



RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº051/2020

Competência: janeiro/2024

Sumário

1 – Apresentação	3
2 – Ações Voltadas Para Qualidade	4
2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação	4
2.2 – Relatório da Ouvidoria	12
2.3 – Relatório das Comissões	14
2.3.1 – Comissão de Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão	14
2.3.2 – Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente	21
2.3.3 – Comissão de Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde	24
2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente	26
2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde	27
2.3.6 – Comissão de Multiprofissional	29
2.3.7 – Comissão de Avaliação de Análise de Revisão de Prontuários Médicos	31
2.3.8 – Comissão de Proteção Radiologia	37
2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica	39
2.3.10 – Comissão de Verificação de Óbito	42
2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade	44
2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais	46
2.3.13 – Comissão de Ética Médica	49
2.3.14 – Comitê de Ergonomia	52
3 – Atividades Realizadas No Mês	54
4 – Relatório de Recursos Humanos	63
4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos	63
4.2 EPI	64
5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise	66
6 – Produção Assistencial	78
6.1 – Produção de especialidades médicas, não médica e SDTA externo.	78

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 contratado 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 Regional - Unidade de Posse, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, setor Buenos Aires, Posse – GO, CEP: 73.900-000.

A Policlínica Regional - Unidade de Posse, 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.

“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

APRESENTAÇÃO

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

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

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta o resultado da pesquisa de satisfação dos usuários Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, realizada entre os dias 02 a 31 de janeiro de 2024. Os dados obtidos são consolidados por gráficos, para melhor visualização da percepção dos usuários no que se refere ao atendimento geral, limpeza, conforto e estrutura do prédio.

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

2. OBJETIVOS

Certificar do nível de satisfação do usuário para com a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

3. INDICADORES QUALITATIVOS

3.1 Pesquisa de Satisfação Policlínica

A tabela a seguir contém o quantitativo de avaliações ruim, regular, bom, ótimo e excelente em cada setor, e o percentual das avaliações de cada setor do mês de janeiro. O índice de satisfação se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas.

Estes resultados são demonstrados na planilha e gráficos a abaixo.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	EXCELENTE	TOTAL	%
Recepção Central	0	1	1	36	200	238	21%
Enfermagem	0	0	0	1	120	121	11%
Recepção Médica	0	0	6	29	119	154	14%
Consultório Médico	0	1	7	23	123	154	14%
Recepção Imagem	0	0	3	35	100	138	12%
Diagnóstico por Imagem	0	0	3	35	100	138	12%
Recepção Laboratório	0	0	0	11	16	27	2%
Recepção Equipe Mult.	0	0	0	7	21	28	2%
Laboratório	0	0	0	11	16	27	2%
Fisioterapia	0	0	0	7	21	28	2%
Fonoaudiologia	0	0	0	0	0	0	0%
Nutrição	0	0	0	0	19	19	2%
Serviço Social	0	0	0	0	0	0	0%
Assistência Farmacêutica	0	1	4	10	32	47	4%
Psicologia	0	0	0	2	0	2	0%
Total Geral	0	3	24	207	887	1.121	100%
Índice Satisfação	0%	0%	2%	18%	79%	Índice Geral	98%

Gráfico 01: Percentual de avaliação ruim, regular, bom, ótimo e excelente dos atendimentos de cada setor da Policlínica.

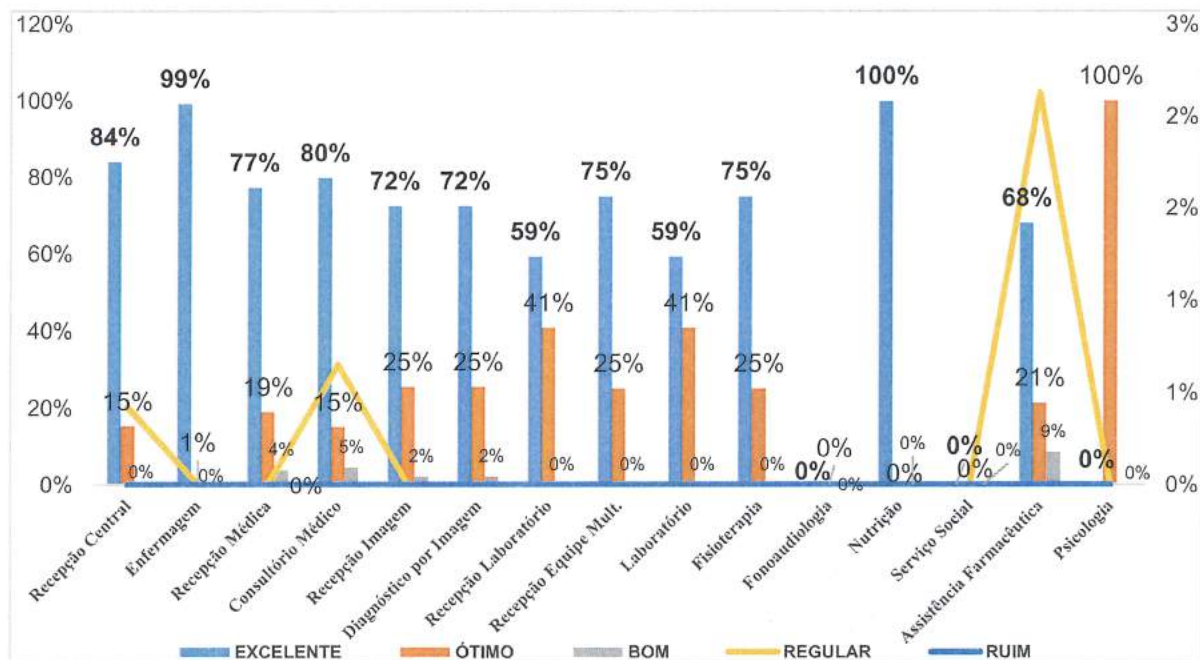
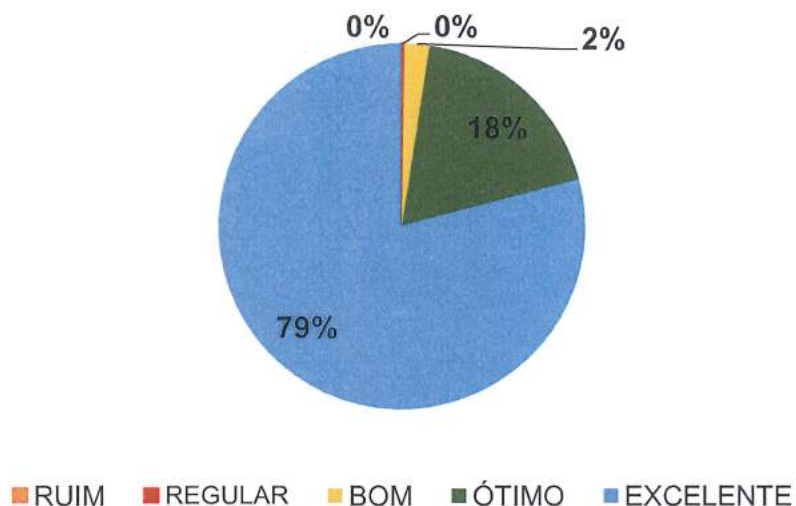


Gráfico 02: Índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento. O índice de satisfação, se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas.



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. Como o índice de satisfação, se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas, neste mês o índice geral foi de 98%.

Como instituição de saúde, nossa prioridade é sempre oferecer um atendimento de excelência aos nossos pacientes, e não medimos esforços para garantir a qualidade e eficiência dos

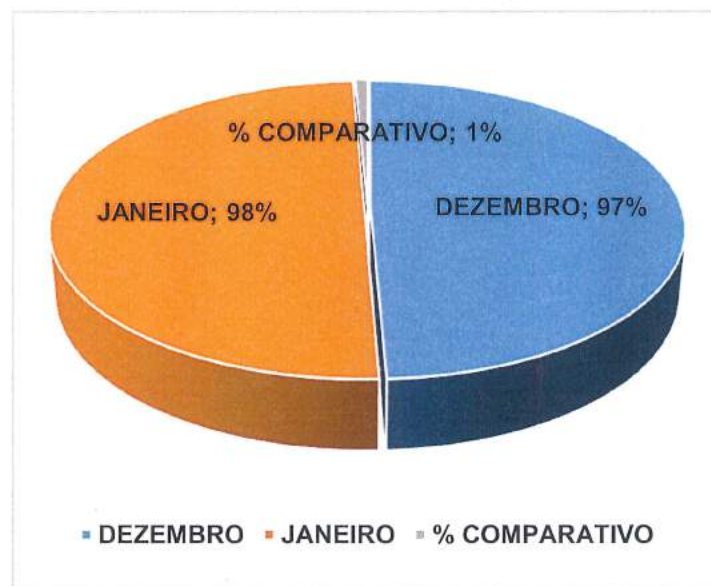
serviços prestados. A gestão busca cada vez mais, prestar um atendimento de qualidade e excelência aos nossos usuários.

3.1.1 Comparativo das avaliações entre os meses outubro/novembro

A planilha a seguir, descreve o quantitativo de pesquisas realizadas e o índice de satisfação, nos meses dezembro e janeiro, esses resultados são demonstrados em gráficos para melhor percepção da aplicação da pesquisa e fazer um comparativo entre os meses.

INDICADORES	DEZEMBRO	JANEIRO	% COMPARATIVO
Ruim	6	3	33%
Regular	4	6	25%
Bom	18	12	-89%
Ótimo	203	355	-39%
Excelente	587	620	-167%
Total Geral de Avaliações	818	996	-131%
Índice Geral de Satisfação	97%	98%	%

Gráfico 03: Comparativo dezembro/janeiro



Quanto aos indicadores, nestes dois meses, não houve alteração no índice de satisfação, no entanto, ao manter um excelente índice de satisfação, demonstra que a Policlínica vem mantendo seu nível de qualidade. A planilha e o gráfico mostra o índice geral de satisfação da Policlínica, que

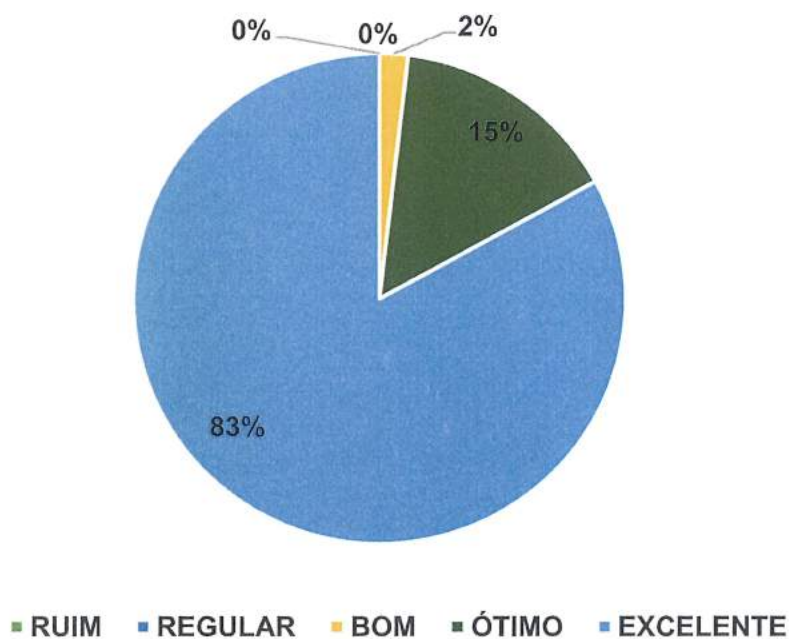
ficou em 98% no índice geral de satisfação. Isso reforça nosso compromisso para manter um atendimento humanizado e de excelência, em nossa unidade de saúde.

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	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	EXCELENTE	TOTAL/MÊS	%
Recepção Central	0	0	2	34	198	234	34%
Enfermagem	0	0	0	0	121	121	18%
Recepção Esp. Médica	0	0	6	20	120	146	21%
Recepção Imagem	0	0	5	31	95	131	19%
Recepção Laboratório/Equipe Multi	0	0	0	19	36	55	8%
Total Geral	0	0	13	104	570	687	100%
Índice de Satisfação	0%	0%	2%	15%	83%	Índice Geral	98%

Gráfico 04: Índice de satisfação



Como pode ser observado na tabela e no gráfico, todos os setores da limpeza estão com um alto índice de avaliação ótima. E o índice geral de satisfação está em 98%, ele se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes. Este índice representa a quantidade de usuários que responderam ótimo e excelentes para a limpeza, estes resultados demonstram a eficiência do serviço de limpeza da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

3.2 Pesquisa de Satisfação Hemodiálise

A pesquisa de satisfação deste mês na hemodiálise foi realizada através de questionário aplicado diretamente aos pacientes, também tinha a opção de ser realizada pelo googleforms, porém somente alguns pacientes se interessou em responder a pesquisa por este método.

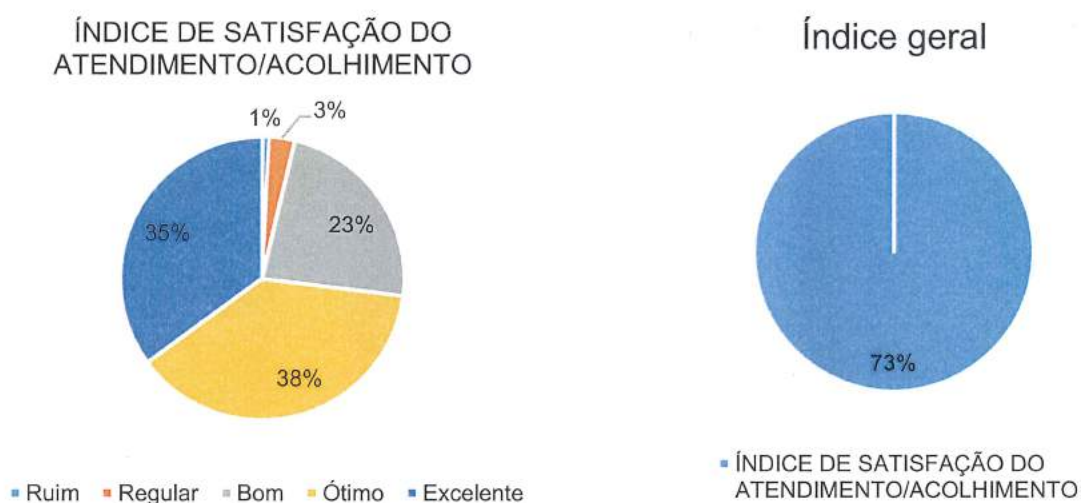
Foi aplicado o questionário a 55 pacientes, sobre atendimento, acolhimento, qualidade e conforto dos serviços ofertados.

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

Como você avalia o atendimento/Acolhimento?	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	Excelente	Total/Mês
Recepção (gentileza, atenção e informações recebidas)	1	3	16	20	15	55
Médico (gentileza e tratamento recebido)	0	2	15	22	16	55
Acolhimento Enfermagem (gentileza e cuidados recebidos)	0	0	10	14	31	55
Fisioterapia (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	2	6	16	19	12	55
Nutrição (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	1	3	13	26	12	55
Psicologia (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	0	2	15	25	13	55
Serviço Social (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	0	0	14	23	18	55
Satisfeito com o lanche servido (qualidade e quantidade)	1	2	18	22	12	55
Conforto (climatização e conforto durante a sessão de hemodiálise)	0	1	10	20	24	55

Limpeza (higienização, climatização e conforto nas dependências)	0	0	3	23	29	55
Satisfeito com o transporte (veículo: conservação, conforto e limpeza)	0	0	9	18	23	50
Satisfeito com o transporte (motorista: gentileza, atenção, habilidade, cuidado e informações recebidas)	0	0	9	18	23	50
TOTAL GERAL	5	19	148	250	228	650
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO	1%	3%	23%	38%	35%	Índice geral = 73%

Gráfico 06: Índice de satisfação do atendimento/acolhimento



Na Hemodiálise, foi avaliada a satisfação em relação ao atendimento/acolhimento Médico, Enfermagem, Equipe Multiprofissional, Transporte e lanche, o índice geral nesses quesitos foi de 73%. Este índice se dá pela soma do total de avaliações respondidas como ótima e excelente.

A pesquisa trouxe bom resultado dos serviços prestados na clínica de hemodiálise. Alguns pacientes reclamaram do atendimento da equipe Multiprofissional, pois, nem sempre eles estão dispostos em receber as orientações desses profissionais. Outros informaram que não gostam de fazer os exercícios que a fisioterapeuta passa, porque nem sempre estão dispostos. Eles informaram que o fato de estar na máquina já é incômodo e ainda fazer exercício incomoda mais.

No geral os pacientes estão satisfeitos com os serviços prestados e com os profissionais que os atendem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os meses a ouvidoria divulga nos grupos da Policlínica os elogios recebidos, estes são direcionados aos colaboradores individualmente e também a equipes. Essa é uma ação motivadora, com o intuito de continuar de um atendimento de excelência e fazendo diferença no atendimento aos nossos usuários.

Com base nos resultados expostos nas tabelas e gráficos, constatou-se que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, vem mantendo seu alto índice de satisfação com pequenas alterações de um mês para outro. Neste mês, as avaliações ficaram com um índice geral de aprovação de 98% no atendimento geral e 98% na estrutura e limpeza. Esses índices indicam resultados satisfatórios e que a Policlínica está no caminho certo.

Na hemodiálise, o índice de satisfação do atendimento/acolhimento ficou em 73%. No entanto, alguns atendimentos receberam ótimas avaliações. A pesquisa da hemodiálise deste mês traz dados que indicam necessidade de melhorias no atendimento/acolhimento. Embora já tenha havido uma melhoria no índice geral de avaliação.

No geral, a Policlínica tem ótima avaliação do atendimento e na limpeza. Esse é o resultado que buscamos e queremos sempre: prestar o melhor serviço da região aos nossos usuários, visando sempre o acolhimento humanizado, eficiente e de qualidade.

5. EMITIDO

Glaucia R. Vieira
Glaucia Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria

2.2 – Relatório da Ouvidoria

1. INTRODUÇÃO

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse é responsável por intermediar a relação entre os usuários e a Gestão, garantindo que os direitos dos cidadãos sejam exercidos e tratados adequadamente. A Ouvidoria tem como missão receber as manifestações encaminhadas pelos usuários da Policlínica e levá-las ao conhecimento de cada responsável pelos setores competentes, para as devidas providências.

No âmbito de suas atribuições, a Ouvidoria deve dar tratamento e responder às seguintes manifestações: sugestão, elogio, reclamação, solicitação, denúncia e pedidos de acesso à informação. Além disso, é importante que a resposta seja dada em linguagem técnica adequada para cada tipo de manifestação.

1.1 Estrutura

A estrutura da Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, conta com uma sala equipada como armário, mesa, computador, impressora e telefone.

1.2 Canais de acesso a Ouvidoria

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, disponibiliza os seguintes canais de acesso.

E-mail: ouvidoria@policlinicaposse.org.br

Telefone: (62) 3142 - 5872

Presencial: Sala da Ouvidoria Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, situada na Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, Setor Buenos Aires, Posse – GO, 73900-000.

2. ATENDIMENTOS

Este relatório apresenta os dados estatísticos referente ao período de 02/01/2024 a 31/01/2024, os quais foram extraídos do Sistema OuvidorSUS. Foram registradas 18 manifestações, 15 pessoalmente e 3 na ouvidoria da SES. Deste total, 14 foram elogios, 03 reclamações e 1 denuncia.

3. MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS

Todas as manifestações de elogio, informação, sugestão, solicitação, reclamação e denúncia são registradas no Sistema OuvidorSuS. Após ouvir e acolher o usuário, as manifestações são registradas, analisadas, classificadas e tipificadas. Em seguida, elas são encaminhadas para o setor responsável que acompanha o desenrolar até o retorno ao cidadão e a finalização da manifestação. Conforme a LEI 13.460 de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa

dos usuários dos serviços públicos da administração pública, o setor responsável terá 20 dias para enviar um parecer conclusivo. Esse prazo pode ser prorrogado por igual período uma única vez e de forma justificável.

3.1 Canais de atendimento e origem das manifestações

Os canais de atendimento disponíveis são: carta, e-mail, pessoalmente ou por telefone. Neste mês todas as manifestações desta ouvidoria foram registradas de forma presencial.

3.2 Classificação das manifestações

As manifestações podem ser classificadas como **elogio, informação, sugestão, solicitação, reclamação e denúncia**. Durante este período acima citado, foram registradas 15 manifestações na ouvidoria. O tipo mais comum de manifestação foi o elogio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os resultados no período citado, concluímos que das manifestações recebidas por esta ouvidoria, 93,3 foram de elogios, 6,67% foram de reclamações. As manifestações foram registradas por meio de atendimento presencial.

Além da alimentação do Sistema OuvidorSUS, recebemos pacientes que muitas vezes precisam de orientação para dar prosseguimento no atendimento. Nestes casos, orientamos os pacientes sobre o que deve ser feito e em seguida alimentamos o sistema com a disseminação de informação. Nesta situação não registramos essa informação como manifestação, mas sim como informação que foi repassada.

5. EMITIDO

Gláucia R. Vieira
Gláucia Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria

2.3 – Relatório das Comissões

2.3.1 – Comissão de Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão

1.0 APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse tem como finalidades ações educativas com intuito de informar, educar e conscientizar sobre informações importantes e relevantes de saúde, seguindo os preceitos da educação continuada, entendendo que este é um complemento à formação do profissional, aperfeiçoando o aprendizado e desenvolvimento de habilidades que serão primordiais para o crescimento do colaborador dentro da empresa e fora dela.

O NEP é constituído por no mínimo 6 (seis) membros, de caráter multidisciplinar, estes aos quais foram indicados pela Diretoria-Geral da Policlínica Estadual da Região Nordeste-Posse. Porém pode haver indicação a novos membros por gestores ao qual estes serão submetidos à apreciação e aprovação em reunião colegiada do NEP.

As atribuições deste NEP são: Planejar e executar apoio aos treinamentos realizado na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse e de forma externa. Acompanhar o desenvolvimento dos profissionais, avaliar cada treinamento quanto sua eficácia, eficiência e efetividade na unidade, realizar o Plano Anual de Treinamento da Unidade. Estabelecer e aplicar diretrizes de educação continuada, permanente e de extensão na unidade. As demais cabem ressaltar que este NEP, contém inúmeras outras atribuições e competências inerentes a área educacional (treinamento, formação, capacitação e desenvolvimento).



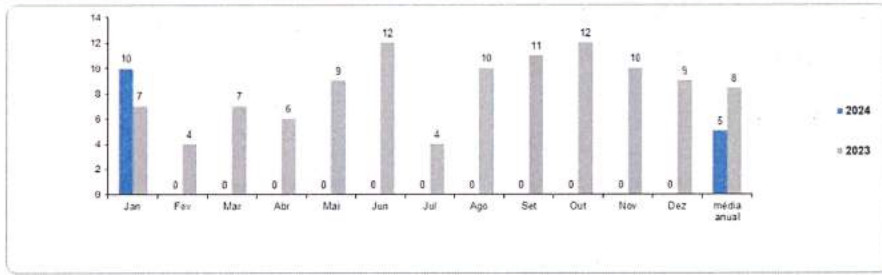
Os membros que compões este NEP:

- ✓ Daiane Alves Cavalcante – Coordenadora NEP
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – RT de Enfermagem
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutica
- ✓ Diego Mendoza – Médico
- ✓ Thaíse Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira SCIRAS
- ✓ Thayanne de Souza Silva – Enfermeira

2 – INDICADORES DE PRODUÇÃO E METAS QUANTITATIVAS

Os indicadores de produtividade são usados principalmente para medir e monitorar de perto o processo de serviços prestados. Esta é uma boa prática de gestão e pode desempenhar um papel importante na tomada de decisões.

1.1 PRODUÇÃO QUANTITATIVA

 		NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
		FORMULÁRIO												
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		FOR/NEP 01						Revisão: 03			vigência: 30/10/2025			
		Ações educativas realizadas						Data da Análise: 31/1/2024			Período/Ano analisado: jan/24			
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de ações educativas realizadas	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2024	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2023	7	4	7	6	9	12	4	10	11	12	10	9	8	8
Processo: Programa de educação permanente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Formula: Somatória das ações realizadas														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Daiane Cavalcante														
Observações: quantificar as ações previstas não realizadas e as justificativas.														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.														

Análise Crítica: O indicador permite avaliar o quantitativo de ações e treinamento realizado durante todos os meses, tendo em vista sobre o que cada mês realiza e produz, colocando pontos onde necessita melhorar, adequar e que o quantitativo não seja inferior aos outros meses.

2.1.1 NEP (NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE)

TREINAMENTOS REALIZADOS NA POLICLÍNICA DE POSSE

<u>TREINAMENTO</u>	<u>PROPOSTA DA DATA</u>	<u>MINISTRANTE</u>	<u>QUANTOS PARTICIPANTES</u>
Treinamento Protocolo de Coagulação Sanguínea	18/01/2024 e 19/01/2024	Frederico Antônio	16
Treinamento Protocolos de Segurança do Paciente	18/01/2024	Thaise Ynara	23
Treinamento de Administração de Medicamento Segura	18/01/2024	Barbara Rhuanna	23
Treinamento Sobre o Uso de EPI	18/01/2024	Cledimar Bispo	23
Treinamento Comunicação Efetiva/Comunicação não Violenta	29/01/2024	Karliene Pereira	19

CARGA HORÁRIA TOTAL DOS TREINAMENTOS REALIZADOS

TREINAMENTO	DATA	QUANTOS PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA TOTAL
Treinamento Protocolo de Coagulação Sanguínea	18/01/2024 e 19/01/2024	16	3 Hora
Treinamento Protocolos de Segurança do Paciente	18/01/2024	23	1 Hora
Treinamento de Administração de Medicamento Segura	18/01/2024	23	1 Hora
Treinamento Sobre o Uso de EPI	18/01/2024	23	1 Hora
Treinamento Comunicação Efetiva/Comunicação não Violenta	29/01/2024	19	1 Hora

AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DOS TREINAMENTOS DE JANEIRO 2024

TREINAMENTO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA
Treinamento Protocolo de Coagulação	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 18 e 19 de janeiro de 2024 pelo RT de enfermagem do setor seguindo o cronograma de capacitações estabelecido. Seguindo as orientações de segurança do paciente em diálise, foi elaborado protocolo de prevenção de coagulação de circuito extracorpóreo durante a sessão de hemodiálise, afim de reduzir a ocorrência do risco coagulação e perda sanguínea por sangramento.
Treinamentos Protocolos de Segurança do Paciente	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 18 de janeiro de 2024 pela enfermeira SCIRAS. Inicialmente, orientamos a equipe sobre a importância do núcleo de segurança do paciente, que foi criado para promover e apoiar a implementação de ações voltadas a segurança do paciente. Foi explicado cada meta do protocolo de segurança do paciente separadamente.
Treinamento de Administração de Medicamento Segura	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 18 de janeiro de 2024, o treinamento foi realizado pela farmacêutica Barbara Rhuanna, abordando a temática da segurança do paciente. Um dos assuntos temáticos da segurança do paciente esta o uso e administração segura relacionada a medicamentos, tendo em vista o elevado potencial de risco, a frequência, a gravidade e a recorrência de danos ao paciente.

Treinamento Sobre o Uso de EPI	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 18 de janeiro de 2024, sobre a importância do uso de EPI's aos colaboradores para que todos possam ter conhecimento do uso correto de EPI e para dar proteção a estes profissionais, reduzindo riscos e as ameaças destes profissionais na sua atividade laboral. O uso de EPI é obrigatório para todos os colaboradores, é fundamental para garantir a saúde e a proteção dos colaboradores, evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho.
--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AÇÕES EDUCATIVAS

AÇÃO EDUCATIVA	DATA	PÚBLICO ALVO	CARGA HORÁRIA TOTAL
Janeiro Branco e Roxo	05/01/2024	Pacientes	1 hora
Dia Mundial da Paz	09/01/2024	Colaboradores	1 Hora
Conscientização dos cuidados com a Saúde Mental	09/01/2024	Pacientes	1 Hora
Dia Nacional do Farmacêutico	23/01/2024	Pacientes	1 Hora
Atendimento Humanizado: Crescendo com a Saúde e Nutrição	23/01/2024	Pacientes	1 Hora

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

Matriz de Prioridade (GUT)							
Descrição do problema	Gravidade		Urgência		Tendência		Prioridade Final
	Pouco Grave	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai Piorar em médio prazo	3	
Cronograma de ações treinamentos	Pouco Grave	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai Piorar em médio prazo	3	18
Cursos online	Pouco Grave	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai Piorar em médio prazo	3	18
Falha em não entregar o relatório mensal	Pouco Grave	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai Piorar em médio prazo	3	18

4.0 MELHORIA CONTINUA

4.1 RESOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO

O NEP (NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE), é um espaço destinado ao desenvolvimento do conhecimento, nas áreas de competências, cursos ofertados, assim como treinamentos e palestras. Além de serem certificados. E também são ofertadas vagas para estagiários.

Treinamento Protocolo de Coagulação Sanguínea



Treinamento Protocolos de Segurança do Paciente



Treinamento de Administração de Medicamento Segura



Treinamento Sobre o Uso de EPI



Treinamento Efetiva/Comunicação não Violenta



5.0 PLANO DE AÇÃO (5W2H)

O método 5W2H é uma ferramenta de gestão utilizada para definir direcionamentos estratégicos de um plano. A ideia é responder sete perguntas básicas para entender quais são os próximos passos necessários para que aquele projeto inicial seja colocado em prática.

PLANO DE AÇÃO (5W2H)						
What	Why	Who	Where	When	How	How Much
O que?	Por que?	Quem?	Onde?	Quando?	Como?	Quanto?
Melhorar os cursos ofertados para os colaboradores	Não é eficaz	Nep	Policlínica	Mensal	Sites, links	-
Assinatura dos certificados de treinamentos	Estão sem assinar	Diretoria	Policlínica	Mensal	Assinatura	-
Cronograma anual de treinamentos	Acompanhamento dos treinamentos	NEP	Policlínica	Anual	Planilha	-
Cursos Online	Melhorar a oferta	NEP	Policlínica	Mensal	Cronograma	-

6.0 ANÁLISE S.W.O.T

FORÇAS

Oportunidade;
Interesse em aprender;
Proatividade;
Material.

FRAQUEZAS

Falta de orientação;
Falta de Treinamento;
Demanda do setor;
Cobranças.

OPORTUNIDADES

Capacitação para o NEP sobre a função

AMEAÇAS


A falta de capacitação

7.0 CONCLUSÃO

O departamento NEP é fundamental para o andamento e funcionamento do processo que é desenvolvido na unidade, pois ele permite avaliar o desenvolvimento profissional, assim como avaliação do processo e como ele é executado.

Os indicadores é uma forma de medir esses dados, podem ser quantificados e permitem comparações.

Conforme relatório do mês de janeiro/2024, o Núcleo de Educação Permanente está realizando suas atividades de ações e palestras, porém cursos online para aperfeiçoamento dos colaboradores, no intuito da educação continuada, não está sendo eficaz e desenvolvido, entendemos que existe a necessidade de ofertar um maior número eficiente desses cursos e treinamentos, porém ressalta-se a falta de tempo livre do setor, devido a sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções.


Daiane Alves Cavalcante
Presidente da Comissão NEP

2.3.2 – Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma comissão consultivo e deliberativo que opera em conjunto com a Diretoria Técnica da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse. Sua principal missão é fornecer suporte à Diretoria Técnica no estabelecimento de políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura de assistência ambulatorial voltada para a segurança dos pacientes.

O NSP é responsável pelo planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que visam garantir a qualidade dos processos assistenciais na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse. Seu objetivo é assegurar que todos os pacientes recebam cuidados seguros e eficazes, por meio da implementação de medidas preventivas e corretivas. Em suma, o NSP desempenha um papel fundamental na melhoria contínua dos serviços prestados pela Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, trabalhando em estreita colaboração com a Diretoria Técnica para garantir a segurança e a qualidade do atendimento ambulatorial.

1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta um resumo abrangente das atividades, reuniões e ações realizadas pela Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na Unidade Policlínica da Região Nordeste - Posse ao longo do último mês. A Comissão do NSP desempenha um papel fundamental na promoção de uma cultura de assistência ambulatorial centrada na segurança do paciente, em estreita colaboração com a Diretoria Técnica.



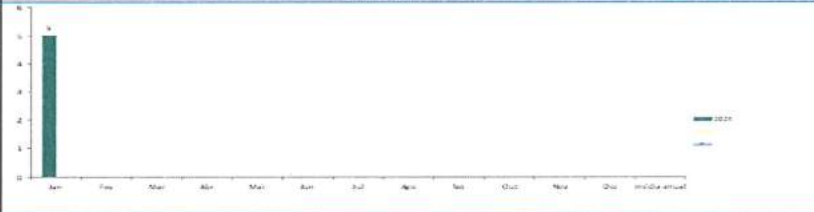
1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- ✓ Anisia Vieira de Barros – Núcleo de Qualidade
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutico
- ✓ Frederico Antonio e Silva -- Enfermeiro RT Hemodiálise
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo
- ✓ Nathalia Cristina Batista Oliveira – Enfermeira Hemodiálise
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira – Presidente
- ✓ Thálita Ribeiro Luiz – Biomédica

2. OBJETIVOS

Este relatório apresenta as atividades e reuniões realizadas pela Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na Unidade Policlínica da Região Nordeste - Posse, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde. O objetivo dessas ações é disseminar informações e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, intervindo em situações que possam ser prejudiciais à vida e à saúde dos pacientes.

3. INDICADORES:

 		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE																																							
		FORMULÁRIO																																							
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																							
		FORMNSP-01				Revisão: 03				Edição: 30/10/2020																															
		Data de Análise: 31/1/2024						Período (Ano anterior): 2023																																	
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês		Eventos Adversos																																							
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente		CADOS MENSAIS																																							
Fórmula: Soma da quantidade de eventos adversos		<table border="1"> <thead> <tr> <th>2023</th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Maio</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>Média Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual	5													
2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual																												
5																																									
Valor médio do ano anterior: Não se aplica		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																							
Responsável pela análise: Thaise Ynara																																									
Observações: Todo incidente, evento adverso deve ser notificado e encaminhado ao NSP.		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																							
		Análise do Resultado: Panorama de JANEIRO/2024: No mês de janeiro de acordo com o indicador obteve um total de cinco notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.																																							

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

Durante o mês de janeiro, ocorreram cinco notificações de incidentes ou eventos adversos.

Treinamento sobre Protocolos de Segurança do Paciente. A ação foi realizada na Policlínica de Posse-GO, no dia 18 de janeiro de 2024 pela Enfermeira Sciras e a Farmacêutica. O objetivo do treinamento é capacitar, instruir e aprimorar os colaboradores e conscientizar sobre a importância do núcleo de segurança do paciente e seus protocolos de segurança do paciente.

Inicialmente, orientamos a equipe sobre a importância do núcleo de segurança do paciente, que foi criado para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Explicamos cada meta do protocolo de segurança do paciente separadamente.

Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

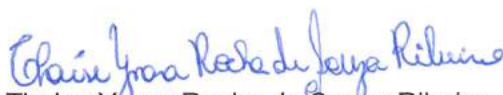
Foi realizado dia 26/01/2024, auditoria junto com analista de qualidade no laboratório, utilizamos um formulário para verificar se o setor auditado está em conformidade com as normas estabelecidas, incluindo documentos, limpeza, infra estrutura física, rotina e técnicas dos colaboradores.

Em 30/01/2024, a comissão realizou uma reunião onde foi discutida a importância de treinamentos sobre notificações de incidentes e eventos adversos nos setores, já que alguns setores ainda têm dificuldades com isso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o relatório referente ao mês de janeiro de 2024, a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente tem conduzido regularmente suas reuniões mensais com o objetivo de disseminar informações pertinentes relacionadas ao NSP, nosso foco é melhorar a segurança do paciente com novas implementações.

6. EMITIDO



Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro

Enfermeira SCIRAS - COREN N° 511424/GO

Presidente da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente

2.3.3 – Comissão de Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um grupo de profissionais da área de saúde, designados para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da unidade hospitalar.

Já a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) tem por finalidade constituir um suporte operacional do Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, que compreende o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima da incidência e da gravidade das infecções.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório visa destacar as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção (CCI) na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse - GO. A CCI desempenha um papel fundamental na prevenção e no controle de infecções hospitalares nessa unidade de saúde. O relatório aborda as iniciativas implementadas, os programas estabelecidos e as estratégias adotadas pela CCI para garantir a segurança dos pacientes e a redução da incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde. Essas ações são fundamentais para promover um ambiente saudável e de qualidade, proporcionando uma assistência segura e eficaz aos pacientes atendidos na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse - GO.


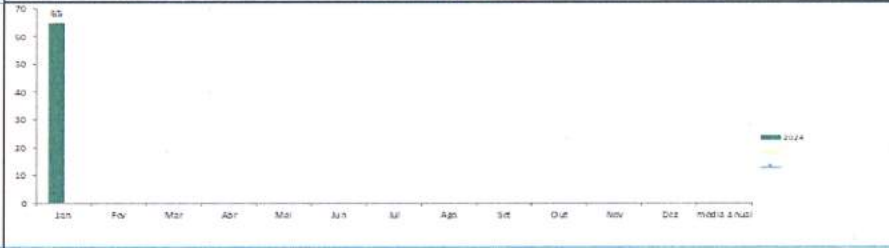
1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Coordenadora RT – Membro
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Membro – Farmacêutica
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – RT Médico – Membro
- ✓ Thaise Ynara- Enfermeira CCIH SCIRAS – Membro
- ✓ Thálita Ribeiro Luiz – Biomédica – Membro

2. OBJETIVOS

O objetivo deste relatório é atender às diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

3. INDICADORES

		FORMULÁRIO											
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR											
		FOR: NOSP-01						Revisão: 03			Atualização: 30/10/2025		
Treinamentos/Capacitações em prevenção, rondas sobre controle de infecção		Data da Análise: 31/1/2024						Período a ser analisado: jan/24					
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos/capacitações na unidade	DADOS MENSUAIS												
	2024	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agô	Set	Out	Nov	Dez
Processo: Programa SCIRAS	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
Fórmula: Somatória da quantidade de treinamentos													
Valor médio do ano anterior: Não se aplica													
Responsável pela análise: Thaise Ynara													
Observações: Os treinamentos são feitos de acordo com a necessidade dos setores ou por solicitações de maiores													
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador foi realizadas três capacitações e sessenta e duas rondas na unidade e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.													

Análise Crítica: O indicador permite avaliar o quantitativo de treinamentos/ capacitações realizadas durante o mês, para verificar se está sendo eficaz o quantitativo desses treinamentos avaliando assim desempenho da mesma.

4. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ Durante o mês de janeiro houve duas notificações do IRAS na hemodiálise.
- ✓ No mês de janeiro, foram realizadas rondas, busca fonada e busca ativa na hemodiálise.
- ✓ Na reunião da comissão, foi discutido sobre realizar um treinamento sobre as notificações de agravos e doenças para os colaboradores, pois os mesmos ainda têm muitas dúvidas. A enfermeira Sciras e a assistente administrativa do NVE estão organizando, junto com a coordenadora de vigilância epidemiológica do município, um treinamento sobre as notificações, principalmente a de dengue, pois estamos em surto de dengue e a notificação de chagas. Momento dos colaboradores sanarem suas dúvidas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, este relatório destaca as atividades realizadas pela Comissão de Controle de Infecção (CCI) na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse – GO.

Durante a reunião, abordamos o treinamento que recebemos em Goiânia, compartilhamos nossas experiências, nossa preparação para a ONA e identificamos melhorias para o setor SCIRAS.

6. EMITIDO

Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro

Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro

Enfermeira SCIRAS - COREN N° 511424/GO

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

2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente

APRESENTAÇÃO

A comissão Interna de Prevenção de Acidentes – 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.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório demonstra as atividades realizadas pela CIPAA, locado na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com a realização da reunião mensal referente ao mês de janeiro 2024, que aconteceu no dia 29 de janeiro às 11:00 horas.

MEMBROS DA COMISSÃO CIPA


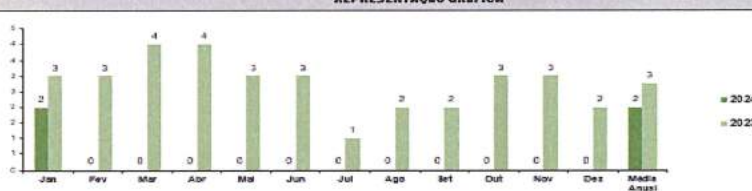
- ✓ Anisia Vieira de Barros – Assistente de Ouvidoria (Representante convidada)
- ✓ Erika Denise Sateles dos Santos – Técnica de Enfermagem (representante eleita)
- ✓ Kalyson Moreira da Silva – Fisioterapeuta (representante eleito)

2. OBJETIVOS

A Comissão Interna de Prevenção de Acidente e Assédio – CIPAA designa a cautela de acidentes e males relacionados ao trabalho, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, o cuidado a vida e a saúde do trabalhador.

Os objetivos da reunião foi discutir as ações realizadas no mês dezembro, e definir a programação das ações do mês de janeiro em que a CIPAA poderá realizar ou participar.

3. INDICADORES

		COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO																																																				
		FORMULÁRIO																																																				
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																				
		FOR.NOSP.01	Revisão: 02									vigiância: 29/01/2025																																										
		AÇÕES DA CIPAA			DADOS MENSAIS																																																	
		Data de Realizaç:			Período das análises:																																																	
		29/01/2024			jan/24																																																	
<p>Objetivo de medição: Identificar e quantificar as ações da CIPAA que foram realizadas</p> <p>Processo: Ações da CIPAA</p> <p>Fórmula: Somatória das ações realizadas no mês</p> <p>Valor médio do ano anterior: Não se aplica</p> <p>Responsável pela análise: Anisia Vieira</p> <p>Observações: Quantificar as ações previstas não realizadas e as justificativas</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></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>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>Média Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>													Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual	2024	2												2	2023	3	3	4	4	3	3	1	2	2	3	2	2	3
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual																																								
	2024	2												2																																								
	2023	3	3	4	4	3	3	1	2	2	3	2	2	3																																								
	<p>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</p> 																																																					
<p>ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p> <p>Resumo de Resultados/Programa de JANEIRO/2024: Durante o mês de janeiro foram realizadas ações em que CIPAA esteve presente.</p>																																																						

Análise Crítica: O indicador permite avaliar o quantitativo de ações realizadas durante o mês de janeiro, para verificar se está sendo eficaz o quantitativo dessas ações e avaliar o desempenho da mesma.

4. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ Iniciamos a reunião sobre a atuação da CIPA dentro da unidade;
- ✓ Discutimos sobre as ações realizadas no mês em que houve a participação da CIPAA, como a ronda na implantação do regimento interno das copas dentro da unidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a comissão está ativa com responsabilidade diante das solicitações para melhorias dos processos de segurança da unidade, a fim de evitar qualquer tipo de acidente de trabalho, prezando sempre pela segurança e bem-estar dos pacientes e colaboradores. Neste entendimento, esta comissão demonstra atividades pertinentes e preocupações quanto ao cronograma de ações estabelecido pela comissão.

6. EMITIDO


Anisia Vieira de Barros
Presidente da Comissão
Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPAA)

2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde foi criada com objetivo de elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo ações relativas a: adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando o controle dos resíduos de serviços de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Durante a reunião da comissão, juntamente com os membros, foi discutida a importância da revisão do PGRSS, de acordo com a RDC 22/2018, incluindo o setor de farmácia, conforme intimação da Suvisa. Orientações para os profissionais da higienização e limpeza da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, a importância de da separação dos galões utilizados na hemodiálise e manejo dos produtos químicos para coleta segura por parte da empresa contratada. Orientação aos colaboradores da limpeza quanto ao manejo correto dos resíduos na parte interna desta unidade de saúde.



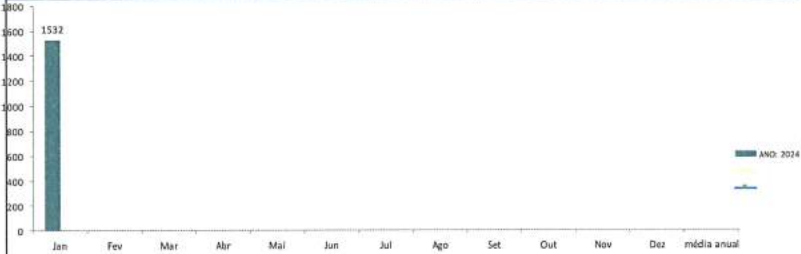
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde.

- ✓ Adrielly Nunes da Silva– Coordenadora RT Enfermagem
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão– Farmacêutica
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho
- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Coordenação Operacional
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro- Enfermeira Sciras

2. OBJETIVOS

Recomendar ações para a prevenção de infecções relacionadas com os resíduos em serviços de saúde, assegurando que as normas e procedimentos sejam aplicados de acordo com estas as recomendações necessárias e apoiar a Comissão de Gerenciamento de Resíduos nos treinamentos a serem realizados.

3. INICADORES

 		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		PGRSS						Revisão: 03			vigência: 30/10/2025			
								Data de Análise:			Período/Ano analisado:			
								31/1/2024			jan/24			
Objetivo de medição: para saber o quantitativo de resíduos coletados no mês.	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	ANO: 2024	1532												
Processo: gestão de quantidade de resíduos infectante e perfurocortantes coletados nesta unidade de saúde.	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: somatoria da quantidade de documentos não conforme.														
Valor médio do ano anterior: não se aplica.														
Responsável pela análise: Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro														
Observações: Quantificar documentos não conformes e recolher para o NQ para sua validação;														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de Janeiro/2024: No mês de Janeiro. Foram coletados:1.163,300 Kg de Resíduos do Grupo A, 334,500 Kg de Resíduos do Grupo B e Resíduos do Grupo E. Totalizando 1.531,800 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de Janeiro 2024.														
													34,0 Kg de	

Análise Crítica: O indicador permite avaliar o quantitativo de ações realizadas durante o mês de janeiro, para verificar se está sendo eficaz o quantitativo dessas ações e avaliar o desempenho da mesma.

4. AÇÕES REALIZADAS

Neste mês de janeiro, a enfermeira Sciras enviou um e-mail para a empresa Centro-Oeste para verificar se a empresa realiza o descarte do resíduo químico, ácido peracético e se é possível enviar o produto na próxima coleta de resíduos.

A empresa Centro-Oeste não está cumprindo o contrato, e os galões do grupo B não estão sendo completamente coletados. A coordenadora operacional foi informada formalmente sobre essa situação, e tomaremos as medidas necessárias.

Neste mês de janeiro foram coletados; 1.163,300 Kg de Resíduos do Grupo A, 334,500 Kg de Resíduos do Grupo B e 34,0 Kg de Resíduos do Grupo E. Totalizando 1.531,800 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de janeiro de 2024.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui – se que a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde está ativa e atuante dentro de suas atribuições realizando as atividades programadas mensalmente com eficiência, de forma engajada, a fim de melhorar a cada dia os serviços relacionados aos resíduos de saúde e segurança dos colaboradores e pacientes desta unidade de saúde.

6. EMITIDO

Thaise Ynara Rocha De Souza Ribeiro
COREN - N° 511424 G

Presidente da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

2.3.6 – Comissão de Multiprofissional

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Ética Multiprofissional é de natureza técnica e com funções assistenciais. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das ações da equipe multiprofissional da Policlínica Estadual Região Nordeste-Posse.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório demonstra as atividades realizadas pela Comissão de Ética Multiprofissional, localizado na Policlínica Estadual Região Nordeste - Posse. Houve reunião in loco,

no dia 26 de janeiro de 2024 às 12:40h. A referida reunião ocorre mensalmente e no decorrer do relatório serão apontadas as discussões do grupo, as ações que foram realizadas e as programações futuras.

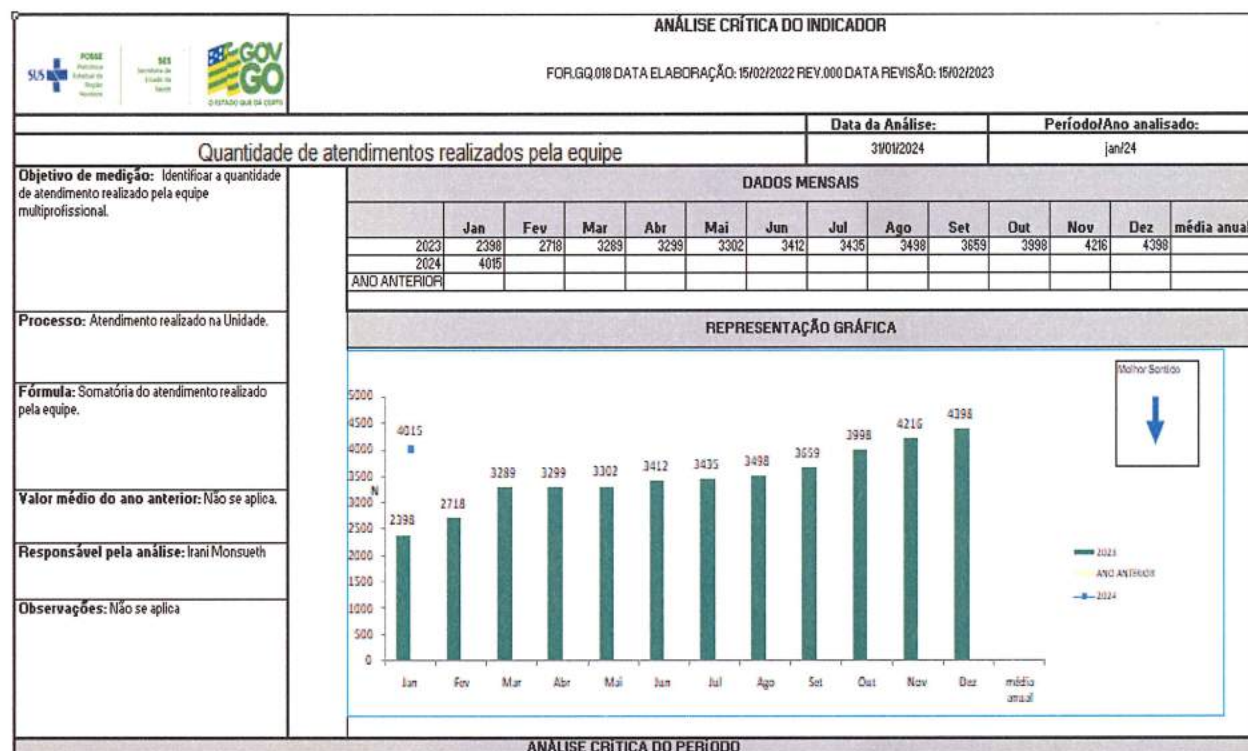
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Ética Multiprofissional

- ✓ Irani Monsueth Alves Almeida–Assistente Social – Presidente
- ✓ Kamylla Divina Britodo Carmo–Enfermeira – Vice - Presidente
- ✓ Hanna Nobre Liah–Nutricionista – Membro
- ✓ Danubia Rafaela Oliveira Neves Santi – Fisioterapeuta–Membro
- ✓ Kalyson Moreira da Silva – Fisioterapeuta - Membro
- ✓ Dieime Darck Pimentel da Silva – Fonoaudióloga-Secretaria

3. OBJETIVOS

Verificou-se que não houve nenhuma demanda/notificação quanto à prática dos profissionais da equipe multiprofissional que envolva questões éticas. Falamos sobre a decoração da unidade e as palestras que serão realizadas durante o mês de fevereiro de 2024.

4. INDICADORES:



Análise do Resultado/Panorama de Janeiro 2024: No mês janeiro, comparado ao mês de dezembro 2024, houve um aumento no quantitativo de atendimentos.

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar o desempenho do quantitativo dos atendimentos realizados pela Equipe Multiprofissional, analisando se estão de acordo com a meta.

4. AÇÕES REALIZADAS

A comissão realizou a decoração da Policlínica de acordo com os temas voltados para janeiro branco e roxo, fez palestras em alusão a prevenção da hanseníase e como proteger a mente. As palestras e dinâmicas foram voltadas para os servidores e para os usuários da Policlínica, a fim que todos tenham conhecimento acerca do tema.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comissão está realizando as atividades programadas mensalmente com eficiência de forma engajada, a fim de melhorar a cada dia o atendimento prestado aos usuários da Unidade.

6. EMITIDO



Irani Monsueth Alves Almeida
Assistente Social
Presidente da Comissão de Ética Multiprofissional

2.3.7 – Comissão de Avaliação de Análise de Revisão de Prontuários Médicos

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuário Médico é uma comissão responsável pela avaliação e monitoramento da documentação médica produzida durante o atendimento a pacientes em instituições de saúde. Seu objetivo principal é garantir a qualidade e segurança dos registros clínicos, bem como a conformidade com as normas e legislações vigentes.

A CARPM se reúne ordinariamente na PRIMEIRA segunda – feira do mês para realizar a revisão sistemática, por amostragem, dos prontuários médicos digitais da Policlínica Estadual da Região do Nordeste Goiano.

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE ANÁLISE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS


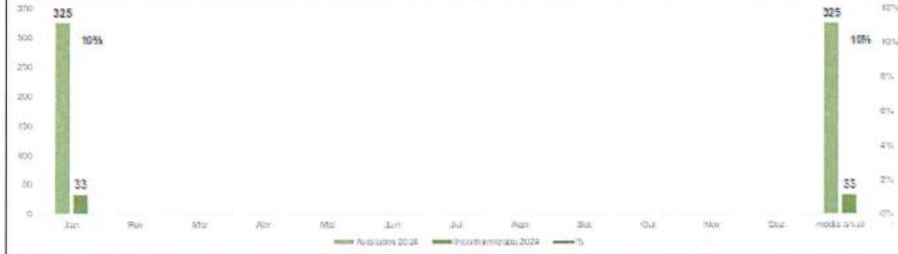
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira RT – Membro
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico Diretor Técnico – Presidente
- ✓ Emerson Cláudio Figueiredo de Castro – Médico – Vice-Presidente
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo – Membro
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira Sciras – Membro

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

Ficha Técnica do Indicador	
Título: Número de Prontuários Incompletos	
Origem: Sistema de registro digital de prontuários médicos – MV.	
Nível da informação: Resultado, tático e Operacional	
Dimensão da qualidade: Indicador relativo de qualidade.	
Descrição do numerador: Números de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tópicos: Identificação, Hipótese Diagnóstica, História da Doença Atual; Conduta.	Descrição do denominador: Número de atendimentos no mês analisado.
Método de cálculo: dá-se pela razão entre o número de prontuários inconsistentes pelo número de atendimentos no mês, realizada por amostragem aleatória em 10% dos prontuários.	
Meta: Valor aceitável.	
Definição de termos: É considerado não conforme quando houver falha no registro de 1 item dos 4 tópicos.	
Limitações: Precocidade da inauguração da unidade. Rotatividade dos profissionais médicos. Médicos com primeiro contato com o sistema MV.	
Fonte dos dados: Relatórios de produtividade extraídos do sistema MV.	

	COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO													
	FORMULÁRIO													
	ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
FOR. CARPM.01						Revisão: 02			vigiência: 30/10/2025					
Notificações de Incidente e Eventos Adversos						Data da Análise: 08/01/2024			Período/Ano analisado: Jan/23					
Objetivo de medição: Definir números de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tipos: Identificação, Hipótese Diagnóstica, História da Doença Atual, Conduta.	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	Avaliados 2024	325												325
	Inconformidade 2024	33												33
														10%
														10%
														10%
Processo: Coleta de informações do relatório de produtividade extraídos do sistema MV	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Dá-se pela razão entre o número de prontuários inconsistentes pelo número de atendimentos no mês, realizada por amostragem aleatória em 10% dos prontuários.														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: DR. DIEGO MENDOZA GOUVEIA														
Observações: Meta valor aceitável														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO 2024: 3251 prontuários, 325 prontuários avaliados, 33 inconsistentes.														

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

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: **05/12/2023 a 08/01/2024**

Tipo de atendimento: Ambulatório

Houve o levantamento de 3.251 consultas registradas nesse período. Para fins de seleção dos prontuários a serem analisados, realizamos a divisão de forma proporcional, considerando a quantidade de atendimentos no mês de cada especialista.

As proporcionalidades são apresentadas a seguir:

1. Alex de Santana Vidaurre: 33 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
2. Alisson Rodrigues Botelho: 27 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
3. Bruno Araujo Lucena: 351 prontuários, 35 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
4. Bruno Lelitscew da Bela Cruz: 67 prontuários, 7 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
5. Bruno Machado Nascimento: 64 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.

6. Claudio Antonio Maximo Rego: 146 prontuários, 15 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
7. Debora Vilela Cunha: 35 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
8. Deybson Augusto dos Santos: 26 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
9. Dimitri Carvalho Homar: 58 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
10. Diogo Viriato Silva Rodrigues: 26 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
11. Emerson Claudio Figueiredo: 462 prontuários, 46 prontuários revisados, 7 inconformidades encontradas.
12. Esau Furini Ferreira Barros: 109 prontuários, 11 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
13. Flavio Vieira Machado: 18 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
14. Gabriel Ravazzi dos Santos: 21 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
15. Grasielle Rodrigues Santana: 33 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
16. Henrique Stefanelo Jonas: 62 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
17. Isabel Maria Araujo Guimaraes: 24 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
18. Joao Carlos Gondim Magalhaes: 367 prontuários, 37 prontuários revisados, 6 inconformidades encontradas.
19. Joao Pitaluga Neto: 16 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
20. Júlio Cezar Meirelles Gomes: 17 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
21. Keila Messias Takahashi: 160 prontuários, 16 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
22. Lissandro Vargas Pinheiro: 112 prontuários, 11 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
23. Marçal Cristiano Xavier Sout: 30 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
24. Marcelo de Paula Abreu Silva: 159 prontuários, 16 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
25. Marlon Amâncio Lima: 225 prontuários, 23 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

26. Merandolino Queiroz Moreira: 125 prontuários, 13 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
27. Nathalia Nunes dos Santos: 182 prontuários, 18 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
28. Paula Menezes de Aquino Ram: 24 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
29. Rafael Dias de Sousa: 85 prontuários, 9 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
30. Raphael Felipe Freua Fontes: 67 prontuários, 7 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
31. Rodrigo Gomes de Oliveira: 35 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
32. Rodrigo Kouzak Mayer: 85 prontuários, 9 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

- Prontuários: 3.251
- Prontuários Avaliados: 325
- Inconformidades: 33

O "checklist" 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:

Número de prontuários incompletos: 33, representando 10,02% dos prontuários analisados preenchidos de forma inadequada.

Em 5 dos casos, não foram identificados registros de evolução médica.

Em 6 prontuários avaliados, não foram encontrados registros do exame físico.

5. AÇÕES REALIZADAS:

1. Notificar colaboradores médicos para adequação e oferecer novo treinamento da Equipe médica através de aplicativo de mensagens e vídeos.
2. Elaborar e executar vídeos de treinamento sobre SBAR e necessidade de utilização da ferramenta.
3. No dia 19/01/2024, em celebração ao Janeiro Branco, a Comissão, em parceria com o Dr. Marçal Cristiano Xavier Souto (CRM: 20731-GO), Médico especializado em atendimento de transtornos mentais, promoveu uma palestra enriquecedora para pacientes e colaboradores da Policlínica de Posse. Durante o evento, foram abordados temas

essenciais relacionados à campanha Janeiro Branco, destacando a importância da conscientização sobre a saúde mental.

O Dr. Marçal Cristiano Xavier Souto compartilhou valiosas informações sobre a necessidade de cuidar da própria mente, enfatizando práticas benéficas para o alívio mental. Entre essas práticas, destacaram-se a realização de exercícios físicos, a dedicação à leitura e a importância de reservar um tempo precioso para o autocuidado.

A palestra foi uma oportunidade valiosa para disseminar conhecimento e incentivar a adoção de hábitos saudáveis que contribuem para o bem-estar psicológico. A iniciativa visa não apenas informar sobre a causa do Janeiro Branco, mas também inspirar a comunidade a priorizar a saúde mental, promovendo um ambiente de compreensão e apoio mútuo.

4. Notificar formalmente colaboradores médicos com maior número de inconformidades para atentamento do preenchimento da evolução do prontuário eletrônico, apresentando os itens que deverão constar obrigatoriamente nos prontuários.
- ✓ Notas de evolução: exhibe o registro cronológico das consultas realizadas pelo paciente nas diferentes especialidades médicas.
 - ✓ Laudos de exames: apresenta a descrição detalhada de todos os exames realizados pelos pacientes.
 - ✓ Anamnese e exame físico: exhibe as informações coletadas durante a consulta ambulatorial.
 - ✓ Resultados de exames: mostra os resultados de todos os exames feitos pelo paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise criteriosa realizada pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuário Médico (CARPM), concluímos que o comprometimento com a qualidade e segurança dos registros clínicos na Policlínica Estadual da Região do Nordeste Goiano é uma prioridade constante.

A estruturação e organização da CARPM, conforme estabelecido na Resolução n.º 1.638 de 2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), reflete o cumprimento das diretrizes que regulamentam o Prontuário Médico, sendo essencial para assegurar a conformidade com as normas e legislações vigentes. A apresentação detalhada dos membros da Comissão, composta por profissionais altamente capacitados e engajados, evidencia a expertise e diversidade de conhecimentos que enriquecem as análises realizadas. A atuação do presidente, Dr. Diego Mendoza Gouveia, e dos demais membros reflete o comprometimento com a excelência na avaliação dos prontuários médicos.

No tocante aos indicadores analisados, o enfoque na qualidade dos registros clínicos foi essencial. A métrica "Número de Prontuários Incompletos" revelou dados importantes sobre o preenchimento inadequado, destacando áreas de melhoria. A transparência na apresentação dos

resultados, com o detalhamento por médico, permitiu uma análise mais aprofundada. Diante das inconformidades identificadas, as ações realizadas demonstram uma abordagem proativa para correção e aprimoramento. A notificação aos colaboradores médicos, a oferta de treinamento via aplicativo de mensagens e vídeos, bem como a elaboração de vídeos sobre SBAR e a necessidade de utilização da ferramenta, refletem um compromisso constante com a melhoria contínua.

Destacamos, ainda, a iniciativa de celebrar o Janeiro Branco, evidenciando a sensibilidade da Comissão para além das questões puramente clínicas. A parceria com o Dr. Marçal Cristiano Xavier Souto, especializado em transtornos mentais, para promover uma palestra enriquecedora ressalta a abordagem holística da CARPM, considerando não apenas a saúde física, mas também a saúde mental dos pacientes e colaboradores.

7. REFERENCIAS DOS TREINAMENTOS

Resolução n.º 1.638 de 2002 do conselho Federal de Medicina
PORTARIA Nº 279, DE 8 DE OUTUBRO DE 2010 do MS

8. EMITIDO

Dr. Diego Mendoza Gouveia
CRM-GO 19779
Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

2.3.8 – Comissão de Proteção Radiologia

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Proteção Radiológica foi criada com o objetivo de promover iniciativas de prevenir colaboradores e usuários quanto à proteção e segurança radiológica na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, visando educar os profissionais expostos e os usuários, além eliminar e desmistificar os riscos relacionados à radiação.

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta as atividades e ações da Comissão de Proteção Radiológica, como assuntos discutidos na reunião realizada no dia 31/01/2024 na sala de reunião na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, na ocasião foi discutida sobre:

A calibração a ser feita no detector de metais da sala de Ressonância Magnética e a aquisição de pedestal com correntes de plástico para direcionamento de fluxo de pacientes da RM.

1.1 MEMBROS DA COMISSÃO

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

- ✓ Fábio Pires Campos – Técnico em Radiologia – Presidente
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico – RT Policlínica CRM – GO 19799
- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Coordenadora Operacional
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – RT Enfermagem
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira SCIRAS
- ✓ Anísia Vieira de Barros – Analista de Qualidade

2. OBJETIVOS

A calibração a ser feita no detector de metais da sala de Ressonância Magnética, pois desde sua implantação, não houve calibração para o mesmo.



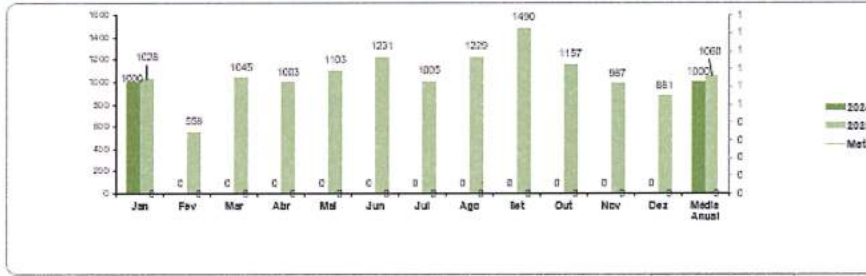
Solicitamos que seja feita a aquisição de pedestais com correntes de plástico para direcionamento de pacientes na área da RM.

Solicitamos também a aquisição e instalação de uma botoeira para o quadro de energia do aparelho de Raios – x.

3. INDICADORES

Exames realizados mensalmente no Setor Radiológico sendo: Ressonância Magnética, Tomografia, Raios, Mamografia e Densitometria Óssea.

4. INDICADOR QUANTITATIVO

 		COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA																																																																			
		FORMULÁRIO																																																																			
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																			
		FOR.CPR.001						Revisão: 03			vigência: 01/02/2024																																																										
		Exames realizados no setor de radiologia						Data de Análise: 31/01/2024			Período/Ano analisado: 4oz/24																																																										
Objetivo de medição: zebra quantitativa de exames no setor de radiologia realizados no mês de Janeiro	DADOS MENSAIS																																																																				
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual																																																							
	2024	1000												1000																																																							
	Meta	0																																																																			
Processo: Gestão de resultados dos exames realizados mensalmente no setor radiológico sendo: Ressonância Magnética, Tomografia, Raios X, Mamografia e Densitometria Óssea.	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																				
Fórmula: Somatória da quantidade de documentos não conformes	 <table border="1"> <caption>Gráfico de Dados Mensais</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>2024</th> <th>2023</th> <th>Meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>1028</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Fev</td><td>558</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>1045</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Abr</td><td>1003</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>1105</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>1231</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>1005</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Ago</td><td>1200</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>1400</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Out</td><td>1157</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>987</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Dez</td><td>881</td><td>0</td><td>1000</td></tr> <tr><td>Média Anual</td><td>1000</td><td>0</td><td>1000</td></tr> </tbody> </table>													Mês	2024	2023	Meta	Jan	1028	0	1000	Fev	558	0	1000	Mar	1045	0	1000	Abr	1003	0	1000	Mai	1105	0	1000	Jun	1231	0	1000	Jul	1005	0	1000	Ago	1200	0	1000	Sep	1400	0	1000	Out	1157	0	1000	Nov	987	0	1000	Dez	881	0	1000	Média Anual	1000	0	1000
Mês	2024	2023	Meta																																																																		
Jan	1028	0	1000																																																																		
Fev	558	0	1000																																																																		
Mar	1045	0	1000																																																																		
Abr	1003	0	1000																																																																		
Mai	1105	0	1000																																																																		
Jun	1231	0	1000																																																																		
Jul	1005	0	1000																																																																		
Ago	1200	0	1000																																																																		
Sep	1400	0	1000																																																																		
Out	1157	0	1000																																																																		
Nov	987	0	1000																																																																		
Dez	881	0	1000																																																																		
Média Anual	1000	0	1000																																																																		
Valor médio do ano anterior: Não se aplica	Área do Gráfico																																																																				
Responsável pela análise: Fábio Pires Campos																																																																					
Observações: Quantificar documentação e confirmar e recolher para a NR para validação																																																																					
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de: No mês de Janeiro/2024 foram realizados 1000 exames, sendo que tivemos apenas um paciente que não realizou o exame de RII devido a fobia																																																																					

5. AÇÕES REALIZADAS:

Os itens apresentados na reunião anterior já foram solicitados ao setor responsável.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui – se que a Comissão de Proteção Radiológica está ativa e atuante dentro de suas atribuições.

7. EMITIDO



Fábio Pires Campos
Presidente da Comissão de Proteção Radiológica

2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma comissão formada por membros da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse de natureza consultiva, deliberativa e de caráter permanente com ações voltadas para seleção e padronização de materiais e medicamentos e o uso

racional dos mesmos; bem como auxiliar e promover o fluxo correto de todas as práticas de utilização dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

1. INTRODUÇÃO

A CFT é uma comissão formada por uma equipe multiprofissional, que engloba membros responsáveis pela aquisição, recebimento, controle, dispensação, utilização e administração de medicamentos e insumos farmacêuticos.

Esta comissão tem como finalidade auxiliar o gestor e toda a equipe nos assuntos referentes a medicamentos, tendo como prioridade promover o uso racional e seguro dos mesmos; desde a sua aquisição, armazenamento e utilização. Além disso preconizar políticas de inclusão e exclusão de medicamentos e insumos farmacêuticos.

São feitas reuniões mensais e/ou sempre que necessário com os membros da CFT e eventualmente, com algum convidado, para discutir e alinhar assuntos pertinentes a essa comissão, para que o gestor possa tomar as melhores decisões em relação aos medicamentos e todos os insumos utilizados na instituição.

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:

- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutica
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira da SCIRAS
- ✓ Charles Almeida Magalhães – Almojarife
- ✓ Thaise Ynara Rocha de S. Ribeiro – Enfermeira da SCIRAS;

2. OBJETIVOS

I. Promover o uso racional, seguro e adequado dos medicamentos, conforme preconizado pela ANVISA e OMS;

III. Garantir o controle adequado dos medicamentos e insumos farmacêuticos, desde sua aquisição, recebimento, armazenamento, dispensação e controle das validades;

III. Definir o fluxo adequado de solicitação e aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos;

IV. Definir as políticas de avaliação, seleção, exclusão e uso dos medicamentos e insumos farmacêuticos.

3. INDICADOR

POSSSE Policlínica Estadual da Região Nordeste		SES Secretaria de Estado da Saúde																																											
FARMÁCIA – CEMAÇ JUAREZ BARBOSA																																													
FORMULÁRIO																																													
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																													
FOR.FARM.01		Revisão: 03	vigência: 30/10/2025																																										
DISPENSACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEMAÇ JUAREZ BARBOSA		Data de Análise: 1/2/2024	Período a ser analisado: 01/2024																																										
Objetivo de medição: Identificar quantidade de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa. Processo: Número de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa via Sistema Intranet Saúde. Fórmula: Soma total da quantidade de dispensações mensais. Valor médio do ano anterior: Não se aplica. Responsável pela análise: Bárbara Rhuanna Gonçalves Lisboa Observações: Verificar o número de dispensações através de relatório retirado do sistema Intranet Saúde e avaliar se houve aumento das mesmas.	DADOS MENSIAIS																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></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>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024</td> <td>816</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANO ANTERIOR</td> <td>366</td> <td>307</td> <td>345</td> <td>385</td> <td>688</td> <td>632</td> <td>633</td> <td>713</td> <td>713</td> <td>722</td> <td>751</td> <td>807</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	2024	816													ANO ANTERIOR	366	307	345	385	688	632	633	713	713	722	751	807	
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																															
2024	816																																												
ANO ANTERIOR	366	307	345	385	688	632	633	713	713	722	751	807																																	
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																													
			<input type="checkbox"/> Jan <input type="checkbox"/> Fev <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Abr <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Set <input type="checkbox"/> Out <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dez <input type="checkbox"/> média anual																																										
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																													
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO 2024: No mês de janeiro foram realizadas 816 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Mantendo um aumento no número das dispensações de medicamentos.																																													

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar a quantidade de medicamentos do componente especializado Juarez Barbosa que está sendo dispensada por mês na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Sendo possível identificar se está havendo um aumento na procura por tais medicamentos.

No mês de JANEIRO foram realizadas 816 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar o aumento constante do número das dispensações, quando comparado com os meses anteriores. O aumento no número de dispensações é esperado devido à alta procura por abertura de processo no componente especializado, que tende a aumentar consequentemente o número de dispensações mensais.

4. AÇÕES REALIZADAS:

No dia 18 de janeiro realizou-se um treinamento sobre o uso e administração segura de medicamentos com a equipe assistencial da unidade, o treinamento foi realizado pela farmacêutica Bárbara Rhuanna, em parceria com o SESMT e SCIRAS, abordando a temática da segurança do paciente. Um dos assuntos temáticos da segurança do paciente está o uso e administração segura relacionada a medicamentos, tendo em vista o elevado potencial de risco, a frequência, a gravidade e a recorrência de danos ao paciente.

No dia 23 de janeiro foi realizada uma palestra para os pacientes da Policlínica Estadual Nordeste Posse ministrada pelos farmacêuticos da unidade, Bárbara Rhuanna e Gabriel Costa, sobre o Dia Nacional do Farmacêutico, celebrado no dia 20/01 para destacar o importante papel dos farmacêuticos no cuidado em saúde, na promoção do uso racional dos medicamentos e na adesão ao tratamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Comissão de Farmácia e Terapêutica está ativa em busca de uma melhoria e controle nas dispensações de medicamentos e insumos farmacêuticos tanto da Farmácia Interna, como dos medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa. Priorizando um fluxo adequado e uma melhor seleção dos medicamentos; evitando possíveis perdas e erros relacionados a medicamentos.

6. EMITIDO

Barbara Rúanna Gonsalves Leitão
Farmacêutico CRF/GO: 16323
Presidente da Comissão Farmácia e Terapêutica

2.3.10 – Comissão de Verificação de Óbito

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Verificação de Óbito tem como intuito informar os óbitos ocorrentes durante o mês, devendo ocorrer reuniões periódicas, com data, horário e locais previamente definidos no cronograma específico da comissão, sendo realizadas mensalmente.

É objetivo desta Comissão:

- I - Atender a Resolução Interministerial nº. 2.400 de 02 de outubro de 2007.
- II – Analisar o registro dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais pertinentes, bem como a qualidade de informações das declarações de óbito.

1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta um resumo das atividades, reuniões e ações realizadas pela Comissão de Verificação de Óbito na Unidade Policlínica da Região Nordeste - Posse ao longo do mês de janeiro. A Comissão teve como objetivo principal garantir a precisão e a integridade dos registros de óbitos, realizando investigações minuciosas para verificar a causa de morte de cada indivíduo. Além disso, foram promovidas reuniões periódicas para troca de informações, discussão de casos específicos e o aprimoramento dos procedimentos de verificação. Por meio de ações proativas, também foi buscada uma melhor comunicação e compartilhamento de dados com outros setores da unidade. O presente relatório fornecerá uma visão geral das atividades desenvolvidas

pela Comissão durante o período mencionado, destacando sua importância na garantia da qualidade e confiabilidade dos registros de óbitos na região.

1.1 MEMBROS DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO- CVO

- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Membro
- ✓ Edilene Alves Pinheiro – Presidente
- ✓ Frederico Antônio e Silva – Membro
- ✓ Jaymara Montalvão – Membro
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Membro

2. OBJETIVOS

O principal objetivo da reunião é realizar uma avaliação minuciosa e revisar o número de óbitos ocorridos durante o mês. Essa análise permitirá uma compreensão mais precisa do panorama geral e possibilitará a identificação de eventuais padrões ou anomalias que necessitem de atenção especial.

3. INDICADORES

		COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO - CVO																																																					
		FORMULÁRIO																																																					
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																					
		FOR.CVO.01				Revisão: 02				Data: 30/10/2025																																													
		Mês de Referência: 31/12/2024				Período de Análise: Jan/24																																																	
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de óbitos na unidade no mês de JANEIRO	Formulário: Número de Sequência de Paciente, Vigilância Epidemiológica e de Controle de Verificação de Óbito Formulário: Simulador de quantidade de óbitos Valor máximo de um anterior: Não se aplica Responsável pela análise: Edilene Alves Pinheiro Observações: Não se aplica.	DADOS MENSAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th></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>mês anterior</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ANO ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	mês anterior	2023	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ANO ANTERIOR													
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	mês anterior																																								
2023	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																										
ANO ANTERIOR																																																							
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																							
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de janeiro de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.																																																							

Análise Crítica/ Review: O indicador permite avaliar o quantitativo de óbitos ocorridos durante o mês de dezembro, para verificar se na unidade houve óbitos.

4. AÇÕES REALIZADAS

Durante o mês de janeiro, a Comissão de Verificação de Óbito dá unidade Policlínica de Posse - GO não realizou ação na unidade.

A reunião mensal proporcionou um espaço para troca de informações, discussões e tomada de decisões pertinentes a CVO. Essa iniciativa reflete o compromisso da Comissão de Verificação

de Óbito em garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados na unidade Policlínica de Posse - GO.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No relatório do mês de janeiro de 2024, foi destacado que a Comissão de Verificação de Óbito está realizando suas reuniões mensais, com o objetivo de disseminar informações relevantes relacionadas à CVO. No entanto, neste mês, a reunião foi mensal, pois não houve óbito na unidade.

6. EMITIDO



Edilene Alves Pinheiro
Assistente Social CRESS – 5899 19º REGIÃO
Presidente da Comissão de Verificação de Óbito

2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Qualidade desempenha um papel fundamental no monitoramento e aprimoramento da qualidade em diversas áreas, incluindo gestão documental, segurança do paciente e assistência prestada aos usuários. Seu principal objetivo é garantir que os serviços oferecidos atendam aos mais altos padrões de excelência.

Uma das principais responsabilidades do Núcleo de Qualidade é supervisionar de perto a gestão documental, assegurando que os processos de documentação sejam precisos, atualizados e estejam em conformidade com as normas e regulamentações relevantes. Eles trabalham para garantir que a documentação seja corretamente arquivada, organizada e acessível quando necessário.

1. INTRODUÇÃO

O Núcleo de Qualidade realiza reuniões mensais regularmente, geralmente na quinta quarta-feira do mês, para discutir assuntos relevantes às suas responsabilidades. Durante essas reuniões, são apresentadas atividades relacionadas ao tratamento e educação. Além disso, em todas as reuniões, é elaborado um plano de ação para ser implementado ao longo do mês. O principal propósito do Núcleo é desenvolver ações que visem qualificar os colaboradores e melhorar a padronização e qualidade da gestão documental.

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: NÚCLEO DE QUALIDADE

- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Coord. De Enfermagem – Membro
- ✓ Anisia Vieira de Barros – Analista de Qualidade – Membro
- ✓ Daiane Alves Cavalcante – NEP – Membro
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico – Membro
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo – Membro
- ✓ Taise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira SCIRAS


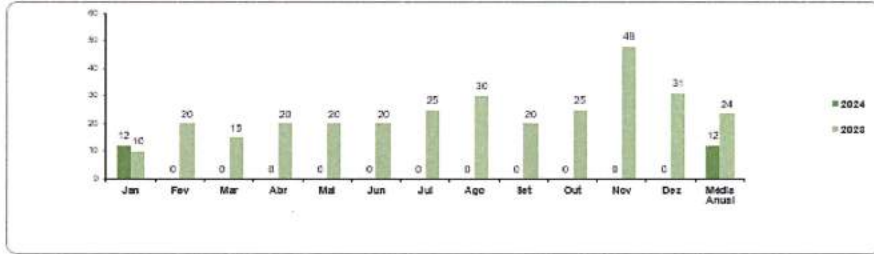
2. OBJETIVOS

São objetivos da Comissão do Núcleo de Qualidade (CNQ)

- I- Coordenar e monitorar o processo de indicadores e avaliação da unidade;
- II- Coordenar a gestão de documentos;
- III- Assegurar que a Gestão de Qualidade da unidade Policlínica Estadual da Região de Posse seja estabelecida, implantada e mantida, de acordo com os requisitos de qualidade, resoluções que estabelecem e dirigem as normas. Durante a implantação o NQ deverá seguir as normas de processo de trabalho.

O Núcleo de Qualidade trabalha em conjunto com o Escritório de Qualidade para gerenciar a gestão documental, padronização e controle de documentos. Além disso, eles se dedicam a oferecer assistência de qualidade aos usuários, colaborando com o Núcleo de Segurança do Paciente. O objetivo principal é atingir metas estabelecidas para garantir a excelência nos serviços prestados.

3. INDICADORES:

		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE												
		FORMULÁRIO												
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		FOR.NOSP.01						Revisão: 03			vigência: 30/10/2025			
		Data de Análise:						Período em análise:						
		30/10/2024						dez/24						
		Quantidade de documentos não conformes com a unidade												
		DADOS MENSIAIS												
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual
		2024	12											12
		2023	10	20	15	20	20	25	30	20	25	48	31	24
		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
														
		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO												
		Análise do Resultado/Plenário de JANEIRO/2024: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.												

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar o desempenho do plano de ação adotado pelo núcleo

de qualidade. Caso haja aumento do indicador, o plano de ação deverá ser revisto.

4. AÇÕES REALIZADAS:

Discutimos sobre as rondas que necessitam ser realizadas frequentemente, em busca de documentos não conforme, e a necessidade de adequação de todos os documentos a Norma Zero vigente. Ainda foi abordado sobre a dificuldade dos setores na formatação dos documentos. Discutimos sobre a necessidade de uma capacitação aos líderes dos setores responsáveis pela adequação, formatação e criação de novos documentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a busca realizada na unidade de documentos com não conformidades e a identificação de documentos em desacordo com a norma zero evidenciam a necessidade de promover adequações e padronizações na gestão documental da unidade. A coordenação da Qualidade e Segurança do Paciente está empenhada em implementar as ações recomendadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Mensalmente é realizada buscas, reuniões, validações, descartes e controles de documentos, além de tratamento de problemas, classificação de riscos e monitoramento de indicadores. Também foi criado um checklist de visitas nos setores para avaliar a qualidade dos serviços. Neste mês foi realizada auditoria no Laboratório em conjunto com NSP. O intuito desta auditoria foi verificar se o setor está dentro das normas estabelecidas, incluindo documentos, limpeza, infraestrutura, rotina e técnicas dos colaboradores.

6. EMITIDO


Anisia Vieira de Barros
Presidente do Núcleo de Qualidade

2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais

APRESENTAÇÃO

A Comissão de padronização de medicamentos e materiais (CPM) é uma comissão formada por membros da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse de natureza consultiva,

deliberativa e de caráter permanente com ações voltadas para seleção e padronização de materiais e medicamentos.

1. INTRODUÇÃO

A CPM é uma comissão formada por uma equipe multiprofissional, que engloba membros responsáveis pela, prescrição, aquisição, recebimento, controle, dispensação, utilização e administração de medicamentos e insumos farmacêuticos.

Esta comissão tem como finalidade:

- I. Implantar políticas de utilização de medicamentos com base em avaliação, seleção e emprego terapêutico corretos na policlínica;
 - II. Elaborar, avaliar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizador promovendo inclusões ou exclusões, considerando a eficácia, eficiência clínica, segurança e custo;
 - III. Reduzir custos visando a obter medicamentos e materiais essenciais a cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes;
 - IV. Estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmacêutico e químico, emitindo parecer sob sua eficácia terapêutica medicamentosa como critério fundamental de escolha;
 - V. Incentivar e disseminar a elaboração de protocolos de utilização dos medicamentos;
- Racionalizar o uso de medicamentos.

São feitas reuniões mensais e/ou sempre que necessário com os membros da CPM, para que possa ser tomada as melhores decisões em relação aos medicamentos e todos os insumos utilizados na instituição.

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:

- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira RT – COREN/GO 701362
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutica RT - CRF/GO 16326
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico RT- CRM/GO 19779
- ✓ Frederico Antônio e Silva – Enfermeiro RT da Hemodiálise
- ✓ Charles Almeida Magalhães – Almoхарife
- ✓ Thaise Ynara Rocha de S. Ribeiro – Enfermeira SCIRAS – COREN/GO 511424

2. OBJETIVOS

A Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais (CPM) é uma junta deliberativa, designada pela Superintendência, com a finalidade de regulamentar a padronização de medicamentos e materiais utilizados na policlínica.

Tem por finalidade selecionar os medicamentos e materiais que farão parte do arsenal terapêutico, por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos e materiais necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

3. INDICADORES

A tabela a seguir demonstra a quantidade de medicamentos dispensados por setor no mês de janeiro:

SETOR	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
HEMODIÁLISE	HEPARINA SÓDICA SOL INJ 5000 UI/ML 5 ML	140 FRASCOS/AMP
HEMODIÁLISE	MUPIROCINA 2% CREME	6 TUBOS
HEMODIÁLISE	DIPIRONA SOL ORAL 500MG/L 10 ML	11 FRASCOS
HEMODIÁLISE	MANITOL SOL INJ 20% 250 ML	3 FRASCOS
HEMODIALISE	PARACETAMOL SOL ORAL 200 MG/ML 15 ML	1 FRASCOS
HEMODIALISE	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 100 ML	10 FRASCOS
UROLOGIA	LIDOCAÍNA GELEIA 2%	1 TUBOS
OFTALMOLOGIA	TROPICAMIDA 1% SOL OFTÁLMICA 10MG/ML 5ML	3 FRASCOS
CARDIOLOGIA	ÓLEO DE GIRASSOL 100 ML	1 FRACO
PROCEDIMENTOS	COLAGENASE C/ CLORANFENICOL 0,6 UI +0,01 G/G	1 TUBO
PROCEDIMENTOS	ÓLEO A BASE DE ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS C/ VIT A + E 100 ML	1 FRASCO

4. AÇÕES REALIZADAS:

Realizou - se a reorganização do estoque da Farmácia, separando os medicamentos e isolando por lote com placas identificadoras, contendo nome do medicamento, quantidade, lote e código. Com a finalidade de ajudar na organização do estoque, segregando os lotes e facilitando a contagem do estoque. Essa reorganização é um trabalho contínuo, realizado todos os meses devido a chegada de novos medicamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Comissão de Padronização de Medicamento e Materiais está ativa em busca de melhoria no arsenal, visando um bom acesso aos medicamentos e materiais, com uma boa relação custo benefício, adotando critérios de segurança, qualidade e eficácia.

6. EMITIDO

Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão
Farmacêutica CRF/GO: 16323
Presidente da Comissão Padronização de Medicamentos e Materiais

2.3.13 – Comissão de Ética Médica

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Ética Médica, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 Conselho Federal de Medicina, é uma instância organizada e estruturada para assegurar a observância do Código de Ética Médica e promover a integridade e o profissionalismo no exercício da medicina. A sua criação é obrigatória em instituições de saúde, com o propósito de supervisionar e garantir o cumprimento das normas éticas e de segurança na assistência médica, resguardando a qualidade e a ética profissional.

1. INTRODUÇÃO

A Comissão de Ética Médica da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse desempenha um papel crucial no monitoramento e na promoção das normas éticas e da integridade profissional no âmbito da medicina. Seu principal objetivo é zelar pela conduta ética dos médicos e assegurar a qualidade e segurança da assistência médica prestada aos pacientes. Essa comissão é responsável por avaliar casos de possível infração ética, bem como pela educação contínua dos profissionais de saúde em relação aos princípios éticos que regem a prática médica. Por meio de suas atividades, a Comissão de Ética Médica desempenha um papel fundamental na manutenção dos mais elevados padrões de ética e profissionalismo no campo da medicina.

1.1- MEMBROS DO COMISSÃO:

Dr. Bruno Araújo Lucena CRM: 15640-GO – Presidente da Comissão

Dra. Nathalia Nunes dos Santos: CRM: 28966-GO – Secretário da Comissão

Dr. Emerson Claudio Figueiredo de Castro: CRM: 25017-GO – Membro


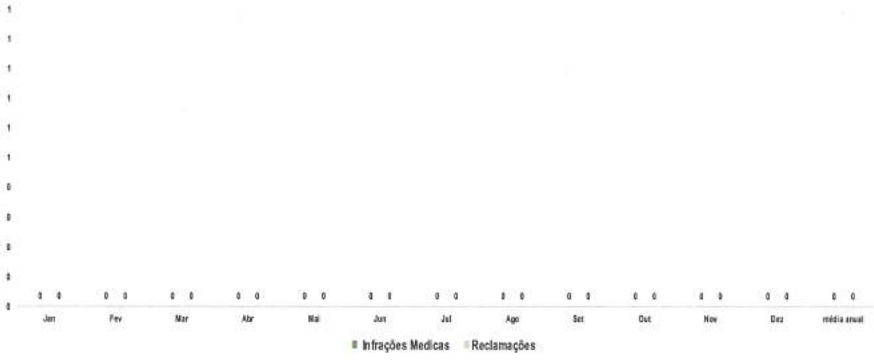
Dr. Merandolino Queiroz Moreira: CRM: 19607-GO – Membro

Dr. Marcelo de Paula Abreu Silva: CRM: 10147-GO – Membro

2. OBJETIVOS

Em conformidade com a Portaria 915 de 01/12/2020, emitida pelo Ministério da Saúde, a Comissão de Ética Médica estabelece os seguintes objetivos.

3. INDICADORES

	COMISSÃO ÉTICA MÉDICA													
	FORMULÁRIO													
	ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
	FOR.CEM.01						Revisão: 01			vigência: 10/10/2025				
Notificações de Incidente e Eventos Adversos						Data da Análise: 11/1/2024			Período/Ano analisado: jan/24					
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de infrações e adversos na unidade no mês	DADOS MENSAIS													
	INDICADOR	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	Infrações Médicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Reclamações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Processo: Comissão Ética Médica	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória da quantidade de infrações e eventos adversos														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Bruno Araújo Lucena														
Observações:														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: 0 Infrações														

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No 10 de Janeiro de 2024, às 15:00, a reunião da Comissão de Ética Médica foi realizada na sala de reuniões virtual via Meet. O Dr. Bruno Araújo Lucena, Presidente da Comissão, saudou calorosamente os participantes e expressou sua gratidão pela presença de todos, destacando a importância crucial do sigilo em relação aos temas abordados na reunião.

A sessão foi oficialmente inaugurada, reforçando a todos o propósito do encontro, que se baseou na análise dos casos éticos relacionados aos atendimentos realizados na Policlínica da Região Nordeste Posse durante o mês em questão. O foco da reunião consistiu na análise e discussão dos casos apresentados à Comissão por meio de e-mail ou do canal de integridade da Policlínica.

5. AÇÕES REALIZADAS

Realizar capacitações da equipe médica referente ao código de ética médica, com a finalidade de manter a mitigação das infrações médicas na unidade. A comissão irá atuar juntamente com a CARPM, a fim de capacitar os colaboradores e prestadores de serviço e ações de treinamentos voltado para melhoria da qualidade de assistência, a comissão de Ética Médica irá participar juntamente com a Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente, com treinamentos e revisão de protocolos referente a segurança do paciente e ética profissional.

Durante a sessão, foram apresentados o cronograma de reuniões para o ano de 2024 e o plano de ações destinado aos membros da Comissão de Ética Médica da Policlínica. O plano de ação representa uma abordagem estratégica para planejar as ações e métodos necessários que conduzirão à consecução de nossos objetivos. Trata-se de um planejamento metodológico no qual as metas da Comissão são claramente definidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a reunião da Comissão de Ética Médica da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, realizada em 10 de janeiro de 2024, foi um marco importante na busca pela excelência ética e profissionalismo na Policlínica. Sob a liderança do Dr. Bruno Araújo Lucena, Presidente da Comissão, e a participação ativa dos demais membros, a sessão abordou de maneira eficiente os casos éticos relacionados aos atendimentos realizados na Policlínica durante o mês em questão.

Destacamos a relevância da confidencialidade mantida durante a reunião, assegurando um ambiente propício para a análise detalhada dos casos apresentados. A Comissão, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Resolução CFM nº 1.931, reforçou seu compromisso com a conduta ética dos profissionais de saúde e com a garantia da qualidade e segurança na assistência médica prestada aos pacientes.

No tocante às ações realizadas, a Comissão demonstrou seu empenho em capacitar a equipe médica, promovendo a conscientização e o alinhamento com o código de ética médica. A parceria estabelecida com a CARPM para a capacitação de colaboradores e prestadores de serviço, bem como os treinamentos em conjunto com a Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente, reforçam a abordagem abrangente adotada pela Comissão de Ética Médica.

A apresentação do cronograma de reuniões para o ano de 2024 e do plano de ações destinado aos membros evidencia o comprometimento da Comissão em planejar estrategicamente suas atividades, visando alcançar metas bem definidas. Esse planejamento metodológico reflete a determinação da Comissão em manter os mais elevados padrões de ética e profissionalismo na prática médica na Policlínica.

Em resumo, a Comissão de Ética Médica reafirma seu papel fundamental na vigilância constante das normas éticas, na educação continuada dos profissionais de saúde e na promoção de um ambiente de assistência médica seguro, ético e de qualidade na Policlínica. O compromisso

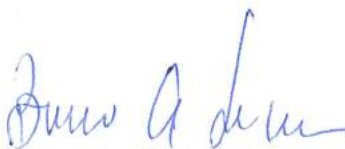
demonstrado durante esta reunião posiciona a Comissão como um pilar essencial na preservação dos valores éticos no campo da medicina.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 Conselho Federal de Medicina.

Portaria 915, de 1 de dezembro de 2020.

8. EMITIDO



Dr. Bruno Araújo Lucena
CRM-GO 15640-GO

Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

2.3.14 – Comitê de Ergonomia

APRESENTAÇÃO

O Comitê de Ergonomia é uma ferramenta que possibilita o envolvimento e a participação dos profissionais de todas as áreas dentro de uma organização. Ele atua de forma ativa nas tomadas de decisões referente as ações corretivas e preventivas no que diz respeito a conforto ambiental, produtividade e melhor qualidade dos serviços prestados, promovendo melhorias contínuas em toda esfera no gerenciamento do sistema de gestão de saúde e segurança do trabalho.

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta as atividades e criação do Comitê de Ergonomia, na reunião da comissão junto com os membros discutiu a importância de conhecimento e orientações para os colaboradores terem sobre Ergonomia e que através de diálogo entre os membros foi solicitado um treinamento e orientações aos colaboradores para que eles possam ter conhecimento sobre a postura correta ao desempenhar suas funções nos seus locais de trabalho.

1.1 MEMBROS DO COMITÊ:



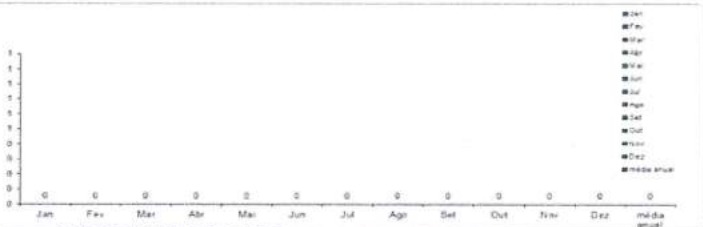
- ✓ Kalyson Moreira da Silva – Fisioterapeuta
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho
- ✓ Frederico Antônio e Silva – RT da Hemodiálise
- ✓ Lanna Karine Sousa Bastos – Enfermeira

- ✓ Tatiane da Silveira dos Santos – Assistente Administrativo
- ✓ Karliene Pereira dos Santos - Recepcionista

2. OBJETIVOS

O Comitê de Ergonomia tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes e adoecimentos ocupacionais, com probabilidade de exposição a agentes ergonômicos, a fim de proporcionar aos trabalhadores melhores condições ergonômicas no ambiente de trabalho.

3. INDICADORES

 		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE																																																					
		FORMULÁRIO																																																					
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																					
		FOR: NSQP 01				Revisão: 03				vigência: 30/10/2024																																													
		Data da Análise: 1/10/2023				Período/Ano analisado: out/23																																																	
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês Processo: Núcleo de Segurança do Paciente Fórmula: Somatória da quantidade de eventos adversos Valor médio do ano anterior: Não se aplica Responsável pela análise: Kalyson Moreira da Silva Observações: Todo incidente, evento adverso deve ser notificado e encaminhado ao NSP.	Notificações de Incidente e Eventos Adversos																																																						
	DADOS MENSAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th></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>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ANO ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>														Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ANO ANTERIOR													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																									
2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																										
ANO ANTERIOR																																																							
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA 																																																							
Análise do Resultado/Panorama de Outubro/2023: No mês de outubro de acordo com o indicador não houve nenhuma notificação de evento adversos na unidade.																																																							

4. AÇÕES REALIZADAS:

No mês outubro foi criada a Comissão Ergonômico já com objetivo de orientar todos os colaboradores sobre a importância desta comissão e ajudar a melhorar o bem-estar de todos no ambiente de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui – se que o Comitê Ergonômico está ativo e atuante dentro de suas atribuições realizando as atividades programadas mensalmente com eficiência, de forma engajada, a fim de melhorar a cada dia o bem esta dos colaboradores nos seus ambientes de trabalho proporcionando a saúde e segurança.

6. EMITIDO



Kalyson Moreira da Silva
Fisioterapeuta
Presidente do Comitê de Ergonomia

3– Atividades Realizadas No Mês

Reunioes, eventos, comemorações realizadas na **Policlinica Estadual da Região Nordeste**
– **Posse.**

Objetivo:

Todas essas campanhas servem de alerta tanto para prevenção das doenças, quanto para abertura de debates sobre elas, conscientização e educação do público e troca de experiência entre as pessoas. Ou seja, reflete no cuidado com a saúde no dia-a-dia da população.

Programação/Conteúdo:

Janeiro Branco, Roxo.

- ✓ Realizada nos dias 05 de janeiro
- ✓ Início às 08:00, término às 09:30
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar e orientar aos pacientes sobre o mês de conscientização da saúde mental e emocional. O ano de 2024 acabou de começar e com ele inicia-se a campanha Janeiro branco, que visa alertar para os cuidados com a saúde mental e emocional da população, a partir da prevenção das doenças decorrentes do estresse, como ansiedade, depressão e pânico.

Janeiro Branco surgiu no Brasil em 2014 e este ano o lema principal é “o mundo pede saúde mental”. A frase é um alerta para a maior visibilidade e prevalência de problemas emocionais a partir da pandemia iniciada em 2020 que provocou um aumento no diagnóstico de doenças psíquicas. A campanha tem como propósito abordar temas que estão relacionados a saúde mental das pessoas. Os casos de depressão, estresse e crises de ansiedade tem aumentado cada vez mais. Sendo primeiro mês do ano, inspira as pessoas a fazerem reflexões acerca das suas vidas, das suas relações, dos sentidos que possuem, dos passados que viveram e dos objetivos que desejam alcançar no ano que se inicia.

Janeiro Roxo Hanseníase: É uma doença infecciosa, contagiosa, de evolução crônica, causada pela bactéria *Mycobacterium lepra* e, que pode afetar qualquer pessoa. Caracteriza-se por alteração, diminuição ou perda da sensibilidade térmica, dolorosa, tátil e força muscular, principalmente em mãos, braços, pés, pernas e olhos e pode gerar incapacidades permanentes. Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo, com perda ou alteração de sensibilidade térmica (frio e calor), tátil (ao tato) e à dor. Podem surgir, principalmente, nas extremidades das mãos e dos pés, na face, nas orelhas, no tronco, nádegas e pernas. Orientação procurar o PSF do setor de origem e agendar consulta todo tratamento e medicações gratuito. Houve trocas de experiências, perguntas tudo ocorreu dentro das normalidades.

A ação foi ministrada pelos profissionais – Irani Monsueth - Assistente Social e Paulo Amorim – Psicólogo

Registro



Programação/Conteúdo:

Ação Janeiro Branco - Campanha brasileira de conscientização dos cuidados com a saúde mental.

- ✓ Realizado dia 09 de janeiro
- ✓ Início às 09:30, término às 11:15
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações aos pacientes com objetivo mobilizar, sensibilizar, informar e convocar os usuários (que estão no ambiente ambulatorio - Policlínica) quanto a identificação pessoal, com o próximo e, participação social com ajuda quanto a questão de saúde mental ligado diretamente ao ambiente de convívio social e familiar.

O conteúdo abordado visa alertar para os cuidados com a saúde mental e emocional da população, a partir da prevenção das doenças decorrentes do estresse, como ansiedade, depressão e pânico. As doenças mentais podem ser causadas por uma série de fatores, como genética, estresse, abuso de substâncias e traumas. Nesse rol entram também os transtornos de humor, esquizofrenia e o transtorno bipolar.

A ação foi realizada em um eixo importante, no período matutino (manhã) o neuropsicólogo/psicanalista Paulo A. Amorim e assistente social – Irani Monsueth, abordaram aos usuários por meio de palestra educativa sobre o significado dessa temática, tanto de âmbito pessoal e voltado para nossa sociedade. O significado da campanha, como promover de forma preventiva, aos sintomáticos, patológicos, com suportes profissionais, cuidados como: ter cautela com as expectativas; é importante estabelecer metas tangíveis, com prazos mais curtos ou divididas em etapas; o ideal é que o exercício de auto-observação seja cotidiano e realizado com generosidade e auto acolhimento; É importante fazer atividades que tragam satisfação. Momentos de lazer, prática de hobbies, esportes ou atividade física propiciam bem-estar psíquico; para melhorar os padrões de

sono, algumas estratégias de higiene do sono podem ajudar, tais como: ter uma rotina de horário para deitar e levantar, evitar o uso de equipamentos eletrônicos pelo menos 1h antes de ir para a cama, realizar atividades relaxantes preparatórias para o sono e manter o ambiente propício para dormir (escuro, silencioso, etc.); dê atenção ao momento presente.

Pensar constantemente em coisas que já aconteceram ou poderão acontecer é um grande desencadeador de angústia. Portanto, é importante focar nas ações possíveis, naquilo que está no controle e aproveitar as experiências atuais.

A ação foi ministrada pelos profissionais – Irani Monsueth - Assistente Social e Paulo Amorim – Psicólogo

Registro



Programação/Conteúdo

Dia Mundial da Paz - Importância de promover a paz no ambiente de trabalho

- ✓ Realizado em 09 de janeiro
- ✓ Início às 14:00, término às 15:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações aos colaboradores objetivo de falar da importância da Paz entre os colaboradores e gestores. A ação tem com o tema Promover uma cultura de paz para um ambiente de trabalho saudável implica rever nossas ideias, atitudes e ações nas relações de trabalho. É por meio de uma reflexão sobre processos estruturais, coletivos e individuais que podemos criar as condições para resolver conflitos, promovendo um ambiente saudável no trabalho.

As alternativas de resolução e as reflexões visam a nos motivar a repensar valores, comportamentos e estilos de vida que promovam a construção coletiva da cultura de paz e não violência no nosso ambiente de trabalho. Conclamamos todos para que se comprometam a criar um novo ambiente de trabalho, baseado na tolerância, no respeito, na solidariedade e na paz. Dia Mundial da Paz – conceito de cultura de paz parte do princípio de que nem a violência, nem a paz, são naturais à atividade humana. Por um lado, é necessário entender que, como fenômeno social

complexo, a violência se exemplifica em grupos, pessoas, ações e relacionamentos que necessitam de transformação. Conseqüentemente, a paz, como ressaltado, “precisa ser ensinada, aprendida e estimulada” para efetivar essa mudança de ótica.

Promover uma cultura de paz para um ambiente de trabalho saudável implica rever nossas ideias, atitudes e ações nas relações de trabalho. É por meio de uma reflexão sobre processos estruturais, coletivos e individuais que podemos criar as condições para resolver conflitos, promovendo um ambiente saudável no trabalho.

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais, Nutricionista – Hanna Nobre Liah e Psicóloga – Vanessa Santos Silva.

Registro



Programação/Conteúdo:

Ação nutricional: Tema - Crescendo com saúde e nutrição: aplicação do lúdico na educação nutricional.

- ✓ Realizado dia 18 de janeiro
- ✓ Início às 09:00, término às 11:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Hemodiálise

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os pacientes da hemodiálise com objetivo de orientar aos pacientes sobre a importância de arquivar todos os impressos da nutrição com orientações em relação adequação da alimentação que serão entregues durante as abordagens nutricionais no decorrer do ano, viabilizando assim, o fácil acesso em caso de dúvidas referentes a alimentação do paciente dialítico.

A entrega do material lúdico foi realizada individualmente na abordagem nutricional, com o objetivo de incentivar os pacientes a arquivar os materiais impressos da nutrição e sempre utilizá-los no processo de adequação da alimentação.

O uso do material impresso, de maneira lúdica é muito importante para reforçar pontos críticos e também dar sugestões e adaptações aos aspectos que influenciam o hábito alimentar do paciente

dialítico, garantindo assim, melhor adesão à terapêutica. As informações nos impressos serão sempre atualizadas, claras e de fácil entendimento, além disso, todas as informações contidas nos impressos serão explicadas, verificando sempre a compreensão dos pacientes e esclarecendo possíveis dúvidas.

Importante ressaltar que a educação alimentar e nutricional se configura como um campo de conhecimento e prática contínua e permanente, intersetorial e multiprofissional, podendo utilizar diferentes abordagens educacionais.

A ação foi organizada e ministrada pelas nutricionistas Hanna Nobre e Mariana Albino.

Registro



Programação/Conteúdo:

Treinamento sobre o uso de EPI

- ✓ Realizado dia 18 de janeiro
- ✓ Início às 15:00, término às 15:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores de da policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um treinamento para os colaboradores para capacita e orienta-los sobre a importância do uso dos EPI's Mascaras, capote, luvas óculos e outros EPI's necessários para na proteção e prevenção de riscos ocupacionais, para prevenção de acidentes aos colaboradores desta unidade de saúde.

A importância deste treinamento de EPI para os colaboradores foi que todos possam ter conhecimento do uso correto do EPI e para dar proteção a estes profissionais, reduzindo os riscos e as ameaças destes profissionais na sua atividade laboral. O uso do EPI é obrigatório para todos os colaboradores, é fundamental para garantir a saúde e a proteção destes trabalhadores, evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho.

Esta capacitação teve com o objetivo de instruir e conscientizar os profissionais quanto às formas de uso adequadas para os equipamentos de proteção individual, bem como a maneira correta

de higienizar e conservar, visando maior tempo de vida para os equipamentos e mais segurança e saúde durante a execução dos trabalhos

A ação foi organizada e ministrada pelo profissional; Técnico de segurança do trabalho – Cledimar Bispo.

Registro



Programação/Conteúdo:

Treinamento sobre Protocolos de Segurança do Paciente

- ✓ Realizado dia 18 de janeiro
- ✓ Início às 15:35, término às 16:10
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um treinamento e orientações para os colaboradores da policlínica com objetivo de orientar, capacitar, instruir e aprimorar os novos colaboradores e conscientizar sobre a importância do núcleo de segurança do paciente e seus protocolos de segurança do paciente.

Inicialmente, orientamos a equipe sobre a importância do núcleo de segurança do paciente, que foi criado para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Explicamos cada meta protocolo de segurança do paciente separadamente. As metas de segurança do paciente são objetivos globais para a saúde, criados em 2006 pela Joint Commission Internacional, juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS). As seis metas de segurança do paciente são:

1. Identificar corretamente o paciente.
2. Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
5. Higienizar as mãos para evitar infecções.
6. Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro Enfermeira SCIRAS

Registro



Programação/Conteúdo:

Uso e administração segura de medicamentos

- ✓ Realizado dia 18 de janeiro
- ✓ Início às 16:50, término às 16:40
- ✓ Público Alvo: Colaboradores de da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os colaboradores para capacita e orienta-los sobre um dos assuntos temáticos da segurança do paciente está o uso e administração segura relacionada a medicamentos, tendo em vista o elevado potencial de risco, a frequência, a gravidade e a recorrência de danos ao paciente.

De acordo com a Farmacêutica Bárbara: “Grande parte dos processos assistenciais envolvem o uso de medicamentos. E os Incidentes relacionados a medicamentos (IRM) estão entre os mais comuns nos serviços de saúde. Estes podem acarretar prejuízos ao paciente e familiares nos aspectos da saúde física, mental e social, comprometer a imagem e a confiabilidade da instituição e, ainda, implicar os profissionais em processos e ações ético-moral-legais. Quando o IRM gera dano ao paciente é denominado de evento adverso.”

Por isso é essencial a implementação de estratégias para a prevenção de eventos adversos envolvendo medicamentos são altamente recomendadas, sendo a dupla checagem, que consiste na conferência e no registro dos dados do paciente e do medicamento por dois profissionais, de modo independente (sem interferência) e simultânea (ao mesmo tempo), uma das barreiras de segurança utilizadas para identificar e minimizar os erros.

Além disso o preparo e a administração dos medicamentos deverão seguir os “9 certos”: 1-Medicamento certo; 2-Dose certa; 3-Paciente certo; 4-Via certa; 5-Hora certa; 6-Tempo certo; 7-

Validade certa; 8-Abordagem certa e 9-Registro certo. Todos mecanismos em busca da administração e uso seguro, garantindo assim a segurança do paciente.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional; farmacêutica Bárbara Rhuanna.

Registro

Programação/Conteúdo:



Dia nacional do Farmacêutico, importância do farmacêutico.

- ✓ Realizado dia 23 de janeiro
- ✓ Início às 09:00, término às 09:30
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou orientações para os pacientes com objetivo de orientar os pacientes sobre a importância das instruções necessárias dos medicamentos e para destacar o importante papel dos farmacêuticos no cuidado em saúde. No dia 20/01 é celebrado o Dia Nacional do Farmacêutico, a data foi escolhida em homenagem a fundação da Associação Brasileira de Farmacêuticos, que aconteceu em 1916. O objetivo da data comemorativa é de promover a valorização e o estímulo à profissão.

“O farmacêutico está inserido no processo de cuidado ao paciente, envolvendo desde a pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, seleção, programação, a compra, distribuição e garantia de qualidade até o acompanhamento e a avaliação dos resultados, tendo sempre como objetivo principal e melhoria da qualidade de vida da população.” destacou o farmacêutico Gabriel

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais farmacêuticas; Bárbara Rhuanna e Gabriel Costa.

Registro



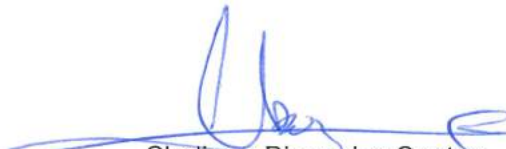
Reunião Mensal da CIPA

- ✓ Realizado dia 29 janeiro
- ✓ Início 09:00 termino 09:30
- ✓ Prevenir acidentes e doenças do trabalho.

No mês de janeiro de 2024, não ocorreram casos de acidente de trabalho com exposição á material biológico, mantendo treinamento, atualizações e supervisão diária das execuções dos procedimentos de risco, para a prevenção de novos acidentes.

Registro




Cledimar Bispo dos Santos
Téc. de Segurança do Trabalho
Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

4 – Relatório de Recursos Humanos

Contamos atualmente com 89 colaboradores

4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

No mês de janeiro todos os foram por outras enfermidades ou consultas médicas, totalizando 28 em afastamentos.

Nº	ATESTADOS POR COVID-19/ OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS	DATA	DAIS/HORAS
01	Cinthya Ferreira Gomes	09/01/2024	03:30
02	Cinthya Ferreira Gomes	22/01/2024	03:30
03	Cledimar Bispo dos Santos	16/01/2024	02:49
04	Daiana Batista de Sales	11/01/2024	15
05	Danielle Moreira Pereira Brito	05/01/2024	03:56
06	Deuzelia Jose de Oliveira	16/01/2024	1
07	Filipe Linhares de Morais	29/01/2024	2
08	Jaymara Ferreira dos Santos Montalvão	05/01/2024	1
09	Jaymara Ferreira dos Santos Montalvão	11/01/2024	1
10	Jaymara Ferreira dos Santos Montalvão	18/01/2024	1
11	Jaymara Ferreira dos Santos Montalvão	26/01/2024	15
12	Kacio Aurelio Ferreira de Jesus	31/01/2024	05:28
13	Kamilly Vitoria Alves Soares da Silva	12/01/2024	04:58
14	Millena Shainara Marques Linhares	11/01/2024	2
15	Millena Shainara Marques Linhares	26/1/2024	7
16	Nilda Pereira de Souza	09/01/2024	2
17	Regina de Jesus Lima	03/01/2024	04:27
18	Regina de Jesus Lima	10/01/2024	02:48
19	Regina de Jesus Lima	18/01/2024	05:00
20	Reni Vasconcelos Ramos de Souza	17/01/2024	2
21	Rosana Lial Marques Araujo	26/01/2024	02:12

22	Rosiane Castro de Oliveira	17/01/2024	01:30
23	Taynara Dias Oliveira	03/01/2024	3
24	Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro	29/01/2024	04:29
25	Thauany Vieira e Castro	19/01/2024	1
26	Thayanne de Souza Silva	19/01/2024	1
27	Uelida Vieira de Andrade Santos	22/01/2024	2
28	Vanessa Santos Silva	22/01/2024	1


 Marta Martins de Melo Ferreira
Assistente de Recursos Humanos

4.2 EPI

A entrega de Epis se dá a cada 15 dias. Cada setor recebe o Epi relacionado ao grau de exposição aos pacientes. Na Policlínica de Posse temos os setores: administração, enfermagem, multidisciplinar e recepção e Hemodiálise.

Multidisciplinares compreendem: Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Nutricionista e Psicóloga. Foi entregue no mês de janeiro 2024 a quantia de:

220 Máscaras cirúrgicas
 170 Toucas cirúrgicas
 170 Capote

Enfermagem compreende: Enfermeiras, auxiliar de farmácia, farmacêutica, Maqueiro e Técnicas de Enfermagem, Técnica de Imobilização. Foi entregue no mês de janeiro 2024 a quantia de:

912 Máscaras cirúrgicas
 457 Toucas cirúrgicas
 457 Capote

Para as recepcionistas foram entregues neste mês janeiro 2024 a quantia de:

210 Máscaras cirúrgicas

Administração compreende: Auxiliar de atendimento, almoxarife, Assistente Administrativo, Assistente Financeiro, Assistente de Recursos Humanos, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de almoxarife, Supervisora de atendimento e Técnico de Segurança do Trabalho. Foram entregues neste mês janeiro 2024 para o administrativo.

80 Máscaras cirúrgicas



Cledimar Bispo dos Santos
Téc. em Segurança do Trabalho
Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO

O Serviço de hemodiálise da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse/GO, atualmente sob Gestão SempreVida Medicina intensiva LTDA. Representados pelos Responsáveis técnicos do serviço: Médico Nefrologista ARTUR CICUTO ONDEI CRM 31803 e Enfermeiro Nefrologista Frederico Antonio e Silva, CORENGO 168700.

Com funcionamento de segunda à sábado de 06:30 às 18:30h em 4 turnos de hemodiálise:

- ✓ 2 turnos segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira: (1T às 07:00h e 2T às 12:30h)
- ✓ 2 turnos terça-feira, quinta-feira e sábado: (1T às 07:00h e 2T às 12:30h)

Para atendimento da hemodiálise, além das outras salas de apoio, o serviço é dividido em três salas de hemodiálise:

- ✓ Sala Branca 1 com **6 leitos** para atendimento de pacientes com sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C e **1 leito** para atendimento de urgências dialíticas, com uma ocupação total de **24 pacientes** divididos em 4 turnos de dialise;
- ✓ Sala Branca 2 com **9 leitos** para atendimento de pacientes com sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C, com uma ocupação total de **36 pacientes** divididos em 4 turnos de hemodiálise
- ✓ Sala amarela com **2 leitos** para atendimentos de pacientes com Sorologia positiva para Hep B, ocupação total de **8 pacientes** divididos em 4 turnos de hemodiálise. Atualmente o serviço está com taxa de ocupação de 100% apenas com pacientes com sorologias negativas e com 8 vagas disponíveis para a pacientes com Sorologia positiva para Hepatite B na Sala amarela;
- ✓ Capacidade total de atendimento:
- ✓ 60 vagas para atendimento de pacientes sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C;
- ✓ 4 vagas para atendimento de urgências dialíticas de pacientes sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C;
- ✓ 8 vagas para atendimento pacientes com Sorologia positiva para Hepatite B na Sala amarela;
- ✓ O serviço ainda conta com as seguintes tecnologias de saúde para prestação do serviço:
- ✓ 06 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S sala branca e 1 máquina para atendimento de urgência;
- ✓ 09 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S sala branca 2;

- ✓ 02 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S sala amarela;
- ✓ 02 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S, para substituição de equipamentos com necessidade de manutenção corretiva;

Obs.: Um Total de 20 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S

- ✓ 1 Sistema de tratamento de água para hemodiálise duplo passo;
- ✓ 5 osmose reversas portáteis SAUBERN;
- ✓ 2 reprocessadoras automatizadas;

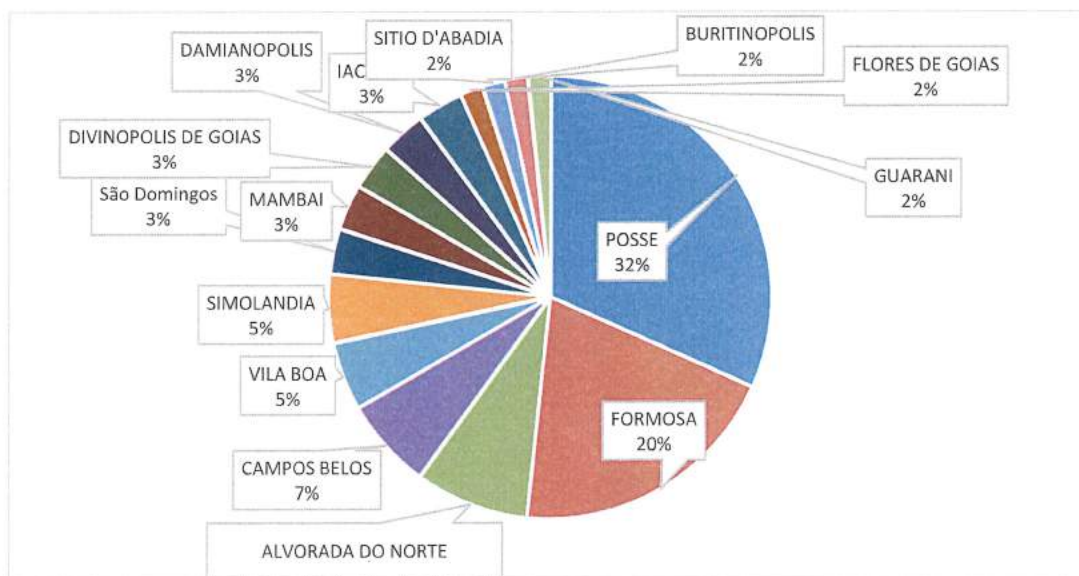
PRODUÇÃO QUANTITATIVA

Total de pacientes segundo procedência e turnos de hemodiálise:

TURMA A – Segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira

TURMA B – terça-feira, quinta-feira e Sábado

Procedência	TURNOS DE HEMODIÁLISE					TRANSPORTE
	A1	A2	B1	B2	TOTAL	
Posse	5	3	9	2	19	Transporte Município
Formosa		4		8	12	Transporte Município
Alvorada do Norte	5				5	Micro-ônibus Policlínica
Campos Belos		4			4	Transporte Município
Simolândia	3				3	Micro-ônibus Policlínica
Vila Boa	3				3	Transporte Município
Damianópolis				2	2	Micro-ônibus Policlínica
Divinópolis de Goiás		2			2	Micro-ônibus Policlínica
Iaciara			2		2	Micro-ônibus Policlínica
Mambaí				2	2	Micro-ônibus Policlínica
Buritinópolis			1		1	Própria
Flores de Goiás			1		1	Transporte município
Guarani			1		1	Transporte município
São Domingos		1			1	Micro-ônibus Policlínica
Sítio D'abadia				1	1	Micro-ônibus Policlínica
Total Geral	15	15	15	15		Total: 60 pacientes



ACESSO VASCULAR	PACIENTE
FAV	33
Cateter temporário	22
Cat. Longa Permanência	3
PTFE	2
Total Geral	60

No período foram realizadas:

- ✓ 02 pacientes realizaram confecção de FAV no período;
- ✓ 05 implantes de cateter para hemodiálise;
- ✓ 747 sessões realizadas de hemodiálise;
- ✓ 05 sessões extra;
- ✓ 42 faltas às sessões de hemodiálise, faltas justificadas;
- ✓ 01 admissão de paciente com Sorologia negativa;
- ✓ 01 transferência de paciente;
- ✓ zero alta do programa;
- ✓ zero óbitos de pacientes do programa;
- ✓ zero paciente recebe alta por TX;
- ✓ zero internações de paciente;
- ✓ 53 pacientes com processo ativo para Medicamentos de alto custo;
- ✓ 02 encaminhamentos à Formosa para consultas/retorno e ou Confecção de FAV;
- ✓ 275 Atendimentos de fisioterapia;
- ✓ 122 Atendimentos de Nutrição;

- ✓ 191 Atendimentos de Psicologia;
- ✓ 61 Atendimentos de Fonoaudiologia;
- ✓ 361 Atendimentos de Assistente social;
- ✓ 148 Atendimentos de Avaliação global;

Manutenções preventivas mensais realizadas no dia 10/01/2024 nas tecnologias de saúde disponíveis no serviço, como máquinas de hemodiálise, Sistema de tratamento de água para hemodiálise, osmose reversas portáteis e desinfecção conforme plano de gerenciamento de tecnologias, além de manutenção preventiva poltronas. Sem necessidade de manutenção corretiva no período.

Coleta em 11/01/2024 de amostra de água para aferição funcionamento adequado das tecnologias de saúde por laboratório especializado para **avaliação mensal** segundo cronograma realizado nos seguintes pontos, com todos os resultados satisfatórios.

- ✓ Pré tratamento;
- ✓ Pós carvão;
- ✓ Loop do reuso;
- ✓ Loop da osmose;
- ✓ 05 Osmose portáteis;
- ✓ 02 amostra de Dialisato de máquina de HD: 0SXA1ZXC, 0SXA2RAN

ANALISE DAS METAS QUANTITATIVAS

O número de sessões de hemodiálise contabilizou um total de **747 sessões**, todas em pacientes com sorologia negativa, metas relacionadas ficam atreladas a disposição de vagas, que depende da demanda da regulação, além de características clínicas, como no caso da SALA AMARELA, com taxa de ocupação zero no momento, capaz de gerar em média 104 sessões por mês destinada ao atendimento de pacientes como sorologia positiva para Hep B, até o momento sem demanda. A Taxa de ocupação é de 100% das vagas destinadas ao atendimento de pacientes com sorologia negativa ou positiva para HEP C e HIV. O serviço ainda conta com uma máquina para atendimento de intercorrências capaz de gerar 52 sessões, sendo agendadas em caso de necessidade clínica, para pacientes com sobrecarga hídrica.

No período devido a comemoração das festividades de ano novo, foi realizado remanejamento da sessão dia 01/01/2024, para 31/12/2023, para que pacientes pudessem comemorar com seus familiares, impactando no número total de sessões realizadas no período.

Em 31/01/2024 com total de **60 pacientes** em hemodiálise no serviço. A admissão de novos pacientes é feita por regulação da Secretaria estadual de saúde, com demanda gerada a partir do diagnóstico da doença renal crônica, em sua maioria de pacientes com diagnóstico tardio,

necessitando de estabilização em UTI e posteriormente transferência para a unidade de hemodiálise. No período houve transferência de um paciente para cidade de Formosa, solicitado pelo paciente, ocorrendo abertura de uma vaga, realizado admissão de 01 paciente proveniente de São Domingos-GO. No período não houveram saídas por óbitos, alta médica, transplante e ou abandono.

Do total dos pacientes no período 32% são provenientes do município de Posse e outros de cidades da região nordeste do estado, gerando necessidade de transporte contínuo para manutenção da saúde e qualidade de vida dos pacientes. Segundo pactuação com regulação e contrato com empresa especializada a Policlínica é responsável pelo transporte de pacientes segundo as rotas descritas abaixo, realizado por dois micro-ônibus de responsabilidade da Policlínica de Posse são feitas nas seguintes rotas:

SEGUNDA- QUARTA - SEXTA

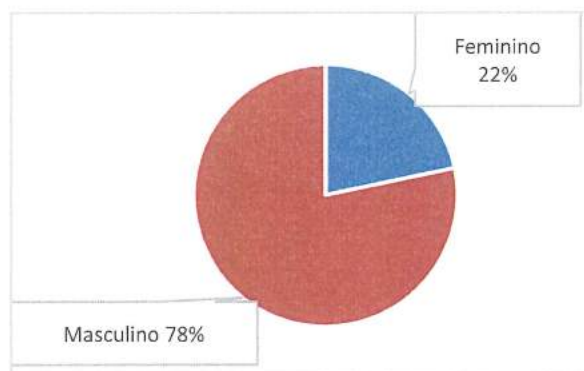
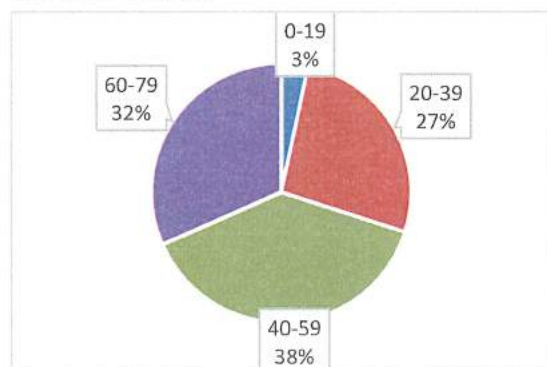
1º turno – 7 pacientes	2º turno- 3 pacientes
Posse / Alvorada / Simolândia Retorno: Simolândia / Alvorada / Posse	Posse / Divinópolis / São Domingos Retorno: São Domingos /Divinópolis / Posse

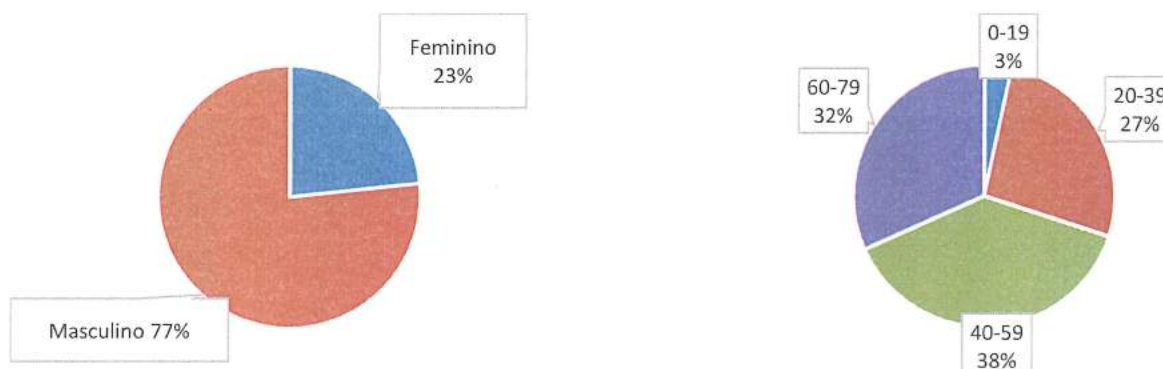
TERÇA – QUINTA – SÁBADO

1º turno- 2 pacientes:	2º turno- 3 pacientes:
Posse / Iaciara Retorno: Iaciara /Posse	Posse / Damianópolis / Mambai / Sítio D`Abadia Retorno: Sítio D`Abadia / Mambai / Damianópolis / Posse

O serviço ainda é responsável pela remoção de pacientes com intercorrências clínicas graves para serviço de retaguarda, no período não houve necessidade, e também pelo encaminhamento de pacientes para realização de consulta/confecção de FAV e retorno para o serviço de retaguarda (Formosa-GO), No período foram realizados 2 encaminhamentos pelo micro-ônibus com acompanhamento de um tec de enfermagem.

78% do total de pacientes é do sexo masculino, prevalecendo pacientes com menos 60 anos de idade 68,3%.

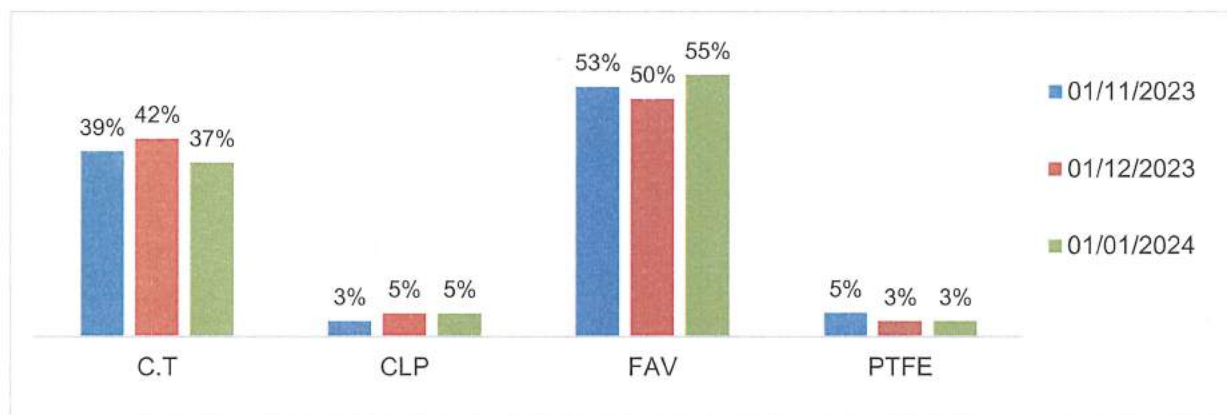




Devido a forma de admissão, maioria proveniente de internações de UTI, é possível observar uma alta taxa de uso de Cat. para hemodiálise, correspondente a 45% do total de pacientes além do aumento de morbidades e intercorrências clínicas que geram aumento de gasto e maior risco a qualidade de vida e segurança dos pacientes.

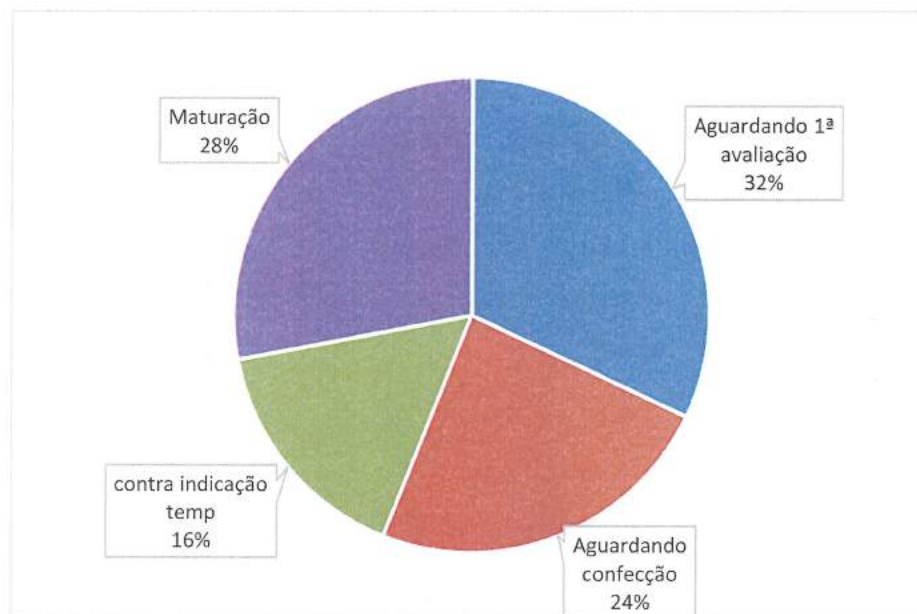
No período foram realizados 05 implantes de cateter na unidade relativos à perda de acesso, por baixo fluxo e perda de FAV. Foram encaminhados para confecção de FAV 2 pacientes que estão uso de cateter.

INDICADORES QUALITATIVOS



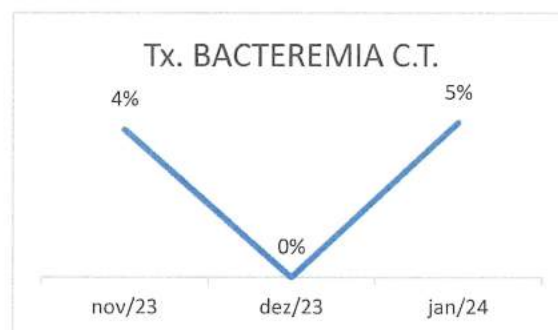
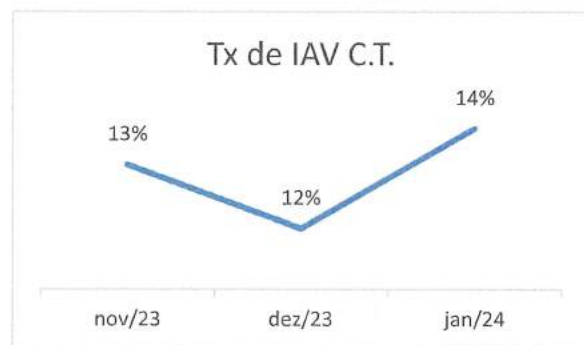
O Acesso vascular na hemodiálise é importante para manutenção qualidade de vida e segurança dos pacientes, impactando diretamente sobre todos os indicadores de qualidade, e performance departamento. A Taxa de uso acesso vascular apresentou diminuição para Cateter para hemodiálise relacionado ao último mês anterior devido retirada de cateter e início de uso de FAV que estavam em maturação, 4 pacientes no período. Para melhoria do indicador mantemos as condutas e processo de estabelecimento de acesso permanente, FAV e Cateter de longa permanência. A FAV tem o fluxo para confecção depende de regulação e assistência de serviço especializado de exames e equipe cirúrgica, interferindo sobre o tempo hábil para estabelecimento desse acesso, além do período de maturação que em média é > 60 dias para que o acesso possa ser utilizado. Em relação ao cateter de longa permanência, que seria o dispositivo de escolha para aguardar a confecção de

FAV, o serviço não disponibiliza implante do dispositivo que confere uma taxa menor de complicações a longo prazo além redução significativa de infecções de corrente sanguínea e falência de acesso vascular.



Do total de 25 paciente em uso de cateter 28 % estão em período de maturação de FAV, que dura em média 60 dias, para ser liberado para punção. No período foram realizadas 2 confecções de FAV, em funcionamento. Os outros paciente ainda aguardam agendamento de confecção de FAV 24%, pelo serviço de retaguarda, 32% Aguardando primeira consulta, já agendadas para o mês de fevereiro de 2024 e 16% aguardando liberação de risco cirúrgico.

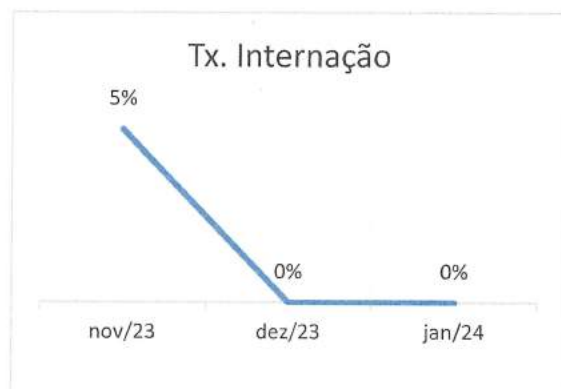
Devido à alta taxa de uso de cateter temporário no período existe maior risco de Infecção relacionada a assistência devido ao acesso vascular.



No período só houve ocorrência de infecção e/ou investigação em pacientes em uso de Cateter temporário com taxa apresentando aumento referente aos últimos meses relacionados em paciente com uso prolongado de cateter, as ações de correção e prevenção foram supervisionadas e reorientadas, após tratamento e condutas apresentaram melhora clínica, pacientes estão

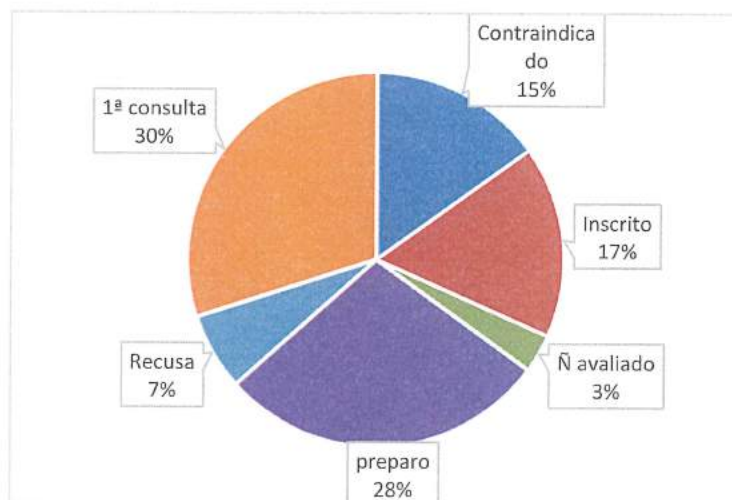
aguardando confecção de FAV. 04 coletas de hemocultura em pacientes que apresentam reação pirogênica, 2 pacientes resultado negativo de hemocultura, 1 paciente com caso recorrente de infecção relacionado a acesso, com resultado em análise, 1 paciente com Bacteremias relacionada a acesso com resultado de hemocultura *Staphylococcus epidermidis*. 04 pacientes fizeram uso de Antibioticoterapia com vancomicina, no período.

No período não houve ocorrência de internação relacionada a complicação de procedimento dialítico, portanto não houve remoções de pacientes para serviço de retaguarda.



Taxa de internação dentro de parâmetros aceitáveis, Manutenção relacionada ao mês anterior e taxa de mortalidade mantendo em 0% nos últimos três meses.

Em avaliação com RT médico e assistentes sociais realizado levantamento de pacientes aptos para transplantes e status em relação ao processo de inscrição em fila 30% dos pacientes aguardam agendamento da 1ª consulta, responsabilidade do serviço social, já acionado para solicitação junto ao sistema de regulação do estado. 28% estão realizando exames, 17% Inscritos, com atualização de soro segundo solicitação do laboratório responsável, 3% ainda não aptos para avaliação segundo fluxo determinado na unidade.



METAS DE DESEMPENHO

Principais metas de desempenho do serviço:

- ✓ Diminuir a taxa de uso de Cateter para hemodiálise
- ✓ Reduzir e manter baixas as taxas de infecção relacionada a assistência/ Acesso Vascular
- ✓ Aumentar o número de indicadores para avaliação da qualidade da assistência prestada: (Ex: KtV, Anemia, Controle de potássio, fosforo e outros)
- ✓ Estabelecer estratégias junto aos responsáveis para redução de consumo e gastos: Viabilização de vagas, implementação do reprocessamento de dialisadores e linhas de sangue, etc)
- ✓ Engajamento de equipe multiprofissional nos processos de melhoria do setor;
- ✓ Alinhamento com a equipe interna para indicadores e metas de desempenho do serviço;

CONTINGÊNCIA

As medidas de contingência estabelecidas no setor durante o período foram satisfatórias, principalmente no que se refere a disponibilidade de materiais, medicamentos específicos para hemodiálise, encaminhamento de pacientes para confecção de FAV e outros. Mantendo vigilância sobre indicadores e adesão aos processos de segurança e notificação de incidentes e avaliação de riscos.

RISCOS

Devido à complexidade do setor diversos riscos são gerenciados no setor. Como citado anteriormente os a localização regional do serviço, população são constantes entraves para melhoria da qualidade e redução dos danos. O gerenciamento constante de indicadores e estabelecimento de estratégias de vigilância e logísticas possíveis para o atendimento das demandas geradas. Revisão de fluxos, treinamento profissional, supervisão de ações de terceiros, orientação a pacientes e outras ações são realizadas para o gerenciamento de risco na unidade.

Monitoramento: Qualidade da água e funcionamento de equipamentos, manutenção de acessos vasculares, encaminhamento de pacientes para confecção de FAV, supervisão sobre a qualidade de produtos utilizados no setor, gestão de tecnologia de saúde, unidades de apoio e outros.

GESTÃO DE PESSOAS

INTEGRAÇÃO

No período não houve admissão de novos profissionais.

TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO

Treinamento do POP de Prevenção de coagulação do circuito extracorpóreo, de intercorrências durante sessão realizado do dia 18/01/24 à 19/01/24, específico para técnicos de enfermagem e outro para enfermeiros. Equipe dividida em turmas onde foi exposto material

impresso, discussão de casos, demonstração de técnicas e avaliação de registros relacionados a sessão, com duração média de 50 min.

Objetivo: Treinamento, alteração de procedimento

Conteúdo:

1. Coagulação sanguínea
2. Fisiopatologia e causas;
3. Coagulação do circuito extracorpóreo;
4. Perigos para coagulação sanguínea no CE;
5. Anticoagulação;
6. Heparina: Mecanismo de ação, meia vida, medicamento de alta vigilância e eventos adversos;
7. Contraindicações;
8. Prescrição>Preparo> administração;
9. Monitoramento dos sinais de coagulação;
10. Hd sem anticoagulante;
11. Mitigação;



PLANO DE DESENVOLVIMENTO

Treinamento do Programa de Acolhimento, Saúde Mental e Emocional - **PASMEM** - para líderes, encarregados e gestores das unidades policlínicas estaduais 30/01/24 à 31/01/24. Programa com início em outubro de 2023, para desenvolvimento de líderes, com foco em saúde mental, estendo a liderados a disseminação do autoconhecimento com uso de ferramentas baseadas na teoria DISC, de perfil comportamental, levantando o perfil dos colaboradores e promovendo maior conhecimento das lideranças sobre necessidade e oportunidades de melhoria nos processos de trabalho. Aplicação de testes, avaliação dos testes e roda de conversa sobre principais necessidade de melhorias detectadas pela autoavaliação dos colaboradores, com duração média de 40 min.

Objetivo: Desenvolvimento da equipe e Saúde mental

Conteúdo: Teste auto aplicado DISC, Dicas de melhoria do perfil



DIMENSIONAMENTO

Para demanda atual do serviço o setor encontra-se atualmente adaptado as normas legais além da suficiência dos serviços prestadas, não gerando horas extras ou falha em cobertura de férias e funções necessárias. O serviço ainda não utiliza todos as ações possíveis, como o reprocessamento de dialisadores e linhas e dialise peritoneal.

Divido em escalas de trabalhos direcionadas ao atendimento de turnos de hemodiálise ou função específica:

- ✓ 1 médicos nefrologistas e Responsável Técnico, vinculado a empresa Semprevida
- ✓ 1 Enfermeiro Responsável Técnico, vinculado a empresa Semprevida
- ✓ 3 enfermeiros assistencial;
- ✓ 13 técnicos de enfermagem; (Sendo 01 vinculado a empresa semprevida)

Conta ainda com o apoio da equipe multiprofissional:

- ✓ 02 assistentes sociais
- ✓ 02 psicólogas
- ✓ 02 nutricionistas
- ✓ 02 fisioterapeutas

GESTÃO DE PROCESSOS

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

Matriz de Prioridade (GUT)							
Descrição do problema	Gravidade		Urgência		Tendência		Prioridade Final
Alta taxa de uso de cateter	Gravíssimo	5	Resolver o mais cedo possível	3	Vai piorar em pouco tempo	4	60
alta taxa de infecção	Gravíssimo	5	Necessita de ação imediata	5	Vai piorar em pouco tempo	4	100
Baixa inscrição em transplante	Pouco Grave	2	Pode esperar um pouco	2	Vai Piorar em médio prazo	3	12
Demanda reprimida (vaga para admissão novos de pacientes)	Grave	3	Resolver o mais cedo possível	3	Vai piorar em pouco tempo	4	36
Reprocessamento de dialisadores	Pouco Grave	2	Pode esperar um pouco	2	Não vai piorar	1	4

ANÁLISE S.W.O.T

FATORES INTERNOS	FORÇAS	FRAQUEZAS
	Estrutura fisica	Resolutivida e de acessos vascular
	RT's especializados na area	Disponibilidade Procedimentos e equipe especializada
	dimiensionamento profissioanal adequado	
	Tecnologias de saúde adequada	
disponibiliade de materiais		
Retaguarda para realização de exames a avaliações		
FATORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	Aumento no numero de sessões	Localização geografica
	Melhoria na entrega do serviço	Disponibilidade de profissionais com experiência e especialização
	Segurança do paciente	Atendimento de demanda reprimida quanto a localização e disponibilidade de transporte
	Aumento da eficácia/eficiênica e sustentabilidade	Perfil epidemiológico

MELHORIA CONTÍNUA

Como descrito acima o setor vem apresentando uma serie de melhorias relacionadas a assistência sendo possíveis de ser detectadas através da melhora de indicadores de qualidade e na satisfação de pacientes e colaboradores.

RSOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO

Apresentando adequada entrega nas metas estabelecidas, comprometida na manutenção e controle do serviço prestado.

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto o setor está comprometido no desenvolvimento de ações e propostas para manutenção continua e melhoria na entrega dos serviços prestados, com trabalho centrado na experiência do paciente na segurança de todos.



Frederico Antonio e Silva
 Enfermeiro/Nefrologista Coren/GO 168700
 RT da Clínica de Hemodiálise da
 Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

6 – Produção Assistencial

6.1 – Produção de especialidades médicas, não médica e SDTA externo.

Na planilha a seguir mostra os resultados de Produção de especialidades médicas, não médica e SDTA externo, indicando o número de 1ª consulta, retorno, sessões, interconsulta e exames externos, realizada e a ofertada referente ao mês de maio, pela Policlínica Estadual de Região Nordeste – Posse.

Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse		
Processo SEI: 202000010028601	Contrato: 51/2020	Termo aditivo: 1º
Vigência do termo: 15/06/22 a 16/04/24	OBS:	
Mês: Janeiro	Ano: 2024	
Consultas Médicas Especializadas		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Consulta Médica	5.988	3.755
Especialidade	Meta Mensal	Produção Realizada
Cirurgia Vascular	5.988	50
Cardiologia		369
Clínica Médica (Linha Do Cuidado)		148
Dermatologia		200
Endocrinologia		275
Gastroenterologia		172
Ginecologia Obstetrícia		128
Hematologia		13
Infectologista		11
Mastologia		66
Nefrologia		770
Neurologia		177
Oftalmologia		261
Ortopedia		632
Otorrinolaringologia		143
Pediatria		81
Pneumologia		39
Psiquiatria		47
Reumatologia		53
Urologia		120
Total	5.988	3.755

*Consulta De nefrologia que são realizadas na Hemodiálise não são ofertadas na escala devido à demanda espontânea.

Especialidades Médicas	Meta Mensal	Produção Realizada
Anestesiologia	0	0
Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Consulta Não Médica	2.864	3233
Profissão	Meta Mensal	Produção Realizada
Serviço Social	2.864	401
Enfermagem		748
Farmácia		158
Fisioterapia		1.279
Fonoaudiologia		40
Nutricionista		379
Psicologia		228
Total		2.864
Profissão	Meta Mensal	Produção Realizada
Enfermagem (triagem)	0	3.617
Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Farmácia	350	816
Práticas Integrativas e complementares - PICS		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Ventosaterapia	0	57
Aromaterapia	0	162
Fitoterapia	0	0
Tratamento Naturopático	0	53
Total	0	272
Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Bolsa De Colostomia Fechada C/ Adesivo Microporoso	Até 60	0
Bolsa De Colostomia Com Adesivo Microporo Drenável	Até 30	0
Conjunto De Placa E Bolsa P/ Estomia Intestinal	Até 10	0
Barreiras Protetoras De Pele Sintética	Até 01	0
Bolsa Coletora P/ Urostomizados	Até 30	0
Coletor Urinário De Perna Ou De Cama	Até 04	0

Conjunto De Placa E Bolsa P/ Urostomizados	Até 15	0
Total	150	0
O Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas ainda não possui produção devido à falta de definição do fluxo de pacientes.		
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Cirurgia Menor Ambulatorial (cma)	120	57
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT inicial REALIZADO		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Radiologia	600	389
Tomografia	600	233
Ressonância Magnética	240	221
Endoscopia	200	0
Colonoscopia	100	0
Cistoscopia	40	1
Nasofibrosopia	60	30
Punção Aspirativa por agulha grossa	20	5
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20	0
Urodinâmica	20	1
Mamografia	100	83
Colposcopia	80	4
Eletroencefalografia	100	4
Eletroneuromiografia	50	0
Ultrassonografia	360	500
Doppler Vascular	60	192
Ecocardiografia	60	68
Eletrocardiografia	200	76
Holter	60	86
MAPA	60	80
Teste Ergométrico	80	56
Espirometria	200	0
Audiometria	200	17
Emissão Otoacústica	40	4
Densitometria óssea	200	38
Total Geral	3.750	2.088
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT inicial OFERTADO		
Procedimento	Meta Mensal	Ofertado
Radiologia	600	616

Tomografia	600	616
Ressonância Magnética	240	242
Endoscopia	200	0
Colonoscopia	100	0
Cistoscopia	40	40
Nasofibrosopia	60	90
Punção Aspirativa por agulha grossa	20	20
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20	20
Urodinâmica	20	8
Mamografia	100	110
Colposcopia	80	20
Eletroencefalografia	100	107
Eletroneuromiografia	50	0
Ultrassonografia	360	360
Doppler Vascular	60	60
Ecocardiografia	60	72
Eletrocardiografia	200	202
Holter	60	98
MAPA	60	98
Teste Ergométrico	80	80
Espirometria	200	0
Audiometria	200	117
Emissão Otoacústica	40	44
Densitometria óssea	200	202
Total Geral	3.750	3.222

*Endoscópio e Colonoscópio estão em manutenção.

** A quantidade de exames de ultrassonografia oferecidos foi excedida devido ao fato de que um paciente pode fazer mais de um exame.

Centro Especializado em Odontologia (CEO II)

Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Primeira Consulta	240	39
Consultas Subsequente	360	55
Sub. Total	600	94
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Procedimentos Básicos	110	279
Periodontia Especializada	90	95
Endodontia	60	8
Cirurgia Oral Menor	90	19

Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	0	0
Total	350	401
Clínica de Serviços Dialíticos		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Primeira consulta	NTMC	7
Sessões hemodiálise	936	740
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal	36	0
Total	972	747
Transporte para a Clínica de Serviços Dialíticos		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Ônibus I	12.000 Km	10.631 Km
Ônibus II	12.000 Km	12.176 Km
VAN	12.000 Km	0 Km
Total	36.000 Km	22.807 Km
Exames Oftalmológicos		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Fundoscopia	0	420
Potencial De Acuidade Visual	0	0
Tonometria	0	400
Triagem Oftalmológica	0	261
Teste Ortóptico	0	0
Total	0	1.081
Laboratório de Análises Clínicas		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Exames Laboratoriais	0	5.033
Fonte: MV SouIMV - POLICLINICA DE POSSE de 01/01/2024 - 31/01/2024		
Posse, 05 de Fevereiro 2024		


 Kamylla Divina Brito do Carmo
 Coordenadora Operacional

Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse