4	05/08/2022	05/08/2022
70472217194	TERC	LUANA DE MORAIS COSTA	31/08/2022	1	01/09/2022	01/09/2022
TOTAL DE COLABORADORES		**30**				

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 agosto, foram entregues:

- ✓ 1.992 máscaras cirúrgicas;
- ✓ 81 máscaras N-95;
- ✓ 120 toucas;
- ✓ 100 aventais;

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

No dia 03/08 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 de longa permanência permcath/ VJD, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de Enfermagem. Realizado todos os check list do setor. Seguimos acompanhando a visita da vigilância sanitária e a entrega de todos os documentos solicitados.

Dia 04/08 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. Realizamos a confecção e instalação de novos checklist, termômetros, mudança de armários, retiradas soluções sala hemodiálise, afastamento soluções da parede entre outras mudanças solicitadas.

1. Instalação de novos termômetros e check list: sala hemodiálise, sala osmose, emergência
2. Mudança de armários sala de hemodiálise
3. Retirada armário mat/ med da sala próxima osmoses (antes e depois)
4. Retiradas soluções sala hemodiálise, mantendo somente depósito (antes e depois).

No dia 05/08 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 sendo assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista participamos às 16hrs com o tema Treinamento de Notificação de

Incidentes e Eventos Adversos. Continuamos com confecção de protocolos e documentos da Vigilância Sanitária.

1. Treinamento de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

Dia 08/08 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 de longa permanência permcath/ VJD, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de Enfermagem. Realizado todos os check list do setor. Paciente passou por consulta com cardiologista no último dia 05.08.22, o mesmo solicitou exames mapa e holter, como não será realizado na unidade, irmã do paciente levou ao município de origem para poder marcar, informamos ao paciente que nos informe quando ficarem prontos os exames, para podermos marcar retorno ao cardiologista. Paciente retornará ao HCN dia 09.08.22 para consulta com vascular, o mesmo será acompanhado por técnica de enfermagem da unidade e transporte Policlínica.

Dia 09/08 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 confecção e reformulação de Protocolos e pops.

No dia 10/08 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 de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, sendo realizado higienização das ponteiras com álcool 70%. Realizamos medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de Enfermagem, iniciando a primeira dose prescrita de vancomicina 500mg (ev). Realizado todos os check list do setor. Realizado das 07 às 10hrs treinamento com Enf: Jovelino e téc: enfermagem Sônia para capacitação de todos os colaboradores da Policlínica no setor de hemodiálise. Participamos às 9hrs do - Webinário Monkeypox. Às 10hrs da manhã participamos do treinamento Segregação de Resíduos, ministrado pela enfermeira Talita. Talita realizou o preenchimento mensal Busca Ativa no Setor. Realizado manutenção osmose reversa pelo técnico da Engeltech Marcelo. Paciente recebeu assistência da equipe Multiprofissional, psicóloga e nutricionista

No dia 11/08 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 coleta semestral pelo técnico da Conágua Ambiental, Douglas. Seguimos realizando os documentos da Vigilância Sanitária. Participamos do treinamento da SESMT com o tema Acidente de Trajeto.

No dia 12/08 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 segunda dose prescrita de vancomicina 1 gr. (ev). Realizamos a entrega de uma lembrancinha ao paciente em comemoração ao dia dos pais. Realizado todos os check list do setor. Realizamos reunião mensal com colaboradores do setor de hemodiálise abordando os ajustes necessários para garantir qualidade da assistência. Paciente recebeu assistência fisioterapeuta e assistente social e foi colaborativo com as atividades ofertadas.

No dia 15/08 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 de longa permanência permcath/ VJD e troca de tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico, realizado terceira dose de vancomicina 1 gr. (ev). Realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de Enfermagem. Realizado todos os check list do setor. Entregamos ao paciente pedido de ECG, o mesmo foi orientado a nos trazer quando estiver pronto.

No dia 16/08 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 do treinamento e palestra com o tema Prevenção e controle de pandemias: a relevância da vigilância epidemiológica Das 7:30 as 9 hrs. Realizado confecção e reformulação de Protocolos e pops, Protocolo Anticoagulação do Sistema, Intercorrências Intradiáliticas e Orientações aos Cuidados Paciente Hepatite

No dia 17/08 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 de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, sendo realizado higienização das ponteiras com álcool 70%. Realizamos medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de Enfermagem, realizado quarta dose prescrita de vancomicina 1 gr. (ev). Paciente recebe assistência de equipe multidisciplinar sendo receptivo com atividades ofertadas pela psicóloga e nutricionista. Realizado todos os check list do setor. Realizado treinamento com colaboradores da enfermagem Sônia, Ludmila e Rafaela. Realizamos treinamento às 14:30 dos brigadistas com extintores de incêndio, ministrado pelo Téc. Segurança do trabalho da SESMET. Fomos informados pela Karla da SES que iniciaria um outro paciente conosco, do município de Uruaçu, diante desta informação repassamos os dados à Coordenadora operacional Paula para darmos início ao fluxo da assistência.

No dia 18/08 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. Seguimos realizando os documentos da Vigilância Sanitária. Participamos às 15:30 da reunião da Comissão de Óbito. Logo em seguida participamos da reunião da Comissão CCIRAS. Às 16:30 participamos da reunião com Coordenadora Operacional Paula e Claudinéia para definição

de fluxo de pacientes com sorologia positiva. No final do dia fomos informados pela Karla da SES que paciente será assistido pela Clinefro, suspendendo atendimento na Policlínica.

No dia 19/08 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 quinta e última dose prescrita de vancomicina 1 gr. (ev) . Realizado todos os check list do setor. Paciente recebe assistência ofertada pela fisioterapeuta e assistente social. Participamos às 15hrs do treinamento para apresentação do Manual Multidisciplinar Para Abordagem de Pacientes em Tratamento Hemodialítico, ministrado pela Enf: Nayara.

No dia 22/08 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 de longa permanência permcath/ VJD e troca de tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de Enfermagem. Realizado todos os check list do setor. Realizado reunião mensal CGRSS às 15:30.

No dia 23/08 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. Estamos realizando a confecção do Protocolos Cuidados Paciente com Sorologia Positivo HIV, Hepatite C e B e Manual de Normas e Rotinas.

No dia 24/08 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 de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, sendo realizado higienização das ponteiras com álcool 70%. Realizamos medicações, e aferição SSVV durante período dialítico, durante assistência nutricionista paciente agressivo destratando a equipe multiprofissional e de enfermagem, sendo orientado a ter mais paciência, pois estamos aqui para ajudá- lo. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de Enfermagem. Realizado treinamento das 7:00 as 10:00 com colaboradores da enfermagem da Policlínica no setor de hemodiálise enf° Laiane, Jovelino, técnicas Dilma, Sônia e Ludmila abordando montagem do sistema, intercorrências Inter dialíticas, parâmetros da máquina etc. Paciente recebe assistência psicológica Gysa, sendo colaborativo com atividade ofertada. Participamos da reunião com a empresa que fornecerá o lanche aos pacientes do setor de hemodiálise. Participamos às 15:30 da reunião da comissão NSP. Realizado a releitura Manual de Normas e Rotinas.

No dia 25/08 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. Seguimos realizando os documentos da Vigilância Sanitária. Demos início a organização dos documentos solicitados pela ONA, organizando e subindo para o drive.

No dia 26/08 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 recebe assistência ofertada pela fisioterapeuta, nutricionista e assistente social (anexo 1), conversamos com paciente sobre a forma que o mesmo está tratando tanto a equipe multiprofissional quanto da enfermagem, pois o mesmo está destratando os profissionais que prestam assistência ao mesmo. Fomos informados pela colaboradora do HCN Patrícia que paciente deverá comparecer ao hospital no dia 30.08.22 para internação confecção FAV, como o paciente terá consulta com oncologista no mesmo dia e os familiares irão levá- lo e acompanhá- lo informamos aos familiares as condutas necessárias para a internação, entrei em contato com colaboradora do HCN informando que paciente ainda não havia realizado RX de tórax PA/Perfil solicitado pelo vascular e que também ainda não havia passado pelo cardiologista para liberação do risco cirúrgico, pois exames solicitados pelo cardiologista ainda não tinha sido realizados, com isso a mesma nos orientou a mandar mesmo assim o paciente pois o encaixaria tanto no exame e consulta com cardiologista, sendo assim mandamos com o paciente últimos exames laboratoriais feitos na unidade, ECG e mapa. Participamos às 16hrs da reunião com Rt em enfermagem Geovanna abordando temas como folga e repasse de piso salarial.

No dia 29/08 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 de longa permanência permcath/ VJD e troca de tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de Enfermagem. Realizado todos os check list do setor. Participamos às 15:40 reunião com vigilância sanitária, mostrando relatórios mensal das análises das amostras de água do setor hemodiálise. Logo em seguida participamos da reunião final da Comissão NEPE, pois como estávamos recebendo a equipe da Vigilância Sanitária não conseguimos participar do início, os temas abordados para o mês de setembro foram.

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 agosto da Policlínica Estadual de Região São Patrício – Goianésia.

Especialidades Não Médicas	Atendimento Não Médico por Profissão	
	Meta mensal	Agosto
Enfermagem	2.544	36
Fisioterapia		150
Fonoaudiologia		0
Nutricionista		169
Psicologia		102
Farmacêutico		
Odontologista		
Total		**457**

7.2 – Produção de especialidades médicas

Atendimento Médico por Especialidade		
Especialidades Médicas	Meta Mensal	Agosto
Cardiologia	5.988	247
Clínico Geral (médico da família)		73
Dermatologia		155
Endocrinologia/Metabologia		342
Gastroenterologista		249
Ginecologia/Obstetrícia		112
Hematologia		0
Mastologia		70
Nefrologia		58
Neurologia		350
Oftalmologia		407
Ortopedia e Traumatologia		684
Otorrinolaringologia		93
Pediatria Clínica		31
Pneumologia/Tisiologia		0
Urologia		122
Anestesiologista**		79
Reumatologia		101
Total		**3173**

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

Atendimento Médico por Especialidade		
Especialidades Médicas	**Meta Mensal**	**Agosto**
Cardiologia	5.988	247
Clínico Geral (médico da família)		73
Dermatologia		155
Endocrinologia/Metabologia		342
Gastroenterologista		249
Ginecologia/Obstetrícia		112
Hematologia		0
Mastologia		70
Nefrologia		58
Neurologia		350
Oftalmologia		407
Ortopedia e Traumatologia		684
Otorrinolaringologia		93
Pediatria Clínica		31
Pneumologia/Tisiologia		0
Urologia		122
Anestesiologista**		79
Reumatologia		101
Total		**3173**

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