

FEVEREIRO

**RELATÓRIO
MENSAL DE
ATIVIDADES**

2023

RELATÓRIO MENSAL

Competência: Relatório 01/01/2023 – 28/02/2023

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Quadra B22, L. 4E, Sala 26-A
EDIF. New Business, Jd. Goiás CEP: 74.810-100, Goiânia/GO.

<http://www.institutocem.org.br>



Sumário

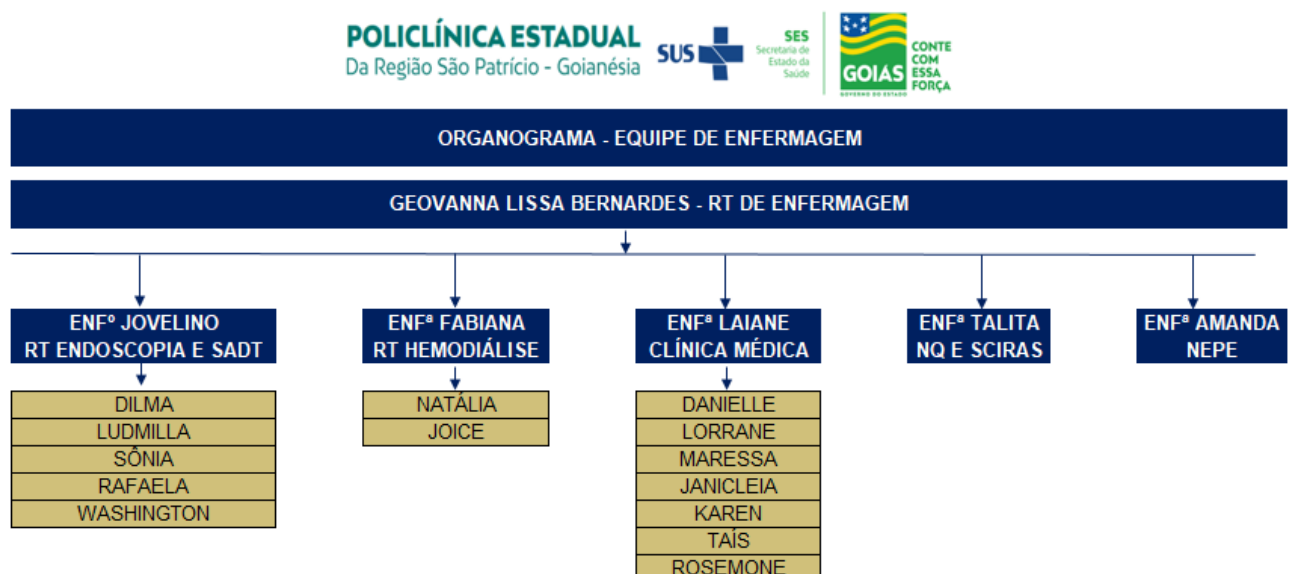
1	APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO	4
2	INDICADORES DE PRODUÇÃO E METAS QUANTITATIVAS	6
2.1	Produção Quantitativa	6
2.2	Análise das Metas Quantitativas	10
2.3	Indicadores Qualitativos	10
2.4	Metas de Desempenho	11
2.5	Contingência	11
2.6	Riscos	12
3	INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	13
3.1	DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM	13
4	PRIORIDADES - Gravidade, Urgência e Tendência (G.U.T)	15
5	MELHORIA CONTÍNUA	16
5.1	ANTES X DEPOIS	16
5.2	RESOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO	18
6	ANÁLISE S.W.O.T	20
7	PLANO DE AÇÃO (5W2H)	21
8	Conclusão	22
9	Glossário:	23

1 APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO

A coordenação de enfermagem é o setor responsável por gerenciar todos os processos de enfermagem da unidade. Isso contempla a elaboração de escalas mensais, produção de relatórios gerenciais quando solicitado, planejamento, organização e garantia do desenvolvimento da assistência de enfermagem ininterruptamente. A coordenação de enfermagem atua diretamente na tomada de decisões na questão operacional das atividades, elabora planejamento estratégico na organização dos fluxos da unidade, não só pertinente à enfermagem, mas também à recepção, equipe de radiologia e equipe médica. Realiza a gestão de recursos humanos, materiais e orçamentários colocados à disposição do setor. A coordenação de enfermagem contribui para os objetivos globais da unidade, ofertando atenção a todos os serviços operacionais e administrativos.

Atualmente, a equipe de enfermagem da Policlínica de Goianésia conta com 5 enfermeiros e 14 técnicos distribuídos pelos setores da unidade. Mensalmente é elaborada uma escala para designar atribuições para cada colaborador, visando as necessidades e demandas de cada setor.

ORGANOGRAMA



MAPA DE SERVIÇOS

ATIVIDADE	PERIODICIDADE
Elaboração e conferência de escalas;	Mensalmente;
Produção de relatórios gerenciais;	Sempre que solicitado;
Planejamento, organização e garantia da assistência de enfermagem;	Ininterruptamente;
Administração de recursos humanos e materiais;	Ininterruptamente;
Gerenciamento de equipamentos de exames;	Ininterruptamente;
Planejamento estratégico de fluxos;	Ininterruptamente;
Envio de exames às regionais e manipulação da planilha de controle de exames da Carreta de Prevenção;	Sempre que houver;
Se atentar para as metas estabelecidas em contrato, fazendo o possível para o alcance (consultas e exames);	Mensalmente;
Responder mensalmente o SIGUS.	Mensalmente (até o dia 10 de cada mês).

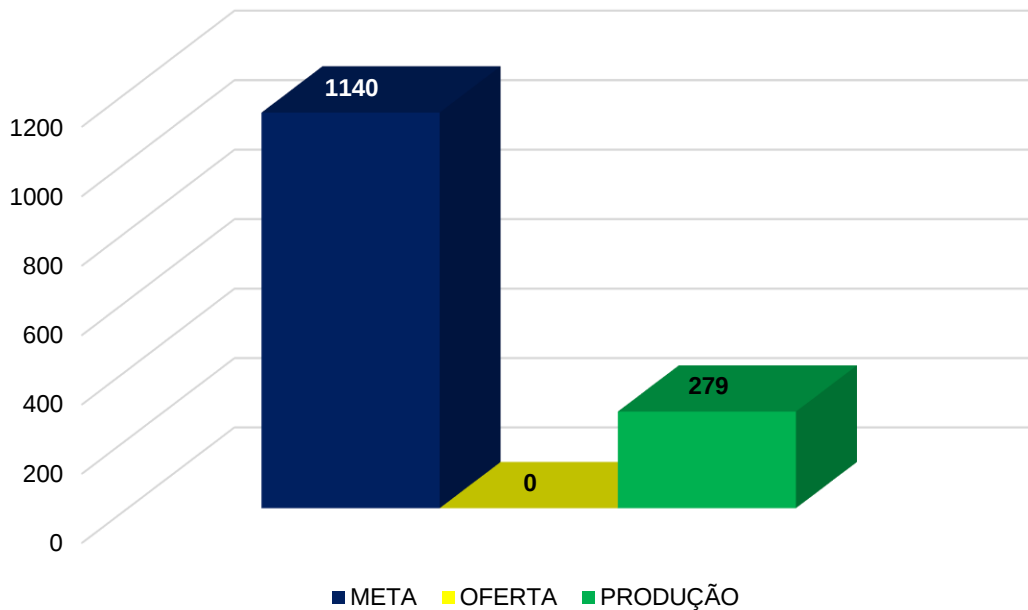
2 INDICADORES DE PRODUÇÃO E METAS QUANTITATIVAS

2.1 Produção Quantitativa

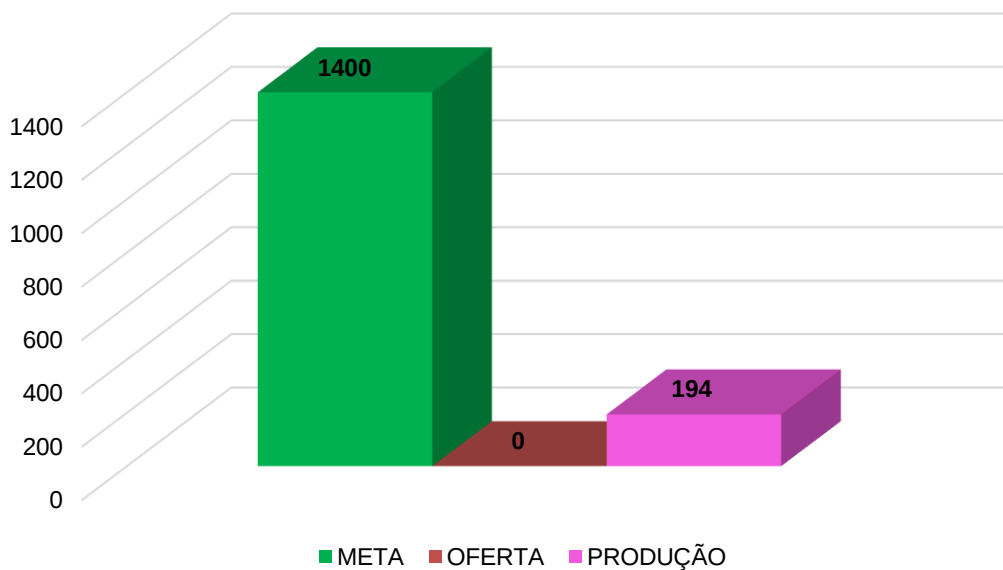
No mês de **fevereiro**, a Carreta de Prevenção esteve entre 01/02 a 10/02 estacionada no pátio da Policlínica de Goianésia realizando exames de mamografia e citopatológico por demanda espontânea. No período entre 14/02 e 17/02, a Carreta foi solicitada pelo município de Uirapuru. No dia 23/02 a Carreta retornou para Goianésia pra dar continuidade nos atendimentos. Desde agosto do ano passado (ago/22) as pacientes atendidas na Carreta não precisam passar por regulação estadual para realizarem os exames, os atendimentos são realizados por demanda espontânea, por esse motivo a oferta encontra-se zerada. Vale ressaltar também que as pacientes da Carreta que apresentam alteração em seus exames têm porta de entrada garantida para retornarem aos especialistas (mastologistas e ginecologistas) para receberem avaliação e tratamentos adequados.

CARRETA DE PREVENÇÃO - MAMOGRAFIA	
MÊS	FEVEREIRO
META	1140
OFERTA	0
PRODUÇÃO	279
CARRETA DE PREVENÇÃO - CITOPATOLÓGICO	
MÊS	FEVEREIRO
META	1400
OFERTA	0
PRODUÇÃO	194

CARRETA DE PREVENÇÃO (MAMOGRAFIA)

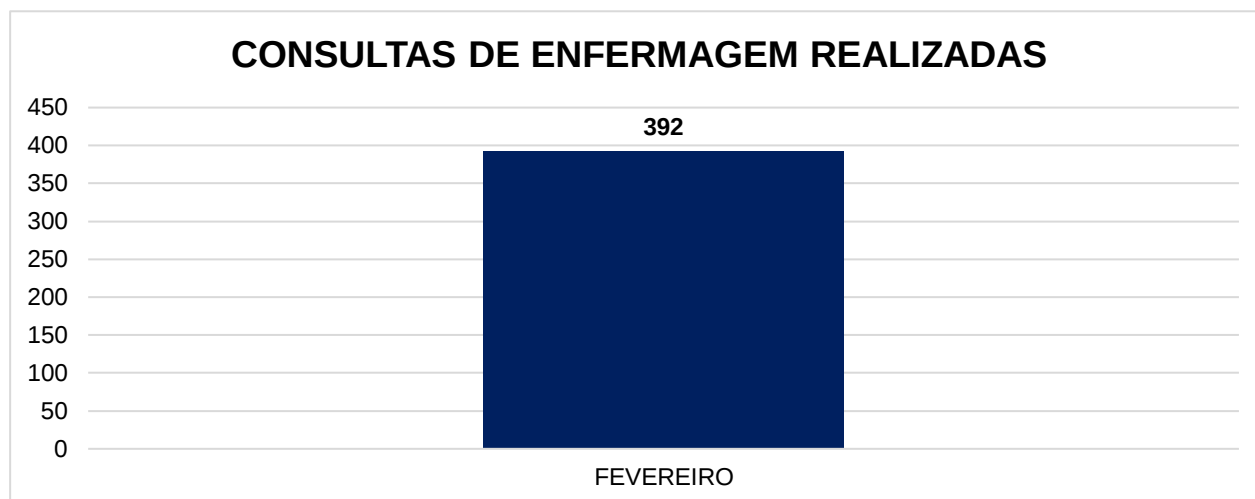


CARRETA DE PREVENÇÃO (CITOPATOLÓGICO)



A enfermeira assistencial do setor de ambulatório é responsável por realizar consultas de enfermagem a gestantes de alto risco antes das mesmas passarem por consulta com o obstetra. Além disso, também é responsável por realizar consultas de enfermagem em pacientes de primeira vez, pacientes esses que necessitam de uma anamnese mais elaborada em seu primeiro acolhimento na unidade. Segue produção de consultas de enfermagem:

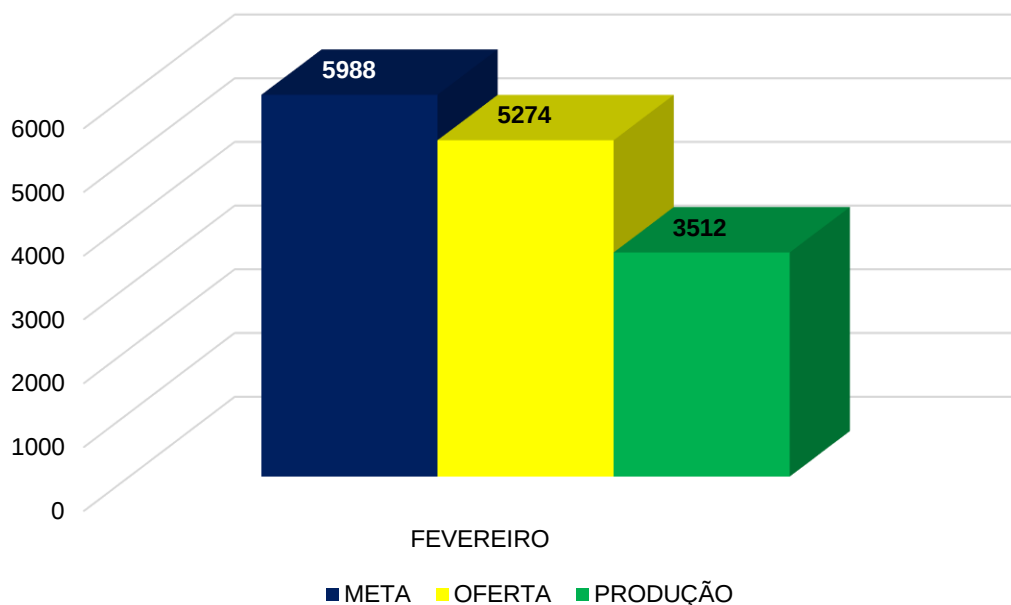
CONSULTAS DE ENFERMAGEM	
MÊS	REALIZADAS
FEVEREIRO	392



A coordenação de enfermagem participa ativamente na elaboração, conferência e manutenção das escalas médicas e escalas de exames da unidade. Além de estar envolvida nos processos e também se responsabilizar pela produção.

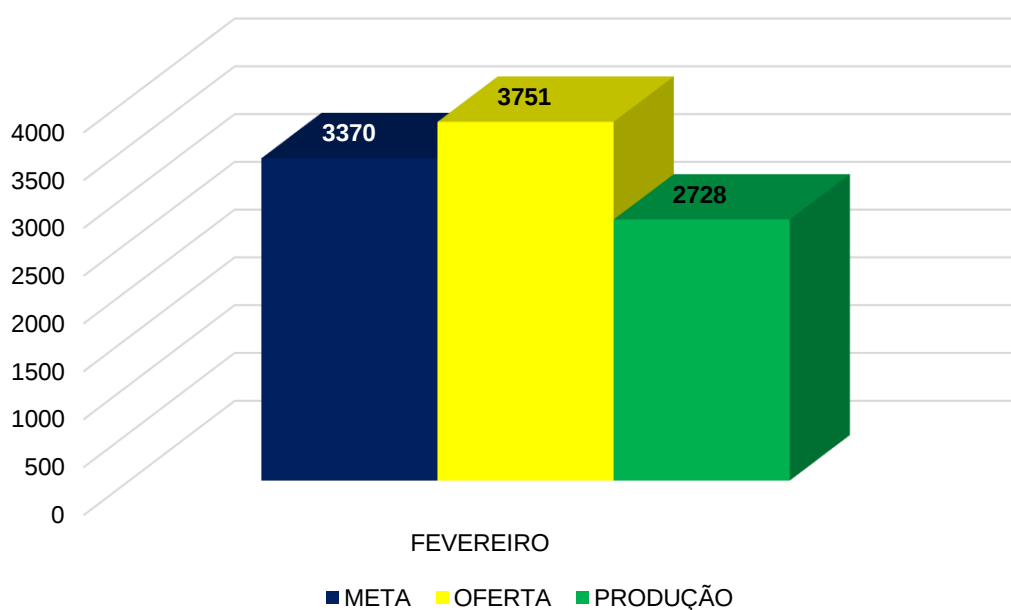
CONSULTAS MÉDICAS	
MÊS	FEVEREIRO
META	5988
OFERTA	5274
PRODUÇÃO	3512

CONSULTAS MÉDICAS: FEVEREIRO



EXAMES	
MÊS	FEVEREIRO
META	3370
OFERTA	3751
PRODUÇÃO	2728

PRODUÇÃO DE EXAMES: FEVEREIRO



2.2 Análise das Metas Quantitativas

A consulta de enfermagem não tem meta estipulada em contrato, no entanto, é solicitado pela SES-GO para que a mesma seja realizada em pacientes gestantes, para fins de orientação de enfermagem, tanto no que tange ao pré-natal, quanto orientações sobre amamentação, nas quais o profissional enfermeiro é habilitado para fornecer. Além disso, a enfermeira assistencial é responsável por realizar consultas de enfermagem, coletar a história do paciente e fazer uma anamnese bem definida dos pacientes que são provindos da regulação (primeira consulta).

A produção de consultas de enfermagem tem crescido a cada mês, no entanto, nos últimos meses é observado uma baixa devido ao absenteísmo das pacientes na consulta com o médico obstetra e absenteísmo dos pacientes provindos da regulação (primeira consulta). As consultas de enfermagem são realizadas mediante o comparecimento dos pacientes em consulta.

Sobre as consultas médicas, sempre tentamos ofertar além da meta, contando que tem o absenteísmo dos pacientes, para que assim, consigamos um bom indicador na produção. O mesmo vale para os exames, ainda não conseguimos ofertar além da meta de 3370 exames ofertados, porque ainda não dispomos de alguns equipamentos para a realização dos mesmos, tais como: cistoscópio, nasofibroscópio, eletroneuromiógrafo, Holter 24h, espirômetro e cabine de audiometria. Alguns destes, já estão em processo de compra no DocCem.

Em relação ao gráfico da Unidade Móvel (Carreta de Prevenção), no mês de agosto de 2022, o atendimento às pacientes passou a ser por demanda espontânea, não sendo mais necessário passar por regulação via CRE, por esse motivo, a oferta está zerada. Anteriormente, eram ofertados 34 citopatológicos e 34 mamografias por dia. A produção da Carreta se dá por demanda espontânea, as pacientes podem vir até a unidade portando documentos pessoais e pedido médico (se necessário para a faixa etária) e realizar o exame sem antes precisar de passar por regulação. Os municípios que fazem parte da macrorregião da Policlínica de Goianésia podem solicitar a Carreta a qualquer momento para que a mesma possa se deslocar e atender os pacientes do município.

2.3 Indicadores Qualitativos

Observa-se a oferta de consultas médicas no mês de **fevereiro** não ultrapassou a meta, conforme o que é orientado (sempre ofertar 30% a mais da meta, visando a taxa de absenteísmo dos pacientes) o resultado da produção manteve na mesma vertente ao longo dos meses. Existem algumas razões pelas quais impossibilitaram o atingimento da meta em oferta de escala nesse mês, nas quais: feriado e carnaval e mês menor. No entanto, na escala de março conseguiremos compensar.

A oferta de exames no mês de **fevereiro** também não conseguiu ultrapassar a meta estabelecida em contrato, visto que, a unidade ainda não dispõe de todos os equipamentos para a realização dos exames. Muitos já se encontram em processo de compra no DocCem.

A produção da Carreta é conforme a demanda espontânea das pacientes. Desde o mês de agosto de 2022 a Secretaria do Estado da Saúde estabeleceu que as unidades móveis das Policlínicas não mais precisariam de regulação, e que o atendimento seria por demanda espontânea.

É sabido a importância de sempre ofertar 30% além da meta pré-estabelecida em contrato, tanto na escala de consultas médicas, quanto na escala de exames. Deve-se sempre analisar a taxa de absenteísmo dos pacientes, e ofertando além da meta, conseguimos chegar em um número de produção maior.

2.4 Metas de Desempenho

No mês de **fevereiro** de 2023, a unidade de Goianésia não conseguiu atingir o máximo de desempenho por não ofertar além da meta, fato este que também impacta na produção. Quanto às consultas de enfermagem, após visita da coordenação técnica de Enfermagem do Instituto Cem – Deise Bosso, foi dada uma ideia brilhante para aumento na produção e desempenho das consultas realizadas pela enfermeira. Além de realizar consultas em gestantes, ficou estabelecido a realização de consultas em pacientes de primeira vez, esses pacientes precisam de uma anamnese melhor elaborada e o enfermeiro é o profissional ideal para esse primeiro acolhimento. Sendo assim, ficou definido que a enfermeira realizará consultas de enfermagem em pacientes de primeira consulta, o que aumentará a produção.

2.5 Contingência

Existem diversos tipos de eventualidades que podem acontecer diante do atendimento ambulatorial. Pacientes chegam sem encaminhamento e regulação para atendimento, o que cabe a nós nesse momento é a orientação ao paciente para que o mesmo procure a triagem de seu município portando documentos pessoais, encaminhamento ou pedido de exame para que o mesmo possa ser inserido no sistema do Complexo Regulador Estadual (CRE).

Quando o paciente procura a unidade em data diferente do que foi regulado e o médico não sem encontra para atendê-lo, acolhemos o paciente para que o mesmo não volte sem amparo e orientamos o paciente na data correta que é para vir até a unidade. Acolher o paciente é sempre uma de nossas prioridades. Em casos onde o profissional médico não comparece na data estabelecida em escala, acolhemos os pacientes agendados para a data, conversamos e explicamos a causa e nos comprometemos em reagendá-los para uma nova data, não deixando os mesmos sem atendimento.

2.6 Riscos

RISCO	AÇÃO
Não enviar a escala em data estabelecida pela regulação;	Comunicar imediatamente o Complexo Regulador Estadual e enviar assim que possível.
Não enviar os resultados dos exames da Carreta em tempo hábil.	Comunicar imediatamente a justificativa para a regional e enviar assim que possível.

3 INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS

3.1 DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM

- QUADRO DE COLABORADORES

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS - ENFERMAGEM							
	NOME	COREN	VALIDADE	FUNÇÃO	HORÁRIO	ALMOÇO	SETOR
1	DANIELLE CRISTINE GOMES RIBEIRO	1.731.899	20/12/2026	TÉC. ENF	06:30 - 16:30	11:00 - 12:12	ACOLHIMENTO
2	DILMA GONÇALVES	804323	17/12/2025	TÉC. ENF	07:00 - 17:00	12:00 - 13:12	ENDOSCOPIA
3	JANICLEIA BORGES MORAIS	1.281.101	22/02/2023	TÉC. ENF	09:00 - 19:00	12:00 - 13:12	EXAMES
4	JOICE LUANA PEREIRA SUSSTRUNK	1.566.550	03/12/2026	TÉC. ENF	06:30 - 16:30	11:00 - 12:12	HEMODIÁLISE
5	KAREN LOURENÇO FERREIRA	1.338.503	19/09/2023	TÉC. ENF	09:00 - 19:00	13:00 - 14:42	ACOLHIMENTO
6	LORRANE APARECIDA DUARTE	1561617	10/12/2026	TÉC. ENF	06:30 - 16:30	11:00 - 12:12	EXAMES/CME
7	LUDMILLA BRUNA DOS SANTOS	1563302	29/11/2026	TÉC. ENF	07:30 - 17:30	12:00 - 13:12	ENDOSCOPIA
8	MARESSA GEOVANA RIBEIRO	1.633.298	22/03/2026	TÉC. ENF	07:00 - 17:00	12:18 - 13:30	ACOLHIMENTO
9	NATÁLIA RODRIGUES DA SILVA	1613080	15/02/2026	TÉC. ENF	07:00 - 17:00	12:00 - 13:12	HEMODIÁLISE
10	RAFAELA NASCIMENTOSANTOS GARCIA	1.572.951	30/04/2026	TÉC. ENF	06:30 - 16:30	12:18 - 13:30	ACOLHIMENTO
11	ROSEMONE RIBEIRO DA SILVA CARDOSO	554.398	DEFINITIVA	TÉC. ENF	07:00 - 17:00	11:00 - 12:12	ACOLHIMENTO
12	SONIA ROSA DE JESUS SALES	1559335	10/12/2026	TÉC. ENF	07:00 - 17:00	12:00 - 13:12	ENDOSCOPIA
13	TAÍS CRISTINA DE SOUZA GONÇALVES	293.188	DEFINITIVA	TÉC. ENF	06:30 - 16:30	11:00 - 12:12	ACOLHIMENTO
14	WASHINGTON PEREIRA DE SOUZA	1554781	10/12/2026	TÉC. ENF	07:30 - 17:30	12:18 - 13:30	ENDOSCOPIA
15	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	280.579	12/12/2022	ENFERMEIRA	08:00 - 19:00	11:00 - 12:12	NEPE
16	FABIANA PEREIRA DO NASCIMENTO	631893	08/11/2026	ENFERMEIRA	07:00 - 17:00	12:30 - 13:42	HEMODIÁLISE
17	JOVELINO PEREIRA DA MOTA JUNIOR	235.452	DEFINITIVA	ENFERMEIRO	07:00 - 17:00	12:00 - 13:12	ENDOSCOPIA
18	LAIANE LORENA SOUSA SANTOS	540.710	15/02/2024	ENFERMEIRA	07:00 - 17:00	12:18 - 13:30	AMBULATÓRIO
19	NAYARA LORRANE DA SILVA PASSOS	630.316	30/04/2026	ENFERMEIRA	07:30 - 18:00	12:00 - 13:00	LINHA DO CUIDADO
20	TALITA UTIM TOLEDO	556.370	03/08/2023	ENFERMEIRA	08:00 - 16:12	11:00 - 12:00	SCIRAS
21	GEOVANNA LISSA BERNARDES OLIVEIRA	628.585	14/07/2026	ENFERMEIRA	07:00 - 17:00	12:00 - 13:12	ADMINISTRATIVO

- ORGANOGRAMA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM



• **ESCALA DE ENFERMAGEM**

POLICLÍNICA ESTADUAL Da Região São Patricio - Goias SUS GOIÁS GOV. DO ESTADO GOIÁS GOV. DO ESTADO						ESCALA DE TRABALHO - ENFERMAGEM																															
Serviço/Unidade: POLICLÍNICA						FEVEREIRO/2023 - INSTITUTO CEM																															
	NOME	COREN	SETOR	FUNÇÃO	VÍNCULO	HORÁRIO	CH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL DE DIAS	
2023																																					
DIURNO																																					
1	DANIELLE CRISTINE GOMES RIBEIRO	1731899	ACOLHIMENTO	TÉC.ENF	CLT	06:30 às 16:30	44	FR	FR	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
2	DILMA GONÇALVES	894323	ENDOSCOPIA	TÉC. ENF	CLT	07:00 às 17:00	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
3	JANICLEIA BORGES MORAIS	1281101	ACOLHIMENTO	TÉC.ENF	CLT	07:00 às 17:00	44	LMT	LMT	LMT				LMT	LMT	LMT	LMT	LMT			LMT	LMT	LMT	LMT	LMT			LMT	LMT	LMT	LMT	LMT		LMT	LMT		
4	JOICE LUANA PEREIRA SUSSTRUNK	1566550	HEMODIALISE	TÉC.ENF	CLT	06:30 às 16:30	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
5	LORIANE APARECIDA DUARTE	1561617	EXAMES/CME	TÉC.ENF	CLT	06:30 às 16:30	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
6	LUCIMILLA BRUNA DOS SANTOS	1563362	ENDOSCOPIA	TÉC.ENF	CLT	07:30 às 17:30	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
7	MARESSA GEOVANA RIBEIRO	1.633.298	ACOLHIMENTO	TÉC.ENF	CLT	07:00 às 17:00	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
8	NATÁLIA RODRIGUES DA SILVA	1613660	FERIAS	TÉC.ENF	CLT	06:30 às 16:30	44	DS.4	DS.4	DS.4				FR	FR	FR	FR	FR			FR	FR	FR	FR	FR			FR	FR	FR	FR		FR	FR		FR	FR
9	RAFAELA NASCIMENTO SANTOS GARCIA	1.572.961	ACOLHIMENTO	TÉC. ENF	CLT	06:30 às 16:30	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
10	SONIA ROSA DE JESUS SALES	1599335	HEMODIALISE	TÉC.ENF	CLT	06:30 às 16:30	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
11	WASHINGTON PEREIRA DE SOUSA	1554781	ENDOSCOPIA	TÉC.ENF	CLT	07:30 às 17:30	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
ENFERMEIROS																																					
1	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	280579	NEPE	ENFERMEIRA	CLT	07:00 às 17:00	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
2	FABIANA PEREIRA DO NASCIMENTO	631893	HEMODIALISE	ENFERMEIRA	CLT	07:00 às 17:00	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
3	JOVELINO PEREIRA DA MOTA JUNIOR	235.482	ENDOSCOPIA	ENFERMEIRO	CLT	07:00 às 17:00	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
4	LAIANE LORENA SOUSA SANTOS	540.710	CLÍNICA MÉDICA	ENFERMEIRA	CLT	06:30 às 16:30	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
5	NAYARA LORRANE DA SILVA PASSOS	630.316	LINHA DO CUIDADO	ENFERMEIRA	CLT	07:30 às 18:00	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
6	TALITA UTM TOLEDO	556.370	SCRASING	ENFERMEIRA	CLT	08:00 às 16:12	36	D712	D712	D712				D712	D712	D712	D712	D712			D712	D712	D712	D712	D712			FE	FE	D712	D712	D712		D712	D712		
COORDENADORA DE ENFERMAGEM																																					
7	GEOVANA LISSA BERNARDES OLIVEIRA	625.885	ADMINISTRAÇÃO	ENFERMEIRA	CLT	07:00 às 17:00	44	DS.4	DS.4	DS.4				DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			DS.4	DS.4	DS.4	DS.4	DS.4			FE	FE	DS.4	DS.4	DS.4		DS.4	DS.4		
LEGENDA:																																					
SD = SERVIÇO DIURNO 12 HORAS																																					
DS 4 = DIURNO 8 HORAS E 48 MINUTOS																																					
D712 = DIURNO 7 HORAS E 12 MINUTOS																																					
F = FOLGA																																					
FE = FERiado																																					
FR = FERIAS																																					
LMT = LICENÇA MÉDICA																																					
LMT = LICENÇA MATERINIDADE																																					
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:																																					

LEGENDA:	
SD = SERVIÇO DIURNO 12 HORAS	
DS.4 = DIURNO 8 HORAS E 45 MINUTOS	
D712 = DIURNO 7 HORAS E 12 MINUTOS	
F = FOLGA	
FE = FÉRIADO	
FR = FÉRIAS	
LM = LICENÇA MÉDICA	
LMT = LICENÇA MATERNIDADE	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

4 PRIORIDADES - Gravidade, Urgência e Tendência (G.U.T)

Matriz de Prioridade (GUT)							
Descrição do problema	Gravidade		Urgência		Tendência		Prioridade Final
Enviar a escala de consultas/exames com erros pra regulação	Grave	3	Necessita de ação imediata	5	Vai piorar em pouco tempo	4	60
Esquecer de enviar os resultados de exames para as regionais	Pouco grave	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai piorar em longo prazo	2	12
Não realizar reuniões de alinhamento com a equipe de enfermagem	Grave	3	Resolver o mais cedo possível	3	Vai piorar em médio prazo	3	27
Não ter comunicação clara com todos os setores envolvidos	Muito grave	4	Necessita de ação imediata	5	Vai piorar rapidamente	5	100
Não organizar a agenda em casos de equipamentos pararem	Gravíssimo	5	Necessita de ação imediata	5	Vai piorar rapidamente	5	125

5 MELHORIA CONTÍNUA

5.1 ANTES X DEPOIS

Foram implantados exames que estão inclusos do contato nº 65/2020 – SES, estes têm grande impacto no alcance das metas contratuais estabelecidas.

1. EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA E MAPA 24H

Obs.: meta para eletrocardiograma: 200 exames/mês, ofertamos em torno de 400 exames. Meta para MAPA 24h: 60 exames/mês, ofertamos em torno de 70 exames. Sempre ofertamos além da meta, observando sempre a taxa de absenteísmo dos pacientes e demanda interna.



2. EXAME DE MAMOGRAFIA

Obs.: meta para mamografia: 100 exames/mês, ofertamos em torno de 120 exames/mês.



3. CME (CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO)

ANTES



(Entrada CME – Policlínica de Goianésia)

DEPOIS



(Arsenal do CME – Policlínica de Goianésia)

CME

Anteriormente a CME não era realidade na Policlínica de Goianésia. A mesma vem sendo implantada de pouco a pouco, já contamos com área limpa, área suja (expurgo) e arsenal.

Área limpa: onde é realizado o reprocessamento dos materiais através da autoclave, além do empacotamento através da seladora.

Área suja: onde é realizada a limpeza e desinfecção de materiais para posterior reprocessamento à 121°C. Os materiais médicos críticos e semicríticos passam por desinfecção em ácido peracético 2%.

Expurgo: destino final dos materiais estéreis, para

4. EXAME DE PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF): TIREÓIDE E MAMA

Foi implantado o exame de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF): tireóide e mama que está incluso no Plano Operativo do contato nº 65/2020 – SES, este tem grande impacto no alcance das metas contratuais estabelecidas.

Obs.: meta para PAAF: 20 exames/mês, ofertamos 35 exames. Sempre ofertamos além da meta, observando sempre a taxa de absenteísmo dos pacientes e demanda interna.

5. LIVRO ATA PARA REGISTRO DE INTERCORRÊNCIAS AMBULATORIAIS

Foi implantado o livro ATA para registro da equipe de enfermagem em quaisquer situações de emergências ambulatoriais que possam ser ocorridas na unidade. O livro ATA está disposto em todas as salas de estabilização da unidade.

5.2 RESOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO

Na coordenação de enfermagem, utiliza-se muito a ferramenta **Excel** para produção de escalas, planejamentos estratégicos para organização de fluxos e produção de relatórios mensais e de produção.

O departamento é responsável por fazer o envio dos exames da Carreta de Prevenção para as regionais compreendidas pela macrorregião já pré-estabelecida. Sempre que há demandas de exames a serem enviados, estes são organizados juntamente com um protocolo de recebimento e enviados para as devidas regionais para posterior envio aos municípios, além disso, é alimentada periodicamente uma planilha para controle dos exames já enviados.

Exames considerados alterados, seja citopatológicos ou mamografias, não são enviados às regionais, e é realizado pelo NIA o agendamento da consulta da paciente para o ginecologista ou mastologista. O controle de agendamento de consultas dessas pacientes também é realizado através de uma planilha no Excel.

Além da utilização de planilhas para controle dos exames da Carreta, utiliza-se o Excel para elaboração de escalas de enfermagem, exames e escalas médicas (a coordenação de enfermagem participa ativamente da conferência da escala mensalmente para evitar que seja enviada à regulação com erros).

Considera-se erro grave o envio de quaisquer dados errados para o Complexo Regulador Estadual, e o mesmo realizar o agendamento dos pacientes conforme o que está descrito na escala e assim

desenvolver transtornos, seja para o próprio paciente, ou para a equipe. Exemplo: abrir agenda em data que profissional médico não estará disponível na unidade. Consequência: a regulação agendar conforme o que estava em escala e os pacientes virem de outro município até a consulta, mas não conseguirem ser atendidos. É de extrema relevância a conferência de todos os dados para que sejam evitados esses tipos de erros.

Entre as atribuições supracitadas, também é colocado à disposição da coordenação de enfermagem a supervisão e gerenciamento das manutenções preventivas e corretivas de todos os equipamentos de exames e procedimentos da unidade. Sempre que houver necessidade de manutenção corretiva ou preventiva, é necessária a organização da agenda, planejamento do setor afetado e comunicação efetiva com todas as partes interessadas.

6 ANÁLISE S.W.O.T

A matriz SWOT, também conhecida como matriz FOFA, é uma ferramenta gerencial que examina o ambiente interno e externo de uma organização buscando encontrar oportunidades de melhoria e otimização do desempenho.

FORÇAS	FRAQUEZAS
• Organização; • Empatia; • Humanização; • Humildade; • Respeito ao próximo;	• Melhorar o conhecimento técnico da minha área; • Sempre oferecer feedbacks à minha equipe em prol de melhorias e motivação; • Melhorar as tomadas de decisão em conflitos organizacionais; • Aperfeiçoar o conhecimento em Excel para que eu consiga realizar relatórios mais profissionais; • Amadurecer em pontos profissionais específicos.
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
• Realizar cursos, pós ou MBA em gestão/liderança; • Respeitar todos os colegas de trabalho de forma igualitária; • Desenvolver minha equipe para que a mesma seja engajada e produtiva; • Manter a organização na confecção das escalas e relatórios gerenciais; • Sempre buscar ser gentil com os colegas de trabalho, independentemente da posição e/ou situação.	• Equipe despreparada, necessita de desenvolvimento; • Conflitos organizacionais entre membros da minha equipe; • Construir otimização de tempo para realizar cursos importantes para meu desenvolvimento profissional;

7 PLANO DE AÇÃO (5W2H)

Um plano de ação é uma maneira de planejar quais as ações necessárias que devem ser tomadas para alcançarmos um objetivo. É um planejamento metodológico no qual são definidas as metas da unidade ou setor, as etapas necessárias, os responsáveis por cada detalhe e o monitoramento do projeto.

5W					2H	
What	Why	Who	Where	When	How	How Much
O que?	Por que?	Quem?	Onde?	Quando?	Como?	Quanto?
Ação, problema, desafio...	Justificativa, explicação, motivo	Responsável	Local	Prazo, cronograma	Procedimentos, etapas	Custos, desembolsos
Análise e conferência de escalas (médica, exames e enfermagem).	Enviar a escala de oferta de consultas médicas e exames para a regulação sem erros.	Geovanna	Sala de Coord. de Enfermagem	Até o dia 15 de todo mês	Analisar linha por linha, quantitativos e observar se estamos alcançando a meta da unidade de acordo com o Plano Operativo. Fazer alterações se necessário	Tempo: em média 3 horas
Envio de exames da Carreta de Prevenção para as regionais na qual a Policlínica compreende.	Enviar os exames realizados pelas pacientes da Carreta de Prevenção.	Geovanna	Sala de Coord. de Enfermagem	Sempre que os exames forem laudados (pelo sistema e laboratório)	Observar atentamente os exames para que não haja envio de exames alterados. Estes devem ter outra tratativa (o agendamento da consulta da paciente com o mastologista e ginecologista)	Tempo: em média 2 horas
Elaboração de relatórios gerenciais de produção.	Elaborar relatórios gerenciais sempre que solicitado pelo Instituto Cem ou SES.	Geovanna	Sala de Coord. de Enfermagem	Sempre que for solicitado.	Realizar buscas dos resultados de produção através do sistema MV ou dos portfólios já validados da unidade.	Tempo: algumas horas.

8 Conclusão

Por meio do relatório apresentado acima, foi possível constatar a matriz de gestão de tarefas que é colocada à disposição da coordenação de enfermagem para ser executada, cada atividade em periodicidade diferente, algumas atividades mensais, outras diárias.

Além disso, pôde-se constatar no decorrer do presente relatório, a produção do último mês de consultas de enfermagem, consultas médicas, exames e produção da Carreta de Prevenção. Os gráficos têm total relação com a coordenação de enfermagem, por participar ativamente na elaboração de escalas, produção de relatórios e gerenciamento de demandas.

9 Glossário:

1 APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO:

Essa apresentação pode ser realizada para uma variedade de públicos, incluindo a alta diretoria da organização, bem como gerência e outros departamentos, usuários do serviço, terceirizados ou fornecedores. O objetivo é fornecer uma visão geral do departamento, suas operações e desempenho, e apresentar estratégias para melhorar seu desempenho e contribuir para os objetivos globais da organização.

Uma apresentação de departamento pode incluir informações resumidas sobre a estrutura organizacional do departamento, suas funções e responsabilidades, vez que, adiante em itens específicos será detalhado a equipe que o compõe e os recursos disponíveis. Também pode abordar questões como orçamento, metas, planos de ação e prazos para projetos em andamento.

No geral, uma apresentação do departamento é uma oportunidade importante para a equipe mostrar seus resultados e conquistas, comunicar suas necessidades e desafios, e demonstrar seu valor para a organização como um todo, conforme apresentados em detalhe nos subitens do relatório.

2 INDICADORES DE PRODUÇÃO E METAS QUANTITATIVAS

Indicadores de produção e metas quantitativas são métricas que são usadas para avaliar e monitorar o desempenho de um processo de produção em uma organização. Esses indicadores são geralmente expressos em termos quantitativos, ou seja, em números ou valores numéricos.

Os indicadores de produção são usados para medir e avaliar a eficiência e eficácia do processo de produção em si. Alguns exemplos de indicadores de produção incluem o tempo de ciclo (o tempo necessário para prestar um determinado número de atendimentos do serviço prestado), o índice de refugo (a porcentagem de produtos utilizados na prestação do serviço que não atendem aos padrões de qualidade), a taxa de produção (a quantidade de serviços/atendimentos produzidos/realizados em um determinado período de tempo) e a taxa de utilização de equipamentos (a porcentagem de tempo em que os equipamentos estão em uso. Ex: Equipamentos médico-hospitalares e de diagnósticos de imagem).

As metas quantitativas são objetivos específicos que são estabelecidos para orientar o desempenho do processo de produção e para garantir que ele esteja alinhado com as necessidades e metas da organização. Essas metas podem ser baseadas em indicadores de produção específicos ou em outros fatores, como demanda do serviço, recursos disponíveis ou metas contratuais.

Ao monitorar esses indicadores de produção e metas quantitativas, as organizações podem identificar áreas de melhoria e implementar estratégias para aumentar a eficiência e eficácia do processo de execução do serviço. Isso pode levar a uma maior produtividade, redução de custos e melhorias na qualidade dos serviços.

2.1 Produção Quantitativa

Produção quantitativa é um tipo de produção em que a quantidade de serviços prestados é o principal foco. É uma abordagem que enfatiza a produção em grande escala e a eficiência na prestação do serviço de qualidade em grandes quantidades. O objetivo da produção quantitativa é maximizar a

produção e minimizar os custos de execução, para que sejam alcançados grandes volumes de resultados a um custo menor.

No entanto, a produção quantitativa não se preocupa apenas com a quantidade de serviços produzidos, mas também com a qualidade. As empresas que adotam a produção quantitativa precisam garantir que os serviços prestados atendam aos padrões de qualidade e satisfaçam as necessidades dos usuários dentro dos moldes contratuais da gestão pública.

2.2 Análise das Metas Quantitativas

A análise das metas quantitativas é um processo que envolve a avaliação do desempenho de uma organização em relação às metas numéricas ou quantitativas que foram estabelecidas. Essas metas podem incluir indicadores como, produção, qualidade, satisfação do cliente, entre outros.

A análise das metas quantitativas é realizada para determinar se a organização está alcançando ou superando essas metas. Se a organização estiver atingindo as metas estabelecidas, a análise pode ser usada para identificar as práticas e estratégias que estão funcionando bem. Por outro lado, se a organização não estiver alcançando as metas, a análise pode ser usada para identificar os obstáculos e problemas que estão impedindo o sucesso.

A análise das metas quantitativas envolve a coleta de dados e a realização de cálculos e comparações para determinar se a organização está no caminho certo para alcançar suas metas. Além disso, a análise também pode ser usada para ajustar as metas, se necessário, com base nos resultados reais que estão sendo alcançados.

A análise das metas quantitativas é importante porque permite que as organizações avaliem seu desempenho de maneira objetiva e sugerir à gestão pública que estabeleçam metas realistas e alcançáveis. Além disso, a análise ajuda as organizações a identificarem áreas de melhoria e a desenvolverem estratégias para superar obstáculos e alcançar seus objetivos.

2.3 Indicadores Qualitativos

Indicadores qualitativos são medidas ou métricas que não são expressas em números ou valores quantitativos, mas sim em qualidades, características ou atributos que descrevem ou avaliam um determinado fenômeno ou processo. Esses indicadores fornecem informações subjetivas e descritivas sobre a qualidade, desempenho ou impacto de um determinado produto, serviço ou processo.

Os indicadores qualitativos podem ser usados em diversas áreas de gestão empresarial, entre outras. Alguns exemplos de indicadores qualitativos incluem a satisfação do cliente, a qualidade do atendimento ao cliente, a conformidade com as normas de segurança, a percepção de qualidade e do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde que define critérios e parâmetros de caráter qualitativos.

Os indicadores qualitativos são frequentemente coletados por meio de pesquisas de opinião, entrevistas, observações, grupos focais e outras técnicas de coleta de dados que visam medir a percepção ou opinião das pessoas sobre um determinado fenômeno. Por exemplo, um indicador qualitativo de satisfação do cliente/usuário pode ser medido por meio de pesquisas de opinião que perguntam aos clientes/usuários sobre sua experiência com o serviço prestado.

A análise de indicadores qualitativos pode fornecer informações valiosas sobre a percepção dos clientes ou usuários sobre um determinado produto ou serviço, permitindo que as empresas e organizações façam ajustes e melhorias em suas operações para atender melhor às necessidades e expectativas dos clientes. Vale ressaltar que a nomenclatura “cliente” aqui utilizada também se refere aos “clientes internos”, quais sejam, os colaboradores de outros setores de que forma direta ou indireta são atendidos pelo serviço de determinados setores numa relação interpessoal contínua e diária.

2.4 Metas de Desempenho

Metas de desempenho são objetivos ou alvos específicos que uma empresa, organização ou indivíduo estabelece para medir e melhorar sua eficácia e eficiência em uma determinada área de atuação. Essas metas são definidas com base nos objetivos estratégicos da empresa ou organização e são geralmente expressas em termos quantitativos e qualitativos, incluindo medidas de produtividade, qualidade, satisfação do cliente, segurança, redução de custos, entre outros.

As metas de desempenho são uma ferramenta importante para medir o progresso e avaliar o sucesso de uma empresa ou organização. Elas fornecem uma base clara para avaliar o desempenho e identificar áreas que precisam de melhorias ou ajustes. Além disso, as metas de desempenho ajudam a aumentar a motivação dos colaboradores, definindo expectativas claras e alcançáveis para o trabalho que deve ser realizado.

Para estabelecer metas de desempenho eficazes, é importante que elas sejam específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais (S.M.A.R.T). Isso significa que elas devem ser claramente definidas, quantificáveis, possíveis de serem alcançadas com os recursos disponíveis, relevantes para os objetivos da organização e estabelecidas em um prazo determinado.

As metas de desempenho devem ser regularmente avaliadas e monitoradas para garantir que estão sendo alcançadas e para ajustar o desempenho, se necessário. A análise dos resultados pode ajudar a identificar áreas para melhorias e ajustes, bem como para reconhecer e recompensar o bom desempenho.

2.5 Contingência

Contingência é a possibilidade de algo acontecer ou não, dependendo de uma determinada condição ou circunstância. É a incerteza ou imprevisibilidade que pode afetar a tomada de decisão em diferentes contextos, sejam eles empresariais, políticos, sociais ou pessoais.

Em gestão empresarial, a teoria da contingência afirma que não existe uma única abordagem ou método de gestão que seja aplicável a todas as empresas ou situações. Em vez disso, a gestão deve ser adaptada às contingências, ou seja, deve ser adequada às condições específicas em que uma empresa ou organização opera. Isso significa que as decisões gerenciais devem ser baseadas em análise de informações específicas, levando em conta as características da empresa, do mercado, do ambiente regulatório preconizado pelos órgãos fiscalizadores.

Em resumo, a contingência se refere à incerteza e imprevisibilidade que podem afetar o curso normal do serviço dentro dos protocolos e fluxos estabelecidos previamente em diferentes contextos, e a teoria da contingência é uma abordagem que busca adaptar a gestão e a tomada de decisão às condições específicas de cada situação ou contexto.

2.6 Riscos

Risco é a possibilidade de uma perda, dano ou prejuízo decorrente de uma ação, atividade ou evento incerto ou desconhecido. Em outras palavras, risco é a chance de algo negativo acontecer, seja em um projeto, negócio, investimento, operação ou qualquer outra atividade que possa envolver incertezas ou ameaças.

Os riscos podem ser identificados, avaliados e gerenciados em diferentes áreas, como na gestão de projetos, gestão de negócios, gestão financeira, gestão de segurança, entre outras. Para identificar os riscos, é necessário avaliar todas as possíveis ameaças ou incertezas que possam afetar o sucesso ou a realização de um projeto ou atividade. Em seguida, é importante avaliar a probabilidade e o impacto de cada risco, bem como desenvolver estratégias para gerenciá-los, reduzi-los ou eliminá-los.

O gerenciamento de riscos envolve a implementação de medidas de mitigação, ou seja, a adoção de ações para minimizar os efeitos negativos dos riscos identificados. Essas medidas podem incluir a transferência de riscos, como a contratação de serviços de terceiros ou o estabelecimento de contratos que transferem os riscos para outros, ou a aceitação do risco, que consiste em reconhecer a possibilidade de perdas e danos.

Em resumo, risco é a possibilidade de perda, dano ou prejuízo decorrente de uma ação, atividade ou evento incerto ou desconhecido. A identificação, avaliação e gerenciamento de riscos são práticas importantes para minimizar ou eliminar os efeitos negativos dos riscos nas atividades empresariais e em outras áreas.

3 INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS

Indicadores de recursos humanos são medidas quantitativas e/ou qualitativas utilizadas para avaliar o desempenho, eficiência e eficácia da gestão de recursos humanos em uma organização. Esses indicadores são usados para acompanhar o desempenho dos colaboradores, a produtividade da equipe, o clima organizacional, o turnover, o absenteísmo, a satisfação dos funcionários e outros aspectos relacionados ao capital humano.

Esses indicadores ajudam as empresas a avaliar e aprimorar suas políticas e práticas de RH, garantindo que a empresa tenha os recursos humanos necessários para alcançar seus objetivos estratégicos. Por exemplo, o indicador de turnover (rotatividade de funcionários) pode ser usado para avaliar a eficácia das práticas de recrutamento, seleção e retenção da empresa. O indicador de absenteísmo pode ser usado para avaliar o impacto das políticas de gestão de ausências e saúde ocupacional.

Além disso, os indicadores de recursos humanos ajudam a monitorar e gerenciar riscos relacionados à força de trabalho, como problemas de produtividade, custos de recrutamento e retenção, falhas na conformidade legal e regulatória, entre outros. A partir desses indicadores, as empresas podem tomar decisões informadas e desenvolver estratégias eficazes para melhorar a gestão de seus recursos humanos.

Em resumo, indicadores de recursos humanos são medidas usadas para avaliar a eficácia da gestão de recursos humanos em uma organização. Eles são usados para acompanhar o desempenho dos funcionários, a produtividade da equipe, o clima organizacional, o turnover, o absenteísmo, a satisfação dos funcionários e outros aspectos relacionados ao capital humano.

3.1 Dimensionamento de Recursos Humanos.

O dimensionamento de recursos humanos é um processo que visa determinar a quantidade e os tipos de funcionários necessários para atender às demandas e objetivos de uma organização e/ou departamento. É um processo estratégico que envolve a análise de dados e informações para definir o tamanho da força de trabalho, considerando fatores como a demanda do serviço, o crescimento da empresa, a sazonalidade, a rotatividade de funcionários e a produtividade.

O dimensionamento de recursos humanos envolve três etapas principais:

- a) **Análise da demanda:** consiste em avaliar as necessidades de mão de obra da organização, levando em consideração a demanda por produtos ou serviços, a sazonalidade e outros fatores que possam influenciar a necessidade de pessoal.
- b) **Análise da oferta:** consiste em avaliar a disponibilidade de mão de obra interna e externa, levando em consideração o mercado de trabalho e a disponibilidade de talentos.
- c) **Definição do quadro de pessoal:** consiste em determinar a quantidade e os tipos de funcionários necessários para atender às demandas da organização. Essa etapa envolve a definição de perfis profissionais, a identificação de habilidades e competências necessárias e de acordo com a política de recursos humanos da organização para contratação e retenção.

O dimensionamento de recursos humanos é uma prática importante para garantir que a empresa tenha a quantidade certa de funcionários com as habilidades e competências necessárias para atender às demandas dos serviços prestados pela organização. Isso permite que a empresa possa otimizar seus recursos, reduzir custos desnecessários e maximizar a eficiência e eficácia da sua força de trabalho.

4 Matriz G.U.T de PRIORIDADES - Gravidade, Urgência e Tendência (G.U.T)

A matriz G.U.T. é uma ferramenta de gestão utilizada para priorizar problemas e oportunidades de acordo com sua gravidade, urgência e tendência. Ela é composta por três critérios principais:

- a) **Gravidade:** refere-se ao impacto que o problema ou oportunidade tem na organização. Quanto maior o impacto, maior a gravidade.
- b) **Urgência:** refere-se ao tempo que a organização tem para lidar com o problema ou aproveitar a oportunidade. Quanto menos tempo a organização tem, maior a urgência.
- c) **Tendência:** refere-se à direção que o problema ou oportunidade está seguindo. Se a tendência é piorar com o tempo, a organização precisa agir rapidamente para evitar um resultado negativo. Se a tendência é melhorar, a organização pode ter mais tempo para lidar com o problema ou oportunidade.

Ao utilizar a matriz G.U.T., a empresa/departamento atribui um valor numérico de 1 a 5 para cada um dos critérios de gravidade, urgência e tendência, sendo 1 o menor valor e 5 o maior valor. Em seguida, multiplica-se os valores para obter uma pontuação total para cada problema ou oportunidade. Os itens com pontuação mais alta devem ser priorizados e tratados primeiro.

A matriz G.U.T. é uma ferramenta simples e eficaz para ajudar as empresas e departamento a priorizarem suas ações e recursos para lidar com problemas e oportunidades. Ela permite que a empresa e/ou departamento avaliem a gravidade e urgência de um problema ou oportunidade, bem como sua tendência, para decidir qual ação deve ser tomada e quando. Ao usar essa matriz, os departamentos podem tomar decisões mais informadas e eficazes para alcançar seus objetivos e lidar com desafios e oportunidades da organização.

5 MELHORIA CONTÍNUA

Melhoria contínua de um departamento é um processo sistemático e contínuo de análise, avaliação e aprimoramento das atividades e processos em um departamento ou área de uma organização. É uma abordagem que busca constantemente identificar oportunidades de melhoria, implementar mudanças e avaliar os resultados para alcançar melhorias em eficiência, qualidade e desempenho.

O processo de melhoria contínua envolve a identificação de áreas que precisam de melhoria, a definição de metas de melhoria, a implementação de ações corretivas, a avaliação dos resultados e o monitoramento contínuo para garantir que as melhorias sejam sustentáveis. Isso incluirá o uso de ferramentas de análise e avaliação, como a análise SWOT, a matriz GUT, o ciclo PDCA, plano de Ação (5W2H) dentre outras.

A melhoria contínua de um departamento pode resultar em benefícios significativos para a organização, incluindo redução de custos, aumento da eficiência, melhoria da qualidade do serviço, melhorias na satisfação do cliente interno e usuários, aumento da produtividade, entre outros.

Para implementar com sucesso a melhoria contínua em um departamento, é importante que haja um comprometimento e engajamento de todos os membros da equipe e liderança, bem como uma cultura de aprendizado e inovação. É importante estabelecer metas claras, monitorar os resultados e fazer ajustes conforme necessário para garantir que o processo de melhoria contínua seja efetivo e contínuo.

5.1 ANTES X DEPOIS

O demonstrativo "Antes x Depois" é um tipo de relatório que compara a situação anterior e posterior à implementação de mudanças em um departamento. Ele mostra como as mudanças implementadas afetaram a eficiência, a produtividade e o desempenho do departamento em termos quantitativos e qualitativos.

Este demonstrativo pode ser usado para apresentar aos diretores e/ou gerentes, aos membros da equipe ou às partes interessadas (terceiros e/ou fornecedores) o progresso e o impacto das mudanças implementadas. Ele ajuda a identificar se as mudanças foram efetivas ou não e a determinar se mais mudanças são necessárias.

O demonstrativo "Antes x Depois" pode incluir uma variedade de informações, incluindo:

- a) Números e dados quantitativos, como redução de custos, aumento da produtividade, melhoria da qualidade do produto ou serviço, entre outros;
- b) Comparação de processos e procedimentos antes e depois da implementação de mudanças;
- c) Análise de feedback de clientes e funcionários antes e depois das mudanças implementadas;
- d) Dados qualitativos, como a cultura organizacional, a satisfação do cliente e do funcionário, entre outros.

O demonstrativo "Antes x Depois" é uma ferramenta útil para demonstrar a efetividade das mudanças implementadas e para comunicar o impacto dessas mudanças para as partes interessadas da organização. Ele pode ser usado para avaliar o sucesso de projetos e programas e para orientar futuras ações e decisões.

5.2 RESOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO

O Índice de Resolutividade do Departamento é uma métrica que mede a capacidade de um departamento em resolver problemas ou solicitações dos clientes de forma efetiva e eficiente. Ele é

calculado dividindo o número de solicitações resolvidas pelo total de solicitações recebidas em um determinado período de tempo e multiplicando o resultado por 100 para obter uma porcentagem.

O Índice de Resolutividade do Departamento é uma métrica importante porque reflete a capacidade do departamento em atender às necessidades dos clientes de forma rápida e eficiente, o que pode ter um impacto significativo na satisfação do cliente e na reputação da empresa.

Além disso, o Índice de Resolutividade do Departamento também pode ser usado para identificar áreas que precisam de melhorias e para avaliar o desempenho da equipe em relação a metas e objetivos estabelecidos. Ele pode ser medido em relação a diferentes tipos de solicitações, como reclamações de clientes internos e/ou usuários, suporte técnico, atendimento ao cliente, entre outros.

Para melhorar o Índice de Resolutividade do Departamento, é importante ter uma equipe bem treinada e equipada com as ferramentas e recursos necessários para resolver as solicitações dos clientes de forma eficiente. Também é importante ter processos bem definidos para gerenciar e priorizar as solicitações recebidas e garantir que elas sejam tratadas de forma oportuna e adequada. A implementação de um sistema de gerenciamento de solicitações pode ajudar a melhorar a resolutividade do departamento e a aumentar a satisfação do cliente.

6 ANÁLISE S.W.O.T

A análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) de um departamento é uma ferramenta de gestão estratégica que ajuda a identificar e avaliar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças que afetam o desempenho e a eficácia do departamento. É uma técnica amplamente utilizada em empresas e organizações para identificar áreas para melhoria e desenvolvimento.

A análise SWOT é feita em quatro etapas:

- a) Identificação das forças (Strengths) do departamento: são os pontos fortes que o departamento possui, como habilidades, recursos, tecnologia, conhecimento, entre outros.
- b) Identificação das fraquezas (Weaknesses) do departamento: são as áreas em que o departamento precisa melhorar, como lacunas de habilidades, falta de recursos, processos ineficientes, entre outros.
- c) Identificação das oportunidades (Opportunities) do departamento: são as tendências, eventos ou mudanças no ambiente externo que podem afetar positivamente o departamento, como novas tecnologias, mudanças regulatórias, novos mercados, entre outros.
- d) Identificação das ameaças (Threats) do departamento: são as tendências, eventos ou mudanças no ambiente externo que podem afetar negativamente o departamento, como concorrência acirrada, mudanças regulatórias desfavoráveis, economia em recessão, entre outros.

Após identificar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças do departamento, é possível elaborar estratégias para aproveitar as oportunidades e minimizar ou neutralizar as ameaças. É importante que a análise SWOT seja realizada regularmente, para que o departamento possa se adaptar às mudanças no ambiente externo e melhorar seu desempenho.

7 PLANO DE AÇÃO (5W2H)

Um plano de ação 5W2H é uma ferramenta de gestão que ajuda a planejar e implementar ações para alcançar objetivos específicos do departamento. Ele é composto por sete perguntas que começam com as letras W e H, que são:

1. What (O que será feito?)
2. Why (Por que será feito?)
3. Who (Quem fará?)
4. When (Quando será feito?)
5. Where (Onde será feito?)
6. How (Como será feito?)
7. How much (Quanto vai custar?)

O objetivo do plano de ação é definir claramente as tarefas a serem executadas, as pessoas responsáveis por executá-las, os prazos para a conclusão e os recursos necessários para alcançar os resultados esperados. Ele ajuda a garantir que todos os envolvidos tenham uma compreensão clara das expectativas e responsabilidades, o que facilita o acompanhamento e a medição dos resultados.

Para elaborar um plano de ação 5W2H, é preciso seguir os seguintes passos:

- a) Definir o objetivo do departamento a ser alcançado.
- b) Identificar as tarefas necessárias para alcançar o objetivo.
- c) Atribuir responsabilidades para cada tarefa.
- d) Definir um prazo para cada tarefa.
- e) Identificar os recursos necessários para cada tarefa.
- f) Definir como as tarefas serão realizadas.
- g) Estimar o custo de cada tarefa.

Ao seguir esses passos, é possível criar um plano de ação abrangente que ajudará o departamento a alcançar seus objetivos de forma eficiente e eficaz.

8 Conclusão

A conclusão do relatório mensal do departamento é uma seção que resume os principais resultados e conclusões do período em questão. É a oportunidade para o gestor do departamento destacar os pontos positivos e apresentar uma análise geral do desempenho do departamento, bem como as medidas tomadas para enfrentar quaisquer desafios ou problemas identificados durante o período.

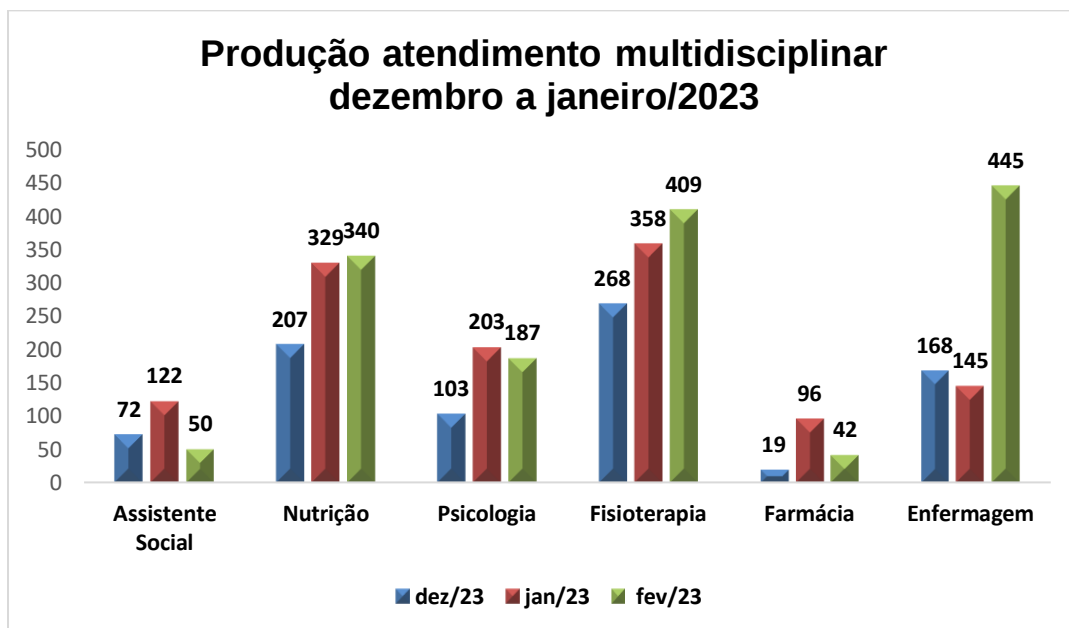
A conclusão do relatório deve fornecer uma visão geral do gestor do departamento a respeito das principais realizações do departamento durante o período e destacar quaisquer objetivos importantes alcançados. Além disso, deve fornecer uma visão geral das principais áreas em que o departamento precisa melhorar e quaisquer iniciativas de melhoria contínua em andamento.

A conclusão do relatório deve ser escrita de maneira clara e concisa, destacando as principais informações de forma objetiva. É importante evitar a inclusão de informações irrelevantes ou excessivamente detalhadas, pois isso pode distrair o leitor e obscurecer os principais pontos de destaque.

A conclusão do relatório mensal do departamento é uma parte importante do processo de gerenciamento de desempenho e ajuda a garantir que o departamento esteja seguindo na direção correta para alcançar seus objetivos estratégicos.

• Equipe Multidisciplinar

No mês de fevereiro de 2023 foram realizados 1.571 atendimentos da equipe multidisciplinar sendo eles, consultas de primeira vez, retornos, atendimento ao paciente DRC e linha do cuidado, foram 1.195 atendimentos ambulatoriais individual, 229 atendimentos em práticas integrativas, 106 atendimentos dentro da linha do cuidado e 41 atendimentos ao paciente DRC, é possível notar o aumento na produção da equipe multidisciplinar comparado aos meses anteriores, vale ressaltar que houve a ausência de 02 (dois) profissionais fonoaudiólogos, e férias de uma assistente social sem substituição, tal fato impacta diretamente na produção diária da equipe. Segue a baixo gráfico do comparativo de dados:



No mês atual foram realizados 42 (quarenta e duas) consultas farmacêuticas, 4.460 dispensações gerais e 2.910 pacientes únicos, desde o dia 08 de dezembro de 2022 contamos com 3 farmacêuticos atuantes na unidade que estão trabalhando diariamente para melhoria da farmácia clínica na unidade, é possível notar que houve um aumento significativo no quantitativo de consultas farmacêuticas, demonstrando então o quanto foi valido e necessário o aumento de profissionais no setor.

Foram realizadas 445 consultas de enfermagem no mês de fevereiro, nota-se que houve grande aumento da produção de consultas de enfermagem quando comparado a meses anteriores, a RT de enfermagem tem realizado um trabalho de organização de fluxos para que possamos melhorar a qualidade e produção.

No mês atual foram realizados 42 (quarenta e duas) consultas farmacêuticas, 4.460 dispensações gerais e 2.910 pacientes únicos, desde o dia 08 de dezembro de 2022 contamos com 3 farmacêuticos atuantes na unidade que estão trabalhando diariamente para melhoria da farmácia clínica na unidade, é possível notar que houve um aumento significativo no quantitativo de consultas farmacêuticas, demonstrando então o quanto foi valido e necessário o aumento de profissionais no setor.

- **Atendimento ao paciente DRC- setor Hemodiálise**

- ❖ 05 (quatro) pacientes em hemodiálise;
- ❖ 00 (zero) admissão e encaminhado via CRE;
- ❖ Realizado 60 sessões de hemodiálise;
- ❖ 46 atendimentos da equipe multiprofissional, sendo:
- ❖ 10 (dez) Psicóloga,
- ❖ 16 (dezesesseis) Fisioterapia,
- ❖ 10 (dez) Assistência Social,
- ❖ 05 (cinco) Nutrição;
- ❖ 04 (quatro) Avaliação Global;
- ❖ 05 (cinco) pacientes em uso de medicação do programa Juarez Barboza;
- ❖ Realizada 00 (zero) troca de CDL;
- ❖ Realizado 00 (zero) implante CDL;
- ❖ Realizado 00 (zero) hemotransfusão;
- ❖ 00(zero) óbito de paciente do programa;
- ❖ 01 (um) paciente com acesso em FAV;
- ❖ 00(zero) paciente com CDL longa permanência permecath;
- ❖ 00 (zero) encaminhamento avaliação equipe transplante;
- ❖ 04 (quatro) pacientes com CDL de curta permanência.

- **Encaminhamentos Médicos**

Nos últimos meses tem se realizado ações para incentivar a equipe médica a encaminhar pacientes para o atendimento multidisciplinar, visto que a oferta de atendimentos da equipe multidisciplinar é totalmente interna, portanto, foi realizado o levantamento do quantitativo de encaminhamentos sendo esses médicos e da própria equipe multidisciplinar, é possível notar que houve diminuição no quantitativo de encaminhamentos médicos para a equipe multi, visto que em janeiro tivemos 336 encaminhamentos para a equipe multidisciplinar, e no mês atual 258 encaminhamentos. segue abaixo quadro explicativo:

ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PARA AVALIAÇÃO GLOBAL	
	JANEIRO
LINHA CARDIOMETABÓLICA	28
LINHA DO CUIDADO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO	00
LINHA DO CUIDADO PEDIATRIA DE ALTO RISCO	00
ENCAMINHAMENTOS PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	
	JANEIRO
NUTRIÇÃO	107
PSICOLOGIA	59
FISIOTERAPIA	64

Total de encaminhamentos por profissional			
Profissional	Especialidade encaminhada	Quantidade	Total
Laiane- Enf	Linha do cuidado Cardiometabolico		2
	psicologia		
	nutrição	2	
Diana- Med. Familia	nutrição	20	46
	fisioterapia	4	
	psicologia	22	

Guilherme- Neuro	nutrição	1	3
	Linha do cuidado Cardiometabolico		
	psicologia	2	
	fisioterapia		
Francisco- Ortopedia	fisioterapia	32	46
	psicologia	3	
	Linha do cuidado Cardiometabolico	1	
	nutrição	10	
Bruno Igor- Endocrino	psicologia		21
	nutrição	14	
	Linha do cuidado Cardiometabolico	7	
Fernanda- Nutri	psicologia	6	8
	fisioterapia	1	
	Linha do cuidado Cardiometabolico	1	
Tarcisio- ortopedia	nutrição	3	23
	fisioterapia	20	
Henrique- Gatro	fisioterapia		15
	psicologia	1	
	Linha do cuidado Cardiometabolico	1	
	nutrição	13	
Stela- Fisio	nutrição	9	11
	psicologia	2	

	Linha do cuidado Cardiometabolico		
Natalio-Nutri	Linha do cuidado Cardiometabolico		3
	psicologia	3	
	fisioterapia		
Luciana- A. Social	Linha do cuidado Cardiometabolico	5	5
	Linha do cuidado Pré natal de alto risco		
Rogerio- Obstetra	nutrição		
	psicologia		
Leticia- Endocrino	nutrição	2	3
	psicologia	1	
	Linha do cuidado Cardiometabolico		
Rafael- Neuro	psicologia	2	4
	fisioterapia	1	
	Linha do cuidado Cardiometabolico	1	
	nutrição		
Josilene- reumato	fisioterapia	2	2
João Adami- Gatro	nutrição	1	1
Tatyane- Psico	nutrição	5	5
Marina- Oftalmo	nutrição		
Ricardo- Psiquiatra	psicologia	8	9
	nutrição	1	
Glaciene- A. social	Linha do cuidado Pré natal de alto risco		2

	Linha do cuidado pediatria de alto risco		
	Linha do cuidado Cardiometabolico	2	
Amanda- Endocrino	nutrição	2	2
Juliana- Pediatria	nutrição		
	psicologia		
	fisioterapia		
Debora- Mastologia	nutrição		
	psicologia		
Paula- Reumato	psicologia		5
	nutrição	2	
	fisioterapia	1	
	Linha do cuidado Cardiometabolico	2	
Marcelly- Dermato	psicologia		
	nutrição		
Daniella- oftalmo	psicologia		
	nutrição		
Gyza- psicologa	Linha do cuidado Cardiometabolico	1	3
	fisioterapia	2	
Nayara- gest. Cuidado	Linha do cuidado Cardiometabolico		
Tiago- Nefro	nutrição	3	9
	psicologia	1	
	Linha do cuidado Cardiometabolico	4	

	fisioterapia	1	
Asaphe- Cardio	nutrição	2	2
Diego- farmacia	Linha do cuidado Cardiometabolico	1	3
	nutrição	2	
Ana paula- Ginecologista	nutrição	2	2
	Fisioterapia		
Leandro- dermatologista	nutrição		
Natalia- Físio	nutrição	6	13
	psicologia	7	
Raiana- endócrino	Linha do cuidado Cardiometabolico	2	10
	psicologia	1	
	nutrição	7	
TOTAL:			258

• HEMODIÁLISE

Perfil dos pacientes em atendimento no mês fevereiro: 1-Sebastião Elias da Silva } DN: 25/05/1963 – 59 anos } 1º Turno - 2ª/4ª/6ª } Município: Barro Alto – Goiás } Início em Hemodiálise: 01/01/2022 } Acesso: FAV } Tempo de sessão: 4 horas } Proveniente do HUGOL, encaminhado via CRE. } Início na Policlínica: 18/02/2022 } Paciente com HAS, DM 2 Paciente lúcido, orientado em tempo e espaço, afebril, normocorado, saturação satisfatória, hiperglicêmico (entregamos ao paciente tabela para realização do controle glicêmico, pois o mesmo não está fazendo uso correto da insulina, orientamos frequentemente o paciente sobre a importância de realizar o controle tanto glicêmico quanto PA), normocárdio, deambulando com auxílio de bengala, hipertenso (orientado durante todo mês a fazer uso correto das medicações prescritas, pois havia receitado a medicação, mas paciente alegou não ter

tido tempo para comprar, após compra PA do paciente estabilizou), chega a unidade desacompanhado em transporte Policlínica. Paciente com via de acesso funcionante, porém com leve dificuldade de punção, paciente orientado sobre a necessidade de continuar realizando exercícios contínuos para ajudar na maturação. Orientado durante as sessões sobre ingesta líquida e alimentar. Paciente de difícil aceitação nas orientações repassadas, sempre demonstra ter razão quando questionamos sobre a sua conduta com alimentação, controle hídrico e uso das medicações, estamos a cada dia trabalhando para que o mesmo se adapte ao tratamento. Paciente foi encaminhado para realização de RX no dia 06.02.23. Paciente recebeu Atendimento Global e equipe multiprofissional durante todo, e sempre o orientamos a ser mais receptivo com a equipe, pois todos querem o ajudar com os atendimentos ofertados. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Avenida Ulisses Guimarães, esq. c/ Avenida Contorno, s/nº, Bairro Esperança, Goianésia - GO, CEP: 76.383-637 (62) 3353-2734 atendimento@policlinicagoianesia.org.br CNPJ 12.053.184/0003-07 2- Miguel de Oliveira Silva | DN:29/09/1950- 72 anos; | 1º Turno- 2ª/4ª/ 6ª; | Município: Santa Terezinha de Goiás; | Início hemodiálise: 28/09/22; | Acesso: CDL curta permanência; | Tempo de sessão: 4 horas; | Proveniente do HCN, encaminhado via CRE; | Início Policlínica: 07/11/2022; | Paciente com HAS, DM2. Paciente lúcido, orientado em tempo e espaço, afebril, normocorado, saturação satisfatória, hiperglicêmico (entregue planilha a esposa para realização de controle glicêmico e necessidade de fazer uso corretamente da insulina caso seja preciso), normocárdio, deambulando sem auxílio, porém após o término da dialise paciente é acompanhado pela enfermagem, chega a unidade transporte Policlínica acompanhado pela esposa. Paciente e familiares orientados sobre ingesta líquida e cuidados com acesso CDL, paciente retorna ao HCN dia 28.02.23 para avaliação dos exames solicitados para agendar cirurgia para confecção FAV. Paciente recebeu Atendimento da Global e equipe multiprofissional durante todo mês de fevereiro sendo colaborativo com os atendimentos ofertados. Paciente encaminhado a especialidades médicas neurologista, ortopedista e reagendado endocrinologista para 08.03.23. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. 3- Adalberto Castilho Oliveira | DN:21/05/1956- 66 anos; | 1º Turno- 2ª/4ª/ 6ª; | Município: Santa Terezinha de Goiás; | Início hemodiálise: 30/10/22; | Acesso: CDL curta permanência; | Tempo de sessão: 4 horas; | Proveniente do HCN, encaminhado via CRE; | Início Policlínica: 14/11/2022; | Paciente com HAS, DM2. Paciente lúcido porém com lentidão nas respostas verbais, orientado em tempo e espaço, afebril, normocorado, saturação satisfatória, normocárdio, deambulando, hipertenso e hiperglicêmico (foi entregue a acompanhante uma Avenida Ulisses Guimarães, esq. c/ Avenida Contorno, s/nº, Bairro Esperança, Goianésia - GO, CEP: 76.383-637 (62) 3353-2734 atendimento@policlinicagoianesia.org.br CNPJ 12.053.184/0003-07 planilha para realização do controle glicêmico, pois paciente vem apresentando piora no quadro glicêmico, e nos repassou a informação que não está fazendo uso da insulina, pois deixou a caneta do lado de fora da geladeira e não havia relatado nada, foi prescrito novamente pelo nefrologista Dr. Thiago para que o paciente pudesse buscar na ESF), chega à unidade pelo transporte Policlínica acompanhado por técnica em enfermagem contratada pela filha, tanto acompanhante quanto familiares estão sendo orientados sobre a importância do controle glicêmico do paciente e da importância de realizar as medicações no horário e dia certo. Paciente vem apresentado piora no quadro clínico devido descontrole tanto alimentar como de líquidos, e falha nas administrações das medicações, o mesmo relata estar fazendo uso corretamente, porém orientamos a acompanhante a necessidade do paciente em ter alguém para ajuda- lá, com isso a acompanhante relatou para filha que mora no exterior essa necessidade, com isso ela passou a pagar a acompanhante para realizar as medicações, porém afirmamos a necessidade de um familiar o ajudar, visto que o paciente mora sozinho e não consegue mais fazer o autocuidado e tomar as medicações corretamente. Paciente e familiares orientados sobre ingesta líquida e acesso CDL (no dia 27.02.23 paciente chega a unidade hipervolêmico e com edema na face, acompanhante relata que paciente bebeu bastante refrigerante durante todo final de semana, paciente apresenta dificuldade na fala, porém consciente, orientado em tempo e espaço, verbalizando, deambulando SSVV estáveis). Paciente retornou ao HCN dia 28.02.23 para avaliação dos exames solicitados para agendar cirurgia para confecção FAV, devido a piora no

quadro paciente está em observação no hospital realizando exames e possivelmente ficará internado, acompanhante relata que realizou insulina no paciente no dia anterior 27.02.23 após chegarem em casa, porém familiar realizou novamente outra dose, após medicação paciente apresenta melhora do quadro paciente recebe alta. Paciente recebeu Atendimento da Global e equipe multiprofissional durante todo mês e foi encaminhado ao endocrinologista e reagendado dermatologista (2x anteriormente, porém paciente pediu para desmarcar devido consulta em Goiânia e exame em Uruaçu. Segue aos cuidados equipe enfermagem. 4- Izabel Nogueira Afonso } DN: 24/02/1953, 70 anos; } 1º Turno - 2ª/4ª/6ª; } Município: Goianésia – Goiás; } Início em Hemodiálise: 15/12/2022; } Acesso: CDL em VJD; } Tempo de sessão: 4 horas; Avenida Ulisses Guimarães, esq. c/ Avenida Contorno, s/nº, Bairro Esperança, Goianésia - GO, CEP: 76.383-637 (62) 3353-2734 atendimento@policlinicagoianesia.org.br CNPJ 12.053.184/0003-07 } Proveniente do Ambulatório, encaminhado via CRE; } Início na Policlínica: 15/12/2022; } Paciente com Glomerulonefrite. Paciente lúcida, orientada em tempo e espaço, afebril, normocorada, saturação satisfatória, normocárdia, deambulando, normotensa e normoglicêmica, chega a unidade transporte Policlínica desacompanhada. Paciente e acompanhantes orientados sobre ingesta líquida e cuidados com acesso CDL. Paciente no dia 20.02.23 chega a unidade com hematoma em olho direito, nos relata que foi uma queda em casa, ao questionarmos se compareceu a uma unidade hospitalar no dia do ocorrido paciente relata não ter ido devido já está fechado, então a orientamos a procurar a unidade hospitalar pós sessão de hemodiálise, para realização de consulta e possivelmente RX de face, pois devido feriado de carnaval no dia posterior 21.02 a Policlínica não estava aberta para realizar o exame na unidade. Paciente encaminhada ao HCN para consulta com vascular no dia 28.02.23 para avaliação dos exames e possível agendamento confecção FAV. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Paciente recebeu Atendimento da Global e equipe multiprofissional durante todo mês e foi encaminhada ao cardiologista e oftalmologista. Apresenta acesso HD CDL/ VJID com curativo oclusivo limpo e seco. 5- Marcos Antônio de Oliveira Santana } DN: 17/11/1961 – 61 anos; } 1º Turno - 2ª/4ª/6ª; } Município: Goianésia – Goiás; } Início em Hemodiálise: 20/01/2023; } Acesso: CDL curta permanência; } Tempo de sessão: 4 horas; } Proveniente do ambulatório, encaminhado via CRE; } Início na Policlínica: 20/01/2023; } Paciente com GNC/ Hiperplasia defrusora. Recebemos paciente para consulta de enfermagem, provindo de sua residência no município de Goianésia-GO em transporte Policlínica desacompanhado, consciente, orientado quanto tempo e espaço, verbalizando, hipocorado, eupneico, respiração espontânea em ar ambiente, deambulando sem auxílio, sem edema. Aos SSVV normotenso, normocardio, afebril, saturação satisfatória, normoglicêmico. Apresenta acesso HD CDL em VJID com curativo oclusivo limpo e seco. No dia 14.02.23 filha do paciente entra em contato Avenida Ulisses Guimarães, esq. c/ Avenida Contorno, s/nº, Bairro Esperança, Goianésia - GO, CEP: 76.383-637 (62) 3353-2734 atendimento@policlinicagoianesia.org.br CNPJ 12.053.184/0003-07 conosco para informar que paciente estava com olho D piscando, porém sem queixa, logo em seguida informa que rosto do paciente está ficando torto, a orientamos a procurar unidade hospitalar para consulta e posteriormente conduta médica, entramos em contato com Dr. Thiago que relata um possível AVC Lacunar, filha o leva ao hospital e paciente fica em observação, no dia seguinte paciente comparece a unidade para realização de hemodiálise e Dr. Thiago nefrologista solicita exame TC de crânio, porém na unidade só realiza sem contraste e Dr. Solicitaria com contraste, porém realiza sem contraste e enviamos o laudo para enfermeira plantonista do HMG, e orientamos sobre o desejo de se realizar com contraste, paciente recebe alta sem realizar TC com contraste e passa a fazer uso da medicação prednisona 40mg. Paciente segue em TRS com indicação de fisioterapia toda sessão e encaminhado ao neurologista para consulta, paciente relata melhoras na perda da sensibilidade facial e continua em tratamento, fisioterapeuta relata que ocorreu paralisação facial Bell e não AVC. Paciente encaminhado ao HCN no dia 28.02.23 para consulta com vascular para avaliação do Doppler solicitado. Após estabilização e evolução clínica paciente será inserido no sistema para avaliação com equipe de transplante. Paciente recebeu Atendimento da Global e equipe multiprofissional durante todo mês e foi

encaminhada ao neurologista. Segue aos cuidados equipe enfermagem. Encerramos o mês de fevereiro com os seguintes dados: ❖ 05 (quatro) pacientes em hemodiálise; ❖ 00 (zero) admissão e encaminhado via CRE; ❖ Realizado 60 sessões de hemodiálise; ❖ 46 atendimentos da equipe multiprofissional, sendo: ❖ 10 (dez) Psicóloga, ❖ 16 (dese) Fisioterapia, ❖ 10 (dez) Assistência Social, ❖ 05 (cinco) Nutrição; ❖ 05 (cinco) Avaliação Global; ❖ 05 (cinco) pacientes em uso de medicação do programa Juarez Barboza; ❖ Realizada 00 (zero) troca de CDL; ❖ Realizado 00 (zero) implante CDL; ❖ Realizado 00 (zero) hemotransfusão; ❖ 00(zero) óbito de paciente do programa; ❖ 01 (um) paciente com acesso em FAV; ❖ 00(zero) paciente com CDL longa permanência permecath; Avenida Ulisses Guimarães, esq. c/ Avenida Contorno, s/nº, Bairro Esperança, Goianésia - GO, CEP: 76.383-637 (62) 3353-2734 atendimento@policlinicagoianesia.org.br CNPJ 12.053.184/0003-07 ❖ 00 (zero) encaminhamento avaliação equipe transplante; ❖ 04 (quatro) pacientes com CDL de curta permanência. Encaminhamos para aprovação da qualidade Protocolos solicitados pela: • Hipertensão arterial sistêmica em terapia renal substitutiva (encaminhado para Qualidade para aprovação); • Antibioticoterapia em terapia renal substitutiva (encaminhado para qualidade para aprovação); • Diabetes na terapia renal substitutiva (revisão final para envio Qualidade).

• SESMT

DSS – DIÁLOGO SEMANAL DE SEGURANÇA

- ✓ Saúde mental (Ansiedade e Depressão)
- ✓ Colesterol e Diabetes
- ✓ Assedio moral e sexual
- ✓ Treinamento do plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde (PGRSS)

Conteúdo abordado:

Realizados nossos Diálogo Semanal de Segurança é uma das medidas mais simples de realizar, já que é feita semanalmente entre os colaboradores. Através do diálogo, os responsáveis mantêm contato com os colaboradores, fazendo com que eles enxerguem os riscos e evitem acidentes no ambiente de trabalho, sempre como ação preventiva.

SAÚDE MENTAL (ANCIÉDADE E DEPRESSÃO)

No dia 10 de fevereiro de 2023 foi realizada pela Psicóloga Tatyane, no turno matutino, uma palestra sobre Saúde Mental para os colaboradores da unidade da Policlínica Estadual de Goianésia. Na ocasião foram tratados os temas Ansiedade e Depressão. Foi feita uma explanação com objetivo de esclarecer as características da ansiedade saudável e da ansiedade patológica; e também as diferenças entre a tristeza e a depressão. A partir da participação dos colaboradores presentes foram expostas também orientações para uma rotina de cuidados preventivos em saúde mental, que incluem a prática diária do autocuidado, a regulação das emoções e o fortalecimento da assertividade.

Registro da atividade:



COLESTEROL E DIABETES

No dia 17/02/2023 foi realizada uma palestra no auditório da Policlínica unidade Goianésia abordando os seguintes temas: Diabetes e colesterol.

Inicialmente foi explicado a importância do colesterol sendo esse componente essencial da membrana celular e precursor dos ácidos biliares, hormônios esteroidais e da vitamina D. O colesterol pode ser sintetizado pelo organismo e os principais órgãos produtores de colesterol são o fígado e o intestino delgado.

O colesterol é transportado no sangue por lipoproteínas plasmáticas que são LDL, HDL.

As lipoproteínas de alta densidade, ou HDL, transportam o excesso de colesterol presente nos tecidos de volta para o fígado. O HDL contém, uma enzima que esterifica o colesterol, tornando-o mais insolúvel.

Um dos exames de sangue de rotina para avaliar os níveis de colesterol é o ensaio de colesterol total e frações. Nele, podemos determinar os níveis plasmáticos de colesterol (LDL e HDL) e triglicérides. Com estes valores, o médico pode avaliar os riscos de doenças vasculares ou cardíacas para o paciente. Os valores de referência são: Colesterol total (CT): inferior a 200 mg/dL LDL: inferior a 100 mg/dL HDL: superior a 60 mg/dL Triglicérides: inferior a 150 mg/d

A aterosclerose é o acúmulo de gordura nas artérias. É uma das principais causas de doenças cardíacas. Isto resulta num processo inflamatório e obstrução do vaso. Eventualmente, a placa pode se romper, causando um acidente vascular.

Durante a palestra foi explicado que o Diabetes mellitus é uma doença crônica não transmissível, de origem metabólica, caracterizada pelo excesso de glicose. O pâncreas deixa de produzir ou reduz a produção de insulina ou ainda quando a insulina não é capaz de agir de maneira adequada.

O diabetes mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo.

- Prevalência do DM para 2030: 11,3%;
- 1ª causa de mortalidade e de hospitalizações

Ainda não há cura e a falta de cuidados pode levar, entre muitos casos, a cegueira, amputações ou morte. Foi explicado sobre os três tipos mais comuns de diabetes: Tipo 1, Tipo 2 e gestacional. Diabetes tipo 1 é mais frequente em crianças e jovens. As células β do pâncreas deixam de produzir insulina (devido a um processo de destruição das mesmas). O diabetes tipo 2 ocorre habitualmente na idade adulta e está associada ao excesso de peso e a vida sedentária. Diabetes gestacional caracteriza-se por uma hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévia.

Os principais sintomas para identificar a doença que são: poliúria, polidipsia, polifagia, cansaço, perda de peso e os fatores de risco como obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, stress, dislipidemias foram informados. O excesso de peso e, principalmente o acúmulo de gordura na região abdominal, são os fatores mais importantes para o desenvolvimento de resistência à ação da insulina e, conseqüentemente, do diabetes.

Além disso, a obesidade está relacionado a um quadro inflamatório crônico que contribui para piorar ainda mais a resistência a insulina.

A melhor forma de prevenir o diabetes tipo 2 e diversas outras doenças é a incorporação de hábitos saudáveis. O incentivo para uma alimentação saudável, balanceada e a prática de atividades físicas devem ser uma prioridade.

Foi enfatizado a importância de uma alimentação mais natural com consumo de frutas, legumes e verduras, e orientado aos pacientes que evitem produtos industrializados que costumam ter alto teor de açúcar, gorduras e aditivos alimentares que trazem consequências desfavoráveis à nossa saúde. Orientado que a ingestão hídrica adequada bem como a prática regular de exercícios físicos e controle do stress são grandes aliados na prevenção do diabetes.

Registro da atividade:



ASSEDIO MORAL E SEXUAL

No dia 22 de fevereiro de 2023 foi realizada pela Psicóloga Tatyane, no turno matutino, um treinamento sobre a Prevenção ao Assédio Moral e Sexual no Trabalho para os colaboradores da unidade da Policlínica Estadual de Goianésia. Na ocasião foram tratadas: definições legais sobre assédio, atitudes a serem tomadas pela vítima de assédio; a importância dos canais de denúncia disponibilizados pela empresa tal como o Canal da Integridade; e consequências psicológicas e fisiológicas para o colaborador vítima de assédio. A partir da participação dos colaboradores presentes foram expostas também orientações para a prevenção do assédio moral e sexual no ambiente de trabalho, tais como: promoção das boas relações com tolerância à diversidade e exercício da ética no contexto laboral.

Registro da atividade:



TREINAMENTO DO PLANO DE GERENCIAMENTO RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (PGRSS)

No dia 22 de fevereiro de 2023 foi realizado na recepção central da unidade Policlínica de Goianésia treinamento referente ao PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde), durante o treinamento foi explicado o que é o plano e qual sua finalidade.

Foi abordado também sobre cada grupo de Resíduos. Grupo A (infectante); Grupo B (Químico); Grupo C (Radiológico); Grupo D (Comum) e Grupo E (Perfurocortante). Cada grupo tem um símbolo específico, para identificação e também tem o próprio saco de resíduo identificado e com coloração diferente, com a finalidade de facilitar a identificação e o descarte correto dos resíduos.

Dando seguimento ao treinamento foi abordado referente aos pontos de depósito temporário interno que tem na unidade, a rota utilizada pela equipe de higiene e limpeza. E o depósito temporário externo. Foi explicado também sobre os tipos de resíduos que são gerados na unidade (tipo A; B; D e E).

Sobre a disposição final foi explicado que os resíduos Comum (Grupo D), são de responsabilidade do município, que realiza a coleta no depósito externo 3 vezes por semana. E os resíduos do grupo A, Grupo B e Grupo E, são da responsabilidade da empresa terceirizada que realiza a coleta na unidade, para realização do tratamento e incineração dos resíduos, conforme descreve na RDC 222 de 2018.

Durante o treinamento foi realizado perguntas referentes a gerenciamento, segregação, tipos e disposição final dos resíduos, e as pessoas que respondia ganhava mimo (chocolate).

Registro da atividade:



COMISSÕES:

CGRSS –

Comissão realizou reunião ordinária, desenvolvendo planejamento de melhoria para o mês de março.

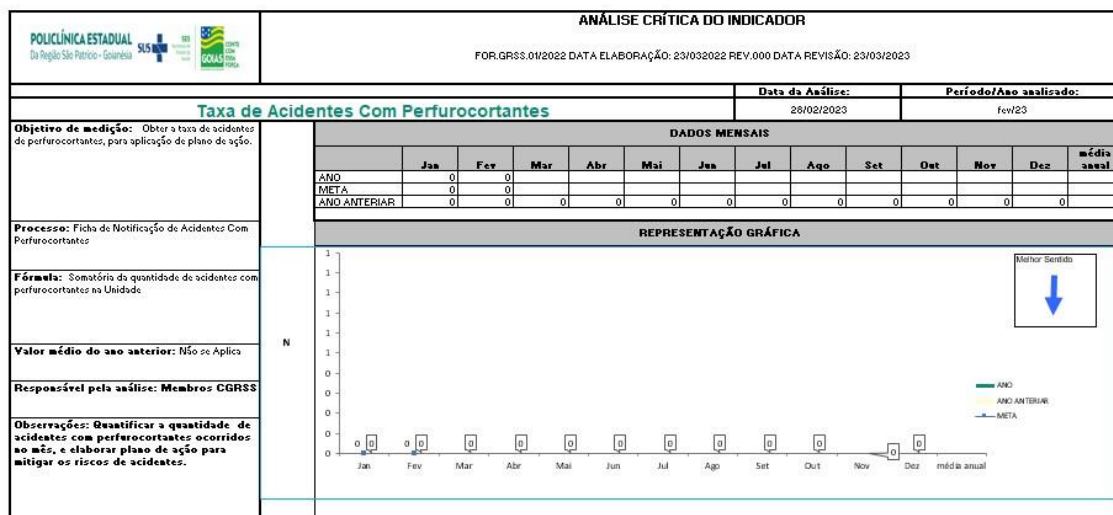
Foi discutido referente a coleta de resíduo, na qual no presente mês (fevereiro) foi realizado a coleta dos resíduos pertencentes ao grupo A; B e E. **Grupo A** 235,500 kg, **Grupo B** 0 kg e **Grupo E** 11,400 kg.

No mês de janeiro foi incinerado 295,650kg.

Foi realizado treinamento pela comissão, para implantação e implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde de 2023. No dia 22 de fevereiro de 2023 foi realizado na recepção central da unidade Policlínica de Goianésia treinamento referente ao PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde), durante o treinamento foi explicado o que é o plano e qual sua finalidade.



INDICADOR:



Análise Crítica: No referente mês não houve nenhum acidente com perfurocortante.

CCIRAS

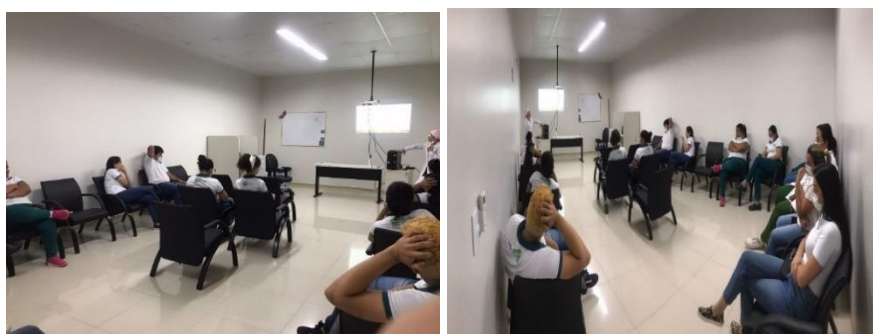
No mês de fevereiro a comissão realizou a reunião ordinária no dia 28 de fevereiro, devido o feriado de carnaval, houve alteração no cronograma de reunião.

A comissão realizou o trabalho em conjunto com outras comissões para desenvolver os treinamentos no referente mês. Descrito abaixo:

Foi realizado treinamento de higiene das mãos, tendo como Lema: Bloquinho da Higiene das mãos, seguindo o protocolo de higiene das mãos, visando garantir uma assistência de qualidade e prevenir as IRAS. Durante o treinamento foi realizado um quiz de perguntas e após realizado a técnica por todos os participantes.



Foi realizado treinamento referente ao Pop Curativo em CDL/ PERMCATH no dia 22 de fevereiro, abordando a importância da realização do curativo na técnica asséptica para prevenir infecção em corrente sanguínea, com isso evitando riscos ao paciente e perda do acesso, abordamos o conceito do curativo, tipos de acesso, funcionalidade, objetivo e importância do curativo, descrição dos materiais necessários, procedimento, seja ele de curta ou longa permanência e cuidados de enfermagem, o treinamento será ministrado aos colaboradores da enfermagem que prestam assistência na Policlínica Goianésia, tema que será abordando para orientar os colaboradores sobre os cuidados necessários ao manusear a as orientações a serem repassadas aos pacientes, familiares e acompanhantes. Sabemos da importância dos cuidados com pacientes com mobilidade reduzida e os riscos a que são expostos, a enfermagem precisará estar preparada para orientar os pacientes, familiares e acompanhantes quanto aos cuidados necessários para prevenção de infecção do acesso.

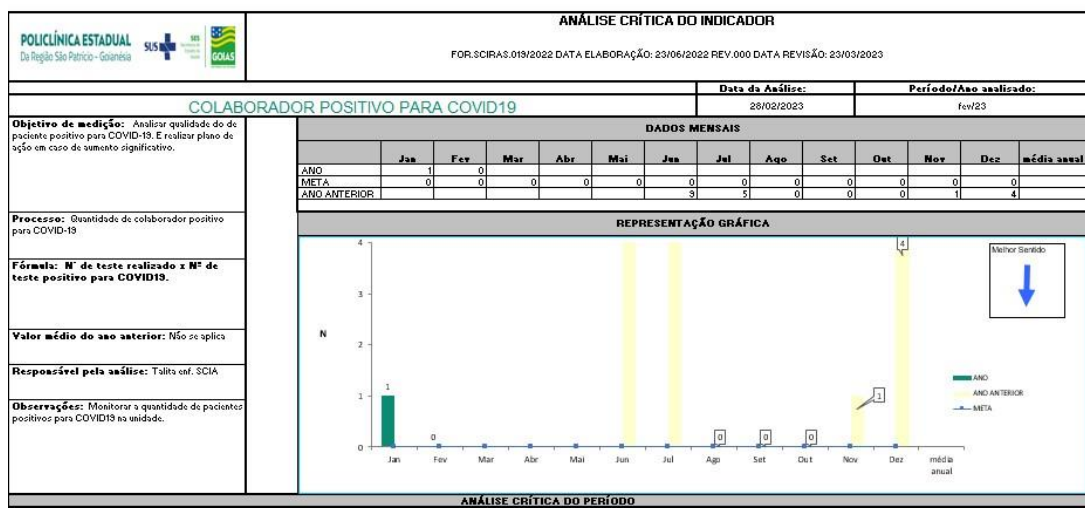


Foi realizado também a campanha em alusão ao tema: Prevenir é viver o carnaval, com decoração na unidade. No dia 17 de fevereiro de 2023 foi realizada ação como de conscientização referente ao Carnaval, escolhido como tema para trabalhar **PREVENIR É VIVER O CARNAVAL**, para sensibilizar os ouvintes da importância de se cuidar. As infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis, HIV, Hepatite B e outras podem ser transmitidas durante a relação sexual desprotegida, ou seja, sem o uso de preservativos. Durante a ação foi distribuído preservativos e com um lembrete referente a prevenção, com o tema escolhido. Ação foi realizado para colaboradores, prestadores de serviços e usuários.

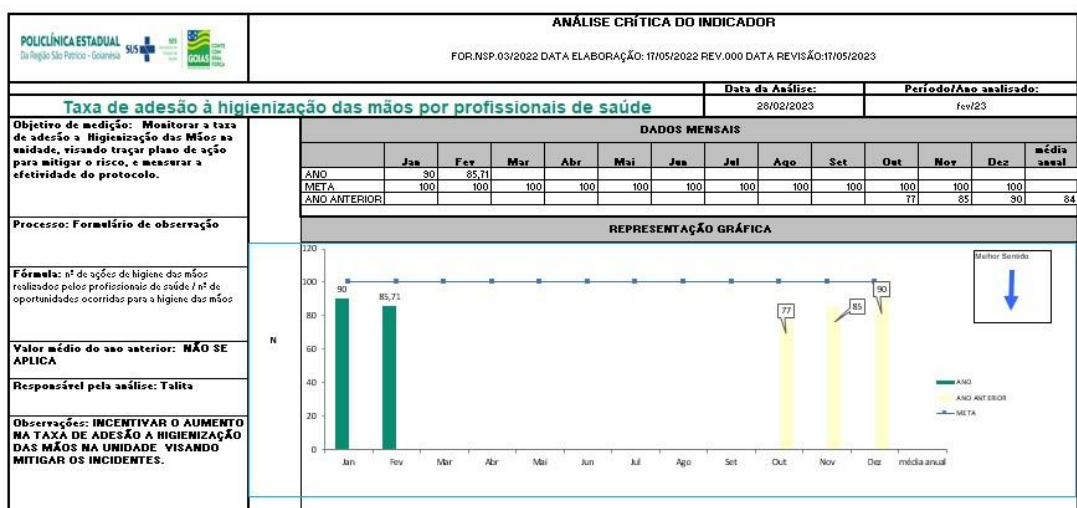


INDICADOR:

No mês de fevereiro foram realizados 10 testes para covid, porém todos com resultado negativo.



No mês de fevereiro e até o presente momento as análise e observação, foi realizada setor de **Hemodiálise**, estão realizados a higienização das mãos mediante as oportunidades, utilizando o aplicativo Seedyaudit.



CAMB:

No mês de fevereiro a comissão realizou a reunião ordinária no dia 28 de fevereiro, devido ao feriado de carnaval, houve alteração no cronograma de reunião. A comissão realizou e trabalho em conjunto com outras comissões para desenvolver os treinamentos no referente mês.

O indicador monitorado pela comissão até o momento é o mesmo da CGRSS, referente a acidente de perfurocortante, no qual no mês de fevereiro não houve nenhum acidente.

CB:

No mês de fevereiro a comissão de Biossegurança realizou a reunião ordinária no dia 28 de fevereiro, devido ao feriado de carnaval, houve alteração no cronograma de reunião. A comissão realizou o trabalho em conjunto com outras comissões para desenvolver os treinamentos no referente mês.

O indicador monitorado pela comissão até o momento é o mesmo da CCIRAS referente a quantidade de colaborador que testou positivo para COVID19, mediante aos testes realizados na unidade, portanto no referente mês não houve nenhum teste positivo.

Também é monitorado juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente e CCIRAS o indicador de higiene das mãos, já descrito acima.

NSP:

Reunião ordinária realizada no dia 23 de fevereiro, tendo como pauta reunião em conjunto com os membros do NQ para alinhamento dos processos, Rondas ostensivas, auditorias internas e treinamentos.

No mês de fevereiro o núcleo realizou treinamento de líderes, referente a ferramenta da qualidade 5W2H, com realização de oficinas, com a finalidade de melhorar os planos traçados e alcançar as metas propostas.



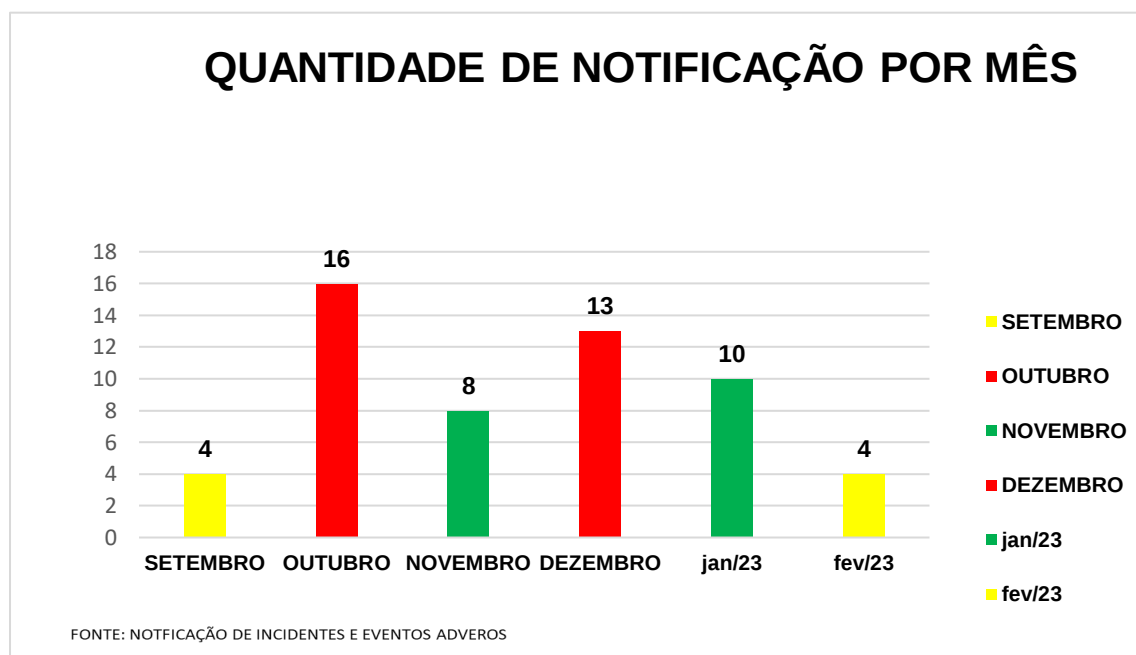
Foi realizado também treinamento para fortalecer a cultura de segurança do paciente, referente a notificação de incidentes e eventos adversos.



Foi realizado no dia 22 de fevereiro treinamento referente as medicações de alta vigilância, com objetivo de capacitar a equipe de enfermagem e de farmácia, sobre as medicações que deve ter alta vigilância em todos os momentos: Armazenamento, distribuição; Prescrição e administração dos medicamentos de alta vigilância.

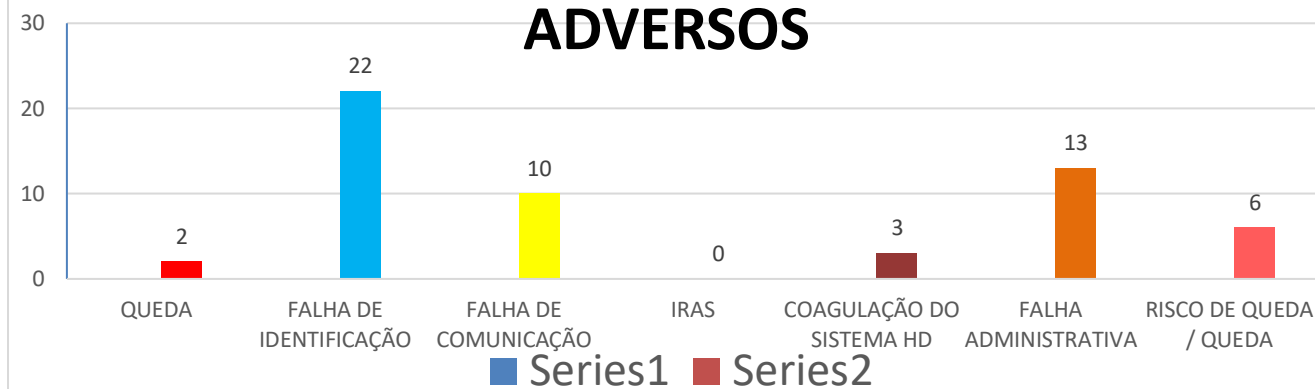


INDICADOR:



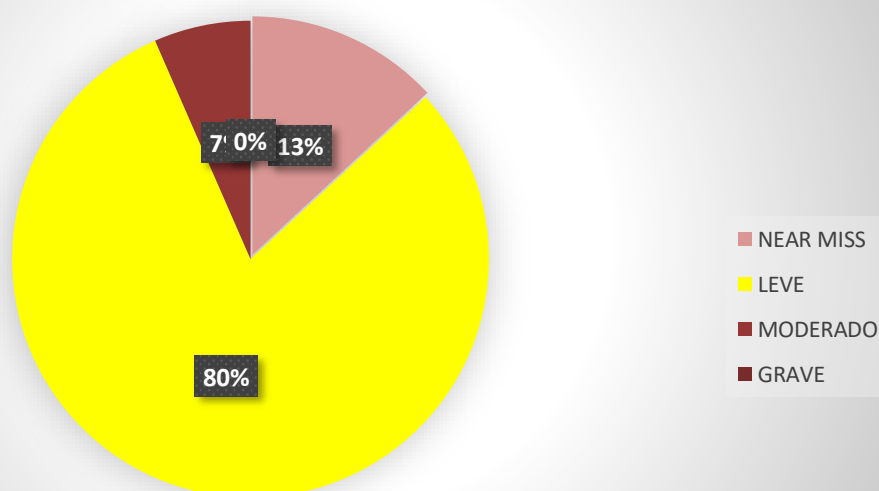
- TIPOS DE NOTIFICAÇÕES E EVENTOS ADVERSOS REGISTRADOS NA UNIDADE, DURANTE O PERÍODO DE ANÁLISE.

TIPOS DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS



- CLASSIFICAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES – ESTRATIFICAÇÃO POR GRAU E DANOS:

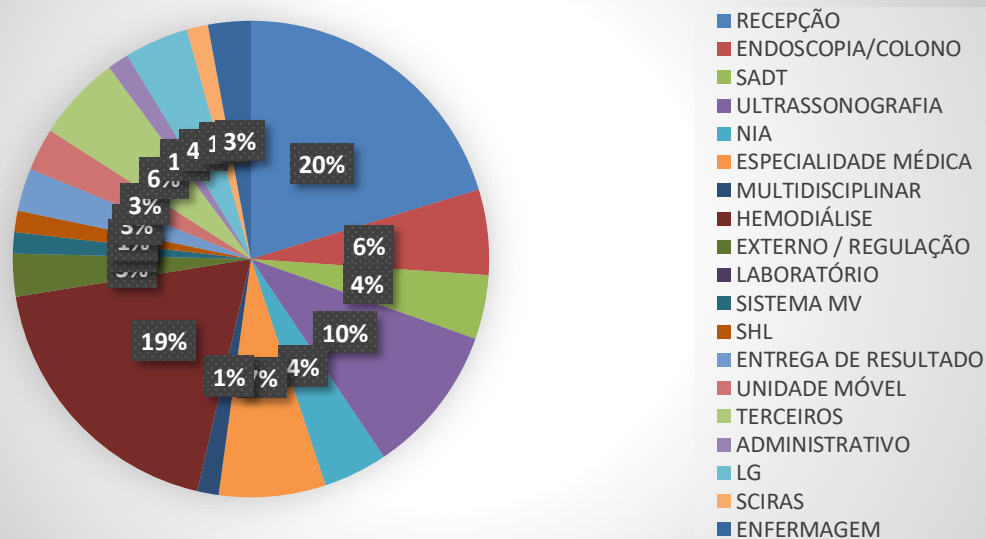
CLASSIFICAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES



FONTE: NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVEROS

- QUANTIDADE DE NOTIFICAÇÃO REGISTRADA POR SETOR DE OCORRÊNCIA:

SETOR DE OCORRÊNCIA DAS NOTIFICAÇÕES



FONTE: NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVEROS

NQ:

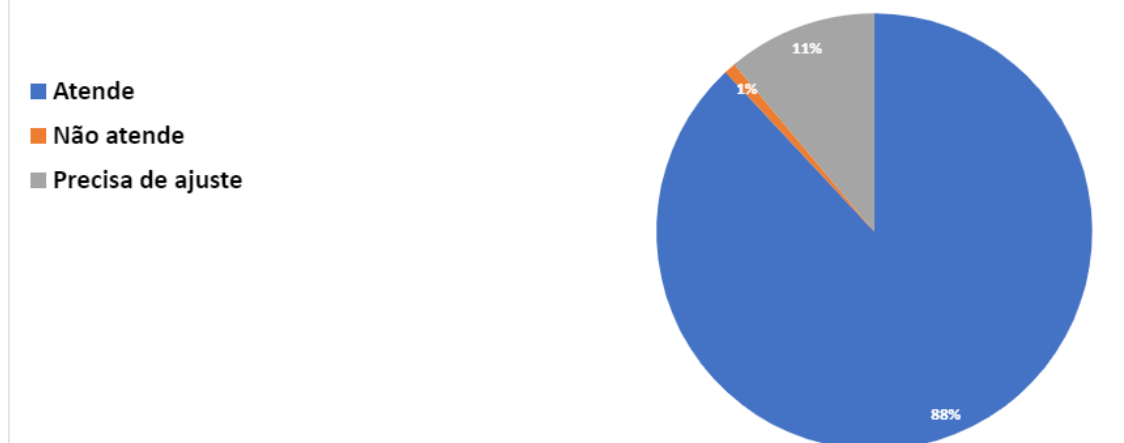
Reunião ordinária realizada no dia 23 de fevereiro, tendo como pauta reunião em conjunto com os membros do NSP para alinhamento dos processos, Rondas ostensivas, auditorias internas e treinamentos.

No mês de fevereiro o núcleo realizou treinamento de líderes, referente a ferramenta da qualidade 5W2H, com realização de oficinas, com a finalidade de melhorar os planos traçados e alcançar as metas propostas.

Em processo de implantação da intranet, onde todos os documentos da unidade estão sendo arquivados.

Verificação dos documentos utilizados.

DOCUMENTOS UTILIZADOS NOS SETORES - AUDITORIA



NEPE:

O NEPE desenvolveu no mês de fevereiro ações e campanhas de conscientização e sensibilização. Também realizou os treinamentos e capacitações seguindo o cronograma anual de treinamentos.

Foi realizada reunião mensal no dia 24 de fevereiro, com intuito de discutir as ações que serão realizadas no mês de março e quem será o responsável utilizando a ferramenta 5w2h.

No referente mês todas as metas do NEPE foram alcançadas com êxito.

CPR:

Realizado reunião ordinária no dia 24 de fevereiro. A comissão realizou capacitação com o tema sobre humanização no setor de radiologia, tendo como objetivo o atendimento de qualidade aos usuários, através do trabalho pautado em uma equipe multidisciplinar com foco nas necessidades individuais e subjetivas.

CEM:

Realizado reunião no dia 15 de fevereiro. No referente mês não houve nenhuma demanda compatível com infração médica na unidade.

Porém é realizado treinamento permanente para mitigar o risco de infração ética médica na unidade.

A comissão atua em conjunto com o núcleo de segurança do paciente e CARPM.

CFT:

Foi realizado reunião ordinária no dia 28 de fevereiro.

Foi criado o termo de consentimento de armazenamento de medicamentos para ser entregue aos clientes que possuem processos ativos de medicamentos presentes no componente especializado de assistência farmacêutica.

Realizado alteração na lista de medicamentos de alta vigilância, e após foi realizado treinamento com a equipe.

CARPM:

Comissão de análise de prontuário médico realizou a reunião ordinária no dia 14 de fevereiro, onde foi apresentando e validado as análises de prontuário médico do mês de janeiro de 2023. Dos 378 prontuários revisados, onde foi identificado 10 prontuários incompletos, totalizando em 2,65% de prontuário preenchidos indevidamente.

CIPA:

A CIPA (comissão interna de prevenção de acidentes) realizou a reunião ordinária no dia 10 de fevereiro, tendo como pauta a orientação sobre as faixas de pedestres dentro da unidade.

A comissão atuou em parceria com a comissão de CCIRAS e CGRSS para realização dos treinamentos previsto no cronograma anual.

CVO:

A comissão de verificação de óbito realizou reunião ordinária no dia 28 de fevereiro. No referente mês não houve nenhum óbito na unidade, e nenhuma solicitação de prontuário para investigação de óbito.

A comissão segue realizando os treinamentos e ações conforme o cronograma anual e atuando em parceria com a comissão de análise e revisão de prontuário médico.

CPM:

A reunião ordinária da comissão de padronização de medicamento foi realizada juntamente com a comissão de farmácia e terapêutica no dia 28 de fevereiro. Durante a reunião foi finalizada e definida lista de padronização de medicamentos utilizados na unidade.

Foi realizado treinamento referente a lista de medicamento de alta vigilância.

AUDITORIA:

AUDITORIA NA UNIDADE MÓVEL

✓ Realizado dia 07 de fevereiro de 2023.

Conteúdo abordado:

✓ Foi realizada auditoria interna na unidade móvel, juntamente com a RT de Enf. Geovanna Lissa e Enf Amanda Cunha. Durante o processo de auditoria foi avaliado a parte documental e estrutural da unidade móvel, a qual oferta atendimento de livre demanda, ofertando serviço de exame citopatológico e mamografia. A equipe é composta por uma enfermeira, recepcionista e técnica de radiologia. A enfermeira é responsável por liderar a equipe. Demais pontos descritos no formulário de direcionamento de auditoria interna.

✓ PONTOS FORTES

Fornece atendimento a livre demanda, na qual atende todas as cidades lotadas na região São Patrício, levando atendimento no município. Facilitando o acesso e assistência aos usuários.

✓ PONTOS DE MELHORIAS

Treinamentos periódicos com a equipe;

Identificar os recipientes de resíduos;

Expor próximo a pias e dispenser de álcool em gel, o passo a passo para realizar a higienização das mãos na técnica correta;

Limpeza e desinfecção de superfícies parcial conforme, com álcool, necessitando realizar processo de melhoria, com uso de produto que abrangem todos as bactérias e outras;

Realizar check list de limpeza e desinfecção diária;

Habilitação de Sanitários;

Depósito de material de limpeza;

Utilizar o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos.



Coordenadora Operacional: Paula Wasconcelos

Data 28/02/2023

Ass.

A handwritten signature in black ink, enclosed in a rectangular box. The signature appears to be 'Paula Wasconcelos'.