

**POLICLÍNICA ESTADUAL**  
Da Região São Patrício - Goianésia



**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



# RELATÓRIO GERENCIAL

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020**  
**COMPETÊNCIA: OUTUBRO/2022**

---

## Sumário

- 1 – Apresentação** \_\_\_\_\_ Erro! Indicador não definido.
- 2 – Ações Voltadas Para Qualidade** \_\_\_\_\_ Erro! Indicador não definido.
- 2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação \_\_\_\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 2.2 – Relatório das Comissões \_\_\_\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 2.2.1 - Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde **Erro! Indicador não definido.**
- 2.2.2 - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos (CARPM) \_\_\_\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 2.2.3 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) **Erro! Indicador não definido.**
- 2.2.4 - Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) \_\_\_\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 2.2.5 – Núcleo de Qualidade (NQ) \_\_\_\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) \_\_\_\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção** \_\_\_\_\_ Erro! Indicador não definido.
- 4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 5 – Relatório de Recursos Humanos** \_\_\_\_\_ Erro! Indicador não definido.
- 5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos \_\_\_\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 5.2 EPI \_\_\_\_\_ **Erro! Indicador não definido.**
- 6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise** \_\_\_\_\_ Erro! Indicador não definido.
- 7 – Produção Médica e Não Médica** \_\_\_\_\_ Erro! Indicador não definido.
- 7.1 – Produção de especialidades não médicas** \_\_\_\_\_ Erro! Indicador não definido.
- 7.2 – Produção de especialidades médicas** \_\_\_\_\_ Erro! Indicador não definido.

## 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 outubro 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

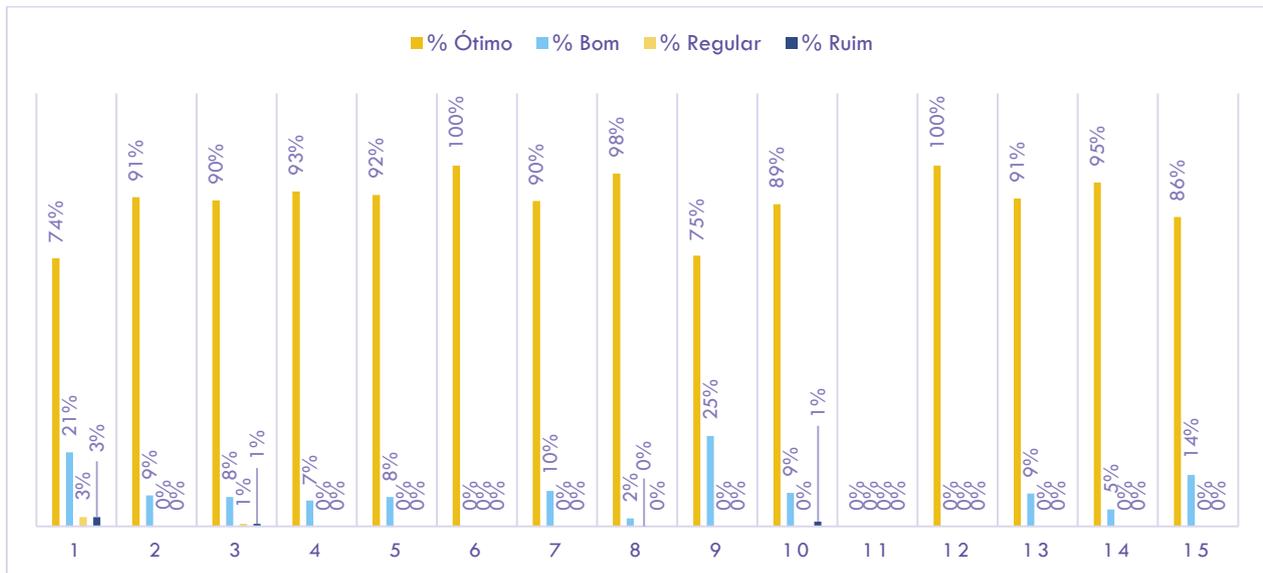
### 2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação

#### INDICADORES QUALITATIVOS

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
RECEPÇÃO CENTRAL	4	4	32	116	156	11,98%	74%	21%	3%	3%
ENFERMAGEM	0	1	52	552	605	46,47%	91%	9%	0%	0%
RECEPÇÃO MÉDICA	1	1	11	122	135	10,37%	90%	8%	1%	1%
CONSULTÓRIO MÉDICO	0	0	2	26	28	2,15%	93%	7%	0%	0%
RECEPÇÃO IMAGEM	0	0	3	34	37	2,84%	92%	8%	0%	0%
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	0	0	0	11	11	0,84%	100%	0%	0%	0%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	0	0	5	46	51	3,92%	90%	10%	0%	0%
RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	0	0	1	44	45	3,46%	98%	2%	0%	0%
LABORATÓRIO	0	0	1	3	4	0,31%	75%	25%	0%	0%
FISIOTERAPIA	1	0	7	67	75	5,76%	89%	9%	0%	1%
FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0,00%	0%	0%	0%	0%
NUTRIÇÃO	0	0	0	13	13	1,00%	100%	0%	0%	0%
SERVIÇO SOCIAL	0	0	2	20	22	1,69%	91%	9%	0%	0%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	0	0	5	101	106	8,14%	95%	5%	0%	0%
PSICOLOGIA	0	0	2	12	14	1,08%	86%	14%	0%	0%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>123</b>	<b>1167</b>	<b>1302</b>	<b>100,00%</b>				
<b>Índice Geral de Satisfação</b>	<b>0,46%</b>	<b>0,46%</b>	<b>9,45%</b>	<b>89,63%</b>	<b>100,00%</b>					

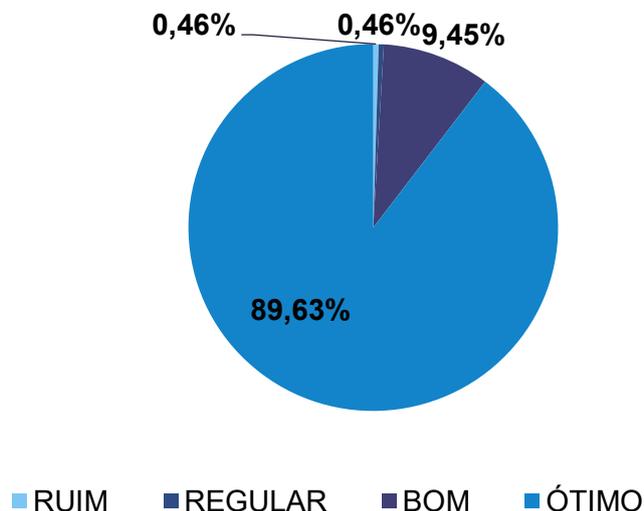
A tabela a seguir contém o quantitativo de avaliações ruim, regular, bom e ótimo em cada setor, e o percentual das avaliações de cada setor do mês outubro, e esses resultados são demonstrados nos gráficos a abaixo.

Gráfico 01



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

Gráfico 02



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

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

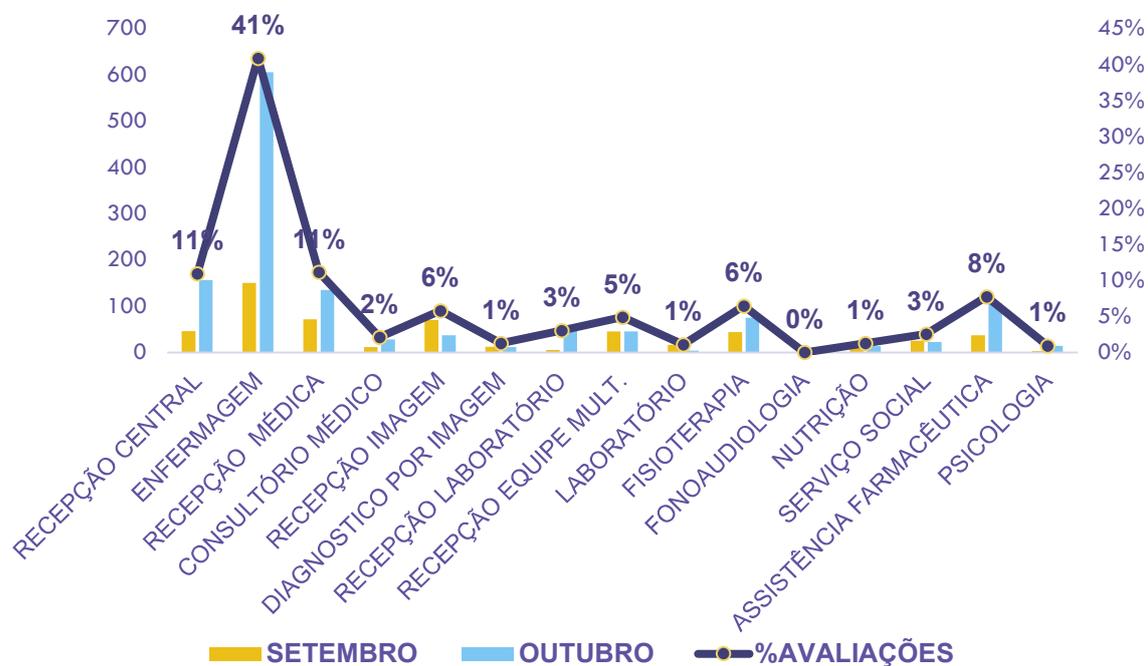
A Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia tem atendido as expectativas dos nossos pacientes, sabemos que temos pontos a ser melhorado, principalmente em relação a marcação de retornos das consultas. Reclamações no sentido de falta de vagas e dificuldades para fazer esta marcação por meio dos números de telefones disponíveis. A gestão tem trabalhado para melhoria deste quesito. Com a implantação do NIA – Núcleo Interno de Agendamento, que tem o intuito de realizar todas as marcações de consultas internas, retornos e exames. Nossas atendentes tem trabalhado para a melhoria e satisfação dos usuários fazendo o agendamento com precisão.

## 3.1.1 Comparativo das avaliações entre os meses setembro/outubro

<b>POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA</b>				
<b>DEPARTAMENTOS</b>	<b>SETEMBRO</b>	<b>OUTUBRO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%AVALIAÇÕES</b>
RECEPÇÃO CENTRAL	46	156	202	11%
ENFERMAGEM	150	605	755	41%
RECEPÇÃO MÉDICA	71	135	206	11%
CONSULTÓRIO MÉDICO	11	28	39	2%
RECEPÇÃO IMAGEM	70	37	107	6%
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	12	11	23	1%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	5	51	56	3%
RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	45	45	90	5%
LABORATÓRIO	16	4	20	1%
FISIOTERAPIA	44	75	119	6%
FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	0%
NUTRIÇÃO	10	13	23	1%
SERVIÇO SOCIAL	25	22	47	3%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	37	106	143	8%
PSICOLOGIA	3	14	17	1%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>545</b>	<b>1302</b>	<b>1847</b>	<b>100,00%</b>

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

Gráfico 03

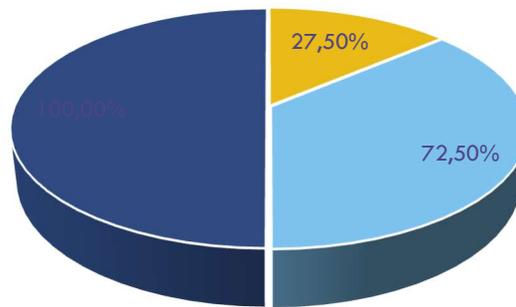


Quanto aos indicadores, a planilha e o gráfico a seguir, destaca um aumento em nossas pesquisas de satisfação. Em relação aos quesitos ruim, regular, bom e ótimo. Assim podendo observar a queda de insatisfação no quesito ruim como também no regular. E não deixando de pontuar como uma boa avaliação em satisfação diante do quesito bom e ótimo. Estamos trabalhando para a evolução e assim termos êxito em uma melhor avaliação de satisfação de nossos usuários.

Na tabela e no gráfico a seguir demonstra esses resultados

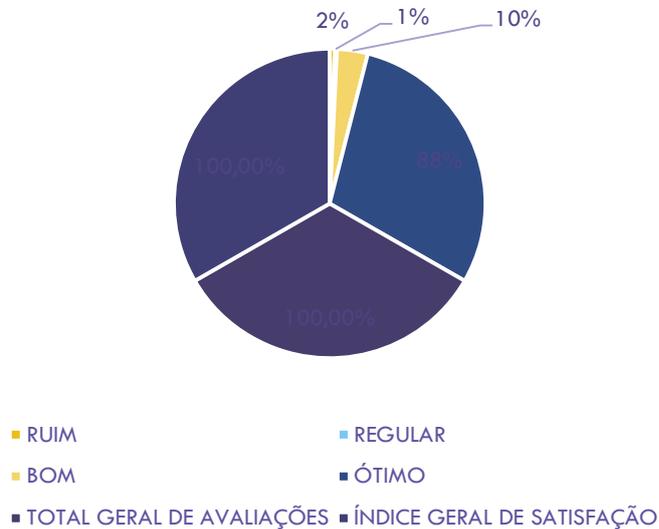
**Gráfico 04**

<b>POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO - GOIANÉSIA</b>				
<b>INDICADORES</b>	<b>SETEMBRO</b>	<b>OUTUBRO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%Comparativo</b>
RUIM	24	6	30	2%
REGULAR	8	6	14	1%
BOM	68	123	191	10%
ÓTIMO	445	1302	1747	88%
<b>TOTAL GERAL DE AVALIAÇÕES</b>	<b>545</b>	<b>1437</b>	<b>1982</b>	<b>100,00%</b>
<b>ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO</b>	<b>27,50%</b>	<b>72,50%</b>		<b>100,00%</b>



■ SETEMBRO ■ OUTUBRO ■ TOTAL ■ %Comparativo

Gráfico 05



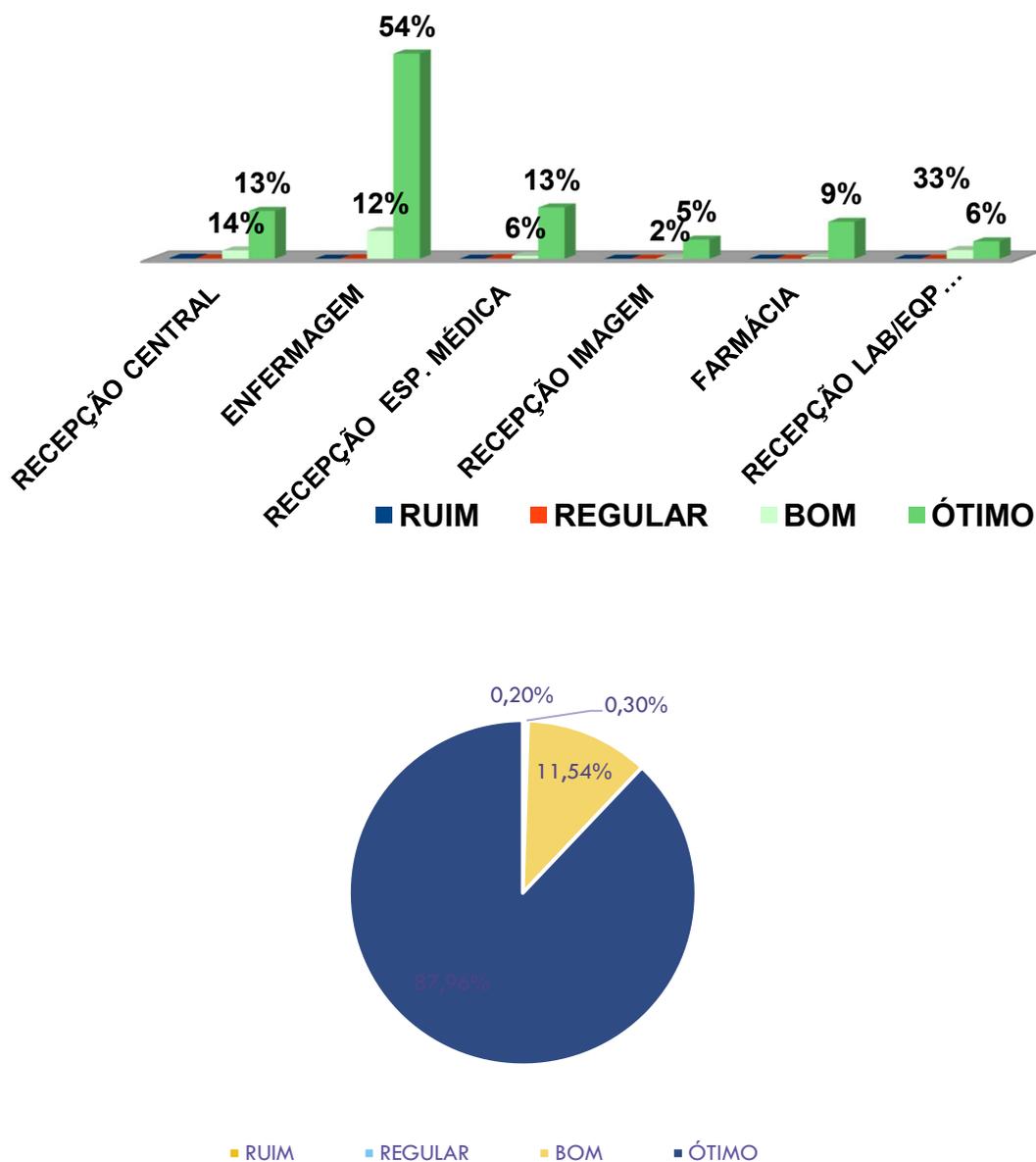
### 3.1.2 Avaliação da limpeza por setor

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

Vejamos os resultados na tabela e nos gráficos a seguir.

DEPARTAMENTOS	RUIIM	REGULAR	BOM	OTIMO	TOTAL/MÊS	%
RECEPÇÃO CENTRAL	2	1	19	110	132	13%
ENFERMAGEM	0	1	64	472	537	54%
RECEPÇÃO ESP. MÉDICA	0	1	7	118	126	13%
RECEPÇÃO IMAGEM	0	0	1	44	45	5%
FARMÁCIA	0	0	3	85	88	9%
RECEPÇÃO LAB/EQP MULT	0	0	20	40	60	6%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>114</b>	<b>869</b>	<b>988</b>	
<b>ÍNDICE DE SATISFAÇÃO</b>	<b>0,20%</b>	<b>0,30%</b>	<b>11,54%</b>	<b>87,96%</b>	<b>100,00%</b>	

Gráfico 06



Como pode ser observado na tabela e nos gráficos, todos os setores da limpeza estão com um alto índice de avaliação ótima. E o índice geral de satisfação está em **87,96%** esse índice representa a quantidade de usuários que responderam ótimo para a limpeza, estes resultados demonstram a eficiência do serviço de limpeza da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia.

### 1.1.1 Pesquisa de Satisfação Hemodiálise

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

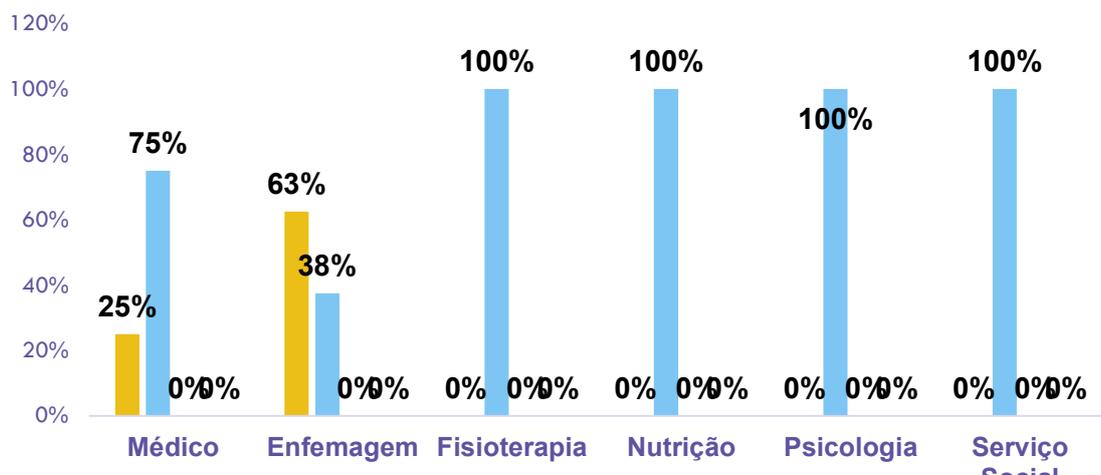
Dessa forma foi aplicada a pesquisa de satisfação na clínica de Hemodiálise, esse método tem retornado bons resultados e informações importantes para a melhoria das atividades desenvolvida no setor.

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

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

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

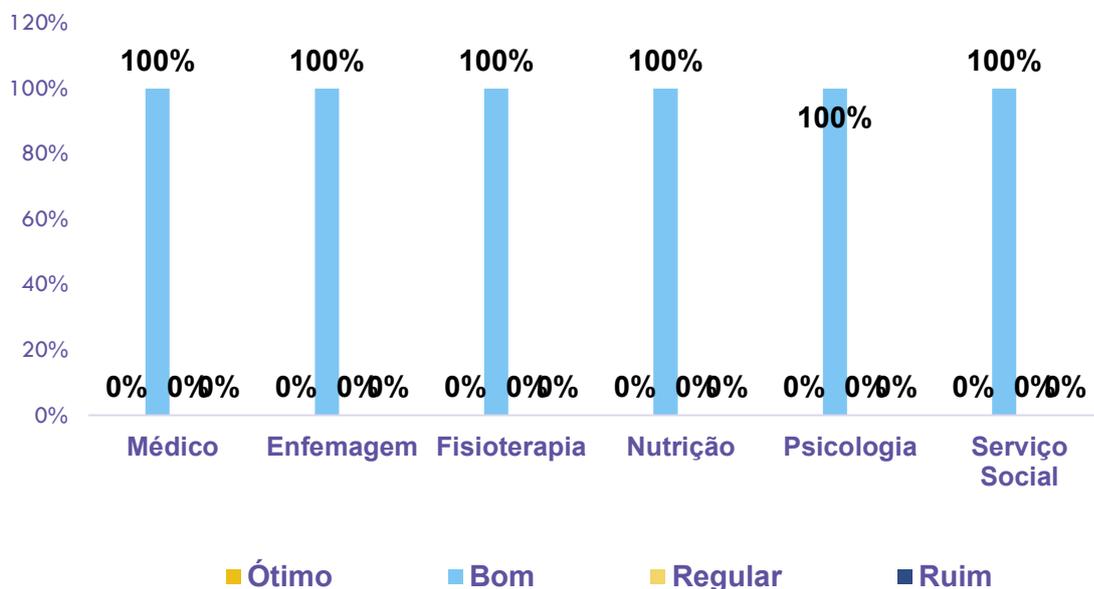
Gráfico 07



Veremos a seguir o resultado dessa pesquisa no quesito temperatura/conforto

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

Gráfico 08



#### Índice de satisfação temperatura, conforto, refeição e limpeza

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

## 1.2 Ouvidoria

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

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

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, neste mês de outubro registrou 21 manifestações entre eles foram 1 sugestão, 7 reclamações e 13 elogios, dessas manifestações 20 foram fechadas com sucesso e 1 sendo reclamação, sendo assim está reencaminhada ao diretor técnico para uma nova análise, pois a manifestante exigiu um novo parecer pois ficou insatisfeita com a devolutiva.

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

## 2. AÇÕES REALIZADAS

**Reuniões**

**Treinamentos colaboradores**

**Treinamentos pacientes**

## 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante os resultados expostos nas tabelas e gráficos, constatou-se que a Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, vem mantendo o seu alto índice de satisfação com pequenas alterações de um mês para outro, neste mês tivemos avaliação ruim em alguns quesitos, principalmente na recepção central não só no atendimento como na limpeza, mas a maioria dos quesitos foram bem avaliados. No geral a Policlínica está com ótima avaliação do atendimento, na limpeza e também na hemodiálise, esse é o resultado que buscamos e queremos sempre, ou seja, prestar o melhor serviço da região aos nossos usuários, visando sempre o acolhimento humanizado, eficiente e de qualidade.

## 4. EMITIDO



Mônica Alves Diniz  
**Assistente de Ouvidoria**

## 2.3 – Relatório das Comissões

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

#### APRESENTAÇÃO

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

#### 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 outubro uma reunião para alinhar estratégias do plano de ação implantado para controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para melhoria da qualidade dos serviços com objetivo de atingir metas contratuais.

Dentro da comissão, é acompanhado o uso de antibiótico (vancomicina) no setor de Hemodiálise através de um formulário em formato de planilha, mas até o presente dia não houve confirmação de IRAS no setor, não sendo necessária a antibioticoterapia.

A CCIRAS também acompanha e realiza a análise do indicador do protocolo de higienização das mãos através de um formulário de observação. O formulário é preenchido pela enfermeira SCIA e mensalmente é feita a mensuração da adesão ao protocolo. Em setembro, constatou-se que 81% dos colaboradores e prestadores de serviço estão realizando a higienização das mãos, conforme preconiza o protocolo implantado.

É realizado o controle de qualidade da água em pontos específicos da unidade, a partir do mês de agosto, passou-se a realizar coleta em 3 pontos aditivos, sendo eles: CME, Endoscopia e Laboratório. Anteriormente, a coleta de água para análise era realizada somente no setor de Hemodiálise. No mês de setembro não houve “não conformidade”, desta forma, não houve necessidade de isolar as osmose portáteis. A coleta de água já foi realizada no mês de outubro e segue aguardando os relatórios do laboratório.

Como forma de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde, a CCIRAS estabeleceu a realização de testes de covid-19 para colaboradores sintomáticos, a partir do dia 17/06/2022. O teste realizado é o Ag (Antígeno), e são realizados após 48 horas de início dos sintomas. No mês de setembro, apenas um colaborador apresentou sintomas e realizou o teste para confirmar positividade, porém, com o resultado negativo (Ag-), não sendo necessário o afastamento do mesmo.

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

- ✓ Geovanna Lissa Bernardes Oliveira – Enfermeira – Presidente
- ✓ Talita Utim Toledo – Enfermeira – Membro
- ✓ Francisco Baltazar Macruz Sampaio – Médico – Membro
- ✓ Rosana Vieira Lima – Farmacêutica – Membro
- ✓ Fabiana Pereira do Nascimento – Enfermeira – Membro
- ✓ Angelina Germano Coelho – Biomédica – 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

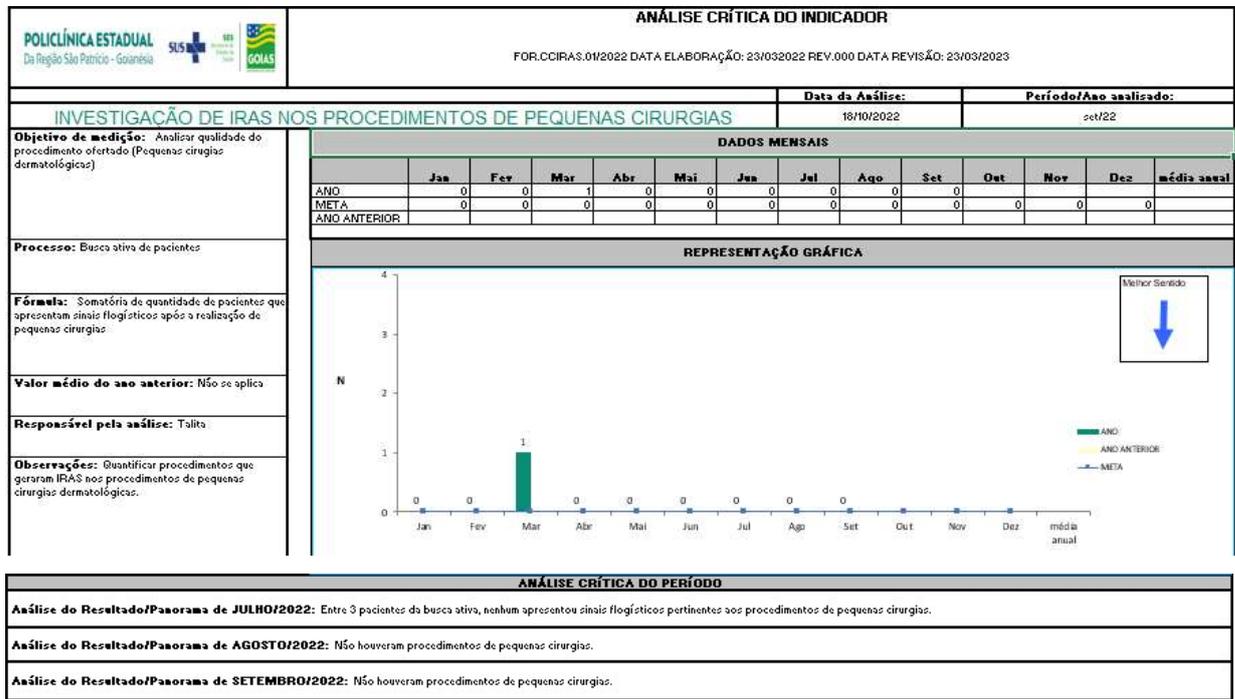
**Método de cálculo:** Somatória da quantidade de pacientes com IRAS após procedimento de pequenas cirurgias dermatológicas.

**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.



#### 4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Uma das pautas da reunião, foi a discussão sobre o formulário (planilha), para controle de uso de antibiótico no setor de Hemodiálise, contendo as informações: data de início de tratamento, paciente, motivo do tratamento e escolha de antibiótico, a mesma está sendo aplicada, porém até o presente dia não foi realizado tratamento com vancomicina, paciente sem sinais de infecção.

Foi discutido também sobre o indicador do protocolo de higienização das mãos através de um formulário de observação. O formulário é preenchido pela enfermeira SCIA e mensalmente é feita a mensuração da adesão ao protocolo. Em setembro, constatou-se que 81% dos colaboradores e prestadores de serviço estão realizando a higienização das mãos, conforme preconiza o protocolo implantado.

Além disso, foi abordado sobre o controle de qualidade da água em pontos específicos da unidade, a partir do mês de agosto, passou-se a realizar coleta em 3 pontos aditivos, sendo eles: CME, Endoscopia e Laboratório. Anteriormente, a coleta de água para análise era realizada somente no setor de Hemodiálise, e no mês de setembro não houve “não conformidade”, desta forma, não houve necessidade de isolar as osmose portáteis.

Foi colocado em discussão o monitoramento dos cartões de vacina dos colaboradores e prestadores de serviço, o objetivo é a monitorização dos cartões seguindo o calendário de imunização, conforme preconiza o PCMSO da unidade.

Seguindo o Programa de Controle de Infecções Relacionados a Assistência em Saúde, serão realizadas auditorias internas, com o objetivo de identificar os pontos fracos e riscos de infecções (IRAS) para ser implementado um planejamento estratégico para melhoria dos serviços prestados, ofertando mais segurança para o colaborador e paciente.

A última pauta foi sobre a realização do teste Ag (Antígeno), no mês de setembro, apenas um colaborador apresentou sintomas e realizou o teste, porém com resultado negativo, não sendo necessário o afastamento do mesmo.

## 5. AÇÕES REALIZADAS:

A comissão atuando juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), iniciou em maio, a análise do indicador do protocolo de higienização das mãos, através do formulário de observação, da higienização das mãos nos 5 momentos. Os mesmos serão realizados todos os meses para verificar a efetividade do protocolo. No referente mês após análise e observação, foi mensurado que 81% dos colaboradores e prestadores de serviço observado, estão realizando a higienização das mãos mediante as oportunidades.

Outra ação importante estabelecida pela comissão, é a análise de água no setor de hemodiálise, no referido mês, não houve não conformidade. No entanto, não houve necessidade de isolar nenhuma osmose portátil.

Realização de teste de COVID-19, para os colaboradores sintomáticos, seguindo a conduta conforme protocolo de manejo de COVID-19 da unidade. Mediante a isso é realizado mensalmente o indicador da quantidade de testes realizados x a quantidade de testes positivos na unidade. No mês de setembro, apenas um colaborador realizou o teste, no entanto, com resultado negativo.

Foram realizadas capacitações de notificação compulsória, higienização das mãos e fluxo de assistência em caso de acidente com material perfurocortante e material biológico, o treinamento foi realizado com a recepção, segue em andamento para abranger todos os colaboradores.

## 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. A implementação dos protocolos têm sido ações efetivas para melhor assistência ao paciente. E o acompanhamento dos indicadores tem sido uma ferramenta essencial no processo de melhoria.

## 7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Treinamento de Notificação Compulsória – <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-notificacao-de-surtos-infecciosos-em-servicos-de-saude.pdf>

Treinamento de Higienização das Mãos - [https://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](https://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf)

## 8. EMITIDO

Geovanna Lissa Bernardes Oliveira  
COREN 628585 - GO

Presidente da Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde

## 9. ANEXOS:

## 9.1 ANEXO 1

<b>Título: COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>			
<b>Responsável: Geovanna Lissa Bernardes Oliveira</b>			
<b>Data:</b> 18/10/2022	<b>Local:</b> Sala de Reunião ADM	<b>Horário:</b> 15:00MIN	às 16h15MIN
<b>Caráter da Reunião:</b> ( x ) Mensal ( ) Ordinária ( ) Extra			
<b>Pauta:</b>			
1. Sistema de investigação de IRAS, vigilância epidemiológica, Notificação Compulsória			
<b>Participantes:</b>			
<b>Nome</b>		<b>Assinatura</b>	
1. Francisco Baltazar Macruz Sampaio			
2. Geovanna Lissa Bernardes Oliveira			
3. Rosana Vieira Lima			
4. Talita Utim Toledo			
5. Fabiana Pereira do Nascimento			
6. Angelina Germano Coelho			
<b>Monitoramento da Reunião Anterior:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Item 1. Sistema de investigação de IRAS, vigilância epidemiológica.</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento da Reunião</b>			
<b>Assuntos Tratados</b>			<b>Status</b>
1	<p>Aos dezoito dias do mês de outubro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às quinze horas, na sala de reunião da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, sob a presidência da Sra. Geovanna Lissa Bernardes Oliveira e com a presença dos membros. A Presidente deu boas-vindas a todos agradecendo pela presença, dando continuidade à reunião mencionando que a sequência se dará da pauta da reunião anterior.</p> <p>Realização da busca ativa, sistema de investigação de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) no setor de Hemodiálise, visando monitorar os indicadores. No referente mês não houve confirmação de IRAS no setor.</p>		Finalizado

2	<p>O formulário (planilha), para controle de uso de antibiótico no setor de Hemodiálise, contendo as informações, de data de início de tratamento, paciente, motivo do tratamento e escolha de antibiótico, está sendo aplicada, <b>até o presente dia não foi realizado tratamento com vancomicina, paciente sem sinais de infecção.</b></p>	Finalizado
3	<p>A comissão atuando juntamente com o Núcleo de segurança do paciente, iniciou em maio, a análise do indicador do protocolo de higienização das mãos, através do formulário de observação, da higienização das mãos nos 5 momentos. Os mesmos serão realizados todos os meses para verificar a efetividade do protocolo. No referente mês de setembro após análise e observação, foi mensurado que 81% dos colaboradores e prestadores de serviço observado, estão realizando a higienização das mãos mediante as oportunidades. No mês de outubro a análise do indicador será realizada no final do mês.</p>	Permanente
4	<p>Em relação a análise de água no setor de hemodiálise, CME, Endoscopia/Colonoscopia, Laboratório e caixa de água geral, não houve não conformidade no referente mês. Portanto não houve necessidade de isolar nenhum ponto.</p> <p>No mês de outubro já foi realizado a coleta de água para análise, segue aguardando resultado.</p> <div data-bbox="247 1115 1145 1451" style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>	Permanente
6	<p>Realização de testagem de COVID-19, para os colaboradores sintomáticos, seguindo a conduta conforme protocolo de manejo de COVID-19 da unidade. Mediante a isso será realizado mensalmente o indicador da quantidade de teste realizado x a quantidade de teste positivo na unidade. No mês de SETEMBRO foram realizados 1 testes para covid, porém todos com resultado negativo. A mensuração será realizada no dia 31 de outubro.</p>	Andamento

7	<p>Realizado capacitação de notificação compulsória, higienização das mãos e fluxo de assistência em caso de acidente com material perfurocortante e material biológico, o treinamento foi realizado com a recepção, segue em andamento para abranger todos os colaboradores no mês de setembro.</p> 	Finalizado
8	<p>Monitoramento do cartão de vacinação dos colaboradores e prestadores de serviço, visando monitorar e seguir o calendário de imunização, conforme o PCMSO da unidade.</p>	Permanente
9	<p>Conforme o Programa de Controle de IRAS, segue em processo de realização as auditorias internas, com intuito de identificar os pontos fracos e riscos de IRAS, para posteriormente ser traçado o planejamento estratégico para melhoria.</p>	Permanente
9	<p><b>Síntese de Resultado do Mês</b></p> <p>Diante a participação da CCIRAS na Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia, foi observado que os cuidados estão sendo intensificados entre os colaboradores ofertando serviço de qualidade e segurança à população assistida no local. No referente mês não houve atendimento ao paciente de pequena cirurgia, devido a vacância do profissional.</p>	Permanente



### Plano de Ação da Reunião

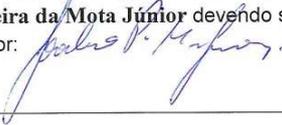
Nº da ação	O QUE?	POR QUE?	QUEM?	ONDE?	QUANTO?	COMO?	QUANDO?	
ORDEM	AÇÃO	MOTIVO DA AÇÃO	RESPONSÁVEL (S)	LOCAL	INVESTIMENTO	DESCRIÇÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DE TERMINO
1	Busca ativa de IRAS – HD	Realizar a busca ativa permanente de IRAs, nos pacientes de HD	Talita;	Unidade Policlínica de Goianésia	Não Se Aplica	Busca ativa através do prontuário e visita no setor, guiado pelo formulário de busca ativa de HD	01/11/2022	30/11/2022
2	Higienização das Mãos	Capacitar a equipe e garantir segurança ao paciente na assistência prestada	Enf. Talita	Em todos os Setores da unidade Policlínica de Goianésia	Não se Aplica	O Treinamento será realizado no auditório com uso de data show, no momento será demonstrado a pratica do procedimento.	17/11/2022	17/11/2022

Após ser abordado as ações que serão elaboradas e implementadas, sem mais a relatar a Presidente Geovanna encerra a reunião às 16 horas e 15 minutos.

Eu **Talita Utim Toledo** lavro essa ata, devendo ser assinada por todos os presentes.

Assinatura do relator:

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

   			
<b>ATA DE REUNIÃO</b>			
<b>Código:</b> FOR 002	<b>Setor:</b> DG	<b>Revisão:</b> 003	<b>Página:</b> 3/3
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação por CID;</li> <li>- Anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas e condutas;</li> <li>- Sinalização da alta com identificação do motivo.</li> </ul> <p>Da porcentagem de prontuários avaliados, cerca de 8,25 % estavam sem descrição de conduta. A menor relação histórica é 1,01%. Nos demais itens não houve inconformidades.”</p>			
<p>Nada mais havendo para relatar, foi encerrada a reunião, às 17:00 horas, tendo sido lavrada esta ata por mim, <b>Jovelino Pereira da Mota Júnior</b> devendo ser assinada pelos presentes.</p> <p>Assinatura do relator: </p>			

**POLICLÍNICA ESTADUAL**  
Da Região São Patrício - Goianésia



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



### ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Setor: DG

Revisão: 003

Página: 2/3



O “*check-list*” para a atual revisão compreendeu:

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

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

Indicadores:

Nº de Prontuários incompletos: **7, totalizando 2,18% de prontuários preenchido indevidamente.**

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

**Nos 7 casos não foi possível identificar a conduta.**

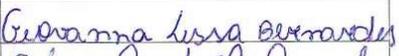
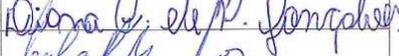
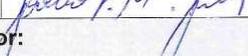
**Houve definição de treinamento presencial com os médicos adicionados ao corpo clínico.**

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:

   			
<b>ATA DE REUNIÃO</b>			
Código: FOR 002	Setor: DG	Revisão: 003	Página: 1/3
<b>Setor: COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO</b>			
<b>Responsável: Francisco Baltazar Macruz Sampaio</b>			
Data: 14/10/2022	Local: Sala de Reunião ADM	Horário: 15:30	às 17:00
Caráter da Reunião: ( X ) Ordinária ( ) Extra			
<b>Pauta: Apresentação da análise de prontuários médicos do mês de setembro/22.</b>			
<b>Participantes:</b>			
<b>Nome</b>		<b>Assinatura</b>	
1. Francisco Baltazar Macruz Sampaio			
2. Geovana Lissa Bernardes Oliveira			
3. Diana Cavalcante de Paula Gonçalves			
4. Jovelino Pereira da Mota Júnior			
<b>Monitoramento da reunião anterior:</b>			
Manter a razão entre prontuários indevidamente preenchidos abaixo da meta histórica (menor mensuração do período anterior).			
<b>Desenvolvimento da Reunião</b>			
<b>Item</b>	<b>Assuntos tratados</b>	<b>Status</b>	
1.	<p>Realizado o chamamento com a presença do Presidente e dos demais integrantes, não havendo sido computadas faltas.</p> <p>Através de relatório do sistema de Prontuários digitais – MV, (Atendimentos &gt; Ambulatório &gt; Relatórios &gt; Operacionais &gt; atendimentos por médicos)</p> <p>Os campos da confecção do relatório foram preenchidos da seguinte forma:</p> <p>Médicos: todos</p> <p>Convênio: SUS – AMBO</p> <p>Período: <b>01/09/2022 – 30/09/2022</b></p> <p>Tipo de atendimento: ambulatório</p> <p>Houve o levantamento de <b>3209</b> consultas registradas nesse período, a organização da listagem se dá por ordem alfabética.</p> <p>Houve o <b>sorteio aleatório de 321</b> prontuários através da ferramenta online:</p>	Finalizado.	

## 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 nº5, que estabelece os parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

### 1. INTRODUÇÃO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes se reúne ordinariamente na Segunda terça-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 prevenir 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.

#### 1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- ✓ **Leandro de Castro Ribeiro** – Assistente Administrativo – Presidente
- ✓ **Pedro Carrilho Arantes Rios** – Almoxarifado - Vice-Presidente
- ✓ **Washington Pereira de Souza** – Técnico de Enfermagem - Secretário
- ✓ **Jenifer Tais Cunha Ribeiro** – Recepcionista – Membro

### 2. 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.

### 3. 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

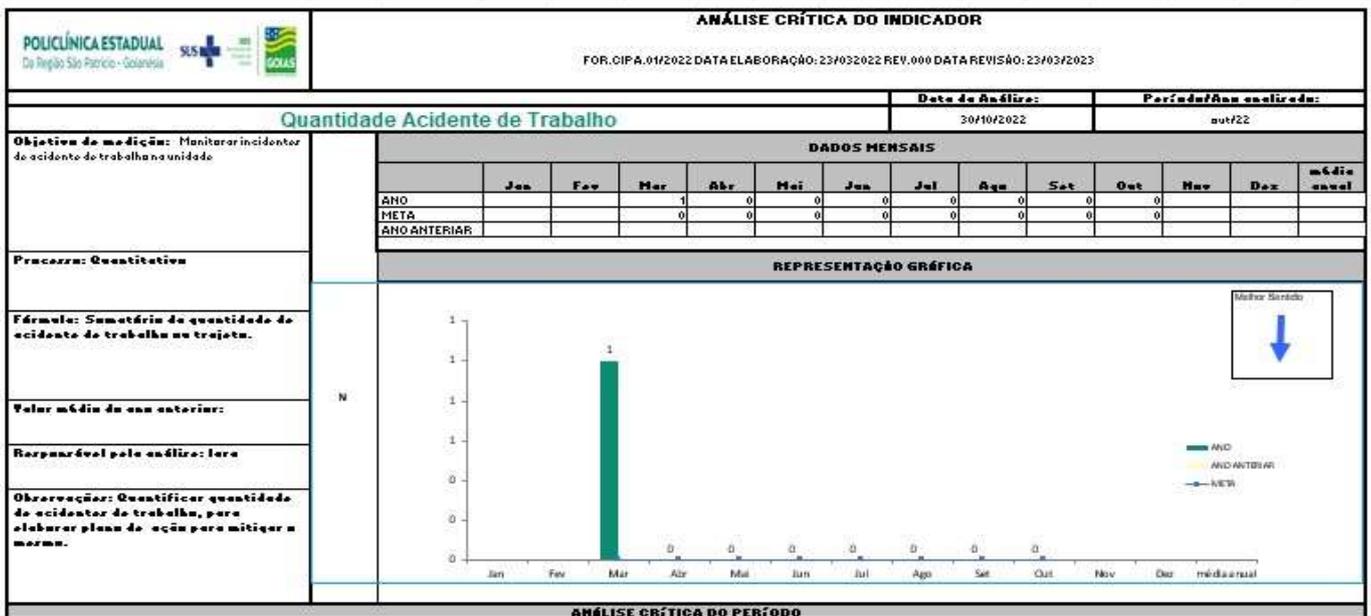
**Método de cálculo:** Somatório da quantidade de acidente de trabalho ou trajeto.

**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.



**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.

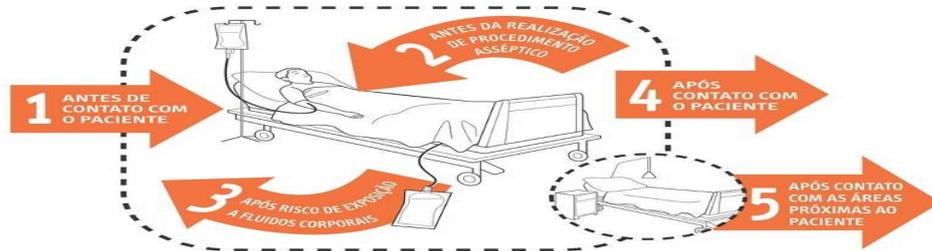
#### 4. AÇÕES REALIZADAS:

- Realizada reunião Ordinária no dia 21/10/2022.
- Averiguação e demarcação correta dos locais para instalações de luzes de emergência, para aprovação de projeto e confirmação da vistoria.
- Instalação de placas de sinalização de rota de fuga.
- Foi realizado na data 03/10/2022 unidade Policlínica de Goianésia treinamento para os colaboradores e prestadores de serviço em alusão ao Protocolo de Higienização das Mãos.

A Higienização das Mãos é fundamental para evitar infecção relacionada à assistência à saúde e garantir a segurança do paciente. Nossas mãos são consideradas vetor de IRAS. Desde o século XIX, a higienização das mãos já era considerada medida básica de prevenção de infecção. A Organização Mundial de Saúde através de estudos científico afirma que acerca de 40% (quarenta) das infecções relacionadas à assistência à saúde pode ser reduzida se o profissional realizar a higienização das mãos corretamente. A higienização das mãos faz parte de um dos princípios básicos do núcleo de segurança do paciente.

No momento foi abordado que existe três modos de higienização das mãos, sendo: Higienização simples a qual é realizada com água e sabão líquido seguindo todos os passos da técnica, Higienização Antisséptica, onde o que altera é o produto utilizado, podendo ser um sabonete líquido associado a um antisséptico ou o próprio antisséptico, como a clorexidina degermante, e a fricção antisséptica, utilizando a solução alcoólica. A higienização deve ser realizada nos **cinco momentos**, porém é importante que a higienização também seja realizada em outros momentos, como: antes e após ir ao banheiro, antes e após se alimentar, entre outros.

## Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



A escolha de qual higienização das mãos deverá ser realizada, dependerá da conduta que o profissional irá realizar ou se há presença de sujidades, por exemplo: quando as mãos estiverem com sujidade, deverá realizar a higienização com água e sabão, seguindo todos os passos da técnica. Quando não há presença de sujidade, poderá ser realizada a fricção com solução alcoólica, e se for realizar algum procedimento invasivo deverá ser realizada a higienização antisséptica.

Durante o treinamento foi realizado a prática da higienização das mãos, utilizando álcool 70%, com os colaboradores e posteriormente foi realizado a higienização seguindo a técnica correta, e durante a técnica foi explicado o passo a passo, e sua importância, pois a higienização das mãos corretamente pode salvar vidas.

### Registro:

## HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

### Higienização Simples das Mãos

1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.
2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (segur e quantidade recomendada pelo fabricante).
3. Encoste as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
4. Esfregue a palma da mão direita contra a dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.
5. Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.
6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.
7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.
8. Friccione os polegares digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em canchão (e vice-versa), fazendo movimento circular.
9. Esfregue a punha esquerda, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.
10. Enxágue as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Este contato direto das mãos embebidas com a torneira.
11. Seque as mãos com papel toalha descartável, tocando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Para a técnica de Higienização Antisséptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico.

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária Ministério da Saúde

- Foi realizado no dia 20 de outubro de 2022 treinamento com os profissionais atuantes da Policlínica Estadual da Região do São Patrício referente ao POP de atendimento a vítima de violência doméstica, no qual irá orientar os profissionais sobre os procedimentos e cuidados necessários durante o atendimento a vítima de violência doméstica com o propósito de ordem técnica e prática, a melhoria do cuidado e da atenção prestada às pessoas em situação de violência acolhidas nesta unidade. O treinamento foi realizado por minha pessoa, Nayara Lorrane da Silva Passos-Gestora do Cuidado/coordenadora multidisciplinar.

Conteúdo abordado:

- Sempre que tiver suspeita de violência doméstica encaminha a vítima para o serviço social; (profissionais atuantes da unidade)
- É importante não re-vitimizar o paciente, garantir que o ambiente seja agradável e sigiloso mantendo a ética profissional para que a vítima se sinta acolhida;
- Retirar dúvidas e orientar quanto ao boletim de ocorrência, serviços da rede de atendimento (saúde, justiça, assistência social);

Por fim houve o momento para retirada de dúvidas, não havendo dúvidas a serem retiradas foi dado por finalizado o treinamento.

- Foi realizado na data de 24 de outubro de 2022, na unidade Policlínica de Goianésia treinamento com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde da Unidade Regional São Patrício Goianésia, um treinamento de Prevenção de suicídio e automutilação. Para tal, foi explicado que identificar corretamente e de forma precoce, diagnosticando e tratando adequadamente os pacientes em sofrimento mental/transtorno psiquiátrico, podem ajudar a reduzir os riscos de suicídio e os índices de automutilação dos pacientes da Unidade.

No treinamento foi exposto as definições dos termos que envolvem o suicídio, a classificação e avaliação de risco de suicídio (Baixo, Médio e Alto) desse paciente, quais as atribuições de cada profissional na equipe Multidisciplinar no contexto desse atendimento, bem como o fluxo desse atendimento e quais os procedimentos necessários e adequados para que o paciente e ou responsável sejam atendidos de forma adequada, segura e eficaz.

- Foi realizado na data de 25 de outubro de 2022, na unidade Policlínica de Goianésia treinamento voltado a “Notificação de Eventos Adversos”, com o objetivo de captar os colaboradores para capacitação, visando qualificar os profissionais para a prestar uma assistência de qualidade, tendo conhecimento científico e prático da importância da notificação dos eventos adversos.

Durante o treinamento foi apresentado as várias formas de se notificar, o QR Code de notificações espalhado em pontos estratégicos para que possa ser acessado pelo celular, todos os computadores da Unidade têm o tem o Link de acesso para as notificações ou pode ser feito também pelo questionário impresso. A pessoa não precisa se identificar pode se manter no anonimato.

Foi apresentada também a ficha de notificação que será disponibilizada para preenchimento em casos de incidentes/eventos adversos, como a ficha deve ser preenchida e os dados importante da mesma. No momento foi ressaltado que a notificação não tem o intuito de punir ou de buscar o culpado da ocorrência, mas sim estudar e planejar ação para evitar que ocorra novamente. Essas notificações serão investigadas e serão adicionadas no site da ANVISA.

- Foi realizado na data de 28 de outubro de 2022, na unidade Policlínica de Goianésia treinamento com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde da Unidade Regional São Patrício Goianésia, foi ministrado o treinamento referente a tabela de uso seguro dos equipamentos disponibilizado nos setores, com um resumo do passo a passo de como utilizar o equipamento e falado do processo de tecnovigilância e a importância de relatar não conformidades.

**Tecnovigilância** é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

## 5. 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 outubro não foi notificado nenhum acidente de trabalho na unidade.

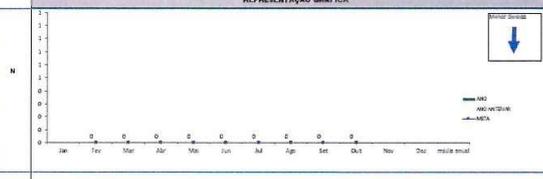
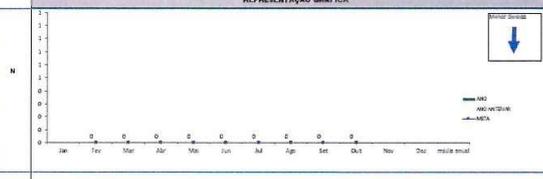
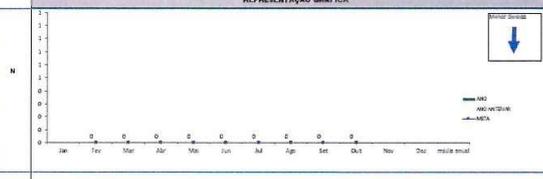
## 6. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

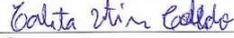
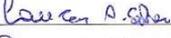
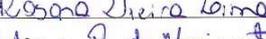
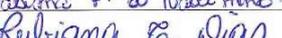
BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Segurança do Paciente: Higienização da Mãos. Disponível em: [https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf).

## 7. EMITIDO

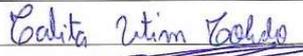
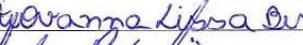
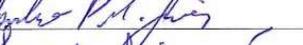
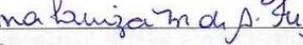
Leandro de Castro Ribeiro  
Presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

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

																																																																																																							
<b>ATA DE REUNIÃO</b>																																																																																																							
Código: FOR 002	Sector: DG																																																																																																						
Revisão: 003	Página: 2/2																																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR</th> </tr> <tr> <td colspan="2">FOR 0022 000022 DATA ELABORAÇÃO: 20/10/2022 REV 000 DATA REVISÃO: 20/10/2022</td> </tr> <tr> <td><b>Taxa de Acidentes Com Perfurocortantes</b></td> <td>Data da Análise: 30/10/2022</td> </tr> <tr> <td>Objetivo de medição: Obter a taxa de acidentes de perfurocortantes, para aplicação de plano de ação.</td> <td>Período/Ano analisado: 2022</td> </tr> <tr> <td>Processos/Funç. de Notificação de Acidentes Com Perfurocortantes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fórmula: Quantidade de quantidade de acidentes com perfurocortantes na Unidade.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Valor médio do ano anterior: 100,00%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Responsável pela análise: Membros CGRSS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Observações: Identificar a quantidade de acidentes com perfurocortantes ocorridos no mês, e elaborar plano de ação para mitigar os riscos de acidentes.</td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DADOS MENSUAIS</th> </tr> <tr> <th>ANO</th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>Médis anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p style="text-align: center;"><b>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</b></p>  <p style="text-align: center;">ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Observa-se que em agosto não houve nenhum acidente de perfurocortante na unidade. O referente ao mês de outubro o indicador será realizado no final do mês e exposto no relatório mensal da CGRSS.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="9">Plano de Ação da Reunião</th> </tr> <tr> <th>Nº da ação</th> <th>O QUE?</th> <th>POR QUE?</th> <th>QUEM?</th> <th>ONDE?</th> <th>QUANTO?</th> <th>COMO?</th> <th colspan="2">QUANDO?</th> </tr> <tr> <th>ORDEM</th> <th>AÇÃO</th> <th>MOTIVO DA AÇÃO</th> <th>RESPONSÁVEL(S)</th> <th>LOCAL</th> <th>INVESTIMENTO</th> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>DATA DE INÍCIO</th> <th>DATA DE TÉRMINO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Treinamento de Descarte de Resíduos e Higienização das Mãos.</td> <td>Capacitar a equipe. Visando conscientizar a equipe.</td> <td>Talita</td> <td>Na recepção e na Administração da unidade Policlínica de Goianésia</td> <td>EPI</td> <td>O Treinamento será realizado por setor, visando capacitar e conscientizar os colaboradores, através de palestra, e prática.</td> <td>01/11/2022</td> <td>30/11/2022</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nada mais havendo para relatar, foi encerrada a reunião, às 15:30 horas, tendo sido lavrada esta ata por mim, <b>Fabiana Pereira do Nascimento</b> devendo ser assinada pelos presentes.</p> <p>Assinatura do relator: <i>Fabiana P. do Nascimento</i></p>		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR		FOR 0022 000022 DATA ELABORAÇÃO: 20/10/2022 REV 000 DATA REVISÃO: 20/10/2022		<b>Taxa de Acidentes Com Perfurocortantes</b>	Data da Análise: 30/10/2022	Objetivo de medição: Obter a taxa de acidentes de perfurocortantes, para aplicação de plano de ação.	Período/Ano analisado: 2022	Processos/Funç. de Notificação de Acidentes Com Perfurocortantes		Fórmula: Quantidade de quantidade de acidentes com perfurocortantes na Unidade.		Valor médio do ano anterior: 100,00%		Responsável pela análise: Membros CGRSS		Observações: Identificar a quantidade de acidentes com perfurocortantes ocorridos no mês, e elaborar plano de ação para mitigar os riscos de acidentes.		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DADOS MENSUAIS</th> </tr> <tr> <th>ANO</th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>Médis anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		DADOS MENSUAIS		ANO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Médis anual	2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<p style="text-align: center;"><b>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</b></p>  <p style="text-align: center;">ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p>		Plano de Ação da Reunião									Nº da ação	O QUE?	POR QUE?	QUEM?	ONDE?	QUANTO?	COMO?	QUANDO?		ORDEM	AÇÃO	MOTIVO DA AÇÃO	RESPONSÁVEL(S)	LOCAL	INVESTIMENTO	DESCRIÇÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DE TÉRMINO	1	Treinamento de Descarte de Resíduos e Higienização das Mãos.	Capacitar a equipe. Visando conscientizar a equipe.	Talita	Na recepção e na Administração da unidade Policlínica de Goianésia	EPI	O Treinamento será realizado por setor, visando capacitar e conscientizar os colaboradores, através de palestra, e prática.	01/11/2022	30/11/2022
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																																																							
FOR 0022 000022 DATA ELABORAÇÃO: 20/10/2022 REV 000 DATA REVISÃO: 20/10/2022																																																																																																							
<b>Taxa de Acidentes Com Perfurocortantes</b>	Data da Análise: 30/10/2022																																																																																																						
Objetivo de medição: Obter a taxa de acidentes de perfurocortantes, para aplicação de plano de ação.	Período/Ano analisado: 2022																																																																																																						
Processos/Funç. de Notificação de Acidentes Com Perfurocortantes																																																																																																							
Fórmula: Quantidade de quantidade de acidentes com perfurocortantes na Unidade.																																																																																																							
Valor médio do ano anterior: 100,00%																																																																																																							
Responsável pela análise: Membros CGRSS																																																																																																							
Observações: Identificar a quantidade de acidentes com perfurocortantes ocorridos no mês, e elaborar plano de ação para mitigar os riscos de acidentes.																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DADOS MENSUAIS</th> </tr> <tr> <th>ANO</th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>Médis anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		DADOS MENSUAIS		ANO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Médis anual	2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																										
DADOS MENSUAIS																																																																																																							
ANO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Médis anual																																																																																										
2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																										
2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																										
<p style="text-align: center;"><b>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</b></p>  <p style="text-align: center;">ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p>																																																																																																							
Plano de Ação da Reunião																																																																																																							
Nº da ação	O QUE?	POR QUE?	QUEM?	ONDE?	QUANTO?	COMO?	QUANDO?																																																																																																
ORDEM	AÇÃO	MOTIVO DA AÇÃO	RESPONSÁVEL(S)	LOCAL	INVESTIMENTO	DESCRIÇÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DE TÉRMINO																																																																																															
1	Treinamento de Descarte de Resíduos e Higienização das Mãos.	Capacitar a equipe. Visando conscientizar a equipe.	Talita	Na recepção e na Administração da unidade Policlínica de Goianésia	EPI	O Treinamento será realizado por setor, visando capacitar e conscientizar os colaboradores, através de palestra, e prática.	01/11/2022	30/11/2022																																																																																															

			
ATA DE REUNIÃO			
Código: FOR 002	Setor: DG	Revisão: 003	Página: 1/2
<b>Setor: COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>			
<b>Responsável: Talita Utim Toledo</b>			
<b>Data: 25/10/2022</b>	<b>Local: Auditório</b>	<b>Horário: 15:00</b>	<b>às 15:30</b>
<b>Caráter da Reunião:</b> ( X ) Ordinária ( ) Extra			
<b>Pauta:</b> <b>TREINAMENTO REFERENTE AO MÊS DE NOVEMBRO</b>			
<b>Participantes:</b>			
<b>Nome</b>		<b>Assinatura</b>	
1.	Talita Utim Toledo		
2.	Lucas Andrade Silva		
3.	Rosana Vieira Lima		
4.	Fabiana Pereira do Nascimento		
5.	Rubiana Trucolo Dias		
<b>Monitoramento da reunião anterior:</b>			
<b>Desenvolvimento da Reunião</b>			
Item	Assuntos tratados	Status	
1.	Aos vinte e cinco dias do mês de outubro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se os membros da CGRSS, sob a presidência da Sra. Talita. A presidente iniciou a reunião dando boas vindas a todos, e na sequência relatou sobre o processo de melhoria com implantação dos recipientes para descarte de pilhas e baterias situados na sala do almoxarifado e sala de manutenção.	Finalizado	
2.	Verificamos que no final do mês de setembro/outubro até 13/10, tivemos uma produção de 155,400 Kg de resíduos do <b>grupo A</b> e 23,450kg de resíduos do <b>grupo E</b> , totalizando em 178,850 Kg.	Finalizado	
3.	Conforme pontuado em ata anterior foi implementado na unidade local para descarte de papel, visando reduzir os resíduos do grupo D. Entretanto até o projeto ser finalizado, será emitido uma nota explicativa, constando que os resíduos recicláveis que forem vendidos, a verba será destinada para realização de eventos na unidade.	Em andamento	
<b>Indicador:</b>			

## 2.2.5 – Núcleo de Qualidade (NQ)

				
ATA DE REUNIÃO				
Código: FOR 002		Setor: DG		Revisão: 003
Página: 1/2				
<b>Setor: NÚCLEO DE QUALIDADE</b>				
<b>Responsável: Talita Utim Toledo</b>				
Data: 25/10/2022	Local: Auditório	Horário: 15:30h	às	16:20h
Caráter da Reunião: ( X ) Ordinária ( ) Extra				
<b>Pauta: Treinamento Novembro 2022.</b>				
<b>Participantes:</b>				
<b>Nome</b>		<b>Assinatura</b>		
1.	Talita Utim Toledo			
2.	Francisco Baltazar Macruz Sampaio			
3.	Rosana Vieira Lima			
4.	Geovanna Lissa Bernardes Oliveira			
5.	Jovelino Pereira Mota Junior			
6.	Iara de Lima Vaz			
7.	Ana Luiza Moraes de Araújo Figueiredo			
<b>Monitoramento da reunião anterior:</b>				
<b>Busca ativa de documentos.</b>				
<b>Desenvolvimento da Reunião</b>				
Item	Assuntos tratados			Status
1.	Aos vinte e cinco dias do mês de outubro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às quinze horas e trinta minutos no auditório da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, sob a presidência da Sra. Talita Utim Toledo e com a presença dos membros. A Presidente deu boas-vindas a todos agradecendo a presença, conforme pontuado em ata anterior ainda persiste a falha no processo de cadastro do paciente no sistema MV, será ofertado treinamento referente ao fluxo de cadastro de usuários no MV.			<b>Em andament</b> o
2.	Conforme já definido em reunião essa ação será permanente, mediante a necessidade de realizar uma blitz em toda a unidade, em busca de documentos com não conformidades, visando realizar adequação de todos, conforme norma zero. Devem ser observados o título de cada documento, se o mesmo traz com clareza o que descreve o conteúdo do documento. <b>A blitz será realizada por todos os membros do núcleo.</b>			Permanente
3.	Mediante o que foi exposto em ata anterior, referente a atuação do núcleo de qualidade atuar juntamente o com núcleo de segurança do paciente na implementação dos Protocolos atendendo as 6 metas. Foram realizados treinamentos de reciclagem no referente mês (outubro), abordando o protocolo de identificação segura, Protocolo de			Permanente

**POLICLÍNICA ESTADUAL**  
Da Região São Patrício - Goianésia



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



### ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Setor: DG

Revisão: 003

Página: 2/2

Comunicação efetiva, Mapeamento dos Processos e Mapeamento dos Riscos de Processos e notificação de incidentes e eventos adversos.



4.

Em processo de estruturação da intranet, visando facilitar o acesso aos documentos, em tempo oportuno e de forma organizada. O processo está sendo desenvolvido pela equipe do ICEM.

Em andamento



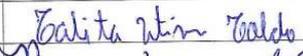
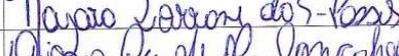
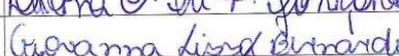
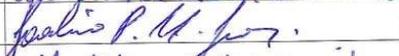
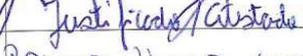
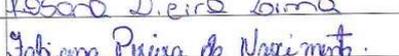
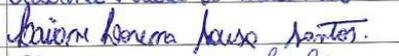
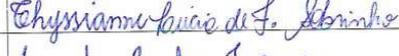
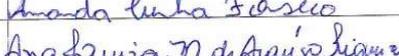
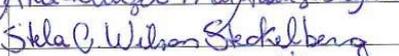
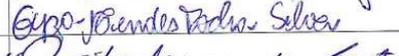
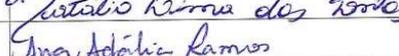
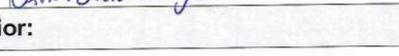
#### Plano de Ação da Reunião

Nº da ação	O QUE?	POR QUE?	QUEM?	ONDE?	QUANTO?	COMO?	QUANDO?	
ORDEM	AÇÃO	MOTIVO DA AÇÃO	RESPONSÁVEL(S)	LOCAL	INVESTIMENTO	DESCRIÇÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DE TÉRMINO
1	Ação de implementação de Padronização Documental.	Visando qualificar e capacitar os colaboradores.	Enf. Talita	Em todos os Setores da unidade Policlínica de Goianésia	Computador; Recursos Humanos	Realizar ações com todos os colaboradores, para capacitação e treinamento.	01/11/2022	30/11/2022

Nada mais havendo para relatar, foi encerrada a reunião, às 16:20 horas, tendo sido lavrada esta ata por mim, **Talita Utim Toledo** devendo ser assinada pelos presentes.

Assinatura do relator: *Talita Utim Toledo*

## 2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

			
<b>ATA DE REUNIÃO</b>			
Código: FOR 002	Setor: DG	Revisão: 003	Página: 1/3
<b>Setor: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>			
Responsável: Talita Utim Toledo			
Data: 19/10/2022	Local: Auditório	Horário: 15:30	às 16:30
Caráter da Reunião: ( X ) Ordinária ( ) Extra			
Pauta: Treinamento referente a notificações de incidentes e eventos adversos; Treinamentos de reciclagem identificação segura. Rondas e auditorias internas.			
<b>Participantes:</b>			
<b>Nome</b>		<b>Assinatura</b>	
1.	Talita Utim Toledo (Enf. SCIRAS)		
2.	Nayara Lorrane da Silva Passos (Enf. Coord. Linha do Cuidado)		
3.	Diana Cavalcanti de Paula Gonçalves (Médica)		
4.	Geovanna Lissa Bernardes Oliveira (RT de Enf)		
5.	Jovelino Pereira da Mota Junior (Enf. Endoscopia)		
6.	Lucas Andrade Silva (SESMT)		
7.	Rosana Vieira Lima (Farmacêutica)		
8.	Fabiana Pereira do Nascimento (RT. de enf HD)		
9.	Laiane Lorrane Sousa Santos (Enf. Especialidade Médica)		
10.	Thyssianne Lúcia de Freitas Sobrinho (Administrativo)		
11.	Amanda Cunha Fonseca (Enfermeira)		
12.	Ana Luiza Moraes de Araújo Figueiredo (Aux. Administrativo)		
13.	Stela Cristina W. Silva (Fisioterapeuta)		
14.	Gyza Mendes Rocha (Psicóloga)		
15.	Natalio Lima dos Santos (Nutricionista)		
16.	Ana Adália Ramos (Enfermeira HD)		
<b>Monitoramento da reunião anterior:</b>			
<b>Reciclagens; Notificação e Indicadores</b>			
<b>Desenvolvimento da Reunião</b>			
<b>Item</b>	<b>Assuntos tratados</b>	<b>Status</b>	

**POLICLÍNICA ESTADUAL**  
Da Região São Patrício - Goianésia



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



### ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Setor: DG

Revisão: 003

Página: 2/3

1.	<p>Aos dezenove dias do mês de outubro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se os membros do núcleo de segurança do paciente, juntamente com os convidados representando cada setor, sob a presidência da Sra. Talita. A presidente iniciou a reunião dando boas vindas a todos, e na sequência relatou que conforme a ciência e colaboração de todos os membros todos os protocolos foram implementados na unidade e para terceiros e será realizado permanente a reciclagem dos protocolos, com a finalidade de promover e intensificar a cultura da segurança do paciente.</p>	<p><b>Permanente</b></p>
2.	<p>Conforme descrito em ata, que após identificado a necessidade de monitorar e verificar a eficácia dos treinamentos e oficinas do plano de segurança do paciente, foi definido em reunião e aprovado por todos os membros a vistoria/monitoramento em todos os setores, por profissionais de setores diferentes, visando ter um olhar clínico e não deixar nada passar. Sempre com o objetivo de garantir segurança aos nossos usuários. Serão realizadas auditorias internas em todos os setores seguindo a ronda ostensiva, e após será realizado o planejamento estratégico para melhoria dos pontos fracos e pontos de melhoria.</p>	<p><b>Permanente</b></p>
3.	<p>Durante a reunião com a concordância de todos foram direcionados 1 protocolo para cada dupla, com o intuito de monitorar efetivamente cada protocolo/ indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Protocolo administração de medicamento - Rosana e Jovelino</li> <li>2- Protocolo identificação segura - Geovanna e Nayara</li> <li>3- Protocolo de higienização de mãos - Talita e Amanda</li> <li>4- Protocolo comunicação efetiva - Gyza e Natalio</li> <li>5- Protocolo de quedas - Stela e Diana</li> <li>6- Protocolo Lesão por pressão - Adalia e Fabiana</li> <li>7- Protocolo cirurgia segura - Layane e Francisco</li> </ul>	<p>Em Andamento / Permanente</p>
4.	<p>Conforme descrito em ata, será feito reciclagem de todos os protocolos, para melhor conscientização dos colaboradores. Neste mês será realizado referente a notificação de incidentes e eventos adversos e identificação segura.</p> <p>No mês de novembro o Protocolo de Prevenção de Quedas será priorizado devido ser o início da chuva, para evitar maiores danos aos pacientes e acompanhantes.</p>	<p><b>Permanente</b></p>

**POLICLÍNICA ESTADUAL**  
Da Região São Patrício - Goianésia



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



### ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002	Sector: DG	Revisão: 003	Página: 3/3
-----------------	------------	--------------	-------------

5.	Conforme pontuado em ata anterior será realizado treinamento referente ao Protocolo e POP de Prevenção e Identificação de risco de suicídio, automutilação e violência doméstica. Visando identificar precocemente e realizar conduta adequada, seguindo as diretrizes e protocolos.	Em Andamento
6.	Para mensuração dos protocolos já implementados na unidade, será realizado mensalmente, levantamento e monitoramento dos dados, através da notificação de incidentes e eventos adversos. Se houver um aumento significativos dos números, o protocolo deverá ser reavaliado.	Permanente



### Plano de Ação da Reunião

Nº da ação	O QUE?	POR QUE?	QUEM?	ONDE?	QUANTO?	COMO?	QUANDO?	
ORDEM	AÇÃO	MOTIVO DA AÇÃO	RESPONSÁVEL (S)	LOCAL	INVESTIMENTO	DESCRIÇÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DE TERMINO
1	Treinamento Protocolo de Prevenção de Queda	Capacitar a equipe e efetivar o protocolo na unidade, para segurança do paciente	Fabiana Pereira, Talita, Stela	Em todos os Setores da unidade Policlínica de Goianésia	Não se Aplica	O Treinamento será realizado por setor, visando capacitar e conscientizar os colaboradores, através de palestra, e prática.	08/11/2022	11/11/2022
3	Capacitação do Protocolo de Higienização das mãos.	Reforçar os treinamentos à equipe quanto ao protocolo na unidade, para segurança do paciente	Talita	Em todos os Setores da unidade Policlínica de Goianésia	Não se aplica	O Treinamento será realizado no auditório para capacitação e conscientização dos colaboradores, através de palestra, e prática.	16/11/2022	18/11/2022

Nada mais havendo para relatar, foi encerrada a reunião, às 16:30 horas, tendo sido lavrada esta ata por mim, **Talita Utim Toledo** devendo ser assinada pelos presentes.

Assinatura do relator: *Talita Utim Toledo*

#### 4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção

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

UNIDADE MÓVEL – POLICLÍNICA GOIANÉSIA			
DATA DA REALIZAÇÃO DE EXAME	TIPO DO EXAME MAMOGRAFIA	TIPO DO EXAME PAPANICOLAU	TOTAL DE EXAMES
Segunda-Feira, 03 de outubro de 2022	30	23	53
Terça-Feira, 04 de outubro de 2022	27	27	54
Quarta-Feira, 05 de outubro de 2022	23	24	47
Quinta-Feira, 06 de outubro de 2022	25	29	54
Sexta -Feira, 07 de outubro de 2022	21	24	45
Segunda-Feira, 10 de outubro de 2022	29	27	56
Terça-Feira, 11 de outubro de 2022	40	32	72
Quarta –Feira, 12 de outubro de 2022	Feriado	Feriado	Feriado
Quinta-Feira, 13 de outubro de 2022	38	34	72
Sexta -Feira, 14 de outubro de 2022	32	37	69
Segunda-Feira, 17 de outubro de 2022	0	0	0
Terça-Feira, 18 de outubro de 2022	35	25	60
Quarta-Feira, 19 de outubro de 2022	37	26	63
Quinta-Feira, 20 de outubro de 2022	36	27	63
Sexta -Feira, 21 de outubro de 2022	36	27	63
Segunda-Feira, 24 de outubro de 2022	34	23	57
Terça-Feira ,25 de outubro de 2022	35	30	65
Quarta-Feira, 26 de outubro de 2022	34	33	67
Quinta-Feira, 27 de outubro de 2022	34	24	58
Sexta-Feira, 28 de outubro de 2022	33	17	50
<b>TOTAL DO MÊS DE OUTUBRO</b>	<b>579</b>	<b>489</b>	<b>1067</b>

## 5 – Relatório de Recursos Humanos

### 5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

CONTROLE DE ATESTADOS OUTUBRO - 2022						
CPF	VINCULO	PROFISSIONAIS QUE ESTÃO AFASTADOS POR SUSPEITA DE COVID-19	DATA	TOTAL DE DIAS	PREVISÃO DE RETORNO	RETORNO EFETIVO
TOTAL DE COLABORADORES 1						
CPF	VÍNCULO	PROFISSIONAIS CONFIRMADOS COM COVID-19	DATA	TOTAL	PREVISÃO DE RETORNO	RETORNO EFETIVO
TOTAL DE COLABORADORES 0						
CPF	VÍNCULO	ATESTADOS POR OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS	DATA	DIAS	PREVISÃO DE RETORNO	RETORNO EFETIVO
3864080177	CLT	ELISA KELLYTA LIMA SILVA	01/10/2022	30		
3735522114	CLT	NÚRIA FRANCIELLE RODRIGUES SOUSA	16/10/2022	30		
5052185189	CLT	ISADORA MATEUS MORAIS	17/10/2022	2	19/10/2022	19/10/2022
6207538110	CLT	STEPHANIE MARTINS S. MICLOS	13/10/2022	5	18/10/2022	18/10/2022
040.267.711-05	CLT	LAIANE LORENA SOUSA SANTOS	17/10/2022	1	18/10/2022	18/10/2022
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	13/10/2022	1	14/10/2022	14/10/2022
6207538110	CLT	STEPHANIE MARTINS S. MICLOS	10/10/2022	1	11/10/2022	11/10/2022
1154064174	CLT	PEDRO CARRILHO ARANTES RIOS	03/10/2022	2	05/10/2022	05/10/2022
4441247133	CLT	MONICA ALVES DINIZ	18/10/2022	MAT	18/10/2022	18/10/2022
6297774110	CLT	FABRICIO GABRIEL SILVA PEIXOTO	03/10/2022	1	04/10/2022	04/10/2022
035.833.261-30	CLT	AMANDA CUNHA FONSECA	20/10/2022	2	22/10/2022	22/10/2022
1561896152	CLT	LUCAS ANDRADE SILVA	18/10/2022	2	20/10/2022	20/10/2022
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	21/10/2022	1	24/10/2022	24/10/2022
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	24/10/2022	2	26/10/2022	26/10/2022
5911118106	CLT	LARA GABRIELA REIS SILVA	05/10/2022	1	06/10/2022	06/10/2022
6363714176	CLT	ANA FLAVIA SANTOS GUEDES	20/10/2022	1	21/10/2022	21/10/2022
4441247133	CLT	MONICA ALVES DINIZ	10/10/2022	MAT	10/10/2022	10/10/2022
96093943100	CLT	ANA LUIZA MORAIS DE ARAUJO	04/10/2022	MAT	04/10/2022	04/10/2022
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	10/10/2022	MAT	10/10/2022	10/10/2022
6363714176	CLT	ANA FLAVIA SANTOS GUEDES	31/10/2022	2	11/10/2022	11/10/2022
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	31/10/2022	2	12/10/2022	12/10/2022
TOTAL DE COLABORADORES 21						

Ativo/ Trabalhando a jornada de trabalho - CLT				
	220:00:00	36:00:00	30:00:00	Total
Qtde.	67	1	9	77
Horas Mês	14.740,00	36,00	270,00	15.046,00
Quantidade - CLT E RPA	67			
Admissão Mês	0			
Demissão Mês	3			
Pedido de demissão	0			
Total de Colaboradores	67			
Nº horas/colaborador ausente (faltas, atrasos, licenças)	Informações das faltas, atrasos e Atestados - CLT			
Qtde.	220 (Comercial)	180	150	Total
horas dia	08:48	07:30	06:00	
Atestados	7	0	0	7
Falta	0	0	0	0
Covid - Suspeita	0	0	0	0
Covid - Confirmado	0	0	0	0
Declaração de Horas	00:00	00:00	00:00	00:00
Horas Mês	61:36	0:00	0:00	61,60

Nº horas/colaborador ausente (faltas, atrasos, licenças) (CLT)				
Qtde.	Informações das faltas, atrasos e Atestados - CLT			
	220 (Comercial)	180	150	Total
horas dia	08:48	07:30	06:00	
Atestados	86	0	15	101
Falta	0	0	0	0
Covid - Suspeita	0	0	0	0
Covid - Confirmado	0	0	0	0
Declaração de Horas	6:33:00	00:00	02:19	8:52:00
Horas Mês	763:21	0:00	92:19:00	855,67

## 5.2 EPI

### CONTROLE DE ENTREGA DE EPIS

- 1950 - Máscaras Cirúrgicas
- 85 - Máscaras N95
- 204 - Toucas
- 05 - Óculos de proteção
- 156 - Aventais e Capotes
- 01 - Avental de vinil
- 03 - Luva de látex
- 02 - Respirador 1/4 facial

## 6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

No dia 03/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico, paciente recebe orientações repassadas pela assistente social Luciana. Realizado todos os check list do setor. Participamos às 15:30 da palestra ministrada pela Enf. Amanda na semana SIPAT com o tema Assédio no âmbito do trabalho. Realizado a colocação das etiquetas no lanche do paciente, seguindo a norma de segurança do paciente.

No dia 04/10 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Seguimos realizando a continuação da confecção dos documentos solicitados pela ONA.

No dia 05/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente recebe a assistência da nutricionista Fernanda e é receptivo com as orientações repassadas e assistência psicóloga Gyza.

No dia 06/10 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Seguimos realizando a continuação da confecção dos documentos solicitados pela ONA. Participamos às 15:30 do treinamento com Enf. Shelder sobre o tema Identificar Segura do Paciente. Participamos às 16:20 de treinamento ministrado pelo engenheiro da Orbis Hugo, sobre Abertura de serviço utilizando o aplicativo Neo vero. Às 16:43 participamos de treinamento ministrado pelo técnico segurança do trabalho do Instituto CEM Cleidimar com o tema Riscos e Catástrofes Naturais.

No dia 07/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente recebeu assistência fisioterapeuta Rosely e foi colaborativo com as atividades ofertadas (anexo 1). Recebemos na unidade a visita do auditor Luiz IBES, para realização da acreditação da ONA. Participamos às 15 horas da reunião final de fechamento da acreditação Ona.

No dia 10/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico, paciente recebe orientações repassadas pela

assistente social Luciana (anexo 1). Realizado todos os check list do setor. Realizamos a continuação dos novos documentos solicitados pela equipe da ONA.

No dia 11/10 realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito, pela enfermeira Adália, devido ausência por minha parte. Paciente encaminhado ao HCN por familiares para internação para confecção FAV.

No dia 13/10 realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO da água, monitoramento temperatura e umidade caixa d'água, depósito solução, emergência, sala branca e sala osmose e acompanhamento da coleta de água mensal pelo técnico da Conágua ambiental Willian, serviço realizado no dia pela enfermeira Adália (anexo 1). Participamos da reunião com a SES das 13 às 15:15 sobre ajustes Hospital retaguarda, perfil paciente para encaminhamento Urgência e emergência e medicamentos Juarez Barbosa.

No dia 14/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico, após paciente receber alta do hospital HCN, pois o mesmo estava internado desde o dia 11.10.22 para confecção de FAV, que foi realizada dia 12.10.22 e realizou diálise dia 13.10.22, recebendo alta no dia 13.10.22 aproximadamente as 15:30. Realizado curativo em MSE em incisão cirúrgica FAV. Paciente recebeu assistência fisioterapeuta Rosely, porém o mesmo não quis participar das atividades ofertadas. Paciente recebe assistência psicológica da Gyza e foi colaborativo com as perguntas feitas pela mesma. Às 12:30 chegou na unidade técnico da Fresenius para instalação das 2(duas) máquinas, pois devido fim da garantia foi preciso realizar a instalação para confirmar alguma falha nas máquinas. Realizamos às 15 horas uma breve reunião com a Enf. Talita a respeito das solicitações feitas pela ONA e qual o portal que deveríamos acompanhar as solicitações da ONA. Realizamos CI de comunicação referente ao Marcelo da Engeltech que não compareceu a unidade para realização da manutenção mensal das osmose reversa portátil antes da coleta de água pela empresa Conágua Ambiental. Às 16:30 realizamos a troca de todos os ácidos peracéticos das máquinas Fresenius.

No dia 17/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico, paciente recebe orientações referentes à grande quantidade de peso interdialítico e cuidados necessários com FAV. Às 08:15 participamos da reunião com o Coor. Operacional Paula sobre solicitações feitas pela ONA e mudanças referentes a entrada no almoxarifado devido confusão relacionada ao termômetro do Pedro. Participamos às

15:25 da reunião da Comissão de Ética. Realizamos o início da confecção da aula a ser ministrada aos usuários no dia mundial do AVC.

No dia 18/10 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Foi realizada a manutenção preventiva mensal das osmose reversa portáteis, pelo técnico da Engeltech Stenio, realizamos a conferência da manutenção durante todo o processo. Participamos das 15:15 até 17:05 de duas reuniões, a primeira da comissão CCIRAS para abordarmos a pauta mensal, treinamentos e solicitações feitas pela equipe ONA, logo em seguida participamos 2º reunião com todos os enfermeiros da unidade para abordagem das documentações da ONA que devemos confeccionar, pois a equipe retornará à unidade dia 31.10.22.

No dia 19/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente recebeu a assistência da nutricionista Fernanda, assistente social Luciana e psicóloga Gyza e participou dos atendimentos de forma áspera. Seguimos realizando a confecção e ajustes de documentos solicitados pela ONA. Participamos das reuniões da Comissão NSP e da enfermagem para alinharmos sobre visita ONA.

No dia 20/10 foram realizados todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO da água, monitoramento temperatura e umidade caixa d'água, depósito solução, emergência, sala branca e sala. Participamos às 10 horas da palestra em alusão ao Câncer de mama, apresentado pela Enf. Amanda. Seguimos realizando a revisão de todos os Pops e Protocolos com a equipe do setor de hemodiálise. Participamos da reunião com Melina das 15:20 até 17:00 horas, para alinharmos os Protocolos Clínicos de todas as unidades. Estamos realizando a confecção de Protocolos juntamente com o Dr. Thiago.

No dia 21/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico, realizado todos os check list do setor. Paciente recebe assistência fisioterapeuta Rosely sendo colaborativo com atividades ofertadas. Estamos realizando a confecção dos protocolos clínicos, juntamente com o Dr. Thiago. Participamos treinamentos Pop de Intercorrência Ambulatorial ministrado pela Enfº Laiane e Pop Parada Cardiorrespiratória ministrado pelo Enfº Jovelino, Pop Violência Doméstica ministrado pela Enf. Nayara e fluxo da farmácia apresentado pela farmacêutica Rosana das 15:30 até 16:50.

## PROCOLOS CLÍNICOS EM ELABORAÇÃO:

- Anemia;
- Prescrição de Hemodiálise;
- Distúrbio Mineral Ósseo- Hiperparatiroidismo e
- Edema Agudo de Pulmão

No dia 24/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Realizamos a revisão dos Pops com a equipe do setor de hemodiálise. Estamos realizando a confecção de Protocolos Clínicos solicitados pela ONA. Participamos da reunião com todos os colaboradores ministrado pela Enf. Talita e Nayara, psicóloga Gyza e Rt da unidade Geovanna, farmacêutica Rosana, Michelle e assistente de farmácia Débora e Selma repassando documentos solicitados pela ONA e orientações sobre a visita.

No dia 25/10 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Paciente S.E.S encaminhado ao HCN para retorno com vascular para avaliação FAV. Participamos às 9:00 horas reunião com os Brigadistas, para agendamento de simulação de evacuação da unidade com colaboradores e usuários a ser realizado às 15:50. Participamos às 10 horas da reunião com a Coordenadora operacional Paula. Participamos da reunião mensal da Comissão de PGRSS. Às 16 horas realizamos a simulação de evacuação da unidade, com a participação de todos os colaboradores. Estamos realizando a confecção **dos Protocolos Clínicos Edema Agudo de Pulmão, Prevenção Broncoaspiração e Hiperfosfatemia.**

No dia 26/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente recebe a assistência da nutricionista Fernanda e é colaborativo com assistência ofertada. Estamos realizando a construção dos Protocolos Clínicos solicitados pela ONA. Participamos às 13:45 reunião para abordamos as solicitações feitas pela ONA e averiguar o andamento dos documentos. As 14 hrs realizamos treinamento com a Técnica de enfermagem do setor de hemodiálise para revisão de pontos a serem ajustados dentre eles: Intercorrência Inter dialíticas, troca de circuito extracorpóreo, transferência de pacientes para sala de emergência e revisão de alguns Pops. Às 15:30 participamos da reunião mensal da Comissão de Óbito para abordarmos a pauta mensal. Participamos às 16 horas do treinamento Mapeamento de Risco e Mapeamento de Processo. Estamos realizando a confecção

## **dos Protocolos Clínicos Edema Agudo de Pulmão, Prevenção Broncoaspiração e Hiperfosfatemia.**

No dia 27/10 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO da água, monitoramento temperatura e umidade caixa d'água, depósito solução, emergência, sala branca e sala. Seguimos repassando toda a documentação solicitada pela ONA. Participamos das 11 às 14 horas da reunião com Claudinéia para abordar as documentações solicitadas pela ONA. Realizamos a conferência das documentações solicitadas pela ONA durante o período vespertino pós reunião, logo após tivemos uma conversa com a Deise para abordagem das solicitações feitas pela ONA.

No dia 28/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico, realizado todos os check list do setor. Paciente passou por consulta da Avaliação Global mensal, sendo colaborativo com profissionais que vieram prestar assistência, logo em seguida paciente recebeu assistência fisioterapeuta Rosely sendo colaborativo com atividades ofertadas. Participamos do treinamento com Hugo e Welder da Orbis para repassarmos o fluxo da empresa responsável pela manutenção dos equipamentos. Participamos às 15: 30 das palestras ministrada pelo Pedro sobre Práticas de Armazenamento de Insumos Hospitalares e Laboratoriais. Realizamos palestra em alusão à Prevenção ao AVC.

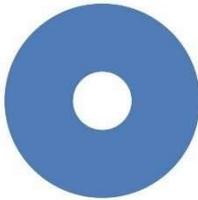
No dia 31/10 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S desacompanhado, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 para dar início a diálise, com a realização de curativo em CDL de longa permanência permcath/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Às 10 horas recebemos na unidade E. S. B acompanhado do filho em transporte ambulância do município de Uruana, paciente confuso, agitado, pouco contactante, porém responde a chamados. Realizado todos os check list do setor. Realizamos a apresentação da documentação solicitada pela ONA no período vespertino das 15:30 às 16:40.

**ENCERRAMOS O MÊS DE OUTUBRO COM OS SEGUINTE DADOS:**

- ❖ 02(dois) pacientes em hemodiálise;
- ❖ Realizado 12 sessões de hemodiálise com paciente e 1 (uma) sessão novaadmissão;
- ❖ 16 atendimentos da equipe multiprofissional, sendo:
- ❖ 04(quatro) Psicóloga,
- ❖ 04(cinco) Fisioterapia,
- ❖ 05(cinco) Assistência Social,
- ❖ 03(três) Nutrição;
- ❖ 01(um) paciente em uso de medicação do programa Juarez Barboza;
- ❖ Realizada 0(zero) troca de CDL;
- ❖ Realizado 0(zero) hemotransfusão;
- ❖ 0(Zero) óbito de paciente do programa;
- ❖ 01(um) paciente fez uso de antibioticoterapia;
- ❖ 01(um) paciente com Cateter Duplo Lúmen longa permanência permcath;
- ❖ 1(um) paciente com CDL/ Femural de curta permanência;
- ❖ 1(um) paciente com FAV em processo de maturação.

## PESQUISA DE SATISFAÇÃO:

1. Como você avalia o atendimento do médico?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

Bom	0%	0
<b>Ótimo</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
Ruim	0%	0
Regular	0%	0

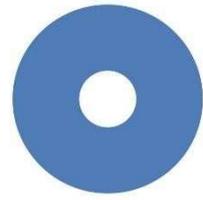
2. Como você avalia o atendimento da enfermagem?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

<b>Ótimo</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
Bom	0%	0
Regular	0%	0
Ruim	0%	0

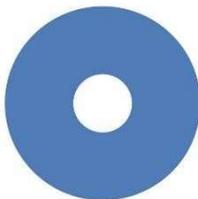
3. Como você avalia o atendimento da nutricionista?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

Ótimo	0%	0
<b>Bom</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
Regular	0%	0
Ruim	0%	0

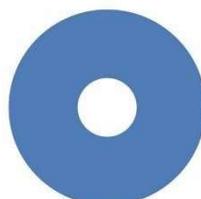
4. Como você avalia o atendimento da fisioterapia?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

Ótimo	0%	0
<b>Bom</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
Regular	0%	0
Ruim	0%	0

5. Como você avalia o atendimento da psicologia?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

Ótimo	0%	0
<b>Bom</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
Regular	0%	0
Ruim	0%	0

6. Você se sente confortável durante a sessão de hemodiálise?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

<b>Sim</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
As vezes	0%	0
Não	0%	0

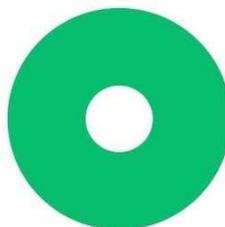
7. Você está satisfeito com o atendimento prestado na clínica de hemodiálise-Goianésia?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

<b>Sim</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
Às vezes	0%	0
Não	0%	0

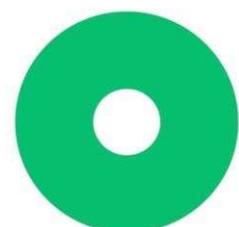
8. Você está satisfeito com o lanche servido?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

<b>Sim</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
As vezes	0%	0
Não	0%	0

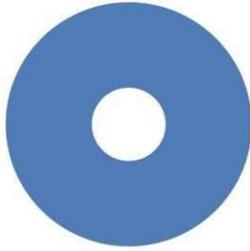
9. O transporte está sendo satisfatório?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

<b>Sim</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
As vezes	0%	0
Não	0%	0

10. Como você avalia o atendimento da assistência social?



Ignoradas: 0 Respondidas: 1

Ótimo	0%	0
<b>Bom</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>
Regular	0%	0
Regular	0%	0

Fabiana Pereira do Nascimento  
Enfermeira  
631893 - ENF.

Fabiana Pereira do Nascimento

En:631.893 Nefrologista

## 7 – Produção Médica e Não Médica

### 7.1 – Produção de especialidades não médicas

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

Consulta Não Médica Especialidade	Outubro	
	Primeira Consulta	Sessão
Enfermeiro	0	24
Fisioterapeuta	1	390
Fonoaudiólogo	0	0
Nutricionista	1	170
Psicólogo	0	113
Odontologia	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>697</b>

Consulta Não Médica Especialidade	Outubro	
	Primeira Consulta	Sessão
Assistente Social	3	19

### 7.2 – Produção de especialidades médicas

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

# Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia



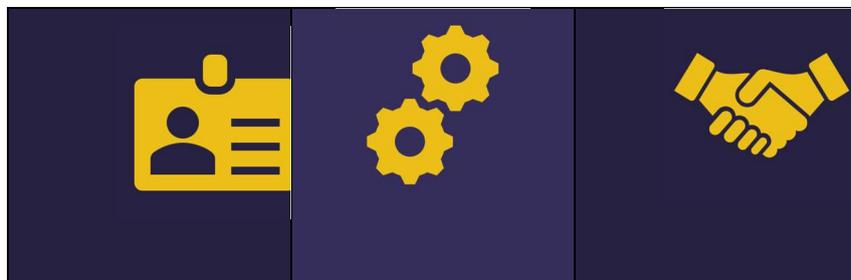
SES  
Secretaria de Estado  
de Saúde



## Policlínica Estadual da Região São Patrício – Unidade Goianésia INSTITUTO CEM

### Produção das Consultas Médicas e Não Médicas - 2022

Consulta Médica Especialidade	Outubro		
	Primeira Consulta	Interconsulta	Consultas Subsequentes
Cardiologia	143	24	63
Dermatologia	199	33	101
Endocrinologia	140	45	144
Gastroenterologia	95	46	106
Nefrologia	17	16	43
Neurologia	154	36	168
Pediatria	26	1	21
Obstetrícia/Ginecologia	71	39	66
Oftalmologia	175	84	48
Ortopedia/Traumatologia	336	35	243
Otorrinolaringologia	0	0	0
Pneumonia	54	9	22
Reumatologia	87	25	71
Hematologia	0	0	0
Mastologia	58	23	38
Urologia	53	6	25
Médico da Família	14	15	43
Anestesiologia	0	60	0
<b>Total</b>	<b>1.622</b>	<b>497</b>	<b>1.202</b>



---

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

**POLICLÍNICA ESTADUAL**  
Da Região São Patrício - Goianésia



**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde

