



RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº051/2020

Competência: fevereiro/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 | 24 |
| 2.3.3 – Comissão de Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde | 26 |
| 2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente | 29 |
| 2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde | 31 |
| 2.3.6 – Comissão de Multiprofissional | 33 |
| 2.3.7 – Comissão de Avaliação de Análise de Revisão de Prontuários Médicos | 35 |
| 2.3.8 – Comissão de Proteção Radiologia | 41 |
| 2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica | 43 |
| 2.3.10 – Comissão de Verificação de Óbito | 45 |
| 2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade | 47 |
| 2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais | 50 |
| 2.3.13 – Comissão de Ética Médica | 52 |
| 2.3.14 – Comitê de Ergonomia | 55 |
| 3– Atividades Realizadas No Mês | 60 |
| 4 – Relatório de Recursos Humanos | 68 |
| 4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos | 68 |
| 4.2 EPI | 70 |
| 5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise | 71 |
| 6 – Produção Assistencial | 84 |
| 6.1 – Produção de especialidades médicas, não médica e SDTA externo. | 84 |

1 – Apresentação

O Instituto CEM é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, fundada em 05 de março de 2010, inscrito no CNPJ/MF 12.053.184/0001-37, está localizado Estado de Goiás, Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia – GO, devidamente contratualizado com Secretaria do estado de Goiás, por meio de Contrato de Gestão, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 12 horas/dia na Policlínica 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 01 a 29 de fevereiro 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 | 58 | 240 | 300 | 22% |
| Enfermagem | 0 | 0 | 0 | 11 | 42 | 53 | 4% |
| Recepção Médica | 0 | 0 | 0 | 24 | 199 | 223 | 17% |
| Consultório Médico | 0 | 0 | 2 | 23 | 198 | 223 | 17% |
| Recepção Imagem | 0 | 0 | 2 | 25 | 96 | 123 | 9% |
| Diagnóstico por Imagem | 0 | 0 | 2 | 25 | 96 | 123 | 9% |
| Recepção Laboratório | 0 | 0 | 2 | 9 | 59 | 70 | 5% |
| Recepção Equipe Mult. | 0 | 0 | 0 | 11 | 29 | 40 | 3% |
| Laboratório | 0 | 0 | 2 | 9 | 59 | 70 | 5% |
| Fisioterapia | 0 | 0 | 0 | 11 | 29 | 40 | 3% |
| Fonoaudiologia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Nutrição | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 6 | 0% |
| Serviço Social | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Assistência Farmacêutica | 0 | 1 | 1 | 20 | 50 | 72 | 5% |
| Psicologia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total Geral | 0 | 2 | 12 | 227 | 1.102 | 1.343 | 100% |
| Índice Satisfação | 0% | 0% | 1% | 17% | 82% | Índice Geral | 99% |

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

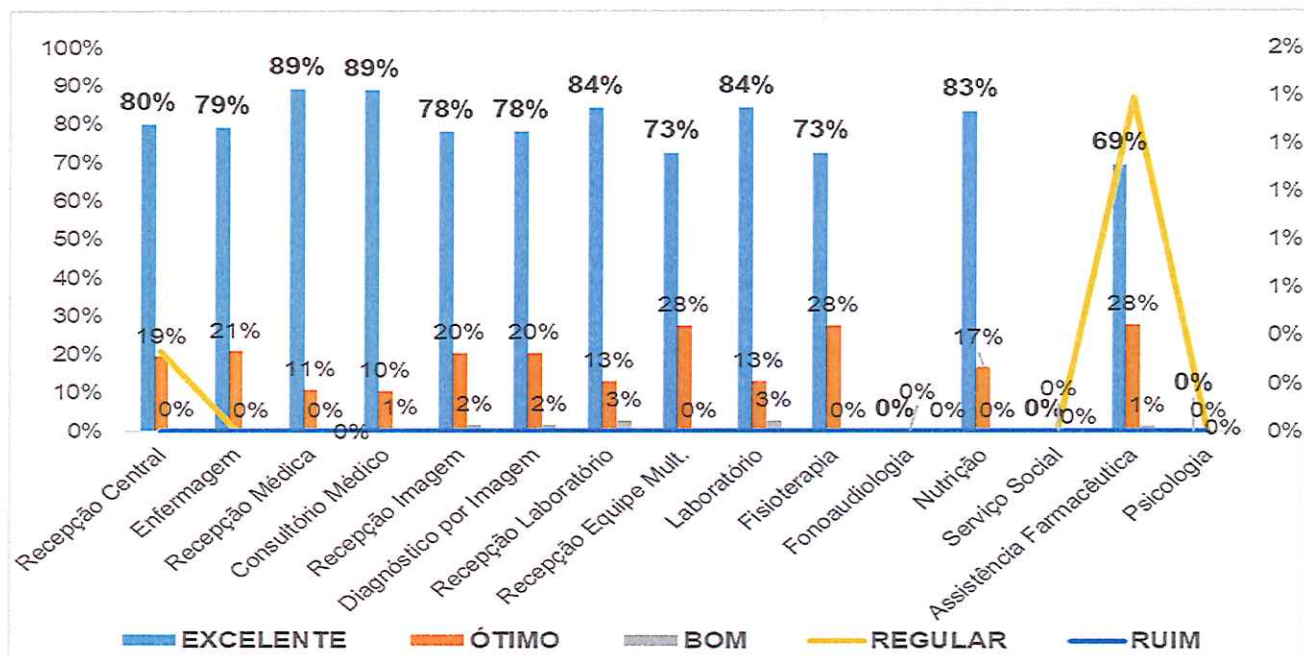
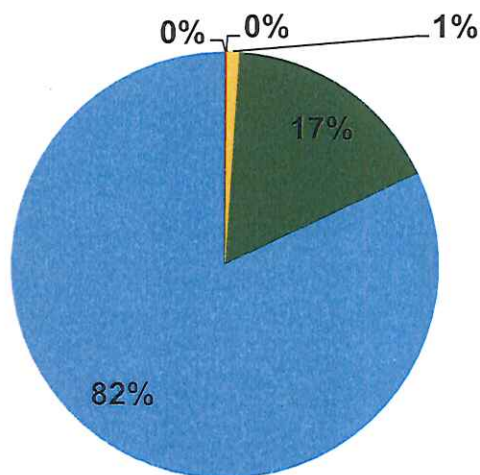


Gráfico 02: Índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento.

O índice de satisfação, se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas.



■ RUIIM ■ REGULAR ■ BOM ■ ÓTIMO ■ EXCELENTE

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 99%.

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

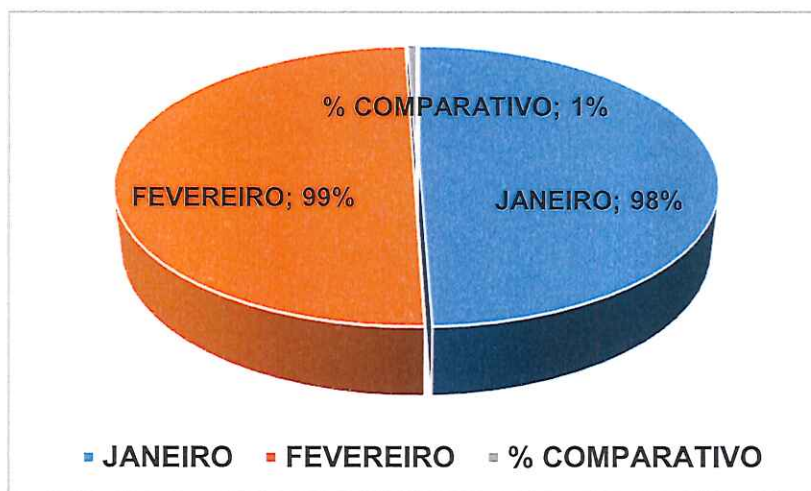
serviços prestados. A gestão busca cada vez mais, prestar um atendimento de qualidade e excelência aos nossos usuários.

3.1.1 Comparativo das avaliações entre os meses janeiro/fevereiro

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 | JANEIRO | FEVEREIRO | % COMPARATIVO |
|-----------------------------------|------------|--------------|---------------|
| Ruim | 3 | 0 | 100% |
| Regular | 6 | 2 | -100% |
| Bom | 12 | 12 | 0% |
| Ótimo | 355 | 227 | -56% |
| Excelente | 620 | 1.102 | 44% |
| Total Geral de Avaliações | 996 | 1.343 | 26% |
| Índice Geral de Satisfação | 98% | 99% | 1% |

Gráfico 03: Comparativo janeiro/fevereiro



Quanto aos indicadores, nestes dois meses, houve apenas uma alteração de 1% no índice de satisfação do mês de fevereiro, 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 99% no mês de fevereiro. Isso reforça nosso

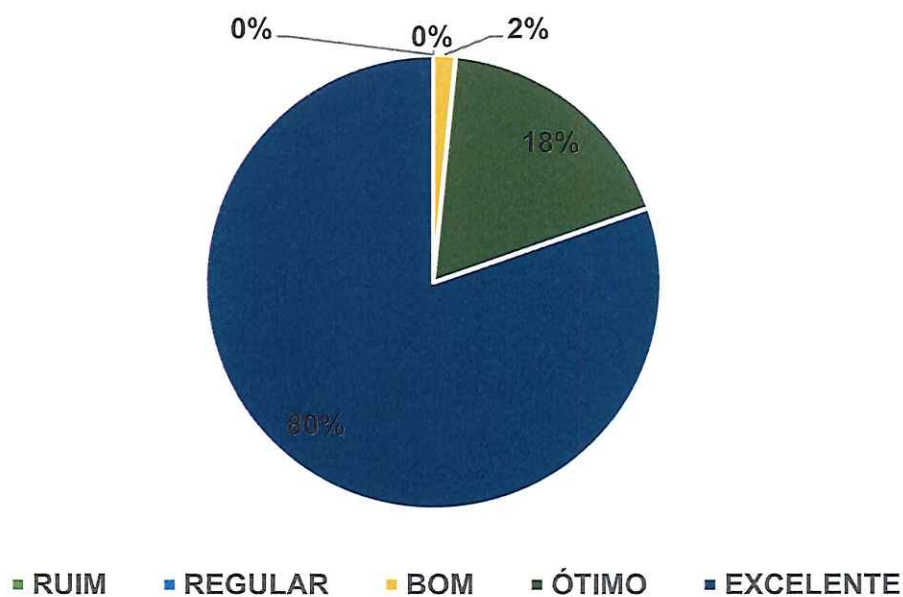
compromisso para manter um atendimento humanizado e de excelência, em nossa unidade de saúde.

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 | 1 | 1 | 70 | 228 | 300 | 37% |
| Enfermagem | 0 | 0 | 0 | 5 | 48 | 53 | 7% |
| Recepção Esp. Médica | 0 | 0 | 2 | 25 | 196 | 223 | 28% |
| Recepção Imagem | 0 | 0 | 7 | 22 | 94 | 123 | 15% |
| Recepção Laboratório/Equipe Multi | 0 | 0 | 3 | 24 | 83 | 110 | 14% |
| Total Geral | 0 | 0 | 13 | 146 | 649 | 809 | 100% |
| Índice de Satisfação | 0% | 0% | 2% | 18% | 80% | Índice Geral | 98% |

Gráfico 04: Índice de satisfação



Como pode ser observado na tabela e no gráfico acima, todos os setores da limpeza estão com um alto índice de avaliação ótima e excelente. 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.

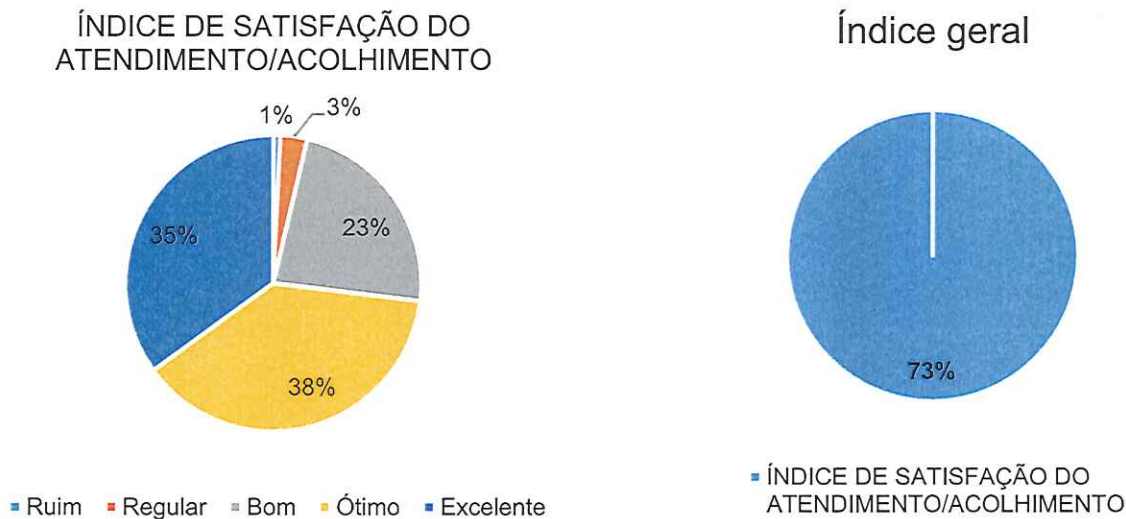
Foi aplicado o questionário a 55 pacientes, sobre atendimento, acolhimento, qualidade e conforto dos serviços ofertados.

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

| 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 94% no atendimento geral e 93% 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


Gláucia 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 01/02/2024 a 29/02/2024, os quais foram extraídos do Sistema OuvidorSUS. Foram registradas 19 manifestações, todas pessoalmente. Deste total, 16 foram elogios, 03 reclamações.

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, 84,3% foram de elogios, 15,7% foram de reclamações. As manifestações foram registradas por meio de atendimento presencial e da ouvidoria SES.

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


Glaucia 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: 29/2/2024 | | | Período/Ano analisado: fev/24 | | | |
| Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos realizadas e a quantidade de participantes | DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | |
| | Treinamentos | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | média anual |
| | 2023 | 11 | 9 | 7 | 11 | 24 | 14 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 1 | 5 |
| Processo: Programa de educação permanente | Participantes 2024 | 110 | 54 | | | | | | | | | | | |
| | 2024 | 5 | 7 | | | | | | | | | | | |
| Fórmula: Somatória dos treinamentos realizadas e participantes | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor médio do ano anterior: Não se aplica | ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pela análise: Daiane Cavalcante | Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos. | | | | | | | | | | | | | |
| Observações: Quantificar os treinamentos previstas não realizadas e as justificativas. | Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de Fevereiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos. | | | | | | | | | | | | | |

|   | | NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----------------------------|-----|-----|-------------------------------|-----|-----|-------------|
| | | FORMULÁRIO | | | | | | | | | | | | |
| | | ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | | |
| | | FOR/NEP.01 | | | | | | Revisão: 03 | | | vigência: 30/10/2025 | | | |
| | | Ações educativas realizadas | | | | | | Data da Análise: 29/2/2024 | | | Período/Ano analisado: fev/24 | | | |
| Objetivo de medição: Identificar a quantidade de ações educativas realizadas | DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | |
| | Ações | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | média anual |
| | 2023 | 1 | 2 | 2 | 3 | 7 | 3 | 2 | 9 | 8 | 8 | 7 | 8 | 5 |
| Processo: Programa de educação permanente | Participantes 2024 | 20 | 18 | | | | | | | | | | | |
| | 2024 | 5 | 8 | | | | | | | | | | | |
| Fórmula: Somatória dos treinamentos realizadas e participantes | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor médio do ano anterior: Não se aplica | ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pela análise: Daiane Cavalcante | Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações. | | | | | | | | | | | | | |
| Observações: Quantificar os treinamentos previstas não realizadas e as justificativas. | Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de Fevereiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações. | | | | | | | | | | | | | |

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 de Manuseio adequado e Procedimentos de Limpeza e Desinfecção para Endoscópios e Colonoscópios | 20/02/2024 | Alan Patrick | 12 |
| Treinamento Aplicação dos Medicamentos Injetáveis do Juarez Barbosa | 02/02/2024 | Barbara Rhuanna Thyanne Silva | 10 |
| Treinamento e Orientação sobre Evacuação e Saída de Emergência | 12/02/2024 | Cledimar Bispo | 21 |
| Treinamento Reciclagem do Sistema MV | 23/02/2024 26/02/2024 27/02/2024 | Karliene Pereira | 01 |
| Treinamento e Orientação para a equipe de Vigilância Patrimonial | 01/02/2024 | Cledimar Bispo | 08 |
| Treinamento Teórica e Prática sobre SBV e SAV | 22/02/2024 27/02/2024 | Luís Felipe | 17 |
| Treinamento Prevenção de Eventos Adversos Relacionados ao Acesso Vascular | 28/02/2024 29/02/2024 | Frederico Antonio | 13 |

CARGA HORÁRIA TOTAL DOS TREINAMENTOS REALIZADOS

| <u>TREINAMENTO</u> | <u>DATA</u> | <u>QUANTOS PARTICIPANTES</u> | <u>CARGA HORÁRIA TOTAL</u> |
|--|--|------------------------------|----------------------------|
| Treinamento de Manuseio adequado e Procedimentos de Limpeza e Desinfecção para Endoscópios e Colonoscópios | 20/02/2024 | 12 | 1:30 Hora |
| Treinamento Aplicação dos Medicamentos Injetáveis do Juarez Barbosa | 02/02/2024 | 10 | 1 Hora |
| Treinamento e Orientação sobre Evacuação e Saída de Emergência | 12/02/2024 | 21 | 1 Hora |
| Treinamento Reciclagem do Sistema MV | 23/02/2024 26/02/2024 27/02/2024 | 01 | 9 Horas |
| Treinamento Teórico e Prática sobre SBV e SAV | 22/02/2024 27/02/2024 | 17 | 3:30 Horas |
| Treinamento Prevenção de Eventos Adversos Relacionados ao Acesso Vascular | 28/02/2024 29/02/2024 | 13 | 1 Hora |

| | | | |
|--|------------|----|-----------|
| Treinamento e Orientação para a equipe de Vigilância Patrimonial | 01/02/2024 | 08 | 1:15 Hora |
|--|------------|----|-----------|

AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DOS TREINAMENTOS DE FEVEREIRO 2024

| TREINAMENTO | RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA |
|--|---|
| Treinamento de Manuseio adequado e Procedimentos de Limpeza e Desinfecção para Endoscópios e Colonoscópios | O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 20 de fevereiro de 2024 pela equipe da MEDDOCTOR. O instrutor conduziu uma sessão abrangente focada no manuseio apropriado, procedimentos de limpeza e desinfecção para endoscópios e colonoscópios, essenciais para garantir a segurança dos procedimentos médicos. O treinamento teve como objetivo principal capacitar a equipe de enfermagem encarregada dos procedimentos, assim como os médicos que utilizam os equipamentos. Houve uma apresentação detalhada dos princípios básicos de funcionamento desses instrumentos médicos. Os participantes puderam compreender a importância de conhecer os passos essenciais para a limpeza e desinfecção adequadas, alinhados com as diretrizes e protocolos recomendados. |
| Treinamento Aplicação dos Medicamentos Injetáveis do Juarez Barbosa | O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 02 de fevereiro de 2024 pela enfermeira Thayanne e Barbara farmacêutica. O treinamento sobre a aplicação dos medicamentos injetáveis disponíveis pelo Centro Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (Cemac JB) para a equipe assistencial. O treinamento teve como objetivo padronizar os procedimentos a serem adotados com relação a dispensação e aplicação dos medicamentos injetáveis. Orientou-se sobre o fluxo das aplicações, foi entregue o guia de diluição com a descrição dos medicamentos que serão aplicados. |
| Treinamento e Orientação sobre Evacuação e Saída de Emergência | A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse no dia 12 de fevereiro realizou um treinamento e orientação para os colaboradores sobre evacuação e saída de emergência em caso de incêndio e catástrofe para saída segura dos pacientes e colaboradores dentro da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Com objetivo de capacitar e orienta os colaboradores a evacuar a área da ocorrência de maneira organizada e rápida; estabelecer requisitos mínimos para elaboração, implantação, manutenção e revisão de um plano de ação contra emergência, visando proteger a vida, o patrimônio e o ambiente. |
| Treinamento Reciclagem do Sistema MV | O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse – GO, dando início no dia 23/02, tendo continuidade nos dias 26/02 e 27/02 de fevereiro de 2024 pela Supervisora de atendimento. O Treinamento foi realizado na recepção central onde foi mostrado ao colaborador a importância do uso do Sistema, o treinamento foi feito durante o fluxo, onde realizou aberturas de atendimento, cadastros de pacientes e consultas de prontuários. Foi ressaltado também como |

| | |
|---|--|
| | abordar e receber o paciente, foi frisando a cordialidade e empatia, sempre no primeiro momento. |
| Treinamento e Orientação para a equipe de Vigilância Patrimonial | O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse – GO, no dia 01 de fevereiro. O treinamento e orientações foram dadas para a equipe de vigilância patrimonial, sobre o fluxo de acidente no trabalho, segurança do paciente, controle de acesso e saída de pacientes, colaboradores e terceiros e vigilância do patrimônio da Policlínica Regional da Unidade Posse. |
| Treinamento Teórico e Prática sobre SBV e SAV | A ação foi realizada na Policlínica de Posse – GO, no dia 22 e 27 de fevereiro de 2024 pelo médico socorrista e plantonista nesta unidade, que vendo a oportunidade em capacitar equipe para tal procedimento solicitou e se disponibilizou a organizar treinamento. Foi realizado exposição de conteúdo após término nas atividades do plantão com toda equipe. Seguindo as orientações de segurança do paciente e protocolos internacionais para manutenção da vida e redução do dano. Apresentação de conceitos em forma de discussão e demonstração dos materiais, e execução do procedimento através de simulação realística com uso de manequim, orientação do manuseio de produtos e aparelhos utilizados procedimento. |
| Treinamento Prevenção de Eventos Adversos Relacionados ao Acesso Vascular | O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse – GO, no dia 28 e 29 de fevereiro de 2024 pelo RT de enfermagem do setor, seguindo cronograma de capacitações estabelecido. Foi realizado exposição de conteúdo em grupos de 3 a 4 pessoas com tempo médio de duração de 1:00h. Seguindo as orientações de segurança do paciente em dialise, foi elaborado protocolo de prevenção de eventos adversos relacionado a acesso vascular, a fim de reduzir os do risco ou danos ao pacientes. Apresentação de conceitos de acesso vascular e tipos de acesso em forma de discussão e demonstração dos materiais, e avaliação do acesso durante a sessão hemodiálise na máquina, promovendo discussão e reflexão sobre as melhorias necessários que o acesso vascular ideal proporciona para saúde e vida do paciente. |

AÇÕES EDUCATIVAS

| AÇÃO EDUCATIVA | DATA | PÚBLICO ALVO | CARGA HORÁRIA TOTAL |
|---|------------|--------------|---------------------|
| Início das Aplicações dos medicamentos Injetáveis do Juarez Barbosa | 07/02/2024 | Pacientes | 1 hora |

| | | | |
|--|------------|-----------|--------|
| Ação Combate à Dengue | 08/02/2024 | Pacientes | 1 Hora |
| Palestra sobre IST'S | 08/02/2024 | Pacientes | 1 Hora |
| Campanha Fevereiro Roxo e Laranja | 20/02/2024 | Pacientes | 1 Hora |
| Dia Nacional de Combate as Drogas e Alcoolismo | 21/02/2024 | Pacientes | 1 Hora |
| Dia Mundial do Combate a LER/DORT | 29/02/2024 | Pacientes | 1 Hora |
| Dia Mundial das Doenças Raras | 29/02/2024 | 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 |
| | Cronograma de ações treinamentos | Pouco | 2 | Resolver o mais cedo possível | 3 | Vai Piorar em médio prazo | |
| 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 de Manuseio Adequado e Procedimentos de Limpeza e Desinfecção para Endoscópios e Colonoscópios



Treinamento Aplicação dos Medicamentos Injetáveis do Juarez Barbosa



Treinamento e Orientação sobre Evacuação e Saída de Emergência



Treinamento Reciclagem do Sistema MV



Treinamento e Orientação para a equipe de Vigilância Patrimonial



Treinamento Prevenção de Eventos Adversos Relacionados ao Acesso Vascular





Treinamento Teórico e Prática sobre SBV e SAV



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 fevereiro/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 Cavalcante

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.



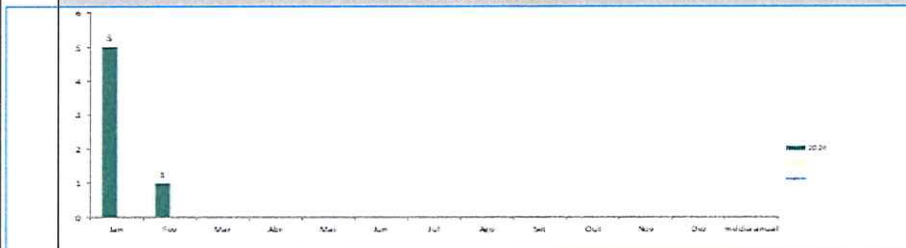
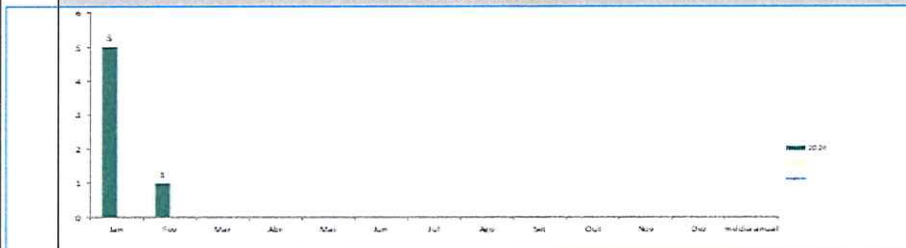
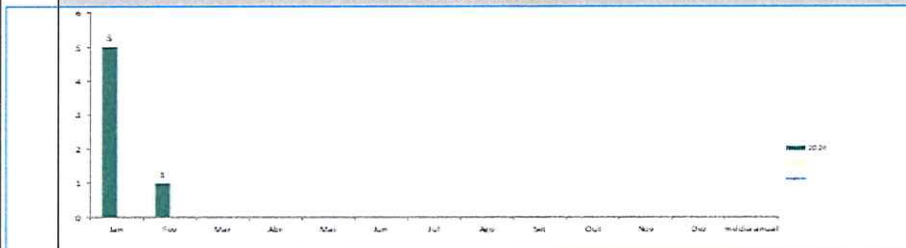
1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- ✓ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PDR: NSP.01 | | | | Revisão: 03 | | | | Versão: 10/10/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da Análise: 25/2/2024 | | | | Período analisado: Nov/24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Eventos Adversos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês | | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">DADOS MENSIAIS</th> <th>média anual</th> </tr> <tr> <th>2024</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></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>5</td> <td>1</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> | | | | | | | | | | | | DADOS MENSIAIS | | | | | | | | | | | | | média anual | 2024 | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | | | 5 | 1 | | | | | | | | | | | |
| DADOS MENSIAIS | | | | | | | | | | | | | média anual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2024 | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Processo: Núcleo de Segurança do Paciente | | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13">  </td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fórmula: Somatória da quantidade de eventos adversos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor médio do ano anterior: Não se aplica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de fevereiro de acordo com o indicador obteve um total de uma notificação 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 fevereiro 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.


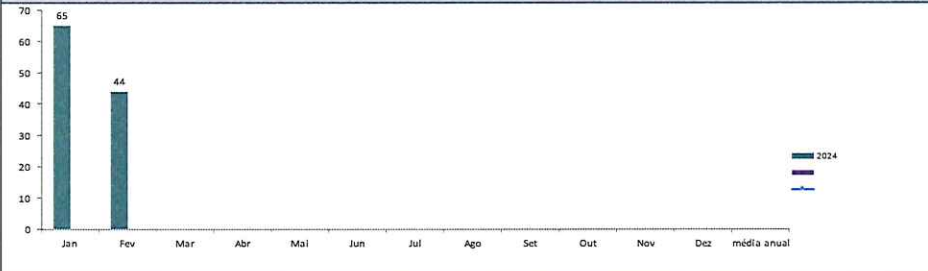
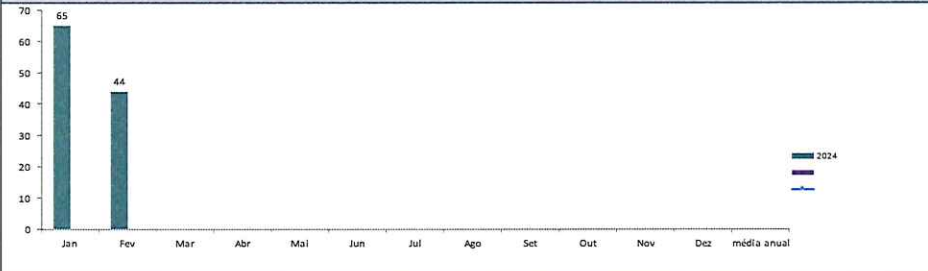
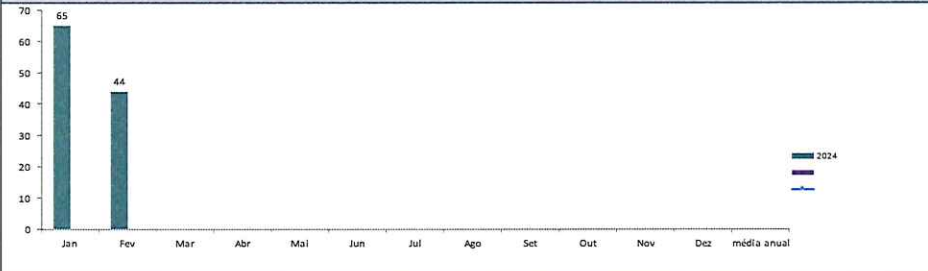
1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- ✓ 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.NQSP.01 | | | | | Revisão: 03 | | | Vigência: 30/10/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da Análise: 29/2/2024 | | | | | Período/Ano analisado: fev24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Treinamentos/Capacitações em prevenção, rondas sobre controle de infecção | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos/capacitações na unidade | | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">DADOS MENSIAIS</th> </tr> <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>65</td> <td>44</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> | | | | | | | | | | | | | DADOS MENSIAIS | | | | | | | | | | | | | | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | média anual | 2024 | 65 | 44 | | | | | | | | | | | |
| DADOS MENSIAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | média anual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2024 | 65 | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Processo: Programa SCIRAS | | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="14">  </td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de Fevereiro de acordo com o indicador foi realizadas três capacitações e quarenta e uma 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 fevereiro não houve nenhuma notificação do IRAS na hemodiálise.

- ✓ Foi concluído o treinamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) pela coordenadora municipal. Durante o treinamento, abordou-se a importância da vigilância epidemiológica e o correto preenchimento das fichas de notificações de agravos e doenças.
- ✓ No dia 08/02/2024, a Enfermeira CCIH-SCIRAS Thaise Ynara, juntamente com a Maria Luiza Freire, Assistente Administrativa e Nathalia Nunes dos Santos, Doutora. Realizamos uma palestra para os colaboradores sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Que atualmente estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, de acordo com a OMS cerca de 376 milhões de novos casos acontecem por ano (OMS, 2019).

Inicialmente foi feito no treinamento uma dinâmica, realizada através de uma caixa enfeitada que possuía dentro uma vasilha com farinha de trigo e anilina rosa. No primeiro momento foi solicitado aos colaboradores que introduziram a mão na caixa sendo disponibilizado ao lado uma caixa com luvas, sendo que os que utilizaram as luvas não sujaram as mãos, o mesmo não aconteceu com os funcionários que introduziram a mão na caixa sem utilizar as luvas. O intuito da dinâmica é simbolizar que por fora apresenta uma boa aparência, porém não sabemos o que se encontra dentro, que se for usado as luvas que simbolizavam a camisinha não iriam sujar a mão, ligando ao fato da transmissão das IST através da relação sexual sem o uso do preservativo.

A dinâmica trouxe uma aceitação enorme entre os colaboradores, sendo de grande valia, levando a reflexão da importância de se realizar a relação sexual de forma consciente.

- ✓ A enfermeira SCIRAS realizou uma ação de combate à dengue voltada para os pacientes e colaboradores. A ação foi realizada na Policlínica de Posse – GO, no dia 08 de fevereiro de 2024 pela Enfermeira Sciras e a Assistente administrativa. Inicialmente, orientamos os pacientes e colaboradores sobre a importância de combater a Dengue. Lembramos que a conscientização é fundamental para evitar a disseminação da doença. Manter a higiene dos locais e evitar a água parada é a melhor forma, por isso é fundamental e essencial a participação consciente e diária de toda a população. Não deixe água parada, destruindo os locais onde o mosquito nasce e se desenvolve, evita sua procriação.

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.

Este mês foram realizadas 3 capacitações e 41 rondas.

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 fevereiro 2024, que aconteceu no dia 27 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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-------------|-----|------------|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-------------|---|--|--|
| POSSSE Polícia de Estados da Região Nordeste | COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FORMULÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FOR.HOSP.01 | | | | Revisão: 03 | | | | Data de Análise: 27/02/2024 | | | | Data de Análise: 28/02/2025 | | | | | |
| AÇÕES DA CIPAA | | | | | | 27/02/2024 | | | | | | Período em análise: Fev/24 | | | | | |
| Objetivo do indicador: Identificar a quantidade de ações da CIPAA que foram realizadas. Processo: Ações da CIPAA. Fórmula: Soma das ações realizadas no mês. Valor médio do ano anterior: Não se aplica. Responsável pela análise: Anisia Vieira. Observações: Quantificar as ações previstas não realizadas e as justificativas. | DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Média Anual | | | |
| | 2024 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 2023 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | | | |
| REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise de Resultado/Parâmetro de JANEIRO/2024: Durante o mês de janeiro foi realizada ação em que CIPAA esteve presente. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise de Resultado/Parâmetro de FEVEREIRO/2024: Neste mês a CIPAA participou de ação junto com outras comissões, como ronda e auditorias. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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. INDICADORES

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| POSSE Policlínica Estadual da Região Nordeste | SES Secretaria de Estado da Saúde | FORMULÁRIO | | | | | | | | | | | |
| | | ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | |
| PRORS | | Revisão: 03 | | | | | | Versão: 30/10/2025 | | | | | |
| Quantidade de resíduos no mês de Fevereiro de 2024 | | Data de Análise: 29/02/2024 | | | | | | Período de Análise: fev/24 | | | | | |
| Objetivo de medição: para saber o quantitativo de resíduos coletados no mês. | DADOS MENSIAIS | | | | | | | | | | | | |
| | ANO: 2024 | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
| Processo: gestão de quantidade de resíduos infectante e perfurocortantes coletados nesta unidade de saúde. 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 HQ para sua validação. | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/Panorama de Fevereiro/2024: No mês de Fevereiro Foram coletados: 1.112,500 Kg de Resíduos do Grupo A, 302,200 Kg de Resíduos do Grupo B e Resíduos do Grupo E. Totalizando 1.453,200 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de Fevereiro/2024. | | | | | | | | | | | | | |

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

A Enfermeira SCIRAS é responsável por acompanhar a coleta de resíduos sólidos na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Unidade Posse. Recentemente, enviei uma notificação à empresa terceirizada, reiterando o problema persistente na coleta dos resíduos.

O contrato com a empresa Centro Oeste estipula que a coleta integral de todos os resíduos armazenados em local próprio deve ocorrer quinzenalmente. Embora a equipe de coleta esteja comparecendo regularmente, há um descumprimento recorrente no recolhimento dos dejetos sólidos da nossa unidade. Eles frequentemente coletam apenas parte (aproximadamente metade) do resíduo do grupo B, que inclui os galões.

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 assembleia in loco, no dia 26 de fevereiro de 2024 às 12:40h. A referida assembleia 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 março de 2024.

4. INDICADORES:

| ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|------|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| FOR.GG.018 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 15/02/2023 | | | | | | | | | | Data de Análise: | | Período/Ano analisado: | | | | | | | | | | | |
| Quantidade de atendimentos realizados pela equipe | | | | | | | | | | 31/01/2024 | | jan/24 | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de medição: Identificar a quantidade de atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. | | | | | | | | | | DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Jan | Feb | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | média anual |
| | | | | | | | | | | 2023 | 2392 | 2718 | 3289 | 3289 | 3302 | 3412 | 3435 | 3498 | 3659 | 3998 | 4216 | 4398 | |
| 2024 | 4015 | 4225 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preço: Atendimentos realizados na Unidade. Fórmula: Somatório de atendimentos realizada pela equipe. Valor médio do ano anterior: Não se aplica. Responsável pela análise: Irani Mansueth Observações: Não se aplica | | | | | | | | | | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/ Panorama de Janeiro 2024: No mês janeiro, comparado ao mês de dezembro 2024, houve um aumento no quantitativo de atendimentos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/ Panorama de Fevereiro 2024: No mês Fevereiro, comparado ao mês de Janeiro 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 fevereiro roxo e laranja, fez palestras em alusão a prevenção da das doenças crônicas e infectotagiosas e transmissíveis. 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 Mansueth 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



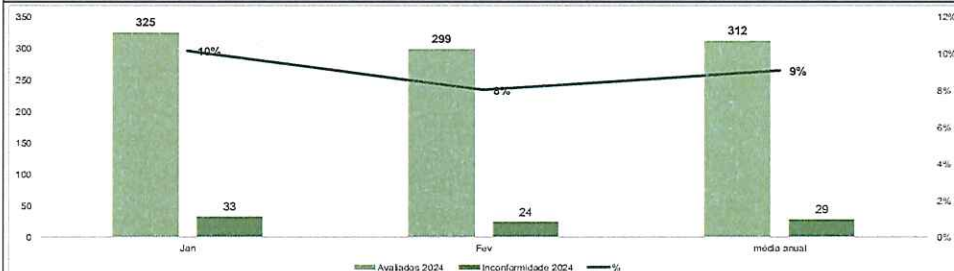
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira RT – Membro
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico Diretor Técnico – Presidente
- ✓ Emerson Cláudio Figueiredo de Castro – Médico – Vice-Presidente
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo – Membro
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira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

2. OBJETIVOS

Atendendo a PORTARIA N° 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 | | | | vigência: 30/10/2025 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da Análise: 05/02/2024 | | | | Período/Ano analisado: fev/23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Notificações de Incidente e Eventos Adversos | | DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de medição: Definir números de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tópicos: Identificação, Hipótese Diagnóstica, História da Doença Atual; Conduta. Processo: Coleta de informações dos relatórios de produtividade extraídos do sistema MV. 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 GOLVEIA Observações: Meta valor aceitável. | | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | média anual | | | | | | | | | | |
| | | Avaliados 2024 | 325 | 299 | | | | | | | | | | | | 312 | | | | | | | | | |
| | | Inconformidade 2024 | 33 | 24 | | | | | | | | | | | | 29 | | | | | | | | | |
| | | % | 10% | 8% | | | | | | | | | | | | 9% | | | | | | | | | |
| | | Inconformidade 2023 | 59 | 92 | 57 | 28 | 46 | 70 | 79 | 51 | 65 | 64 | 70 | 63 | 62 | | | | | | | | | | |
| | | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | |  <table border="1"> <caption>Dados do Gráfico</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Avaliados 2024</th> <th>Inconformidade 2024 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>325</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Fev</td> <td>299</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>Média Anual</td> <td>312</td> <td>9%</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | Mês | Avaliados 2024 | Inconformidade 2024 (%) | Jan | 325 | 10% | Fev | 299 | 8% | Média Anual | 312 | 9% |
| Mês | Avaliados 2024 | Inconformidade 2024 (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jan | 325 | 10% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fev | 299 | 8% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Média Anual | 312 | 9% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO 2024: 3251 prontuários, 325 prontuários avaliados, 33 inconsistentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO 2024: 2991 prontuários, 299 prontuários avaliados, 24 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: 09/01/2024 a 05/02/2024.

Tipo de atendimento: Ambulatório

Houve o levantamento de 2991 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: 12 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
2. Alisson Rodrigues Botelho: 50 prontuários, 5 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
3. Bruno Araujo Lucena: 297 prontuários, 30 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
4. Bruno Lelitscew da Bela Cruz: 68 prontuários, 7 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
5. Bruno Machado Nascimento: 31 prontuários, 3 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
6. Claudio Antonio Maximo Rego: 132 prontuários, 13 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
7. Debora Vilela Cunha: 19 prontuários, 2 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
8. Deybson Augusto dos Santos: 11 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
9. Dimitri Carvalho Homar: 50 prontuários, 5 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
10. Diogo Viriato Silva Rodrigues: 27 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
11. Emerson Claudio Figueiredo: 504 prontuários, 50 prontuários revisados, 4 inconformidades encontradas.
12. Esau Furini Ferreira Barros: 194 prontuários, 19 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
13. Flavio Vieira Machado: 24 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
14. Gabriel Ravazzi dos Santos: 41 prontuários, 4 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

15. Grasielle Rodrigues Santana: 28 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
16. Henrique Stefanelo Jonas: 84 prontuários, 8 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
17. Isabel Maria Araujo Guimaraes: 68 prontuários, 7 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
18. Joao Carlos Gondim Magalhaes: 131 prontuários, 13 prontuários revisados, 3 inconformidades encontradas.
19. Joao Pitaluga Neto: 13 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
20. Júlio Cezar Meirelles Gomes: 11 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
21. Keila Messias Takahashi: 179 prontuários, 18 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
22. Lissandro Vargas Pinheiro: 128 prontuários, 13 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
23. Marcal Cristiano Xavier Souto: 14 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
24. Marcelo de Paula Abreu Silva: 323 prontuários, 32 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
25. Marcia Gabrielle Bonfim Cortes: 23 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
26. Marlon Amâncio Lima: 56 prontuários, 6 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
27. Merandolino Queiroz Moreira: 136 prontuários, 14 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
28. Nathalia Nunes dos Santos: 138 prontuários, 14 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
29. Rafael Dias de Sousa: 70 prontuários, 7 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
30. Raphael Felipe Freua Fontes: 52 prontuários, 5 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
31. Rodrigo Gomes de Oliveira: 11 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
32. Rodrigo Kouzak Mayer: 66 prontuários, 7 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

- Prontuários: **2991**
- Prontuários Avaliados: **299**
- Inconformidades: **24**

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: 24, representando 8% dos prontuários analisados preenchidos de forma inadequada.

Em 4 dos casos, não foram identificados registros de evolução médica.

Em 2 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 08/02/2024 a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, representado pela Enfermeira CCIH-SCIRAS Thaise Ynara, juntamente com o Assistente Administrativa Maria Luiza Freire e Dra. Nathalia Nunes dos Santos, fizeram com os colaboradores uma palestra sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Que atualmente estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, de acordo com a OMS cerca de 376 milhões de novos casos acontecem por ano (OMS, 2019). Inicialmente foi feito no treinamento uma dinâmica, realizada através de uma caixa enfeitada que possuía dentro uma vasilha com farinha de trigo e anilina rosa. No primeiro momento foi solicitado aos colaboradores que introduziram a mão na caixa sendo disponibilizado ao lado uma caixa com luvas, sendo que os que utilizaram as luvas não sujaram as mãos, o mesmo não aconteceu com os funcionários que introduziram a mão na caixa sem utilizar as luvas. O intuito da dinâmica é simbolizar que por fora apresenta uma boa aparência, porém não sabemos o que se encontra dentro, que se for usado as luvas que simbolizavam a camisinha não iriam sujar a mão, ligando ao fato da transmissão das IST através da relação sexual sem o uso do preservativo.
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.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

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

8. EMITIDO

Dr. Diego Mendoza Gouveia
CRM-GO 19779

Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

Dr. Diego Mendoza Gouveia
CRM nº 19.779-GO
Responsável Técnico Médico
Policlínica Estadual da Região
Nordeste - Posse

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 do Comitê de Proteção Radiológica, como assuntos discutidos na reunião realizada no dia 29/02/2024 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.

Solicitamos a aquisição das seringas para treinamento com a bomba de infusão de contraste para os funcionários do setor radiológico.

3. INDICADORES

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

4. INDICADOR QUANTITATIVO

|   | | COMITÊ DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|------|------|------|-----------------------------|------|------|---------------------------------|------|------|-----|-----|-------------|
| FORMULÁRIO | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | |
| FOR: CPR.001 | | | | | | Revisão: 03 | | | Vigência: 01/02/2026 | | | | | |
| Exames realizados no setor de radiologia | | | | | | Data da Análise: 25/02/2024 | | | Período a ser analisado: dez/24 | | | | | |
| Objetivo de medição: saber o quantitativo de exames no setor de radiologia realizados no mês de Fevereiro | DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | |
| | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Média Anual |
| | 2024 | 1000 | 1057 | | | | | | | | | | | 1049 |
| | 2023 | 1028 | 855 | 1045 | 1003 | 1103 | 1231 | 1005 | 1229 | 1450 | 1157 | 957 | 851 | 1060 |
| Processo: Gestão de resultados de exames realizados mensalmente no setor radiológico sendo: Ressonância Magnética, Tomografia, Raios X, Mamografia e Densitometria Óssea | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | | | | | | | | | | | | |
| Fórmula: Soma total da quantidade de documentos não conformes | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor médio do ano anterior: Não se aplica | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pela análise: Fábio Pires Campos | | | | | | | | | | | | | | |
| Observações: Quantificar documentos não conformes e recolher para o NC para sua 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 RM devido a fibria | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/Panorama de Fevereiro/2024: No mês de Fevereiro foram realizados 1057 exames, sendo que tivemos apenas dois pacientes que não realizaram o exame de RM devido a fibria | | | | | | | | | | | | | | |

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 – Almoxarife
- ✓ Thaise Ynara Rocha de S. Ribeiro – Enfermeira da SCIRAS;

2. OBJETIVOS


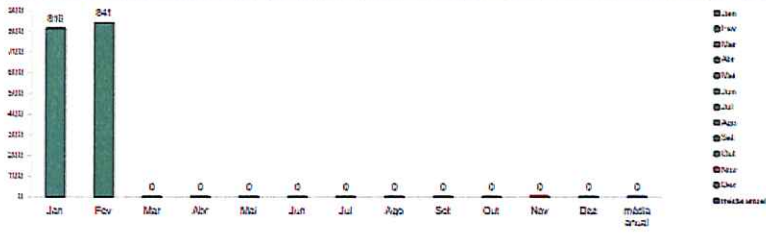
I. Promover o uso racional, seguro e adequado dos medicamentos, conforme preconizado pela ANVISA e OMS;

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

|  | | FARMÁCIA – CEMAC JUAREZ BARBOSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|--|-----|-----|-----|-----|-----|----------------------------------|-----|-----|----------------------|-----|-------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|------|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| | | FORMULÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FOR_FARM,01 | | | | | | Revisão: 03 | | | vigência: 30/10/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data da Análise: 29/2/2024 | | | | | | Período a ser analisado: 02/2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEMAC JUAREZ BARBOSA Objetivo da medição: Identificar quantidade de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa. | | 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>2024</td> <td>816</td> <td>841</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>566</td> <td>507</td> <td>545</td> <td>585</td> <td>688</td> <td>632</td> <td>613</td> <td>713</td> <td>713</td> <td>712</td> <td>781</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 | 841 | | | | | | | | | | | | ANO ANTERIOR | 566 | 507 | 545 | 585 | 688 | 632 | 613 | 713 | 713 | 712 | 781 | 807 | |
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | média anual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2024 | 816 | 841 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO ANTERIOR | 566 | 507 | 545 | 585 | 688 | 632 | 613 | 713 | 713 | 712 | 781 | 807 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Processo: Número de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa via Sistema Intranet Saúde. | | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fórmula: Somatoria da quantidade de dispensações mensais. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor médio do ano anterior: Não se aplica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pela análise: Bárbara Rhuanna Gonçalves Lisboa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observação: Verificar o número de dispensações através de relatório retirado do sistema Intranet Saúde e avaliar se houve aumento das mesmas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO 2024: No mês de janeiro foram realizadas 841 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 FEVEREIRO foram realizadas 841 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar contínuo aumento do número das dispensações, quando comparado com os meses anteriores. O aumento no número de dispensações é esperado devido a alta procura por abertura de processo no componente especializado, que tende a aumentar consequentemente o número de dispensações mensais.

4. AÇÕES REALIZADAS:

Nos dias 26 e 27 de fevereiro realizou-se uma ação orientativa sobre o uso seguro dos medicamentos com os pacientes do setor de Hemodiálise, que foi realizado pelos farmacêuticos Bárbara Rhuanna e Gabriel Costa. A ação foi realizada de forma interativa, foram feitas perguntas relacionadas ao uso, armazenamento correto e cuidados que devemos ter com os medicamentos, e presenteando com um mimo quem mais respondessem as perguntas de forma correta. Ação teve como objetivo abordar de uma forma mais atrativa o conteúdo visando trazer o que eles entendem sobre o tema e corrigindo as informações e trazendo mais informação.

Foram dadas dicas de como fazer o uso de medicamentos de forma racional, como: sempre tirar a dúvida com o médico ou com farmacêutico sobre os seus medicamentos, ajuste de horário de

acordo com a rotina, colocar lembretes para lembrar de tomar os medicamentos, de nunca fazer alteração da dose prescrita pelo médico, fazer o tratamento pelo tempo determinado, sem interromper. Foi orientado a sempre escolher a água como primeira opção para tomar o medicamento. Orientou-se sobre o armazenamento correto sem em lugar seco, longe da umidade e fora do alcance de animais e crianças. E sobre o descarte correto dos medicamentos, que nunca devem ser descartados em lixeiras e vaso sanitário e sim, postos de coleta para que haja o descarte de forma correta.

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 Ruanna 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.


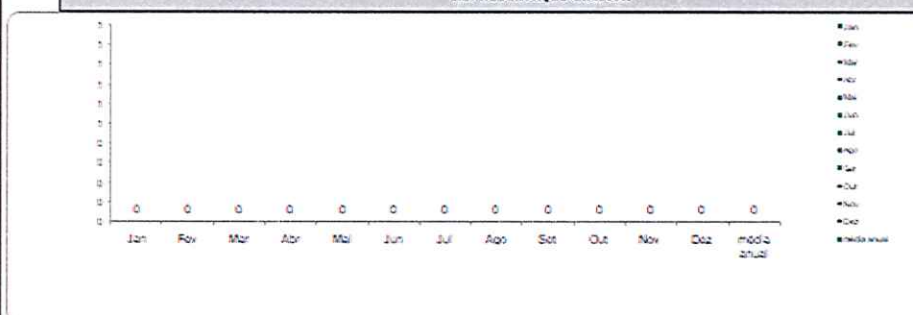
1.1 MEMBROS DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO- CVO

- ✓ 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 | | | vigência: 20/10/2025 | | | |
| | | Notificação de Incidente e Eventual Aderência | | | | | | Data de Análise: 29/2/2024 | | | Período em análise: Fev/24 | | | |
| Objetivo da medição: Identificar a quantidade de óbitos na unidade no mês de FEVEREIRO | DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | |
| | Processos: Núcleo de Segurança do Paciente, Vigilância Epidemiológica e de Caminho de Verificação de Óbito | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | média anual |
| Fórmula: Somatória da quantidade de óbito | 2024 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Valor médio de ano anterior: Não se aplica | ANO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pela análise: Edilene Alves Pinheiro | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | |
| Observações: Não se aplica. |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de fevereiro 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 fevereiro, a Comissão de Verificação de Óbito da 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 fevereiro 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



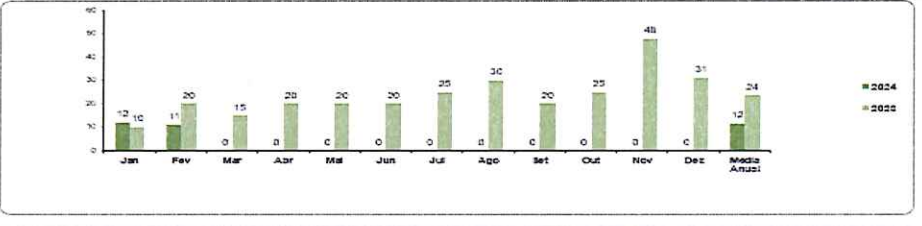
São objetivos da Comissão do Núcleo de Qualidade (CNQ)

- 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: 02 | | | | vigeância: 20/10/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Data da Auditoria: | | | | 28/02/2024 | | | | Período de análise: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | fev/24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quilidade de documentos não conformes com a unidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</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>Média Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024</td> <td>12</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>10</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>48</td> <td>31</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | | | | Jan | Feb | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | Média Anual | 2024 | 12 | 11 | | | | | | | | | | | 12 | 2023 | 10 | 20 | 15 | 20 | 20 | 20 | 25 | 20 | 20 | 25 | 48 | 31 | 24 |
| | Jan | Feb | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | Média Anual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2024 | 12 | 11 | | | | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2023 | 10 | 20 | 15 | 20 | 20 | 20 | 25 | 20 | 20 | 25 | 48 | 31 | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Objetivo de medição: Identificar a quantidade de documentos que não estão atualizados de acordo com a Norma Zero.</p> <p>Processo: Busca Ativa</p> <p>Fórmula: Soma total de quantidade de documentos não conformes</p> <p>Valor médio do ano anterior: Não se aplica</p> <p>Responsável pela análise: Anisia Vieira</p> <p>Observações: Busca pela unidade de documentos não conformes.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: De acordo com o indicador na unidade existem documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: De acordo com o indicador na unidade existem 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 os documentos vencidos encontrados na busca ativa, e a necessidade de adequação a Norma Zero vigente, também foi discutido sobre a necessidade de informar ao setor da qualidade sobre a criação de documentos novos. Durante a ronda deste mês, foram encontrados documentos não conformes em alguns setores, os quais já estão sendo atualizados. O Núcleo da Qualidade participou de auditoria no setor de Hemodiálise e não foram encontradas inconformidades.

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 busca, 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 – Almoxarife
- ✓ 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 fevereiro:

| SETOR | MEDICAMENTOS | QUANTIDADE |
|----------------|--|------------|
| HEMODIÁLISE | ÁGUA DESTILADA SOL INJ 10ML | 10 AMP |
| HEMODIÁLISE | MUPIROCINA 2% CREME | 2 TUBOS |
| HEMODIÁLISE | DIPIRONA SOL ORAL 500MG/L 10 ML | 12 FRASCOS |
| HEMODIALISE | PARACETAMOL SOL ORAL 200 MG/ML 15 ML | 10 FRASCOS |
| HEMODIALISE | CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 100 ML | 50 FRASCOS |
| HEMODIALISE | CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000 ML | 19 FRASCOS |
| HEMODIALISE | CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 500 ML | 32 FRASCOS |
| PNEUMOLOGIA | SULFATO DE SALBUTAMOL 100 MCG | 2 FRASCOS |
| OFTALMOLOGIA | TROPICAMIDA 1% SOL OFTÁLMICA 10MG/ML 5ML | 4 FRASCOS |
| ENDOCRINOLOGIA | CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 500 ML | 2 FRASCOS |
| ENDOCRINOLOGIA | CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 250 ML | 1 FRASCO |
| ENDOSCOPIA | CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 500 ML | 2 FRASCOS |
| ENDOSCOPIA | LIDOCAÍNA 10% SPRAY 100 MG | 1 FRASCO |
| ENDOSCOPIA | LIDOCAÍNA GELEIA 2% 30 GRAMAS | 3 TUBOS |
| ENDOSCOPIA | SIMETICONA SOL ORAL 75 MG/ML 15 ML | 10 FRASCOS |

4. AÇÕES REALIZADAS:

O farmacêutico Gabriel realizou o treinamento com a equipe da farmácia sobre devoluções de materiais e medicamentos no sistema MV, ensinando o procedimento passo a passo e tirando as dúvidas sobre o processo. Realizou - se a reorganização do estoque dos materiais e medicamentos da Farmácia, fez se o Check list mensal dos medicamentos e materiais dos carrinhos de emergência.

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.

9. 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



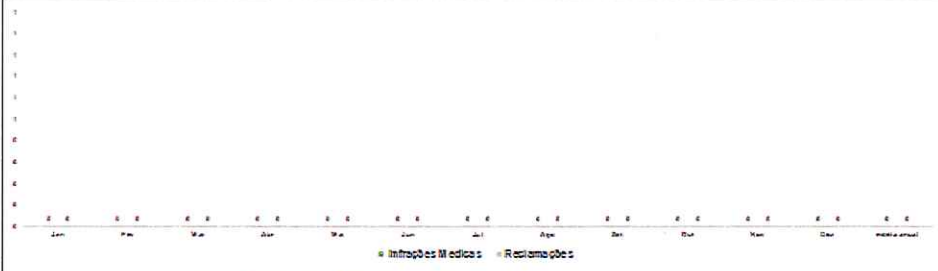
Dr. Merandolino Queiroz Moreira: CRM: 19607-GO – Membro

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

10. 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.

11. INDICADORES

|   | | COMISSÃO ÉTICA MÉDICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----------|-----|-----|------------------------------|-----|-----|-----|--------------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | FORMULÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PROCESSO: 01 | | | | SERVIÇO: 01 | | | | UNIDADE: 1010/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Data de Análise: 02/02/24 | | | | Período/Ano analisado: 10/24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de medição: Identificar a quantidade de infrações e adversos na unidade no mês. | Notificações de Incidente e Eventos Adversos | DADOS MENSAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</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>Infrações Médicas</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>Resoluções</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> | 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 | Resoluções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ANO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resoluções | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Processo: Comissão Ética Médica | | REPRESENTAÇÃO GRÁFICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula: 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/Pa norama de JANEIRO/2024: 0 infrações | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise do Resultado/Pa norama de FEVEREIRO/2024: 0 infrações | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

12. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No 09 de fevereiro 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.

13. 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.

✓ No dia 08/02/2024 a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, representado pela Enfermeira CCIH-SCIRAS Thaise Ynara, juntamente com o Assistente Administrativa Maria Luiza Freire e Dra. Nathalia Nunes dos Santos, fizeram com os colaboradores uma palestra sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Que atualmente estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, de acordo com a OMS cerca de 376 milhões de novos casos acontecem por ano (OMS, 2019). Inicialmente foi feito no treinamento uma dinâmica, realizada através de uma caixa enfeitada que possuía dentro uma vasilha com farinha de trigo e anilina rosa. No primeiro momento foi solicitado aos colaboradores que introduziram a mão na caixa sendo disponibilizado ao lado uma caixa com luvas, sendo que os que utilizaram as luvas não sujaram as mãos, o mesmo não aconteceu com os funcionários que introduziram a mão na caixa sem utilizar as luvas. O intuito da dinâmica é simbolizar que por fora apresenta uma boa aparência, porém não sabemos o que se encontra dentro, que se for usado as luvas que simbolizavam a camisinha não iriam sujar a mão, ligando ao fato da transmissão das IST através da relação sexual sem o uso do preservativo.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a reunião da Comissão de Ética Médica da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, realizada em 10 de fevereiro 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.

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.

15. 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.

16. EMITIDO

Dr. Bruno Araújo Lucena
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.


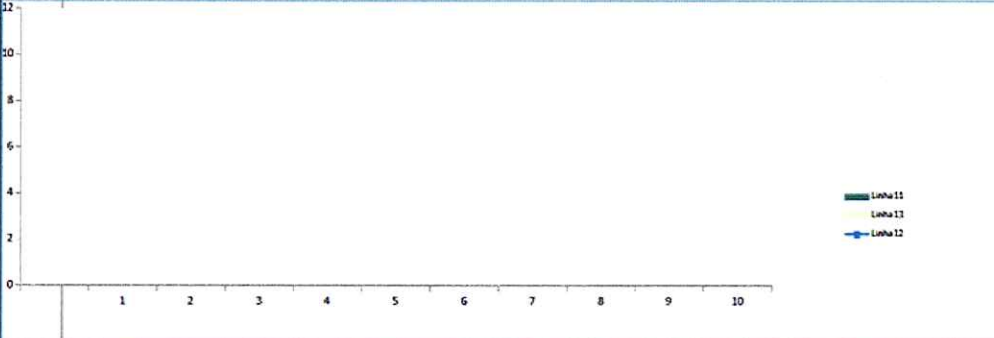
1.1 MEMBROS DO COMITÊ:

- ✓ 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

| ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|-------------|------|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  <p>FOR.GQ.01 DATA ELABORAÇÃO: 01/10/2023 REV.000 DATA REVISÃO: 30/10/2024</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Notificações de afastamento por lesão de esforço repetitivos no mês de fevereiro de 2024</p> <p>Data da Análise: 1/2/2024 Período/Ano analisado: 02/2024</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Objetivo de medição: Identificar a quantidade de afastamento adversos por motivos ergonômicos.</p> <p>Processo: gestão de afastamento do colaboradores.</p> <p>Fórmula: somatória da quantidade de eventos adversos.</p> <p>Valor médio do ano anterior: não se aplica</p> <p>Responsável pela análise: kalyson moreira da silva</p> <p>Observações: todo incidente, eventos adversos deve ser notificados.</p> | <p>DADOS MENSAIS</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></td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DESTA</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> <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 | 2024 | | 0 | 0 | | | | | | | | | | | DESTA | | | | | | | | | | | | | | ANO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
| | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | média anual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2024 | | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</p>  <p>ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024 : No mês de JANEIRO não houve afastamento por motivos ergonômicos.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024 : No mês de FEVEREIRO não houve afastamento por motivos ergonômicos.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. AÇÕES REALIZADAS:

No mês fevereiro foi dado orientações aos colaboradores de postura correta no posto 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

2.3.14 – Comissão de Acidentes com Material Biológico

APRESENTAÇÃO

A Comissão de acidentes com material biológico tem o objetivo de estabelecer diretrizes para a gestão de materiais perfurocortantes e outros, visando a prevenção de acidentes e minimizando o risco de exposição a agentes biológicos, de forma a promover a segurança e preservar a saúde dos trabalhadores.

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta as atividades e ações da Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB, na reunião da comissão junto com os membros discutiu se importância do conhecimento e orientações para os profissionais assistenciais enfermeiros e técnicos de enfermagem no trabalho seguro com o uso de EPI e treinamentos relacionados a prevenção de acidentes com materiais biológicos. Foi solicitado também exames de hemograma completo e ANTI-HCV e ABS-AG aos colaboradores assistenciais desta unidade de saúde. No mês de dezembro de 2023, janeiro e fevereiro de 2024 não houve nenhuma notificação de intercorrência com materiais biológico.

MEMBROS DA COMISSÃO:


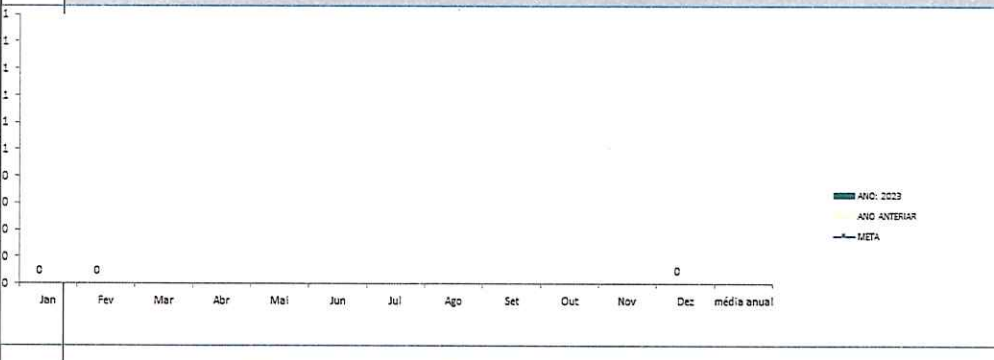
Comissão de acidentes com material biológico - CAMB:

- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira RT
- ✓ Diego Mendonza Gouveia – Medico RT
- ✓ Anisia Vieira de Barros – Assistente de ouvidoria
- ✓ Fabio Pires Campos – Técnico de Radiologia
- ✓ Thalita Luiz Ribeiro – Biomédica
- ✓ Thaise Ynara Rocha S. Ribeiro

2. OBJETIVOS

Recomendar ações para a prevenção de infecções relacionadas com materiais biológicos, assegurando que as normas e procedimentos sejam aplicados de acordo com estas as recomendações necessárias e apoiar a Comissão de acidentes com material biológico nos treinamentos a serem realizados.

3. INDICADORES

| ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|-------------|-----------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  <p style="text-align: center;">FOR.GQ.01 DATA ELABORAÇÃO: 01/08/2023 REV.000 DATA REVISÃO: 01/08/2024</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Acidentes com materiais biológico referente aos meses 12 de 2023 e mês 01 e 02 de 2024</p> <p style="text-align: right;">Data do Análise: 29/11/2023 Período/Ano analisado: dez/23</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Objetivo de medição: para saber o quantitativo de intercorrência de acidentes com material biológico referente ao mês de agosto, setembro, outubro de 2023</p> | <p style="text-align: center;">DADOS MENSAIS</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>ANO: 2023</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>META</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> <tr> <td>ANO ANTERIAR</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 | ANO: 2023 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | 0 | META | | | | | | | | | | | | | | ANO ANTERIAR | | | | | | | | | | | | | |
| | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | média anual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO: 2023 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| META | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO ANTERIAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Processo: gestão de acidents com matriais biológicos nesta unidade de saúde.</p> | <p style="text-align: center;">REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</p>  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fórmula: somatória da quantidade de documentos não conforme</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Valor médio do ano anterior: não se aplica</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Responsável pela análise: Cledimar Bispo</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Observações: Quantificar documentos não conformes e recolher para o NQ para sua validação;</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2023 : No mês de maio não houve acidentes om matrial biológico</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024 : No mês de junho não houve acidentes om matrial biológico</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024 : No mês de julho não houve acidentes om matrial biológico</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. AÇÕES REALIZADAS:

Nestes meses de dezembro de 2023, janeiro e fevereiro de 2024 foram realizadas orientações aos colaboradores sobre a importância de um trabalho seguro com o uso de EPI, para segurança e proteção no trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui – se que a Comissão de acidentes com material biológico 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 a prevenção e segurança dos colaboradores e pacientes desta unidade de saúde.

6. EMITIDO



Cledimar Bispo dos santos
Presidente Da Comissão De Acidentes Com Material Biológico

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:

Treinamento e orientações para vigilancia patrimonial

- ✓ Realizada nos dias 01 de fevereiro
- ✓ Início às 09:30, término às 10:30
- ✓ Público Alvo: Vigilantes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um treinamento e orientações com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar e orientar aos vigilantes patrimonial sobre fluxo de acidente no trabalho, segurança do paciente, controle de acesso e saída de pacientes, colaboradores e terceiros na Policlínica Regional da Unidade – Posse.

Estas orientações de dar devido a importância da segurança e comodidade de todos envolvidos nesta unidade de saúde, pacientes, colaboradores e também a segurança do patrimônio alocados na policlínica.

O treinamento se deu através da importância para que os vigilantes possam saber lidar em caso de aguem entra na policlínica armado com arma de fogo ou arma branca, também sobre os procedimentos a ser seguido em caso de acidente com os pacientes e colaboradores e controle de acesso dos pacientes, empresas e terceiros que entram e sai nesta unidade de saúde.

A ação foi ministrada pelos profissionais – Cledimar Bispo – Técnico de segurança do trabalho e Kamylla Divina – Coordenadora Operacional

Registro



Programação/Conteúdo:**Palestra sobre Todos Juntos Contra a Dengue**

- ✓ Realizado dia 08 de fevereiro
- ✓ Início às 09:00, término às 10:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações aos pacientes com objetivo mobilizar, sensibilizar, informar conscientizar os pacientes e colaboradores sobre a importância de combater a Dengue.

Inicialmente, orientamos pacientes e colaboradores sobre a importância de combater a Dengue. Lembramos que a conscientização é fundamental para evitar a disseminação da doença. Além disso, recomendamos que, pelo menos uma vez por mês, você realize as seguintes ações:

Verifique se a caixa- d' água da sua casa está bem tampada.

Deixe as lixeiras bem tampadas e em locais cobertos.

Se tiver plantas em casa não esqueça de colocar areia nos pratos.

Limpar calhas e não acumular sucata e entulho.

Formas da Dengue:

1. Dengue (forma benigna, similar à gripe): Apresenta sintomas leves.
2. Dengue com sinais de alarme (mais grave, caracterizada por alterações da coagulação sanguínea): Requer atenção médica.
3. Dengue grave (forma raríssima, mas que pode levar à morte, se não houver atendimento rápido e especializado).

A ação foi ministrada pelas profissionais – Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro Enfermeira SCIRAS Assistente administrativa Maria Luiza.

Registro

Programação/Conteúdo:

Conscientização das IST's; Infecções Sexualmente Transmissíveis

- ✓ Realizado em 08 de fevereiro
- ✓ Início às 15:00, término às 16:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações aos colaboradores objetivo de falar da importância **sobre o meio de prevenção e contágio das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).**

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. A maioria das ISTs são trazidas por meio de relações sexuais sem o uso devido do preservativo com uma pessoa infectada. Algumas IST's podem não apresentar sintomas na maioria da população. E exige que se fizerem sexo sem camisinha, vão regularmente ao serviço de saúde para uma consulta com um profissional adequado. Essas doenças, se não forem diagnosticadas e tratadas em tempo hábil, podem levar a complicações graves. O tratamento das ISTs melhora a qualidade de vida do paciente e quebra a cadeia de transmissão dessas doenças.

Inicialmente foi feito no treinamento uma dinâmica, realizada através de uma caixa enfeitada que possuía dentro uma vasilha com farinha de trigo e anilina rosa. No primeiro momento foi solicitado aos colaboradores que introduziram a mão na caixa sendo disponibilizado ao lado uma caixa com luvas, sendo que os que utilizaram as luvas não sujaram as mãos, o mesmo não aconteceu com os funcionários que introduziram a mão na caixa sem utilizar as luvas. O intuito da dinâmica é simbolizar que por fora apresenta uma boa aparência, porém não sabemos o que se encontra dentro, que se for usado as luvas que simbolizavam a camisinha não iriam sujar a mão, ligando ao fato da transmissão das IST através da relação sexual sem o uso do preservativo.

A dinâmica trouxe uma aceitação enorme entre os colaboradores, sendo de grande valia, levando a reflexão da importância de se realizar a relação sexual de forma consciente. Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais, Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro Enfermeira SCIRAS, Assistente administrativa Maria Luiza Freire e Dra. Nathalia Nunes dos Santos.

Registro



Programação/Conteúdo:**Treinamento e orientação sobre evacuação e saída de emergência**

- ✓ Realizado dia 12 de fevereiro
- ✓ Início às 09:00, término às 10:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um treinamento e orientação para os colaboradores sobre evacuação e saída de emergência em caso de incêndio e catástrofe para saída segura dos pacientes e colaboradores dentro da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

Com objetivo de capacitar e orientar os colaboradores a evacuar a área da ocorrência de maneira organizada e rápida; estabelecer requisitos mínimos para elaboração, implantação, manutenção e revisão de um plano de ação contra emergência, visando proteger a vida, o patrimônio e o ambiente.

Também neste treinamento foi mostrado como as pessoas para agirem em situações emergenciais é fundamental para que, no momento de crise, as reações sejam adequadas, ou seja, sem que o pânico e o caos estejam instalados. Os treinamentos e simulados colaboram com a preparação dos colaboradores para enfrentar situação de crise de incêndio e catástrofe dentro da unidade.

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

Registro**Programação/Conteúdo:****Ação Fevereiro Roxo/Laranja - Campanha alerta e promove a conscientização sobre doenças crônicas.**

- ✓ Realizado dia 20 de fevereiro
- ✓ Início às 09:00, término às 10:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os pacientes com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar e convocar os usuários (que estão no ambiente da recepção Policlínica) e acompanhantes dos mesmos quanto a participação social através de desmistificação social dessas patologias crônicas.

A campanha Fevereiro **Roxo/Laranja** é voltada para a conscientização e tratamento de algumas doenças. A cor roxa conscientiza sobre Lúpus: é uma doença inflamatória crônica de origem autoimune, o próprio organismo ataca órgãos e tecidos afetando, pele, articulações, sistema nervoso, pleura, rins e pulmões; Alzheimer: doença progressiva que destrói a memória e outras funções mentais importantes; Fibromialgia: doença reumatológica que afeta a musculatura causando dor, fadiga, alterações no sono, distúrbios intestinais, depressão e ansiedade, com prevalência no sexo feminino. Já a cor laranja alerta sobre a Leucemia: é um câncer que afeta os glóbulos brancos, ou leucócitos, que são as células de defesa do organismo, causando a sua produção descontrolada pelo corpo e sintomas como febre, suor noturno, perda de peso, manchas roxas na pele e cansaço.

As cores laranja e roxo têm significados importantes, pois propõe: alertar; cuidados paliativos; formas de tratamentos adequados; profissionais especialistas para tais atendimentos. A conscientização a respeito dessas doenças é de suma importância, já que a população não tem conhecimentos sobre os sintomas e consequências no cotidiano das pessoas que estão acometidas, pois essas doenças não possuem cura e sim um tratamento qualificado, prolongado voltados para qualidade de vida e bem-estar.

A ação foi organizada e ministrada pelo profissional Neuropsicólogo – Paulo Amorim.

Registro



Programação/Conteúdo:

Dia Nacional de Combate as Drogas e Alcoolismo

- ✓ Realizado dia 21 de fevereiro
- ✓ Início às 15:00, término às 15:45
- ✓ Público Alvo: pacientes de da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra para os pacientes e orienta-los sobre a importância e para falar do alcoolismo que é uma doença crônica, com aspectos

comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, na qual o usuário se torna progressivamente tolerante à intoxicação produzida pela droga e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando a mesma é retirada. Além da já reconhecida predisposição genética para a dependência, outros fatores podem estar associados: ansiedade, angústia, insegurança, fácil acesso ao álcool e condições culturais.

É fundamental entendermos que a dependência química e o uso abusivo de álcool e drogas são uma doença. Sendo doença, ela tem alguma prevenção. Para as pessoas que ainda não a desenvolveram, o cuidado com o uso dessas substâncias é o ideal. Deve-se observar a frequência com que as consome, principalmente o álcool, que é mais explícito. Mesmo que bebam apenas uma cerveja todos os dias, estar bebendo todos os dias já indica que está se tornando uma dependência. Destacando que uma das ferramentas mais eficazes para a conscientização da população e para a prevenção dessa doença.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional; Psicóloga Clínica – Vanessa Santos Silva.

Registro



Programação/Conteúdo:

Uso racional dos medicamentos pelos pacientes da hemodiálise

- ✓ Realizado dia 26 e 27 de fevereiro
- ✓ Início às 10:00, término às 11:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da hemodiálise

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os colaboradores da policlínica com objetivo de abordar de uma forma mais atrativa o conteúdo visando trazer o que eles entendem sobre o tema e corrigindo as informações e trazendo mais informação.

A definição de Uso Racional de Medicamentos é a “Administração de fármacos apropriados ao paciente conforme suas necessidades clínicas, em doses que satisfaçam suas características individuais, por um período de tempo adequado, com o menor custo para ele e para a comunidade.”

O uso indiscriminado de medicamentos é uma das maiores causas de intoxicações no Brasil. Foi informada as consequências que o uso irracional dos medicamentos pode causar, como a ineficácia do tratamento, prolongamento de internações, mascaramento de outros problemas de saúde, poluição do meio ambiente, falta do medicamento no mercado e também a morte.

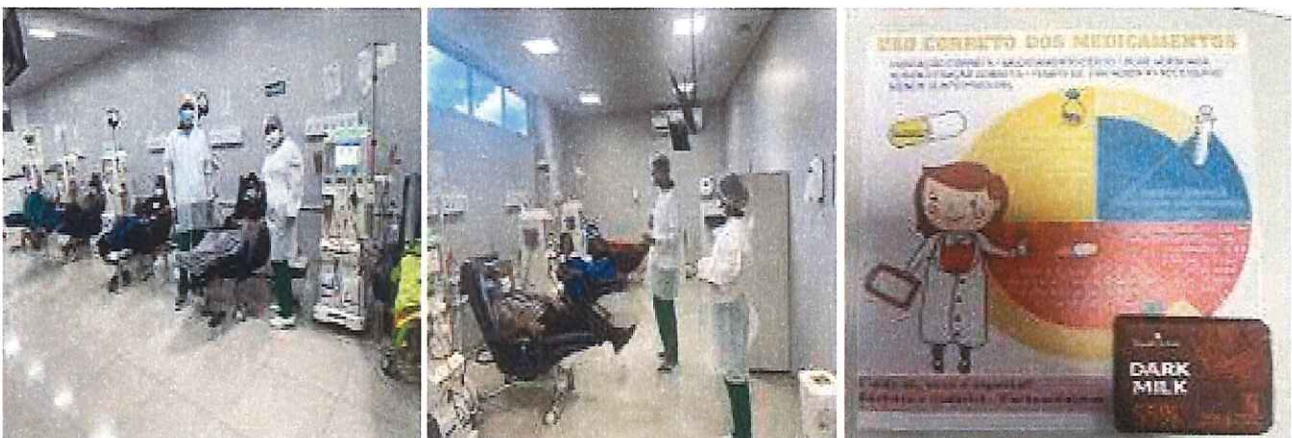
Foram dadas dicas de como fazer o uso de medicamentos de forma racional, como: sempre tirar a dúvida com o médico ou com farmacêutico sobre os seus medicamentos, ajuste de horário de acordo com a rotina, colocar lembretes para lembrar de tomar os medicamentos, de nunca fazer alteração da dose prescrita pelo médico, fazer o tratamento pelo tempo determinado, sem interromper. Foi orientado a sempre escolher a água como primeira opção para tomar o medicamento. Orientou-se sobre o armazenamento correto sem em lugar seco, longe da umidade e fora do alcance de animais e crianças. E sobre o descarte correto dos medicamentos, que nunca devem ser descartados em lixeiras e vaso sanitário e sim, postos de coleta para que haja o descarte de forma correta.

Foi reforçado aos pacientes sobre o serviço de farmácia clínica disponibilizado na unidade, e que em caso de dúvidas sobre medicamentos pode estar solicitando a presença do farmacêutico durante as sessões de hemodiálise ou nos procurar na farmácia.

Espera-se que com a ação os pacientes façam o uso dos medicamentos de forma apropriada, armazenando corretamente e com maior adesão ao tratamento medicamento e conseqüentemente melhor qualidade de vida e eficácia no tratamento.

A ação foi organizada e ministrada pela profissionais farmacêuticos Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão e Gabriel Nascimento Costa.

Registro






Reunião Mensal da CIPA

- ✓ Realizado dia 27 fevereiro
- ✓ Início 10:20 termino 10:50
- ✓ Prevenir acidentes e doenças do trabalho.

No mês de fevereiro 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 fevereiro 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 | Claudia Gomes de Brito | 08/02/2024 | 3 |
| 02 | Cledimar Bispo dos Santos | 02/02/2024 | 5 |
| 03 | Danielle Moreira Pereira Brito | 28/02/2024 | 2 |
| 04 | Deuzelia Jose de Oliveira | 15/02/2024 | 1 |
| 05 | Deuzelia Jose de Oliveira | 21/02/2024 | 1 |
| 06 | Erika Denise Sateles dos Santos | 26/02/2024 | 03:49 |
| 07 | Hanna Nobre Liah | 16/02/2024 | 1 |
| 08 | Ivanete Rodrigues dos Santos | 28/02/2024 | 2 |
| 09 | Jessica Cristina Oliveira Silva | 22/02/2024 | 3 |
| 10 | Kacio Aurelio Ferreira de Jesus | 15/02/2024 | 1 |
| 11 | Kamilly Vitoria Alves Soares da Silva | 05/02/2024 | 3 |
| 12 | Kamilly Vitoria Alves Soares da Silva | 08/02/2024 | 05:00 |
| 13 | Lanna Karine Sousa Bastos | 28/02/2024 | 3 |
| 14 | Leydiene Lima Valente | 27/02/2024 | 3 |
| 15 | Lorrane Silva Alves | 09/02/2024 | 04:30 |
| 16 | Millena Shainara Marques Linhares | 02/02/2024 | 1 |
| 17 | Millena Shainara Marques Linhares | 22/02/2024 | 03:48 |
| 18 | Mychelle de Souza Santos | 27/02/2024 | 1 |
| 19 | Nilda Pereira de Souza | 14/02/2024 | 8 |
| 20 | Nilda Pereira de Souza | 22/02/2024 | 7 |
| 21 | Regina de Jesus Lima | 09/02/2024 | 03:26 |
| 22 | Rosana Lial Marques Araujo | 02/02/2024 | 05:50 |

| | | | |
|----|---------------------------------|------------|-------|
| 23 | Rosana Lial Marques Araujo | 05/02/2024 | 3 |
| 24 | Tatiane da Silveira dos Santos | 01/02/2024 | 2 |
| 25 | Taynara Dias Oliveira | 21/02/2024 | 04:20 |
| 26 | Taynara Dias Oliveira | 27/02/2024 | 04:20 |
| 27 | Taynara Dias Oliveira | 28/02/2024 | 04:20 |
| 28 | Uelida Vieira de Andrade Santos | 05/02/2024 | 3 |
| 29 | Uelida Vieira de Andrade Santos | 08/02/2024 | 2 |
| 30 | Uelida Vieira de Andrade Santos | 14/02/2024 | 3 |
| 31 | Uelida Vieira de Andrade Santos | 19/02/2024 | 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 fevereiro 2024 a quantia de:

250 Máscaras cirúrgicas

180 Toucas cirúrgicas

180 Capote

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

970 Máscaras cirúrgicas

480 Toucas cirúrgicas

480 Capote

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

230 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 fevereiro 2024 para o administrativo.

90 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 diálise;
- ✓ 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;

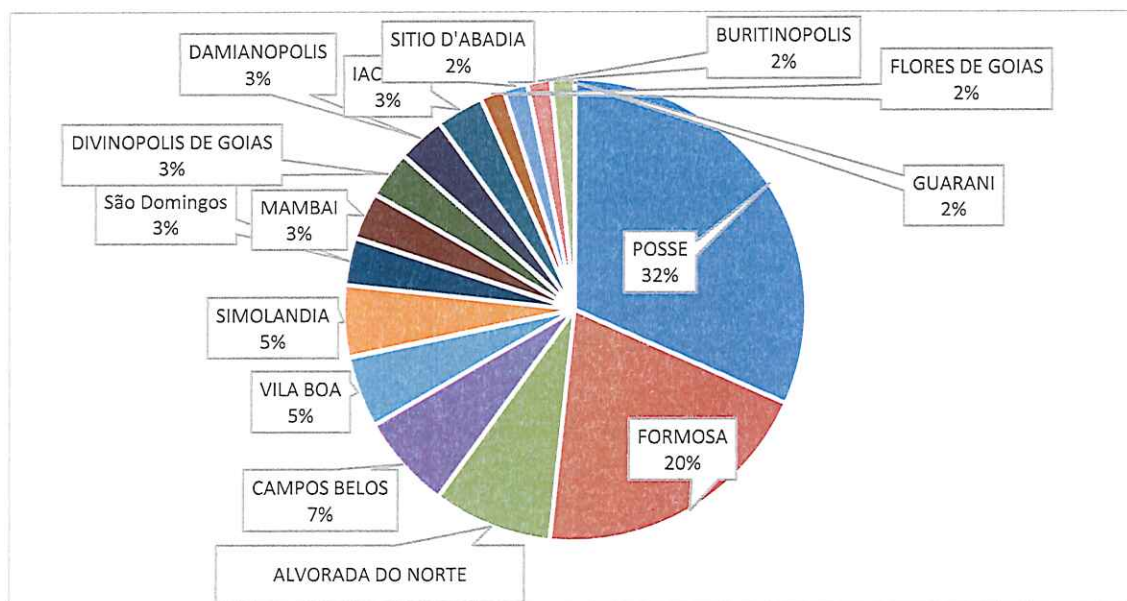
PRODUÇÃO QUANTITATIVA

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 |
| São Domingos | | 2 | | | 2 | Micro-Ônibus Policlínica |
| Buritinópolis | | | 1 | | 1 | Transporte Município |
| Flores de Goiás | | | 1 | | 1 | Transporte Município |
| Guarani de Goiás | | | 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 | 39 |
| Cateter temporário | 17 |
| Cat. Longa Permanência | 3 |
| PTFE | 1 |
| Total Geral | 60 |

No período foram realizadas:

- ✓ 06 pacientes realizaram confecção de FAV no período;
- ✓ 07 implantes de cateter para hemodiálise;
- ✓ 747 sessões realizadas de hemodiálise;
- ✓ 05 sessões extra;
- ✓ 56 faltas às sessões de hemodiálise, faltas justificadas;
- ✓ zero admissão de paciente com Sorologia negativa;
- ✓ zero transferência de paciente;
- ✓ zero alta do programa;
- ✓ zero óbitos de pacientes do programa;
- ✓ zero paciente recebe alta por TX;
- ✓ 4 internações de paciente;
- ✓ 55 pacientes com processo ativo para Medicamentos de alto custo;
- ✓ 03 encaminhamentos à Formosa para consultas/retorno e ou Confecção de FAV;
- ✓ 03 remoções de pacientes para serviço de retaguarda por USA;
- ✓ 234 Atendimentos de fisioterapia;

- ✓ 50 Atendimentos de Nutrição;
- ✓ 138 Atendimentos de Psicologia;
- ✓ 27 Atendimentos de Fonoaudiologia;
- ✓ 338 Atendimentos de Assistente social;
- ✓ 60 Atendimentos de Avaliação global;

Manutenções preventivas mensais com limpeza química realizadas no dia 20/02/2024 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 26/02/2024 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 Osmoses 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 **706 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 HBsAg positivo, até o momento sem demanda. A Taxa de ocupação é de 100% das vagas destinadas ao atendimento de pacientes com HBsAg negativo. 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.

O mês de fevereiro contém menor número de dias, gerando assim um número menor de sessões, no período ainda foi computado 56 faltas, devido a internações, trânsito e interesse particular, pacientes que apresentaram faltas sem justificativa, foram encaminhados para equipe multidisciplinar para melhoria na adesão.

Em 29/02/2024 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 não houveram saídas por óbitos, alta médica, transplante, transferências 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 é feita nas seguintes rotas:

SEGUNDA- QUARTA - SEXTA

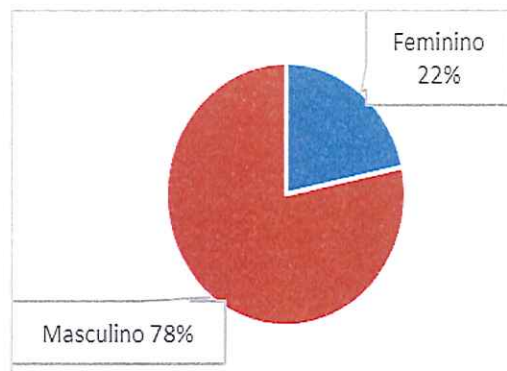
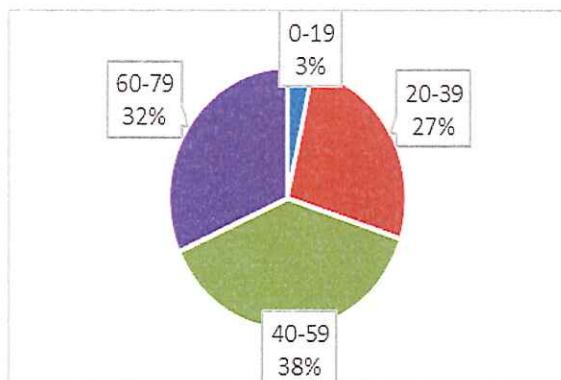
| 1º turno – 7 pacientes | 2º turno- 3 pacientes |
|---|--|
| Posse / Alvorada / Simolândia Retorno: Simolândia / Alvorada / Posse | Posse / Divinópolis / São Domingos Retorno: São Domingos /Divinópolis / Posse |

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 houve necessidade de 3 remoções, 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 3 encaminhamentos pelo micro-ônibus com acompanhamento de um tec de enfermagem.

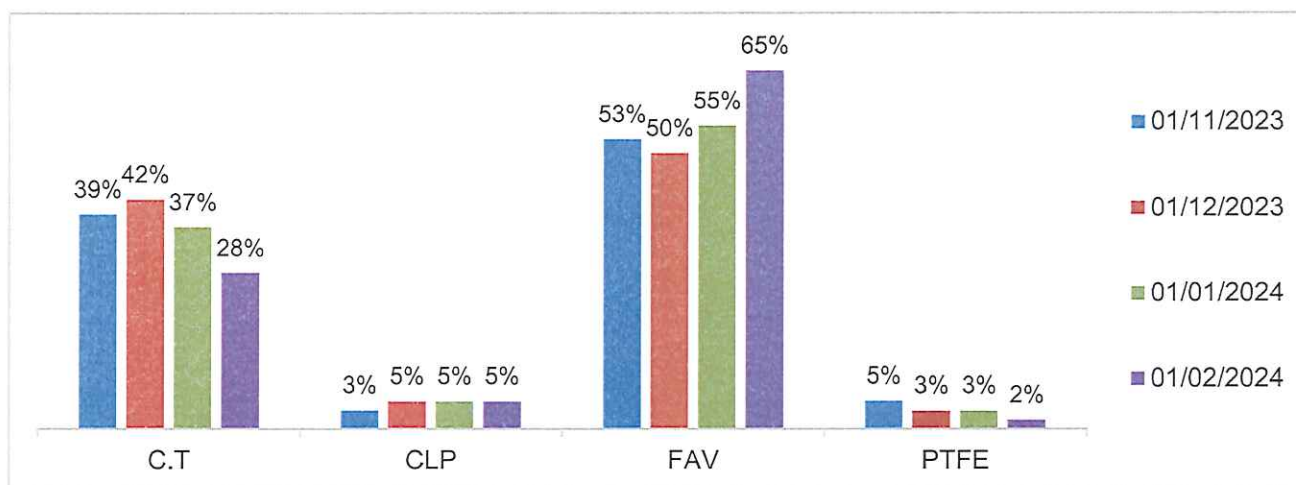
78% do total de pacientes é do sexo masculino, prevalecendo pacientes com menos 60 anos de idade 68,3%.



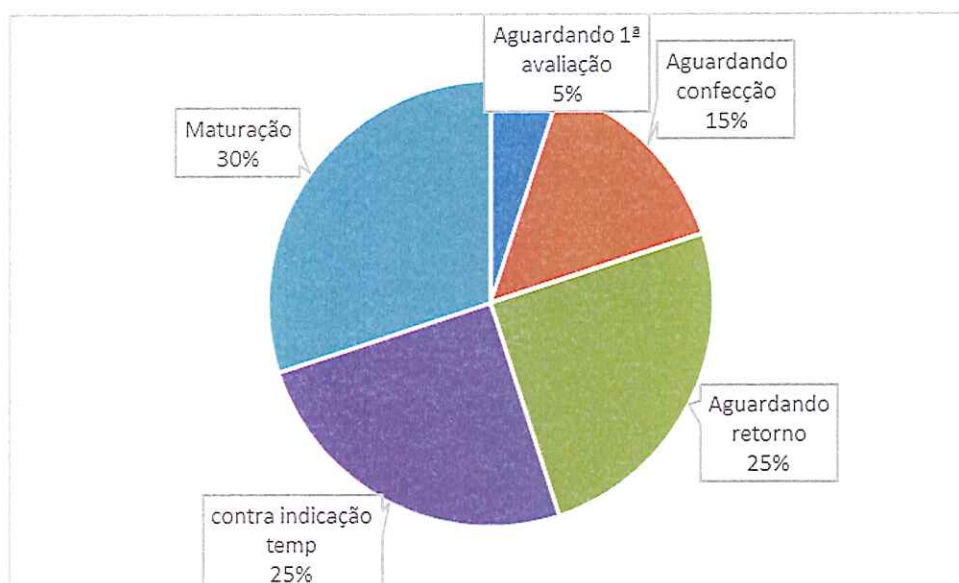
Devido a forma de admissão, maioria proveniente de internações de UTI, é possível observar uma alta taxa de uso de Cat. para hemodiálise, correspondente a 33% do total de pacientes além do aumento de morbidades e intercorrências clínicas que geram aumento de gasto e maior risco a qualidade de vida e segurança dos pacientes.

No período foram realizados 06 implantes de cateter na unidade relativos à perda de acesso, por baixo fluxo. Foram encaminhados para confecção de FAV 6 pacientes que estão uso de cateter.

INDICADORES QUALITATIVOS

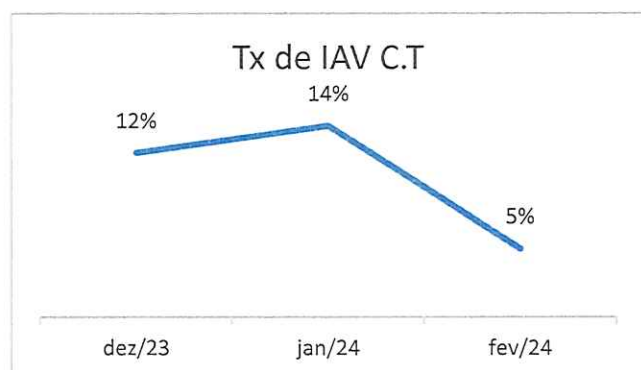


O Acesso vascular na hemodiálise é importante para manutenção qualidade de vida e segurança dos pacientes, impactando diretamente sobre todos os indicadores de qualidade, e performance departamento. A Taxa de uso acesso vascular apresentou diminuição para Cateter para hemodiálise relacionado ao último mês devido retirada de cateter e início de uso de FAV que estavam em maturação, 5 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 20 paciente em uso de cateter 30 % estão em período de maturação de FAV, que dura em média 60 dias, para ser liberado para punção. No período foram realizadas 6 confecções de FAV, em funcionamento. Os outros paciente ainda aguardam agendamento de confecção de FAV 15 %, pelo serviço de retaguarda, 5% Aguardando primeira consulta, já agendadas para o mês de e 25% aguardando liberação de risco cirúrgico.

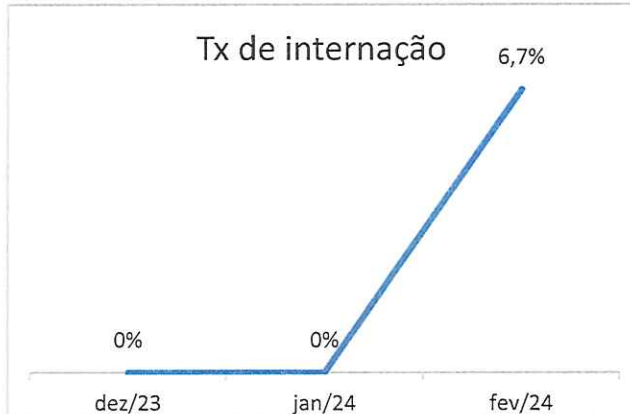
Devido à alta taxa de uso de cateter temporário no existe maior risco de Infecção relacionada a assistência devido ao acesso vascular.



No período só houve ocorrência de infecção e/ou investigação em pacientes em uso de Cateter temporário com taxa apresentando diminuição 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, 06 coletas de hemocultura, todos com resultado negativo, 1 pte choque séptico de foco abdominal, encaminhado para internação, 1 paciente choque séptico com foco cutâneo, 1 paciente com síndrome gripal, 1 com quadro de osteomielite, 1 com IAV óstio. Uso de Antibioticoterapia com vancomicina, 4 pacientes no período.

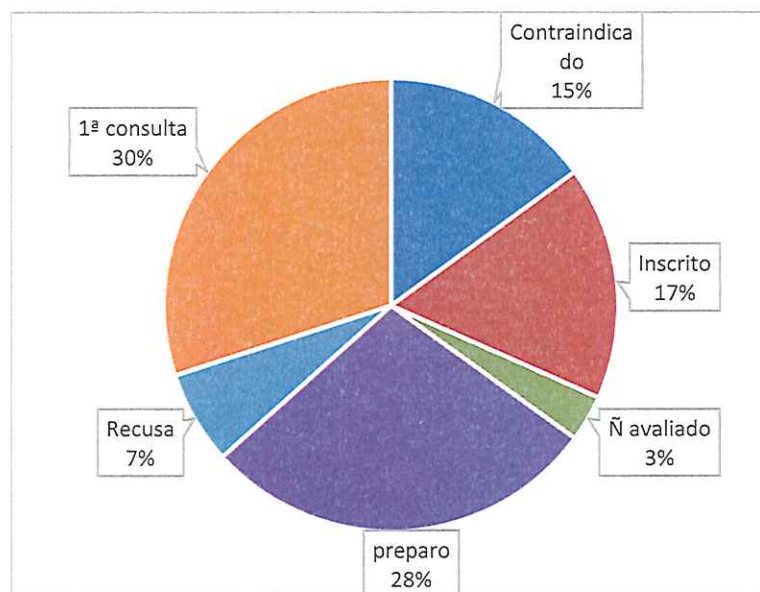
No período não houve ocorrência de 04 internações relacionada a complicação clínicas ou adesão ao tratamento, 1 por sepse de foco abdominal e 1 com foco cutâneo sendo transferido para

HEF em 12/02 e 29/02 pelo serviço de remoções dos pacientes. 1 paciente com alto ganho de peso Inter dialítico referenciado do domicílio para serviço de internação, 1 paciente internado com dengue, referenciado pelo município de proveniência.



Taxa de internação dentro de parâmetros aceitáveis, Manutenção relacionada ao mês anterior e taxa de mortalidade mantando 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.

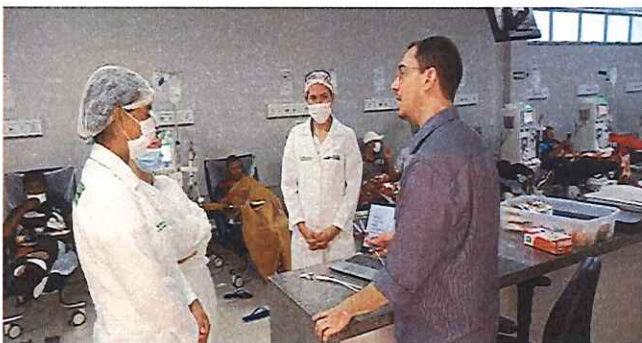
TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO

Treinamento do POP de Prevenção de eventos adversos relacionado a acesso vascular, realizado do dia 28 e 29 de fevereiro de 2024, 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. Acesso vascular
 - ✓ O que é?
 - ✓ Acesso vascular ideal
2. Cateter para hemodiálise
 - ✓ Cateter temporário não tunelizado (Veias para punção, riscos e complicações a longo prazo)
 - ✓ Cateter de longa permanência (Veias para punção, riscos e complicações a longo prazo)
3. Prótese PTFE
 - ✓ O Que é?
 - ✓ Benefícios e riscos
4. FAV
 - ✓ O que é?
 - ✓ Maturação
 - ✓ FAV ideal



PLANO DE DESENVOLVIMENTO

Treinamento Capacitação teórica prática de SBV e SAV 22 e 27 de fevereiro de 2024. A ação pelo médico socorrista e plantonista nesta unidade, que vendo a oportunidade em capacitar equipe para tal procedimento solicitou e se disponibilizou a organizar treinamento.

Foi realizado exposição de conteúdo após término nas atividades do plantão com toda equipe.

Seguindo as orientações de segurança do paciente e protocolos internacionais para manutenção da vida e redução do dano.

Apresentação de conceitos em forma de discussão e demonstração dos materiais, e execução do procedimento através de simulação realística com uso de manequim, orientação do manuseio de produtos e aparelhos utilizados procedimento.

Objetivo: Capacitar equipe

1. Conteúdo: Conceitos e fundamentos Básico SBV
2. SBV no adulto
3. Uso do DEA



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;
- ✓ 11 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 RT's especializados na area dimiensionamento profissioanal adequado Tecnologias de saúde adequada disponibiliade de materiais Retaguarda para realização de exames a avaliações | Resolutividae de acessos vascular Disponibilidade Procedimentos e equipe especializada |
| FATORES EXTERNOS | OPORTUNIDADES | AMEAÇAS |
| | Aumento no numero de sessões Melhoria na entrega do serviço Segurança do paciente Aumento da eficácia/eficiênciã e sutentabilidade | Localização geografica Disponibilidade de profissionais com experiência e especialização Atendimento de demanda reprimida quanto a localização e disponibilidade de transporte 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.

RESOLUTIVIDADE 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 contínua 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: Fevereiro | Ano: 2024 | |
| Consultas Médicas Especializadas | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Consulta Médica | 5.988 | 3.626 |
| Especialidade | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Cirurgia Vascular | 5.988 | 44 |
| Cardiologia | | 352 |
| Clínica Médica (Linha Do Cuidado) | | 140 |
| Dermatologia | | 254 |
| Endocrinologia | | 275 |
| Gastroenterologia | | 63 |
| Ginecologia Obstetrícia | | 111 |
| Hematologia | | 20 |
| Infectologista | | 21 |
| Mastologia | | 77 |
| Nefrologia | | 733 |
| Neurologia | | 236 |
| Oftalmologia | | 229 |
| Ortopedia | | 637 |
| Otorrinolaringologia | | 119 |
| Pediatria | | 86 |
| Pneumologia | | 23 |
| Psiquiatria | | 19 |
| Reumatologia | | 70 |
| Urologia | | 117 |
| Total | 5.988 | 3.626 |

*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 | 2.793 |
| Profissão | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Serviço Social | 2.864 | 379 |
| Enfermagem | | 766 |
| Farmácia | | 60 |
| Fisioterapia | | 1.074 |
| Fonoaudiologia | | 58 |
| Nutricionista | | 276 |
| Psicologia | | 180 |
| Total | 2.864 | 2.793 |
| Profissão | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Enfermagem (triagem) | 0 | 3.420 |
| Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Farmácia | 350 | 841 |
| Práticas Integrativas e complementares - PICS | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Ventosaterapia | 0 | 20 |
| Aromaterapia | 0 | 162 |
| Fitoterapia | 0 | 36 |
| Tratamento Naturopático | 0 | 0 |
| Total | 0 | 218 |
| 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 | 73 |
| Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT inicial REALIZADO | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Radiologia | 600 | 379 |
| Tomografia | 600 | 379 |
| Ressonância Magnética | 240 | 226 |
| Endoscopia | 200 | 10 |
| Colonoscopia | 100 | 0 |
| Cistoscopia | 40 | 2 |
| Nasofibrosopia | 60 | 37 |
| Punção Aspirativa por agulha grossa | 20 | 4 |
| Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) | 20 | 7 |
| Urodinâmica | 20 | 8 |
| Mamografia | 100 | 61 |
| Colposcopia | 80 | 0 |
| Eletroencefalografia | 100 | 9 |
| Eletroneuromiografia | 50 | 0 |
| Ultrassonografia | 360 | 364 |
| Doppler Vascular | 60 | 204 |
| Ecocardiografia | 60 | 57 |
| Eletrocardiografia | 200 | 122 |
| Holter | 60 | 56 |
| MAPA | 60 | 50 |
| Teste Ergométrico | 80 | 49 |
| Espirometria | 200 | 33 |
| Audiometria | 200 | 38 |
| Emissão Otoacústica | 40 | 0 |
| Densitometria óssea | 200 | 23 |
| Total Geral | 3.750 | 2.118 |
| Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT inicial OFERTADO | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Ofertado |
| Radiologia | 600 | 608 |

| | | |
|--|--------------|--------------|
| Tomografia | 600 | 608 |
| Ressonância Magnética | 240 | 247 |
| Endoscopia | 200 | 10 |
| Colonoscopia | 100 | 0 |
| Cistoscopia | 40 | 40 |
| Nasofibroscopia | 60 | 60 |
| Punção Aspirativa por agulha grossa | 20 | 20 |
| Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) | 20 | 20 |
| Urodinâmica | 20 | 40 |
| Mamografia | 100 | 114 |
| Colposcopia | 80 | 20 |
| Eletroencefalografia | 100 | 10 |
| Eletroneuromiografia | 50 | 0 |
| Ultrassonografia | 360 | 360 |
| Doppler Vascular | 60 | 60 |
| Ecocardiografia | 60 | 64 |
| Eletrocardiografia | 200 | 201 |
| Holter | 60 | 60 |
| MAPA | 60 | 60 |
| Teste Ergométrico | 80 | 64 |
| Espirometria | 200 | 200 |
| Audiometria | 200 | 91 |
| Emissão Otoacústica | 40 | 46 |
| Densitometria óssea | 200 | 207 |
| Total Geral | 3.750 | 3.300 |

*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 | 87 |
| Consultas Subsequente | 360 | 55 |
| Sub. Total | 600 | 142 |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Procedimentos Básicos | 110 | 303 |
| Periodontia Especializada | 90 | 177 |
| Endodontia | 60 | 17 |
| Cirurgia Oral Menor | 90 | 38 |
| Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal) | 0 | 0 |

| | | |
|---|--------------------|---------------------------|
| Total | 350 | 535 |
| Clínica de Serviços Dialíticos | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Primeira consulta | NTMC | 0 |
| Sessões hemodiálise | 936 | 747060 |
| Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal | 36 | 0 |
| Total | 972 | 706 |
| Transporte para a Clínica de Serviços Dialíticos | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Ônibus I | 12.000 Km | 10.990 Km |
| Ônibus II | 12.000 Km | 10.635 Km |
| VAN | 12.000 Km | 0 Km |
| Total | 36.000 Km | 21.625 Km |
| Exames Oftalmológicos | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Fundoscopia | 0 | 426 |
| Potencial De Acuidade Visual | 0 | 0 |
| Tonometria | 0 | 386 |
| Triagem Oftalmológica | 0 | 229 |
| Teste Ortóptico | 0 | 0 |
| Total | 0 | 1.041 |
| Laboratório de Análises Clínicas | | |
| Procedimento | Meta Mensal | Produção Realizada |
| Exames Laboratoriais | 0 | 5.173 |
| Fonte: MV SouIMV - POLICLINICA DE POSSE de 01/02/2024 – 29/02/2024 | | |
| Posse, 05 de Março 2024 | | |



Kamylla Divina Brito do Carmo
Coordenadora Operacional
Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse