



RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº051/2020

Competência: março/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	20
2.3.3 – Comissão de Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde	23
2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente	25
2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde	27
2.3.6 – Comissão de Multiprofissional	29
2.3.7 – Comissão de Avaliação de Análise de Revisão de Prontuários Médicos	31
2.3.8 – Comissão de Proteção Radiologia	37
2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica	39
2.3.10 – Comissão de Verificação de Óbito	41
2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade	43
2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais	45
2.3.13 – Comissão de Ética Médica	48
2.3.14 – Comitê de Ergonomia	51
3– Atividades Realizadas No Mês	53
4 – Relatório de Recursos Humanos	69
4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos	69
4.2 EPI	71
5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise	72
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 28 de março 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	0	1	36	240	277	23%
Enfermagem	0	0	0	0	4	4	0%
Recepção Médica	0	0	5	35	130	170	14%
Consultório Médico	0	1	5	41	123	170	14%
Recepção Imagem	0	1	5	25	93	124	10%
Diagnóstico por Imagem	0	1	5	25	93	124	10%
Recepção Laboratório	0	1	0	8	48	57	5%
Recepção Equipe Mult.	1	0	0	53	30	84	7%
Laboratório	0	1	0	8	48	57	5%
Fisioterapia	0	0	0	53	30	83	7%
Fonoaudiologia	0	0	0	0	0	0	0%
Nutrição	0	0	0	6	7	13	1%
Serviço Social	0	0	0	0	4	4	0%
Assistência Farmacêutica	1	0	4	6	18	29	2%
Psicologia	0	0	0	1	4	5	0%
Total Geral	2	5	25	297	872	1.201	100%
Índice Satisfação	0%	0%	2%	25%	73%	Índice Geral	97%

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

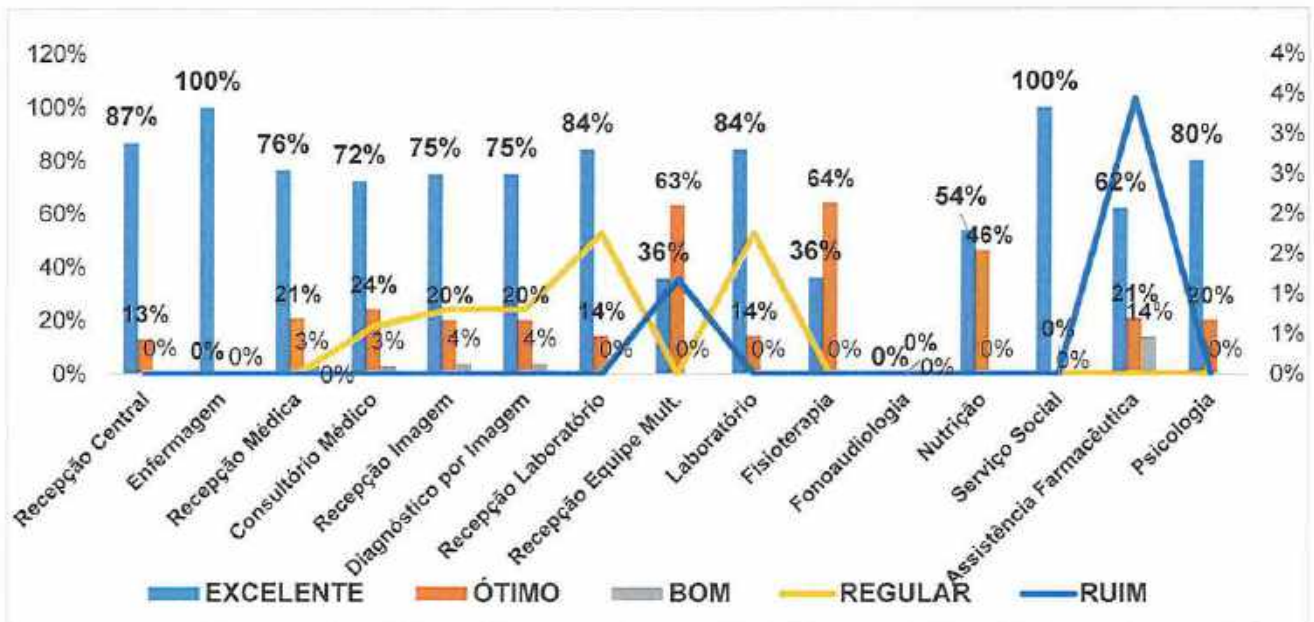
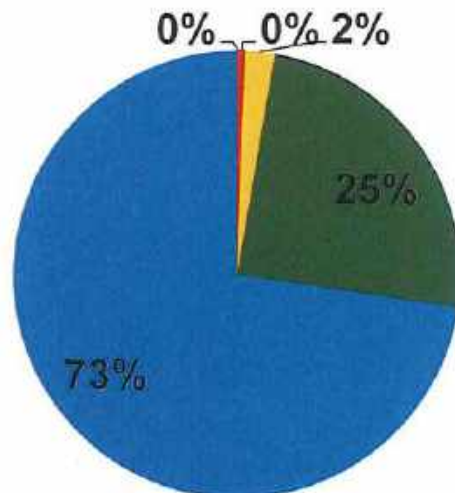


Gráfico 02: Índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento.

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



■ RUIM ■ 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 97%.

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

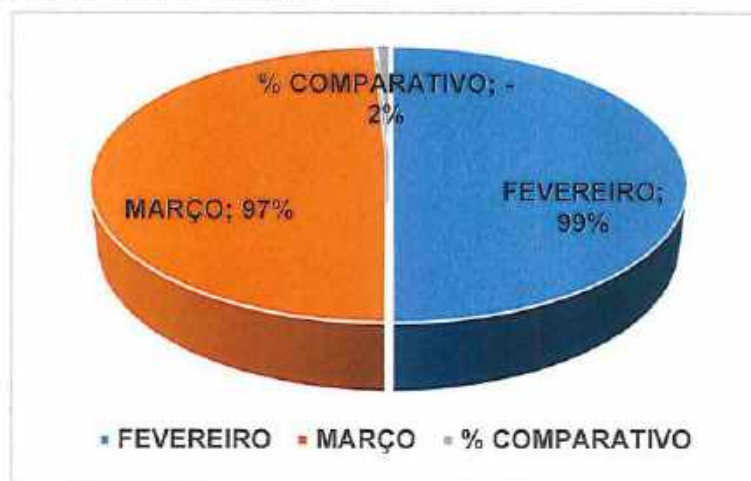
serviços prestados. A gestão busca cada vez mais, prestar um atendimento de qualidade e excelência aos nossos usuários.

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 fevereiro e março, esses resultados são demonstrados em gráficos para melhor percepção da aplicação da pesquisa e fazer um comparativo entre os meses.

INDICADORES	FEVEREIRO	MARÇO	% COMPARATIVO
Ruim	0	2	100%
Regular	2	5	-100%
Bom	12	25	52%
Ótimo	227	297	24%
Excelente	1.102	872	-26%
Total Geral de Avaliações	1.343	1.201	-12%
Índice Geral de Satisfação	99%	97%	-2%

Gráfico 03: Comparativo fevereiro/março



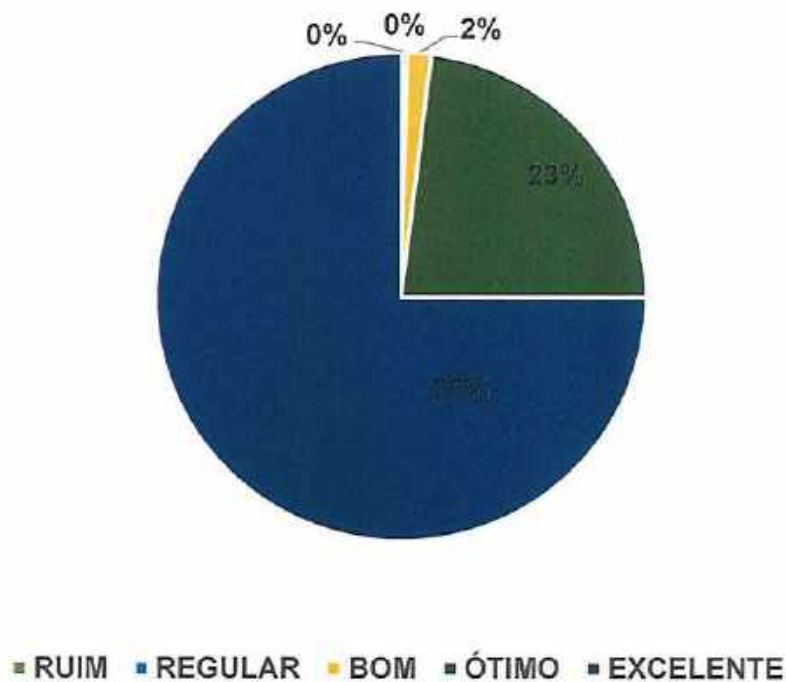
Quanto aos indicadores, a planilha e o gráfico, destaca uma queda de 2% no índice geral de satisfação, e também queda de 12% no total de avaliações. Essa queda no índice geral de satisfação foi impulsionada pela queda no total de avaliações, mas, mesmo com a baixa destes números a Policlínica continua com um alto índice de satisfação, isso reforça nosso compromisso para manter um atendimento humanizado e de excelência, em nossa unidade de saúde.

3.1.2 Avaliação da limpeza por setor

No quesito limpeza, seguindo a mesma linha de avaliação dos setores de atendimentos, os níveis de satisfação dos usuários são ótimos. Vejamos os resultados na tabela e nos gráficos a seguir.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	EXCELENTE	TOTAL/MÊS	%
Recepção Central	0	0	3	40	234	277	39%
Enfermagem	0	0	0	2	2	4	1%
Recepção Esp. Médica	0	1	3	35	129	168	24%
Recepção Imagem	0	0	7	22	94	123	17%
Recepção Laboratório/Equipe Multi	1	1	1	63	74	140	20%
Total Geral	1	2	11	164	534	712	100%
Índice de Satisfação	0%	0%	2%	23%	75%	Índice Geral	98%

Gráfico 04: Índice de satisfação



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

3.2 Pesquisa de Satisfação Hemodiálise

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

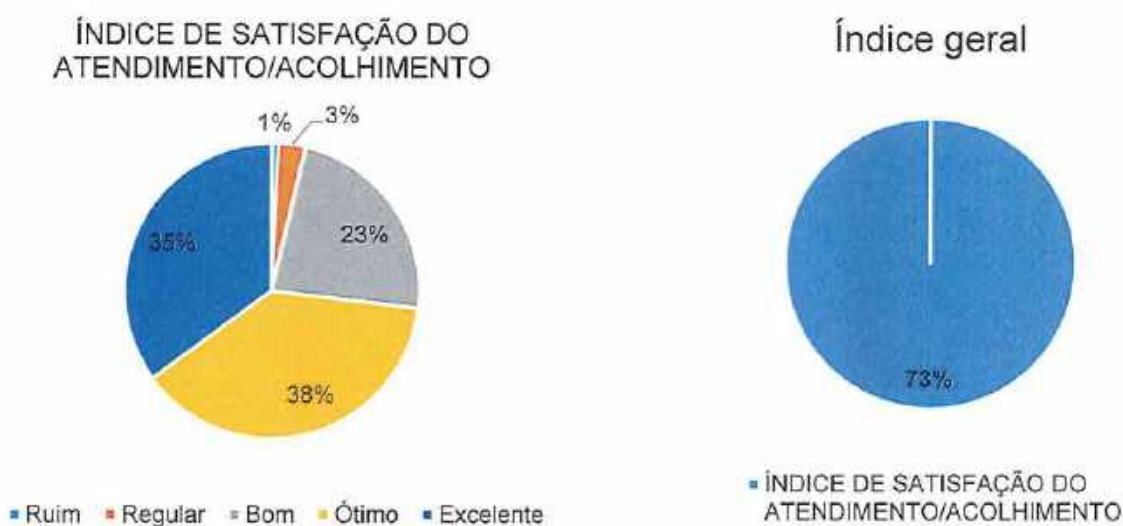
Foi aplicado o questionário a 55 pacientes, sobre atendimento, acolhimento, qualidade e conforto dos serviços ofertados.

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

Glaucia Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria



2.2 – Relatório da Ouvidoria

1. INTRODUÇÃO

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

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

1.1 Estrutura

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

1.2 Canais de acesso a Ouvidoria

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

E-mail: ouvidoria@policlinicaposse.org.br

Telefone: (62) 3142 - 5872

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

2. ATENDIMENTOS

Este relatório apresenta os dados estatísticos referente ao período de 01/03/2024 a 28/03/2024, os quais foram extraídos do Sistema OuvidorSUS. Foram registradas 21 manifestações, todas pessoalmente. Deste total, 19 foram elogios, 01 reclamações e 01 solicitação.

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 21 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, 90,48% foram de elogios, 4,76% foram de reclamações e 4,76% foram solicitações. Todas as manifestações foram registradas por meio de atendimento presencial.

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

5. EMITIDO

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 compõem 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: 30/10/2020																																																																							
Ações educativas realizadas						Data de Análise:						Período/ano analisado:																																																																							
						31/03/2024						mar/24																																																																							
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de ações educativas realizadas.		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">DADOS MENSAIS</th> </tr> <tr> <th>Ações</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>Dec</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>7</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Participantes 2023</td> <td>55</td> <td></td> <td>170</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>5</td> <td>8</td> <td>32</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 MENSAIS														Ações	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	média anual	2023	1	2	2	3	7	3	2	9	9	9	9	7	9	Participantes 2023	55		170											2024	5	8	32										
DADOS MENSAIS																																																																																			
Ações	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	média anual																																																																						
2023	1	2	2	3	7	3	2	9	9	9	9	7	9																																																																						
Participantes 2023	55		170																																																																																
2024	5	8	32																																																																																
Processo: Programa de educação permanente		<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 dos treinamentos realizados e participantes																																																																																			
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																																																																			
Responsável pela análise: Dalene Cavalcante																																																																																			
Observações: Quantificar os treinamentos previstos não realizados e as justificativas.																																																																																			
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																																			
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações.																																																																																			
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 do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de Março de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações.																																																																																			

		NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE																																																																																	
FORMULÁRIO																																																																																			
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																																			
FOR.NEP.01						Revisão: 02						vigência: 30/10/2020																																																																							
Ações educativas realizadas						Data de Análise:						Período/ano analisado:																																																																							
						31/03/2024						mar/24																																																																							
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos realizados e a quantidade de participantes		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">DADOS MENSAIS</th> </tr> <tr> <th>Treinamentos</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>Dec</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023</td> <td>11</td> <td>9</td> <td>7</td> <td>11</td> <td>28</td> <td>14</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Participantes 2023</td> <td>110</td> <td>54</td> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>5</td> <td>7</td> <td>2</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 MENSAIS														Treinamentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	média anual	2023	11	9	7	11	28	14	4	5	4	5	3	1	8	Participantes 2023	110	54	17											2024	5	7	2										
DADOS MENSAIS																																																																																			
Treinamentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	média anual																																																																						
2023	11	9	7	11	28	14	4	5	4	5	3	1	8																																																																						
Participantes 2023	110	54	17																																																																																
2024	5	7	2																																																																																
Processo: Programa de educação permanente		<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 dos treinamentos realizados e participantes																																																																																			
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																																																																			
Responsável pela análise: Dalene Cavalcante																																																																																			
Observações: Quantificar os treinamentos previstos não realizados e as justificativas.																																																																																			
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																																			
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos.																																																																																			
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de Fevereiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos.																																																																																			
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de Março de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos.																																																																																			

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

2.1.1 NEP (NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE)

TREINAMENTOS REALIZADOS NA POLICLÍNICA DE POSSE

TREINAMENTO	PROPOSTA DA DATA	MINISTRANTE	QUANTOS PARTICIPANTES
Treinamento Diálise Peritoneal	16/03/2024 17/03/2024	Adilson Otaviano	06
Integração Novos Colaboradores	20/03/2024	Kamylla Divina Marta Martins Adrielly Nunes Thaise Ynara Cledimar Bispo Lucian Elan	10

CARGA HORÁRIA TOTAL DOS TREINAMENTOS REALIZADOS

TREINAMENTO	DATA	QUANTOS PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA TOTAL
Treinamento em Diálise Peritoneal	16/03/2024 17/03/2024	06	9 Horas
Integração Novos Colaboradores	20/03/2024	10	1 Hora

AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DOS TREINAMENTOS DE FEVEREIRO 2024

TREINAMENTO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA
Treinamento em Diálise Peritoneal	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 16 e 17, em preparação para o lançamento do novo serviço em diálise peritoneal, agendado para abril de 2024. O enfermeiro especialista nefrologista, Adilson Otaviano, conduziu uma apresentação abrangente sobre a diálise peritoneal, ressaltando sua importância, características e as vantagens que traz aos pacientes que se submetem a esse tratamento. O enfermeiro abordou a montagem dos equipamentos necessários, detalhou o passo a passo do procedimento a ser ensinado aos pacientes e seus acompanhantes, enfatizando a crucial importância da higiene das mãos para prevenir riscos de infecção. O conhecimento adquirido durante este treinamento será fundamental para a equipe.
Integração de Novos Colaboradores	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 20 de março de 2024. A integração de novos colaboradores com orientações sobre o uso de EPI, Fluxo de acidentes de trabalho, conhecimento da unidade de saúde e outros assuntos relacionados a Policlínica.

AÇÕES EDUCATIVAS

AÇÃO EDUCATIVA	DATA	PÚBLICO ALVO	CARGA HORÁRIA TOTAL
Dia Internacional da Conscientização sobre HPV	04/03/2024	Colaboradores	1 hora
Dia Mundial da Obesidade	05/03/2024	Colaboradores	1 Hora
Ação em Comemoração aos 4 anos da Policlínica	07/03/2024	Colaboradores	1 Hora
Ação em Comemoração ao Dia da Mulher	07/03/2024	Colaboradores	1 Hora
Dia Internacional da Mulher	08/03/2024	Colaboradores	1 Hora
Dia Nacional de Combate ao Sedentarismo	11/03/2024 12/03/2024	Pacientes	1 Hora
Dia Mundial do Rim	14/03/2024	Pacientes e Colaboradores	1 Hora
Campanha Vacinação	14/03/2024	Colaboradores	3 Horas
Saúde dos Rins	15/03/2024	Pacientes	1 Hora
Alimentação Adequada Preventiva para a Saúde do Rim	15/03/2024	Colaboradores	1 Hora
Dia Internacional da Síndrome de Down	21/03/2024	Pacientes	1 Hora
Dia Mundial de Combate a Tuberculose	26/03/2024	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
	1	2	1	2	1	2	
Cronograma de ações treinamentos	Pouco	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai Piorar em médio prazo	3	18

Cursos online	Pouco Grave	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai Piorar em médio prazo	3	18
Falha em não entregar o relatório mensal	Pouco Grave	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai Piorar em médio prazo	3	18

4.0 MELHORIA CONTINUA

4.1 RESOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO

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

Treinamento em Dialise Peritoneal :



Treinamento de Novos Colaboradores:



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 março/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

acumulo 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


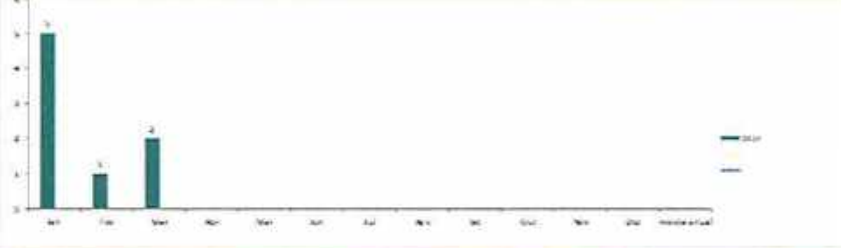
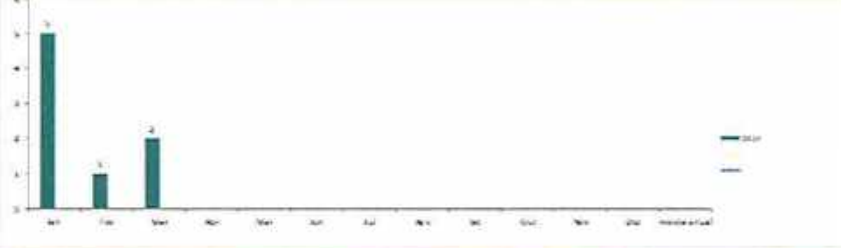
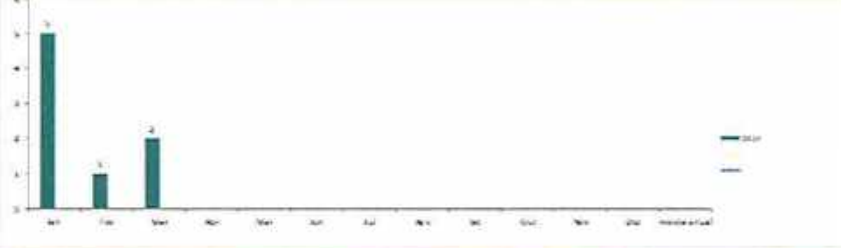
- ✓ Anisia Vieira de Barros – Núcleo de Qualidade
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutico

- ✓ 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																																																					
		FOR/NSP/01			Revisão: 03			Edição: 30/10/2020																																															
		OBJ. DE AVALIAÇÃO			PERÍODO ANO ANTERIOR																																																		
		2023			2024																																																		
Eventos Adversos		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">DADOS MENSUAIS</th> <th>PERÍODO 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>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <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></td> </tr> </tbody> </table>												DADOS MENSUAIS													PERÍODO ANUAL	2024	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	TOTAL														
DADOS MENSUAIS													PERÍODO ANUAL																																										
2024	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	TOTAL																																										
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês.		<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																																																							
																																																							
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente																																																							
Fórmula: Soma 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 Panorâmica 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 Panorâmica 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 do Resultado Panorâmica de MARÇO/2024: No mês de março de acordo com o indicador obteve um total de duas notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.																																																					

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

Durante o mês de março, ocorreram duas notificações de incidentes ou eventos adversos.

Inicialmente, orientamos os colaboradores sobre a importância das vacinas, que têm como principal função gerar imunidade e contribuir diretamente para o controle e eliminação de doenças provocadas por vírus ou bactérias

A vacinação é reconhecida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população e fortalecer uma sociedade saudável e resistente. Além de prevenir doenças graves, a imunização contribui para reduzir a disseminação desses agentes infecciosos na comunidade, protegendo aqueles que não podem ser vacinados por motivos de saúde.

O calendário nacional da vacinação contempla, na rotina dos serviços, 19 vacinas que protegem o indivíduo em todos ciclos de vida, desde o nascimento. Entre as doenças imunopreveníveis por essas vacinas estão a poliomielite, sarampo, rubéola, tétano, coqueluche outras doenças graves e muitas vezes fatais.

Em seguida, iniciamos a vacinação dos colaboradores e atualizamos a caderneta de vacinação.

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

Foi realizado dia 20/03/2024, Auditoria junto com Analista de Qualidade na Endoscopia/Colonoscopia, 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 25/03/2024, a comissão realizou uma reunião para discutir a importância das notificações de incidentes e eventos adversos nos setores. No entanto, constatou-se que os setores não estão realizando as notificações necessárias, e o índice de notificação caiu significativamente

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o relatório referente ao mês de março 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																																									
FORMAZINHA						UNIDADE: 03			VIGILIA: 3070/023			PERÍODO ANÁLISADO:																													
Treinamentos/Capacitações em prevenção, rondas sobre controle de infecção						Data de Análise: 31/03/2024			01/03/2024																																
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos/capacitações na unidade		DADOS MENSIAIS																																							
		Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																											
Processo: Programa SCIRAS		<table border="1"> <caption>Dados Mensiais</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Quantidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>Mar</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>Abr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mai</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jul</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ago</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Set</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Out</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nov</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dez</td> <td></td> </tr> <tr> <td>média anual</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												Mês	Quantidade	Jan	65	Feb	44	Mar	54	Abr		Mai		Jun		Jul		Ago		Set		Out		Nov		Dez		média anual	
Mês	Quantidade																																								
Jan	65																																								
Feb	44																																								
Mar	54																																								
Abr																																									
Mai																																									
Jun																																									
Jul																																									
Ago																																									
Set																																									
Out																																									
Nov																																									
Dez																																									
média anual																																									
Fórmula: Somatória da quantidade de treinamentos		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																							
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 do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de Março de acordo com o indicador foi realizadas cinquenta e quatro 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 março não houve nenhuma notificação do IRAS na hemodiálise.
- ✓ A enfermeira SCIRAS realizou uma ação de vacinação para os colaboradores, além de atualizar as cadernetas de vacinação;
- ✓ Inicialmente, orientamos os colaboradores sobre a importância das vacinas, que têm como principal função gerar imunidade e contribuir diretamente para o controle e eliminação de doenças provocadas por vírus ou bactérias;
- ✓ A vacinação é reconhecida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população e fortalecer uma sociedade
 - ✓ saudável e resistente. Além de prevenir doenças graves, a imunização contribui para reduzir a disseminação desses agentes infecciosos na comunidade, protegendo aqueles que não podem ser vacinados por motivos de saúde.
- ✓ O calendário nacional da vacinação contempla, na rotina dos serviços, 19 vacinas que protegem o indivíduo em todos ciclos de vida, desde o nascimento. Entre as doenças imunopreveníveis por essas vacinas estão a poliomielite, sarampo, rubéola, tétano, coqueluche outras doenças graves e muitas vezes fatais.

- ✓ Em seguida, iniciamos a vacinação dos colaboradores e atualizamos a caderneta de vacinação
- ✓ Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.
- ✓ Foi realizado dia 20/03/2024, Auditoria junto com Analista de Qualidade na Endoscopia/Colonoscopia, 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

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 54 rondas.

6. EMITIDO



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)


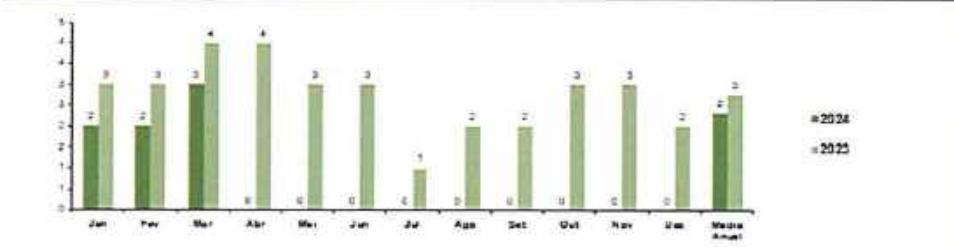
- ✓ Kalyson Moreira da Silva – Fisioterapeuta (representante eleito)

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

		COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO																																																						
		FORMULÁRIO																																																						
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																						
		FOLHA Nº: 01			Revisão: 01			Data de Atualização: 27/02/2024						Período analisado: mar/24																																										
		AÇÕES DA CIPAA						DADOS MENSAIS																																																
Objetivo de medição: Identificar e quantificar as ações da CIPAA que foram realizadas.		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>Média Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>													Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual	2024	2	2	3											2	2023	3	3	4	4	3	3	1	2	2	3	3	2	3
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual																																											
2024	2	2	3											2																																										
2023	3	3	4	4	3	3	1	2	2	3	3	2	3																																											
Processo: Ações da CIPAA.		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																						
Fórmula: Somatória das ações realizadas no mês.																																																								
Valor médio do ano anterior: Não se aplica.																																																								
Responsável pela análise: André Vieira.																																																								
Observações: Quantificar as ações previstas não realizadas e as justificativas.																																																								
		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																						
		Análise de Realização/Pensamento de JANEIRO/2024: Durante o mês de janeiro foram realizadas ações em que CIPAA esteve presente.																																																						
		Análise de Realização/Pensamento de FEVEREIRO/2024: Nesta mês a CIPAA participou de ações junto com outros comitês, em reuniões coletivas.																																																						
		Análise de Realização/Pensamento de MARÇO/2024: A CIPAA participou de ações junto com outros comitês, também participou de rondas junto com o NSP.																																																						

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 acompanhamento nas rondas do NSP.
- ✓ Discutimos sobre a decoração do mês de abril. Abril verde: segurança e saúde do trabalhador. Abril Azul: conscientização do autismo.
- ✓ Fizemos a programação das ações e treinamentos da segurança e saúde do trabalhador e a conscientização do autismo.

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)

P/ Komylla Dama Pontes

2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

2. OBJETIVOS

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

3. INICADORES

POSS Policlínica Estadual da Região Nordeste		SES Secretaria de Estado da Saúde												
FORMULÁRIO														
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR														
POSS:		Revide: 03												
Data de Análise:		Agência: 30/10/2025												
-31/03/2024		Período/Ano analisado:												
mar/24														
Quantidade de resíduos no mês de Março de 2024														
Objetivo de medição: para saber o quantitativo de resíduos coletados no mês.	DADOS MENSAIS													
	ANO: 2024	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
		1533	1433	1292										
Processo: gestão de quantidade de resíduos infectante e perfurocortantes coletados nesta unidade de saúde.	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: somatória 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 documento não conforme e recolher para o NO para sua validação.														
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. 34,0 Kg de														
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: 1.112,900 Kg de Resíduos do Grupo A, 302,200 Kg de Resíduos do Grupo B e Resíduos do Grupo E. 38,500 Kg														
Totalizando 1.453,200 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de Fevereiro 2024.														
Análise do Resultado/Panorama de Março/2024: No mês de março Foram coletados: 914,500 Kg de Resíduos do Grupo A, 320,600 Kg de Resíduos do Grupo B e Resíduos do Grupo E. 46,650 Kg de														
Totalizando 1.281,75 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de Março 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

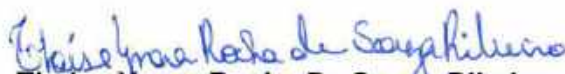
A Enfermeira SCIRAS é responsável por acompanhar a coleta de resíduos sólidos na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Unidade Posse. Recentemente, enviei uma notificação à empresa terceirizada, reiterando o problema persistente na coleta dos resíduos.

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. Estamos aguardando a regularização.

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 28 de março 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

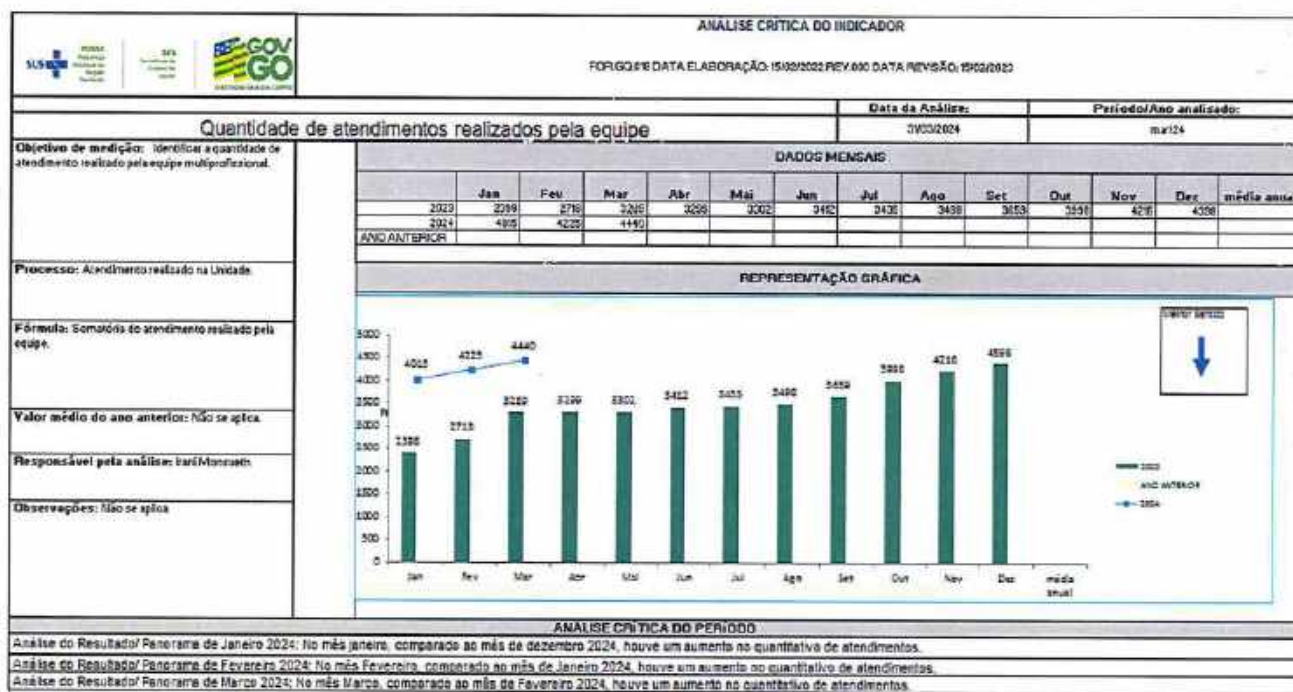
- ✓ Irani Monsueth Alves Almeida–Assistente Social – Presidente
- ✓ Kamylla Divina Brito Carmo–Enfermeira – Vice - Presidente
- ✓ Hanna Nobre Liah–Nutricionista – Membro

- ✓ 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 abril de 2024.

4. INDICADORES:



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 março azul marinho, fez palestras em alusão ao dia da mulher, dia do rim, dia da síndrome de down, além de orientação quanto a alimentação saudável e prática de atividade física. As palestras e dinâmicas foram voltadas para os servidores e para os usuários da Policlínica, a fim que todos tenham conhecimento acerca do tema.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


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

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

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE ANÁLISE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

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

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO																																																									
FORMULÁRIO																																																									
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																									
FOR CARPM 01	Revisão: 02																																																								
	agência: 3010/2025																																																								
	Data de Análise: 04/03/2024																																																								
	Período/ano analisado: mar-23																																																								
<p>Objetivo de medição: Definir número de prontuários preenchidos incorretamente atendendo aos seguintes tópicos: identificação, hipótese diagnóstica, história da doença atual, conduta.</p> <p>Processo: Coleta de informações do relatório de produtividade extraídos do sistema MV</p> <p>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.</p> <p>Valor médio do ano anterior: Não se aplica</p> <p>Responsável pela análise: DR. DIEGO MENDONÇA GONÇALVES</p> <p>Observações: Não se aplica</p>	<p>Notificações de Incidente e Eventos Adversos</p> <p>DADOS MENSIAIS</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>Analisados 2024</td> <td>33</td> <td>29</td> <td>25</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Inconsistente 2024</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Inconsistente 2023</td> <td>35</td> <td>37</td> <td>37</td> <td>28</td> <td>35</td> <td>70</td> <td>79</td> <td>51</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>30</td> <td>43</td> <td>52</td> </tr> </tbody> </table> <p>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</p> <p>ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO 2024: 3251 prontuários, 325 prontuários avaliados, 33 inconsistentes.</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO 2024: 2991 prontuários, 299 prontuários avaliados, 24 inconsistentes.</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de MARÇO 2024: 2663 prontuários, 266 prontuários avaliados, 28 inconsistentes.</p>		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	Analisados 2024	33	29	25										29	Inconsistente 2024	3	3	1										1	Inconsistente 2023	35	37	37	28	35	70	79	51	45	44	30	43	52
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																												
Analisados 2024	33	29	25										29																																												
Inconsistente 2024	3	3	1										1																																												
Inconsistente 2023	35	37	37	28	35	70	79	51	45	44	30	43	52																																												

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: 06/02/2024 a 04/03/2024.

Tipo de atendimento: Ambulatório

Houve o levantamento de 2.663 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: 31 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
2. Bruno Araujo Lucena: 351 prontuários, 35 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
3. Bruno Lelitscew da Bela Cruz: 60 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
4. Bruno Machado Nascimento: 53 prontuários, 5 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
5. Claudio Antonio Maximo Rego: 107 prontuários, 11 prontuários revisados, 6 inconformidades encontradas.
6. Deybson Augusto dos Santos: 21 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
7. Dimitri Carvalho Homar: 44 prontuários, 4 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
8. Diogo Viriato Silva Rodrigues: 22 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
9. Emerson Claudio Figueiredo: 470 prontuários, 47 prontuários revisados, 4 inconformidades encontradas.
10. Flavio Vieira Machado: 19 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
11. Henrique Stefanelo Jonas: 63 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.

12. Isabel Maria Araujo Guimaraes: 51 prontuários, 5 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
13. Joao Carlos Gondim Magalha: 224 prontuários, 22 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
14. Joao Pitaluga Neto: 20 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
15. Julio Cezar Meirelles Gomes: 23 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
16. Keila Messias Takahashi: 123 prontuários, 12 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
17. Lissandro Vargas Pinheiro: 111 prontuários, 11 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
18. Marcelo de Paula Abreu Silva: 167 prontuários, 17 prontuários revisados, 5 inconformidades encontradas.
19. Marcia Gabrielle Bonfim Cort: 99 prontuários, 10 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
20. Marlon Amancio Lima: 100 prontuários, 10 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
21. Merandolino Queiroz Moreira: 155 prontuários, 16 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
22. Nathalia Nunes dos Santos: 108 prontuários, 11 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
23. Paula Menezes de Aquino Ram: 27 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
24. Rafael Dias de Sousa: 54 prontuários, 5 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
25. Raphael Felipe Freua Fontes: 57 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
26. Rodrigo Gomes de Oliveira: 26 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
27. Rodrigo Kouzak Mayer: 77 prontuários, 8 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.

- Prontuários: **2.663**
- Prontuários Avaliados: **266**
- Inconformidades: **28**

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: 28, representando 10,49% dos prontuários analisados preenchidos de forma inadequada.

Em 6 dos casos, não foram identificados registros de evolução médica.

Em 4 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 04/03/2023 pela médica da família Nathália Nunes, auditório em forma de roda de conversa, onde a médica fez apresentação com auxílio da data show. HPV é uma infecção viral transmitido por contato pele a pele e com via sexual, capaz de infectar a pele e as mucosas que revestem certas partes do corpo humano, como o interior da boca, da garganta, da faringe do ânus, da vulva, do pênis e da vagina, fazendo com que o paciente desenvolva verrugas e lesões precursoras de câncer nas regiões atacadas.
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: exibe 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: exibe 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 de 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 28/03/2024 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.



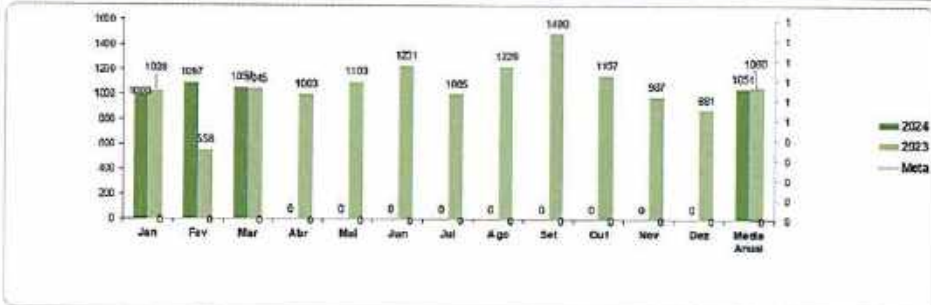
Solicitamos também a aquisição e instalação de uma botoeira para o quadro de energia do aparelho de Raios- x.

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: 00			Revisão: 01/02/2008			
		Exames realizados no setor de radiologia						Data da Análise:			Período/Ano analisado:			
								28/09/2024			dez/24			
Objetivo de medição: saber o quantitativo de exames no setor de radiologia realizados no mês de março	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual
	2024	1000	1087	1057										1051
	Meta	0												
2023	1028	558	1045	1003	1103	1231	1005	1229	1490	1157	987	881	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 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 NQ 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 fobia														
Análise do Resultado/Panorama de Fevereiro/2024: No mês de Fevereiro foram realizados 1087 exames, sendo que tivemos apenas dois pacientes que não realizaram o exame de RM devido a fobia														
Análise do Resultado/Panorama de Março/2024: No mês de Março foram realizados 1057 exames, sendo que tivemos 5 pacientes que não realizaram o exame de RM devido a fobia, 1 por recusa e 1 por desconhecer material usado em sua cirurgia.														

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 – Almoхарife
- ✓ 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

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>POSSE Policlínica Estadual da Região Nordeste</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEE Secretaria de Estado de Saúde</p> </div> </div>		FARMÁCIA - CEMAC JUAREZ BARBOSA																																							
FORMULÁRIO																																									
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																									
FOR FARM.01						Revisão: 03			vigência: 30/10/2025																																
DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEMAC JUAREZ BARBOSA						Data de emissão: 29/02/2024			Período do relatório: 02/01/2024																																
<p>Objeto de medição: Identificar quantidade de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa.</p> <p>Procedência: Número de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa via Sistema Intranet Saúde.</p> <p>Fórmula: Soma total da quantidade de dispensações mensais.</p> <p>UNID/UNID DO INDICADOR: Número de vezes</p> <p>Referência para análise: Sistema Intranet Saúde</p> <p>Observações: Verificar a melhoria de dispensações através de relatório retirado do sistema Intranet Saúde avaliar se houve aumento das mesmas.</p>		DADOS MENSIAIS																																							
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	MÉDIA ANUAL																											
		2024	816	840	713	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																										
		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																							
		<table border="1"> <caption>Representação Gráfica dos Dados Mensais</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Quantidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>816</td></tr> <tr><td>Fev</td><td>840</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>713</td></tr> <tr><td>Abr</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>0</td></tr> <tr><td>Ago</td><td>0</td></tr> <tr><td>Set</td><td>0</td></tr> <tr><td>Out</td><td>0</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>0</td></tr> <tr><td>Dez</td><td>0</td></tr> <tr><td>MÉDIA ANUAL</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>												Mês	Quantidade	Jan	816	Fev	840	Mar	713	Abr	0	Mai	0	Jun	0	Jul	0	Ago	0	Set	0	Out	0	Nov	0	Dez	0	MÉDIA ANUAL	0
		Mês	Quantidade																																						
Jan	816																																								
Fev	840																																								
Mar	713																																								
Abr	0																																								
Mai	0																																								
Jun	0																																								
Jul	0																																								
Ago	0																																								
Set	0																																								
Out	0																																								
Nov	0																																								
Dez	0																																								
MÉDIA ANUAL	0																																								
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																									
<p>Análise do Resultado/Panorama de MARÇO 2024: No mês de março foram realizadas 713 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Houve uma diminuição no número das dispensações de medicamentos.</p>																																									

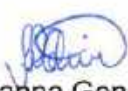
Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar a quantidade de medicamentos do componente especializado Juarez Barbosa que está sendo dispensada por mês na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Sendo possível identificar se está havendo um aumento na procura por tais medicamentos.

No mês de março foram realizadas 713 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar uma diminuição do número das dispensações, quando comparado com os meses anteriores. A diminuição no número de dispensações é devido à baixa procura pelos pacientes para retirar os seus medicamentos.

4. 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.

5. 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 março. 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

POSSÉ Policlínica Estadual de Região Noroeste		SES Secretaria de Estado de Saúde											
COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO - CVO													
FORMULÁRIO													
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
FOR CVO.01		Revisão: 02	Edição: 2019/2025										
Data de Análise: 29/3/2024		Período/Ano analisado: mar/24											
Notificações de Incidente e Eventos Adversos													
Objetivo de medida: identificar a quantidade de óbitos na unidade no mês de MARÇO	DADOS MENSIS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Processo: Núcleo de Segurança da Paciente, Vigilância Epidemiológica e da Comissão de Verificação de Óbito	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
Fórmula: Soma da quantidade de óbitos													
Valor médio do ano anterior: Não se aplica													
Responsável pela análise: Edilene Alves Pinheiro													
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 do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de março 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 março, a Comissão de Verificação de Óbito dá unidade Policlínica de Posse - GO realizou uma ação na unidade sobre o Dia Internacional da Síndrome de Down, tendo como objetivo provocar os usuários da unidade a refletir sobre um tema pouco falado e de grande relevância, uma vez que as pessoas com essa síndrome ainda sofre preconceito.

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 março 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


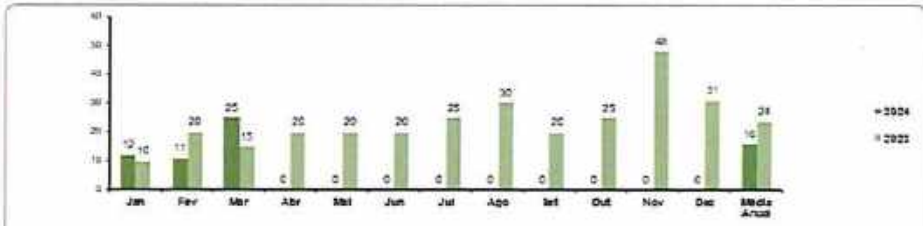
São objetivos da Comissão do Núcleo de Qualidade (CNQ)

- 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														
FORLHOSP.01						Revisão: 02			vigência: 20/10/2025					
Quantidade de documentos não conformes na unidade						Data da análise: 27/02/2024			Procedimento aplicado: n-#04					
Objetivo de medida: Identificar a quantidade de documentos que não estão atualizados de acordo com a Norma Zero.	DADOS MENSIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual
	2024	12	11	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2023	10	20	15	24	20	20	25	30	20	25	40	31	24	24
Processo: Busca Ativa/Revista	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória da quantidade de documentos não conformes.														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica.	ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
Responsável pela análise: Anália Maria	Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.													
Observações: Busca com unidades de documentos não conformes.	Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.													
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade e necessitam de atualização.														

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 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 Endoscopia e Colonoscopia e não foram encontradas inconformidades.

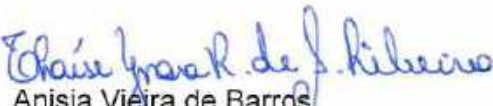
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


Anisia Vieira de Barros
Presidente do Núcleo de Qualidade

2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

Esta comissão tem como finalidade:

- I. Implantar políticas de utilização de medicamentos com base em avaliação, seleção e emprego terapêutico corretos na policlínica;
- II. Elaborar, avaliar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizador promovendo inclusões ou exclusões, considerando a eficácia, eficiência clínica, segurança e custo;

- III. Reduzir custos visando a obter medicamentos e materiais essenciais a cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes;
- IV. Estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmacêutico e químico, emitindo parecer sob sua eficácia terapêutica medicamentosa como critério fundamental de escolha;
- V. Incentivar e disseminar a elaboração de protocolos de utilização dos medicamentos; Racionalizar o uso de medicamentos.

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:

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

2. OBJETIVOS

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

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

3. INDICADORES

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

SETOR	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
HEMODIÁLISE	ÓLEO A BASE DE ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS 100ML	1 FRASCO
HEMODIÁLISE	MUPIROCINA 2% CREME	1 TUBOS
HEMODIÁLISE	DIPIRONA SOL ORAL 500MG/L 10 ML	11 FRASCOS

HEMODIALISE	PARACETAMOL SOL ORAL 200 MG/ML 15 ML	08 FRASCOS
HEMODIALISE	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 100 ML	45 FRASCOS
HEMODIALISE	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000 ML	19 FRASCOS
HEMODIALISE	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 500 ML	21 FRASCOS
PNEUMOLOGIA	SULFATO DE SALBUTAMOL 100 MCG	1 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	6 FRASCOS
ENDOSCOPIA	LIDOCAÍNA 10% SPRAY 100 MG	1 FRASCO
ENDOSCOPIA	LIDOCAÍNA GELEIA 2% 30 GRAMAS	8 TUBOS
ENDOSCOPIA	SIMETICONA SOL ORAL 75 MG/ML 15 ML	17 FRASCOS
COLONOSCOPIA	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 500ML	7 FRASCOS
GINECOLOGIA	ACIDO TRICLOROACETICO 90% 30ML	1 FRASCO
GINECOLOGIA	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250ML	1 FRASCO
GINECOLOGIA	SOLUÇÃO DE LUGOL (IODO) 5% 500ML	1 FRASCO

4. AÇÕES REALIZADAS:

Realização da Padronização da montagem dos kits da colonoscopia e endoscopia, os kits são individualizados para cada paciente e identificados com nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento, buscando a padronização dos processos e maior segurança do paciente.

As equipes assistenciais do setor ambulatorial foram orientadas sobre as solicitações dos materiais para realização dos exames que devem serem feitas individualizadas por paciente e não solicitadas pelo setor.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


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

2.3.13 – Comissão de Ética Médica

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

1.1- MEMBROS DO COMISSÃO:

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

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

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



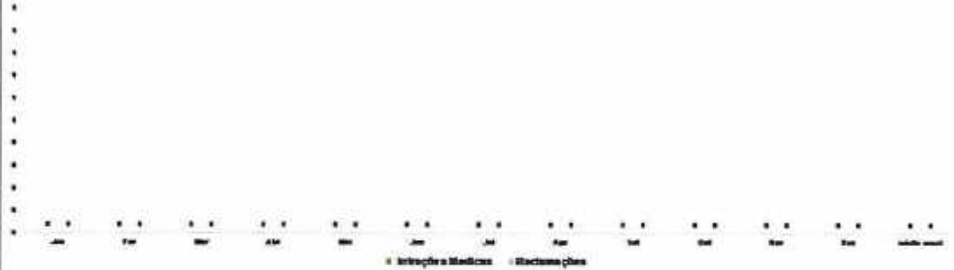
Dr. Merandolino Queiroz Moreira: CRM: 19607-GO – Membro

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES

 		COMISSÃO ÉTICA MÉDICA												
FORMULÁRIO														
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR														
FOR. QEMD1						Revisão: 01				vgh/wlc: 10/10/2025				
Notificações de Incidente e Eventos Adversos						Data da Análise: 11/03/2024				Período/ano analisado: mar/24				
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de infrações e adversos na unidade no mês	DADOS MENSAIS													
	INDICADOR	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	Infrações Médicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reclamações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANO ANTERIOR														
Processo/Comissão Ética Médica	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Soma total da quantidade de infrações e eventos adversos														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Bruno Araújo Lucena														
Observações:														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: 0 infrações														
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: 0 infrações														
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: 0 infrações														

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No 11 de MARÇO de 2024, às 15:00, a reunião da Comissão de Ética Médica foi realizada na sala de reuniões virtual via Meet. O Dr. Bruno Araújo Lucena, Presidente da Comissão, saudou calorosamente os participantes e expressou sua gratidão pela presença de todos, destacando a importância crucial do sigilo em relação aos temas abordados na reunião.

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

5. AÇÕES REALIZADAS

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

juntamente com a Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente, com treinamentos e revisão de protocolos referente a segurança do paciente e ética profissional.

- No dia 04/03/2023 pela médica da família Nathália Nunes, auditório em forma de roda de conversa, onde a médica fez apresentação com auxílio da data show. HPV é uma infecção viral transmitido por contato pele a pele e com via sexual, capaz de infectar a pele e as mucosas que revestem certas partes do corpo humano, como o interior da boca, da garganta, da faringe do ânus, da vulva, do pênis e da vagina, fazendo com que o paciente desenvolva verrugas e lesões precursoras de câncer nas regiões atacadas

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a reunião da Comissão de Ética Médica da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, realizada em 11 de março 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.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

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

Portaria 915, de 1 de dezembro de 2020.

8. EMITIDO



Dr. Bruno Araújo Lucena
CRM-GO 15640-GO

Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

2.3.14 – Comitê de Ergonomia

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

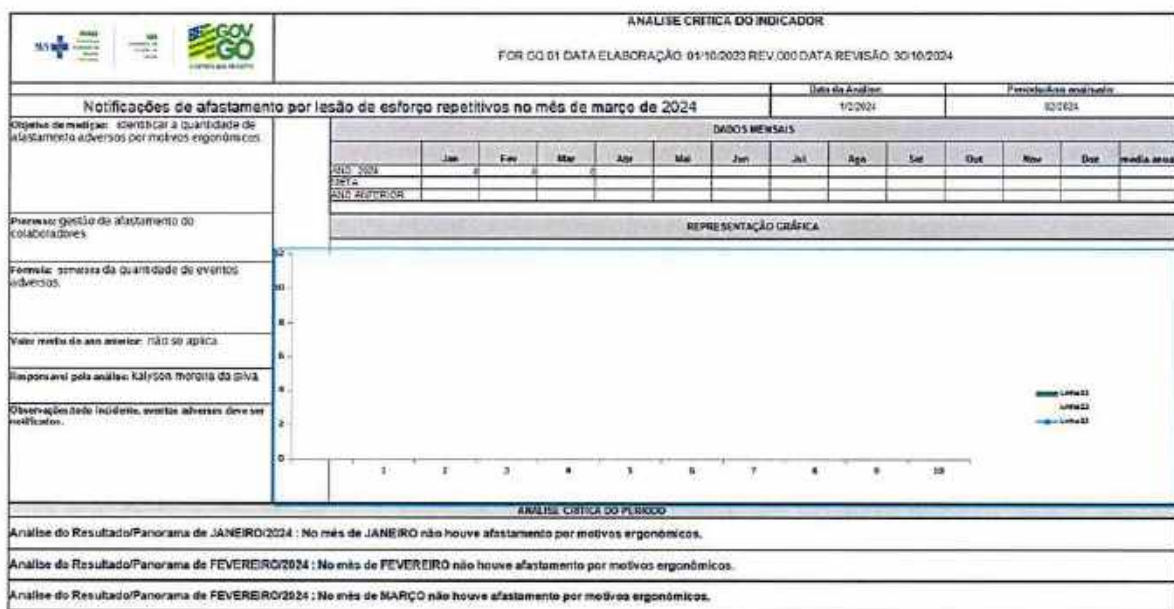
1.1 MEMBROS DO COMITÊ:

- ✓ Kalyson Moreira da Silva – Fisioterapeuta
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho
- ✓ Frederico Antônio e Silva – RT da Hemodiálise
- ✓ Lanna Karine Sousa Bastos – Enfermeira
- ✓ Tatiane da Silveira dos Santos – Assistente Administrativo
- ✓ Karliene Pereira dos Santos - Recepcionista

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES




4. AÇÕES REALIZADAS:

No mês março 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

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:

Março lilás, concientização e combate ao câncer de colo do útero

- ✓ Realizado dia 04 março
- ✓ Início às 15:30, término às 16:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

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

Inicialmente, orientamos pacientes e colaboradores com objetivo de explicar sobre o HPV que é uma infecção viral transmitido por contato pele a pele e com via sexual, capaz de infectar a pele e as mucosas que revestem certas partes do corpo humano, como o interior da boca, da garganta, da faringe do ânus, da vulva, do pênis e da vagina, fazendo com que o paciente desenvolva verrugas e lesões precursoras de câncer nas regiões atacadas.

O HPV é transmitido por meio do contato direto com a pele ou com a mucosa diretamente afetada pelo vírus por contato sexual. É por isso que ele é considerado uma IST, ou seja, uma infecção sexualmente transmissível.

As vacinas estão disponíveis para ajudar a prevenir a infecção por certos tipos de HPV e alguns dos cancros ligados a esses tipos. Existem atualmente dois tipos de vacinas para prevenção de infecções por HPV:

– Vacina Quadrivalente – protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do vírus. Os dois primeiros causam verrugas genitais e os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer de colo do útero.

– Vacina Bivalente – protege contra os tipos 16 e 18 do vírus.

É importante observar que a vacina tem maior eficácia se administrada em adolescentes que ainda não foram expostas ao vírus, pois, nessa faixa etária, há maior produção de anticorpos contra

o HPV que estão incluídos na vacina. Essas vacinas foram aprovadas para utilização no Brasil em 2006, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), disponíveis inicialmente na rede privada de saúde. A vacina quadrivalente foi aprovada para mulheres e homens entre 9 e 26 anos de idade, e a vacina bivalente para mulheres a partir de 9 anos, sem restrição de idade.

Em 2014, o Ministério da Saúde incorporou a vacina quadrivalente contra o HPV no Calendário Nacional de Vacinação do SUS. Esta vacina protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, ou seja, protege contra tipos causadores de verrugas genitais e câncer de colo do útero. Incluída em março de 2014, teve como população-alvo as meninas de 11 a 13 anos de idade. Em 2015, a oferta da vacina foi ampliada para as meninas na faixa etária de 9 a 11 anos de idade e, a partir de 2016, para meninas com 9 anos de idade. O Ministério da Saúde adota o esquema vacinal estendido, composto por três doses (zero, seis e 60 meses), e a estratégia de vacinação mista, ou seja, a vacinação poderá ocorrer nas Unidades de Saúde do SUS e em parceria com as secretarias de saúde e educação.

A ação foi ministrada pela profissional – Nathália Nunes, médica.

Registro:



Programação/Conteúdo:

Dia Mundial da Obesidade

- ✓ Realizado dia 05 de março
- ✓ Início às 09:30, término às 10:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar e estimular todos os colaboradores a discutir a relação da obesidade com os mais diversos temas, da área da Saúde ou não em alusão ao dia Mundial da Obesidade, dando ênfase na importância de cuidar da saúde, 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.

A ideia da campanha é, por meio dela, chamar a atenção para gravidade desse desafio de saúde pública que é combater a escalada do ganho de peso no mundo inteiro e dar acesso a tratamento sério, baseado em evidência científica, àqueles que já têm a doença instalada. Hoje, mais de metade dos adultos brasileiros apresentam excesso de peso.

A Organização Mundial de Saúde afirma: a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde que temos para enfrentar. Em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 30.

No Brasil, essa doença crônica aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. Diante dessa prevalência, vale chamar a atenção que, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). A frequência de obesidade é semelhante em homens e mulheres. Nestas, a obesidade diminui com o aumento da escolaridade.

Reduzir peso, ter uma alimentação que inclui alimentos saudáveis e ser ativo pode realmente ajudar. Cuidar da alimentação todos os dias é importante para a prevenção da doença, e também faz muita diferença para quem já a possui. A base da alimentação das pessoas com obesidade e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) deve seguir as recomendações do Guia Alimentar para População Brasileira.

A orientação nutricional e o estabelecimento de uma dieta para o controle do peso nos indivíduos portadores de obesidade, associados a mudanças no estilo de vida, incluindo atividade física regular, são consideradas terapia de primeira escolha. Quem está com excesso de peso e obesidade e pretende adotar uma dieta saudável, deve escolher alimentos ricos em fibras, proteínas e gorduras boas.

O tratamento com medicamentos também poderá ser necessário, assim como obter educação e apoio para o controle de peso podendo reduzir o impacto da condição na vida do paciente com obesidade. Portanto, o médico fará uma avaliação individual para definir quais medidas deverão ser seguidas. Os exames e as visitas ao médico e nutricionista devem ser de rotina.

Para finalizar o tema abordado, foi realizada uma dinâmica (Não rasgue a folha), com o objetivo de fixação do tema abordado, enfatizando a importância do conhecimento a respeito da obesidade, desde o diagnóstico ao tratamento.

A ação foi ministrada pela profissional – Mariana Albino, nutricionista

Registro



Programação/Conteúdo:

Comemoração ao Dia da Mulher; autoestima, autoimagem e empoderamento feminino

- ✓ Realizado em 07 de março
- ✓ Início às 10:00, término às 11:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações as colaboradoras com objetivo de promover a força da mulher, valorizar sua importância na sociedade e encorajá-la a reconhecer seus pontos fortes, promovendo assim a confiança e segurança em si mesma.

Durante o evento, as participantes foram incentivadas a compartilhar suas experiências e vivências, sendo inspiradas por um conto cuidadosamente selecionado pela palestrante. Esse momento de troca de histórias e reflexões permitiu que as mulheres se conectassem em um nível mais profundo, fortalecendo os laços de sororidade e empatia.

Um dos principais pontos abordados foi a importância da persistência e autoconfiança diante das adversidades do cotidiano. Foi enfatizado que cada mulher possui suas próprias qualidades e imperfeições, e que é fundamental não permitir que opiniões externas afetem sua autoimagem e autoestima. O evento destacou a necessidade do autoconhecimento como uma ferramenta poderosa para o empoderamento feminino, encorajando as participantes a se questionarem sobre o impacto das palavras e expectativas externas em suas vidas.

Além disso, a ação proporcionou um espaço seguro para as colaboradoras se expressarem e compartilharem suas perspectivas, enriquecendo assim o diálogo e promovendo uma cultura de apoio mútuo dentro da instituição. A celebração do Dia da Mulher foi mais do que apenas uma comemoração; foi uma oportunidade para as mulheres da Policlínica Estadual da Região Nordeste se reunirem, se fortalecerem e reafirmarem sua importância e valor na sociedade. No final, a atmosfera de união e valorização mútua permeou todo o evento, deixando uma marca duradoura nas participantes e reforçando o compromisso da instituição com o empoderamento e bem-estar das mulheres que fazem parte dela.

A ação foi ministrada pela profissional - psicóloga Natália Dantas Pistori

Registro



Programação/Conteúdo:

Comemoração ao dia Internacional da Mulher

- ✓ Realizado dia 08 de março
- ✓ Início às 10:30, término às 11:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra para as mulheres e colaboradoras sobre o dia internacional da mulher. No dia 8 de março de 2024, no auditório, foi realizada uma palestra com a Dra. Natalia Nunes. Ela abordou o tema voltado ao Dia Internacional da Mulher, enfatizando a garra, força e independência que toda mulher deve cultivar. As mulheres estão conquistando cada vez mais espaço na sociedade atual.

A Dra. Natalia também ressaltou a importância da mulher em diversos papéis: como esposa, mãe, filha e como alguém capaz de lidar com todas as suas obrigações e ainda ser independente. Elas são verdadeiramente maravilhosas e merecem toda a dedicação e admiração.

Durante o evento, um vídeo em homenagem às mulheres foi exibido, reconhecendo suas contribuições e conquistas. A Coordenadora Kamylla Divina também fez uma mensagem especial, lida para todas as mulheres da unidade, homenageando-as.

Para celebrar esse dia especial, foi oferecido um lanche a todas as mulheres presentes, como forma de reconhecimento e valorização. Ao final, uma lembrancinha foi entregue, enfatizando a importância do dia e a relevância das mulheres na nossa sociedade. Parabéns a todas as mulheres da Policlínica Estadual da Região Nordeste por sua dedicação e força.

A ação foi organizada e ministrada pela coordenadora operacional – Kamylla Divina

Registro



Programação/Conteúdo:

Comemoração dos 04 anos da Policlínica

- ✓ Realizado dia 08 de março
- ✓ Início às 15:30, término às 16:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou no dia 7 de março de 2024, através da Coordenadora Kamylla Divina da Policlínica Estadual da Região Nordeste, localizada em Posse, GO, celebrou os 4 anos que a unidade policlínica estava completando. Ela expressou gratidão a todos por fazerem parte desse time e dessa história. Esses anos foram marcados por dedicação, compromisso e responsabilidade, e a unidade é referência em qualidade e assistência aos pacientes.

Durante a celebração, lembrancinhas foram entregues aos colaboradores, enfatizando o quanto são importantes para o funcionamento da instituição. A dedicação deles no trabalho diário é fundamental para o sucesso da Policlínica. Que possamos continuar enfrentando as lutas diárias, sempre buscando ser o nosso melhor.

A ação foi organizada pela coordenadora operacional – Kamylla Divina

Registro



Programação/Conteúdo:**Dia Mundial do Exercício Físico**

- ✓ Realizado dia 11 e 12 de março
- ✓ Início às 10:00, término às 11:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Hemodiálise

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra para os pacientes da hemodiálise e orienta-los sobre a importância orientar os pacientes sobre a importância de manter hábitos saudáveis. E o quanto a qualidade de vida dos mesmos pode ser melhorada, apenas separando 30 minutos para uma prática saudável de atividade física.

Antes de tudo é preciso esclarecer: "atividade física" não deve ser confundida com "exercício", que é uma subcategoria da atividade física e é planejada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico. A OMS define atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer.

E qual a quantidade de atividade física recomendada?

A intensidade das diferentes formas de atividade física varia entre as pessoas. A fim de trazerem benefícios para a saúde cardiorrespiratória, todas as atividades físicas devem ser praticadas em sessões de, pelo menos, dez minutos de duração. A OMS recomenda:

- **Para crianças e adolescentes:** 60 minutos de atividade física moderada à intensa por dia;
- **Para adultos (maiores de 18):** 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana.

Lembre-se dos benefícios à sua saúde!

A prática regular e diária de atividade física, de intensidade moderada, reduz o risco de doenças cardiovasculares e a incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica. O treinamento de resistência muscular e equilíbrio, por sua vez, é capaz de reduzir quedas e aumentar a capacidade funcional nos idosos.

Dentre os benefícios que encontrados ao se realizar atividade física de forma regular, destacam-se: a melhora da autoestima, redução do isolamento social, alívio do estresse, diminuição da depressão, melhora da resistência física, melhora da autoimagem, aumento do bem-estar físico e mental, melhora da função pulmonar dentre outros

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais; Danúbia Rafaela Santi e Danielle Barreto (Fisioterapeutas)

Registro



Programação/Conteúdo:

Dia Mundial do Rim

- ✓ Realizado dia 14 de março
- ✓ Início às 08:30, término às 09:20
- ✓ Público Alvo: Pacientes da hemodiálise

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os pacientes da policlínica com objetivo de abordar a importância dos rins para filtrar o sangue, ou seja, os rins removem todos os resíduos tóxicos presentes na circulação que são resultantes do metabolismo corporal, como ureia, creatinina e ácido úrico.

Os seres humanos possuem dois rins, que são glândulas de cor vermelho-escuro, em forma de feijão, localizadas na região posterior do abdômen, atrás do peritônio e ao lado da coluna vertebral, na região lombar. O rim direito encontra-se logo abaixo do fígado e o esquerdo, abaixo do baço. Acima de cada rim encontramos a glândula adrenal.

A função dos rins é, entre outras, filtrar o sangue para eliminar substâncias nocivas ao organismo, como amônia, ureia e ácido úrico. Eles também atuam secretando substâncias importantes para nossa saúde. Entre suas funções, pode-se destacar a manutenção do equilíbrio de eletrólitos no corpo, como sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, bicarbonato etc.; a regulação do equilíbrio ácido básico, mantendo o pH sanguíneo constante; a excreção de substâncias exógenas, como medicações; e a produção de hormônios, como aldosterona e prostaglandinas.

O mau funcionamento dos rins pode ocasionar: Cálculos renais, infecção renal, cistos renais, insuficiência renal e etc. Alguns fatores que podem contribuir para doenças renais são: Beber pouca água, consumir álcool em excesso, tabagismo, excesso de peso, sedentarismo, descontrole da diabetes e da pressão arterial, histórico familiar de doenças renais, ser portador de doenças

cardiovasculares, injúrias renais de repetição, uso de medicamentos sem prescrição médica (anti-inflamatórios e analgésicos).

O recomendado é que bebamos ao menos oito copos de água por dia para manter o corpo hidratado e ajudar os nossos rins a funcionar adequadamente. O teste de Creatinina é um dos principais marcadores para avaliação da função renal e deve ser feito ao menos uma vez ao ano.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional gestora da linha do cuidado – Ana Clara

Registro



Programação/Conteúdo:

Dia Mundial do Rim

- ✓ Realizado dia 14 março
- ✓ Início 08:00 termino 11:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma campanha de vacinação de todos colaboradores da policlínica onde essas vacinas incluem Hepatite, antitetânica, tríplice viral, febre amarela e influenza.

Inicialmente, orientamos os colaboradores sobre a importância das vacinas, que têm como principal função gerar imunidade e contribuir diretamente para o controle e eliminação de doenças provocadas por vírus ou bactérias

A vacinação é reconhecida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população e fortalecer uma sociedade saudável e resistente. Além de prevenir doenças graves, a imunização contribui para reduzir a disseminação desses agentes infecciosos na comunidade, protegendo aqueles que não podem ser vacinados por motivos de saúde.

O calendário nacional da vacinação contempla, na rotina dos serviços, 19 vacinas que protegem o indivíduo em todos ciclos de vida, desde o nascimento. Entre as doenças imunopreveníveis por essas vacinas estão a poliomielite, sarampo, rubéola, tétano, coqueluche outras doenças graves e muitas vezes fatais. Em seguida, iniciamos a vacinação dos colaboradores

e atualizamos a caderneta de vacinação foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional de CCIH/SCIRAS – Thaise Ynara

Registro



Programação/Conteúdo:

Dia Mundial do Rim

- ✓ Realizado dia 15 março
- ✓ Início 09:00 termino 10:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Hemodiálise

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os pacientes da hemodiálise com objetivo de orientar os acompanhantes dos pacientes sobre: a importância de adequação da alimentação para os pacientes que realizam diálise e conscientizá-los sobre a Saúde dos rins (exame de creatinina) para todos em alusão ao dia mundial do rim.

A alimentação também faz parte do tratamento, por isso, fazer um acompanhamento nutricional e cuidar da dieta é essencial, uma vez que, a alimentação tem um papel importante para a manutenção do estado nutricional dos pacientes que realizam o tratamento de hemodiálise. O principal objetivo de ter uma alimentação equilibrada é compensar as perdas nutricionais que estão associadas ao tratamento.

Diversas são as opções de refeições que podem ser feitas antes, durante e depois das sessões de hemodiálise. O importante é garantir que essas refeições sejam balanceadas, incluir frutas e vegetais em quantidades adequadas, não deixar de consumir carnes e outras fontes de proteínas, assim como, não restringir o consumo de carboidratos. É importante priorizar uma alimentação saudável, o mais natural possível e livre de alimentos industrializados e ultraprocessados.

Uma alimentação equilibrada poderá garantir a oferta adequada de energia, proteínas, vitaminas e minerais, especialmente nos dias em que acontecem as sessões de diálise, uma vez que nesses dias as necessidades nutricionais se tornam ainda maiores.

Nesse mês de março, é comemorado o Dia Mundial do Rim, que alerta para a importância da saúde desses órgãos que têm um papel importantíssimo para o nosso organismo, pois são responsáveis por filtrar o sangue com conseqüente eliminação de toxinas do nosso corpo. Muitos problemas de saúde podem levar à insuficiência renal crônica, e o exame periódico de creatinina, que é bastante simples e feito a partir de amostra de sangue, pode contribuir muito para a prevenção de danos aos rins. É importante ressaltar que a detecção precoce de problemas renais pode fazer toda a diferença no tratamento e na prevenção de complicações graves.

O objetivo é conscientizar a população sobre a importância do exame de creatinina para avaliar a saúde dos rins e incentivar a realização do exame periodicamente, principalmente para pessoas com fatores de risco, como hipertensão, diabetes, obesidade e histórico familiar de doenças renais. a prevenção é sempre o melhor remédio, e a detecção precoce de problemas renais pode garantir um tratamento adequado e evitar complicações graves.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional Mariana Albino – Nutricionista

Registro



Programação/Conteúdo:

Nutrição na Hemodiálise e Saúde dos rins para todos

- ✓ Realizado dia 15 março
- ✓ Início 14:00 termino 15:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os colaboradores da policlínica com objetivo de orientar conscientizar sobre os malefícios e o excesso de sódio para a saúde dos rins.

A ideia é, chamar a atenção para gravidade que uma alimentação com excesso de sódio possa prejudicar a saúde do rim. A Organização Mundial de Saúde recomenda que cada pessoa não ultrapasse o consumo de 5g de sal por dia ou 2000mg de sódio por dia. Porém essa não é a realidade sendo a ingestão de sódio global o dobro da recomendada.

O sódio, um nutriente essencial, aumenta o risco de doenças cardíacas, derrames e morte prematura quando ingerido em excesso. A principal fonte é o sal de mesa, mas também está contido em outros condimentos, como o glutamato de sódio. De acordo com o Ministério da Saúde em 2021 26,3% dos brasileiros são hipertensos.

O tema foi abordado em uma roda de conversa falando sobre os malefícios que o excesso de sódio causa na saúde renal, aonde foi discutido sobre a quantidade recomendada de sódio por dia estabelecida pela OMS, foi observado através de rótulos de alimentos a quantidade de sódio que cada alimento tinha. Foi falado ainda sobre a importância de se ter um hábito de vida saudável e sobre a ingestão hídrica para a prevenção de doenças renais.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional Hanna Nobre – Nutricionista

Registro



Programação/Conteúdo:

Treinamento em Diálise Peritoneal

- ✓ Realizado dia 16 e 17 de março
- ✓ Início 09:00, término 10:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Hemodiálise

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um treinamento e orientações para os colaboradores da policlínica com objetivo de orientar sobre a diálise peritoneal, ressaltando

sua importância, características e as vantagens que traz aos pacientes que se submetem a esse tratamento.

Durante a apresentação, o enfermeiro abordou a montagem dos equipamentos necessários, detalhou o passo a passo do procedimento a ser ensinado aos pacientes e seus acompanhantes, enfatizando a crucial importância da higiene das mãos para prevenir riscos de infecção. Ele também demonstrou minuciosamente a técnica envolvida, os cuidados a serem tomados e como realizar a diálise manualmente, incluindo os períodos de troca necessários.

Todos os membros da equipe presente tiveram a oportunidade de praticar a montagem e demonstrar a técnica, assegurando que todos fossem treinados e reconhecessem a importância desse acompanhamento aos pacientes. A diálise peritoneal oferece vantagens significativas, especialmente para pessoas que gostam de viajar ou que preferem evitar visitas frequentes à unidade de saúde para sessões de diálise, pois é um processo realizado no conforto do lar.

Este procedimento terapêutico é crucial para pacientes com insuficiência renal, onde o peritônio é utilizado como membrana semipermeável para remover substâncias tóxicas e excesso de líquidos do corpo. Além de proporcionar maior flexibilidade aos pacientes, a diálise peritoneal melhora a qualidade de vida ao reduzir a necessidade de deslocamentos frequentes ao hospital.

Durante o treinamento, foram abordados diversos aspectos do processo, desde a preparação dos materiais até a execução precisa do procedimento, garantindo a segurança e eficácia do tratamento para os futuros pacientes da unidade.

O conhecimento adquirido durante este treinamento será fundamental para a equipe da Policlínica Estadual da Região Nordeste Posse, permitindo que ofereçam um serviço de diálise peritoneal de alta qualidade e atendam às necessidades dos pacientes com excelência e cuidado.

A ação foi ministrada pelo profissional e enfermeiro especialista nefrologista, Adilson Otaviano

Registro



Programação/Conteúdo:

Dia 21 de Março Dia Internacional da Síndrome de Down

- ✓ Realizado dia 21 de março
- ✓ Início 10:00, termino 10:30
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os pacientes da policlínica com objetivo de provocar os usuários da unidade uma reflexão sobre um tema pouco falado e de grande relevância, uma vez que as pessoas com essa síndrome ainda sofrem preconceito.

A assistente social Edilene Alves deu início a palestra com o tema sobre o Dia Internacional da Síndrome de down e lembrando que a descoberta deu início com o médico John Down que deixou um artigo contando sobre seu trabalho com as pessoas com deficiência e dando continuidade ao seu trabalho o geneticista Jérôme Lejeune fez a descoberta da anomalia cromossômica, este dia foi Instituído pelas Nações Unidas em 21 de março de 2011 para despertar a conscientização global onde a comunidade se une para defender os direitos; inclusão e bem estar da pessoa com Síndrome de Down, desmistificando as rotulações que são proferidas as pessoas com deficiência, que são diferentes por terem um cromossomo a mais, é importante lembrar que cada pessoa com Síndrome de Down; deficiência intelectual ou outro tipo de deficiência é diferente, nem todos agem da mesma forma ou gosta das mesmas coisas, cada um tem sua identidade individual, interesses, preferências, dons e talentos, como qualquer outra pessoa.

Durante a palestra os pacientes receberam um folheto com as seguintes informações: Características da Síndrome de Down; O que pode e que não pode falar; O que leva a ser diferente por tem um cromossomo a mais e Leis sobre os direitos das pessoas com deficiências.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional Edilene Alves – Assistente Social

Registro



Programação/Conteúdo:

Dia Mundial de Combate à Tuberculose – Sintomas, Tipos, Prevenção e Tratamento

- ✓ Realizado dia 26 de março

- ✓ Início 09:00, término 10:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os pacientes da policlínica com objetivo de orientar o que é Tuberculose, sintomas, tipos, prevenção e tratamento.

A tuberculose é definida como uma doença bacteriana, ou seja, causada por uma bactéria, a *Mycobacterium tuberculosis*, também chamada de bacilo de Koch. Ela afeta tradicionalmente o pulmão, mas pode atingir outros órgãos do corpo humano, a depender de sua gravidade.

Alguns sintomas da tuberculose incluem: Tosse forte e frequente por mais de duas semanas; expectoração de catarro; catarro com a presença de sangue; febre, dor no peito, falta de ar, cansaço, perda de apetite e rouquidão. A tuberculose é transmitida pelo ar, sendo que as gotículas de saliva expelidas pelo paciente infectado durante a tosse ou o espirro são os principais vetores da doença.

Os tipos de tuberculose estão relacionados diretamente à área do corpo afetada.

- ✓ Tuberculose miliar: quando a tuberculose não é contida e sofre um agravamento, o paciente tuberculoso passa a apresentar pequenas lesões na pele, podendo afetar também as meninges e o fígado, além de outros órgãos do corpo humano
- ✓ Tuberculose ganglionar: a tuberculose ganglionar acontece quando a mesma bactéria que causa a tuberculose acaba afetando o sistema linfático, atingindo os gânglios localizados em lugares como pescoço, nuca, axilas, virilha e abdômen. Alguns dos sintomas da tuberculose ganglionar incluem, por exemplo, anemia, aumento dos gânglios e cansaço extremo.
- ✓ Tuberculose pulmonar: tuberculose pulmonar é outro nome dado à doença que conhecemos tradicionalmente como tuberculose.

O tratamento da tuberculose é feito, de forma geral, com o uso de três medicamentos diferentes que devem ser tomados **conforme indicação médica** por um período de até 3 meses após o diagnóstico da doença. Mesmo que os sintomas sumam e que o paciente apresente uma melhora considerável, é preciso continuar o uso dos medicamentos de acordo com a recomendação médica, como forma de evitar o fortalecimento da bactéria e a geração de resistência bacteriana aos medicamentos disponíveis atualmente no mercado.

A prevenção à tuberculose pode ser feita por meio da vacina BCG, aplicada em crianças e bebês, geralmente no braço direito. É a BCG que deixa uma marquinha quase na altura do ombro, que acaba servindo como um comprovante de imunização contra a tuberculose. Evitar aglomerações e manter sempre os ambientes bem arejados também são formas de prevenir a tuberculose.

A ação foi organizada e ministrada pela profissional Ana Clara – Gestora da Linha do Cuidado



Programação/Conteúdo:

Reunião Mensal da CIPA

- ✓ Realizado dia 27 de março
- ✓ Início 09:30, termino 10:00
- ✓ Prevenir acidentes e doenças do trabalho.

No mês de março 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 93 colaboradores

4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

No mês de março todos os foram por outras enfermidades ou consultas médicas, totalizando 31 em afastamentos.

Nº	ATESTADOS POR COVID-19/ OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS	DATA	DAIS/HORAS
01	Catia Pereira da Silva	12/03/2024	4
02	Cledimar Bispo dos Santos	28/03/2024	3
03	Elaine Cristina Vargas Gomes Batista	08/03/2024	1
04	Erika Denise Sateles dos Santos	04/03/2024	3
05	Erika Denise Sateles dos Santos	06/03/2024	3
06	Fabiana Carvalho Martins Vieira	25/03/2024	1
07	Irani Monsueth Alves Almeida	23/03/2024	5
08	Irani Monsueth Alves Almeida	28/03/2024	1
09	Joene Gomes da Cruz	01/03/2024	03:30
10	Joene Gomes da Cruz	04/03/2024	2
11	Kalyson Moreira da Silva	14/03/2024	2
12	Lanna Karine Sousa Bastos	05/03/2024	2
13	Leidione Ferreira de Santana	04/03/2024	4
14	Leydiene Lima Valente	04/03/2024	2
15	Mariana Albino de Jesus	18/03/2024	1
16	Millena Shainara Marques Linhares	08/03/2024	1
17	Millena Shainara Marques Linhares	11/03/2024	4
18	Millena Shainara Marques Linhares	14/03/2024	2
19	Nilda Pereira de Souza	04/03/2024	15
20	Nilda Pereira de Souza	18/03/2024	15
21	Paula Lorrany Pereira da Silva	18/03/2024	1
22	Rosana Lial Marques Araujo	08/03/2024	04:30

23	Stefany Santiago de Miranda Silva	11/03/2024	1
24	Tatiane da Silveira dos Santos	13/03/2024	3
25	Taynara Dias Oliveira	01/023/2024	03:00
26	Taynara Dias Oliveira	13/03/2024	04:20
27	Taynara Dias Oliveira	20/03/2024	1
28	Taynara Dias Oliveira	22/03/2024	1
29	Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro	06/03/2024	3
30	Thauany Vieira e Castro	11/03/2024	04:00
31	Walkiria Sevilha Magalhães Valente	11/03/2024	90


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 março 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 março de 2024 a quantia de:

934 Máscaras cirúrgicas
429 Toucas cirúrgicas
429 Capote

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

190 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 março 2024 para o administrativo.

60 Máscaras cirúrgicas



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

5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO

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

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

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

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

- ✓ Sala Branca 1 com **6 leitos** para atendimento de pacientes com sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C e **1 leito** para atendimento de urgências dialíticas, com uma ocupação total de **24 pacientes** divididos em 4 turnos de dialise;
- ✓ Sala Branca 2 com **9 leitos** para atendimento de pacientes com sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C, com uma ocupação total de **36 pacientes** divididos em 4 turnos de hemodiálise
- ✓ Sala amarela com **2 leitos** para atendimentos de pacientes com Sorologia positiva para Hep B, ocupação total de **8 pacientes** divididos em 4 turnos de hemodiálise. Atualmente o serviço está com taxa de ocupação de 100% apenas com pacientes com sorologias negativas e com 8 vagas disponíveis para a pacientes com Sorologia positiva para Hepatite B na Sala amarela;

Capacidade total de atendimento:

- ✓ 60 vagas para atendimento de pacientes sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C;
- ✓ 4 vagas para atendimento de urgências dialíticas de pacientes sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C;
- ✓ 8 vagas para atendimento pacientes com Sorologia positiva para Hepatite B na Sala amarela;

O serviço ainda conta com as seguintes tecnologias de saúde para prestação do serviço:

- ✓ 06 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S sala branca e 1 máquina para atendimento de urgência;
- ✓ 09 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S sala branca 2;

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

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

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

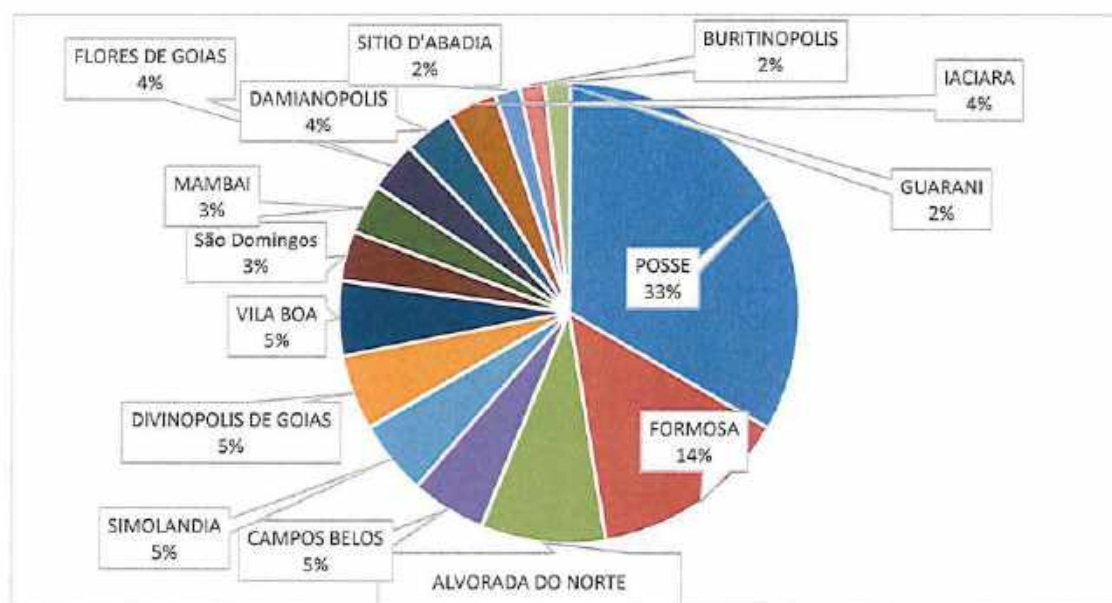
PRODUÇÃO QUANTITATIVA

Total de pacientes segundo procedência e turnos de hemodiálise:

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

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

Procedência	TURNOS DE HEMODIÁLISE					TRANSPORTE
	A1	A2	B1	B2	TOTAL	
Posse	5	3	9	2	19	Transporte Município
Formosa		2		6	8	Transporte Município
Alvorada do Norte	5				5	Micro-Ônibus Policlínica
Campos Belos		3			3	Transporte Município
Simolândia	3				3	Micro-Ônibus Policlínica
Vila Boa	3				3	Transporte Município
Damianópolis				2	2	Micro-Ônibus Policlínica
Divinópolis de Goiás		3			3	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			2		2	Transporte Município
Guarani de Goiás			1		1	Micro-Ônibus Policlínica
Sítio D'abadia				1	1	Micro-Ônibus Policlínica
Total Geral	15	13	15	14		Total: 57 pacientes



ACESSO VASCULAR	PACIENTE
FAV	36
Cateter temporário	17
Cat. Longa Permanência	3
PTFE	1
Total Geral	57

No período foram realizadas:

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

- ✓ 59 Atendimentos de Nutrição;
- ✓ 84 Atendimentos de Psicologia;
- ✓ 364 Atendimentos de Assistente social;
- ✓ 64 Atendimentos de Avaliação global;

Manutenções preventivas mensais com limpeza química realizadas no dia 11/03/2024 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. Com duas máquinas necessidade de manutenção corretiva no período, já solicitado peças para correção.

Coleta em 25/03/2024 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 712 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.

No período ainda foi computado 80 faltas, devido a internações, trânsito e interesse particular, pacientes que apresentaram faltas sem justificativa, foram encaminhados para equipe multidisciplinar para melhoria na adesão.

Em 31/03/2024 com total de 57 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 ocorrem 2 admissões de pacientes, um paciente proveniente de internação de UTI e outro proveniente de um serviço de nefrologia de Goiânia, os dois portadores de cateter para hemodiálise. Ainda no período aconteceram 5 transferências de pacientes, 4 pacientes foram transferidos para Formosa por serem provenientes da cidade e 1 paciente manteve internação por mais de 1 mês sem prognóstico de alta no momento, no mês 62 pacientes passaram pelo serviço. No período não houveram saídas por óbitos, alta médica, transplante e ou abandono.

Do total dos pacientes no período 33% 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

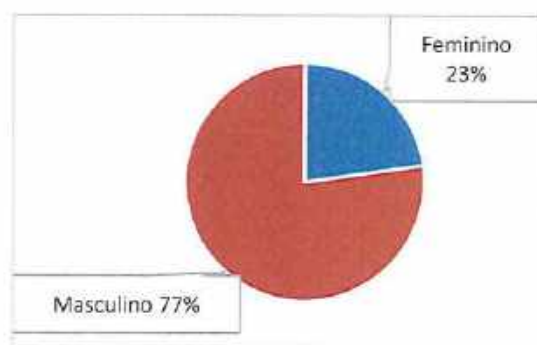
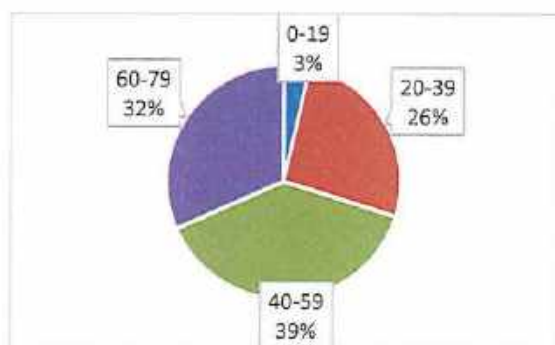
1º turno – 7 pacientes	2º turno- 5 pacientes
Posse / Alvorada / Simolândia Retorno: Simolândia / Alvorada / Posse	Posse / Divinópolis / São Domingos Retorno: São Domingos /Divinópolis / Posse

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, sem encaminhamento de pacientes para realização de consulta/confecção de FAV e retorno para o serviço de retaguarda (Formosa-GO).

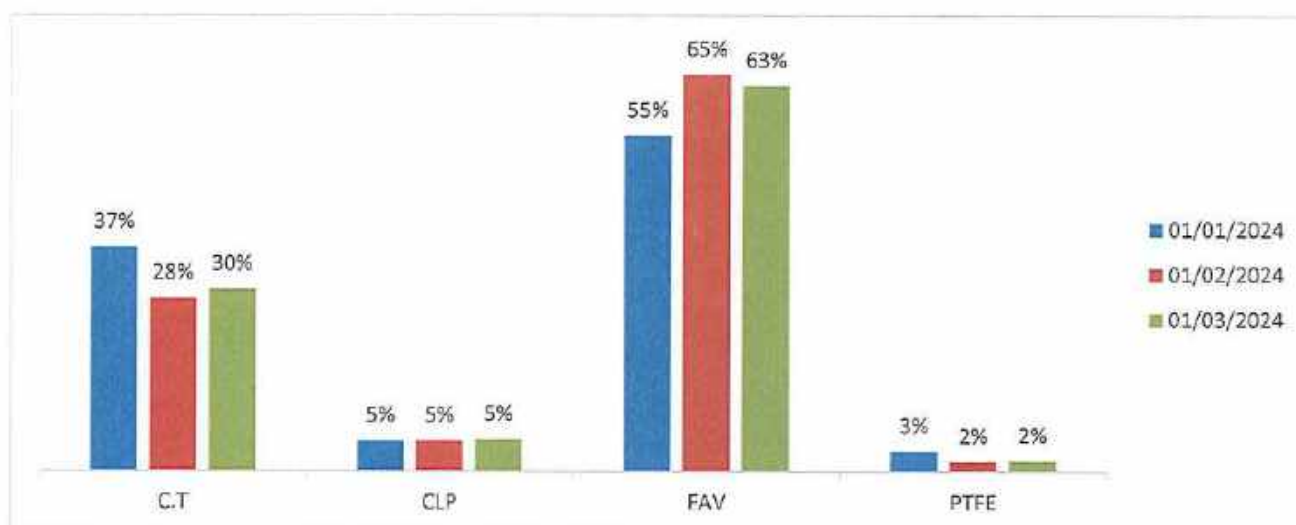
78% do total de pacientes é do sexo masculino, prevalecendo pacientes com menos 60 anos de idade 68,0%.



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 35% 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 09 implantes de cateter na unidade relativos à perda de acesso, por baixo fluxo.

INDICADORES QUALITATIVOS



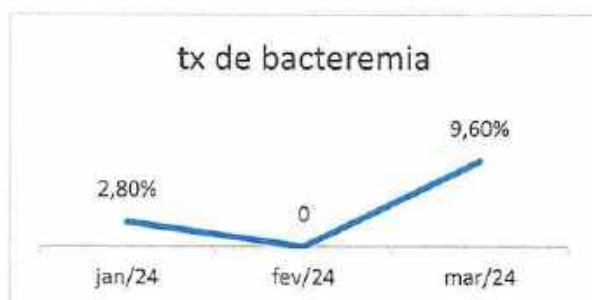
O Acesso vascular na hemodiálise é importante para manutenção qualidade de vida e segurança dos pacientes, impactando diretamente sobre todos os indicadores de qualidade, e performance departamento. A Taxa de uso acesso vascular apresentou aumento para Cateter para hemodiálise relacionado ao último mês devido transferência de pacientes portadores de FAV e admissão de pacientes com cateter para hemodiálise. 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 25 % estão em período de maturação de FAV, que dura em média 60 dias, para ser liberado para punção. Os outros paciente ainda aguardam agendamento de confecção de FAV 20 %, pelo serviço de retaguarda, 25% Aguardando primeira consulta, já agendadas para o mês de e 15% aguardando liberação de risco cirúrgico.

Devido à alta taxa de uso de cateter temporário existe maior risco de Infecção relacionada a assistência devido ao acesso vascular.



No período houve ocorrência de infecção e/ou investigação em pacientes em uso de Cateter temporário com taxa de bacteremia apresentando aumento referente aos últimos meses relacionados em paciente com uso prolongado de cateter, as ações de correção e prevenção foram supervisionadas e reorientadas, após tratamento e condutas apresentaram melhora clínica, 08 coletas de hemocultura, com 3 resultados positivo. Pacientes com cateter temporário de uso prolongado. 1 paciente com cateter em femoral recidiva de infecção de óstio, em uso de antibiótico local para curativo, portadora de diabetes orientada quanto aos cuidados com acesso, está com FAV e maturação; 2 pacientes em uso de cateter em jugular apresentou secreção purulenta na primeira sessão da semana além de longo período sem comparecer ao serviço sem realizar a troca do curativo

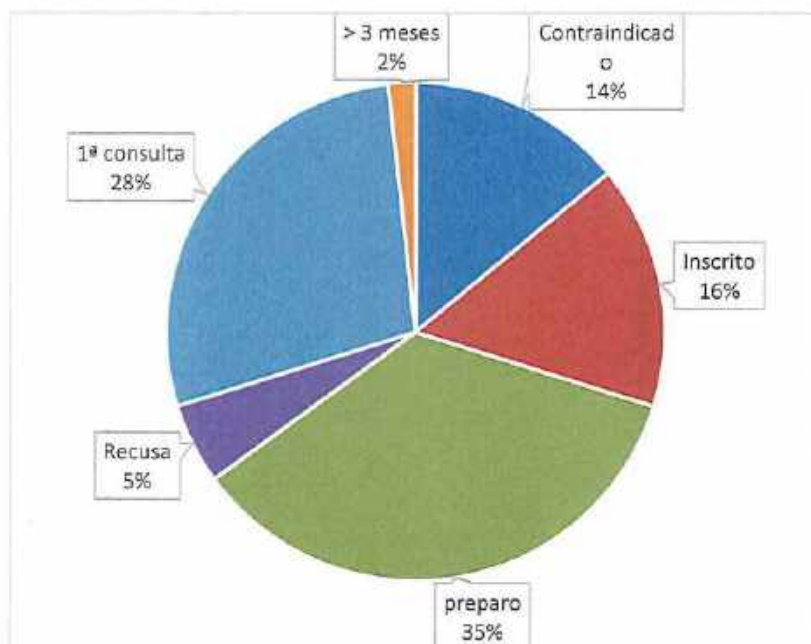
como recomendado, um dos pacientes passou por confecção de FAV. Perante o aumento foi realizado novo treinamento de cuidados com Cateter para hemodiálise, rotina de troca de curativo, revisão de procedimentos.

No período houve ocorrência de 03 internações relacionada a complicação clínicas e falha de acesso vascular, 1 por sepse ITU e 2 internações em pacientes com exaustação de acesso vascular.



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. 35% estão realizando exames, 16% Inscritos, com atualização de soro segundo solicitação do laboratório responsável, 2% 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 21 e 23 de março de 2024, específico para técnicos de enfermagem e para enfermeiros. Profissionais abordados em duplas ou sozinhos foi exposto material impresso, discussão de casos, demonstração e repetição de técnica de técnicas e avaliação de registros relacionados a sessão, com duração média de 50 min.

Objetivo: Treinamento, alteração de procedimento

Conteúdo:

- ✓ Riscos: IRAS, dialise inadequada e perda de acesso;
- ✓ Adesão a higienização das mãos como principal medida de prevenção de incidentes;
- ✓ Procedimento: Técnica e produtos utilizados;
- ✓ Repetição do procedimento, avaliação e resolução de dúvidas;
- ✓ Notificação de eventos adversos.;



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 Estrutura física RT's especializados na area dimensionamento profissional adequado Tecnologias de saúde adequada disponibilidade de materiais Retaguarda para realização de exames e avaliações	FRAQUEZAS Resolutividade de acessos vascular Disponibilidade Procedimentos e equipe especializada
	OPORTUNIDADES Aumento no numero de sessões Melhoria na entrega do serviço Segurança do paciente Aumento da eficácia/eficiência e sustentabilidade	AMEAÇAS 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 março, 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: Março	Ano: 2024	
Consultas Médicas Especializadas		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Consulta Médica	5.988	3.832
Especialidade	Meta Mensal	Produção Realizada
Cirurgia Vascular	5.988	40
Cardiologia		368
Clínica Médica (Linha Do Cuidado)		138
Dermatologia		81
Endocrinologia		399
Gastroenterologia		132
Ginecologia Obstetrícia		114
Hematologia		13
Infectologista		6
Mastologia		98
Nefrologia		740
Neurologia		240
Oftalmologia		259
Ortopedia		729
Otorrinolaringologia		178
Pediatria		78
Pneumologia		24
Psiquiatria		24
Reumatologia		48
Urologia		123
Total	5.988	3.832

*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	58
Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Consulta Não Médica	2.864	2.695
Profissão	Meta Mensal	Produção Realizada
Serviço Social	2.864	322
Enfermagem		760
Farmácia		58
Fisioterapia		995
Fonoaudiologia		47
Nutricionista		320
Psicologia		193
Total	2.864	2.695
Profissão	Meta Mensal	Produção Realizada
Enfermagem (triagem)	0	3.499
Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Farmácia	350	713
Práticas Integrativas e complementares - PICS		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Ventosaterapia	0	4
Aromaterapia	0	115
Fitoterapia	0	41
Tratamento Naturopático	0	0
Total	0	160
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	94
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT inicial REALIZADO		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Radiologia	600	388
Tomografia	600	346
Ressonância Magnética	240	233
Endoscopia	200	66
Colonoscopia	100	27
Cistoscopia	40	0
Nasofibroscopia	60	4
Punção Aspirativa por agulha grossa	20	3
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20	10
Urodinâmica	20	5
Mamografia	100	58
Colposcopia	80	3
Eletroencefalografia	100	4
Eletroneuromiografia	50	0
Ultrassonografia	360	362
Doppler Vascular	60	108
Ecocardiografia	60	50
Eletrocardiografia	200	153
Holter	60	54
MAPA	60	54
Teste Ergométrico	80	25
Espirometria	200	8
Audiometria	200	26
Emissão Otoacústica	40	5
Densitometria óssea	200	45
Total Geral	3.750	2.037
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Inicial OFERTADO		
Procedimento	Meta Mensal	Ofertado
Radiologia	600	600

Tomografia	600	600
Ressonância Magnética	240	240
Endoscopia	200	200
Colonoscopia	100	100
Cistoscopia	40	40
Nasofibrosopia	60	60
Punção Aspirativa por agulha grossa	20	20
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20	22
Urodinâmica	20	20
Mamografia	100	100
Colposcopia	80	40
Eletroencefalografia	100	100
Eletroneuromiografia	50	0
Ultrassonografia	360	362
Doppler Vascular	60	60
Ecocardiografia	60	62
Eletrocardiografia	200	200
Holter	60	60
MAPA	60	60
Teste Ergométrico	80	80
Espirometria	200	200
Audiometria	200	40
Emissão Otoacústica	40	32
Densitometria óssea	200	201
Total Geral	3.750	3.499

** 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	95
Consultas Subsequente	360	44
Sub. Total	600	139
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Procedimentos Básicos	110	220
Periodontia Especializada	90	125
Endodontia	60	56
Cirurgia Oral Menor	90	52
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	0	0
Total	350	453

Clínica de Serviços Dialíticos		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Primeira consulta	NTMC	0
Sessões hemodiálise	936	708
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal	36	0
Total	972	708
Transporte para a Clínica de Serviços Dialíticos		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Ônibus I	12.000 Km	10.541 Km
Ônibus II	12.000 Km	10.662 Km
VAN	12.000 Km	0 Km
Total	36.000 Km	21.203 Km
Exames Oftalmológicos		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Fundoscopia	0	470
Potencial De Acuidade Visual	0	0
Tonometria	0	432
Triagem Oftalmológica	0	259
Teste Ortóptico	0	0
Total	0	1.161
Laboratório de Análises Clínicas		
Procedimento	Meta Mensal	Produção Realizada
Exames Laboratoriais	0	6.473
Fonte: MV SoulMV - POLICLINICA DE POSSE de 01/03/2024 – 28/03/2024		
Posse, 05 de Abril 2024		

Kamylla Divina Brito

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