POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

SUS

SES
Secretaria de Estado da Saúde

GOIÁS
GOVERNO DO ESTADO

RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020

COMPETÊNCIA: MAIO/2022

Sumário

1 – Apresentação 3

2 – Ações Voltadas Para Qualidade 4

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação 4

2.2 – Relatório das Comissões 12

2.2.1 - Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde 12

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

2.2.3 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) 20

2.2.4 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) 23

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

2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) **Erro! Indicador não definido.**

4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção 26

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

5 – Relatório de Recursos Humanos 27

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos 28

5.2 EPI 29

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise 29

7 – Produção Médica e Não Médica 33

7.1 – Produção de especialidades não médicas 33

7.2 – Produção de especialidades médicas 34

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 maio de 2022.

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

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

2 – Ações Voltadas Para Qualidade

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação

Este Relatório apresenta o resultado das Pesquisa de Satisfação dos Usuários da Policlínica Estadual da Região Vale São Patrício-Goianésia, realizada no período de 01 a 31 de maio de 2022. Os dados obtidos são consolidados em gráficos, permitindo uma melhor visualização da percepção dos usuários no que se refere a infraestrutura, atendimento recebido e satisfação geral com a Policlínica. A pesquisa auxilia também na confecção do relatório mensal da Ouvidoria, no qual estão expostos todos os dados referentes a mesma, e que cooperam para uma reflexão ampla sobre o atendimento e as principais demandas que chegam ao setor da ouvidoria. Os dados visam o atendimento por setores e limpeza do prédio. A pesquisa foi aplicada em formulário específico, disponibilizado para o usuário ao final de cada atendimento, podemos observar na tabela a seguir a quantidade de avaliações ruim, regular, bom e ótimo em cada setor.

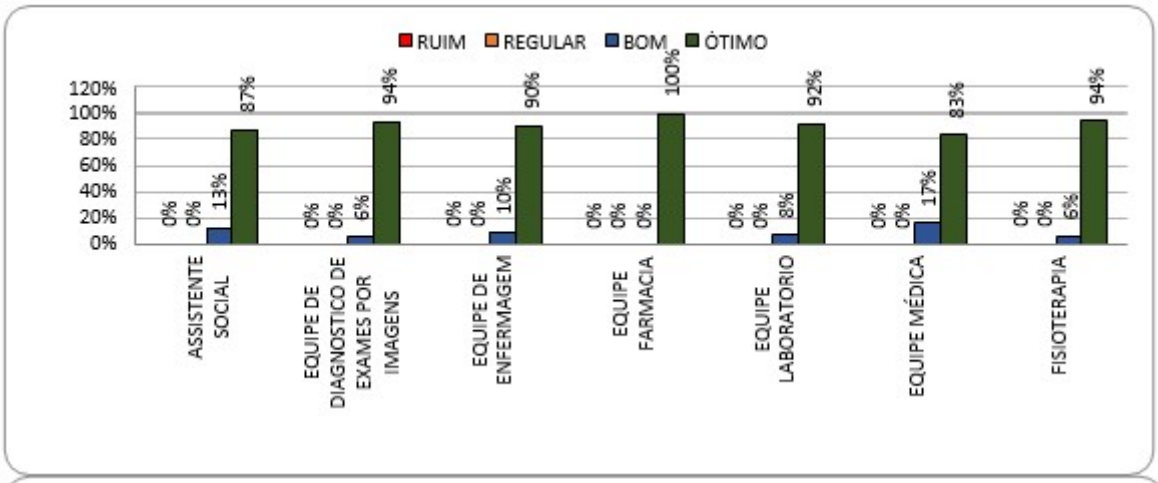
AVALIAÇÃO DOS ATENDIMENTO POR SETOR

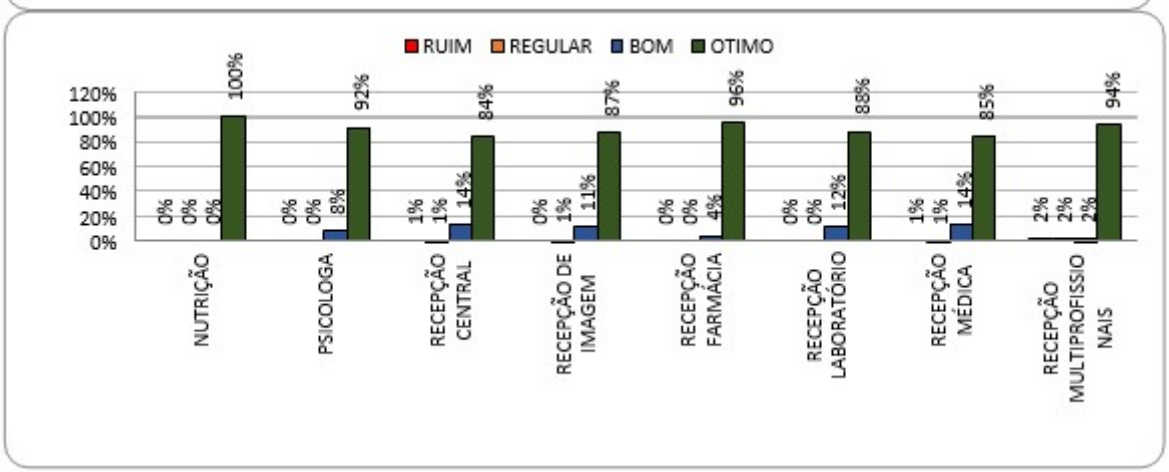
DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
ASSISTENTE SOCIAL			9	62	71	**3,33%**
EQUIPE DE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMAGENS			1	15	16	**0,75%**
EQUIPE DE ENFERMAGEM			95	899	994	**46,62%**
EQUIPE FARMÁCIA				47	47	**2,20%**
EQUIPE LABORATORIO			2	23	25	**1,17%**
EQUIPE MÉDICA			2	10	12	**0,56%**
FISIOTERAPIA			1	17	18	**0,84%**
FONOAUDIÓLOGA			0	0	0	**0,00%**
MÉDICO DA FAMILIA			0	0	0	**0,00%**
NUTRIÇÃO			0	27	27	**1,27%**
PSICOLOGA			2	22	24	**1,13%**
RECEPÇÃO CENTRAL	2	4	45	273	324	**15,20%**
RECEPÇÃO DE IMAGEM		3	27	206	236	**11,07%**
RECEPÇÃO FARMÁCIA			3	73	76	**3,56%**
RECEPÇÃO LABORATÓRIO			3	23	26	**1,22%**
RECEPÇÃO MÉDICA	2	1	26	160	189	**8,86%**
MULTIPROFISSIONAIS	1	1	1	44	47	**2,20%**
TOTAL	5	9	217	1901	2132	**100,00%**

De acordo com as avaliações efetuadas no mês de maio pelo usuário, 1091 estão satisfeitos e consideram ótimo o atendimento, outros 217 consideraram o quesito como bom, 09 assinalaram como regular e 05 assinalaram como ruim, totalizando 2132 avaliações. Alguns usuários aproveitaram o campo COMENTÁRIOS do formulário da pesquisa para registrar sugestões e críticas e, ainda, elogiar e agradecer a unidade da policlínica Goianésia pelo atendimento. Dentro dessas avaliações, obtivemos um total de 108 comentários recebidos por meio do formulário da pesquisa de satisfação sendo; 89 elogios. 08 reclamações; 11 sugestões, onde os mesmos foram repassados para o setor

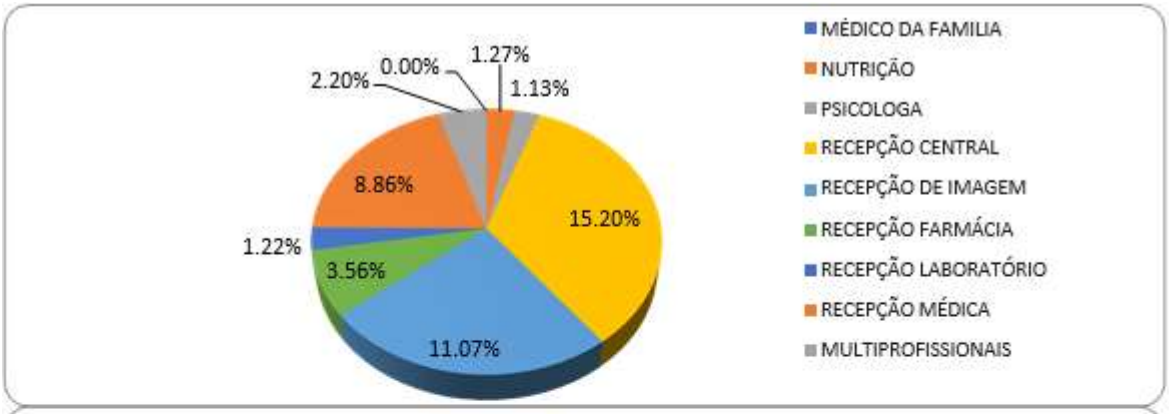
de coordenação operacional para uma análise, para que possamos estar estabelecendomelhorias continuas.

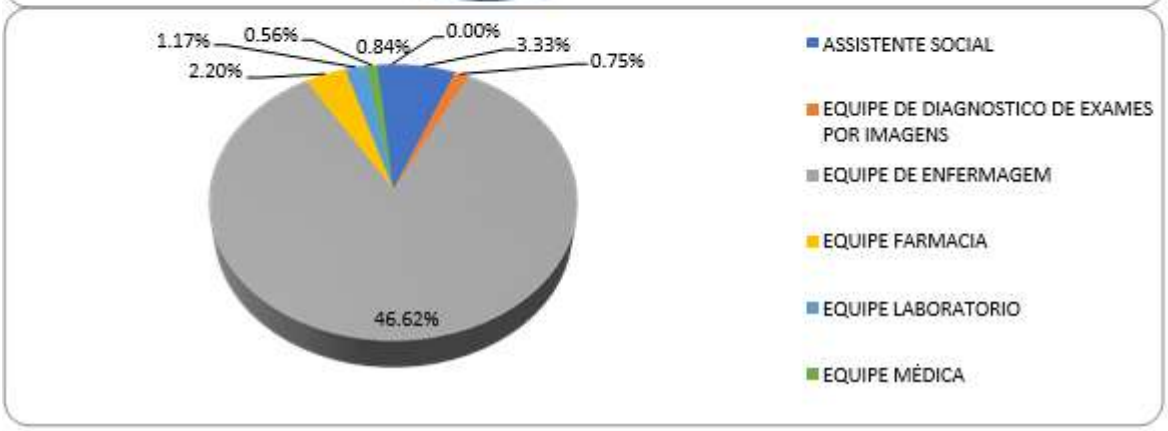
Este primeiro gráfico representa o percentual de ruim, regular, bom e ótimo, dos atendimentos decada setor e das equipes no geral.





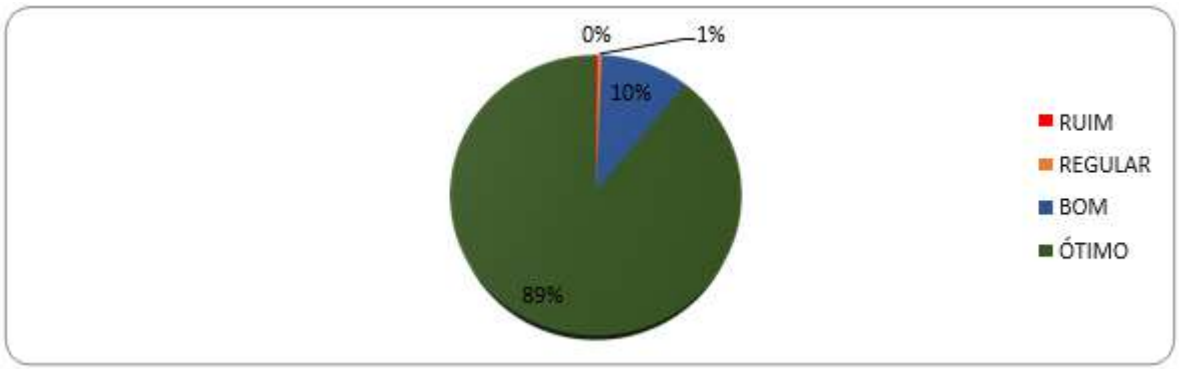
Neste segundo gráfico está representando o percentual total de avaliações de cada setor da policlínica.





TOTAL DAS AVALIAÇÕES: 2.132

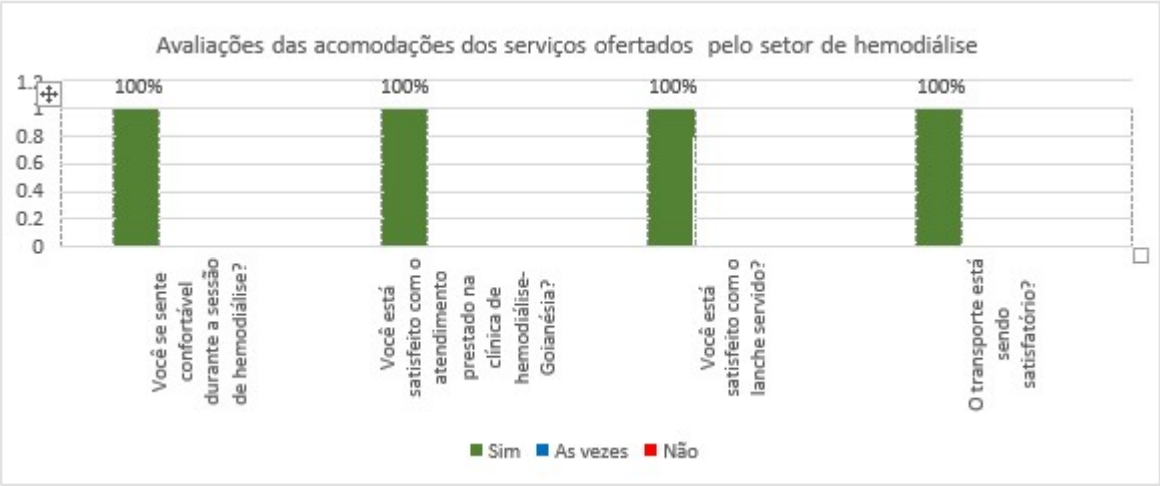
Este terceiro gráfico está representando o índice do percentual das classificações ruim regular eótimo da unidade Policlínica Estadual da Região são Patrício – Goianésia, nos atendimentos.



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

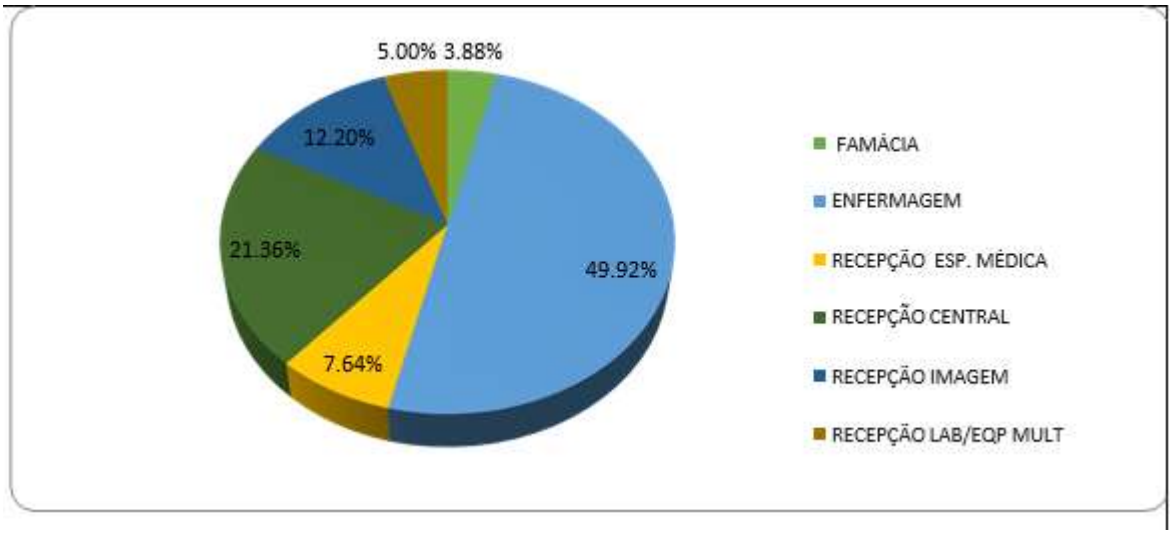
DEPARTAMENTOS	ABRIL	MAIO
ASSISTENTE SOCIAL	21	71
EQUIPE DE DIAGNOSTICO DE EXAMES POR IMAGENS	5	16
EQUIPE DE ENFERMAGEM	534	994
EQUIPE FARMÁCIA	74	47
EQUIPE LABORATORIO	19	25
EQUIPE MÉDICA	17	12
FISIOTERAPIA	8	18
FONOAUDIÓLOGA	1	0
MÉDICO DA FAMILIA	1	0
NUTRIÇÃO	6	27
PSICOLOGA	8	24
RECEPÇÃO CENTRAL	272	324
RECEPÇÃO DE IMAGEM	182	236
RECEPÇÃO FARMÁCIA	82	76
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	43	26
RECEPÇÃO MÉDICA	238	189
RECEPÇÃO MULTIPROFISSIONAIS	28	47
Total Geral	1539	2132

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



AVALIAÇÃO DA LIMPEZA POR SETOR

A policlínica – Unidade Goianésia está com alto índice de Satisfação. As avaliações de limpeza porsetores, ficaram com um índice de e 3,88 % e 49,92 % relacionado aos setores, como pode ser observado no gráfico abaixo.



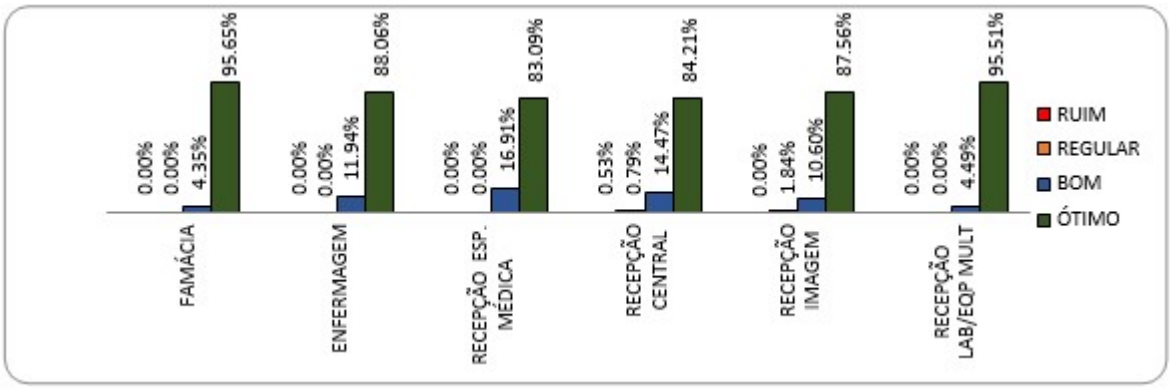
Nota-se que, alguns setores receberam mais avaliações do que outros, isso ocorre devido os pacientes não ter a necessidade de passar por todos os setores da unidade, como mostra a tabela abaixo.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
FARMÁCIA			3	66	**69**	**3,88%**
ENFERMAGEM			106	782	**888**	**49,92%**
RECEPÇÃO ESP. MÉDICA			23	113	**136**	**7,64%**
RECEPÇÃO CENTRAL	2	3	55	320	**380**	**21,36%**
RECEPÇÃO IMAGEM		4	23	190	**217**	**12,20%**
RECEPÇÃO LAB/EQP MULT			4	85	**89**	**5,00%**

TOTAL GERAL	2	7	214	1556	**1779**	**100,00%**
PERCENTUAL	**0,11%**	**0,39%**	**12,03%**	**87,46%**		

TOTAL DAS AVALIAÇÕES:

O gráfico abaixo mostra, o resultado de forma geral (Ruim, Regular, Bom e Ótimo), objetivando visualizar a limpeza da policlínica em todos os setores, pelos usuários. Podemos notar que o índice está positivo.



ANÁLISE GERAL DOS RESULTADOS DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

Ressalta-se que a pesquisa de satisfação é possibilita uma visão geral em relação a policlínica, que certamente os tornará como base para melhoria dos seus serviços, sejam eles ambulatórias, consultas, atendimento das recepções, ou diagnóstico de exames etc. Quanto ao índice de insatisfação que no presente momento está baixo, é importante que lhes seja dado atenção, evitando que adquiram maiores proporções, visto que a policlínica tem como objetivo de trazer um atendimento de qualidade, e devemos buscar formas de evoluir positivamente. De acordo com os resultados, a pesquisa de satisfação tem todo o processo para contribuir, para uma melhor qualidade através de seus resultados, que certamente se refletirá na satisfação dos usuários dessa instituição.

PARTICIPAÇÃO DA OUVIDORIA EM COMISSÕES

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

- **Comissão de controle e infecção relacionado a assistência a saúde -** Onde realizou-se a reunião mensal referente a mesma, no dia dez de maio de dois mil e vinte dois as quinze horas e trinta minutos, com a presença da Sr° presidente Geovanna Lissa Bernardes Oliveirae os demais membros: Drº Francisco Baltazar, Rosana Vieira - Farmacêutica, Marília de Souza - Assistente de ouvidoria e a Talita Utim - Enfermeira SCIRAS, reunião

teve como pauta o objetivo de promover, Sistema de investigação de IRAS, Vigilância epidemiológica eação referente ao mês de maio.

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

REUNIÕES

Neste mês de maio no dia doze de maio de dois mil e vinte dois, realizou-se a reunião mensal com osetor das ouvidorias de todas as unidade das policlínicas e HUGO, reunião teve contexto, o presente trabalho tem como objeto a apresentação de um diagnóstico das atividades de ouvidoria, a realização e sua padronização, e o projeto do funcionário em destaque , objetivo e eleger os colaboradores mais elogiados do para estimular um ambiente com competitividade saudável e a realização das pesquisas de satisfação, tornando possível a qualidade do atendimento.

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS

No dia trinta e um do mês de maio as quatorze horas e trinta minutos, realizou-se a palestra onde otema abordo foi relacionado ao assédio moral e assédio sexual, ministrado pela psicóloga – Gyza e aassistente social – Glaciene, finalizamos a palestra com uma ação com os colaboradores, elaborada pelo setor da ouvidoria, “Funcionários em Destaque”. O objetivo da ação, é para incentivar e reconhecer os nossos colaboradores. Os mesmos, foram destacados por seu atendimento, tiveram os nomes citados nas pesquisas de satisfação e registros na ouvidoria, onde os usuários fizeram elogios, relatando a satisfação do atendimento recebido.

Relatório Estatístico - Status X Classificação - Maio – 2022

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA								
STATUS	DENÚNCIA	ELOGIO	INFORMAÇÃO	RECLAMAÇÃO	SUGESTÃO	SOLICITAÇÃO	TOTAL	PERCENTUAL
ENCAMINHADO	0	0	0	4	0	4	8	29,63%
EM ANÁLISE	1	4	0	3	0	1	9	33,33%
CONCLUIDO/FECHADO	0	10	0	0	0	0	10	37,04%
TOTAL	1	14	0	7	0	5	27	100,00%
PERCENTUAL	4%	52%	0%	26%	0%	19%		

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ouvidoria da unidade da Policlínica Estadual Da Região São Patrício – Goianésia, atua compartilhando as informações, junto com a direção da unidade, sendo que a ouvidoria é um canal de mediação de conflitos, buscando sempre uma resolutiva e melhoria nos atendimentos da unidade,como forma de ressaltar o olhar dos usuários sobre as nossas atividades, contribuindo efetivamentepara o crescimento, quanto a transparência das ações, melhoria da qualidade dos serviços prestados em saúde e consequentemente favorecendo maior credibilidade nas ações da ouvidoria e satisfaçãodos usuários, na busca ativa muita das vezes os pacientes relata que o atendimento foi muito bom sem detalhar sua experiência com a unidade da policlínica, relatando que já participou e avaliou a unidade.

2.2 – Relatório das Comissões

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

APRESENTAÇÃO

A CCIRAS tem como objetivo elaborar, implementar, manter e avaliar medidas de controle de infecção ambulatorial nas dependências da Policlínica Estadual da Região do São Patrício, em Goianésia/GO.

1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde da Policlínica Estadual da Região do São Patrício, em Goianésia/GO, elaborou durante o mês de maio reuniões para alinhar estratégias do plano de ação implantado para controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para melhoria da qualidade dos serviços com objetivo de atingir metas contratuais.

A busca ativa em pacientes que realizaram pequenas cirurgias dermatológicas, outra ação implantada pela Comissão, que tem o intuito de investigar se após o procedimento apresentaram sinais flogísticos por infecção em ambiente ambulatorial foi executada durante o mês de abril. Dos seis pacientes investigados, nenhum apresentou sinais flogísticos após o procedimento de pequenas cirurgias, o que evidencia um maior cuidado na orientação pós cirúrgico pelo profissional executor.

Foi realizado novamente o treinamento de Higienização das Mãos juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente com a finalidade de implementar o protocolo de forma efetiva e capacitar a equipe.

1.1 MEMBROS DA COMISSÃO: COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

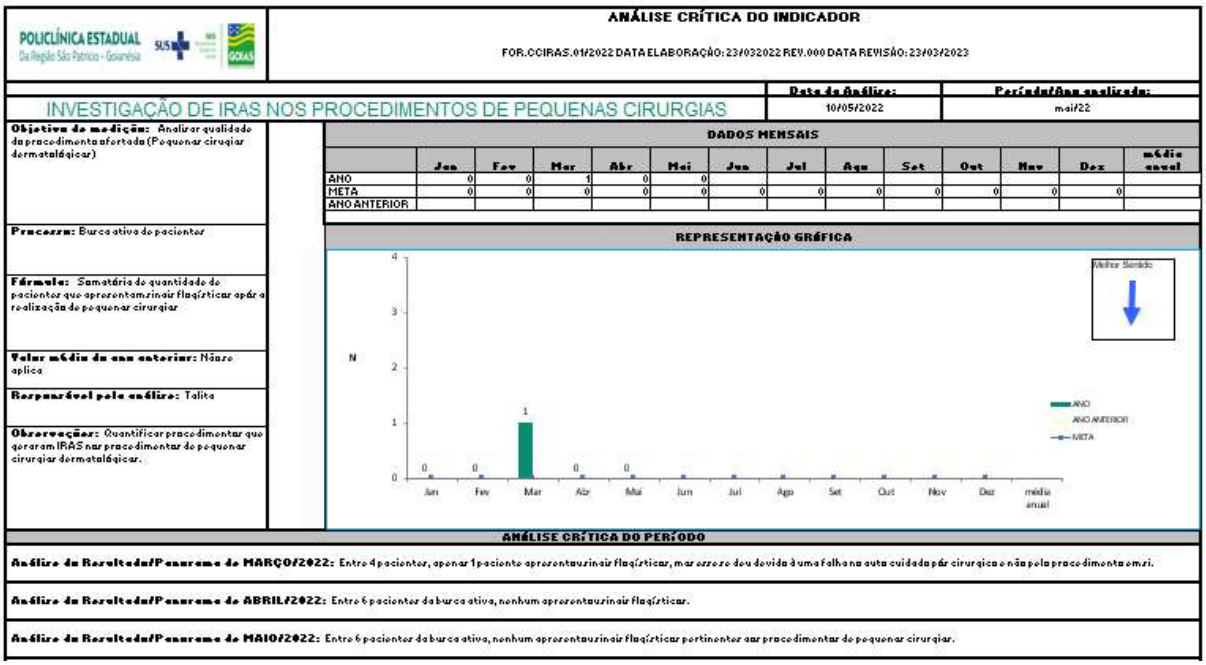
2. OBJETIVOS

A CCIRAS tem como objetivo elaborar, implementar, manter e avaliar medidas de controle de infecção ambulatorial nas dependências da Policlínica Estadual da Região do São Patrício, em Goianésia/GO. A principal função da CCIRAS é reduzir o risco de aquisição de infecções relacionada à assistência à saúde por parte dos usuários de unidades de saúde, a fim de melhorar a qualidade da assistência.

3. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador
Título: Investigação de IRAS nos Procedimentos de Pequenas Cirurgias
Origem: Caderno de Registro, busca ativa e entrevista com o paciente.
Nível da informação: Resultado

Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador: N/A	**Descrição do denominador:** N/A
Método de cálculo: Somatória da quantidade de pacientes com IRAS após procedimento de pequenas cirurgias dermatológicas.	
Media: N/A	
Definição de termos: IRAS **–** Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.	
Limitações: O paciente não atender o telefonema para participar da entrevista com roteiro; o paciente se negar a responder as perguntas da entrevista.	
Fonte dos dados: Pequenas Cirurgias Dermatológicas: Dados retirados do caderno de Registro, busca ativa e entrevista com o paciente.	



POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

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

	Data da Análise:	Período/Ano analisado:
INVESTIGAÇÃO DE IRAS NOS PROCEDIMENTOS DE PEQUENAS CIRURGIAS	10/05/2022	mai/22

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

Processo: Busca ativa de pacientes

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

Valor médio do ano anterior: Não se aplica

Responsável pela análise: Talita

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

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2022: Entre 4 pacientes, apenas 1 paciente apresentou sinais flogísticos, mas ocorreu devido à uma falha na auto cuidado pós cirurgica e não pelo procedimento em si.

Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2022: Entre 6 pacientes da busca ativa, nenhum apresentou sinais flogísticos.

Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2022: Entre 6 pacientes da busca ativa, nenhum apresentou sinais flogísticos pertinentes aos procedimentos de pequenas cirurgias.

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Foi discutido sobre a realização da busca ativa, sistema de investigação de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) nos procedimentos de pequenas cirurgias dermatológicas, para levantamento de dados, monitoramento e indicadores em relação a assistência referente ao atendimento realizado no mês de abril de pequenas cirurgias. A busca ativa foi realizada com seis pacientes, destes nenhum apresentou sinais flogísticos. Apenas um paciente, após avaliação do profissional de saúde do seu município, realizou a retirada dos pontos com sete dias após o procedimento, apresentando uma deiscência da ferida operatória, no entanto, foi realizada a investigação e não foi considerado por infecção relacionada à assistência à saúde.

5. AÇÕES REALIZADAS:

O comitê realizou novamente um treinamento de Higienização das mãos com os colaboradores para que o protocolo seja implementado de forma efetiva. Continuamos a execução do plano de ação de busca ativa para utilizar como indicador no procedimento de pequenas cirurgias da especialidade de dermatologia. Esses indicadores apontaram se o paciente submetido ao procedimento teve algum sinal flogístico após a realização do mesmo. A busca ativa é feita através de contato telefônico diretamente com o paciente, e é utilizado um questionário para conduzir a entrevista.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das ações desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (CCIRAS) na Policlínica Estadual da Região do São Patrício – Goianésia, observou-se que os cuidados têm sido intensificados pelos colaboradores, desta forma, alcançamos a melhoria da qualidade de serviço e segurança à população atendida dentro da Unidade.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Treinamento de Higienização das Mãos – ANVISA - https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf

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

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS.

- ✓ **Francisco Baltazar Macruz Sampaio** – Médico Diretor Técnico – Presidente
- ✓ **Geovana Lissa Bernardes Oliveira** – Coord. de Enfermagem - Vice-Presidente
- ✓ **Jovelino Pereira da Mota Júnior** - Enfermeiro – Secretário
- ✓ **Eliza Maria Queiroz Oliveira** – Médica (CURAT) – Membro

2. OBJETIVOS

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

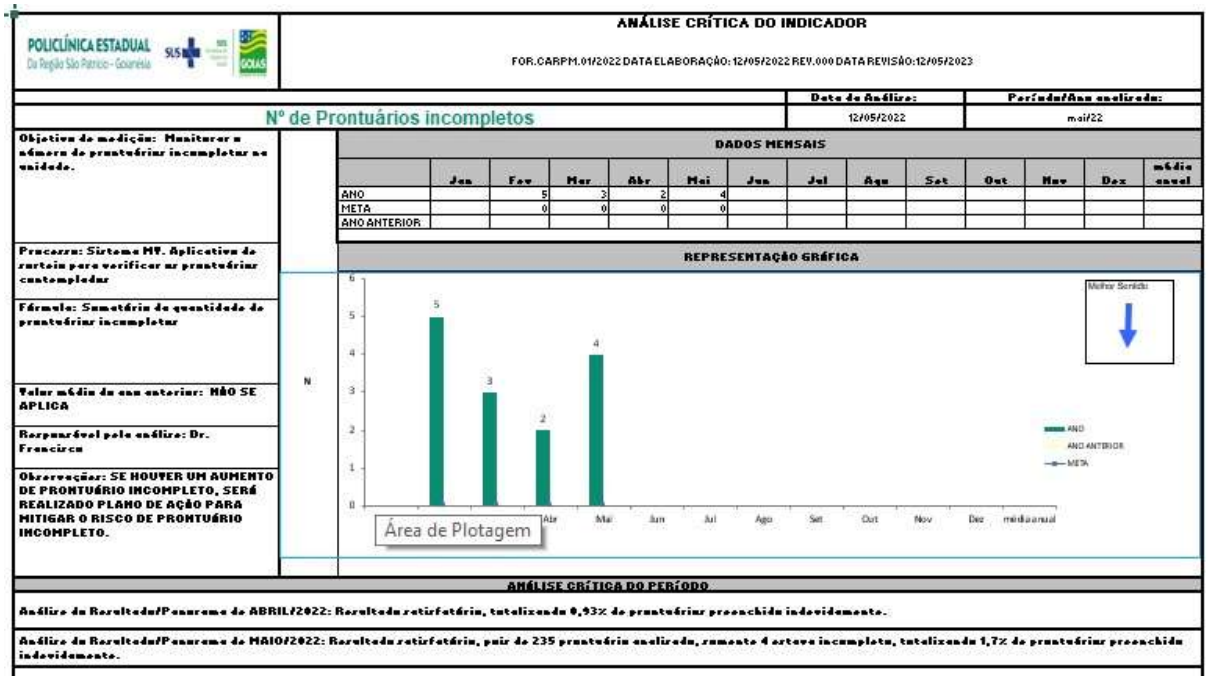
- Identificação por CID;

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

3. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Número de Prontuários Incompletos	
Origem: Sistema de registro digital de prontuários médicos – MV.	
Nível da informação: Resultado, tático e Operacional	
Dimensão da qualidade: Indicador relativo de qualidade.	
Descrição do numerador: Números de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tópicos: Identificação, Hipótese Diagnóstica, História da Doença Atual; Conduta.	**Descrição do denominador: Número de atendimentos no mês analisado.**

Método de cálculo: dá-se pela razão entre o número de prontuários inconsistentes pelo número de atendimentos no mês, realizada por amostragem aleatória em 10% dos prontuários.
Media: melhor média histórica de 0,93%
Definição de termos: É considerado não conforme quando houver falha no registro dos 4 tópicos.
Limitações:
Fonte dos dados: Média histórica.



POLICLÍNICA ESTADUAL Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

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

Nº de Prontuários incompletos	Data da Análise: 12/05/2022	Período/Ano analisado: mai/22

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

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

Fórmula: Somatório da quantidade de prontuários incompletos

Valor médio do ano anterior: NÃO SE APLICA

Responsável pela análise: Dr. Francisco

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

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2022: Resultado satisfatório, totalizando 0,93% de prontuários preenchido indevidamente.

Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2022: Resultado satisfatório, pois de 235 prontuários analisado, somente 4 estava incompleto, totalizando 1,7% de prontuários preenchido indevidamente.

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

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

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

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

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

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

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

“Bom dia, colegas.

INFORMATIVO:

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

- Identificação por CID;

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

- Sinalização da alta com identificação do motivo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

6. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Resolução n.º 1.638 de 2002 do conselho Federal de Medicina

PORTARIA Nº 279, DE 8 DE OUTUBRO DE 2010 do MS

2.2.3 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

APRESENTAÇÃO

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. A CIPA atua na prevenção de acidente, voltada para os colaboradores, visando qualidade de vida, saúde e estrutura para desenvolver suas atividades na unidade.

A CIPA foi implantada seguindo a Norma Regulamentadora n°5, que estabelece os parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

INTRODUÇÃO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes se reúne ordinariamente na Segunda quinta-feira do mês para reunião mensal, visando tratar de assuntos pertinentes as atribuições da CIPA. Durante as reuniões são apresentadas as atividades tratativas e educativas. Em todas as reuniões são descritos um plano de ação para ser aplicado no decorrer do mês.

A CIPA tem o objetivo de desenvolver ações, com a finalidade de previnir acidentes dos colaboradores, e assegurar qualidade para que os colaboradores possam desenvolver suas atividades.

Ações de prevenção de acidente, treinamento de evacuação do prédio, treinamento de prevenção de acidentes com perfurocortantes.

1.2 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

- ✓ **Iara de Lima Vaz** – Recursos Humanos – Presidente
- ✓ **Pedro Carrilho Arantes Rios** – Vice-Presidente
- ✓ **Washington Pereira de Souza** – Técnico de Enfermagem - Secretário
- ✓ **Lucas Andrade Silva** – SESMT – Membro
- ✓ **Rosana Vieira de Lima –** Farmacêutica – Membro

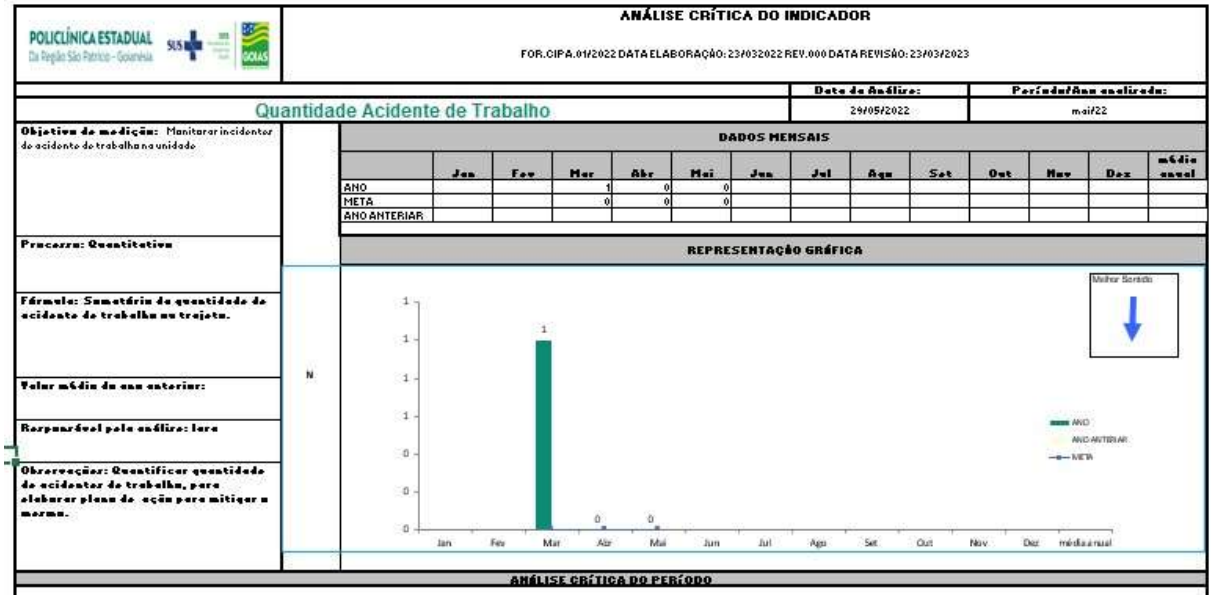
OBJETIVOS

A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Quantidade Acidente de Trabalho	
Origem: CAT / Livro de Ocorrência / Ficha de Notificação	
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 acidente de trabalho ou trajeto.	
Media: Não se aplica	
Definição de termos: Acidente de Trabalho - é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.	
Limitações: Subnotificação dos incidentes/acidentes.	

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



POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

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

Quantidade Acidente de Trabalho	Data da Análise:	Período/Ano analisado:
	29/05/2022	mai/22

Objetivo da medição: Monitorar incidentes de acidente de trabalho na unidade

Processo: Quantitativo

Fórmula: Somatório da quantidade de acidente de trabalho no trajeto.

Valor médio do ano anterior:

Responsável pela análise: Iara

Observações: Quantificar quantidade de acidentes de trabalho, para elaborar plano de ação para mitigar a norma.

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

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

AÇÕES REALIZADAS:

Realizado reunião Ordinária conforme cronograma mensal.

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.

Discursão e plano de ação para divulgação da eleição. **Foi solicitado que os componentes da CIPA propagassem sobre a eleição da CIPA pois o prazo das inscrições será até o dia 25/05/2022.**

Na data 31/05/2022 Terça-feira aqui na Unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia foi realizada ação de conscientização dos colaboradores sobre a Assédio Moral e Sexual, foi exposto a diferença entre os dois tipos de Assédio: **Assédio Moral** é uma conduta repetitiva dentro da relação de trabalho em que o empregado é submetido a situações humilhantes e constrangedoras.

Assédio Sexual e o ato de constranger alguém, com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual. da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CIPA tem desenvolvido ações diariamente voltadas para a segurança dos colaboradores, e as quais tem se mostrado efetiva, pois no mês de abril não foi notificado nenhum acidente de trabalho na unidade.

REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Segurança do Paciente: Higienização da Mãos. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf.

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

APRESENTAÇÃO

Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde. A Comissão tem por finalidade auxiliar à Coordenação Operacional da unidade na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (**Lei 12.305/10**, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, **n.º 306/4**, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, **n.º 358/5**). Seguindo a Resolução 222, de 18 de março de 2018.

7. INTRODUÇÃO

A CGRSS se reúne ordinariamente na terceira quarta-feira do mês para reunião mensal, visando tratar de assuntos pertinentes as atribuições da comissão. Durante as reuniões são apresentadas as atividades tratativas e educativas. Em todas as reuniões são descritos um plano de ação para ser aplicado no decorrer do mês.

A CGRSS é responsável por realizar visitas diariamente em todos os setores da unidade, para verificação da segregação e gerenciamento de resíduos, desenvolvimento do PGRSS.

A CGRSS tem a responsabilidade de implementar, implantar e supervisionar as ações do PGRSS.

No mês de abril foi realizado nomeação por Portaria Interna do membro Lucas Andrade Silva (Téc. de Segurança do Trabalho), mediante a identificação da necessidade do mesmo em compor a comissão.

1.3 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- ✓ **Talita Utim Toledo** – Enfermeira – Presidente
- ✓ **Fabiana Pereira do Nascimento** – Enfermeira - Secretária
- ✓ **Rosana Vieira de Lima** – Farmacêutica - Membro
- ✓ **Rubiana Trucolo Dias** – Assistente de Diretoria – Membro
- ✓ **Lucas Andrade Silva** – Téc. de Segurança do Trabalho - Membro

8. OBJETIVOS

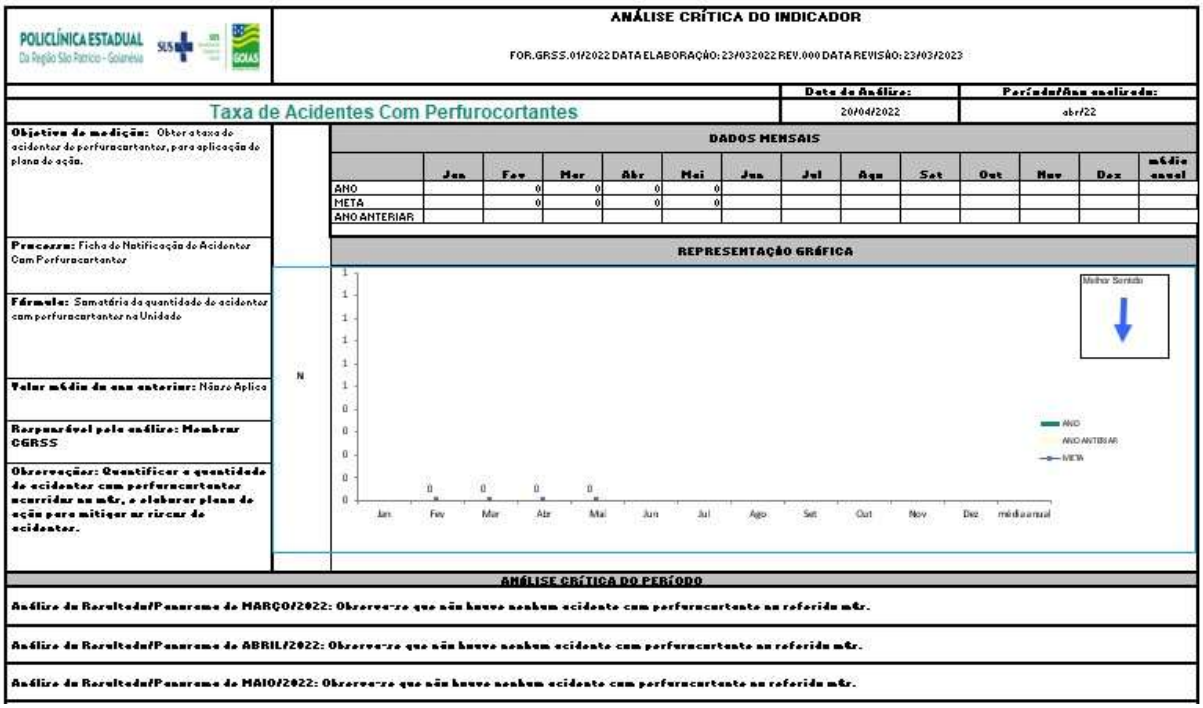
A CGRSS tem o objetivo de acompanhar e fazer cumprir o PGRSS, desenvolver ações em conjunto com a Coordenação Operacional da Unidade. Visando avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;

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

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

9. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Taxa de Acidentes Com Perfurocortantes	
Origem: Ficha de Notificação de Acidentes Com Perfurocortantes	
Nível da informação: Resultado	
Dimensão da qualidade: Quantitativo	
Descrição do numerador:	**Descrição do denominador:**
Método de cálculo: Somatória da quantidade de acidentes com perfurocortantes na Unidade	
Media: Não se aplica	
Definição de termos: lesão ocasionada pelo acidente com perfurocortantes; ficha de notificação (SINAN).	
Limitações: Falta de notificação de acidentes com perfurocortantes.	
Fonte dos dados: Ficha de notificação (SINAN) de acidentes de perfurocortantes, entregue no setor SESMT e SCIRAS.	



POLICLÍNICA ESTADUAL
Da Região São Patrício - Goianésia

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR

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

Taxa de Acidentes Com Perfurocortantes	Data da Análise: 20/04/2022	Período/Ano analisado: abr/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: Somatória da quantidade de acidentes com perfurocortantes na Unidade

Valor médio do ano anterior: Não se Aplica

Responsável pela análise: Membros CGRSS

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

N

DADOS MENSAIS

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

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO

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

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

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

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

10. AÇÕES REALIZADAS:

Realizado ação em alusão a higienização das mãos (ANEXO I), visando capacitar os colaboradores e prestadores de serviço, para que possam realizar a higienização na técnica correta e assim previnir IRAS.

Monitoramento da quantidade de residuo tipo A e tipo E, produzido na unidade mensalmente.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção

4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados

A Carreta de Prevenção esteve no município de Corumbá no período de 02/05/2022 (segunda-feira) à 20/05/2022 (sexta-feira). Após esse período, a carreta esteve em manutenção, à partir do dia 23/05/22 (segunda-feira).

No mês de maio, foram ofertadas 16 vagas para coleta de citopatológico no período matutino e 18 vagas para coleta de citopatológico no período vespertino. Para mamografia, foram ofertadas 16 vagas no período matutino e 18 vagas no período vespertino. Todo mês a escala da carreta de prevenção é enviada para o e-mail da Viviane da regulação da SES.

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

DATA	MAMOGRAFIAS	CITOPATOLÓGICOS
02/05/2022	25	13
03/05/2022	27	18
04/05/2022	33	23
05/05/2022	31	07
06/05/2022	33	18
09/05/2022	22	17
10/05/2022	29	04
11/05/2022	29	22
12/05/2022	32	10
13/05/2022	31	19
16/05/2022	29	16
17/05/2022	29	13
18/05/2022	26	11
19/05/2022	25	13
20/05/2022	23	17
TOTAL	**242**	**221**

5 – Relatório de Recursos Humanos

Turnover - abril de 2022			
Admitidos do mês			
Nome	**Cargo**	**Data Admissão**	**Motivo**
ADELIA CAROLINA LOPES NAVES SILVA	AUXILIAR DE FARMACIA	12/04/2022	SUBSTITUIÇÃO
BRUNA ESPINDOLA ALMEIDA MACHADO	PSICÓLOGO (A)	18/04/2022	SUBSTITUIÇÃO
DANIELLE CRISTINE GOMES RIBEIRO	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM	12/04/2022	SUBSTITUIÇÃO

JANICLEIA BORGES MORAIS	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM	13/04/2022	SUBSTITUIÇÃO		
LUCAS ANDRADE SILVA	TÉCNICO(A) DE SEGURANÇA DO TRABALHO	12/04/2022	SUBSTITUIÇÃO		
NAYARA LORRANE DA SILVA PASSOS	ENFERMEIRO	18/04/2022	SUBSTITUIÇÃO		
PATRICIA MENOSSI FIGUEIREDO	AUXILIAR DE ATENDIMENTO	12/04/2022	ACRESCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
RAYANE DE OLIVEIRA SILVA	TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM	12/04/2022	ACRESCIMO NO QUADRO DE PESSOAL		
ROSANA FERREIRA DA CUNHA RIBEIRO	RECEPCIONISTA	18/04/2022	SUBSTITUIÇÃO		
SARA BARBOSA FERNANDES	RECEPCIONISTA	12/04/2022	SUBSTITUIÇÃO		
TOTAL DE COLABORADORES	**10**				
Demitidos do Mês					
Nome	**Cargo**	**Data Admissão**	**Data Demissão**	**Motivo**	
BRUNA ESPINDOLA ALMEIDA MACHADO	PSICÓLOGO (A)	18/04/2022	20/04/2022	PEDIDO DE DEMISSÃO	
FERNANDA SOUZA MORAIS PEREIRA	RECEPCIONISTA	01/03/2021	01/04/2022	DISPENSA SEM JUSTA CAUSA	
JAQUELINE VIDAL SORES DA SILVA	FONOAUDIOLOGA	01/03/2021	09/04/2022	PEDIDO DE DEMISSÃO	
LARISSA NOLASCO GUIMARÃES SAIKI	ENFERMEIRO	07/12/2021	14/04/2022	PEDIDO DE DEMISSÃO	
PATRICIA MENOSSI FIGUEIREDO	AUXILIAR DE ATENDIMENTO	12/04/2022	13/04/2022	PEDIDO DE DEMISSÃO	
TOTAL DE COLABORADORES	**5**				
Total de Colaboradores em abril					
64					

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

VINCULO	PROFISSIONAIS QUE ESTÃO AFASTADOS POR SUSPEITA DE COVID-19	DATA	TOTAL DE DIAS	PREVISÃO DE RETORNO	RETORNO EFETIVO
TOTAL DE COLABORADORES	**0**				
VÍNCULO	**PROFISSIONAIS CONFIRMADOS COM COVID-19**	**DATA**	**TOTAL**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
TOTAL DE COLABORADORES		**1**			
VÍNCULO	**ATESTADOS POR OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS**	**DATA**	**DIAS**	**PREVISÃO DE RETORNO**	**RETORNO EFETIVO**
CLT	MONICA ALVES DINIZ	01/04/2022	1	04/04/2022	04/04/2022
CLT	ANDREIA OLIVEIRA DA SILVA	06/04/2022	VESP	07/04/2022	07/04/2022
CLT	LUDMILLA BRUNA DOS SANTOS	08/04/2022	VESP	11/04/2022	11/04/2022
CLT	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	12/04/2022	3	18/04/2022	18/04/2022
CLT	NURIA FRANCIELLE RODRIGUES SOUSA	14/04/2022	VESP	18/04/2022	18/04/2022
CLT	NURIA FRANCIELLE RODRIGUES SOUSA	20/04/2022	1	25/04/2022	25/04/2022
CLT	LARA GABRIELA REIS SILVA	27/04/2022	1	28/04/2022	28/04/2022
CLT	LORENA ROCHA SILVA	27/04/2022	1	28/04/2022	28/04/2022
CLT	LORENA ROCHA SILVA	28/04/2022	2	02/05/2022	02/05/2022

TOTAL DE COLABORADORES	9				

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 maio, foram entregues:

- ✓ 1680 máscaras cirúrgicas;
- ✓ 98 máscaras N-95;
- ✓ 132 toucas;
- ✓ 0 óculos de proteção;
- ✓ 0 face shields;
- ✓ 154 aventais;

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

No dia 02/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema MV a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado o termino dos relatórios mensais para entrega aos solicitantes.

No dia 03/05 realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com equipe de enfermagem abordando o tema CME - POP 001 e 002/2022 ministrado pela Enf. Fabiana e Adália com o tema Teste Biológico.

No dia 04/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado checklist sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizada reunião extraordinária comissão NSP, para discutirmos sobre plano de ação referente a notificação evento adverso (anexo 1). Participamos. AS 15hrs reunião com Coord. Operacional Paula para ajustes referentes a melhoria na unidade. As 15:30 participamos do treinamento referente a CME - POP 003 e 004/2022, ministrado pela Enf. Laiane, no auditório.

No dia 05/05 realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos lavagem nas máquinas de hemodiálise, reposição de soluções dentro da sala de hemodiálise para uso semanal. Participamos de treinamento com a equipe da CRE Capacitação Módulo de Urgência.

No dia 06/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema MV a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. As 15:30 participamos do treinamento referente a CME - POP 005 e 006/2022, ministrado pela Enf. Geovanna, no auditório.

No dia 09/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema MV a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos organização de documentos solicitados pela SES, no dia do retorno na unidade (anexo 1). Realizamos treinamento com colaboradores simulando transferência do paciente da sala de hemodiálise para sala emergência quando ocorrer alguma intercorrência e monitorização paciente (anexo 2). Segue realizando treinamento diário com a Técnica Natalia responsável pelo setor hemodiálise (anexo 3). Participamos confraternização para comemorações aniversariantes do mês.

No dia 10/05 realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com Técnica em enfermagem Natália que foi transferida para o setor de hemodiálise e está sendo capacitada para realizar todos os procedimentos durante tratamento dialítico (anexo 1). Participamos curso de abrigada de incêndio, realizado pelo corpo de bombeiros, ministrado pelo Cabo Morais, o curso teve início às 8hrs da manhã com término as 15:40 (anexo 2).

No dia 11/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com técnica enfermagem Natalia para que possa aprender o fluxo do setor (anexo 1). Participamos palestra ministrada pela psicóloga Gysa e nutricionista Natalio em referência as comemorações semana da enfermagem (anexo 2).

No dia 12/05 realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com a técnica de enfermagem Natalia, devido à necessidade de troca de colaboradores estamos capacitando a mesma para prestação de atendimento ao paciente de hemodiálise, para que a mesma se torne apta para realizar as funções (anexo 1). Realizamos a organização mensal de planilha de auto complexo, planilha de atualização em nefrologia e lista paciente hemodiálise (anexo 2), solicitado pela enfermeira Flora de Goiânia. Em comemoração à semana de enfermagem realizamos a entrega dos presentes pra toda a equipe (lancheiras térmicas e garrafinhas) (anexo 3).

No dia 13/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado atendimento com fisioterapeuta, paciente colaborativo com atividades ofertadas (anexo 1). Participamos confraternização com toda equipe de colaboradores Policlínica em comemoração semana enfermagem. Realizado treinamento com técnica enfermagem Natalia com os protocolos da hemodiálise Lavagem das mãos e queda (anexo 2).

No dia 16/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema MV a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Devido a capacitação de todos os profissionais da enfermagem estamos realizando rodizio de treinamento com todos os colaboradores da enfermagem, hoje realizamos treinamento com o técnico em enfermagem Washington (anexo 1). Participamos às 15:30hrs palestra em alusão ao dia mundial do Controle de Infecção, ministrada pela Débora.

No dia 17/05 realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com Técnica em enfermagem Natália que foi transferida para o setor de hemodiálise e está sendo capacitada para realizar todos os procedimentos durante tratamento dialítico (anexo 1). Realizado estudo sobre o tema Doação de leite humano, para palestra para os usuários em alusão ao dia mundial de doação de leite humano, que deveremos realizar dia 19.05 no período matutino (anexo 2). Realizado reunião comissão NSP- Núcleo Segurança Paciente (anexo 3). Realizei estudo referente as RDC que rege sobre o funcionamento dentro das unidades que prestam serviço dialítico (anexo 4).

No dia 18/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste

água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com técnica enfermagem Natalia e Lorrane para que possa aprender o fluxo do setor (anexo 1).

No dia 20/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado treinamento com técnica enfermagem Natalia com os protocolos da hemodiálise **Comunicação Efetiva e Identificação Segura** (anexo 1). Realizamos com a psicóloga Gysa a instalação do Prontuário Afetivo, no qual participou toda equipe responsável pela assistência ao paciente (anexo 2). Realizamos palestra com os usuários com o tema Doação Leite Humano, em alusão ao dia mundial de Doação Leite Humano, comemorado dia 19.05 de todo ano (anexo 3).

No dia 23/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema MV a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Devido a capacitação de todos os profissionais da enfermagem estamos realizando rodizio de treinamento com todos os colaboradores da enfermagem, hoje realizamos treinamento em dois períodos matutino e vespertino com as técnicas em enfermagem Maressa, Rafaela e Daniela (anexo 1). Participamos às 15:030hrs treinamento ANVISA com o tema Avaliação das práticas de segurança dos pacientes em serviços de diálise de pacientes crônicos (anexo 2).

No dia 24/05 realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizado cadastro no sistema da ANVISA, para preenchermos Formulário da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança em Serviços de Dialise, e organizamos os preparativos para comemorarmos o aniversário do nosso paciente do setor de hemodiálise, realizando encomenda bolo, salgadinho e presente (anexo 1). Realizamos simulação de cadastro relacionado a Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (anexo 2). Dei início a elaboração do relatório Janaina, tendo em vista possível folga prevista e solicitada pelo financeiro para o dia 26.05.22, ficando difícil a confecção e entrega de todos solicitados, contando também com novas solicitações e formatações de pops.

No dia 25/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água, PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos comemoração aniversario paciente.

No dia 27/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Iniciamos nova formatação e reestruturação de todos os pops da unidade, seguindo nova solicitação da SES.

No dia 30/05 realizamos atendimento do paciente na sala de hemodiálise, com assistência durante a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV. Foi realizado na SAE no sistema MV PEP a Evolução de enfermagem, relatamos no sistema MV a evolução de enfermagem, consulta de enfermagem e atendimento do dia realizado com paciente. Realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos a organização mensal dos relatórios para entrega fechamento de mês, participamos reunião das comissões PGRSS e NEPE (anexo 1). Realizamos reunião mensal em 2 momentos com todos os colaboradores do setor de hemodiálise, visando a participação de toda equipe, sendo necessário a realização em 2 (dois) dias diferentes para a participação de todos, abordando os temas mais observados no mês de maio e que precisam ser modificados (anexo 2).

No dia 31/05 realizado checklist sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Demos continuidade a construção dos relatórios mensais para envio e entrega aos solicitantes, estamos realizando diariamente a construção dos pops, sendo realizada as solicitações feitas pela SES. Realizamos reunião mensal em 2 momentos com todos os colaboradores do setor de hemodiálise, visando a participação de toda equipe, sendo necessário a realização em 2 (dois) dias diferentes para a participação de todos, abordando os temas mais observados no mês de maio e que precisam ser modificados. Técnica em enfermagem Natalia realizou checklist diário e estudo referente aos Protocolos implantados na unidade, como meio de facilitar e colocar em pratica no dia-dia na assistência.

7 – Produção Médica e Não Médica

7.1 – Produção de especialidades não médicas

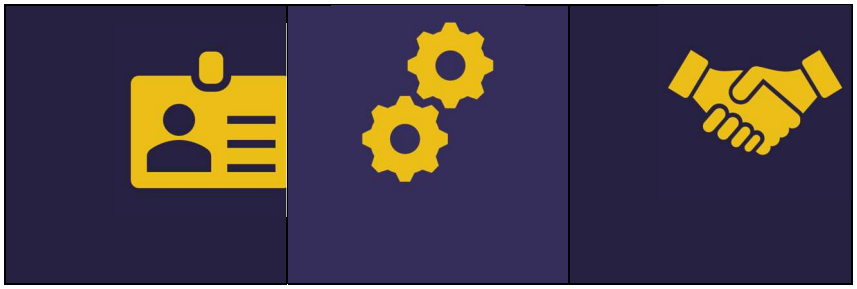
A planilha a seguir mostra os resultados de produção de especialidades não médicas referente ao mês de maio da Policlínica Estadual de Região São Patrício – Goianésia.

Consulta Não Médica Especialidade	Maio		
	Primeira Consulta	Sessões	Total
Farmacêutico	0	66	66
Enfermagem	0	651	651
Fisioterapeuta	1	130	131
Fonoaudiólogo	0	0	0

Nutricionista	1	106	107
Psicólogo	0	65	65
Odontologia	0	0	0
Total	**2**	**1018**	1020

7.2 – Produção de especialidades médicas

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

Consulta Médica Especialidade	Maio			
	Primeira Consulta	Interconsulta	Consultas Subsequentes	Total
Cardiologia	82	33	186	301
Dermatologia	64	20	104	188
Endocrinologia	122	52	225	399
Gastroenterologia	21	35	78	134
Nefrologia	12	15	51	78
Neurologia	62	29	137	228
Pediatria	20	2	24	46
Obstetrícia/Ginecologia	142	24	61	227
Oftalmologia	200	35	92	327
Ortopedia/Traumatologia	165	43	275	483
Otorrinolaringologia	62	11	20	93
Pneumologia/Tisiologia	31	5	20	56
Reumatologia	34	10	30	74
Hematologia	0	3	30	33
Mastologia	39	9	32	80
Urologia	108	6	42	156
Médico da Família	0	35	15	50
Total	**1164**	**367**	**1422**	**2953**

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