



RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020
COMPETÊNCIA: NOVEMBRO/2022

Sumário

1 – Apresentação	3
2 – Ações Voltadas Para Qualidade	4
2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação	4
2.2 – Relatório das Comissões	15
2.2.1 - Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde	15
2.2.2 - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos (CARPM)	26
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)	31
2.2.5 – Núcleo de Qualidade (NQ)	Erro! Indicador não definido.
2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	35
4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção	43
4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados	43
5 – Relatório de Recursos Humanos	44
5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos	44
5.2 EPI	45
6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise	46
7 – Produção Médica e Não Médica	51
7.1 – Produção de especialidades não médicas	51
7.2 – Produção de especialidades médicas	51

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 30 novembro 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

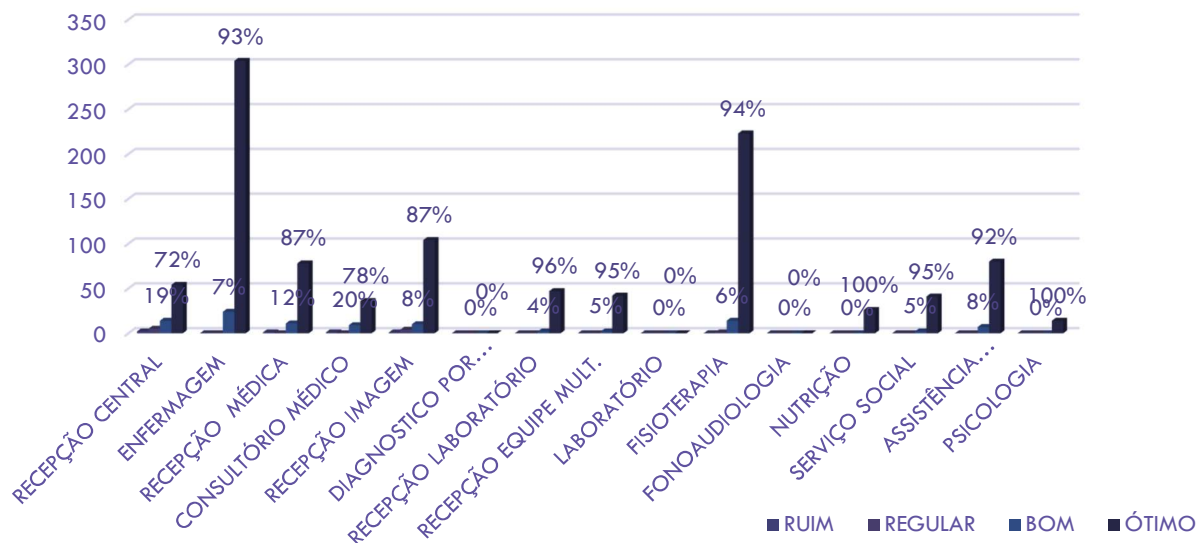
1. INDICADORES QUALITATIVOS

1.1 Pesquisa de Satisfação Policlínica

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

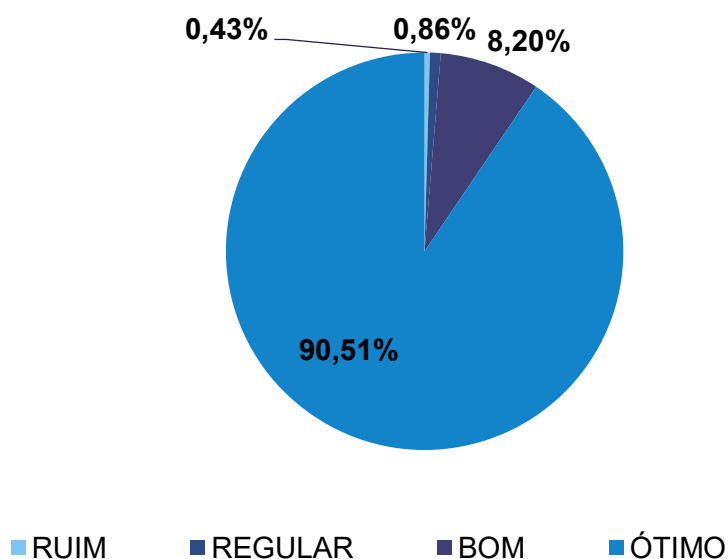
DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
RECEPÇÃO CENTRAL	2	5	14	54	75	6,47%	72%	19%	7%	3%
ENFERMAGEM	0	0	24	304	328	28,30%	93%	7%	0%	0%
RECEPÇÃO MÉDICA	1	0	11	78	90	7,77%	87%	12%	0%	1%
CONSULTÓRIO MÉDICO	1	0	9	36	46	3,97%	78%	20%	0%	2%
RECEPÇÃO IMAGEM	1	4	10	104	119	10,27%	87%	8%	3%	1%
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	0	0	0	0	0	0,00%	0%	0%	0%	0%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	0	0	2	47	49	4,23%	96%	4%	0%	0%
RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	0	0	2	42	44	3,80%	95%	5%	0%	0%
LABORATÓRIO	0	0	0	0	0	0,00%	0%	0%	0%	0%
FISIOTERAPIA	0	1	14	223	238	20,53%	94%	6%	0%	0%
FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0,00%	0%	0%	0%	0%
NUTRIÇÃO	0	0	0	26	26	2,24%	100%	0%	0%	0%
SERVIÇO SOCIAL	0	0	2	41	43	3,71%	95%	5%	0%	0%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	0	0	7	80	87	7,51%	92%	8%	0%	0%
PSICOLOGIA	0	0	0	14	14	1,21%	100%	0%	0%	0%
TOTAL GERAL	5	10	95	1049	1159	100,00%				
Índice Geral de Satisfação	0,43%	0,86%	8,20%	90,51%	100,00%					

Gráfico 01



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

Gráfico 02



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

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

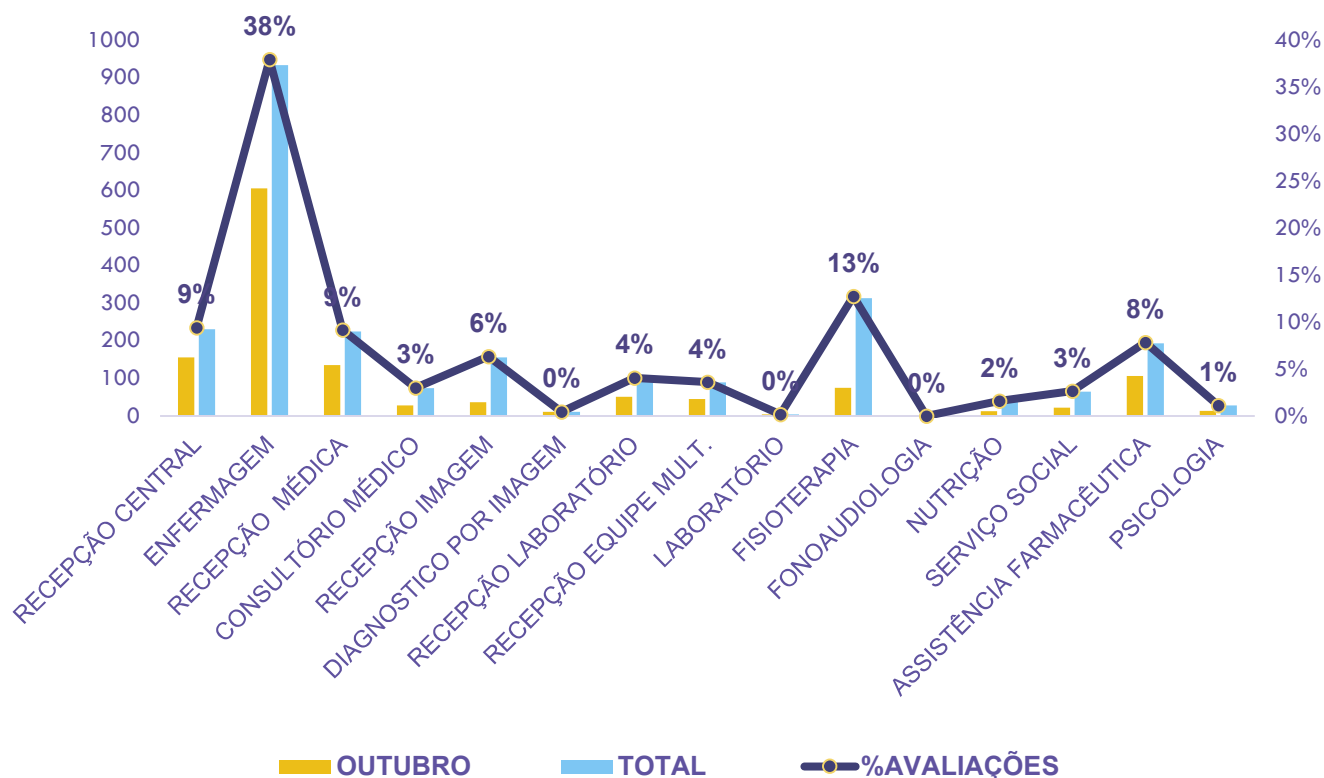
A Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia tem atendido as expectativas dos nossos pacientes, sabemos que temos pontos a ser melhorado, principalmente em relação a marcação de retornos das consultas. Reclamações no sentido de falta de vagas e dificuldades para fazer esta marcação por meio dos números de telefones disponíveis. A gestão tem trabalhado para melhoria deste quesito. 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 atendedoras tem trabalhado para a melhoria e satisfação dos usuários fazendo o agendamento com precisão.

3.1.1 Comparativo das avaliações entre os meses outubro/novembro

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO VALE SÃO PATRICIO				
DEPARTAMENTOS	OUTUBRO	NOVEMBRO	TOTAL	%AVALIAÇÕES
RECEPÇÃO CENTRAL	156	75	231	9%
ENFERMAGEM	605	328	933	38%
RECEPÇÃO MÉDICA	135	90	225	9%
CONSULTÓRIO MÉDICO	28	46	74	3%
RECEPÇÃO IMAGEM	37	119	156	6%
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	11	0	11	0%
RECEPÇÃO LABORATÓRIO	51	49	100	4%
RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	45	44	89	4%
LABORATÓRIO	4	0	4	0%
FISIOTERAPIA	75	238	313	13%
FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	0%
NUTRIÇÃO	13	26	39	2%
SERVIÇO SOCIAL	22	43	65	3%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	106	87	193	8%
PSICOLOGIA	14	14	28	1%
TOTAL GERAL	1302	1159	2461	100,00%

Nesta planilha está descrito o quantitativo de pesquisas realizadas em cada setor, nos meses de outubro e novembro, 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 para alguns setores, enquanto outros recaíram. Em relação aos quesitos ruim, regular, bom e ótimo. Assim podendo observar a queda de insatisfação no quesito ruim e o aumento 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.

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO VALE SÃO PATRICIO - GOIANÉSIA				
INDICADORES	OUTUBRO	NOVEMBRO	TOTAL	%Comparativo
RUIM	6	5	11	0%
REGULAR	6	10	16	1%
BOM	123	95	218	9%
ÓTIMO	1167	1049	2216	90%
TOTAL GERAL DE AVALIAÇÕES	1302	1159	2461	100,00%
ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO	52,91%	47,09%		

Na tabela e no gráfico a seguir demonstra esses resultados

Gráfico 04

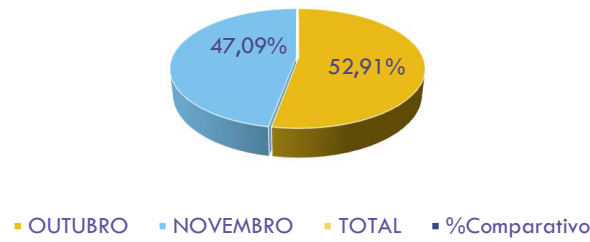
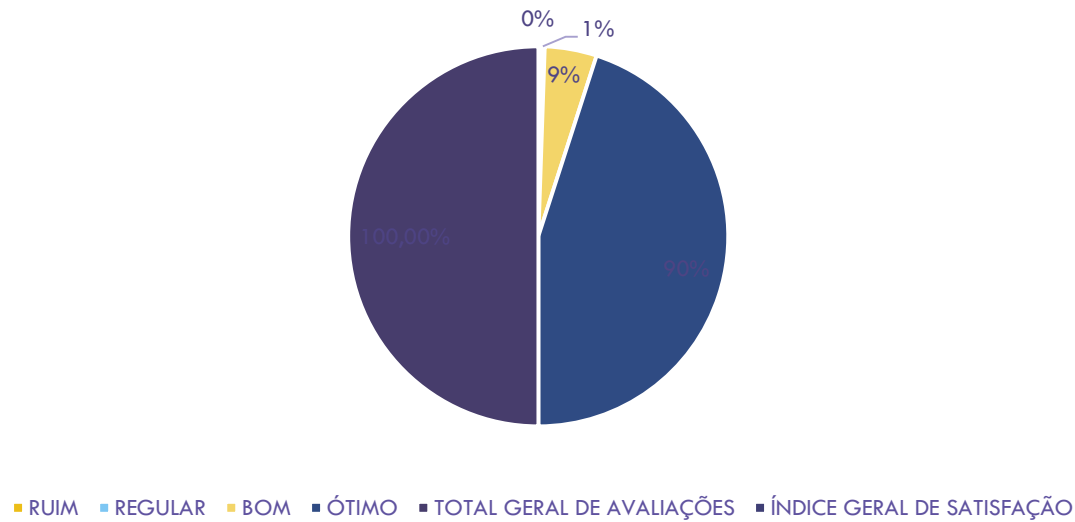


Gráfico 05



3.1.2 Avaliação da limpeza por setor

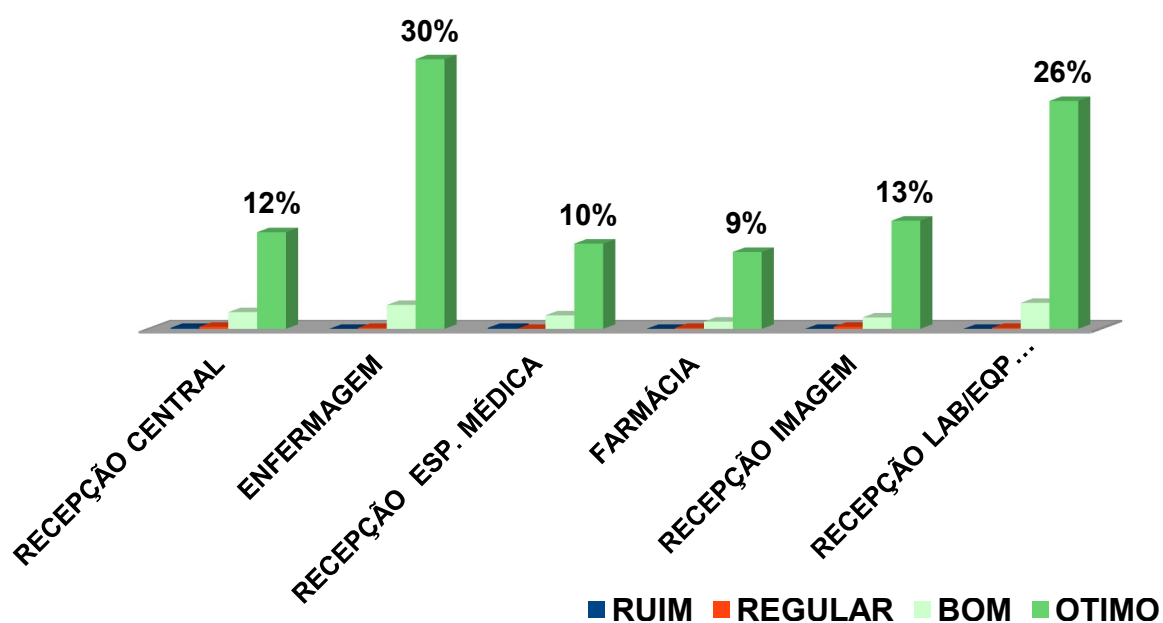
No quesito limpeza, seguindo a mesma linha de avaliação dos setores de atendimentos, os níveis de satisfação dos usuários são ótimos.

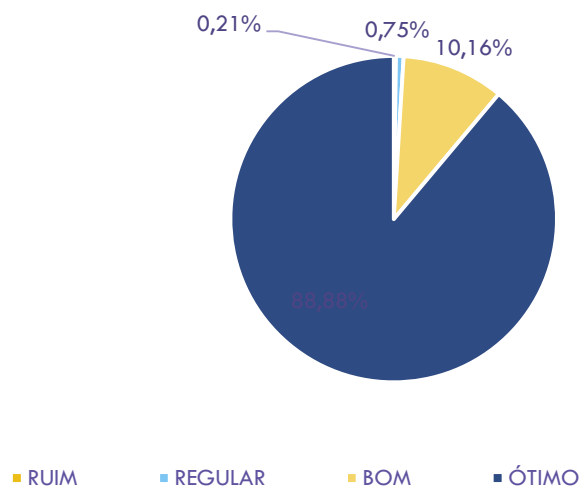
TOTAL DAS AVALIAÇÕES (RUIIM – REGULAR – BOM – ÓTIMO)

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL/MÊS	%
RECEPÇÃO CENTRAL	1	2	16	93	112	12%
ENFERMAGEM	0	1	23	259	283	30%
RECEPÇÃO ESP. MÉDICA	1	0	13	82	96	10%
FARMÁCIA	0	1	7	74	82	9%
RECEPÇÃO IMAGEM	0	2	11	104	117	13%
RECEPÇÃO LAB/EQP MULT	0	1	25	219	245	26%
TOTAL GERAL	2	7	95	831	935	100,00%
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO	0,21%	0,75%	10,16%	88,88%	100,00%	

Vejam os resultados na tabela e nos gráficos a seguir.

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 **88,88%** 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.

1.2 Pesquisa de Satisfação Hemodiálise

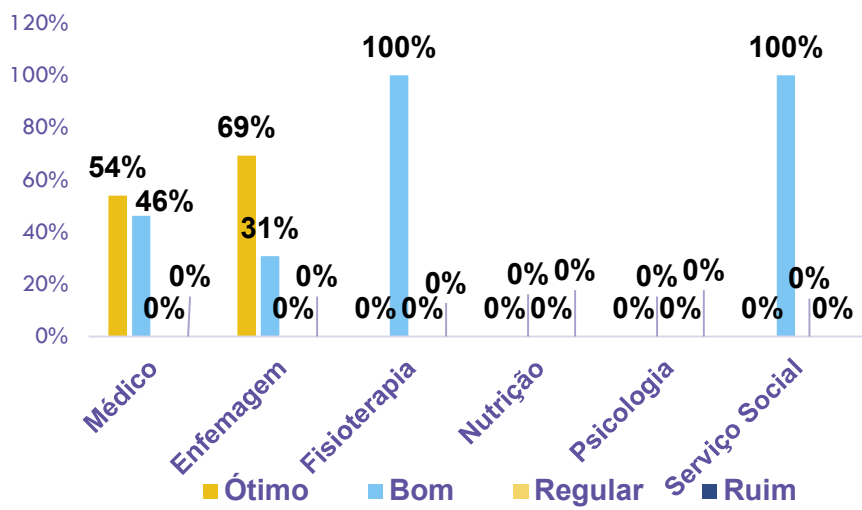
A clínica de Hemodiálise como um importante setor da Policlínica Estadual de Região São Patrício – Goianésia, também é realizada pesquisa de satisfação, porém, por se tratar de 03 pacientes fixo, ou seja, como são pacientes renal crônico, e faz dialise três vezes por semana, utilizamos outro método para realizar a pesquisa de satisfação. Neste caso, aplicamos a pesquisa quinzenalmente com ajuda da enfermeira responsável pelo setor.

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

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

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HEMODIÁLISE									
Como você avalia o atendimento/Acolhimento?	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	Total/Mês	%Ótimo	%Bom	%Regular	%Ruim
Médico	0	0	6	7	13	54%	46%	0%	0%
Enfermagem	0	0	4	9	13	69%	31%	0%	0%
Fisioterapia	0	0	5	0	5	0%	100%	0%	0%
Nutrição	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Psicologia	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Serviço Social	0	0	1	0	1	0%	100%	0%	0%
TOTAL GERAL	0	0	16	16	2				
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO	0%	0%	50%	50%	100,00%				

Grafico 7



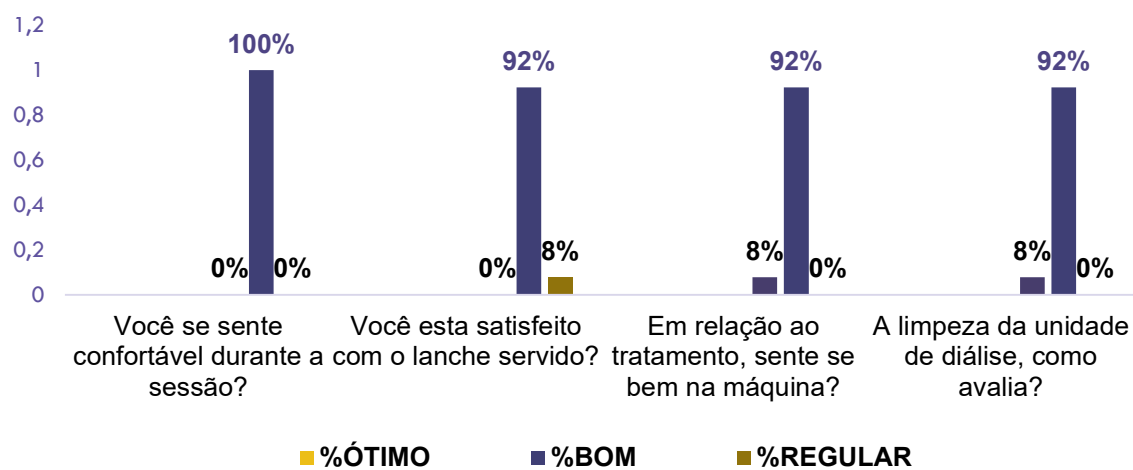
Veremos a seguir o resultado dessa pesquisa no quesito atendimento/acolhimento/lanche/limpeza realizada na hemodiálise no mês de novembro.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HEMODIÁLISE							
Conforto e satisfação com o atendimento	REGULAR	BOM	ÓTIMO	Total/Mês	%ÓTIMO	%BOM	%REGULAR
Você se sente confortável durante a sessão?	0	13	0	13	0%	100%	0%
Você está satisfeito com o lanche servido?	1	12	0	13	0%	92%	8%
Em relação ao tratamento, sente-se bem na máquina?	0	12	1	13	8%	92%	0%
A limpeza da unidade de diálise, como avalia?	0	12	1	13	8%	92%	0%
TOTAL GERAL	1	49	2	52			
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO	2%	94%	4%	100,00%			

satisfação temperatura, conforto, refeição e limpeza

Na Hemodiálise, foram avaliados os quesitos: atendimento **médico**, 54% responderam ótimo e 46% como bom, equipe de **enfermagem** 69% como ótimo e 31% como bom, em relação ao **lanche** 92%

como bom e 8% como regular, equipe multidisciplinar: **Assistente social** 100% como bom; **Fisioterapia** 100%, como bom; conforto durante a sessão de hemodiálise 100% avaliam como bom. A pesquisa foi aplicada para 03, pacientes.



1.3 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 novembro registrou 32 manifestações entre eles foram 1 sugestão, 10 reclamações e 21 elogios, dessas manifestações 29 foram fechadas com sucesso dentre elas 7 foram reclamações e sendo assim 3 permanecem em análise.

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 novembro uma reunião para alinhar estratégias dos planos de ação implantados 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. Houve melhoria do formulário (planilha), contemplando dosagem do antibiótico e resultado de hemocultura. Em novembro, foi identificado IRAS no setor, pós cirúrgica em incisão de FAV (Fístula Arterio Venosa). Foi realizado curativo em todas as sessões e uso de antibiótico (vancomicina) para controle e tratamento.

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 outubro, constatou-se que 77% dos colaboradores e prestadores de serviço estão realizando a higienização das mãos, conforme preconiza o protocolo implantado. No mês de novembro, foi realizado um treinamento sobre o protocolo para os colaboradores e prestadores de serviços visando a conscientização de todos. A análise do indicador em novembro será analisada no fim do mês.

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 outubro não houve “não conformidade”, desta forma, não houve necessidade de isolar as osmoseos portáteis. A coleta de água já foi realizada no mês de novembro e segue aguardando os relatórios do laboratório. Foi realizada, também em novembro, no dia 19, a higienização do reservatório de água que abastece toda a unidade, seguindo o PGRSS e RDC, que recomendam a higienização semestralmente.

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 outubro, apenas dois colaboradores apresentaram sintomas e realizaram o teste para confirmar positividade, porém, com o resultado negativo (Ag-), não sendo necessário o afastamento dos mesmos. A mensuração foi realizada no dia 30/11.

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

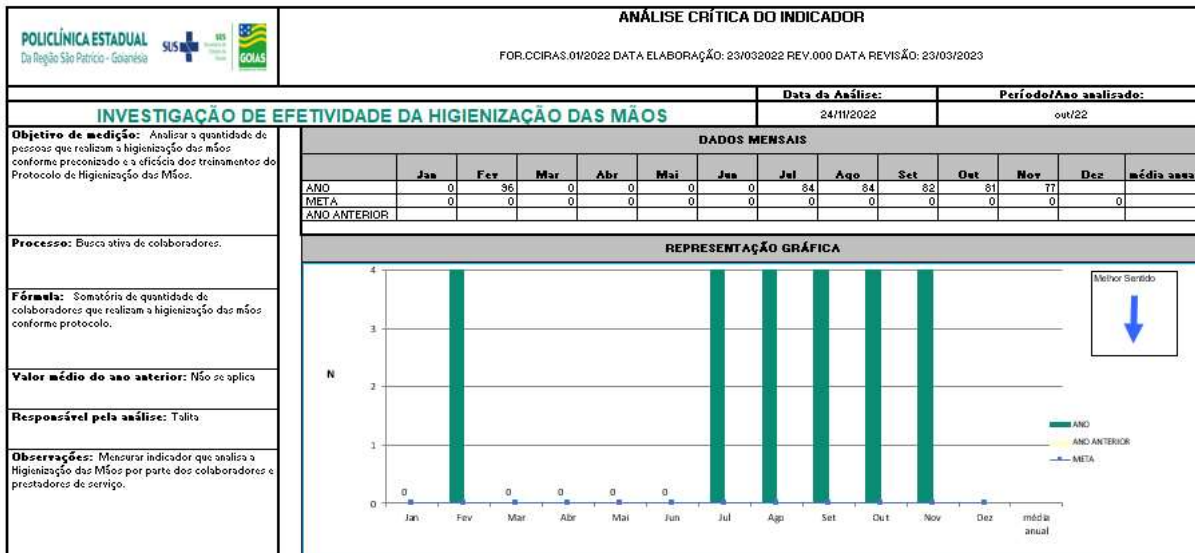
- ✓ Geovanna Lissa Bernardes Oliveira – Enfermeira – Presidente
- ✓ Talita Utim Toledo – Enfermeira – Membro
- ✓ Francisco Baltazar Macruz Sampaio – Médico – Membro
- ✓ Rosana Vieira Lima – Farmacêutica – Membro
- ✓ Fabiana Pereira do Nascimento – Enfermeira – Membro
- ✓ Angelina Germano Coelho – Biomédica – Membro
- ✓ Paula Bárbara de Wasconcelos – Coord. Operacional – Membro
- ✓ Ana Adália Ramos – Enf. Hemodiálise – Convidada

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: Observação referente ao Protocolo de Higienização das mãos	
Origem: Busca ativa e check-list	
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 colaboradores que realizam a higienização das mãos	
Media: N/A	
Definição de termos: IRAS – Infecção Relacionado à Assistência à Saúde.	
Limitações: O colaborador não realizar a higienização das mãos conforme o protocolo estabelecido pela unidade.	
Fonte dos dados: Dados retirados através de observação e realização de check-list.	



ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2022: 81% dos colaboradores realizaram higienização das mãos conforme o protocolo.
Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2022: 77% dos colaboradores realizaram higienização das mãos conforme o protocolo.
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2022:

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. Além disso, o formulário passou por processo de melhoria, contendo agora: dosagem do antibiótico e resultado da hemocultura. O formulário está sendo aplicado rigorosamente, e houve confirmação de IRAS no setor, após confecção de FAV, no entanto, foi realizado curativo em todas as sessões e uso de vancomicina para tratamento.

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 outubro, constatou-se que 77% dos colaboradores e prestadores de serviço estão realizando a higienização das mãos, conforme preconiza o protocolo implantado. Foi realizado mais um treinamento do protocolo com os colaboradores e prestadores de serviço para melhor aderência do mesmo.



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 outubro não houve “não conformidade”, desta forma, não houve necessidade de isolar as osmose portáteis. A coleta de novembro já foi realizada, e segue aguardando o resultado do laboratório.

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 outubro, dois colaboradores apresentaram sintomas e realizaram o teste, porém com resultados negativos, não sendo necessário o afastamento dos mesmos.

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 77% 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, CME, endoscopia e laboratório e no referido mês, não houve não conformidade. No entanto, não houve necessidade de isolar nenhuma osmose portátil.

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 é realizado mensalmente o indicador da quantidade de testes realizados x a quantidade de testes positivos na unidade. No mês de outubro, dois colaboradores apresentaram sintomas e realizaram o teste, porém, com resultados negativos.

Foram realizadas capacitações de higienização das mãos e transporte de material sujo para a CME, os treinamentos foram realizados com a equipe de enfermagem e com a recepção sobre higienização das mãos.

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 Higienização das Mãos –

https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf

Treinamento de transporte de material sujo para CME - <https://hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2022/05/POP-GE-091-%E2%80%93PRE-LIMPEZA-E-TRANSPORTE-DE-MATERIAIS-CONTAMINADOS-PARA-A-CENTRAL-DE-MATERIAIS-E-ESTERILIZACAO-1.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

Título: COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE				
Responsável: Geovanna Lissa Bernardes Oliveira				
Data: 24/11/2022	Local: Sala de Reunião ADM	Horário: 11:20MIN	às	12h20MIN
Caráter da Reunião: (x) Mensal () Ordinária () Extra				
Pauta: 1. Sistema de investigação de IRAS, vigilância epidemiológica, Notificação Compulsória				
Participantes:				
Nome		Assinatura		
1. Geovanna Lissa Bernardes Oliveira (RT. de Enf) – Presidente				
2. Talita Utim Toledo (Enf. SCIRAS) – Secretária				
3. Francisco Baltazar Macruz Sampaio (RT. Médico) – Membro				
4. Rosana Vieira Lima (RT. Farmacêutica) – Membro				
5. Fabiana Pereira do Nascimento (RT. de Enf. HD) – Membro				
6. Angelina Germano Coelho (Biomédica) – Membro				
7. Paula Barbara Wasconcelos (Coord. Operacional) – Membro				
8. Ana Adália Ramos (Enf. HD. Convidada) – Membro				
Monitoramento da Reunião Anterior:				
• Item 1. Sistema de investigação de IRAS, vigilância epidemiológica.				
Desenvolvimento da Reunião				
Assuntos Tratados				Status
1	Aos vinte e quatro dias do mês de novembro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às onze horas e vinte minutos, na sala de reunião da unidade Policlínica Estadual da Região São Patrício – Goianésia, sob a presidência da Sra. Geovanna Lissa Bernardes Oliveira e com a presença dos membros. A Presidente deu boas-vindas a todos agradecendo pela presença, dando continuidade à reunião mencionando que a sequência se dará da pauta da reunião anterior. Realização da busca ativa, sistema de investigação de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) no setor de Hemodiálise, visando monitorar os indicadores. No referente mês			Finalizado

	houve confirmação de IRAS no setor, pós cirúrgica em incisão de FAV, realizado curativo em todas as sessões e realização de tratamento com antibiótico.	
2	O formulário (planilha) foi alterado, passando por processo de melhoria, onde este agora também irá contemplar a dosagem do antibiótico e resultado de hemocultura e controle de uso de antibiótico no setor de Hemodiálise, contendo as informações, de data de início de tratamento, paciente, motivo do tratamento e escolha de antibiótico, está sendo aplicada, no referente mês foi realizado tratamento com vancomicina, no paciente S.E.S, devido a infecção pós cirúrgica em FAV.	Finalizado
3	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 outubro após análise e observação, foi mensurado que 77% dos colaboradores e prestadores de serviço observado, estão realizando a higienização das mãos mediante as oportunidades. Portanto no mês de novembro foi realizada capacitação visando melhorar o indicador e conscientizar os colaboradores e prestadores de serviço sobre a higienização das mãos.  No mês de novembro a análise do indicador será realizada no final do mês.	Permanente
4	Em relação a análise de água no setor de hemodiálise, CME, Endoscopia/Colonoscopia, Laboratório, não houve não conformidade no referente mês. Portanto não houve necessidade de isolar nenhum ponto.	Permanente

	No mês de novembro já foi realizado a coleta de água para análise, segue aguardando resultado. Foi realizado no mês de novembro, dia 19/11 a limpeza e higienização de caixa reservatório de água, que abastece toda unidade, seguindo o cronograma de PGRSS e RDC, que recomenda a limpeza e higienização de reservatório de água semestralmente.	
5	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 OUTUBRO foram realizados 2 testes para covid, porém todos com resultado negativo. A mensuração será realizada no dia 30 de novembro.	Permanente
6	Monitoramento do cartão de vacinação dos colaboradores e prestadores de serviço, visando monitorar e seguir o calendário de imunização, conforme o PCMSO da unidade. Será solicitado via CI, atualização de vacinação, para os colaboradores que estão com esquema vacinal incompletos.	Permanente
7	Conforme o Programa de Controle de IRAS, segue em processo de realização as auditorias internas, com intuito de identificar os prontos fracos e riscos de IRAS, para posteriormente ser traçado o planejamento estratégico para melhoria.	Permanente
8	Realizado treinamento referente ao transporte seguro de material sujo para a CME, visando qualificar os colaboradores, seguindo o cronograma de ação de PCIRAS. 	
9	Síntese de Resultado do Mês Diante a participação da CCIRAS na Policlínica Estadual da Região São Patrício - Goianésia, foi observado que os cuidados estão sendo intensificados entre os colaboradores ofertando serviço de qualidade e segurança à população assistida no local.	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 TÉRMINO
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	01/12/2022	30/12/2022

Após ser abordado as ações que serão elaboradas e implementadas, sem mais a relatar a Presidente Geovanna encerra a reunião às 12 horas e 20 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)

POLICLÍNICA ESTADUAL Da Região São Patrício - Goianésia   Secretaria de Estado da Saúde  GOIAS GOVERNADOR DO ESTADO  CONTE COM ESSA FORÇA			
ATA DE REUNIÃO			
Código: FOR 002	Setor: DG	Revisão: 003	Página: 2/3
Resultado: 1270 - 529 - 2048 - 71 - 297 - 1999 - 2789 - 658 - 2958 - 26 - 269 - 2255 - 2747 - 339 - 2553 - 2038 - 2511 - 1746 - 723 - 2508 - 259 - 363 - 1816 - 2826 - 1862 - 273 - 1064 - 1435 - 3057 - 1515 - 3055 - 797 - 2002 - 1708 - 220 - 381 - 2134 - 506 - 3124 - 2435 - 2534 - 1660 - 2521 - 1737 - 427 - 232 - 2156 - 1259 - 2420 - 2441 - 209 - 1851 - 1472 - 233 - 1562 - 2558 - 3085 - 2362 - 3032 - 1521 - 1902 - 2230 - 533 - 2742 - 3069 - 1227 - 1126 - 807 - 2187 - 932 - 499 - 1125 - 1196 - 960 - 3197 - 2216 - 1503 - 2149 - 3170 - 812 - 2609 - 2073 - 669 - 794 - 3038 - 1639 - 1317 - 839 - 480 - 1359 - 281 - 1106 - 40 - 548 - 2622 - 448 - 1725 - 1637 - 2628 - 2299 - 1361 - 1999 - 2621 - 2717 - 831 - 1400 - 3189 - 386 - 1801 - 1548 - 2980 - 2415 - 220 - 909 - 1888 - 1360 - 1111 - 813 - 2554 - 850 - 609 - 2506 - 783 - 3201 - 726 - 3130 - 1910 - 2561 - 1580 - 2998 - 1974 - 2069 - 1801 - 1841 - 44 - 1619 - 2963 - 698 - 2298 - 1975 - 2484 - 1030 - 1807 - 1128 - 1781 - 1626 - 1584 - 2798 - 2091 - 2288 - 2856 - 2841 - 2405 - 1726 - 598 - 2205 - 906 - 560 - 1216 - 2231 - 2730 - 2798 - 1680 - 2125 - 2671 - 3017 - 1232 - 2788 - 2821 - 2525 - 1168 - 1692 - 1464 - 945 - 575 - 2188 - 2997 - 2133 - 150 - 2016 - 1921 - 1413 - 353 - 1906 - 1525 - 2016 - 1378 - 2186 - 1780 - 2865 - 760 - 3203 - 1361 - 583 - 1462 - 1084 - 2823 - 1121 - 1145 - 1180 - 545 - 327 - 151 - 602 - 1770 - 2156 - 1137 - 1209 - 2988 - 1951 - 297 - 2197 - 445 - 1187 - 1736 - 226 - 3189 - 2840 - 1445 - 1143 - 870 - 2882 - 2980 - 2030 - 592 - 2476 - 361 - 3086 - 2289 - 441 - 888 - 637 - 2174 - 2500 - 3129 - 2755 - 417 - 37 - 790 - 211 - 3064 - 1245 - 3 - 2285 - 908 - 585 - 3220 - 3212 - 86 - 1950 - 689 - 814 - 2655 - 2908 - 1190 - 2063 - 1519 - 1432 - 1028 - 326 - 997 - 329 - 2738 - 2987 - 2352 - 688 - 2158 - 1346 - 268 - 294 - 2034 - 3074 - 1322 - 543 - 2894 - 1144 - 2654 - 1102 - 841 - 1134 - 2585 - 613 - 1587 - 1776 - 1063 - 968 - 1978 - 2880 - 2558 - 2459 - 1667 - 1686 - 2758 - 2178 - 1488 - 1046 - 1887 - 1970 - 2493 - 1677 - 2801 - 262 - 528 - 1748 - 753 - 2758 - 2613 - 1912 - 1505 - 896 - 2695 - 2262 - 3091 - 1950 - 1497 - 1559 - 3052 - 2167 - 2468 - 2183 - 1537 - 1041 - 3007			
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: 9, totalizando 2,78% de prontuários preenchido indevidamente. Observação: não foram constatados casos sem o preenchimento da alta. Em 8 casos não foi possível identificar a conduta. Em 1 caso, a evolução não subsidiou o diagnóstico clínico e a conduta adotada 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			

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Setor: DG

Revisão: 003

Página: 1/3

Setor: COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Responsável: Francisco Baltazar Macruz Sampaio

Data: 10/11/2022

Local: Sala de Reunião ADM

Horário: 15:30

às

17:00

Caráter da Reunião: (X) Ordinária () Extra

Pauta: Apresentação da análise de prontuários médicos do mês de outubro/22.

Participantes:

Nome	Assinatura
1. Francisco Baltazar Macruz Sampaio (RT. Médico)	
2. Geovana Lissa Bernardes Oliveira (RT. de Enf)	<i>Geovana Lissa Bernardes</i>
3. Diana Cavalcante de Paula Gonçalves (Médica)	<i>Diana Cavalcante de P. Gonçalves</i>
4. Jovelino Pereira da Mota Júnior (Enf. Endoscopia/Colonoscopia)	<i>Jovelino P. M. Jr.</i>

Monitoramento da reunião anterior:

Manter a razão entre prontuários indevidamente preenchidos abaixo da meta histórica (menor mensuração do período anterior).

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Realizado o chamamento com a presença do Presidente e dos demais integrantes, não havendo sido computadas faltas. Através de relatório do sistema de Prontuários digitais – MV, (Atendimentos > Ambulatório > Relatórios > Operacionais > atendimentos por médicos) Os campos da confecção do relatório foram preenchidos da seguinte forma: Médicos: todos Convênio: SUS – AMBO Período: 01/10/2022 – 31/09/2022 Tipo de atendimento: ambulatório Houve o levantamento de 3221 consultas registradas nesse período, a organização da listagem se dá por ordem alfabética. Houve o sorteio aleatório de 323 prontuários através da ferramenta online: https://www.sorteio.go.com/pt/r/13o0xk	Finalizado.

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Setor: DG

Revisão: 003

Página: 3/3

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

"Bom dia, colegas.

INFORMATIVO:

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

- Identificação por CID;
 - Anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas e condutas;
 - Sinalização da alta com identificação do motivo.
- Da porcentagem de prontuários avaliados, cerca de 2,78 % estavam sem descrição de conduta. A menor relação histórica é 1,01%. Nos demais itens não houve inconformidades."

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	Realizar treinamento	Mitigar o risco de preenchimento incompleto	Dr. Francisco	Unidade Policlínica Goianésia	N/A	Realizar treinamento via aplicativo, para capacitar a equipe.	01/12/2022	30/12/2022

Nada mais havendo para relatar, foi encerrada a reunião, às 17:00 horas, tendo sido lavrada esta ata por mim, **Jovelino Pereira da Mota Júnior** devendo ser assinada pelos presentes.

Assinatura do relator:

Jovelino Pereira da Mota Júnior

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 fazer o tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção de do trabalhador.

3. INDICADORES:

Ficha Técnica do

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

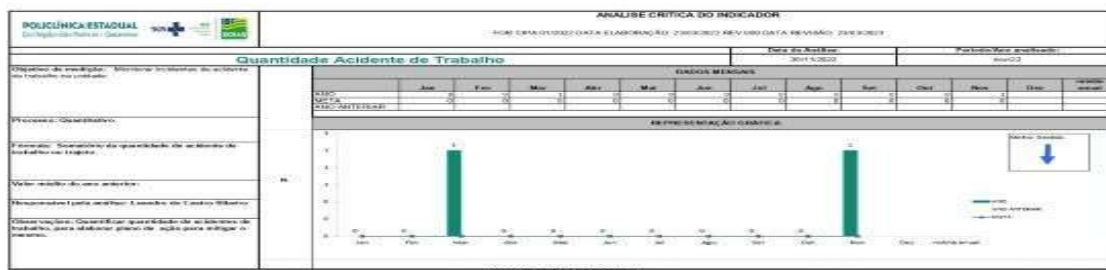
Método de cálculo: Somatório da quantidade de acidente de trabalho ou trajeto.

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 no dia 10/11/2022 e tratados assuntos diversos, conforme Ata em anexo.

- Foi realizada no dia 08/11/2022 a primeira aula do projeto de implantação de ginástica laboral da Policlínica de Goianésia. Contamos com a adesão de 17 funcionários de diversos setores da Policlínica e foram feitos exercícios de alongamento, relaxamento e descontração muscular.

- A aula foi ministrada pela fisioterapeuta Stela Cristina Wilson Steckelberg e durou 20 minutos. Os colaboradores foram convidados pessoalmente pela fisioterapeuta a participarem da atividade e informados sobre os benefícios da prática.

- Foi realizada no dia 09/11/2022 a segunda aula do projeto de implantação de ginástica laboral da Policlínica de Goianésia. Contamos com a adesão de 12 funcionários de diversos setores da Policlínica e foram feitos exercícios de alongamento, relaxamento, descontração muscular e meditação guiada.

- A aula foi ministrada pela fisioterapeuta Stela Cristina Wilson Steckelberg e durou 30 minutos. Os colaboradores foram convidados através de grupos de WhatsApp pela fisioterapeuta a participarem da atividade e informados sobre os benefícios da prática.

- Foi realizada no dia 10/11/2022 aula do projeto de ginástica laboral da Policlínica de Goianésia. Contamos com a adesão de 08 funcionários de setores variados da Policlínica e foram feitos exercícios de alongamento, relaxamento e descontração muscular. Os materiais usados foram faixas elásticas do setor de fisioterapia, colchonetes, bolinhas de massagem também da fisioterapia e balões de festas do NEPE.

- A aula foi ministrada pela fisioterapeuta Stela Cristina Wilson Steckelberg e durou 30 minutos. Os colaboradores foram convidados através dos grupos de WhatsApp da empresa pela fisioterapeuta a participarem da atividade e informados sobre os benefícios da prática.

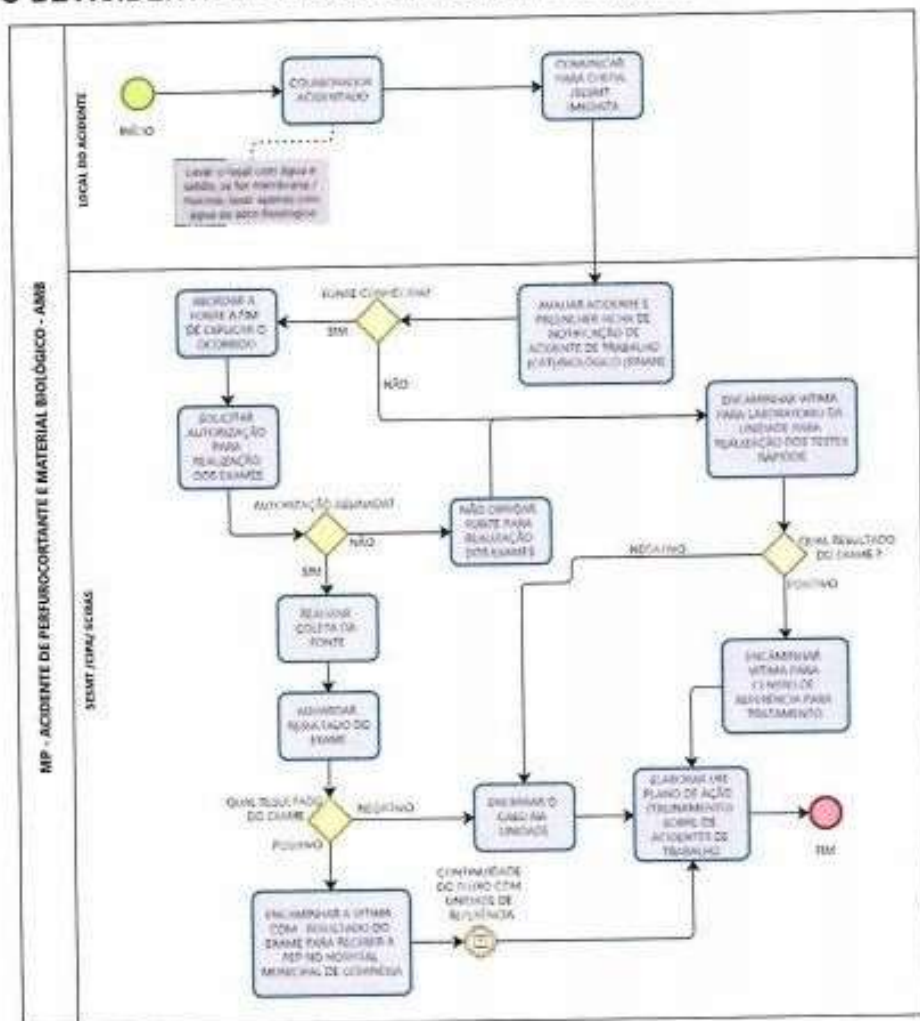
- Foi realizada no dia 14/11/2022 aula do projeto de ginástica laboral da Policlínica de Goianésia. Contamos com a adesão de 05 funcionários de diversos setores da Policlínica e foram feitos exercícios de alongamento, relaxamento e descontração muscular.

- A aula foi ministrada pela fisioterapeuta Stela Cristina Wilson Steckelberg e durou 30 minutos. Os colaboradores foram convidados pessoalmente pela fisioterapeuta a participarem da atividade e informados sobre os benefícios da prática.

- Foi ministrado no dia 18/11/2022 treinamento para alinhamento de fluxo para transporte de material para a CME. Todos os materiais devem ser encaminhados em caixas plásticas identificadas com material limpo ou sujo, de acordo com o material transportado, a caixa deve estar sempre vedada, com a finalidade de mitigar o risco de acidente com material biológico. O

- O profissional deve realizar a higienização das mãos antes e após o transporte de material, com a finalidade de mitigar o risco de infecção cruzada, e garantir a segurança e qualidade na assistência ofertada.

1. FLUXO DE ACIDENTE DE PERFUROCORTE E MATERIAL BIOLÓGICO



- Foi realizado no dia 23/11/2022 explanado sobre a higienização das mãos em todos os setores, seguindo o protocolo de higienização das mãos.

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.

Durante a ação foi realizado a prática de higienização das mãos de forma lúdica, com tinta guache, para que os colaboradores pudessem realizar a higienização das mãos. Foi explanado para os mesmo sobre a importância de higienizar as mãos na técnica correta, para evitar infecção relacionada à assistência à saúde, e para garantir aos usuários uma assistência de qualidade e com segurança.

Relembrando a todos sobre o protocolo de higienização das mãos que foi implementado na unidade pelo núcleo de segurança do paciente.

Também foi abordado sobre os 5 momentos:



Logo após a realização da prática da higienização das mãos, foi entregue o álbum de figurinha de higiene das mãos, com 3 figurinhas. As próximas figurinhas serão entregues nos outros treinamentos no decorrer deste mês.

Após a finalização do treinamento foi realizada aplicação de avaliação do treinamento, utilizando aplicativo google forms, para verificar o aprendizado dos mesmos.

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 novembro 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.

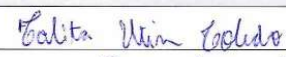
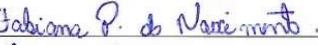
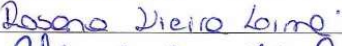
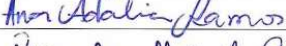
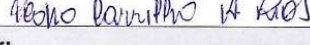
7. EMITIDO

 Documento assinado digitalmente
LEANDRO DE CASTRO RIBEIRO
Data: 27/01/2023 13:51:18-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

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)

			
ATA DE REUNIÃO			
Código: FOR 002	Setor: DG	Revisão: 003	Página: 1/3

Setor: COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE			
Responsável: Talita Utim Toledo			
Data: 29/11/2022	Local: Auditório	Horário: 15:45	às 16:20
Caráter da Reunião: (X) Ordinária () Extra			
Pauta: TREINAMENTO REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO			
Participantes:			
Nome		Assinatura	
1. Talita Utim Toledo – Enf. SCIRAS – Presidente			
2. Fabiana Pereira do Nascimento – RT. Enf HD - Secretária			
3. Lucas Andrade Silva – SESMT - Membro			
4. Rosana Vieira Lima – RT de Farmácia - Membro			
5. Rubiana Trucolo Dias – Assistente de Diretoria - Membro			
6. Ana Adália Ramos – Enf. HD - (Convidada)			
7. Pedro Carrilho Arantes Rios – Almojarife - (Convidado)			
Monitoramento da reunião anterior:			
Treinamento referente ao mês de novembro			
Desenvolvimento da Reunião			
Item	Assuntos tratados	Status	
1.	Aos vinte e nove dias do mês de novembro 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 análise e estudo para elaboração do novo PGRSS (plano de gerenciamento de resíduo de serviço de saúde) referente ao ano de 2023. No momento foi solicitado que todos os membros realizem a leitura da RDC 222/2018 para auxiliar na elaboração do PGRSS 2023.	Em Andamento	
2.	Verificamos que no final do mês de novembro até 11/11, tivemos uma produção de 80,900 Kg de resíduos do grupo A e 23,400kg de resíduos do grupo E , totalizando em 104,300 Kg.	Finalizado	
3.	Referente ao projeto de reciclagem, o almoxarife Pedro participou da reunião para explanar sobre o projeto que está em processo de	Em andamento	

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Sector: DG

Revisão: 003

Página: 2/3

	elaboração, no momento relatou que será vendido: papel; papelão e embalagens plásticas, a verba conforme pontuado em reunião da CGRSS e em concordância da coordenação operacional, será destinada a eventos e ações realizadas na unidade.	
4.	Foi realizado no mês de novembro ação e treinamento referente a higienização das mãos/ copa da higiene das mãos. A ação foi realizada nos setores com intuito de capacitar a todos os colaboradores e prestadores de serviços.    	Finalizado
Indicador:		

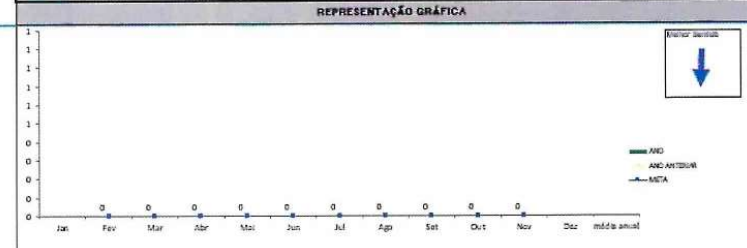
ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Setor: DG

Revisão: 003

Página: 3/3

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR	
FOR-GR01.0V2022 DATA ELABORAÇÃO: 20/03/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 20/03/2023	
Taxa de Acidentes Com Perfurocortantes	Data da Análise: 20/11/2022 Período/Ano analisado: nov/22
Objetivo de medição: Obter a taxa de acidentes de perfurocortantes, para aplicação do plano de ação.	DADOS MENSAIS
Processo: Fichas de Notificação de Acidentes Com Perfurocortantes	ANO
Fórmula: Somatório da quantidade de acidentes com perfurocortantes na Unidade	MEIA
Valor médio do ano anterior: Não se Aplica	ANO ANTERIOR
Responsável pela análise: Membros CGRSS	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA
Observações: Ressaltar a quantidade de acidentes com perfurocortantes ocorridos no mês, e elaborar plano de ação para mitigar os riscos de acidentes.	
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO	

Observa-se que em agosto não houve nenhum acidente de perfurocortante na unidade. O referente ao mês de novembro o indicador será realizado no final do mês e exposto no relatório mensal da CGRSS.



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 segregação dos resíduos de serviço de saúde	Capacitar a equipe. Visando conscientizar a equipe.	Talita	Na recepção e na Administração da unidade Policlínica de Goianésia	N/A	O Treinamento será realizado por setor, visando capacitar e conscientizar os colaboradores, através de palestra, e prática.	06/12/2022	30/12/2022

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

Assinatura do relator: *Fabiana P. do Nascimento*

2.2.5 – Núcleo de Qualidade (NQ)

	
ATA DE REUNIÃO	
Código: FOR 002	Sector: DG
Revisão: 003	Página: 2/2

	Protocolos atendendo as 6 metas. Foi realizado treinamento de higienização das mãos na presente data (23/11/2022), realizando ação da copa da higienize das mãos.	
3.	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. Já está liberado para os colaboradores líderes dos setores criar seu acesso na intranet.	Em andamento
4.	Mediante a necessidade identificada, com aumento da notificação de incidentes e eventos adversos referente a falha de identificação segura do paciente, foi discutido juntamente com o núcleo de segurança do paciente, e será realizado reciclagem do protocolo no mês de dezembro.	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	Treinamento de identificação Segura do paciente	Visando qualificar e capacitar os colaboradores.	Enf. Geovanna; Nayara e Talita	Em todos os Setores da unidade Policlínica de Goianésia	Computador; Recursos Humanos	Realizar ações com todos os colaboradores, para capacitação e treinamento.	07/12/2022	07/12/2022

Nada mais havendo para relatar, foi encerrada a reunião, às 16:00 horas, tendo sido lavrada esta ata por mim, **Talita Utim Toledo** devendo ser assinada pelos presentes.

Assinatura do relator: *Talita Utim Toledo*

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Setor: DG

Revisão: 003

Página: 1/2

Setor: NÚCLEO DE QUALIDADE

Responsável: Talita Utim Toledo

Data: 23/11/2022

Local: Auditório

Horário: 15:30h

às

16:00h

Caráter da Reunião: (X) Ordinária () Extra

Pauta: Ações de melhoria para auditoria dos documentos em uso na unidade.

Participantes:

Nome	Assinatura
1. Talita Utim Toledo (Enfermeira SCIRAS/NQSP)	<i>Talita Utim Toledo</i>
2. Francisco Baltazar Macruz Sampaio (RT. Médico)	<i>Francisco Baltazar Macruz Sampaio</i>
3. Rosana Vieira Lima (RT. Farmácia)	<i>Rosana Vieira Lima</i>
4. Geovanna Lissa Bernardes Oliveira (RT. de Enf. Hemodiálise)	<i>Geovanna Lissa</i>
5. Jovelino Pereira Mota Junior (RT de Enf. Endoscopia/Colonoscopia)	<i>Jovelino P. Mota Junior</i>
6. Iara de Lima Vaz (RH)	<i>Iara de Lima Vaz</i>
7. Ana Luiza Moraes de Araújo Figueiredo (Escritório de Qualidade)	<i>Ana Luiza Moraes de Araújo Figueiredo</i>
8. Amanda Cunha Fonseca de Lima (Enf. NEPE)	<i>Amanda Cunha Fonseca de Lima</i>

Monitoramento da reunião anterior:

Busca ativa de documentos.

Desenvolvimento da Reunião

Item	Assuntos tratados	Status
1.	Aos vinte e três dias do mês de novembro de dois mil e vinte e dois, reuniu-se às quinze horas e trinta minutos na sala de reunião da diretoria 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. Durante a reunião foi abordado referente a necessidade de realizar auditoria documental, em todos os documentos que estão sendo utilizados na unidade, mediante isso foi criado uma planilha online para que todos os líderes dos setores, possam colocar todos os documentos utilizados no setor, e se este atende ou não as necessidades, se necessita de alterações e quais são as alterações que devem ser realizadas. Portanto a planilha será utilizada permanentemente e o setor da qualidade irá monitorar as atividades das mesmas.	Em andamento
2.	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	Permanente

2.2.6 – Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

			
ATA DE REUNIÃO			
Código: FOR 002	Setor: DG	Revisão: 003	Página: 1/3
Setor: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE			
Responsável: Talita Utim Toledo			
Data: 22/11/2022	Local: Auditório	Horário: 15:00	às 15:30
Caráter da Reunião: (X) Ordinária () Extra			
Pauta: Treinamento referente a Higienização das mãos.			
Treinamentos de reciclagem identificação segura.			
Participantes:			
Nome		Assinatura	
1. Talita Utim Toledo (Enf. SCIRAS)		<i>Talita Utim Toledo</i>	
2. Nayara Lorrane da Silva Passos (Enf. Coord. Linha do Cuidado)		Justificado	
3. Diana Cavalcanti de Paula Gonçalves (Médica)		<i>Diana Cavalcanti de P. Gonçalves</i>	
4. Geovanna Lissa Bernardes Oliveira (RT de Enf)		<i>Geovanna Lissa Bernardes</i>	
5. Jovelino Pereira da Mota Junior (Enf. Endoscopia)		<i>Jovelino P. M. Jr</i>	
6. Lucas Andrade Silva (SESMT)		<i>Lucas Andrade Silva</i>	
7. Rosana Vieira Lima (Farmacêutica)		<i>Rosana Vieira Lima</i>	
8. Fabiana Pereira do Nascimento (RT. de enf HD)		<i>Fabiana P. do Nascimento</i>	
9. Laiane Lorrane Sousa Santos (Enf. Especialidade Médica)		<i>Laiane Lorrane S. Santos</i>	
10. Thyssianne Lúcia de Freitas Sobrinho (Administrativo)		<i>Thyssianne Lúcia de Freitas Sobrinho</i>	
11. Amanda Cunha Fonseca (Enfermeira NEPE)		<i>Amanda Cunha Fonseca de Lima</i>	
12. Gyza Mendes Rocha (Psicóloga)		<i>Gyza Mendes Rocha Silva</i>	
13. Ana Adália Ramos (Enfermeira HD)		<i>Ana Adália Ramos</i>	
Monitoramento da reunião anterior:			
Reciclagens; Notificação e Indicadores			
Desenvolvimento da Reunião			
Item	Assuntos tratados	Status	
1.	Aos vinte e dois dias do mês de novembro 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	Permanente	

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Setor: DG

Revisão: 003

Página: 2/3

	para terceiros e será realizado permanente a reciclagem dos protocolos, com a finalidade de promover e intensificar a cultura da segurança do paciente. no referente mês será realizado a ação de higienização das mãos, com a finalidade de capacitar e treinar todos os colaboradores e prestadores de serviços.	
2.	Conforme descrito em ata, e segue descrito como ação permanente, 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.	Permanente
3.	Conforme descrito em ata, será feito reciclagem de todos os protocolos, para melhor conscientização dos colaboradores. No mês de outubro foi realizado treinamento referente a notificação de incidentes e eventos adversos e identificação segura. No mês de novembro será realizado o treinamento de Higienização das mãos, e copa da higienização das mãos. E no mês de dezembro será realizado de prevenção de quedas será priorizado devido ser o início da chuva, para evitar maiores danos aos pacientes e acompanhantes, o mesmo era para ser realizado em novembro, porém devido evidenciado a necessidade de alteração e revisão do protocolo de prevenção de quedas, o treinamento foi adiado para ser realizado posterior a revisão e alterações.	Permanente
4.	Conforme pontuado em ata anterior foi 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.	Finalizado
5.	Para mensuração dos protocolos já implementados na unidade, será realizado mensalmente, levantamento e monitoramento dos dados, através da notificação de incidentes e eventos adversos, e classificando	Permanente

ATA DE REUNIÃO

Código: FOR 002

Sector: DG

Revisão: 003

Página: 3/3

por grau. Se houver um aumento significativos dos números, o protocolo deverá ser reavaliado.



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	COPA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	Capacitar a equipe e efetivar o protocolo na unidade, para segurança do paciente	Amanda; Talita e Lucas	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. Com entrega do álbum de figurinha	23/11/2022	07/12/2022
2	Treinamento Protocolo de Prevenção de Queda	Reforçar os treinamentos à equipe quanto ao 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 no auditório para capacitação e conscientização dos colaboradores, através de palestra, e prática.	30/12/2022	30/12/2022
3	Treinamento Protocolo de identificação Segura	Capacitar a equipe e efetivar o protocolo na unidade, para	Geovanna; Nayara e 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.	07/12/2022	07/12/2022

Nada mais havendo para relatar, foi encerrada a reunião, às 15:30 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, 07 de novembro de 2022	32	13	45
Terça-Feira, 08 de novembro de 2022	08	05	13
Quarta-Feira, 09 de novembro de 2022	27	08	35
Quinta-Feira, 10 de novembro de 2022	28	08	36
Sexta -Feira, 11 de novembro de 2022	0	0	0
Segunda-Feira, 14 de novembro de 2022	0	0	0
Terça-Feira, 15 de novembro de 2022	Feriado	Feriado	Feriado
Quarta –Feira, 16 de novembro de 2022	0	0	0
Quinta-Feira, 17 de novembro de 2022	0	0	0
Sexta -Feira, 18 de novembro de 2022	0	0	0
Segunda-Feira, 21 de novembro de 2022	01	0	01
Terça-Feira, 22 de novembro de 2022	0	0	0
Quarta-Feira, 23 de novembro de 2022	02	0	02
Quinta-Feira, 24 de novembro de 2022	0	0	0
Sexta -Feira, 25 de novembro de 2022	0	0	0
Segunda-Feira, 28 de novembro de 2022	0	0	0
Terça-Feira ,29 de novembro de 2022	0	0	0
Quarta-Feira, 30 de novembro de 2022	0	0	0
Quinta-Feira, 01 de novembro de 2022	0	0	0
Sexta-Feira, 02 de novembro de 2022	0	0	0
TOTAL DO MÊS DE NOVEMBRO	98	34	132

- Goianápolis
Atendimento nos dias (07/11 a 10/11/2022)

- Goianésia

Atendimento nos dias (14/11 a 02/12/2022)

5- Relatório de Recursos Humanos

5.1- Afastamentos Covid e demais afastamentos








CONTROLE DE ATESTADOS NOVEMBRO - 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
830.406.841-91	CLT	SELMA ALVES ROMEIRO	11/11/2022	5	16/11/2022	16/11/2022
602.548.453-80	CLT	NATALIO LIMA DOS SANTOS	21/11/2022	4	25/11/2022	25/11/2022
TOTAL DE COLABORADORES 2						
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		
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	18/11/2022	13	18/03/2023	
4262710173	CLT	LUDMILLA BRUNA DOS SANTOS	30/11/2022	1	01/12/2022	01/12/2022
4262710173	CLT	LUDMILLA BRUNA DOS SANTOS	29/11/2022	VESP	30/01/2022	01/12/2022
5052185189	CLT	ISADORA MATEUS MORAES	25/11/2022	1	28/11/2022	28/11/2022
704.985.081-02	CLT	ISABELLA MUNIQUE ALVES FERREIRA	10/11/2022	1	11/11/2022	11/11/2022
75150450197	CLT	LORENA ROCHA SILVA	29/11/2022	1	30/11/2022	30/11/2022
38176328862	CLT	JENIFER TAIS CUNHA	29/11/2022	MAT	26/11/2022	26/11/2022
38176328863	CLT	JENIFER TAIS CUNHA	22/11/2022	VESP	23/11/2022	23/11/2022
38176328863	CLT	JENIFER TAIS CUNHA	17/11/2022	MAT	17/11/2022	17/11/2022
1154064174	CLT	PEDRO CARRILHO ARANTES RIOS	03/11/2022	1	04/11/2022	04/11/2022
001.342.391-64	CLT	SONIA ROSA DE JESUS SALES	07/11/2022	1	08/11/2022	08/11/2022
96093943100	CLT	ANA LUIZA MORAIS ARAUJO	04/11/2022	MAT	04/11/2022	04/11/2022
4262710173	CLT	LUDMILLA BRUNA DOS SANTOS	04/11/2022	1	05/11/2022	05/11/2022
035.833.261-30	CLT	AMANDA CUNHA FONSECA DE LIMA	04/11/2022	1	05/11/2022	05/11/2022
1561896152	CLT	LUCAS ANDRADE SILVA	16/11/2022	VESP	17/11/2022	18/11/2022
1561896152	CLT	LUCAS ANDRADE SILVA	17/11/2022	1	18/11/2022	18/11/2022
3176357192	CLT	JANICLEIA BORGES MORAIS	16/11/2022	1	17/11/2022	17/11/2022
5976657109	CLT	WASHINGTON PEREIRA DE SOUZA	14/11/2022	1	15/11/2022	15/11/2022
TOTAL DE COLABORADORES 19						

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	84	0	0	84
Falta	0	0	0	0
Covid - Suspeita	0	0	0	0
Covid - Confirmado	5	0	4	9
Declaração de Horas	20:43:00	00:00	00:00	20:43:00
Horas Mês	803:55	0:00	24:00:00	827,92
Ativo/ Trabalhando	Informações da jornada de trabalho - CLT			
	220:00:00	36:00:00	30:00:00	Total
Qtde.	72	1	9	82
Horas Mês	15.840,00	36,00	270,00	16.146,00
Quantidade - CLT E RPA	72			
Admissão Mês	7			
Demissão Mês	1			
Pedido de demissão	0			
Total de Colaboradores	72			
Nº horas/colaborador ausente (faltas, atrasos, licenças) TERCEIROS				
Qtde.	Informações das faltas, atrasos e Atestados - CLT			
	220 (Comercial)	180	150	Total
horas dia	08:48	07:30	06:00	
Atestados	0	0	0	0
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	0:00	0:00	0:00	-

5.2 EPI

- 1989 - Máscaras Cirúrgicas
- 92 - Máscaras N95
- 180 - Toucas
- 180 - Aventais

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

Programação/Conteúdo

No dia 01/11 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. Começamos a confecção dos relatórios mensal. Participamos da reunião de fechamento da avaliação da ONA das 13:30 às 15:40.

No dia 02/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL/ permecath VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Realizamos todos os check list do setor, devido ao feriado de Fimados trabalhos até às 12:40.

No dia 03/11 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Realizamos a confecção dos relatórios para envio aos solicitantes. Recebemos da Karla da SES a filipeta de transferência de um novo paciente que virá para Goianésia via CRE, o mesmo é do município de Santa Terezinha de Goiás. Entramos em contato com a Solange para tentarmos puxar o paciente E.S.B para o hospital HCN, pois foi solicitado vaga em UTI. Participamos às 15:30 reunião comissão NEPE sobre as ações do mês novembro.

No dia 04/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto paciente S.E.S, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL/ VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente recebe assistência da psicóloga Gyza. Realizamos todos os check list do setor. Participamos às 15:12 do treinamento do Caps, apresentado pela profissional Ludmila.

No dia 07/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 e 02 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente (matutino) recebe assistência da Luciana assistente social sendo colaborativo com a mesma. Realizamos todos os check list do setor.

No dia 08/11 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 encaminhado ao HCN para retorno com vascular, sendo encaminhado em transporte Policlínica e técnica em enfermagem Natália. Realizamos treinamento com os colaboradores de enfermagem com o tema **Fístula arteriovenosa: Avaliação e técnica de punção**. Passamos o dia organizando questões sobre laboratório e análise mensal.

No dia 09/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificação SSVV encaminhado máquina 01 e 02 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente (matutino) recebeu assistência da

nutricionista Fernanda, com a realização de curativo em CDL/ permcath VJD com curativo tegaderm, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Realizamos todos os check list do setor. Realizado manutenção mensal da osmose reversa portátil pelo técnico da Engeltec Estênio.

No dia 10/11 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. Acompanhamos das 8 às 10 horas o técnico da Conagua Willian na coleta mensal em todos os setores da Policlínica, o qual realizou coleta na endoscopia, CME laboratório e setor hemodiálise (osmose e dialisato). Estamos realizando a revisão dos **Protocolos LPP, Queda** e realizando a criação do Pop **Comunicação de exames com resultados críticos**, solicitação ONA.

No dia 11/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente (matutino) recebeu assistência fisioterapeuta Rosely e foi colaborativo com atividades ofertadas. Realizamos todos os check list do setor. Estamos realizando a revisão dos **Protocolos LPP, Queda** e realizando a criação do Pop **Comunicação de exames com resultados críticos**, solicitação ONA.

No dia 14/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S e A.C.O (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente (matutino) recebe assistência da Luciana assistente social sendo colaborativo com a mesma. No período (vespertino) paciente recebe assistência da assistente social Glaciene. Realizamos todos os check list do setor.

No dia 16/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S e A.C.O (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02/ 03 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente M.O.S passou pela Avaliação Global e foi encaminhado para outras especialidades. Realizamos todos os check list do setor.

No dia 17/11 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Estamos realizando a reformulação **Protocolo de Queda, LPP e confecção Pop Comunicação de Exames com Resultados Críticos**.

No dia 18/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S e A.C.O (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02 e 03 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente (matutino) recebe assistência fisioterapeuta Rosely. Paciente do turno vespertino passaram por Avaliação Global sendo colaborativo com a equipe. Realizamos a continuação da reformulação dos Protocolos e confecção do Pop.

No dia 21/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S e A.C.O (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02 e 03 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Pacientes (vespertino) receberam assistência fisioterapeuta Stela e participaram dos exercícios ofertados. Realizamos todos os check list do setor.

No dia 22/11 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. Pacientes encaminhados pela técnica em enfermagem Natália em transporte Policlínica ao HCN para avaliação com vascular para confecção FAV, porém retornaram sem realizar a avaliação, pois a mesma está agendada para o dia 29/11/22. Realizamos a conferência do carrinho de emergência. Participamos da reunião da Comissão **NSP** às 15 horas. Às 15:30 participamos do treinamento ministrado pela Enfermeira Laiane **Eletrocardiograma**. Seguimos realizando a conferência e leitura dos protocolos institucionais.

No dia 23/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S e A.C.O (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02/ 03 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente período matutino recebeu assistência nutricionista Fernanda e psicólogas Gyza e Tatiana. foi colaborativo com a mesma Pacientes M.O.S e A.C.O período vespertino recebeu visita das psicólogas Gyza e Tatiana. Realizamos todos os check list do setor. Participamos às 16 horas da reunião com a equipe de enfermagem.

No dia 24/11 foi realizado todos os check list do setor tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito. Participamos às 08:30 da reunião mensal da Comissão de óbito. Participamos das 10:00 ao 12 horas reunião com a Coordenadora Operacional Paula e Comissão CCIRAS.

No dia 25/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S e A.C.O (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02 e 03 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Paciente (matutino) recebe assistência fisioterapeuta Rosely. Participamos do treinamento com o tema Diabetes Mellitus das 15 às 16: 15. Realizado todos os check list do setor.

No dia 28/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S e A.C.O (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02 e 03 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Realizado todos os check list do setor no período matutino e vespertino e controle de lavagem e desinfecção das máquinas de hemodiálise. Paciente período matutino recebeu a assistente social Luciana e foi colaborativo com a mesma.

No dia 29/11 foi realizado todos os check list do setor no período matutino e vespertino tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura

e umidade caixa d'água e depósito, realizado desinfecção das máquinas. Pacientes encaminhados em transporte Policlínica ao HCN para avaliação com vascular para confecção FAV. Começando a elaboração dos relatórios mensal. Participamos da reunião da Comissão de PGRSS e NEPE.

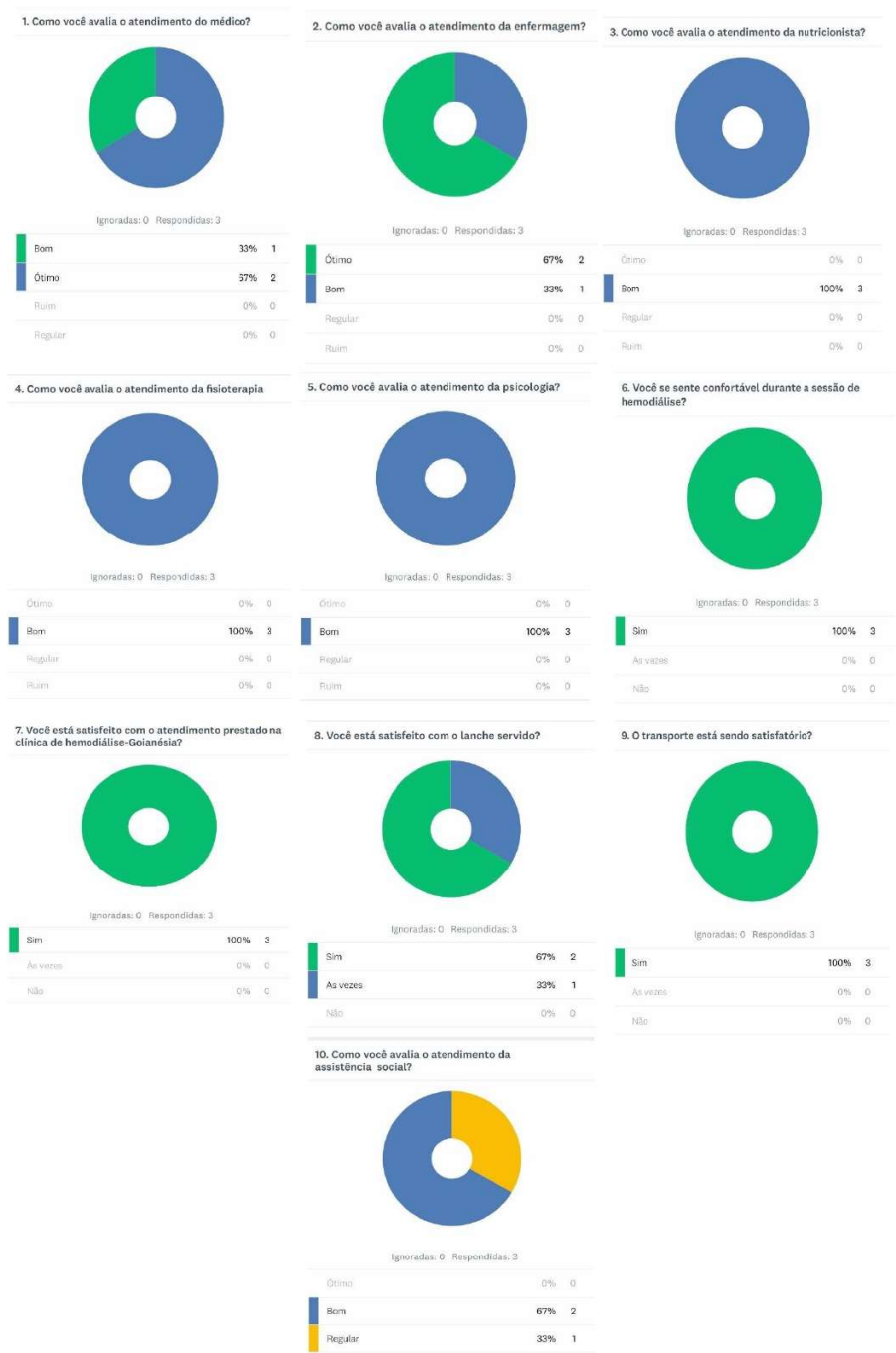
No dia 30/11 recebemos na unidade provindo de Barro Alto, paciente S.E.S (matutino) e M.O.S e A.C.O (vespertino) do município de Santa Terezinha de Goiás, para realização de diálise, após verificar SSVV encaminhado máquina 01 e 02/ 03 para iniciar a diálise, com a realização de curativo em CDL, medicações, e aferição SSVV durante período dialítico. Estamos realizando a pesquisa para o treinamento de **Descarte e Segregação Resíduos**. Pacientes receberam (matutino) assistência nutricionista e psicóloga, (vespertino) fisioterapeuta. Participamos às 14 horas de treinamento com Lucas sobre uso de máscara devido volta de covid e adornos. Participamos do treinamento ministrado por Dr. Francisco com o tema SBV- Suporte Básico de Vida. Realizado todos os check list do setor no período matutino e vespertino tais como: teste equipamentos sala vermelha, teste água PH e CLORO, e monitoramento temperatura e umidade caixa d'água e depósito, realizado desinfecção das máquinas.

Programação/Conteúdo

Encerramos o mês de novembro com os seguintes dados:

- ❖ 03(três) pacientes em hemodiálise;
- ❖ Realizado 32 sessões de hemodiálise;
- ❖ 25 atendimentos da equipe multiprofissional, sendo:
- ❖ 04(quatro) Psicóloga,
- ❖ 08(oito) Fisioterapia,
- ❖ 08(oito) Assistência Social,
- ❖ 03(três) Nutrição;
- ❖ 2 (dois) Avaliação Global;
- ❖ 01(um) paciente em uso de medicação do programa Juarez Barboza;
- ❖ Realizada 0(zero) troca de CDL;
- ❖ Realizado 2(dois) implantes de CDL;
- ❖ Realizado 1(um) hemotransfusão;
- ❖ 1(um) óbito de paciente do programa;
- ❖ 01(um) paciente fez uso de antibioticoterapia;
- ❖ 01(um) paciente com CDL longa permanência permcath;
- ❖ 2(dois) pacientes com CDL/ VJD de curta permanência;
- ❖ 1(um) paciente com FAV em processo de maturação.

Pesquisa de satisfação:



Fabiana Pereira do
En:631.893 Nefrologista

Fabiana Pereira do Nascimento
Enfermeira
631893 - ENF.

Nascimento

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 novembro da Policlínica Estadual de Região São Patrício – Goianésia.

Consulta Não Médica Especialidade	Novembro	
	Primeira Consulta	Sessão
Enfermeiro	0	50
Fisioterapeuta	1	382
Fonoaudiólogo	0	0
Nutricionista	0	164
Psicólogo	0	77
Odontologia	0	0
Total	1	673

7.2 – Produção de especialidades médicas

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

Policlínica Estadual da Região São Patrício – Unidade Goianésia			
INSTITUTO CEM			
Produção das Consultas Médicas e Não Médicas - 2022			
Consulta Médica Especialidade	Novembro		
	Primeira Consulta	Interconsulta	Consultas Subsequentes
Cardiologia	88	70	112
Dermatologia	201	31	119
Endocrinologia	186	53	92
Gastroenterologia	65	31	88
Nefrologia	58	15	29

Neurologia	187	36	179
Pediatria	26	4	28
Obstetrícia/Ginecologia	47	49	60
Oftalmologia	181	99	74
Ortopedia/Traumatologia	155	51	207
Otorrinolaringologia	0	36	42
Pneumonia	62	9	23
Reumatologia	86	15	54
Hematologia	0	0	0
Mastologia	28	18	35
Urologia	62	20	45
Médico da Família	10	29	31
Anestesiologia	0	34	0
Psiquiatria	32	0	0
Infectologia	3	0	0
Total	1.477	600	1.218

Paula Báraba de Wasconcelos
 Coordenadora Operacional
Policlinica Estadual da Região São Patricio – Goianésia/GO

