



RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº051/2020

Competência: julho/2023

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	15
2.3.1 – Comissão de Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão	15
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	36
2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica	38
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
3 – Atividades Realizadas No Mês	48
4 – Relatório Do Serviço Da Carreta de Prevenção	52
4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados	52
5 – Relatório de Recursos Humanos	56
5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos	56
5.2 EPI	58
6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise	59
7 – Produção Assistencial	64
7.1 – Produção de especialidades médicas, não médica e SDTA externo.	64

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 03 a 31 de julho 2023. 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 julho. A partir deste mês foi acrescentado aos indicadores, a avaliação excelente para gerar o índice de satisfação. Este índice 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	4	112	186	302	14%
Enfermagem	0	0	5	84	159	248	11%
Recepção Médica	0	1	8	102	153	264	12%
Consultório Médico	0	0	8	92	129	229	11%
Recepção Imagem	0	0	4	72	129	205	9%
Diagnóstico por Imagem	0	0	4	40	83	127	6%
Recepção Laboratório	0	0	0	31	100	131	6%
Recepção Equipe Mult.	0	0	3	63	115	181	8%
Laboratório	0	0	0	22	65	87	4%
Fisioterapia	0	0	0	14	47	61	3%
Fonoaudiologia	0	0	0	6	13	19	1%
Nutrição	0	0	0	19	63	82	4%
Serviço Social	0	0	3	23	66	92	4%
Assistência Farmacêutica	0	0	0	16	41	57	3%
Psicologia	0	0	0	23	61	84	4%
Total Geral	0	1	39	719	1.410	2.169	100%
Índice Satisfação	0%	0%	2%	33%	65%	Índice Geral	98%

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

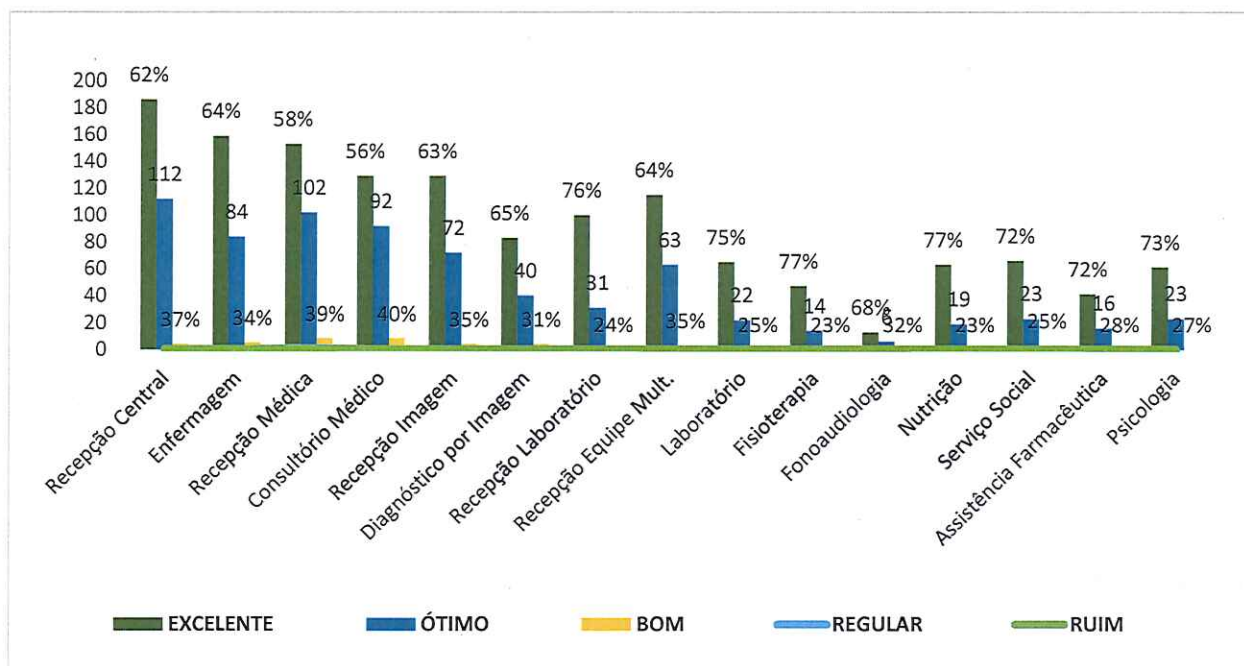
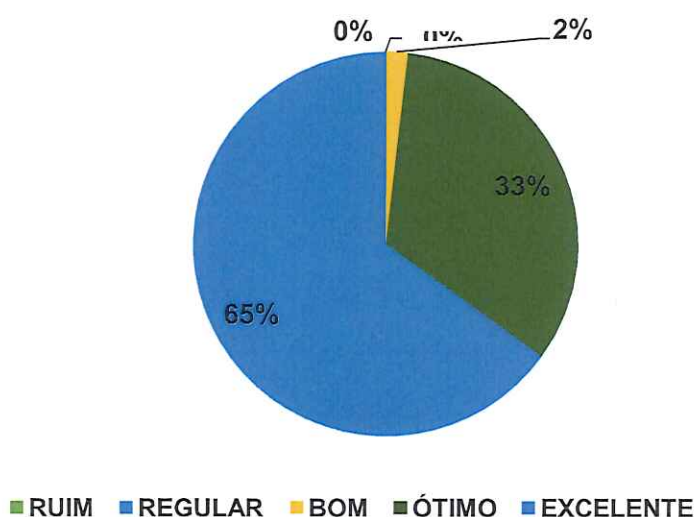


Gráfico 02: Índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento.

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



Observando a tabela e os gráficos acima, notamos que a Policlínica vem mantendo um bom índice de satisfação nas avaliações, mesmo os setores que pouco avaliaram, tem bons resultados. Como o índice de satisfação, se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas, neste mês o índice geral foi de 98%.

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

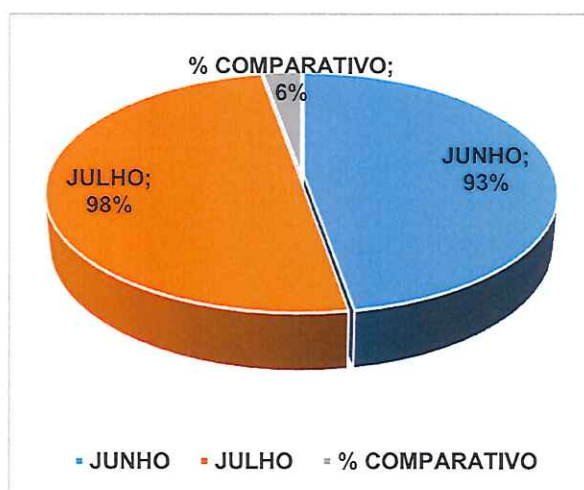
serviços prestados. A gestão busca cada vez mais, prestar um atendimento de qualidade e excelência aos nossos usuários.

3.1.1 Comparativo das avaliações entre os meses maio/junho

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

INDICADORES	JUNHO	JULHO	% COMPARATIVO
RUIM	2	0	0%
REGULAR	4	1	-300%
BOM	197	39	-405%
ÓTIMO	2.697	719	-275%
EXCELENTE	0	1.410	100%
TOTAL GERAL DE AVALIAÇÕES	2.900	2.169	-34%
ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO	93%	98%	6%

Gráfico 03: Comparativo junho/julho



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

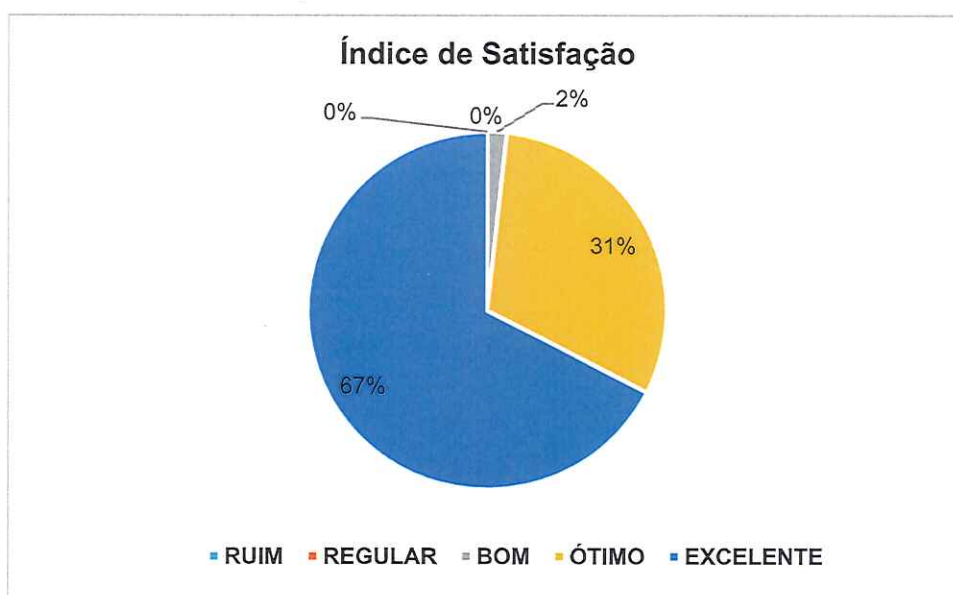
em 98% isto dá um aumento de 5% no índice geral de satisfação. Isso reforça todos os nossos esforços para manter um atendimento humanizado e de excelência, em nossa unidade de saúde.

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	4	91	190	285
Enfermagem	0	0	5	82	160	247
Recepção Esp. Médica	0	1	8	97	168	274
Recepção Imagem	0	0	4	55	141	200
Recepção Laboratório/Equipe Multi	0	0	2	82	233	317
Total Geral	0	0	23	407	892	1.322
Índice de Satisfação	0%	0%	2%	31%	67%	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.

3.3 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.

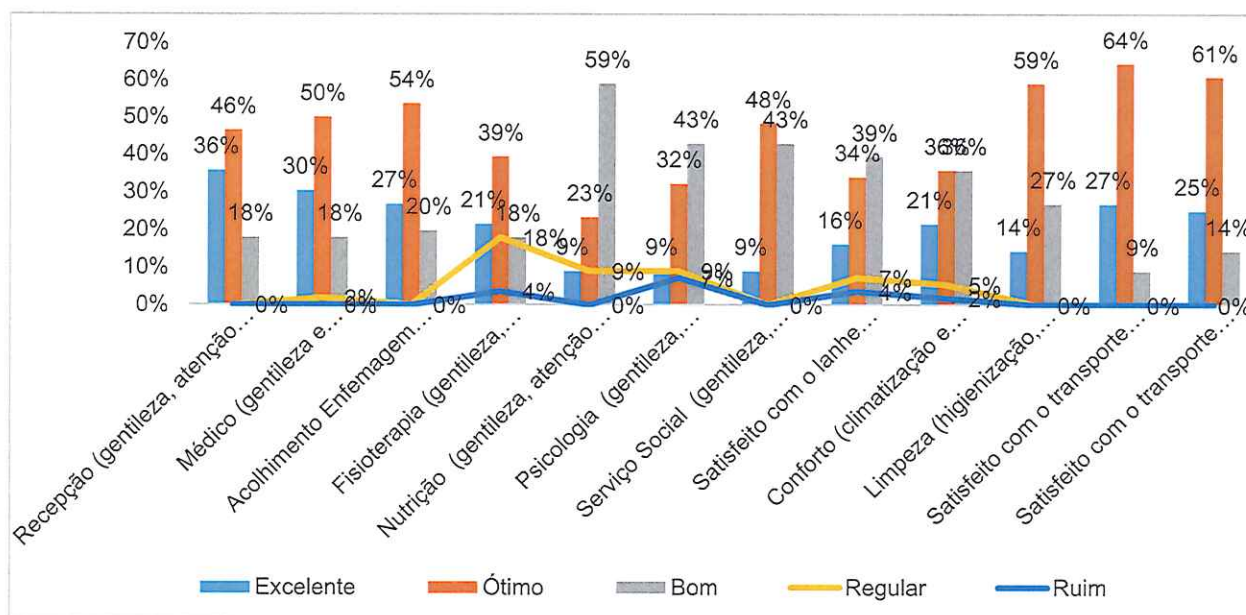
Foi aplicado o questionário a 51 pacientes, sobre atendimento, acolhimento, qualidade e conforto dos serviços ofertados.

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

Como você avalia o atendimento/Acolhimento?	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	Excelente	Total/Mês
Recepção (gentileza, atenção e informações recebidas)	0	0	10	26	20	56
Médico (gentileza e tratamento recebido)	0	1	10	28	17	56
Acolhimento Enfermagem (gentileza e cuidados recebidos)	0	0	11	30	15	56
Fisioterapia (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	2	10	10	22	12	56
Nutrição (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	0	5	33	13	5	56
Psicologia (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	4	5	24	18	5	56
Serviço Social (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	0	0	24	27	5	56
Satisfeito com o lanche servido (qualidade e quantidade)	2	4	22	19	9	56

Conforto (climatização e conforto durante a sessão de hemodiálise)	1	3	20	20	12	56
Limpeza (higienização, climatização e conforto nas dependências)	0	0	15	33	8	56
Satisfeito com o transporte (veículo: conservação, conforto e limpeza)	0	0	5	36	15	56
Satisfeito com o transporte (motorista: gentileza, atenção, habilidade, cuidado e informações recebidas)	0	0	8	34	14	56
TOTAL GERAL	9	28	192	306	137	672
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO	1%	4%	29%	46%	20%	100%

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 66%.

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 excelente e fazendo diferença no atendimento aos nossos usuários.

Com base nos resultados expostos nas tabelas e gráficos, constatou-se que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, vem mantendo seu alto índice de satisfação com pequenas alterações de um mês para outro. Neste mês, as avaliações ficaram com um índice geral de aprovação de 98% no atendimento geral e 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 66%. 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

Anísia Vieira de Barros
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 03/07/2023 a 31/07/2023, os quais foram extraídos do Sistema OuvidorSUS. Foram registradas 19 manifestações, sendo todas pessoalmente. Deste total, 16 foram elogios e 03 reclamações.

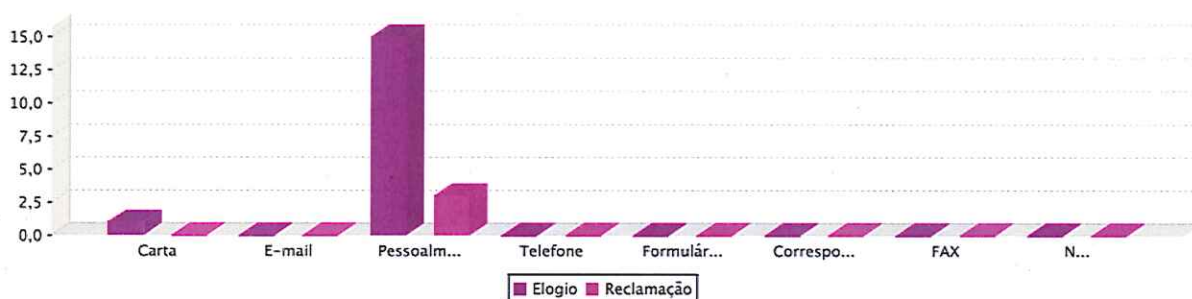
Gráfico 01: Classificação X Tipo Atendimento

Ministério da Saúde
Sistema de Ouvidorias do SUS

Relatório Estatístico - Classificação X Tipo Atendimento

Período: 01/07/2023 à 31/07/2023

Ouvidoria de Cadastro:	POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE									
Classificação	Carta	E-mail	Pessoalmente	Telefone	Formulário WEB	Correspondência Oficial	FAX	Não Informado	Total	Percentual
Elogio	1	0	15	0	0	0	0	0	16	84,21 %
Reclamação	0	0	3	0	0	0	0	0	3	15,79 %
Total:	1	0	18	0	0	0	0	0	19	100,00 %



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.

Gráfico 02: Status X Classificação

3.2 Classificação das manifestações

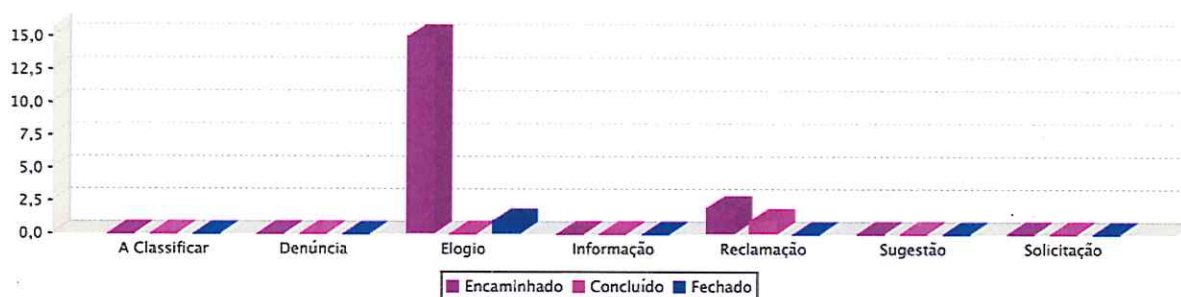
Ministério da Saúde
Sistema de Ouvidorias do SUS

Relatório Estatístico - Status X Classificação

Período: 01/07/2023 à 31/07/2023

Ouvidoria de Cadastro: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE

Status	A Classificar	Denúncia	Elogio	Informação	Reclamação	Sugestão	Solicitação	Total	Percentual
Encaminhado	0	0	15	0	2	0	0	17	89,47%
Concluído	0	0	0	0	1	0	0	1	5,26%
Fechado	0	0	1	0	0	0	0	1	5,26%
Total:	0	0	16	0	3	0	0	19	100,00%



As manifestações podem ser classificadas como **elogio**, **informação**, **sugestão**, **solicitação**, **reclamação** e **denúncia**. Durante este período acima citado, foram registradas 19 manifestações na ouvidoria. O tipo mais comum de manifestação foi o elogio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os resultados no período citado, concluímos que das manifestações recebidas por esta ouvidoria, 84% foram de elogios e 16% foram de reclamações. Todas as manifestações foram feitas 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

Anísia Vieira de Barros
Assistente de Ouvidoria

Pl. Komylla Juma Brito

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 (NEPE) 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 NEPE 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 NEPE.

As atribuições deste NEPE 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. Ademais cabe ressaltar que este NEPE, contém inúmeras outras atribuições e competências inerentes a área educacional (treinamento, formação, capacitação e desenvolvimento).

Os membros que compõem este NEPE:


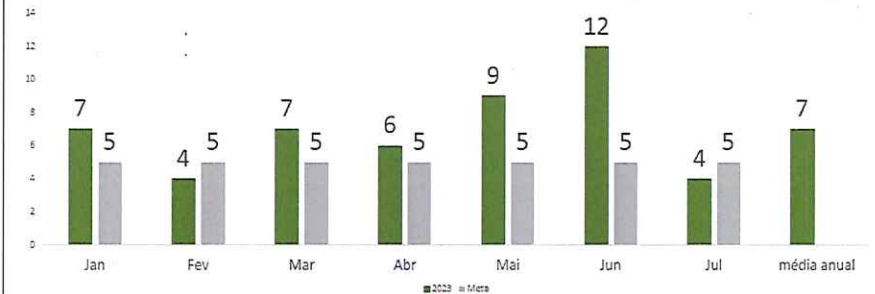
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira SCIRAS
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutica
- ✓ Daiane Alves Cavalcante – Coordenadora NEP
- ✓ Diego Mendoza – Médico
- ✓ Thayanne de Souza Silva – Enfermeira

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.

2.1 PRODUÇÃO QUANTITATIVA

2.1.1 NEP (NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE)

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																									
 <p>FOR. GQ. 01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV. 000 DATA REVISÃO: 15/02/2023</p>																																																									
<p>AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS</p> <p>Data da Análise: 31/7/2023 Período/Ano analisado: jul/23</p>																																																									
<p>Objetivo de medição: Identificar a quantidade de ações educativas realizadas</p> <p>Processo: Programa de Educação Permanente</p> <p>Fórmula: Somatória das ações realizadas</p> <p>Valor médio do ano anterior: Não se aplica</p> <p>Responsável pela análise: Daiane</p> <p>Observações: Quantificar as ações previstas não realizadas e as justificativas</p>	<p>DADOS MENSAIS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023</td> <td>7</td> <td>4</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Meta</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	2023	7	4	7	6	9	12	4						7	Meta	5	5	5	5	5	5	5							2023													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																											
	2023	7	4	7	6	9	12	4						7																																											
	Meta	5	5	5	5	5	5	5																																																	
2023																																																									
<p>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</p> 																																																									
<p>ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: No mês de Fevereiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2023: No mês de Março de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: No mês de Abril de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: No mês de Maio de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: No mês de Junho de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: No mês de Julho de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.</p>																																																									

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.

TREINAMENTOS REALIZADOS NA POLICLÍNICA DE POSSE:

TREINAMENTO	PROPOSTA DA DATA	MINISTRANTE	QUANTOS PARTICIPANTES
Treinamento da Urodinâmica	26/07/2023	Rodrigo França	08
Treinamento do Campímetro	26/07/2023	Ricardo Leno	10

CARGA HORÁRIA TOTAL DOS TREINAMENTOS REALIZADOS:

TREINAMENTO	DATA	QUANTOS PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA TOTAL
Treinamento da Urodinâmica	26/07/2023	08	3 horas
Treinamento do Campímetro	26/07/2023	10	3 horas

AValiação DE EFICÁCIA DOS TREINAMENTOS DE JULHO 2023:

TREINAMENTO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA
Treinamento da Urodinâmica	O exame urodinâmico é para análise funcional do trato urinário. Ele nos permite avaliar o comportamento vesical durante seu enchimento, e esvaziamento e, conseqüentemente, obter uma amostra do ciclo de micção do paciente. Dessa forma durante o treinamento foi realizado juntamente com o técnico Rodrigo que explica passo a passo de todo procedimento, assim como o exame de fluxometria. Seguindo desse pressuposto, a equipe de enfermagem mostrou-se bastante interessada em aprender e desenvolver o serviço.
Treinamento do Campímetro	O exame de campo visual, também conhecido como campimetria, é, portanto, um meio do oftalmologista medir o quanto de visão o paciente possui em cada olho e quanto de visão pode ter sido perdida ao longo do tempo. Dessa maneira no dia 26 de julho de 2023, o técnico da EYETEC treinou a equipe de enfermagem quanto ao manuseio e execução da máquina para a realização de exames.

AÇÕES EDUCATIVAS

AÇÃO EDUCATIVA	DATA	PÚBLICO ALVO	CARGA HORÁRIA TOTAL
Dia do Estatuto da Criança e Adolescente	13/07/2023	Pacientes	1 hora
Dia Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho	27/07/2023	Colaboradores	1 hora

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

Matriz de Prioridade (GUT)							
Descrição do problema	Gravidade		Urgência		Tendência		Prioridade Final
Cronograma de ações treinamentos	Pouco	2	Resolver o mais cedo possível	3	Vai Piorar em médio prazo	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 NEPE (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 do Campímetro



Treinamento da Urodinâmica



5.0 MELHORIA CONTÍNUA

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 Julho/2023, o Núcleo de Educação Permanente está realizando suas atividades de ações e palestras, porém cursos online para aperfeiçoamento dos colaboradores, no intuito da educação continuada, não está sendo eficaz e desenvolvido, entendemos que existe a necessidade de ofertar um maior número eficiente desses cursos e treinamentos, porém ressalta-se a falta de tempo livre do setor, devido a sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções.

Daiane Cavalcante

Daiane Alves Cavalcante
Presidente da Comissão NEP

2.3.2 – Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente

APRESENTAÇÃO

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

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

1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta um resumo abrangente das atividades, reuniões e ações realizadas pela Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na Unidade Policlínica da Região

Nordeste - Posse ao longo do último mês. A Comissão do NSP desempenha um papel fundamental na promoção de uma cultura de assistência ambulatorial centrada na segurança do paciente, em estreita colaboração com a Diretoria Técnica.

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

- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira – Presidente
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutico
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo
- ✓ Nathalia Cristina Batista Oliveira – Enfermeira Hemodiálise

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:

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR														
FOR.GQ.01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 15/02/2023										Data da Análise: 31/7/2023		Período/Ano analisado: jul/23		
Eventos Adversos														
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2023	9	5	11	5	9	8	5						
2022														
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória da quantidade de eventos adversos														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Adrielly														
Observações: Todo incidente, evento adverso deve ser notificado e encaminhado ao NSP.														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2023: No mês de janeiro de acordo com o Indicador obteve um total de nove notificações de Incidentes/eventos adversos notificados no forms.														
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: No mês de Fevereiro de acordo com o Indicador obteve um total de cinco notificações de Incidentes/eventos adversos notificados no forms.														
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2023: No mês de Março de acordo com o Indicador obteve um total de onze notificações de Incidentes/eventos adversos notificados no forms.														
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: No mês de Abril de acordo com o Indicador obteve um total de cinco notificações de Incidentes/eventos adversos notificados no forms.														
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: No mês de maio de acordo com o Indicador obteve um total de nove notificações de Incidentes/eventos adversos notificados no forms.														
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: No mês de junho de acordo com o Indicador obteve um total de oito notificações de Incidentes/eventos adversos notificados no forms.														
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: No mês de julho de acordo com o Indicador obteve um total de cinco notificações de Incidentes/eventos adversos notificados no forms.														

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ Durante o mês de julho, ocorreram cinco notificações de incidentes ou eventos adversos. Além disso, foram registradas seis notificações relacionadas às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) por meio do QR CODE da Hemodiálise.
- ✓ Durante o mês de julho, foi desenvolvido um formulário (Forms) para a classificação das notificações de incidentes, levando em consideração a gravidade dos mesmos, sendo classificados como leve, moderado ou grave. Essa nova abordagem permitirá a geração de indicadores com base nessas informações, proporcionando uma análise mais detalhada da classificação das notificações e auxiliando na identificação de áreas que necessitam de melhorias específicas. Ainda foram criados novos checklist como rondas diárias, semanal, mensal e busca fonada que será realizada na unidade, ressaltando sobre os critérios que deverão ser avaliados e requisitos de cada setor de acordo com o que a ANVISA preconiza.
- ✓ Será adequado a implementação de checklists de auditoria em cada setor, contendo os requisitos específicos que devem ser analisados e avaliados. Após a avaliação, os colaboradores deverão elaborar um plano de ação para acompanhar e implementar as ações necessárias. Esses checklists de auditoria proporcionarão uma abordagem estruturada e sistemática para a verificação do cumprimento dos requisitos e a identificação de áreas que requerem melhorias. O plano de ação resultante permitirá o acompanhamento efetivo das ações corretivas e preventivas, garantindo a melhoria contínua dos processos e o alcance dos objetivos estabelecidos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o relatório referente ao mês de julho de 2023, a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente tem conduzido regularmente suas reuniões mensais com o objetivo de disseminar informações pertinentes relacionadas ao NSP, com foco na preservação da qualidade e eficiência no atendimento ao paciente. Embora haja a necessidade de expandir o número de ações, destaca-se que as capacitações têm sido realizadas com maior frequência, reforçando a importância da segurança do paciente na unidade. É notável o aumento da preparação e atividade da comissão.

6. EMITIDO


Adrielly Nunes da Silva
COREN 701362

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** – Enfermeira SCIRAS – Presidente
- ✓ **Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão** – Membro – Farmacêutica
- ✓ **Diego Mendoza Gouveia** – Médico – 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:

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																								
FOR QG 01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV 000 DATA REVISÃO: 15/02/2023																																																								
Treinamentos/Capacitações em prevenção, rondas sobre controle de infecção	Data da Análise: 31/7/2023 Período/Ano analisado: jul/23																																																							
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos/capacitações na unidade	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">DADOS MENSAIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td>6</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2023</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 MENSAIS														Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	2022	6	3	4	2	2	4	2							2023													
DADOS MENSAIS																																																								
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																											
2022	6	3	4	2	2	4	2																																																	
2023																																																								
Processo: Programa SCIRAS	<p>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</p> <table border="1"> <caption>Dados do Gráfico</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>Fev</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Mar</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>Abr</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Mai</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Jun</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>Jul</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Ago</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Set</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Out</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nov</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dez</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Média anual</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Mês	2022	2023	Jan	6		Fev	3		Mar	4		Abr	2		Mai	2		Jun	4		Jul	2		Ago			Set			Out			Nov			Dez			Média anual															
Mês		2022	2023																																																					
Jan		6																																																						
Fev		3																																																						
Mar	4																																																							
Abr	2																																																							
Mai	2																																																							
Jun	4																																																							
Jul	2																																																							
Ago																																																								
Set																																																								
Out																																																								
Nov																																																								
Dez																																																								
Média anual																																																								
Fórmula: Somatória da quantidade de treinamentos																																																								
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																																								
Responsável pela análise: Adrielly																																																								
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/2023: No mês de janeiro de acordo com o indicador foi realizado seis capacitações neste mês.																																																								
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: No mês de fevereiro de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.																																																								
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2023: No mês de março de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.																																																								
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: No mês de abril de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.																																																								
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: No mês de maio de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.																																																								
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: No mês de junho de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.																																																								
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: No mês de julho de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas 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:

- ✓ A enfermeira SCIRAS no dia 12 de julho esteve no treinamento sobre o Núcleo de Vigilância Epidemiológica para implantação nas unidades, sobre notificações SINAN, SIVEP, E-SUS dentre outras ações que serão realizadas nas unidades de saúde. E no dia 13 de julho foi realizado uma reunião de alinhamento junto a Tammiles sobre a qualidade e segurança do paciente.
- ✓ Durante o mês de julho, foi desenvolvido o Programa de Higienização das mãos, juntamente com o cronograma que deverá ser desenvolvido de treinamentos. O objetivo é avaliar as práticas e segurança sobre o que a unidade oferece, além de capacitar e atualizar sobre o que a ANVISA preconiza.

Foi realizado um levantamento na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse - GO, analisando a dispensação de Vancomicina e Ceftriaxona para pacientes em tratamento de hemodiálise. O objetivo desse levantamento foi avaliar o uso adequado e a eficácia desses medicamentos específicos entre os pacientes em hemodiálise. Além disso, também foi conduzido um levantamento das hemoculturas realizadas na unidade. As hemoculturas são exames laboratoriais que detectam a presença de bactérias ou outros microrganismos no sangue, permitindo

o diagnóstico de infecções sistêmicas. O propósito dessa análise foi avaliar a incidência de infecções relacionadas aos procedimentos de hemodiálise e identificar medidas de prevenção e controle. Vale ressaltar que um novo medicamento, a amicacina, será incluído no tratamento hemodialítico, conforme relatado.

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. Também houve uma avaliação do uso de Vancomicina e Ceftazidima, além de discussões sobre casos de infecções e medidas de prevenção. Por fim, houve uma discussão sobre a conformidade com as diretrizes da CCIH e possíveis melhorias no programa de controle de infecção. A enfermeira SCIRAS no dia 12 de julho esteve no treinamento sobre o Núcleo de Vigilância Epidemiológica para implantação nas unidades, sobre notificações SINAN, SIVEP, E-SUS dentre outras ações que serão realizadas nas unidades de saúde. E no dia 13 de julho foi realizado uma reunião de alinhamento junto a Tamilles sobre a qualidade e segurança do paciente.

6. EMITIDO


Adrielly Nunes da Silva
Enfermeira COREN - 701362

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 CIPA, locado na Policlínica Regional Nordeste, localizada em Posse – GO. Com a realização da reunião mensal referente ao mês 07/2023 que aconteceu no dia 27 de julho de 2023 às 10:30 horas.

MEMBROS DA COMISSÃO CIPA

- ✓ Erika Denise Sateles dos Santos – Técnica de Enfermagem (representante eleita)
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico de Segurança no Trabalho (convidado)
- ✓ Kalisson Moreira da Silva – Fisioterapeuta (representante eleito)

2. OBJETIVOS

O objetivo da reunião foi discutir sobre o mês de ações desenvolvidas no mês de junho, suas eficácia e quais ações serão promovidas no mês de agosto.

3. INDICADORES

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR														
FOR.GQ.01 DATA ELABORAÇÃO: 25/05/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 25/05/2023										Data da Análise:		Período/Ano analisado:		
AÇÕES DA CIPA										30/6/2023		06/2023		
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de ações da CIPA que foram realizadas	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2023	3	3	4	4	3	3	1						
	5													
2022														
Processo: Ações da CIPAA	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatório das ações realizadas no mês														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Anísia Vieira														
Observações: Quantificar as ações previstas não realizadas e as justificativas														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2023: Durante o mês de janeiro foi realizado ações em que CIPA esteve presente.														
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: Durante o mês de Fevereiro foi realizado ações em que CIPA esteve presente.														
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2023: Durante o mês de março foi realizado ações em que CIPA esteve presente.														
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: Durante o mês de abril as ações que estavam previstas foram realizadas.														
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: Durante o mês de maio foram realizadas as ações em que a CIPAA esteve presente.														
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: Durante o mês de junho foram realizadas ações em que a CIPAA esteve presente e também ações próprias.														
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: Durante o mês de julho foram realizadas as ações em que a CIPAA esteve presente.														
Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO/2023:														
Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2023:														
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2023:														
Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2023:														
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2023:														

Análise Crítica: O indicador permite avaliar o quantitativo de ações realizadas durante o mês de junho, 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.

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, este comitê demonstra atividades pertinentes e preocupações quanto ao cronograma de ações estabelecido pela comissão.

6. EMITIDO



Erika Denise Sateles dos Santos

Membro eleita da Comissão

Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPAA)

2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta as atividades e ações da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde - PGRSS, na reunião da comissão junto com os membros discutiu a importância de conhecimento e 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. No mês de julho de 2023 não houve nenhuma notificação de intercorrência com a produção ou coleta desses resíduos.

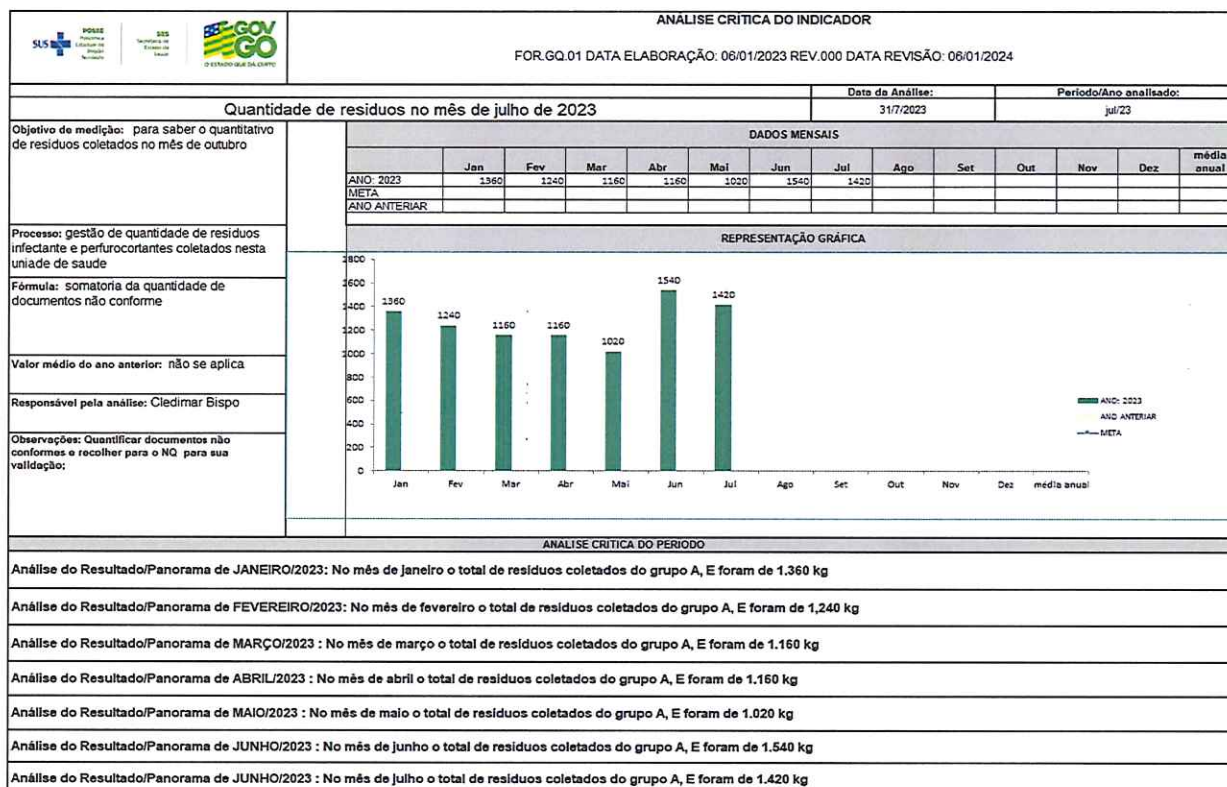
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Coordenação Operacional
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho

2. OBJETIVOS

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

3. INICADORES



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

4. AÇÕES REALIZADAS:

Neste mês de junho foram realizadas orientações aos colaboradores da limpeza sobre a importância do conhecimento do uso e manejo dos produtos químicos. Neste mês de maio foram coletados; 1.269,200 Kg de Resíduos do Grupo A, 101.300 Kg de Resíduos do Grupo B e 49.500 Kg de Resíduos do Grupo E. Totalizando **1.420,00 Kg** de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de julho de 2023.

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



Cledimar Bispo dos Santos

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, localizada na Policlínica Estadual Região Nordeste - Posse. Houve reunião in loco, no dia 24 de julho de 2023 às 12:45h. A referida reunião ocorre mensalmente e no decorrer do relatório serão apontadas as discussões do grupo, as ações que foram realizadas e as programações futuras.

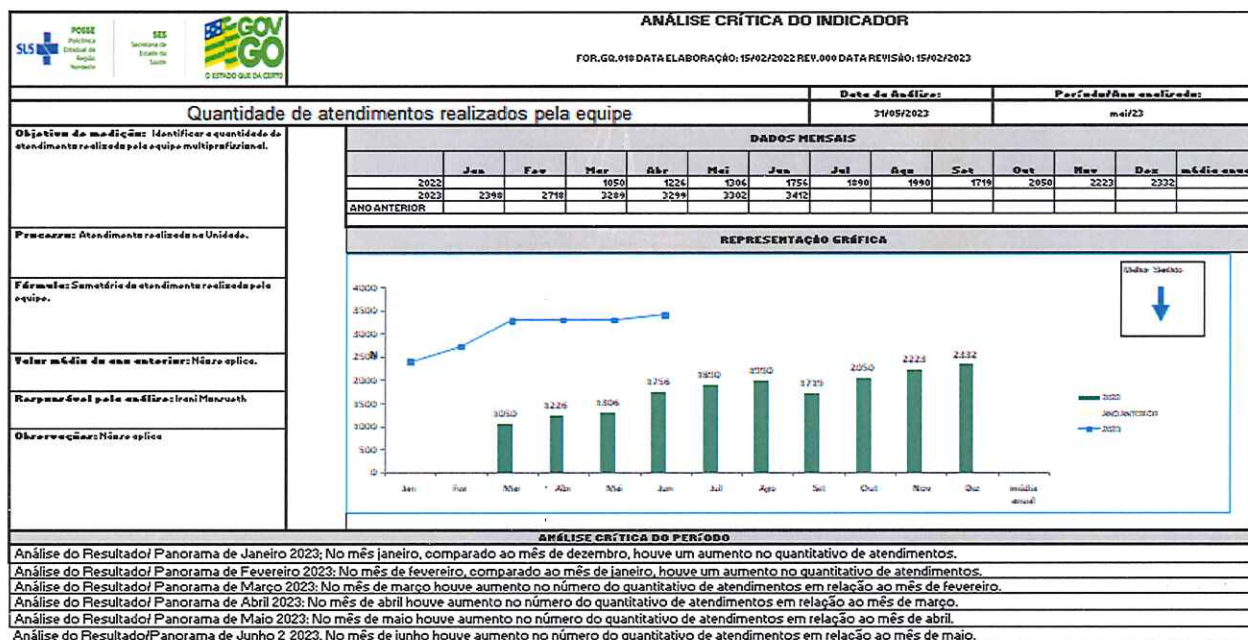
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Ética Multiprofissional

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

2. 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 julho de 2023.

3. 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 o mês julho, a cor Julho Verde, campanha nacional de prevenção do câncer de cabeça e pescoço, amarelo tem o objetivo de conscientizar a população sobre as hepatites virais e o câncer ósseo. As palestras e dinâmicas foram voltadas para os servidores e para os usuários da Policlínica, a fim que todos tenham conhecimento acerca do tema.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


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

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

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE ANÁLISE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira SCIRAS/QUALIDADE – Membro
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico Diretor Técnico – Presidente
- ✓ Emerson Cláudio Figueiredo de Castro – Médico - Vice-Presidente
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo - Membro
- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Coordenadora Operacional – 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.

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR		ELABORAÇÃO 07/11/2022																																																																															
		Data da Análise:						Período/Ano analisado:																																																																									
NÚMERO DE PRONTUÁRIOS INCOMPLETOS		06/07/2023						jul/23																																																																									
<p>Objetivo de medição: Definir números 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:</p> <p>Responsável pela análise: DR. DIEGO MENDOZA GOUVEIA</p> <p>Observações: Meta valor aceitável.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">DADOS MENSIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avaliados 2023</td> <td>205</td> <td>341</td> <td>252</td> <td>252</td> <td>311</td> <td>431</td> <td>491</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>326</td> </tr> <tr> <td>Inconformidade 2023</td> <td>59</td> <td>92</td> <td>57</td> <td>28</td> <td>46</td> <td>70</td> <td>79</td> <td></td> <td></td> <td>19</td> <td>72</td> <td>85</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td>Inconformidade 2022</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												DADOS MENSIS														Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	Avaliados 2023	205	341	252	252	311	431	491						326	Inconformidade 2023	59	92	57	28	46	70	79			19	72	85	62	Inconformidade 2022	0												
	DADOS MENSIS																																																																																
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																																																			
	Avaliados 2023	205	341	252	252	311	431	491						326																																																																			
Inconformidade 2023	59	92	57	28	46	70	79			19	72	85	62																																																																				
Inconformidade 2022	0																																																																																
<p>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</p>																																																																																	
<p>ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO 2023: 2037 prontuários, 205 prontuários avaliados, 59 inconsistentes</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO 2023: 3405 prontuários, 341 prontuários avaliados, 92 inconsistentes</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de MARÇO 2023: 2519 prontuários, 252 prontuários avaliados, 57 inconsistentes</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de ABRIL 2023: 2523 prontuários, 252 prontuários avaliados, 28 inconsistentes</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de MAIO 2023: 3110 prontuários, 311 prontuários avaliados, 46 inconsistentes</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de JUNHO 2023: 4305 prontuários, 431 prontuários avaliados, 70 inconsistentes</p> <p>Análise do Resultado/Panorama de JULHO 2023: 4905 prontuários, 491 prontuários avaliados, 79 inconsistentes</p>																																																																																	

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: 06/06/2023 a 03/07/2023.

Tipo de atendimento: Ambulatório

Houve o levantamento de 4905 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. Abigail Silveira de Araújo: 115 prontuários, 12 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
2. Alex de Santana Vidaurre: 22 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
3. Alisson Rodrigues Botelho: 21 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
4. Artur Cicuto Ondei: 577 prontuários, 58 prontuários revisados, 9 inconformidades encontradas.
5. Barbara Rhuanna Gonsalves: 228 prontuários, 23 prontuários revisados, 4 inconformidades encontradas.
6. Bruno Araujo Lucena: 565 prontuários, 57 prontuários revisados, 9 inconformidades encontradas.
7. Bruno Lelitscew da Bela Cruz: 99 prontuários, 10 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
8. Bruno Machado Nascimento: 91 prontuários, 9 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
9. Claudio Antonio Maximo rego: 80 prontuários, 8 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
10. Daniele Barreto da Silva: 305 prontuários, 31 prontuários revisados, 5 inconformidades encontradas.
11. Deybson Augusto dos Santos: 10 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
12. Dimitri Carvalho Homar: 32 prontuários, 3 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
13. Diogo Viriato Silva rodrigues: 151 prontuários, 15 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
14. Emerson Claudio Figueiredo: 469 prontuários, 47 prontuários revisados, 8 inconformidades encontradas.

15. Esau Furini Ferreira Barros: 183 prontuários, 18 prontuários revisados, 3 inconformidades encontradas.
16. Flavio Vieira Machado: 55 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
17. Gabriel Nascimento Costa: 163 prontuários, 16 prontuários revisados, 3 inconformidades encontradas.
18. Gabriel Ravazzi dos Santos: 16 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
19. Henrique Stefanelo Jonas: 37 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
20. Isabel Maria Araújo Guimaraes: 77 prontuários, 8 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
21. Joao Carlos Gondim: 470 prontuários, 47 prontuários revisados, 8 inconformidades encontradas.
22. Joao Pitaluga Neto: 19 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
23. Jose Guillermo Calderon: 35 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
24. Julio Cezar Meirelles Gomes: 16 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
25. Keila Messias Takahashi: 109 prontuários, 11 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
26. Lissandro Vargas Pinheiro: 36 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
27. Marcelo de Paula Abreu silva: 233 prontuários, 23 prontuários revisados, 4 inconformidades encontradas.
28. Marcia Gabrielle Bonfim: 44 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
29. Marcio Alves da Rocha: 48 prontuários, 5 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
30. Marlon Amâncio Lima: 96 prontuários, 10 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
31. Merandolino Queiroz: 201 prontuários, 20 prontuários revisados, 3 inconformidades encontradas.
32. Nathalia Nunes dos Santos: 150 prontuários, 15 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
33. Rafael Dias de Sousa: 53 prontuários, 5 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
34. Rodrigo gomes de oliveira: 23 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
35. Rodrigo Kouzak Mayer: 76 prontuários, 8 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada

Atendimentos: 4905

Prontuários Avaliados: 491

Inconformidades: 79

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: 79, representando 16% dos prontuários analisados preenchidos de forma inadequada.

Em 3 dos casos, não foram identificados registros de evolução médica.

Em 10 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. 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.
 - I. Notas de evolução: exibe o registro cronológico das consultas realizadas pelo paciente nas diferentes especialidades médicas.
 - II. Laudos de exames: apresenta a descrição detalhada de todos os exames realizados pelos pacientes.
 - III. Anamnese e exame físico: exibe as informações coletadas durante a consulta ambulatorial.
 - IV. Resultados de exames: mostra os resultados de todos os exames feitos pelo paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que houve um total de 79 inconformidades encontradas em 491 prontuários avaliados, o que representa aproximadamente 16% dos prontuários analisados. Essas inconformidades estão relacionadas principalmente à falta de preenchimento adequado da evolução médica e ao registro do exame físico em alguns prontuários.

No entanto, é importante ressaltar que foram tomadas diversas ações para lidar com essas inconformidades. Os colaboradores médicos foram notificados para se adequarem e receberam novo treinamento, inclusive por meio de vídeos explicativos sobre a importância do uso adequado da ferramenta SBAR.

Essas ações demonstram a preocupação em melhorar a qualidade dos prontuários médicos e garantir a segurança dos pacientes. Embora ainda existam inconformidades, a análise revela uma redução considerável no percentual de inconsistências em comparação ao mês anterior, indicando uma melhoria no preenchimento dos prontuários. Isso evidencia que as medidas adotadas estão surtindo efeito positivo no serviço e na busca pela qualidade do atendimento médico.

7. REFERENCIAS DOS TREINAMENTOS

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

8. EMITIDO

Dr. Diego Mendoza Gouveia
CRM-GO 19779

Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

2.3.8 – Comissão de Proteção Radiologia

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta as atividades e ações da Comissão de Proteção Radiológica, como assuntos discutidos na reunião realizada no dia 31/07/2023 na sala de reunião na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, na ocasião foi discutida sobre:

A aquisição de um estabilizador para a impressora da mamografia e a troca das cortinas dos vestiários da sala de TC e D.O por material lavável.

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

2. OBJETIVOS

O objetivo da reunião foi solicitar a Aquisição de um nobreak para a impressora da mamografia, pois a mesma está apresentando problemas sempre que falta energia ou sofre “Picos de energia”. e a troca das cortinas das salas da TC e D.O por material lavável, foi solicitado a aquisição de termohigrometros para as salas da Mamografia, Densitometria e RM.

3. INDICADORES

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

4. INDICADOR QUANTITATIVO

POLICLÍNICA ESTADUAL Da Região Nordeste - Posse		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																											
		FOR.GQ.01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 31/07/2023																																											
		Data da Análise:						Período/Ano analisado:																																					
		31/7/2023						jul/23																																					
Exames realizados no setor de radiologia		DADOS MENSAIS																																											
Objetivo de medição: para saber o quantitativo de exames no setor de radiologia realizados no mês de Julho		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																															
ANO		1028	558	1045	1003	1103	1231	1005																																					
META																																													
ANO ANTERIOR																																													
Processo: Gestão de resultados de exames realizados mensalmente no setor radiológico sendo: Ressonância Magnética, Tomografia, Raios X, Mamografia e Densitometria Óssea		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																											
Fórmula: Somatória da quantidade de documentos não conformes		<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Barras</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>ANO</th> <th>ANO ANTERIOR</th> <th>META</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>1028</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fev</td><td>558</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mar</td><td>1045</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Abr</td><td>1003</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mai</td><td>1103</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Jun</td><td>1231</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Jul</td><td>1005</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>												Mês	ANO	ANO ANTERIOR	META	Jan	1028			Fev	558			Mar	1045			Abr	1003			Mai	1103			Jun	1231			Jul	1005		
Mês	ANO	ANO ANTERIOR	META																																										
Jan	1028																																												
Fev	558																																												
Mar	1045																																												
Abr	1003																																												
Mai	1103																																												
Jun	1231																																												
Jul	1005																																												
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 foram realizados 1028 exames, sendo que tivemos dois paciente que não realizaram os exames devido à fobia																																													
Análise do Resultado/Panorama de Fevereiro/2023: No mês de Fevereiro foram realizados 558 exames, nenhum paciente precisou voltar devido a falta de preparo.																																													
Análise do Resultado/Panorama de Março/2023: No mês de Março foram realizados 1045 exames, somente uma paciente não pode realizar exame devido a espessura do membro a ser estudado																																													
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: No mês de Abril foram realizados 1003 exames, nenhum paciente precisou voltar devido a falta de preparo.																																													
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: No mês de Maio foram realizados 1103 exames, não tivemos desistência devido a fobia ou falta de preparo do paciente.																																													
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: No mês de Junho foram realizados 1231 exames, não tivemos desistência devido a fobia ou falta de preparo do paciente.																																													
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: No Mês de Julho foram realizados 1005 exames, não tivemos desistência devido à fobia ou a falta de preparo																																													

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

P/ Romyla Dina Pinto

2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma comissão formada por membros da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse de natureza consultiva, deliberativa e de caráter permanente com ações voltadas para seleção e padronização de materiais e medicamentos e o uso racional dos mesmos; bem como auxiliar e promover o fluxo correto de todas as práticas de utilização dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

1. INTRODUÇÃO

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

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

São feitas reuniões mensais e/ou sempre que necessário com os membros da CFT e eventualmente, com algum convidado, para discutir e alinhar assuntos pertinentes a essa comissão,

para que o gestor possa tomar as melhores decisões em relação aos medicamentos e todos os insumos utilizados na instituição.

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:

- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutica
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira da SCIRAS
- ✓ Charles Almeida Magalhães – Almojarife

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

POLICLÍNICA ESTADUAL Do Região Nordeste - FONSE		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
		FOR SQ.01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 15/02/2024													
Quantidade de dispensações por medicamentos do Componente Especializado Jurez Barbosa		Data da Análise:				Período/Ano analisado:									
		31/7/2023				Jul/23									
Objetivo de medição: identificar quantas de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Jurez Barbosa.		DADOS MENSAIS													
		ANO: 2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
		META	555	507	545	554	688	632	615						
Processo: Número de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Jurez Barbosa via Sistema Intranet Saúde.		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Não se aplica.															
Valor médio do ano anterior: Não se aplica.															
Responsável pela análise: Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão															
Observações: Verificar o número de dispensações através de relatório retirado do sistema Intranet Saúde e avaliar se houve aumento das mesmas.															
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO															
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: No mês de MAIO foram realizadas 688 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Jurez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar um aumento nas dispensações, quando comparamos com os meses anteriores, havendo um aumento das dispensações realizadas conforme esperado, devido ao aumento da procura para abertura de processos e renovações.															
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: No mês de JUNHO foram realizadas 632 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Jurez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar uma diminuição nas dispensações, quando comparamos com o mês anterior, onde tivemos o maior número de dispensações até o momento.															
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: No mês de JULHO foram realizadas 615 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Jurez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar uma diminuição nas dispensações, quando comparamos com outros, onde tivemos o maior número de dispensações.															

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 JULHO foram realizadas 613 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar uma leve diminuição nas dispensações, quando comparamos com os meses anteriores.

4. AÇÕES REALIZADAS:


Apresentou-se o POP de diluição às equipes multiprofissionais que atuam na Unidade da Policlínica Estadual da Região Nordeste Posse, com o objetivo de ter a disposição um material consultivo e normativo, com o intuito de orientar e direcionar as dúvidas e condutas diárias. O POP está disponível em cada área da unidade, ficando a disposição do profissional caso tenha necessidade de consulta. O POP de diluição tem como objetivo orientar os profissionais das áreas assistenciais, em relação aos medicamentos injetáveis padronizados, as técnicas e compatibilidades de soluções para reconstituição, diluição e administração dos medicamentos. Os medicamentos listados neste manual devem ser administrados mediante prescrição médica. Lembrando que as informações descritas não substituem as prescrições, no que diz respeito às soluções, dosagens e vias e administração.

A farmacêutica Bárbara e a enfermeira Thyanne, participaram de um treinamento em Goiânia no dia 27 de julho no Cemac Juarez Barbosa sobre a aplicação dos medicamentos injetáveis disponíveis pelo Componente Especializado e as particularidades relacionadas aos mesmos. Treinamento para dar início as aplicações na Unidade da Policlínica, facilitando o acesso dos pacientes aos medicamentos, garantindo a eficácia e segurança dos medicamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


Barbara Ruanna Gonsalves Leitão
Farmacêutico CRF/GO: 16326
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 julho. 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

- ✓ Edilene Alves Pinheiro – Presidente
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Membro
- ✓ Frederico Antônio e Silva – 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

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR		DIAGNÓSTICOS																																																					
FOR.00.01 DATA LABORÇÃO: 15/09/2023 REV.0001 DATA REVISÃO: 15/09/2023		2023						2024																																															
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de óbitos na unidade no mês de JULHO		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																					
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente, Vigilância Epidemiológica e da Comissão de Verificação de Óbito		<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Óbitos</caption> <thead> <tr> <th>Ano</th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>Média Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>												Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual	2023	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual																																										
2023	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0																																										
2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																										
Fórmula: Somatória da quantidade de óbitos		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																					
Valor médio do ano anterior: Não se aplica		Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2023: No mês de janeiro de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.																																																					
Responsável pela análise: Edilene Alves Figueira		Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: No mês de fevereiro de acordo com o indicador houve um óbito na unidade.																																																					
Observações: Não se aplica		Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2023: No mês de março de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.																																																					
		Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: No mês de abril de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.																																																					
		Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: No mês de maio de acordo com o indicador houve um óbito na unidade.																																																					
		Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: No mês de junho de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.																																																					
		Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: No mês de julho 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 julho, para verificar se na unidade houve óbitos.

4. AÇÕES REALIZADAS

Durante o mês de julho, a Comissão de Verificação de Óbito na unidade Policlínica de Posse - GO não realizou nenhuma ação específica. Essa ausência de ações deveu-se ao aumento significativo do fluxo de atendimentos na unidade, exigindo uma atenção prioritária aos cuidados clínicos dos pacientes.

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 Julho de 2023, 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 19° 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.

2. 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 – Enfermeira – Presidente
- ✓ Daiane Alves Cavalcante – NEP – Membro
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico – Membro
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo – Membro

3. OBJETIVOS

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.

4. INDICADORES:

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																							
FOR: GQ.01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 15/02/2023										Data da Análise:		Período/Ano analisado:																																											
Quantidade de documentos não conformes com a unidade										31/7/2023		jul/23																																											
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de documentos que não estão atualizados de acordo com a qualidade	DADOS MENSAS																																																						
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																									
	2023	10	20	15	20	20	20	25																																															
2022																																																							
Processo: Busca Ativa	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																						
Fórmula: Somatória da quantidade de documentos não conformes	<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Representação Gráfica</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>2023</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>Fev</td><td>20</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>15</td><td>0</td></tr> <tr><td>Abr</td><td>20</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>20</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>20</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>25</td><td>0</td></tr> <tr><td>Ago</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Set</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Out</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nov</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dez</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Média anual</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>													Mês	2023	2022	Jan	10	0	Fev	20	0	Mar	15	0	Abr	20	0	Mai	20	0	Jun	20	0	Jul	25	0	Ago			Set			Out			Nov			Dez			Média anual		
Mês	2023	2022																																																					
Jan	10	0																																																					
Fev	20	0																																																					
Mar	15	0																																																					
Abr	20	0																																																					
Mai	20	0																																																					
Jun	20	0																																																					
Jul	25	0																																																					
Ago																																																							
Set																																																							
Out																																																							
Nov																																																							
Dez																																																							
Média anual																																																							
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																																							
Responsável pela análise: Adrielly																																																							
Observações: Busca pela unidade de documentos não conformes																																																							
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																							
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2023: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.																																																							
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: 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/2023: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.																																																							
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.																																																							
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.																																																							
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.																																																							
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.																																																							

Análise crítica/ Review: O indicador permite avaliar o desempenho do plano de ação adotado pelo núcleo de qualidade. Caso haja aumento do indicador, o plano de ação deverá ser revisto.

5. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ Na unidade, foi realizada uma busca nos documentos que apresentavam não conformidades, visando realizar as adequações necessárias na estrutura documental e gerenciamento de documentos. Durante a reunião mensal de qualidade, constatou-se que ainda existem documentos que não estão em conformidade com a norma zero. Especificamente, foi observado que os terceirizados que prestam serviços na policlínica seguem um padrão diferente, o que está sendo corrigido para garantir a conformidade com o manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Sendo assim, será solicitado pela qualidade, carimbo para validação de documento externo


- ✓ No dia 12 de julho, durante uma reunião realizada na sede em Goiânia, foram definidos diversos aspectos relacionados à norma zero, abrangendo estrutura e gestão documental, tais como a criação de uma lista mestra, a validação de documentos, o descarte adequado de documentos e o controle de cópias. Além disso, foram abordadas questões relacionadas ao tratamento de problemas, a classificação de riscos e o monitoramento dos indicadores. Foi construído checklist de visitas nos setores, como rondas diárias juntamente a coordenação. Dessa maneira, é possível gerar indicadores qualitativos e efetivos.

6. 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) e está encaminhando modelos de SIPOC e FMEA para reestruturação pelos setores.

O texto trata de ações realizadas para adequar os documentos da unidade à norma zero, que é um requisito da ONA. Foram feitas 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.

7. EMITIDO


Adrielly Nunes da Silva
COREN/GO 701362
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 SCIRAS — 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 – Almojarife

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 julho:

SETOR	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
HEMODIÁLISE	HEPARINA SÓDICA SOL INJ 5000 UI/ML 5 ML	340 FRASCOS/AMP
HEMODIÁLISE	ÁGUA PARA INJEÇÃO SOL INJ AMP 20 ML	80 AMPOLAS
HEMODIÁLISE	DIPIRONA SOL ORAL 500MG/L 10 ML	2 FRASCOS
HEMODIÁLISE	MANITOL SOL INJ 20% 250 ML	3 FRASCOS
HEMODIÁLISE	PARACETAMOL SOL ORAL 200 MG/ML 15 ML	1 FRASCO
OFTAMOLOGIA	TROPICAMIDA 1% SOL OFTÁLMICA 10MG/ML 5ML	2 FRASCOS
PROCEDIMENTOS	TROPICAMIDA 1% SOL OFTAMICA 10 MG/ML 5ML	1 FRASCO
PROCEDIMENTOS	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 500 ML – FRASCO	1 FRASCO

4. AÇÕES REALIZADAS:

Fez-se o endereçamento dos medicamentos e materiais da farmácia, o endereçamento tem o objetivo de se manter uma localização de materiais e medicamentos de forma organizada e sistematizada dentro da farmácia, para que seu processo de armazenagem e estocagem seja realizado com maior rapidez proporcionando mais eficiência, e maior facilidade para localização dos itens.

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: 16326

Presidente da Comissão Padronização de Medicamentos e Materiais

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:

Palestra com entrega de panfletos em comemoração aos 33 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA

- ✓ Realizado no dia 13/06/2023
- ✓ Início às 13:00, término às 14:00
- ✓ Público Alvo: Paciente da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra no dia 13 julho para os pacientes em comemoração ao 33º aniversário do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela lei nº 8.069/1990, que dispõe sobre os direitos e as garantias na infância e adolescência no Brasil. Durante a fala da assistente social, foi ressaltado que a lei assegura a proteção integral dos direitos da criança e do adolescente, garantindo seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social de forma saudável e digna.

A assistente social Marilene seguiu relatando que, o estatuto também busca combater a violência, a exploração e o abuso contra crianças e adolescentes, além de promover a inclusão social. Pois, esse conjunto de leis específicas, conjectura direitos humanos fundamentais, como à educação, ao lazer, à dignidade, à saúde, à convivência familiar e comunitária, aos objetos pessoais. Consequente a fala, a assistente social esclareceu que o ECA é uma referência importante para a promoção e proteção dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil. Ele estabelece um conjunto de diretrizes que devem ser seguidas por todos os órgãos e instituições envolvidas com a infância e juventude, visando garantir o pleno desenvolvimento e bem-estar dessa população. Finalizando, enfatizou que, para que estas dimensões sejam respeitadas, o ECA conta com o apoio do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, uma rede de instituições e atores sociais, como o Poder Judiciário e os Conselhos Tutelares.

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais pela assistente social Marilene Sá

Registro



Programação / Conteúdo:

Treinamento do exame urodinâmico

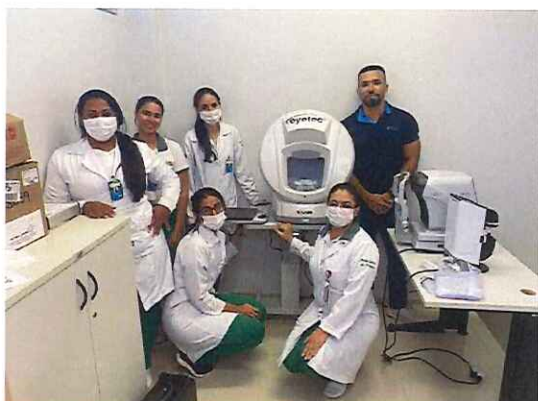
- ✓ Realizado no dia 26 julho
- ✓ Início às 14:00, término às 15:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores de enfermagem

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um treinamento e orientações sobre o exame urodinâmico que é para análise funcional do trato urinário, aos colaboradores de enfermagem. Ele nos permite avaliar o comportamento vesical durante seu enchimento, e esvaziamento e, conseqüentemente, obter uma amostra do ciclo de micção do paciente. Dessa forma durante o treinamento foi realizado juntamente com o técnico rodrigo o passo a passo de todo procedimento, assim como o exame de fluxometria. Seguindo desse pressuposto, a equipe de enfermagem mostrou-se bastante interessada em aprender e desenvolver o serviço.

O exame de campo visual, também conhecido como campimetria, é, portanto, um meio do oftalmologista medir o quanto de visão o paciente possui em cada olho e quanto de visão pode ter sido perdida ao longo do tempo. Dessa maneira no dia 26 de julho de 2023, o técnico da eyetec treinou a equipe de enfermagem quanto ao manuseio e execução da máquina para a realização de exames.

A ação foi ministrada pelo profissional; técnico rodrigo.

Registro



Programação/Conteúdo:**Palestra e orientação sobre o dia nacional de prevenção de acidente de trabalho dia 27 de julho**

- ✓ Realizado no dia 14/06/2023
- ✓ Início às 15:00, término às 16:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

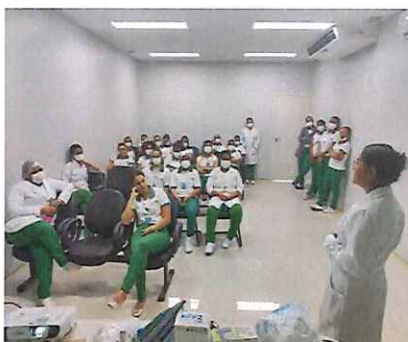
A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou Palestra e orientação sobre o dia nacional de prevenção de acidente de trabalho dia 27 de julho, onde se deu se a importância para que os colaboradores, passem ter o conhecimento onde é celebrado todo 27 de julho, o Dia Nacional da Prevenção de Acidentes do Trabalho tem como objetivo principal alertar e conscientizar os trabalhadores e seus empregadores sobre a importância dos cuidados e medidas de proteção no intuito de reduzir os números alarmantes de casos de acidentes e doenças profissionais que ocorrem anualmente no país.

Esta palestra e orientações aos colaboradores deu se a importância de trabalhar em seu ambiente de trabalho com segurança com o uso de EPI, e ações que promovem saúde e segurança no trabalho criam ambientes seguros e saudáveis oferecem condições adequadas aos trabalhadores durante as suas atividades laborais.

Nesta palestra também foi abordado junto aos colaboradores através da psicóloga a importância da saúde mental dos colaboradores para o bem-estar cognitivo, comportamental e emocional, no qual o indivíduo é capaz de usar as próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com sua prevenção e segurança no trabalho.

Nesta palestra foi abordado aos colaboradores que quando se associa a prevenção de acidentes de trabalho e saúde mental fica clara a demonstração de que os danos à saúde do trabalhador vão além da identificação e eliminação de ameaças visíveis, alcançando a percepção dos chamados fatores psicolaborais e psicossociais e nos reflexos deles a saúde dos colaboradores nos ambientes de trabalho.

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

Registro

Programação/Conteúdo:**Reunião Mensal da CIPA**

- ✓ Realizado dia 27 julho
- ✓ Início 09:30 termino 10:15
- ✓ Prevenir acidentes e doenças do trabalho.

No mês de julho de 2023, 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 Do Serviço Da Carreta de Prevenção

4.1 – Descritivo das cidades, atendimentos, agendados, resultados

Iniciamos o mês de julho com Unidade Móvel, localizada no município de Posse – GO no pátio da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, entre os dias 03/07 e 31/07. Foram realizados 04 exames de mamografias e 03 exames citopatológicos, totalizando 07 exames realizados no município.

Nos dias em que a Unidade Móvel esteve locada na Policlínica Posse, houve pouco atendimento devido a falta de demanda de agendamento.

Visto que, devido Ofício Circular nº678/2022-SES, houve alteração sobre a regulação dos exames ofertados pelas Carretas de Prevenção, que a partir do dia 01 de Agosto de 2022, o acesso para realização dos exames ofertados pelas Carretas de Prevenção ao Câncer das Policlínicas Regionais, será realizado através de demanda espontânea, isto é, o paciente que necessitar do serviço, procurará o município com o pedido em mãos direto na carreta, não sendo necessário as inserções dos mesmo no Sistema Estadual de Regulação de vagas Integradas à Rede (SERVIR). Devido a isto houve dias que não tinha paciente regulado, logo não houve atendimento.

Durante os dias em que a Unidade Móvel ficou instalada no município de Posse - GO, não tivemos intercorrências.

Segue tabelas com os agendamentos, atendimentos e resultados dos exames

Data	Cidade	Agendamento	Encaixe	Mamografias	Citopatológico	Total
03/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	2	1	3
04/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
05/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
06/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
07/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0


10/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
11/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	1	0
12/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
13/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	1
14/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
17/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	1	1
18/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
19/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
20/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	1	0	1
21/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
24/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
25/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
26/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
27/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	1	0	1
28/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	0	0	0
31/07/2023	Posse	Livre Demanda	0	1	0	1
TOTAL			0	4	3	7

MAMOGRAFIAS – CARRETA DE PREVENÇÃO

Cidade	Período	Total de Mamografias Realizadas	Data de entrega de LAUDOS	Precisa de Ultrassom	Precisa de Ultrassom URGENTE	Consulta com Mastologista
Campos Belos – GO	13 a 17/10/2020	121		20	20	20
Formosa – GO	19 a 24/10/2020	132		24	24	24

Luziânia – GO	26 a 31/10/2020	141		18	18	18
Damianópolis – GO	01/11/ a 30/11/2020	339		26	26	26
Posse – GO	01/12 a 30/12/2020	184		70	04	74
Posse – GO	04 a 30/01/2021	162		93	08	81
Posse – GO	01 a 19/02/2021	191		96	04	89
Posse – GO	09 a 19/03/2021	54		16	01	08
Flores de Goiás – GO	22 a 31/03/2021	205		108	07	53
Alto Paraíso de Goiás – GO	05 a 16/04/2021	192		91	07	23
Posse – GO	19/04 a 07/05/2021	125		50	8	26
Luziânia – GO	10 a 21/05/2021	265	17/06/2021	100	14	48
Valparaíso de Goiás – GO	24/05 a 12/06/2021	265	22/6/2021	114	05	45
Águas Lindas de Goiás – GO	14 a 25/06/2021	220	1º semana 30/06 2º semana 02/07	48	07	07
Águas Lindas de Goiás – GO	28/06 a 02/07/2021	114	07/07/2021	27	07	07
Águas Lindas de Goiás – GO	05 a 23/07/2021	279	30/07/2021	116	10	10
Cavalcante	26/07 à 13/08/2021	90	18/08/2021	83	07	07
Teresina de Goiás – GO	16/08/2021	251	01/09/2021	107	07	07
Teresina de Goiás – GO	16/08 à 01/09/2021	231	24/08 à 03/09/2021	82	09	09
Monte Alegre de Goiás – GO	09/09 à 19/10/2021	247	10/09 à 26/10/2021	87	06	06
Campos Belos – GO	01/11 à 22/11/2021	247	18/11 à 30/11/2021	86	14	14
Divinópolis de Goiás – GO	24/11 à 06/12/2021	204	15/12 à 28/12/2021	56	12	12
Posse – GO	07/12/2021 a 14/01/2022	38	28/12/2021 à 14/01/2022	06	04	04
São João D'Aliança – GO	17/01 à 28/01/2022	179	01/02/2022	41	03	03
Guarani de Goiás – GO	01/02 à 09/02/2022	109	09/02 à 02/03/2022	42	04	04

Nova Roma – GO	02/03 à 04/03/2022	161	18/03 à 11/04/2022	91	13	13
Iaciara – GO	24/03 à 01/04/2022	103	02/05 à 13/05/2022	20	01	01
Buritinópolis - GO	04/04 à 15/04/2022	130	17/05/2022	08	0	0
Posse – GO	18/04 à 20/05/2022	118	21/06 à 22/06/2022	07	01	01
São Domingos – GO	23/05 à 03/06/2022	183	23/06/2022	01	0	0
Posse – GO	06/06 à 24/06/2022	01	23/06/2022	01	0	0
Águas Lindas – GO	25/06/2022 à 26/06/2022	92	08/08/2022	17	2	2
Posse – GO	27/06/2022 à 29/07/2022	23	14/07/2022 à 03/08/2022	5	0	0
Posse – GO	01/08/2022 à 31/08/2022	04	17/8/2022	0	0	0
Posse – GO	03/10/2022 à 06/10/2022	87	24/10/2022	10	4	4
Posse – GO	07/10/2022 à 10/10/2022	61	25/10/2022	9	1	1
Posse – GO	11/10/2022 à 21/10/2022	106	09/11/2022	5	0	0
São Domingos – GO	24/10/2022 à 09/11/2022	207	18/11/2022	10	3	3
Guarani de Goiás – GO	21/11/2022 à 25/11/2022	88	08/12/2022	8	2	2
Nova Roma – GO	05/12/2022 à 16/12/2022	86	03/01/2023	4	1	1
Cavalcante – GO	27/03/2023 a 31/03/2023	136	27/04/2023 a 03/05/2023	10	8	8
Teresina de Goiás – GO	03/04/2023 a 06/04/2023	117	05/05/2023	6	1	1
Campos Belos – GO	10/04/2023 a 19/05/2023	237	19/05/2023	0	0	13
Divinópolis de Goiás	22/05/20223 a 02/06/2023	193	20/06/2023	0	0	10
TOTAIS:		6.718		1.819	273	695


 Adrielly Nunes da Silva
 Enfermeira COREN – GO 701362
 Coordenadora de Enfermagem

5 – Relatório de Recursos Humanos

Contamos atualmente com 84 colaboradores

5.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

No mês de fevereiro todos os foram por outras enfermidades ou consultas médicas, totalizando 50 em afastamentos.

ATESTADOS POR COVID-19/ OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS	DATA	DIAS/HORAS
Amanda Karoline da Silva	11/07/2023	2
Amanda Karoline da Silva	21/07/2023	01:40
Amanda Karoline da Silva	27/07/2023	02:00
Danielle Moreira Pereira Brito	06/07/2023	0:28
Denise Nogueira dos Santos	03/07/2023	5
Elaine Cristina Vargas Gomes Batista	21/07/2023	5
Gean Ferreira dos Santos	11/7/2023	2
Gisele Rayane Cardoso da Silva	5/7/2023	1
Gisele Rayane Cardoso da Silva	18/07/2023	05:30
Gisele Rayane Cardoso da Silva	25/7/2023	03:30
Hanna Nobrre Liah	13/7/2023	01:45
Hanna Nobrre Liah	24/7/2023	2
Igor Valente Teixeira	3/7/2023	1
Igor Valente Teixeira	7/7/2023	1
Jessica Cristina Oliveira Silva	10/7/2023	1
Joene Gomes da Cruz	27/7/2023	01:44
Leilane Karine Santos	25/7/2023	1
Luciana Moreira Lopes	4/7/2023	1
Maisa Mendes dos Santos Oliveira	18/07/2023	1
Maisa Mendes dos Santos Oliveira	20/07/2023	03:58
Maisa Mendes dos Santos Oliveira	25/07/2023	03:54
Mariana Albino de Jesus	4/7/2023	1
Marilene Francisca de Sa Silva	21/7/2023	1
Millena Shainara Marques Linhares	26/7/2023	2
Regina de Jesus Lima	18/7/2023	03:14
Regina de Jesus Lima	28/7/2023	01:26

Rosiane Castro de Oliveira	18/07/2023	2
Rosiane Castro de Oliveira	20/07/2023	2
Samara Soares de Almeida	08/07/2023	8
Samara Soares de Almeida	31/07/2023	1
Tais Alves dos Santos	07/07/2023	10
Tathyanne Nelson de Paiva	12/07/2023	1
Tathyanne Nelson de Paiva	13/07/2023	1
Tatiane Da Silveira dos Santos	10/07/2023	2
Tatiane Jose Cardoso	10/07/2023	1
Tatiane Jose Cardoso	11/07/2023	2
Thayanne de Souza Silva	04/07/2023	4
Uelida Vieira de Andrade Santos	05/07/2023	2
Zildete Vieira da Costa	26/07/2023	3
Zilmara dos Santos Santana	03/07/2023	03:30
Zilmara dos Santos Santana	18/07/2023	2
Zilmara dos Santos Santana	20/07/2023	3

Marta Martins de Melo Ferreira
Marta Martins de Melo Ferreira
Assistente de Recursos Humanos

5.2 EPI

A entrega de EPIs se dá todas as sextas-feiras. Cada setor recebe o EPI relacionado ao grau de exposição aos pacientes. Na Policlínica Estadual de Região Nordeste - Posse temos os setores: administração, enfermagem, multidisciplinar e recepção.

Multidisciplinares compreendem: Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Nutricionista e Psicóloga. Foram entregues no mês de julho de 2023, a quantia de:

240 máscaras cirúrgicas

100 toucas cirúrgicas

100 capotes

Enfermagem compreende: Enfermeiras, auxiliar de farmácia, farmacêutica, Maqueiro, Técnicas de Enfermagem e Técnica de Imobilização. Foram entregues no mês de julho de 2023, a quantia de:

666 máscaras cirúrgicas

326 capotes

326 toucas

Recepção: foram entregues neste mês de julho de 2023 a quantia de:

360 máscaras cirúrgicas

Administração compreende: Auxiliar de atendimento, Almojarife, Assistente Administrativo, Assistente Financeiro, Assistente de Recursos Humanos, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de almojarife e Técnico de Segurança do Trabalho. Foram entregues no mês de março de 2023 a quantia de:

200 máscaras cirúrgicas



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

6 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

1. Introdução

Este relatório tem como objetivo apresentar informações técnicas e clínicas referentes aos serviços prestados pela clínica de hemodiálise da Sempre Vida Medicina no mês de julho de 2023. Serão descritas as características das máquinas utilizadas, a capacidade de atendimento da clínica e a distribuição dos pacientes em turmas. Também serão apresentados os profissionais da equipe de atendimento, suas especializações e as técnicas utilizadas para realização da hemodiálise. Por fim, serão apresentados dados sobre o tipo de acesso vascular utilizado pelos pacientes atendidos.

Este relatório é de fundamental importância para o acompanhamento e monitoramento dos serviços prestados, garantindo a qualidade e segurança no atendimento aos pacientes em hemodiálise.

2. Relatório do serviço de Hemodiálise

Serviços prestados pela Sempre vida Medicina no atendimento a pacientes de hemodiálise na Policlínica Estadual da Região Nordeste sediada na cidade de Posse, Goiás, referente ao mês de julho de 2023.

Tecnologias da saúde:

- ✓ 7 máquinas de hemodiálise Fresenius sala branca 1;
- ✓ 9 máquinas de hemodiálise Fresenius sala branca 2;
- ✓ 2 máquinas de hemodiálise Fresenius sala amarela;
- ✓ 2 máquinas de hemodiálise Fresenius reservas;
- ✓ 1 Sistema de tratamento de água para hemodiálise duplo passo;
- ✓ 5 osmose reversas portáteis SAUBERN;
- ✓ 2 reprocessadoras automatizadas;

Prestando atendimento especializado em hemodiálise com capacidade de 60 vagas sorologia negativa, anti HCV positivo e HIV positivo, 8 vagas HBsAg positivo divididos em dois turnos, segunda, quarta e sexta e dois turnos terça, quinta e sábado.

Atualmente com 52 pacientes:

Procedência	Segunda, Quarta e Sexta		Terça, Quinta e Sábado		TOTAL
	1T	2T	1T	2T	
ALVORADA DO NORTE	3				3
BURITINOPOLIS			1		1
DAMIANOPOLIS				2	2
DIVINOPOLIS DE GOIAS		1			1
FLORES DE GOIAS			1		1

Flores de Goiás			1		1
Formosa	2	4		9	15
Iaciara		1			1
Mambaí				1	1
Posse	7	8	6	2	23
Simolândia	2				2
Sítio D'abadia			1		1
Vila Boa	1				1
Total Geral	15	14	9	14	52

Acesso vascular	
Cateter temp.	16
Cat. Longa Permanência	01
FAV	31
PTFE	04
Total Geral	52

Equipe multiprofissional:

- ✓ 01 médicos nefrologistas e Responsável Técnico.
- ✓ 01 Enfermeiro Responsável Técnica,
- ✓ 02 enfermeiros assistencial e
- ✓ 12 técnicos de enfermagem
- ✓ 02 assistentes sociais
- ✓ 02 psicólogas
- ✓ 02 nutricionistas
- ✓ 02 fisioterapeutas

3. Registro de atividades e remoções de pacientes

Implantes de Cat. Temporário:

- ✓ Jose Rosenir Vieira Lima – 01
- ✓ Pedro Teixeira de Araujo – 01
- ✓ Valdomiro Eduvirgens Soares - 05

Implantes de Cat. De longa permanência

- ✓ Maria de Fatima Moura da Costa - 01

Remoções:

Remoções:

Data	Paciente	Destino
10/07/2023	UANDERSON SOARES DOS SANTOS	HEF
22/07/2023	MANOEL JOSE DA SILVA LIMA	HEF
24/07/2023	VALDOMIRO EDUVIRGENS SOARES	HEF

Saídas de pacientes:

ÓBITO	ALICE PEREIRA DE SANTANA
TRANSFERENCIA	HELENA SOARES DE MAGALHAES
TRÂNSITO	ANTONIO DIVINO DANTAS

Foram realizados na hemodiálise no mês de julho:

Atendimentos Global	51 atendimentos
Assistente social	153 matutinos / 152 vespertino
Nutrição	67 matutinos / 48 vespertino
Psicologia	55 matutinos/ 131 vespertino
Fisioterapia	163 matutino/ 186 vespertino
Enfermagem	634 consultas
Enfermagem aromaterapia	634 procedimentos

4. Desinfecção Osmose e Manutenção Preventiva de Máquina e Poltronas

Em 25/07/2023 seguindo as especificações do fabricante, foi realizada a manutenção preventiva mensal e todas as liberações necessárias foram feitas para garantir o pleno funcionamento: Máquinas de hemodiálise e poltronas.

As osmose portáteis e osmose fixa passaram por uma desinfecção preventiva mensal utilizando ácido peracético 5%. Após o procedimento, foi realizado um teste no equipamento para verificar a presença de ácido peracético, o qual apresentou resultado negativo.

No dia 25/07/2023, foi realizada a desinfecção preventiva mensal com ácido peracético a 5% em diversos componentes, incluindo pré-tratamento, reuso, looping, osmose reversa, reservatório de água e máquinas. Após a desinfecção, foram realizados testes que apresentaram resultados negativos para ácido peracético, o que indicou a eficácia do processo. Com isso, os equipamentos foram liberados para uso. durante o processo de manutenção.

Em 24/07/2023 Maq HD 1SXA2RB3 Sala branca 1, apresentou erro na remoção de UF dos pacientes dialisados, realizado manutenção em 25/07/2023, equipamento liberado para uso.

No dia 27/07/2023, foi realizada a coleta mensal de água para hemodiálise dos pontos acordados em contrato:

Loop do reuso

Loop da osmose

Osmoses portáteis

Dialisato de 2 maq de HD (0SXA1ZX1 e 1SXA2RAS)

Seguindo orientações da RDC N°11/2014.

5. Ações Realizadas

- ✓ No período aconteceu a substituição do enfermeiro responsável técnico de enfermagem da nefrologia em 10/07/2023, Frederico Antonio e Silva, COREN-GO 168700. Acolhimento por toda equipe do setor e da Policlínica.
- ✓ Inicia atividade realizando avaliação das rotinas e procedimentos do serviço de hemodiálise.
- ✓ Realizando inicialmente treinamento da equipe em prevenção de IRAS (Infecção relacionada a assistência a saúde), com enfoque em higienização das mãos, sendo propôs para SCIRAS, alterações de infra estrutura (Torneiras, tipos de sabonete e sinalização de pias), para melhora na adesão e qualidade do procedimento.
- ✓ Posteriormente revisão do pop para cuidados com cateter de hemodiálise com treinamento da equipe e exclusão de produto para manejo do cuidado com cateter (conector sem agulha), solicitado ao almoxarifado.

6. Considerações finais

Considerando as informações apresentadas, é importante ressaltar a necessidade de uma gestão eficiente e comprometida com a qualidade do atendimento aos pacientes em uma clínica de hemodiálise.

É fundamental que a equipe esteja capacitada e treinada para realizar os procedimentos de forma adequada e segura, e que haja um constante monitoramento dos equipamentos e instalações para garantir a qualidade da água utilizada e a prevenção de infecções.

Encerramos o mês de julho com os seguintes dados:

- | |
|--|
| ✓ 52 pacientes em hemodiálise; |
| ✓ 04 admissões de pacientes; |
| ✓ 02 transferências de paciente; |
| ✓ 634 sessões realizadas de hemodiálise; |

- ✓ 01 sessões extra;
- ✓ 38 faltas às sessões de hemodiálise, faltas justificadas;
- ✓ 00 alta do programa;
- ✓ 03 internações de paciente do programa;
- ✓ 01 óbitos de pacientes do programa;
- ✓ 00 paciente recebe alta por TX;
- ✓ 05 pacientes fizeram uso de Antibioticoterapia venosa;
- ✓ 06 coletas de hemocultura
- ✓ 34 pacientes com processo ativo para Medicamentos de alto custo.

7.0 ANEXO



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

7 – Produção Assistencial

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

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

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL JULHO/2023			
Consulta Médica	Meta mensal	Atendimento Ambulatorial (Especialidades Médicas)	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Julho	
Consulta Médica	5.988	6.607	3.729

Consulta Não Médica	Meta mensal	Atendimento Ambulatorial (Especialidades Não Médicas)	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Julho	
Consulta Não Médica	2.864	5.558	3.585

Tipo de Cirurgia	Meta mensal	Cirurgias Ambulatoriais	
		Junho	
		Cirurgia Menor Ambulatorial (cma)	120

Tipo de Exame	Meta mensal	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico -SADT EXTERNO	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Julho	
Radiologia	600	680	354
Ultrassonografia	360	362	282
Tomografia	600	709	264
Endoscopia	200	0	0
Mamografia	100	164	59
Ressonância Magnética	240	260	204
Sub. Total	2.100	2.175	1.163

Tipo de Exame	Meta mensal	Julho	
Mapa	60	120	93
Holter	60	120	95
Emissão Otoacústica	40	60	5
Teste Ergométrico	80	80	66
Punção Aspirativa De Mama Por Agulha Fina	20	24	3
Colonoscopia	100	101	22
Cistoscopia	40	40	1
Densitometria Óssea	200	240	21
Ecocardiografia Transtorácica	60	108	81
Eletrocardiografia	200	240	95
Doppler Vascular	60	60	171
Nasofibrosopia	60	90	0
Punção Aspirativa por agulha grossa	20	0	0
Urodinâmica	20	0	0
Colposcopia	80	0	0
Eletroencefalografia	100	0	0
Eletroneuromiografia	50	0	0
Espirometria	200	0	0
Audiometria	200	0	0
Sub. Total	1650	1.283	653
Total Geral	3.750	3.458	1.816

*Serviço de Audiometria aguarda a aprovação do Projeto de adaptação da Infraestrutura, protocolado na Suvisa/Go.

*Endoscópio e Colonoscópio estão em manutenção.

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames Oftalmológicos	
		Julho	
Fundoscopia	0	368	
Potencial De Acuidade Visual	0	0	
Tonometria	0	370	
Triagem Oftalmológica	0	188	
Teste Ortóptico	0	0	
Total	0	926	

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames Unidade Móvel de Prevenção	
		Julho	
Mamografia	720	4	
Citopatológico	0	3	

Holter	110	0
MAPA	110	0
Eletrocardiografia	312	0
Espirometria	176	0
Fundoscopia	176	0
Total	2.204	7

Transporte	Média Mensal de distância percorrida	Julho
Unidade Móvel de Prevenção	750 Km	0 Km
Total	750 Km	0 Km

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames Unidade Móvel de Tomografia	
			Julho
Tomografia	0		117

Transporte	Média Mensal de distância percorrida	Julho
Unidade Móvel de Tomografia	0 Km	130 Km
Total	0 Km	130 Km

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames de análises Clínicas	
			Julho
Exames Laboratoriais	0		5.146

Tipo de Exame	Meta mensal	Terapia Renal Substitutiva	
			Julho
Primeira consulta	NTMC		8
Sessões hemodiálise	936		626
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal	36		0
Total	972		634

Transporte	Meta mensal	Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico
------------	-------------	--

		Julho
Ônibus I	12.000 Km	10.910 Km
Ônibus II	12.000 Km	9.052 Km
VAN	12.000 Km	0 Km
Total	36.000 Km	19.962 Km

Especialidades Médicas	Meta mensal	Atendimento Médico por Especialidade	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Julho	
Angiologia	5.988	102	53
Cardiologia		569	328
Clínico Geral (médico da família)		387	104
Dermatologia		288	162
Endocrinologia/Metabologia		903	469
Gastroenterologista		238	103
Ginecologia/Obstetrícia		300	104
Hematologia		35	23
Infectologia		45	26
Mastologia		240	143
Nefrologia		650	657
Neurologia		369	210
Oftalmologia		440	188
Ortopedia e Traumatologia		1.019	587
Otorrinolaringologia		419	198
Pediatria Clínica		191	91
Pneumologia/Tisiologia		40	16
Psiquiatria		100	79
Reumatologia		136	81
Urologia		136	107
Total	5.988	6.607	3.729

Especialidades Médicas	Meta mensal	Atendimento Médico por Especialidade	
		Julho	
Anestesiologia	0	21	

Especialidades Não Médicas	Meta mensal	Atendimento Não Médico por Profissão	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Julho	
Enfermagem	2.864	1.552	1.355
Farmácia		600	97
Fisioterapia		1.515	987

Fonoaudiologia		160	86
Nutricionista		507	367
Psicologia		500	273
Serviço Social		724	420
Total	2.864	5.558	3.585

Práticas Integrativas e complementares- PICS	Meta mensal	Produção Realizada	
		Julho	
Ventosaterapia	0	129	
Aromaterapia	0	7	
Fitoterapia	0	59	
Tratamento Naturopático	0	510	
Total	0	705	

Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas	Meta mensal	Produção Realizada	
		Julho	
Bolsa De Colostomia Fechada C/ Adesivo Microporoso	0	0	
Bolsa De Colostomia Com Adesivo Microporo Drenável	0	0	
Conjunto De Placa E Bolsa P/ Estomia Intestinal	0	0	
Barreiras Protetoras De Pele Sintética	0	0	
Bolsa Coletora P/ Urostomizados	0	0	
Coletor Urinário De Perna Ou De Cama	0	0	
Conjunto De Placa E Bolsa P/ Urostomizados	0	0	
Total	0	0	

O Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas ainda não possui produção devido à falta de definição do fluxo de pacientes.

Consultas odontológicas	Meta mensal	Centro Especializado em Odontologia (CEO II)	
		Julho	
Primeira Consulta	240	0	
Consultas Subsequente	360	0	
Sub. Total	600	0	
Especialidades Mínimas Odontologia	Meta mensal	Julho	
Procedimentos Básicos	110	0	
Periodontia Especializada	90	0	
Endodontia	60	0	
Cirurgia Oral Menor	90	0	
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	0	0	
Sub. Total	350	0	

Total	950	0
*Serviço de Odontologista aguarda a aprovação do Projeto de adaptação da Infraestrutura, protocolado na Suvisa/Go.		

Especialidade	Meta mensal	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
		Julho
Farmácia	350	283

Especialidades Não Médicas (outras)	Julho
Enfermagem	3.553

** Os serviços ainda não implantados iniciarão conforme o Plano Operativo novembro 2022.

Fonte: MV | SoulMV - POLICLINICA DE POSSE de 01/07/2023 – 31/07/2023

Posse - GO, 05 de agosto 2023

Kamylla Divina Brito

Kamylla Divina Brito do Carmo

Coordenadora Operacional

Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse

