



RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº051/2020

Competência: outubro/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	21
2.3.3 – Comissão de Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde	23
2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente	25
2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde	27
2.3.6 – Comissão de Multiprofissional	29
2.3.7 – Comissão de Avaliação de Análise de Revisão de Prontuários Médicos	31
2.3.8 – Comissão de Proteção Radiologia	37
2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica	39
2.3.10 – Comissão de Verificação de Óbito	41
2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade	43
2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais	46
2.3.13 – Comissão de Ética Médica	48
2.3.14 – Comitê de Ergonomia	51
3 – Atividades Realizadas No Mês	54
4 – Relatório de Recursos Humanos	63
4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos	63
4.2 EPI	65
5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise	66
3. REGISTRO DE ATIVIDADES E REMOÇÕES DE PACIENTES	68
5. AÇÕES REALIZADAS	69
6 – Produção Assistencial	72
6.1 – Produção de especialidades médicas, não médica e SDTA externo.	72

1 – Apresentação

O Instituto CEM é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, fundada em 05 de março de 2010, inscrito no CNPJ/MF 12.053.184/0001-37, está localizado Estado de Goiás, Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia – GO, devidamente contratualizado com Secretaria do estado de Goiás, por meio de Contrato de Gestão, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 12 horas/dia na Policlínica Regional - Unidade de Posse, localizada à Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira na confrontação com terras da Prefeitura Municipal de Posse, setor Buenos Aires, Posse – GO, CEP: 73.900-000.

A Policlínica Regional - Unidade de Posse, tem caráter regionalizado, definido após avaliação técnica da demanda por atendimento ambulatorial na rede pública de saúde, proporcionando, assim, maior rapidez ao diagnóstico e ao tratamento com atendimento de forma próxima e acessível ao cidadão, por meio de prestação de um conjunto de serviços que garantam uma intervenção rápida, eficaz e precoce. Além de orientar a terapêutica e ampliar a oferta de serviços ambulatoriais especializados da necessidade regional nos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede básica, mas que não precisam de internação Hospitalar ou atendimento de urgência.

“Excelência é o resultado gradual de sempre se esforçar para fazer o melhor” Pat Riley

2 – Ações Voltadas Para Qualidade

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação

APRESENTAÇÃO

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

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

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta o resultado da pesquisa de satisfação dos usuários Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, realizada entre os dias 01 a 31 de outubro de 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 de setembro. 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	1	0	2	59	110	172	17%
Enfermagem	0	0	0	2	38	40	4%
Recepção Médica	1	3	2	44	68	118	12%
Consultório Médico	1	3	3	46	65	118	12%
Recepção Imagem	0	0	2	55	84	141	14%
Diagnóstico por Imagem	0	0	2	55	84	141	14%
Recepção Laboratório	0	0	0	24	14	38	4%
Recepção Equipe Mult.	0	0	0	20	51	71	7%
Laboratório	0	0	0	24	14	38	4%
Fisioterapia	0	0	0	20	51	71	7%
Fonoaudiologia	0	0	0	0	0	0	0%
Nutrição	0	0	0	1	17	18	2%
Serviço Social	0	0	0	0	0	0	0%
Assistência Farmacêutica	0	0	1	5	16	22	2%
Psicologia	0	0	0	0	8	8	1%
Total Geral	3	6	12	355	620	996	100%
Índice Satisfação	0%	1%	1%	36%	62%	Índice Geral	98%

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

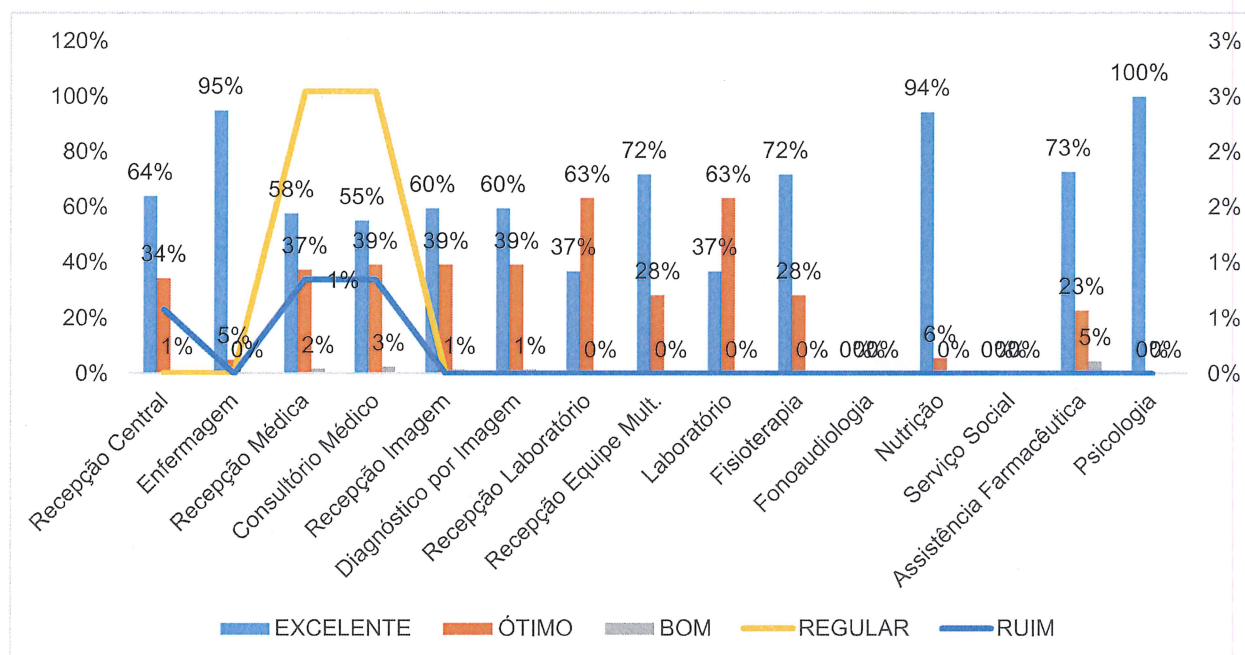
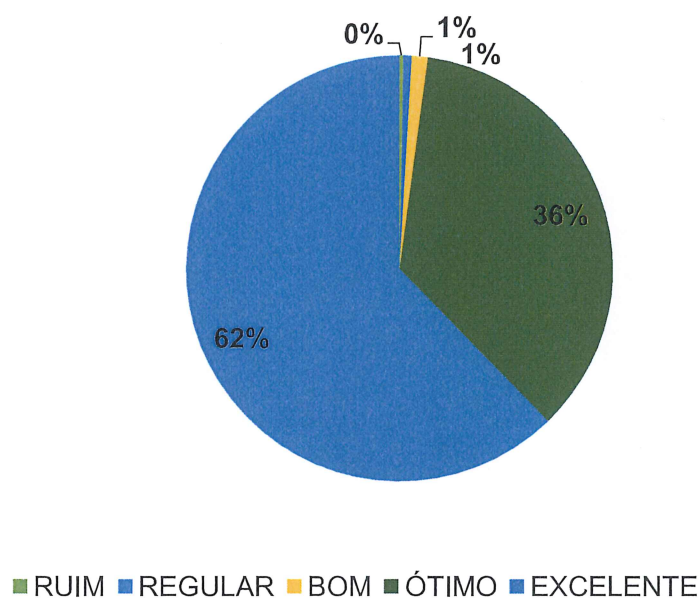


Gráfico 02: Índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento.

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%.

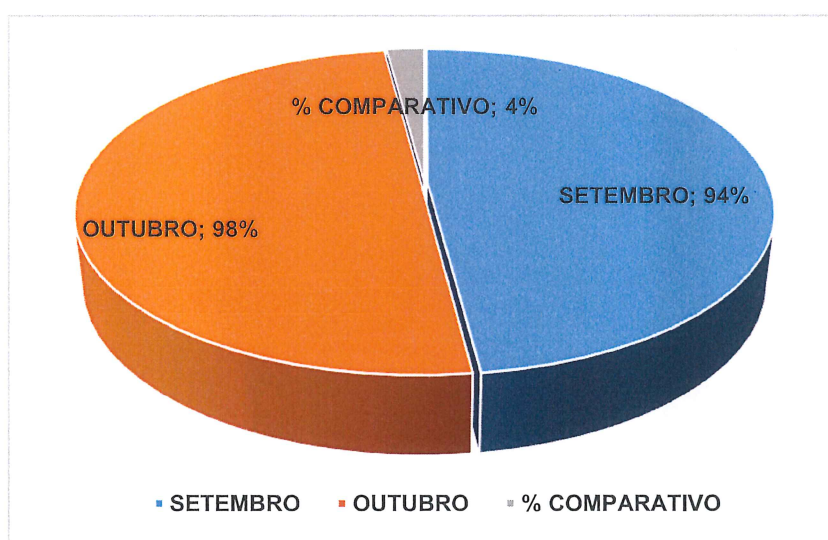
Como instituição de saúde, nossa prioridade é sempre oferecer um atendimento de excelência aos nossos pacientes, e não medimos esforços para garantir a qualidade e eficiência dos serviços prestados. A gestão busca cada vez mais, prestar um atendimento de qualidade e excelência aos nossos usuários.

3.1.1 Comparativo das avaliações entre os meses agosto/setembro

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

INDICADORES	SETEMBRO	OUTUBRO	% COMPARATIVO
Ruim	0	3	100%
Regular	4	6	-100%
Bom	179	12	-1392%
Ótimo	753	355	-112%
Excelente	2.146	620	-246%
Total Geral de Avaliações	3.082	996	-209%
Índice Geral de Satisfação	94%	98%	4%

Gráfico 03: Comparativo setembro/outubro



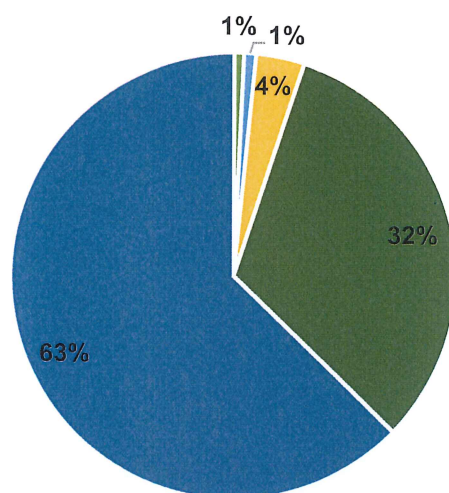
Quanto aos indicadores, nestes dois meses, houve uma pequena queda no índice de satisfação, no entanto, este índice está dentro do esperado, ao manter um excelente índice de satisfação, demonstra que a Policlínica vem mantendo seu nível de qualidade. A planilha e o gráfico mostra o índice geral de satisfação da Policlínica, que ficou em 98% no índice geral de satisfação. Isso reforça nosso compromisso para manter um atendimento humanizado e de excelência, em nossa unidade de saúde.

3.1.2 Avaliação da limpeza por setor

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

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	EXCELENTE	TOTAL/MÊS	%
Recepção Central	1	2	9	61	98	171	30%
Enfermagem	0	0	0	2	31	33	6%
Recepção Esp. Médica	2	2	3	33	78	118	21%
Recepção Imagem	0	0	3	41	97	141	25%
Recepção Laboratório/Equipe Multi	1	1	5	47	54	108	19%
Total Geral	4	5	20	184	358	571	100%
Índice de Satisfação	0%	1%	4%	32%	63%	Índice Geral	95%

Gráfico 04: Índice de satisfação



■ RUIM ■ REGULAR ■ BOM ■ ÓTIMO ■ EXCELENTE

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 95%, ele se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes. Este índice representa a quantidade de usuários que responderam ótimo e excelentes para a limpeza, estes resultados demonstram a eficiência do serviço de limpeza da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

3.2 Pesquisa de Satisfação Hemodiálise

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

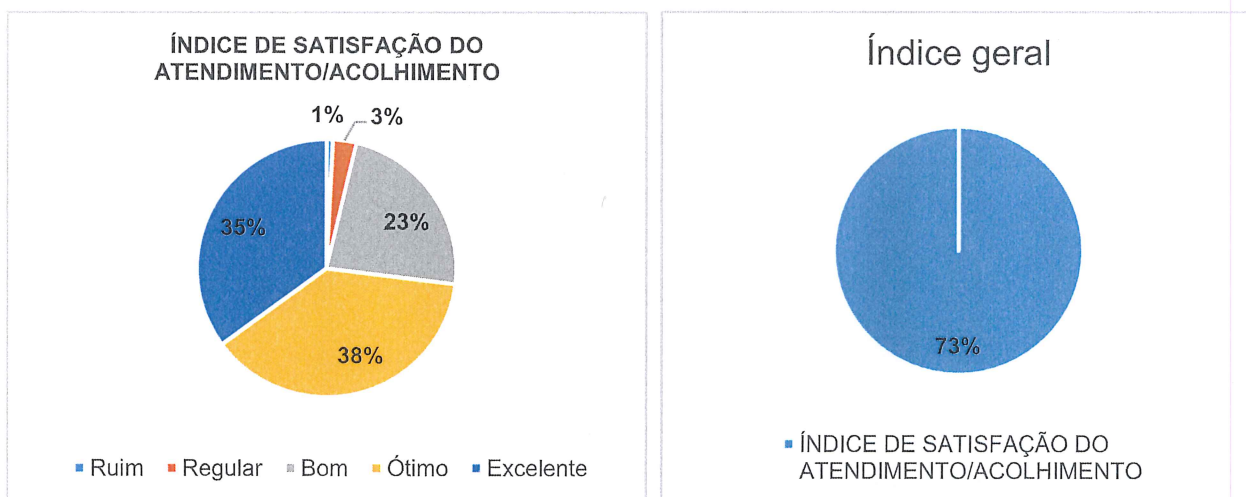
Foi aplicado o questionário a 55 pacientes, sobre atendimento, acolhimento, qualidade e conforto dos serviços ofertados.

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

Como você avalia o atendimento/Acolhimento?	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	Excelente	Total/Mês
Recepção (gentileza, atenção e informações recebidas)	1	3	16	20	15	55
Médico (gentileza e tratamento recebido)	0	2	15	22	16	55
Acolhimento Enfermagem (gentileza e cuidados recebidos)	0	0	10	14	31	55

Fisioterapia (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	2	6	16	19	12	55
Nutrição (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	1	3	13	26	12	55
Psicologia (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	0	2	15	25	13	55
Serviço Social (gentileza, atenção e cuidados recebidos)	0	0	14	23	18	55
Satisfeito com o lanhe servido (qualidade e quantidade)	1	2	18	22	12	55
Conforto (climatização e conforto durante a sessão de hemodiálise)	0	1	10	20	24	55
Limpeza (higienização, climatização e conforto nas dependências)	0	0	3	23	29	55
Satisfeito com o transporte (veículo: conservação, conforto e limpeza)	0	0	9	18	23	50
Satisfeito com o transporte (motorista: gentileza, atenção, habilidade, cuidado e informações recebidas)	0	0	9	18	23	50
TOTAL GERAL	5	19	148	250	228	650
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO	1%	3%	23%	38%	35%	Índice geral = 73%

Gráfico 06: Índice de satisfação do atendimento/acolhimento



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

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

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

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS


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

Com base nos resultados expostos nas tabelas e gráficos, constatou-se que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, vem mantendo seu alto índice de satisfação com pequenas alterações de um mês para outro. Neste mês, as avaliações ficaram com um índice geral de aprovação de 98% no atendimento geral e 95% na estrutura e limpeza. Esses índices indicam resultados satisfatórios e que a Policlínica está no caminho certo.

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

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

5. EMITIDO


Gláucia Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria

2.2 – Relatório da Ouvidoria

1. INTRODUÇÃO

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

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

1.1 Estrutura

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

1.2 Canais de acesso a Ouvidoria

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

E-mail: ouvidoria@policlinicaposse.org.br

Telefone: (62) 3142 - 5872

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

2. ATENDIMENTOS

Este relatório apresenta os dados estatísticos referente ao período de 01/10/2023 a 31/10/2023, os quais foram extraídos do Sistema OuvidorSUS. Foram registradas 26 manifestações, todas pessoalmente. Deste total, 23 foram elogios, 02 reclamações e 01 solicitação.

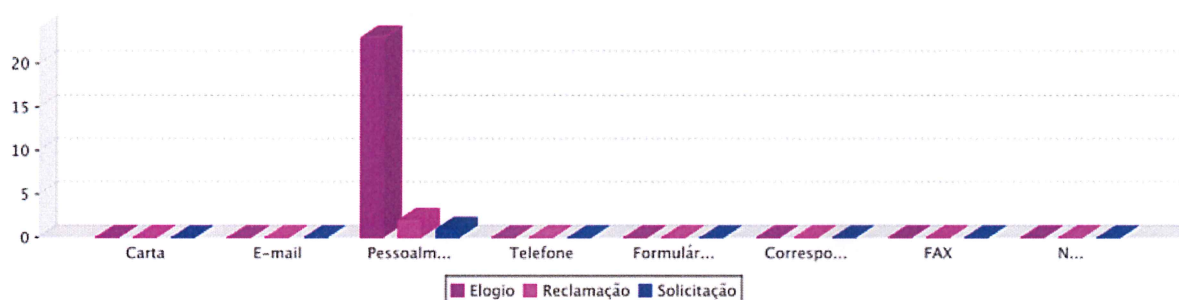
Gráfico 01: Classificação X Tipo Atendimento

Ministério da Saúde
Sistema de Ouvidorias do SUS

Relatório Estatístico - Classificação X Tipo Atendimento

Período: 01/10/2023 à 31/10/2023

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	0	0	23	0	0	0	0	0	23	88,46%
Reclamação	0	0	2	0	0	0	0	0	2	7,69%
Solicitação	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3,85%
Total:	0	0	26	0	0	0	0	0	26	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 e por carta.

Gráfico 02: Status x Classificação

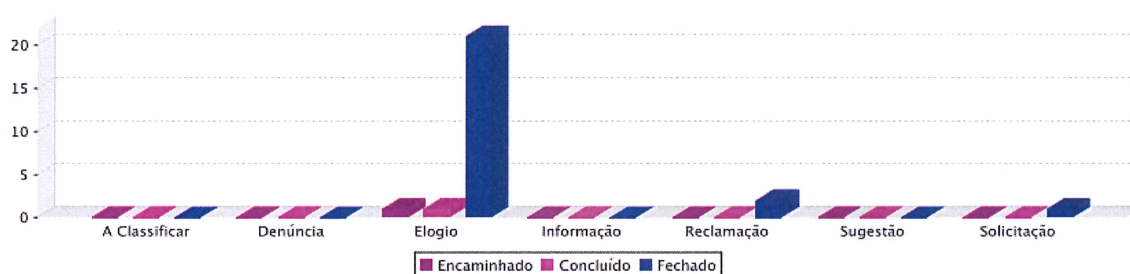
Ministério da Saúde
Sistema de Ouvidorias do SUS

Relatório Estatístico - Status X Classificação

Período: 01/10/2023 à 31/10/2023

Ouvidoria de Cadastro: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE

Status	A Classificar	Denúncia	Elogio	Informação	Reclamação	Sugestão	Solicitação	Total	Percentual
Encaminhado	0	0	1	0	0	0	0	1	3,85 %
Concluído	0	0	1	0	0	0	0	1	3,85 %
Fechado	0	0	21	0	2	0	1	24	92,31 %
Total:	0	0	23	0	2	0	1	26	100,00 %



3.2 Classificação das manifestações

As manifestações podem ser classificadas como **elogio**, **informação**, **sugestão**, **solicitação**, **reclamação** e **denúncia**. Durante este período acima citado, foram registradas 26 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, 88,4% foram de elogios, 7,6% foram de reclamações e 3,8% solicitações. As manifestações foram registradas por meio de atendimento presencial.

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

5. EMITIDO

Gláucia Rodrigues Vieira
Gláucia Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria

2.3 – Relatório das Comissões

2.3.1 – Comissão de Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão

1.0 APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO

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

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

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


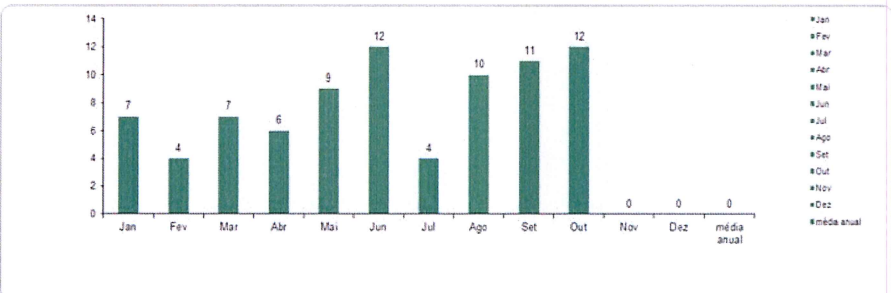
Os membros que compões este NEPE:

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

		NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
		FORMULÁRIO												
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		FOR.NEP.01				Revisão: 03				vigência: 30/10/2025				
		Ações educativas realizadas				Data da Análise: 31/10/2023				Período/Ano analisado: out/23				
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de ações educativas realizadas	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2023	7	4	7	6	9	12	4	10	11	12			
Processo: Programa de educação permanente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória das ações realizadas														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica	ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
Responsável pela análise: Daiane Cavalcante	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.													
Observações: quantificar as ações previstas não realizadas e as justificativas	Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													

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

2.1.1 NEP (NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE)

TREINAMENTOS REALIZADOS NA POLICLÍNICA DE POSSE:

TREINAMENTO	PROPOSTA DA DATA	MINISTRANTE	QUANTOS PARTICIPANTES
Integração dos Novos Colaboradores	02/10/2023	Adrielly Nunes, Cledimar Bispo, Kamylla Divina, Luciano Elan	04

Treinamento sobre Protocolos de Segurança do Paciente	11/10/2023	Barbara Rhuanna, Thaise Ynara,	08
Treinamento Higienização das Mãos	27/10/2023	Thaise Ynara	11

CARGA HORÁRIA TOTAL DOS TREINAMENTOS REALIZADOS:

TREINAMENTO	DATA	QUANTOS PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA TOTAL
Integração dos Novos Colaboradores	02/10/2023	04	1 hora
Treinamento sobre Protocolos de Segurança do Paciente	11/10/2023	08	1 hora
Treinamento Higienização das Mãos	27/10/2023	11	1 hora

AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DOS TREINAMENTOS DE OUTUBRO 2023:

TREINAMENTO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA
Integração dos Novos Colaboradores	A Policlínica Estadual da Região Nordeste- Posse realizou uma integração dos novos colaboradores, primeiramente teve explicação sobre treinamento do uso correto de EPI, canal da integridade e prevenção de acidentes. Logo após a integração dos colaboradores do conhecimento da unidade de saúde e seus postos de trabalho afim de proporcionar o bem estar do colaborador nas suas funções.
Treinamento sobre Protocolos de Segurança do Paciente	A ação foi realizada na Policlínica de Posse-Go, no dia 11 de outubro de 2023 pela enfermeira SCIRAS e a Farmacêutica. Inicialmente, orientaram a equipe sobre a importância do núcleo de segurança do paciente, que foi criado para promover e apoiar a implementação de ações voltadas a segurança do paciente. Explicaram cada meta do protocolo de segurança do paciente separadamente.
Treinamento Higienização das Mãos	A ação foi realizada na Policlínica de Posse-go, no dia 27 de outubro de 2023 pelo Núcleo de Segurança do Paciente. Em primeiro momento foi reforçado com a equipe a importância da higiene das mãos e da responsabilidade de todos os colaboradores quando se fala em lavagem das mãos, dessa maneira seguiu então para a divisão de cinco pessoas, com o jogo de tabuleiro com perguntas e respostas sobre higiene das mãos, e oferecemos brindes aos participantes.

AÇÕES EDUCATIVAS

AÇÃO EDUCATIVA	DATA	PÚBLICO ALVO	CARGA HORÁRIA TOTAL
Dia Mundial do Sorriso	06/10/2023	Colaboradores	1 hora
Prevenção e Conscientização sobre Cânceres mais Prevalente nas Mulheres	10/10/2023	Colaboradores	1 Hora
Campanha Brasileira da Saúde Mental	10/10/2023	Pacientes	1 Hora
Palestra Dia Mundial da Vacinação	17/10/2023	Colaboradores	1 Hora
Campanha dia Mundial de Combate ao Bullying	20/10/2023	Pacientes	1 Hora

Dia Mundial e Nacional da Osteoporose	20/10/2023	Pacientes	1 Hora
Palestra sobre Conscientização e Prevenção do Câncer de Mama	24/10/2023	Colaboradores	1 Hora
Palestra sobre Câncer de Mama e Útero	25/10/2023	Pacientes	1 Hora

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

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

4.0 MELHORIA CONTINUA

4.1 RESOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO

O 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 Protocolos de Segurança do Paciente



Dia Mundial Higiene das Mãos



Integração dos novos colaboradores



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 outubro/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

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE																																											
FORMULÁRIO																																											
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																											
FOR.NOSP.01	Revisão: 03																																										
vigência: 30/10/2025																																											
Data da Análise: 31/10/2023																																											
Período/Ano analisado: out/23																																											
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês	DADOS MENSUAIS																																										
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente	<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>9</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>5</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2022</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	9	5	11	5	9	8	5	3	3	3				2022													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																														
2023	9	5	11	5	9	8	5	3	3	3																																	
2022																																											
Fórmula: Somatória da quantidade de eventos adversos	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																										
Valor médio do ano anterior: Não se aplica	<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Barras</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>2023</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>Fev</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>Mar</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>Abr</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>Mai</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>Jun</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>Jul</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>Ago</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Set</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Out</td><td>3</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	9		Fev	5		Mar	11		Abr	5		Mai	9		Jun	8		Jul	5		Ago	3		Set	3		Out	3		Nov			Dez			média anual		
Mês	2023	2022																																									
Jan	9																																										
Fev	5																																										
Mar	11																																										
Abr	5																																										
Mai	9																																										
Jun	8																																										
Jul	5																																										
Ago	3																																										
Set	3																																										
Out	3																																										
Nov																																											
Dez																																											
média anual																																											
Responsável pela análise: Thaise Ynara																																											
Observações: Todo incidente, evento adverso deve ser notificado e encaminhado ao NSP.																																											
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																											
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/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 onze 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 cinco 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 onze notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.																																											
Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO/2023: No mês de Agosto de acordo com o indicador obteve um total de três notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.																																											
Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2023: No mês de Setembro de acordo com o indicador obteve um total de três notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.																																											
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2023: No mês de Outubro de acordo com o indicador obteve um total de três 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 Outubro, ocorreram três notificações de incidentes ou eventos adversos.
- ✓ A ação foi realizada na Policlínica de Posse – GO, no dia 11 de Outubro de 2023 pela Enfermeira SCIRAS e a Farmacêutica Bárbara.
- ✓ A enfermeira SCIRAS ministrou um treinamento para os novos colaboradores sobre os protocolos de segurança do paciente, a importância do núcleo de segurança e a notificação compulsória de eventos adversos. Em seguida, a farmacêutica Bárbara

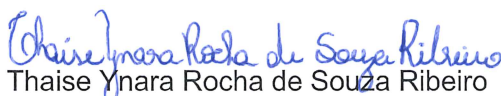
abordou o tema da segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, aprofundando o assunto e esclarecendo as dúvidas dos participantes.

- ✓ O treinamento atendeu às expectativas, onde os novos colaboradores participaram e tiraram suas dúvidas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o relatório referente ao mês de outubro 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



Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro

Enfermeira SCIRAS - COREN Nº 511424/GO

Presidente da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente

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

APRESENTAÇÃO

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

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório visa destacar as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção (CCI) na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse - GO. A CCI desempenha um papel fundamental na prevenção e no controle de infecções hospitalares nessa unidade de saúde.

O relatório aborda as iniciativas implementadas, os programas estabelecidos e as estratégias adotadas pela CCI para garantir a segurança dos pacientes e a redução da incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde. Essas ações são fundamentais para promover um ambiente saudável e de qualidade, proporcionando uma assistência segura e eficaz aos pacientes atendidos na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse - GO.

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

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

PO SSE Policlínica Estadual da Região Nordeste		SES Secretaria de Estado da Saúde		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE																							
				FORMULÁRIO																							
				ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																							
				FOR.NQSP.01				Revisão: 03				Vigência: 30/10/2025															
				Data da Análise: 31/10/2023				Período/Ano analisado: out/23																			
				Treinamentos/Capacitações em prevenção, rondas sobre controle de infecção																							
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos/capacitações na unidade				DADOS MENSAIS																							
				2022	Jan	6	Fev	3	Mar	4	Abr	2	Maio	2	Jun	4	Jul	2	Ago	4	Set	6	Out	6	Nov	Dez	média anual
				2023																							
Processo: Programa SCIRAS				REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																							
Fórmula: Somatória da quantidade de treinamentos																											
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																											
Responsável pela análise: Thaise Ynara																											
Observações: Os treinamentos são feitos de acordo com a necessidade dos setores ou por solicitações de maiores																											
				ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																							
				Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/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 do Resultado/Panorama de AGOSTO/2023: No mês de Agosto de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.																							
				Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2023: No mês de Setembro de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.																							
				Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2023: No mês de Outubro 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.

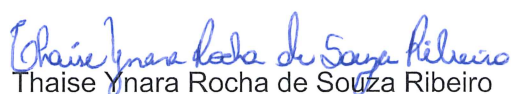
4. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ A ação foi realizada na Policlínica de Posse – GO, no dia 27 de Outubro de 2023 pela Enfermeira SCIRAS
- ✓ No dia 27 de outubro, realizamos a ação do Dia Mundial da Lavagem das Mãos com um jogo de tabuleiro com perguntas e respostas sobre a higiene das mãos, e oferecemos brindes aos participantes. Os colaboradores promoveram uma interação muito participativa, dinâmica e trocaram experiências valiosas.
- ✓ No dia 19 de outubro de 2023, modificamos as placas no setor de hemodiálise sobre a higienização das mãos e da fístula arteriovenosa, e implementamos novas placas referentes aos cuidados com a fístula e o cateter. Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os colaboradores foram conscientizados sobre a importância do manejo e descarte correto dos resíduos. Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

6. EMITIDO



Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro

Enfermeira SCIRAS - COREN N° 511424/GO

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

2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente

APRESENTAÇÃO

A comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA – tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

1. INTRODUÇÃO

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.
- ✓ Foi observado que as mudanças na identificação dos funcionários na gaurita da unidade, está sendo realizada e trazendo mais segurança para todos.
- ✓ A CIPAA participou de ações de outras comissões como Roda de conversa entre os colaboradores, palestra sobre osteoporose e as dos NSP.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO



Anisia Vieira de Barros
Presidente da Comissão

Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPAA)

2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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



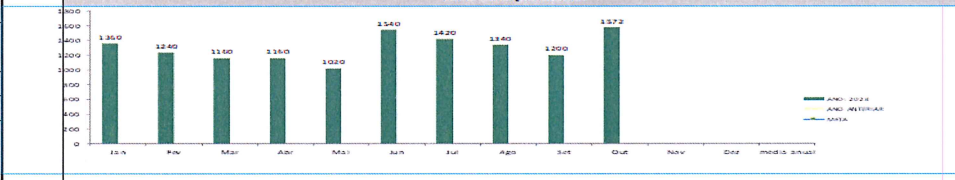
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

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

2. OBJETIVOS

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

3. INICADORES

 		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE																																							
FORMULÁRIO																																									
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																									
FORM NQSP-01		Revisão: 03		Data de Análise: 31/10/2023				Vigência: 30/10/2023																																	
Quantidade de resíduos no mês de Outubro de 2023																																									
Objetivo de medição: para saber o quantitativo de resíduos coletados no mês de outubro		DADOS MENSIAIS																																							
Processo: gestão de quantidade de resíduos ineficiente e perfluorantes coletados nesta unidade de saúde.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANO 2023</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>QUANTIDADE</td> <td>1350</td> <td>1240</td> <td>1160</td> <td>1160</td> <td>1020</td> <td>1540</td> <td>1420</td> <td>1340</td> <td>1200</td> <td>1572</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												ANO 2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	MÉDIA ANUAL	QUANTIDADE	1350	1240	1160	1160	1020	1540	1420	1340	1200	1572			
ANO 2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	MÉDIA ANUAL																												
QUANTIDADE	1350	1240	1160	1160	1020	1540	1420	1340	1200	1572																															
Formulário: somatória da quantidade de documentos não conforme		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																							
Valor médio do ano anterior: não se aplica																																									
Responsável pela análise: Cledimar Bispo		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																							
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2023: No mês de janeiro o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.350 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: No mês de fevereiro o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.240 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2023: No mês de março o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.160 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2023: No mês de abril o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.160 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2023: No mês de maio o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.020 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2023: No mês de junho o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.540 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2023: No mês de julho o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.420 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO/2023: No mês de agosto o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.340 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2023: No mês de setembro o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.200 kg																																									
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2023: No mês de outubro o total de resíduos coletados do grupo A, E foram de 1.572,25 kg																																									

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


4. AÇÕES REALIZADAS:

Neste mês de outubro foram realizadas orientações aos colaboradores sobre o conhecimento em resíduos e descartes dos mesmos nas lixeiras de maneira correta. Neste mês de outubro foram coletados; 1.390,100 Kg de Resíduos do Grupo A, 172,65 Kg de Resíduos do Grupo B e 9,500 Kg de Resíduos do Grupo E. Totalizando **1.572,25 Kg** de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de outubro 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


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

Presidente da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

2.3.6 – Comissão de Multiprofissional

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório demonstra as atividades realizadas pela Comissão de Ética Multiprofissional, localizada na Policlínica Estadual Região Nordeste - Posse. Houve reunião in loco, no dia 30 de outubro de 2023 às 12:40h. A referida reunião ocorre mensalmente e no decorrer do

relatório serão apontadas as discussões do grupo, as ações que foram realizadas e as programações futuras.

MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Ética Multiprofissional

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

3. OBJETIVOS

Verificou-se que não houve nenhuma demanda/notificação quanto à prática dos profissionais da equipe multiprofissional que envolva questões éticas. Falamos sobre a decoração da unidade e as palestras que serão realizadas durante o mês de novembro de 2023.

4. INDICADORES:

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="font-size: 8px;"> POSE Polícia Estadual de Saúde </div> </div> <div style="font-size: 8px;"> SIS Sistema de Estado de Saúde </div> <div style="font-size: 8px;"> E-GOV GO O ESTADO QUE CUSTA </div> </div>																																																									
FOR.GQ.018 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 15/02/2023																																																									
	Data da Análise: 31/08/2023 Período/Ano analisado: ago/23																																																								
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de atendimento realizado pela equipe multiprofissional.	Quantidade de atendimentos realizados pela equipe DADOS MENSAIS																																																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td></td> <td></td> <td>1050</td> <td>1226</td> <td>1306</td> <td>1756</td> <td>1890</td> <td>1990</td> <td>1719</td> <td>2050</td> <td>2223</td> <td>2332</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>2398</td> <td>2718</td> <td>3289</td> <td>3289</td> <td>3302</td> <td>3412</td> <td>3435</td> <td>3498</td> <td>3659</td> <td>3998</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANO ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	2022			1050	1226	1306	1756	1890	1990	1719	2050	2223	2332		2023	2398	2718	3289	3289	3302	3412	3435	3498	3659	3998				ANO ANTERIOR													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																												
2022			1050	1226	1306	1756	1890	1990	1719	2050	2223	2332																																													
2023	2398	2718	3289	3289	3302	3412	3435	3498	3659	3998																																															
ANO ANTERIOR																																																									
Processo: Atendimento realizado na Unidade.	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																								
Fórmula: Somatória do atendimento realizado pela equipe.																																																									
Valor médio do ano anterior: Não se aplica.																																																									
Responsável pela análise: Irani Monsueth																																																									
Observações: Não se aplica																																																									
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																									
Análise do Resultado/ Panorama de Janeiro 2023: No mês janeiro, comparado ao mês de dezembro, houve um aumento no quantitativo de atendimentos. Análise do Resultado/ Panorama de Fevereiro 2023: No mês de fevereiro, comparado ao mês de janeiro, houve um aumento no quantitativo de atendimentos. Análise do Resultado/ Panorama de Março 2023: No mês de março houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de fevereiro. Análise do Resultado/ Panorama de Abril 2023: No mês de abril houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de março. Análise do Resultado/ Panorama de Maio 2023: No mês de maio houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de abril. Análise do Resultado/ Panorama de Junho 2023: No mês de maio houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de maio. Análise do Resultado/ Panorama de Julho 2023: No mês de maio houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de junho. Análise do Resultado/ Panorama de Agosto 2023: No mês de maio houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de julho. Análise do Resultado/ Panorama de Setembro 2023: No mês de outubro houve um aumento quantitativo de atendimentos em relação ao mês de setembro.																																																									

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 outubro Rosa, prevenção ao câncer de mama e ao colo do útero prevenção de palestras e dinâmicas, voltadas para os servidores e para os usuários da Policlínica, a fim que todos tenham conhecimento acerca do tema.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO



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

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

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE ANÁLISE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS



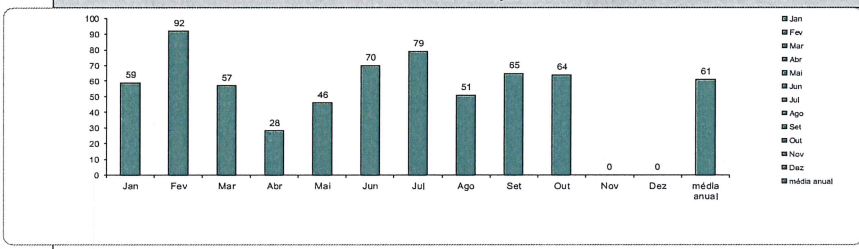
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira RT – Membro
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico Diretor Técnico – Presidente
- ✓ Emerson Cláudio Figueiredo de Castro – Médico – Vice-Presidente
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo – Membro
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

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

 		COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO													
FORMULÁRIO															
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR															
FOR.CARPM.01						Revisão: 02			Vigência: 30/10/2025						
Notificações de Incidente e Eventos Adversos						Data da Análise: 05/10/2023			Período/Ano analisado: out/23						
Objetivo de medição: Definir números de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tópicos: Identificação, Hipótese Diagnóstica, História da Doença Atual, Conduta.		DADOS MENSAIS													
			Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
		2023	59	92	57	28	46	70	79	51	65	64			61
Processo: Coleta de informações dos relatórios de produtividade extraídos do sistema MV		ANO ANTERIOR													
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.		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Valor médio do ano anterior: Não se aplica															
Responsável pela análise: DR. DIEGO MENDOZA GOUVEIA															
Observações: Meta valor aceitável.															
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO															
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO 2023: 2037 prontuários, 205 prontuários avaliados, 59 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO 2023: 3405 prontuários, 341 prontuários avaliados, 92 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO 2023: 2519 prontuários, 252 prontuários avaliados, 57 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL 2023: 2523 prontuários, 252 prontuários avaliados, 28 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de MAIO 2023: 3110 prontuários, 311 prontuários avaliados, 46 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO 2023: 4305 prontuários, 431 prontuários avaliados, 70 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de JULHO 2023: 4905 prontuários, 491 prontuários avaliados, 79 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO 2023: 3597 prontuários, 360 prontuários avaliados, 51 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO 2023: 3326 prontuários, 333 prontuários avaliados, 65 inconsistentes															
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO 2023: 3611 prontuários, 611 prontuários avaliados, 64 inconsistentes															

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO:

Realizado o chamamento com a presença do Presidente e dos demais integrantes, não havendo sido computadas faltas. Através de relatório do sistema de Prontuários digitais – MV, (Atendimentos > Ambulatório > Relatórios > Operacionais > Atendimentos por médicos)

Os campos da confecção do relatório foram preenchidos da seguinte forma:

Médicos: todos

Convênio: SUS – AMBO

Período: 05/09/2023 A 02/10/2023.

Tipo de atendimento: Ambulatório

Houve o levantamento de 3611 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: 103 prontuários, 10 prontuários revisados, 6 inconformidades encontradas.
2. Alex de Santana Vidaurre: 31 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
3. Bruno Araújo Lucena: 371 prontuários, 37 prontuários revisados, 6 inconformidades encontradas.

4. Bruno Lelitscew da Bela Cruz: 105 prontuários, 11 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
5. Bruno Machado Nascimento: 148 prontuários, 15 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
6. Claudio Antonio Máximo Rego: 176 prontuários, 18 prontuários revisados, 9 inconformidades encontradas.
7. Debora Vilela Cunha: 41 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
8. Deybson Augusto dos Santos: 14 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
9. Diogo Viriato Silva Rodrigues: 43 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
10. Emerson Claudio Figueiredo: 599 prontuários, 60 prontuários revisados, 10 inconformidades encontradas.
11. Esau Furini Ferreira Barros:132 Prontuários ,13 Prontuários Revisados ,2 Inconformidades Encontradas
12. Flavio Vieira Machado:32 Prontuários ,3 Prontuários Revisados ,1 Inconformidade Encontrada
13. Grasielle Rodrigues Santana:52 Prontuários ,5 Prontuários Revisados ,1 Inconformidade Encontrada
14. Henrique Stefanelo Jonas:22 Prontuários ,2 Prontuários Revisados ,0 Inconformidades Encontradas
15. Isabel Maria Araujo Guimaraes:51 Prontuários ,5 Prontuários Revisados ,1 Inconformidade Encontrada
16. Joao Carlos Gondim Magalhaes:367 Prontuários ,37 Prontuários Revisados ,3 Inconformidades Encontradas
17. Joao Pitaluga Neto:2 Prontuários ,0 Prontuário Revisado ,0 Inconformidades Encontradas
18. Júlio Cezar Meirelles Gomes:42 Prontuários ,4 Prontuários Revisados ,1 Inconformidade Encontrada
19. Keila Messias Takahashi :181 Prontuários ,18 Prontuários Revisados ,3 Inconformidades Encontradas
20. Lissandro Vargas Pinheiro :69 Prontuários ,7 Prontuários Revisados ,1 Inconformidade Encontrada
21. Marcelo de Paula Abreu Silva :317 Prontuários ,32 Prontuários Revisados ,5 Inconformidades Encontradas
22. Marlon Amâncio Lima :126 Prontuários ,13 Prontuários Revisados ,2 Inconformidades Encontradas
23. Merandolino Queiroz Moreira :245 Prontuários ,25 Prontuários Revisados ,4 Inconformidades Encontradas

24. Nathalia Nunes dos Santos :146 Prontuários ,15 Prontuários Revisados ,2 Inconformidades Encontradas

25. Rafael Dias de Sousa :53 Prontuários ,5 Prontuários Revisados ,1 Inconformidade Encontrada

26. Rodrigo Gomes de Oliveira :14 Prontuários ,1 Prontuário Revisado ,0 Inconformidades Encontradas

27. Rodrigo Kouzak Mayer :129 Prontuários ,13 Prontuários Revisados ,2 Inconformidades Encontradas.

Prontuários: 3611

Prontuários Avaliados: 361

Inconformidades: 64

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: 65, representando 20% dos prontuários analisados preenchidos de forma inadequada.

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

Em 1 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. Dr. Diego Mendoza Gouveia representando a CARPM e Gerência Médica, juntamente com a Dra. Nathalia Nunes em alusão ao Outubro Rosa, a Policlínica de Posse realizou duas palestras sobre prevenção do câncer de colo do útero e câncer de mama. As palestras foram bem recebidas pelas colaboradoras, que participaram ativamente e compartilharam experiências pessoais.
4. Na quarta-feira, 18 de outubro, em homenagem ao Dia do Médico, a Gerência Médica, CARPM e CEM organizaram uma ação especial para expressar nossa profunda gratidão aos médicos da unidade. Cada médico recebeu um mimo contendo uma caneta e alguns

chocolates, acompanhados de uma mensagem de agradecimento e carinho, demonstrando o apreço que temos por nossa dedicada equipe.

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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de 05/09/2023 a 02/10/2023, foram registradas 3611 consultas no Ambulatório SUS – AMBO. Destes, 361 prontuários foram avaliados e 64 inconformidades foram identificadas.

Várias ações foram realizadas para melhorar a situação, incluindo notificar os médicos para adequação e oferecer novo treinamento da equipe médica através de aplicativo de mensagens e vídeos. Vídeos de treinamento sobre SBAR também foram elaborados e executados.

Em alusão ao Outubro Rosa, foram realizadas duas palestras sobre prevenção do câncer de colo do útero e câncer de mama na Policlínica de Posse, que foram bem recebidas pelas colaboradoras.

No Dia do Médico, uma ação especial foi organizada para expressar nossa profunda gratidão aos médicos da unidade. Cada médico recebeu um mimo contendo uma caneta e alguns chocolates, acompanhados de uma mensagem de agradecimento e carinho.

Por fim, os colaboradores médicos com maior número de inconformidades foram notificados formalmente para atentar ao preenchimento da evolução do prontuário eletrônico.

Essas ações demonstram o compromisso contínuo com a melhoria da qualidade do atendimento e do registro médico. Continuaremos a monitorar e tomar as medidas necessárias para garantir que nossos padrões sejam mantidos.

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 31/10/2023 na sala de reunião na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, na ocasião foi discutida sobre:

A calibração a ser feita no detector de metais da sala de Ressonância Magnética e o Mapeamento da Área de risco da RM.

1.1 MEMBROS DA COMISSÃO:

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA:

- ✓ Fábio Pires Campos – Técnico em Radiologia – Presidente
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico – RT Policlínica CRM – GO 19799

2. OBJETIVOS


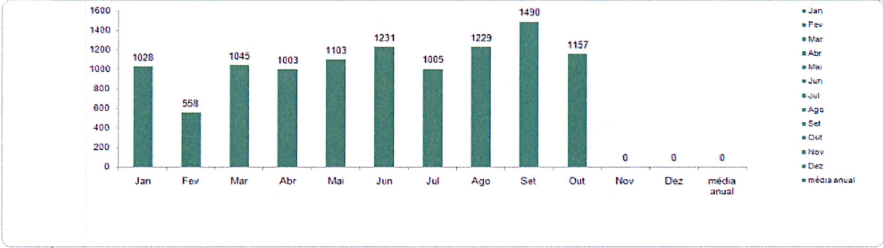
A calibração a ser feita no detector de metais da sala de Ressonância Magnética, pois desde sua implantação, não houve calibração para o mesmo.

Solicitamos que seja feito o zoneamento da área da ressonância magnética através de placas de sinalização.

3. INDICADORES

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

4. INDICADOR QUANTITATIVO

	RADIOLOGIA												
	FORMULÁRIO												
	ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
FOR NQSP.01						Revisão: 03			vigência: 30/10/2025				
Notificações de Incidente e Eventos Adversos						Data da Análise:			Período/Ano analisado:				
						21/9/2022			out/22				
Objetivo de medição: para saber o quantitativo de exames no setor de radiologia realizados no mês de Outubro Processo: Gestão de resultados de exames realizados mensalmente no setor radiológico sendo: Ressonância Magnética, Tomografia, Raios X, Mamografia e Densitometria Óssea Fórmula: Somatória da quantidade de documentos não conformes Valor médio do ano anterior: Não se aplica Responsável pela análise: Fábio Pires Campos Observações: Quantificar documentos não conformes e recolher para o NQ para sua validação.	DADOS MENSAIS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2022	1028	558	1045	1003	1103	1231	1005	1229	1490	1157		
ANO ANTERIOR													
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
													
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 oua 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 oua 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													
Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO/2023: No Mês de Agosto foram realizados 1229 exames,tivemos 2 desistências por fobia e 1 por conter pinos metálicos.													
Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2023: No mês de Setembro foram realizados 1490 exames , sendo que tivemos um paciente que não realizou o exame de TC devido a suspeita de gravidez.													
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2023: No mês de Outubro foram realizados 1157 exames , sendo que tivemos 1 pacientes que não realizaram o exame devido a fobia e uma desistência													

5. AÇÕES REALIZADAS:

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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

7. EMITIDO


 Fábio Pires Campos
 Presidente da Comissão de Proteção Radiológica

2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:

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

2. OBJETIVOS


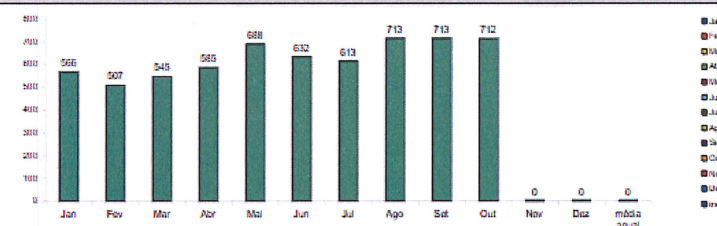
I. Promover o uso racional, seguro e adequado dos medicamentos, conforme preconizado pela ANVISA e OMS;

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

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

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

3. INDICADOR

		Farmácia – Campes Juarez Barbosa																																																				
		FORMULÁRIO																																																				
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																				
		FOR FARM01				Revisão: 03				vigência: 30/10/2025																																												
		Notificações de incidentes e Eventos Adversos				Data de Análise: 31/10/2023				Período/Ano analisado: out/23																																												
Objetivo de medição: Identificar quantidade de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa.	DADOS MENSAIS																																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023</td> <td>566</td> <td>507</td> <td>545</td> <td>585</td> <td>688</td> <td>632</td> <td>613</td> <td>713</td> <td>713</td> <td>712</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANO ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>														Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	média anual	2023	566	507	545	585	688	632	613	713	713	712				ANO ANTERIOR												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	média anual																																									
2023	566	507	545	585	688	632	613	713	713	712																																												
ANO ANTERIOR																																																						
Processo: Número de dispensação de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa via	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																					
Fórmula: Somatória da quantidade de dispensações realizadas por mês.																																																						
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																																																						
<small>Análise do Resultado Panorâmica de OUTUBRO/2023: No mês de OUTUBRO foram realizadas 712 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar que mantém-se a média de dispensações quando comparado com os meses anteriores.</small>																																																						

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 OUTUBRO foram realizadas 712 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar que manteve o número de dispensações semelhante aos meses anteriores. O número de dispensações é esperado devido a alta procura por abertura de processo no componente especializado, que tende a aumentar consequentemente o número de dispensações mensais.

4. AÇÕES REALIZADAS:

No dia 11 de outubro realizou-se um treinamento sobre as metas de segurança do paciente para os novos colaboradores realizado pela enfermeira da SCIRAS Thaise Ynara, com participação da farmacêutica RT Bárbara Rhuanna, abordando o uso seguro dos medicamentos de modo geral e dos medicamentos de alta vigilância.

Apresentou-se as normas que devem ser seguidas para prescrição, dispensação e administração dos medicamentos, e das conferências que devem ser realizadas em cada etapa, em busca de minimizar os erros relacionados a administração de medicamentos.

Foi solicitado a inclusão de dois medicamentos para uso no setor de hemodiálise, Cloreto de Potássio 19,1% usado quando necessário suplementação de potássio durante a realização da hemodiálise e Mupirocina 20 mg/g pomada, para uso em curativo de cateter, para prevenção de infecção de corrente sanguínea e infecção relacionada a acesso vascular.

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.


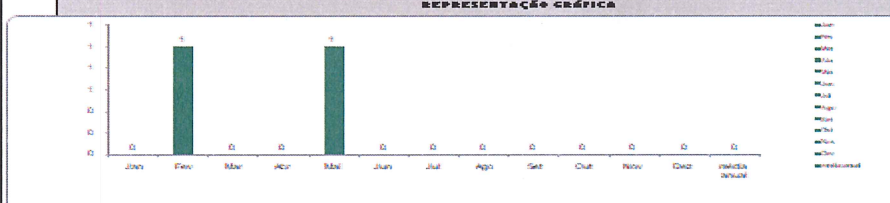
1.1 MEMBROS DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO- CVO

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES

 POSE Prefeitura Municipal de São Paulo Secretaria de Estado da Saúde		COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO - CVO FORMULÁRIO ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																							
FOR.CVO.01		Revisão: 02		Data de Atualização: 31/10/2023																																					
Objetivo do Indicador - Avaliar Mensalmente		Data de Análise: 31/10/2023		Período de Análise: 01/01/2023 a 31/10/2023																																					
Objetivo do Relatório: Identificar a quantidade de óbitos na unidade no mês de OUTUBRO		DADOS MENSIAIS																																							
Formulário: Número de Óbitos da Unidade, Verificação Epidemiológica e da Comissão de Verificação de Óbito		<table border="1"> <thead> <tr> <th>2023</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>total anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTERIOR</td> <td></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> </tbody> </table>												2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	total anual	ANTERIOR		1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	total anual																												
ANTERIOR		1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0																												
Formulário: Quantidade de óbitos		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																							
Valor médio de ocorrência: Não aplicável																																									
Responsável pelo relatório: Edilene Alves Pinheiro		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																							
Observações: Não aplicável.		Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2023: No mês de janeiro de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.																																							
		Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2023: No mês de fevereiro de acordo com o indicador houve um óbito na unidade.																																							
		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 do Resultado/Panorama de AGOSTO/2023: No mês de agosto de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.																																							
		Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2023: No mês de setembro de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.																																							
		Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2023: No mês de outubro 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 outubro, a Comissão de Verificação de Óbito da unidade Policlínica de Posse - GO não realizou ação na unidade.

A reunião mensal proporcionou um espaço para troca de informações, discussões e tomada de decisões pertinentes a CVO. Essa iniciativa reflete o compromisso da Comissão de Verificação de Óbito em garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados na unidade Policlínica de Posse - GO.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No relatório do mês de outubro 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 19º REGIÃO
Presidente da Comissão de Verificação de Óbito

P/ Kemylla Duque Porto

2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade

APRESENTAÇÃO

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

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

1. INTRODUÇÃO

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



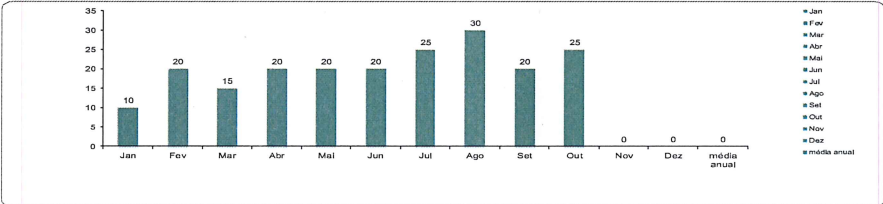
1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: NÚCLEO DE QUALIDADE

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

 		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE													
		FORMULÁRIO													
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
		FOR.NQSP.01						Revisão: 03			Vigência: 30/10/2025				
		Quantidade de documentos não conformes com a unidade						Data da Análise: 30/10/2023			Período/Ano analisado: out/23				
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de documentos que não estão atualizados de acordo com a Norma Zero.	Processo: Busca Ativa	DADOS MENSAIS													
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
		2023	10	20	15	20	20	20	25	30	20	25			
	2022	0													
Fórmula: Somatória da quantidade de documentos não conformes		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Valor médio do ano anterior: Não se aplica															
Responsável pela análise: Anísia Vieira		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
Observações: Busca pela unidade de documentos não conformes		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 do Resultado/Panorama de AGOSTO/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 SETEMBRO/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 OUTUBRO/2023: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a padronização da norma zero da unidade.													

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

Com intuito de adequar todos documentos na norma zero, neste mês, foram realizada 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. Foi apresentado aos presidentes de comissão a nova versão da Norma Zero.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


Anisia Vieira de Barros
Presidente do Núcleo de Qualidade

2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

Esta comissão tem como finalidade:

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:

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

2. OBJETIVOS

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

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

3. INDICADORES

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

SETOR	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
Hemodiálise	Heparina Sódica Sol INJ 5000 UI/ML 5 ML	467 Frascos/Amp
Hemodiálise	Diazepam Sol INJ 5ML/ML 2 ML	2 Ampolas
Hemodiálise	Dipirona Sol Oral 500MG/L 10 ML	10 Frascos
Hemodiálise	Manitol Sol INJ 20% 250 ML	7 Frascos
Hemodiálise	Midazolam Sol INJ 1MG/ML 5 ML	1 Ampola
Hemodiálise	Morfina Sol INJ 1MG/ML 5ML	1 Ampola
Hemodiálise	Paracetamol Sol ORAL 200 MG/ML 15 ML	4 Frascos
Urologia	Lidocaína Geleia 2%	1 Tubo

Oftalmologia	Tropicamida 1% Sol Oftálmica 10MG/ML 5ML	4 Frascos
Ambulatório	Tropicamida 1% Sol Oftálmica 10MG/ML 5ML	1 Frasco
Procedimentos	Lidocaína Geleia 2%	1 Tubo
Procedimentos	Água Para Injeção Sol INJ 20 ML	3 Ampolas
Procedimentos	Cloreto De Sódio Sol INJ 0,9% 100 ML	1 Ampolas
Procedimentos	Cloreto De Sódio Sol INJ 0,9% 2510 ML	1 Ampolas

4. AÇÕES REALIZADAS:

Realizou-se a atualização da parte referente ao descarte dos medicamentos da Portaria MS344/98 no PGRS, utilizando as recomendações previstas na RDC nº 222 de 2018, que regulamenta as boas práticas do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.

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

2.3.13 – Comissão de Ética Médica

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Ética Médica, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 Conselho Federal de Medicina, é uma instância organizada e estruturada para assegurar a observância do Código de Ética Médica e promover a integridade e o profissionalismo no exercício da medicina. A sua criação é obrigatória em instituições de saúde, com

o propósito de supervisionar e garantir o cumprimento das normas éticas e de segurança na assistência médica, resguardando a qualidade e a ética profissional.

1. INTRODUÇÃO

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

1.1- MEMBROS DO COMISSÃO:

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

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

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

Dr. João Carlos Gondim Magalhães: CRM: 23584-GO – Membro

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

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE													
FORMULÁRIO													
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
FOR.CEM.01	Revisão: 00												
Data da Análise: 10/10/2023													
Período/Ano analisado: out/23													
Notificações de Incidente e Eventos Adversos													
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de infrações e adversos na unidade no mês	DADOS MENSAIS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ANO ANTERIOR												
Processo: Comissão Ética Médica	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
Fórmula: Somatória da quantidade de infrações e eventos adversos													
Valor médio do ano anterior: Não se aplica													
Responsável pela análise: Bruno Araujo Lucena													
Observações:													
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2022: 0 Infrações													

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Realizado o chamamento com a presença do Presidente e dos demais integrantes, não havendo sido computadas faltas. No 10 de outubro de 2023, às 15:00, na sala de reuniões da Policlínica da Região Nordeste Posse, realizou-se a reunião da Comissão Ética Médica. O Diretor Técnico, Dr. Diego Mendoza Gouveia, e todos os membros designados estiveram presentes. O Dr. Diego Mendoza Gouveia acolheu calorosamente os presentes e expressou sua gratidão pela participação de todos, enfatizando a extrema importância do sigilo em relação aos assuntos discutidos na reunião. A reunião foi oficialmente aberta, e Dr. Diego Mendoza Gouveia apresentou os médicos eleitos para compor a comissão. Além disso, o Diretor Técnico explicou o regimento da Comissão Ética Médica e anunciou a nomeação do Dr. Bruno Araújo Lucena como presidente da comissão e da Dra. Nathalia Nunes dos Santos como secretária da mesma. Também foi apresentado o procedimento para relatar e tratar infrações éticas. Até o momento, a Comissão não recebeu nenhuma demanda relacionada a infrações médicas na unidade. No entanto, permaneceremos diligentes na implementação de medidas preventivas mensais, com o objetivo de minimizar o risco de ocorrência de infrações médicas.

5. AÇÕES REALIZADAS

Realizar capacitações da equipe médica referente ao código de ética médica, com a finalidade de manter a mitigação das infrações médicas na unidade. A comissão irá atuar juntamente com a CARPM, a fim de capacitar os colaboradores e prestadores de serviço e ações de

treinamentos voltado para melhoria da qualidade de assistência, a comissão de Ética Médica irá participar juntamente com a Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente, com treinamentos e revisão de protocolos referente a segurança do paciente e ética profissional.


6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reunião realizada apresentou-se como um importante marco no compromisso da Comissão de Ética Médica com a qualidade da assistência médica e a integridade profissional na instituição. A nomeação dos médicos que comporão a comissão, juntamente com a explanação do regimento, demonstra a dedicação em assegurar a observância dos mais elevados padrões éticos. A ênfase na importância do sigilo e a garantia de um ambiente de trabalho confidencial refletem a seriedade com a qual abordamos as questões éticas. A colaboração com a Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente, bem como a implementação de medidas preventivas mensais, ressalta nosso compromisso contínuo com a excelência na assistência e na ética médica.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 Conselho Federal de Medicina.
Portaria 915, de 1 de dezembro de 2020.

8. EMITIDO



Dr. Bruno Araújo Lucena
CRM-GO 15640-GO

Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

2.3.14 – Comitê de Ergonomia

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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



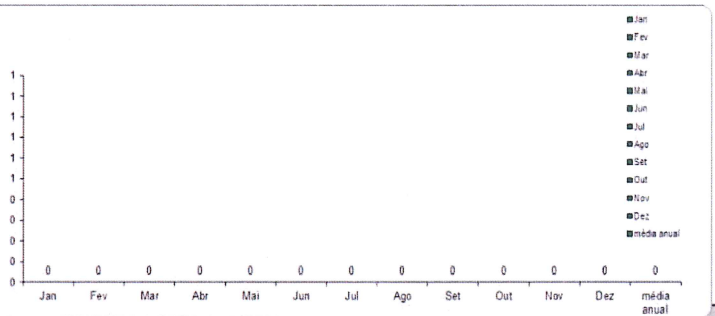
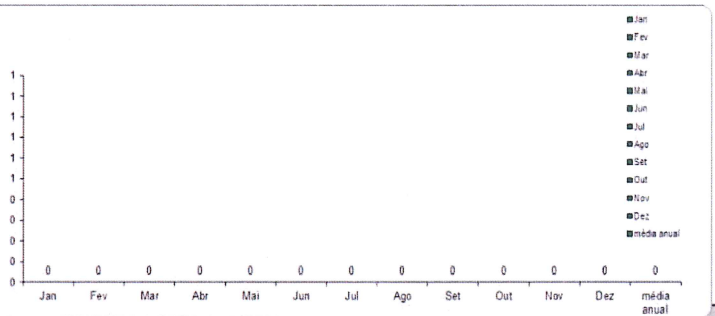
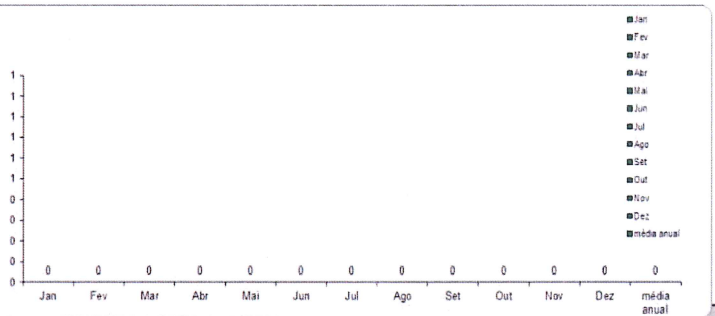
1.1 MEMBROS DO COMITÊ:

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES

 		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE																																																																		
		FORMULÁRIO																																																																		
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																		
		FOR.NQSP.01				Revisão: 03				vigência: 30/10/2024																																																										
		Data da Análise:						Período/Ano analisado:																																																												
		1/10/2023						out/23																																																												
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês		<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></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANO ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												DADOS MENSAIS														Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	2022					0	0	0	0	0	0	0			ANO ANTERIOR													
DADOS MENSAIS																																																																				
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																																							
2022					0	0	0	0	0	0	0																																																									
ANO ANTERIOR																																																																				
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13">  </td> </tr> </tbody> </table>												REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																						
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																				
																																																																				
Fórmula: Somatória da quantidade de eventos adversos																																																																				
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																																																				
Responsável pela análise: Kalison Moreira da Silva																																																																				
Observações: Todo incidente, evento adverso deve ser notificado e encaminhado ao NSP.																																																																				
Análise do Resultado/Panorama de Outubro/2023: No mês de outubro de acordo com o indicador não houve nenhuma notificação de evento adversos na unidade.																																																																				

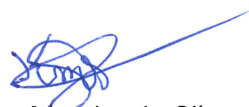
4. AÇÕES REALIZADAS:

Neste mês outubro foi criado Comitê Ergonômico, com objetivo de orientar todos os colaboradores sobre a importância deste Comitê, e ajudar a melhorar o bem-estar de todos os colaboradores no ambiente de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO



Kalyson Moreira da Silva
Fisioterapeuta
Presidente do Comitê de Ergonomia

3– Atividades Realizadas No Mês

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

Objetivo:

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

Programação/Conteúdo:

Campanha brasileira da saúde mental

- ✓ Realizado dia 10 de outubro
- ✓ Início às 09:30, término às 10:15
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

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

O Dia Mundial da Saúde Mental é lembrado todos os anos com o objetivo de aumentar a conscientização sobre o problema em todo o mundo e mobilizar esforços para apoiar aqueles que enfrentam transtornos mentais. A Saúde Mental de uma pessoa está relacionada à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções. Ter saúde mental é: Estar bem consigo mesmo e com os outros. Aceitar as exigências da vida.

A ação foi realizada em um eixo importante, no período matutino (manhã) o neuropsicólogo/psicanalista Paulo A. Amorim e assistente social – Edilene Alves Pinheiro, abordaram aos usuários por meio de palestra educativa sobre o significado dessa temática, tanto de âmbito pessoa e voltado para nossa sociedade. O significado da campanha, como promover de forma preventiva, aos sintomáticos, patológicos, com suportes profissionais, as pessoas que se encontram nessa identificação disfuncional na condição de saúde mental e, quanto aos órgãos de saúde de pronto atendimentos. A palestra foi conduzida com uma dinâmica específica, comporta por interações, com direcionamento a prevenção, percepção, tratamento e distribuição de panfletos.

A ação visa alertar aos mesmos, pois a grande maioria possui dificuldades em distinguir a saúde mental, de mitos, relacionados ao senso comum cultural. Esses distúrbios da saúde mental apresentam sintomáticos como: pânico; ansiedade; depressão; sono irregular; alimentação irregular; variação de humor; stress; cansaço; abuso de substâncias químicas lícitas e ilícitas.

A ação foi organizada e ministrada pela equipe multiprofissional, setor de psicologia e assistente social.

Registro



Programação/Conteúdo:

Outubro Rosa Prevenção e Conscientização Sobre Cânceres Mais Prevalente Nas Mulheres.

- ✓ Realizada nos dias 10 de outubro
- ✓ Início às 15:00, término às 16:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações no dia 10 de outubro de 2023, no auditório de treinamento da Policlínica de Posse, a Dra. Nathalia Nunes, médica da Linha de Cuidados da Unidade, realizou uma palestra abordando o tema "Prevenção e Conscientização sobre o Câncer de Colo do Útero". O foco principal de sua apresentação foram as medidas de prevenção contra o HPV, a principal causa desse tipo de câncer. Ela também discutiu o conceito relacionado a essa doença, seus sinais e sintomas, além de conscientizar as colaboradoras da Policlínica sobre a importância dos exames de rotina preventivos. Durante a palestra, a Dra. Nathalia Nunes esclareceu dúvidas relacionadas ao tema, proporcionando um espaço para as colaboradoras compartilharem suas preocupações.

Após a conclusão da apresentação da Dra. Nathalia, o médico Dr. Diego Mendoza Gouveia Responsável técnico médico da Policlínica abordou tema "Prevenção e Conscientização do câncer de mama" que é tema principal do outubro Rosa. Ele destacou, em particular, a faixa etária em que é apropriado iniciar os exames de mamografia, com base nos sinais e sintomas. O médico ressaltou que o autoexame das mamas não é considerado um exame preventivo pelo Ministério da Saúde, mas é um método importante para a detecção precoce da doença. Ele também enfatizou a importância do conhecimento sobre o câncer de mama, destacando que, embora seja mais comum em mulheres, também pode afetar homens. O médico abordou os avanços da medicina no

tratamento desses tipos de câncer, enfatizando que, quando diagnosticados precocemente, as chances de cura são significativamente maiores.

Ao final da apresentação, foram esclarecidas dúvidas e as colaboradoras se mostraram participativas, compartilhando experiências pessoais e casos de conhecidos.

A ação foi ministrada pelos médicos – Dr. Diego e Dra. Nathalia Nunes

Registro



Programação/Conteúdo:

Palestra sobre o Dia Mundial da Vacinação

- ✓ Realizado dia 17 de outubro
- ✓ Início às 15:30, término às 15:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações sobre as vacinas onde são feitas com microrganismos da própria doença que previne. Por exemplo: a vacina contra o sarampo contém o vírus do sarampo. No entanto, estes microrganismos estão enfraquecidos ou mortos, fazendo com que o corpo não desenvolva a doença, mas se torne preparado para combatê-la se for necessário.

Toda vacina licenciada para uso passou antes por diversas fases de avaliação, garantindo sua segurança. Elas também passam pela avaliação de institutos reguladores rígidos. No Brasil, essa função cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Algumas pessoas podem ter efeitos colaterais leves depois de tomarem uma vacina, como dor no local da injeção e febre baixa.

Além de levar os filhos para serem vacinados, é fundamental ficar atento para quais você deve tomar. O Ministério da Saúde tem um calendário de vacinação específico para recém-nascidos e crianças, bem como para pré-adolescentes e adolescentes, adultos, idosos; e ainda para gestantes

A ação foi organizada e ministrada pela profissional; Jaymara Montalvão – Gestora do cuidado.

Registro



Programação/Conteúdo:

Ação Outubro Rosa - Campanha do dia Mundial de Combate ao Bullying.

- ✓ Realizado dia 20 de outubro
- ✓ Início às 09:15, término às 10:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

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

A ação Outubro Rosa, que faz referência ao dia Mundial de combate ao Bullying, foi realizada na Policlínica de Posse – GO, no dia 20 de outubro de 2023, pela equipe multi profissional – setor de psicologia e técnica de enfermagem. A campanha teve foco específico aos usuários da Instituição de Saúde - Policlínica, sobre essa temática tão importante e os impactos da desinformação, senso comum, relacionados ao Bullying.

O Dia Mundial de combate ao Bullying é lembrado todos os anos com o objetivo consciencializar a população mundial para esta forma de violência, apoiar e incentivar as vítimas a denunciarem estas graves situações e encontrar formas de as prevenir, são os desafios colocados por esta data, visto que a luta contra o bullying não é uma tarefa de um dia, nem de um grupo de pessoas, mas sim de todos os dias do ano e de todas as pessoas sobre o problema.

A ação foi realizada em um eixo importante, no período matutino (manhã) o neuropsicólogo/psicanalista Paulo A. Amorim e técnica de enfermagem – Millena Shainara Marques Linhares, abordaram aos usuários por meio de palestra educativa e encenação teatral sobre o significado dessa temática, tanto de âmbito pessoa e voltado para nossa sociedade. O significado da campanha, como promover de forma preventiva e educativo, pois a família é uma das

estruturas mais importantes na prevenção e no combate à violência praticada contra crianças, adolescentes, jovens adultos, assim como a escola e ambiente familiar.

Por isso, os pais devem perguntar diariamente aos filhos sobre o dia na escola e perceber pelas respostas se os filhos permanecem tristes ou distantes, o que pode ser indicativo de problemas de bullying. O encorajar os filhos a expressarem o que sentem, a dizerem “não” quando estão desconfortáveis e a não reagirem com violência, para não gerar ainda mais violência.

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

Registro



Programação/Conteúdo:

Ação sobre o Dia mundial e Nacional da Osteoporose.

- ✓ Realizado dia 20 de outubro
- ✓ Início às 10:00, término às 10:30
- ✓ Público Alvo: Pacientes da policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os pacientes sobre a osteoporose que é uma doença sistêmica progressiva caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura, levando à fragilidade do osso e aumentando o risco de fraturas. De acordo com critérios da Organização Mundial de Saúde, 1/3 das mulheres brancas acima dos 65 anos são portadoras de osteoporose. Estima-se que cerca de 50% das mulheres com mais de 75 anos venham a sofrer alguma fratura osteoporótica.

Tipo I, também conhecida por tipo pós-menopausa, existe rápida perda óssea e ocorre na mulher recentemente menopausada. Predominantemente atinge o osso trabecular e é associada a fraturas das vértebras e do rádio distal. **Tipo II**, ou senil, é relacionada ao envelhecimento e aparece por deficiência crônica de cálcio, aumento da atividade do paratormônio e diminuição da formação óssea

O diagnóstico e planejamento terapêutico são baseados na densitometria óssea e na dosagem laboratorial dos marcadores de formação e reabsorção óssea. A densitometria também é

o melhor preditor de fraturas. Os medicamentos atualmente disponíveis atuam mais na inibição da reabsorção óssea. A principal forma de tratamento da osteoporose é a prevenção: deve-se evitar o fumo; álcool e café devem ser consumidos com moderação; a atividade física e ingestão adequada de cálcio são fundamentais; o treinamento proprioceptivo pode colaborar para prevenir quedas e, conseqüentemente, as fraturas.

A ação foi organizada e ministrada pelo profissional; Fisioterapeuta Kalyson Moreira.

Registro



Programação/Conteúdo:

Campanha brasileira de prevenção ao suicídio, automutilação e a valorização à vida.

- ✓ Realizado dia 24 de outubro
- ✓ Início às 16:00, término às 17:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma ação no auditório da Unidade Policlínica de Posse, na qual recebemos a enfermeira convidada. Ela abordou temas essenciais relacionados ao bem-estar e autocuidado das colaboradoras. A palestra se concentrou na importância dos exames de saúde que todas as mulheres devem realizar a cada seis meses, abordando não apenas a saúde mamária, mas também a necessidade de exames ginecológicos regulares, especialmente em relação ao colo do útero.

A enfermeira enfatizou a necessidade de as mulheres cuidarem de si mesmas e promoverem a conscientização sobre a importância da autoavaliação. Para ilustrar isso, realizou uma dinâmica com balões, permitindo que as participantes pudessem identificar possíveis nódulos. Além disso, demonstrou a maneira correta de realizar a palpação da mama e de se autoexaminar diante do espelho em busca de possíveis achados.

Durante a palestra, a enfermeira compartilhou experiências de sua rotina de trabalho e respondeu às perguntas das participantes, esclarecendo dúvidas sobre o tema. Ela também ressaltou a importância de cuidados durante a vida sexual para evitar doenças transmissíveis.

Como parte da ação, realizamos sorteios de brindes para as mulheres e promovemos dinâmicas interativas. Além disso, oferecemos um lanche de coffee break em apoio à causa da saúde da mulher. Como gesto de apreço, entregamos lembrancinhas às mulheres que participaram. Vale destacar que, considerando a presença de um mastologista em nossa unidade nesse dia, também entregamos uma mensagem especial a todas as pacientes que consultaram com o médico.

Esta ação teve como principal objetivo conscientizar as mulheres sobre a importância da saúde e do autocuidado, incentivando-as a realizarem exames regulares e a adotarem práticas saudáveis em suas vidas. Além disso, a iniciativa estava alinhada com a campanha do outubro Rosa, o que conferiu um enfoque especial à mobilização realizada em nossa unidade. Durante este mês, o outubro Rosa busca aumentar a conscientização sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de mama, tornando essa ação ainda mais relevante e impactante para as participantes.

A ação foi organizada pela coordenação e ministrada pelas profissionais; Dra. Ana Maria Mota Vargas.

Registro



Programação/Conteúdo:

Palestra sobre Cancer de Mama e Utero

- ✓ Realizado dia 25 de outubro
- ✓ Início às 15:00, término às 15:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar e orientar aos pacientes sobre a importância do autocuidado e prevenção do cancer de mama e utero com ênfase nas vantagens do diagnostico precoce salientando a cura nos estagios iniciais.

No Brasil, estima-se 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres e no câncer de colo de útero 2022-2022, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres.

Aproximadamente, 80 % dos tumores são descobertos pela própria mulher e tocando sua mama inicialmente. Exames clínicos todas as mulheres com idade \geq 40 anos, com periodicidade anual (inspeção estática, dinâmica e palpação). Mamografia tem o intervalo de 50 a 69 anos, com intervalo máximo de 02 anos entre os exames.

Mulheres \geq 35 anos, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama e com histórico familiar de câncer de mama masculino. Os sintomas mais comuns são edema cutâneo semelhante a casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão de mamilo, hiperemia, descamação ou ulcera do mamilo, secreção papilar especialmente, quando e unilateral e espontâneo. O Diagnóstico precoce pode classificar em 03 estágio o tumor, tendo até 80 % a 90% de cura se descoberto no início até o estágio II. O incentivo do aleitamento materno e considerado um fator de proteção contra o câncer de mama.

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada principalmente a diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV). O que inclui o uso da vacina e uso de preservativo. Também é considerada prevenção primária o combate ao tabagismo. Entretanto, a mulher que recebe a imunização contra o HPV não está liderada da realização do exame citopatológico.

Podem evoluir para um processo invasor no período que varia de 10 a 20 anos, lesões pré-invasivas (pré-malignas), que levam muitos anos para se desenvolver Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). (NIC I, II, III).

A ação foi organizada e ministrada pela profissional, gestora da linha do cuidado Jaymara Montalvão

Registro



Reunião Mensal da CIPA

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

No mês de outubro 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 *PI Komylla Dama Brito*
Téc. de Segurança do Trabalho
Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

4 – Relatório de Recursos Humanos

Contamos atualmente com 90 colaboradores

4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

No mês de setembro todos os foram por outras enfermidades ou consultas médicas, totalizando 42 em afastamentos.

Nº	ATESTADOS POR COVID-19/ OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS	DATA	DAIS/HORAS
01	Adrielly Nunes da Silva	20/10/2023	1
02	Cátia Pereira da Silva	16/10/2023	03:51
03	Claudia Gomes de Brito	17/10/2023	02:12
04	Debora Dias Gomes	8/10/2023	3
05	Deuzelia Jose de Oliveira	10/10/2023	3
06	Gisele Oliveira de Sousa	11/10/2023	01:33
07	Gisele Rayane Cardoso da Silva	5/10/2023	5
08	Gisele Rayane Cardoso da Silva	10/10/2023	7
09	Gisele Rayane Cardoso da Silva	17/10/2023	10
10	Ivanete Rodrigues dos Santos	25/10/2023	5
11	Jaymara Ferreira dos Santos Montalvão	10/10/2023	03:51
12	Jaymara Ferreira dos Santos Montalvão	11/10/2023	04:08
13	Jessica Cristina Oliveira Silva	16/10/2023	1
14	Jessica Cristina Oliveira Silva	18/10/2023	03:22
15	Leidione Ferreira de Santana	23/10/2023	01:17
16	Mariana Roseno da Silva	10/10/2023	1
17	Millena Shainara Marques Linhares	06/10/2023	02:46
18	Nilda Pereira de Souza	26/10/203	07:20
19	Regina de Jesus Lima	06/10/2023	01:34
20	Regina de Jesus Lima	11/10/2023	01:15
21	Regina de Jesus Lima	24/10/2023	03:00
22	Tathyanne Nelson de Paiva	2/10/2023	1
23	Tathyanne Nelson de Paiva	11/10/2023	1
24	Tathyanne Nelson de Paiva	26/10/2023	2
25	Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro	5/10/2023	3
26	Thauany Vieira e Castro	18/10/2023	08:12

27	Thayanne de Souza Silva	18/10/2023	01:25
28	Thayanne de Souza Silva	30/10/2023	1
29	Thayanne de Souza Silva	31/10/2023	1
30	Tatiane da Silveira dos Santos	21/09/2023	1
31	Tatiane da Silveira dos Santos	22/09/2023	1


Marta Martins de Melo Ferreira
Assistente de Recursos Humanos

4.2 EPI

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

Multidisciplinares compreendem: Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Nutricionista e Psicóloga. Foi entregue no mês de outubro de 2023 a quantia de:

320 máscaras cirúrgicas

160 toucas cirúrgicas

160 Capote

Enfermagem compreende: Enfermeiras, auxiliar de farmácia, farmacêutica, Maqueiro e Técnicas de Enfermagem, Técnica de Imobilização. Foi entregue no mês de outubro de 2023 a quantia de:

1000 máscaras cirúrgicas

420 toucas cirúrgicas

420 Capote

Para as recepcionistas foram entregues neste mês outubro de 2023 a quantia de:

580 máscaras cirúrgicas

Administração compreende: Auxiliar de atendimento, almoxarife, Assistente Administrativo, Assistente Financeiro, Assistente de Recursos Humanos, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de almoxarife, Supervisora de atendimento e Técnico de Segurança do Trabalho. Não foi entregue EPI no mês de outubro para o administrativo.

130 máscaras cirúrgicas

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

el Romyla Dina Brito

5 – 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 SempreVida Medicina no mês de outubro 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 outubro de 2023.

Tecnologias de 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 59 pacientes:

	1A	2A	1B	2B	TOTAL GERAL
Alvorada do Norte	4		1		5
Buritinópolis			1		1
Campos Belos		3	1		4
Damianópolis				3	3

Divinópolis de Goiás		1			1
Flores de Goiás			1		1
Formosa		3		10	13
Iaciara			2		2
Mambaí				2	2
Posse	7	7	6	2	22
Simolândia	2				2
Vila Boa	3				3
Total Geral	16	15	12	16	59

Acesso vascular	
C.T	23
CLP	2
FAV	30
PTFE	4
Total Geral	59

Equipe multiprofissional:

- ✓ 1 médicos nefrologistas e Responsável Técnico.
- ✓ 1 Enfermeiro Responsável Técnico,
- ✓ 3 enfermeiros assistencial
- ✓ 13 técnicos de enfermagem
- ✓ 02 assistentes sociais
- ✓ 02 psicóloga
- ✓ 02 nutricionistas
- ✓ 02 fisioterapeutas

3. REGISTRO DE ATIVIDADES E REMOÇÕES DE PACIENTES

Implantes de Cat. Temporário:

Brunna Rabelo de Almeida Davis
Uanderson Soares dos Santos
Cleomir Ferreira Gandara
Antonio Custodio da Rocha
Jeferson Rodrigues da Silva
Abadia de Assunção Sousa
Maria de Fatima Cardoso de Moraes
Antonio Dias dos Santos
Ezilei do Vale Monteiro
Valdomiro Eduvirgens Soares

Implantes de Cat. De longa permanência

Remoções:

Data	Paciente	Destino
17/10/2023	Valdomiro Eduvirgens Soares	HEF

Saídas de pacientes:

TRANSFERÊNCIA	FABRICIA PEREIRA DA SILVA
---------------	---------------------------

Atendimentos:

Atendimento global	49 atendimentos
Assistente social	108 matutinos / 127 vespertino
Nutrição	54 matutinos / 37 vespertino
Fonoaudiologia	15 atendimentos
Psicologia	70 matutinos/ 131 vespertino
Fisioterapia	53 matutinos/ 138 vespertino
Enfermagem	737 consultas

4. Desinfecção Osmose e Manutenção Preventiva de Máquina e Poltronas

Em 25/10/2023 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 25/10/2023, 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.

Osmose Reversa Portátil SP1- 0744, apresentou vazamento interno, após avaliação do técnico responsável detectada peça com defeito, equipe aguarda manutenção corretiva.

No dia 24/10/2023, foi realizada a coleta mensal de água para hemodiálise dos pontos acordados em contrato:

Pré tratamento: Resultado satisfatório

Pós carvão: Resultado satisfatório

Loop do reuso: Resultado satisfatório

Loop da osmose: Contagem de bactérias com necessidade de plano de ação

Osmoses portáteis: Resultado satisfatório

Dialisato de 2 maq de HD:

ISXA2RB3: Resultado satisfatório

OSXA1ZX4: Resultado satisfatório

Seguindo orientações da RDC N°11/2014.

5. AÇÕES REALIZADAS

Durante o período realizado ação de conscientização sobre prevenção de infecção com pacientes acompanhantes e equipe.

Produção de material impresso com orientações sobre o cuidado com acesso vascular, para manutenção do funcionamento adequado e prevenção de infecção, determinando o papel fundamental do paciente e cuidadores na prevenção de infecções que traz danos irreparáveis na vida do paciente. Os pacientes em uso de cateter foram abordados pessoalmente, junto com seus acompanhantes, reafirmando as ações de autocuidado e estratégias para diminuir danos com curativo.

No início do mês observado o aumento dos casos de infecção relacionada a Cateter, principalmente infecções de local de Saída, a medida visa diminuir os casos e conseqüentemente, perdas de acesso e uso de antibióticos.

Durante o período houve a confecção de três FAV, apenas uma apresentando funcionamento após cirurgia. Com agenda de Doopler realizada apenas no fim do mês, realizado solicitação de consultas para confecção de FAV apenas para novembro/2023. Com taxa de uso de cateter em 42 %, com apenas 3 pacientes em maturação de FAV.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

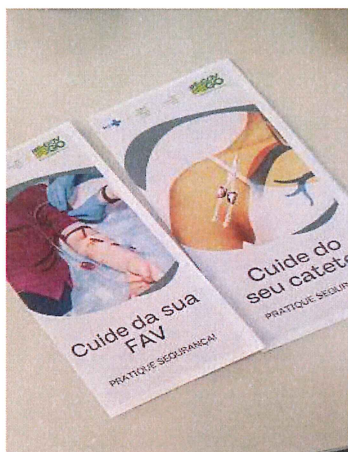
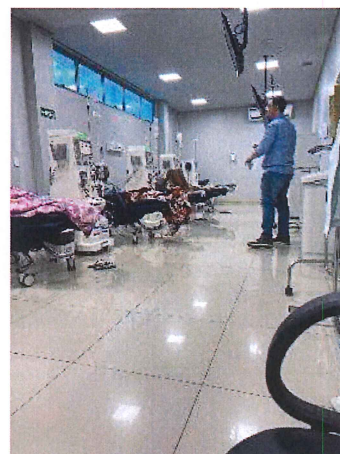
Considerando as informações apresentadas, é importante ressaltar a necessidade de uma gestão eficiente e comprometida com a qualidade do atendimento aos pacientes em uma clínica de hemodiálise.

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 outubro com os seguintes dados:

- ✓ 59 Pacientes em hemodiálise;
- ✓ 01 Admissões de pacientes;
- ✓ 01 Transferências de paciente;
- ✓ 737 Sessões realizadas de hemodiálise;
- ✓ 01 Sessões extra;
- ✓ 46 Faltas às sessões de hemodiálise, faltas justificadas;
- ✓ 00 Alta do programa;
- ✓ 01 Internações de paciente do programa;
- ✓ 00 Óbitos de pacientes do programa;
- ✓ 00 Paciente recebe alta por TX;
- ✓ 10 Pacientes fizeram uso de Antibioticoterapia venosa;
- ✓ 10 Coletas de hemocultura
- ✓ 44 Pacientes com processo ativo para Medicamentos de alto custo.

7. ANEXO



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

6 – Produção Assistencial

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

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

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL AGOSTO/2023			
Consulta Médica	Meta mensal	Atendimento Ambulatorial (Especialidades Médicas)	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Outubro	
Consulta Médica	5.988	5.988	4.304

Consulta Não Médica	Meta mensal	Atendimento Ambulatorial (Especialidades Não Médicas)	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Outubro	
Consulta Não Médica	2.864	4.582	3.892

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

Tipo de Exame	Meta mensal	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico -SADT EXTERNO	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Outubro	
Radiologia	600	714	440
Ultrassonografia	360	402	468
Tomografia	600	756	294
Endoscopia	200	0	0
Mamografia	100	126	77
Ressonância Magnética	240	276	269
Sub. Total	2.100	2.271	1.548

Tipo de Exame	Meta mensal	Outubro	
Mapa	60	130	104
Holter	60	120	107
Emissão Otoacústica	40	42	5
Teste Ergométrico	80	80	68
Punção Aspirativa De Mama Por Agulha Fina	20	32	2
Colonoscopia	100	0	0
Cistoscopia	40	40	1
Densitometria Óssea	200	252	32
Ecocardiografia Transtorácica	60	160	133
Eletrocardiografia	200	189	123
Doppler Vascular	60	60	160
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	1.195	735
Total Geral	3.750	3.466	2.283

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

*Endoscópio e Colonoscópio estão em manutenção.

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

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames Oftalmológicos	
		Outubro	
Fundoscopia	0	484	
Potencial De Acuidade Visual	0	0	
Tonometria	0	484	
Triagem Oftalmológica	0	263	
Teste Ortóptico	0	0	
Total	0	1.231	

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames Unidade Móvel de Prevenção	
		Outubro	

Mamografia	720	0
Citopatológico	0	0
Holter	110	0
MAPA	110	0
Eletrocardiografia	312	0
Espirometria	176	0
Fundoscopia	176	0
Total	2.204	0

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

Unidade Móvel teve seus atendimentos afetados em resposta ao OFÍCIO Nº 41392.2023 - SES

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames Unidade Móvel de Tomografia
		Outubro
Tomografia	0	0

Unidade Móvel teve seus atendimentos afetados em resposta ao OFÍCIO Nº 41392.2023 - SES

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

Unidade Móvel teve seus atendimentos afetados em resposta ao OFÍCIO Nº 41392.2023 - SES

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames de análises Clínicas
		Outubro
Exames Laboratoriais	0	6.661

Tipo de Exame	Meta mensal	Terapia Renal Substitutiva
		Outubro
Primeira consulta	NTMC	3
Sessões hemodiálise	936	737
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal	36	0

Total	972	740
--------------	------------	------------

Transporte	Meta mensal	Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico	
		Outubro	
Ônibus I	12.000 Km	8.805 Km	
Ônibus II	12.000 Km	12.564 Km	
VAN	12.000 Km	0 Km	
Total	36.000 Km	21.369 Km	

Especialidades Médicas	Meta mensal	Atendimento Médico por Especialidade	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Outubro	
Angiologia	5.988	80	34
Cardiologia		491	394
Clínico Geral (médico da família)		532	144
Dermatologia		328	210
Endocrinologia/Metabologia		720	426
Gastroenterologista		348	188
Ginecologia/Obstetrícia		259	165
Hematologia		39	39
Infectologia		49	15
Mastologia		272	128
Nefrologia		38	762
Neurologia		306	212
Oftalmologia		469	263
Ortopedia e Traumatologia		931	685
Otorrinolaringologia		409	231
Pediatria Clínica		184	113
Pneumologia/Tisiologia		121	73
Psiquiatria		30	20
Reumatologia		84	55
Urologia		298	147
Total	5.988	5.988	4.304

Especialidades Médicas	Meta mensal	Atendimento Médico por Especialidade	
		Outubro	
Anestesiologia	0	0	

Especialidades Não Médicas	Meta mensal	Atendimento Não Médico por Profissão	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada

		Outubro	
Enfermagem	2.864	1.376	1.544
Farmácia		570	166
Fisioterapia		1.152	1.010
Fonoaudiologia		114	83
Nutricionista		494	484
Psicologia		304	248
Serviço Social		572	357
Total	2.864	4.582	3.892

Práticas Integrativas e complementares- PICS	Meta mensal	Produção Realizada
		Outubro
Ventosaterapia	0	72
Aromaterapia	0	177
Fitoterapia	0	86
Tratamento Naturopático	0	564
Total	0	899

Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas	Meta mensal	Produção Realizada
		Outubro
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)
		Outubro
Primeira Consulta	240	0
Consultas Subsequente	360	0
Sub. Total	600	0
Especialidades Mínimas Odontologia	Meta mensal	Outubro
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
		Outubro
Farmácia	350	379

Especialidades Não Médicas (outras)	Outubro
Enfermagem	4.052

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

Fonte: MV | SouIMV - POLICLINICA DE POSSE de 01/10/2023 – 31/10/2023

Posse - GO, 05 de novembro 2023



Kamylla Divina Brito do Carmo

Coordenadora Operacional

Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse