

mês de dezembro;

2. Debatermos as ações que serão promovidas no mês de janeiro;
3. Hanna pontuou sobre as placas indicativas de assento prioritário e distanciamento social feito pela cipa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

5. EMITIDO



Gisele Rayane Cardoso da Silva
Presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta as atividades e ações da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde – PGRSS. Na reunião da comissão junto com os membros discutiu a importância da identificação nas lixeiras e orientação aos colaboradores para jogarem resíduos nas lixeiras

correta nos ambientes da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. No mês de dezembro não houve nenhuma notificação de intercorrência com a produção ou coleta desses resíduos.

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

- ✓ Kamila Timo Oliveira Mesquita – Coordenação Operacional
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho

2. OBJETIVOS

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

3. INICADORES

POLICLÍNICA ESTADUAL Da Região Nordeste - Posse		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																									
		FOR QG 01 DATA ELABORAÇÃO: 22/12/2022 REV 000 DATA REVISÃO: 22/12/2023																																																									
		Data de Análise: 22/12/2022	Período(s) analisado(s): dez/22																																																								
Quantidade de resíduos no mês de dezembro de 2022		UNIDADE MENSAL																																																									
Objetivo de medição: para saber o quantitativo de resíduos coletados no mês de outubro		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Maio</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td></td> <td></td> <td>800</td> <td>0</td> <td>1493</td> <td>999</td> <td>1344</td> <td>1445</td> <td>1372</td> <td>1180</td> <td>1200</td> <td>1000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANO ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	média anual	2022			800	0	1493	999	1344	1445	1372	1180	1200	1000		2021														ANO ANTERIOR													
			Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	média anual																																												
2022			800	0	1493	999	1344	1445	1372	1180	1200	1000																																															
2021																																																											
ANO ANTERIOR																																																											
Processo: gestão de quantidade de resíduos (revisar e pareceristas coletados nesta unidade de saúde) Finalidade: somatoria da quantidade de documentos não conforme Valor médio do ano anterior: não se aplica Responsável pela análise: Cledimar Bispo Observação: Quantificar documentos não conformes e receber pelo INQ para sua validação.		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																									
ANÁLISE CRÍTICA DO DEBECOO																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de MARÇO/2022: coleta de 800,00 Kg de Resíduos Infectante e perfarocortico																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de ABRIL/2022: Não foi realizado coleta																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de MAIO/2022: coleta de 1493,00 Kg de Resíduos Infectante e perfarocortico aumento se deu pela não coleta no mês de abril																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de JUNHO/2022: Coleta de 999,00 KG de Resíduos Infectante e perfarocortico do GRUPO A,B e E																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de JULHO/2022: Coleta de 1.344,00 KG de Resíduos Infectante e perfarocortico do GRUPO A,B e E																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de AGOSTO/2022: Coleta de 1.445,00 KG de Resíduos Infectante e perfarocortico do GRUPO A,B e E																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de SETEMBRO/2022: Coleta de 1.372,00 KG de Resíduos Infectante e perfarocortico do GRUPO A,B e E																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de OUTUBRO/2022: Coleta de 1.180,00 KG de Resíduos Infectante e perfarocortico do GRUPO A,B e E																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de NOVEMBRO/2022: Coleta de 1.200,00 KG de Resíduos Infectante e perfarocortico do GRUPO A,B e E																																																											
Análise do Resultado/Parecerista de DEZEMBRO/2022: Coleta de 1.000,00 KG de Resíduos Infectante e perfarocortico do GRUPO A,B e E																																																											

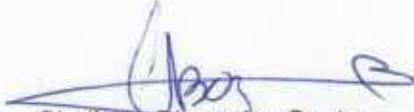
4. AÇÕES REALIZADAS:

Neste mês de dezembro foram realizadas orientações aos colaboradores sobre o PGRSS – Programa de gerenciamento de risco. Neste mês de dezembro foram coletados; **984.400 Kg** de Resíduos do Grupo A, **0 Kg** de Resíduos do Grupo B e **36.400 Kg** de Resíduos do Grupo E. Totalizando **1.020,00 Kg** de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de dezembro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


Cledimar Bispo dos Santos
Presidente da PGRSS
Tec. Em Segurança do Trabalho

2.3.6 – Comissão de Multiprofissional

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório demonstra as atividades realizadas pela Comissão de Ética Multiprofissional, localizado na Policlínica Estadual Região Nordeste - Posse. Houve reunião in loco, no dia 27 de dezembro de 2022 às 12h40min. 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.

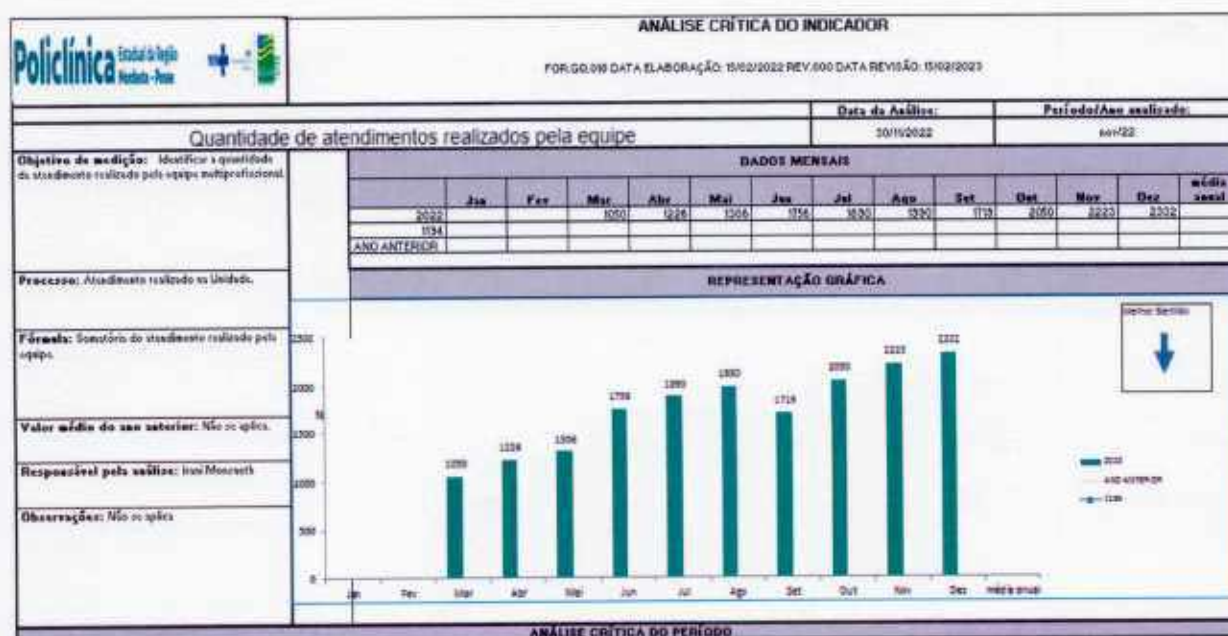
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Ética Multiprofissional

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:



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

4. AÇÕES REALIZADAS:

A comissão realizou a decoração da Policlínica de acordo com os temas voltados para dezembro, palestras em alusão e prevenção ao HIV com distribuição de preservativos, palestra sobre prevenção e cuidados contra o câncer de pele, palestras e dinâmicas voltadas para os servidores e outras 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 Monsteth 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 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

- ✓ **DIEGO MENDOZA GOUVEIA** – Médico Diretor Técnico – Presidente
- ✓ **EMERSON CLAUDIO FIGUEIREDO DE CASTRO** – Médico - Vice-Presidente
- ✓ **KAMYLLA DIVINA BRITO DO CARMO** – RT de Enfermagem – Membro

- ✓ ADRIELLY NUNES DA SILVA – Enfermeira SCIRAS/QUALIDADE – Membro
- ✓ KACIO AURELIO FERREIRA DE JESUS - Secretário

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

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																						
ELABORAÇÃO 07/11/2022																																																																						
Data de Análise: 07/11/2022																																																																						
Período(s) analisado(s): nov/22																																																																						
NÚMERO DE PRONTUÁRIOS INCOMPLETOS																																																																						
Objetivo de avaliação: Definir número de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tópicos: Identificação, Hipótese Diagnóstica, História da Doença Atual; Conduta.																																																																						
Processo: Cópia de informações de relatórios de produtividade extraídos do sistema MV																																																																						
Fórmula: Dá-se pela razão entre o número de prontuários inconsistentes pelo número de atendimentos no mês, realizada por amostragem aleatória em 10% dos prontuários.																																																																						
Valor médio do ano anterior:																																																																						
Responsável pela análise: Dr. DIEGO MENDONÇA																																																																						
Observações: Meta valor aceitável.																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="13">DADOS MENSIAIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sep</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>Média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avaliação 2022</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>150</td> <td>234</td> <td>267</td> <td>217</td> </tr> <tr> <td>Inconsistências 2022</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>15</td> <td>72</td> <td>85</td> <td>85</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>6</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		DADOS MENSIAIS														Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média anual	Avaliação 2022										150	234	267	217	Inconsistências 2022										15	72	85	85	Ano Anterior										6	6	6	6
DADOS MENSIAIS																																																																						
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média anual																																																									
Avaliação 2022										150	234	267	217																																																									
Inconsistências 2022										15	72	85	85																																																									
Ano Anterior										6	6	6	6																																																									
<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																																																																						
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																						
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2022: 1449 prontuários, 150 prontuários avaliados, 15 inconsistentes																																																																						
Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2022: 2326 prontuários, 234 prontuários avaliados, 72 inconsistentes																																																																						
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2022: 2064 prontuários, 267 prontuários avaliados, 85 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: **08/11/2022 a 05/12/2022.**

Tipo de atendimento: Ambulatório

Houve o levantamento de **2664 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 Guimaraes: **95 prontuários, 10 prontuários revisados, 10 inconformidades encontradas.**
2. Alex De Santana Vidaurre: **18 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
3. Alisson Rodrigues Botelho: **24 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
4. Bruno Araújo Lucena: **247 prontuários, 25 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
5. Bruno Lelitscew Da Bela Cruz Faria: **115 prontuários, 12 prontuários revisados, 4 inconformidades encontradas.**
6. Bruno Machado Nascimento: **82 prontuários, 8 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
7. Cecilia Strack Pimenta: **119 prontuários, 12 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
8. Claudio Antônio Máximo Rego: **72 prontuários, 7 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
9. Dimitri Carvalho Homar: **0 prontuários, 0 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
10. Diogo Viriato Silva Rodrigues: **3 prontuários, 1 prontuários revisados, 1 inconformidades encontradas.**

11. Emerson Claudio Figueiredo De Castro: **494 prontuários, 49 prontuários revisados, 15 inconformidades encontradas.**
12. Esau Furini Ferreira Barros: **107 prontuários, 11 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
13. Gabriel Ravazzi Dos Santos: **16 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
14. Henrique Stefanelo Jonas: **- prontuários, 18 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.**
15. Isabel Maria Araújo Guimaraes: **58 prontuários, 6 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
16. Jefferson Paula Guedes: **16 prontuários, 2 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.**
17. Joao Carlos Gondim Magalhaes: **64 prontuários, 6 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
18. Júlio Cezar: **19 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
19. Keila Messias Takahashi: **54 prontuários, 5 prontuários revisados, 4 inconformidades encontradas.**
20. Luciana Buosi: **27 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
21. Marcelo De Paula Abreu Silva: **203 prontuários, 20 prontuários revisados, 20 inconformidades encontradas.**
22. Marcia Gabrielle Bonfim Cortes: **219 prontuários, 22 prontuários revisados, 20 inconformidades encontradas.**
23. Marcio Alves Da Rocha: **62 prontuários, 6 prontuários revisados, 6 inconformidades encontradas.**
24. Marlon Amâncio Lima: **123 prontuários, 12 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
25. Merandolino Queiroz Moreira: **189 prontuários, 19 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
26. Rafael Dias De Sousa: **43 prontuários, 4 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**
27. Rodrigo Gomes De Oliveira: **29 prontuários, 3 prontuários revisados, 3 inconformidades encontradas.**
28. Rodrigo Kouzak Mayer: **96 prontuários, 10 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**

29. Simone Paula Queiroz: **52 prontuários, 5 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.**

Atendimentos: 2664

Prontuários Avaliados: 267

Inconformidades: 85

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:

Nº de Prontuários incompletos: **85**, totalizando **32%** dos prontuários analisados preenchidos indevidamente.

Observação: não foram constatados casos sem o preenchimento da alta.

Em **31** dos casos não foram identificados registro de evolução médica.

Em **28** prontuários avaliados não foram identificados registros do exame físico.

5. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ Notificar colaboradores médicos para adequação e oferecer novo treinamento da Equipe médica através de aplicativo de mensagens e vídeos.
 - ✓ Elaborar e executar vídeos de treinamento sobre SBAR e necessidade de utilização da ferramenta.
 - ✓ Notificar formalmente colaboradores médicos com maior número de inconformidades para atentamento do preenchimento da evolução do prontuário eletrônico, apresentando os itens que deverão constar obrigatoriamente nos prontuários.
- I. Notas de evolução: exibe o registro cronológico das consultas realizadas pelo paciente nas diferentes especialidades médicas.
 - II. Laudos de exames: apresenta a descrição detalhada de todos os exames realizados pelos pacientes.
 - III. Anamnese e exame físico: exibe as informações coletadas durante a consulta ambulatorial.

IV. Resultados de exames: mostra os resultados de todos os exames feitos pelo paciente.

Bom dia colegas.

INFORMATIVO: (Mês Referência: novembro e dezembro de 2022).

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

- ✓ Identificação por CID;
- ✓ Anamnese, exame físico, registro de exames complementares, hipótese diagnóstica e condutas;
- ✓ Sinalização da alta com identificação do motivo.
- ✓ Preenchimento adequado ficha SBAR conforme treinamento enviado por vídeo via WhatsApp e a disposição para presencial no momento em que estiverem na unidade para maiores esclarecimentos.

Até a presente data do mês de **dezembro**, foram avaliados **267 prontuários**, valor que representa **10%** do total de atendimentos médicos dessa unidade. Na análise foram identificados 85 prontuários que não atendem aos requisitos supracitados, representando uma taxa de inconsistência de 32%. **O número de inconsistências se encontra acima da margem de tolerância para este serviço.** Conto com a colaboração dos colegas na construção do prontuário em concordância com os itens supracitados no sentido de trazer maior respaldo ao nosso corpo clínico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de inconsistências se encontra acima da margem de tolerância para este serviço. Houve consenso quanto a manutenção do treinamento por aplicativo de mensagens.

Cartilhas, vídeos e materiais para treinamento já disponibilizados envolvendo principais ferramentas do MV para promover educação continuada ao corpo clínico da unidade.

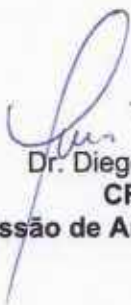
Necessidade de maior treinamento ferramenta SBAR para melhoria de encaminhamentos de referência e contra referência.

Necessidade de iniciar criação de POP's de enfermidades endêmicas na região como CHAGAS.

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 29/12/2022 na sala de reunião na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, na ocasião foi discutida sobre a instalação do estabilizador para o mesmo referido equipamento, os demais suportes foram adquiridos e instalados e a melhoria no sistema de energia do gerador.

1.1 MEMBROS DA COMISSÃO:

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA:

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

2. OBJETIVOS

O objetivo da reunião foi reforçar sobre instalação do estabilizador para o mamógrafo para maior segurança do equipamento durante seu funcionamento e a melhoria do sistema de energia através do gerador, aguardando melhorias.

3. INDICADORES

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

4. INDICADOR QUANTITATIVO

POLICLÍNICA ESTADUAL Da Região Nordeste - Posse		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																							
		FOR QG.01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2023 REV.001 DATA REVISÃO: 31/10/2022																																							
		Exames realizados no setor de radiologia						Data de Análise: 30/10/2022			Período(s) analisado(s): mar/22																														
Objetivo de medição: para saber o quantitativo de exames no setor de radiologia realizados no mês de Novembro.	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.	DADOS MENSAIS																																							
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	media anual																											
Valor médio do ano anterior: Não se aplica	Responsável pela análise: Fábio Pires Campos	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																							
Observações: Quantificar documentos não conformes e recolher para o NQ para sua validação;		<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Barras</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Quantidade de Exames</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>1201</td></tr> <tr><td>Fev</td><td>974</td></tr> <tr><td>Mar</td><td>1245</td></tr> <tr><td>Abr</td><td>974</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>1100</td></tr> <tr><td>Jun</td><td>889</td></tr> <tr><td>Jul</td><td>919</td></tr> <tr><td>Ago</td><td>478</td></tr> <tr><td>Sep</td><td>1007</td></tr> <tr><td>Out</td><td>1182</td></tr> <tr><td>Nov</td><td>842</td></tr> <tr><td>Dez</td><td>842</td></tr> <tr><td>Media Anual</td><td>974</td></tr> </tbody> </table>												Mês	Quantidade de Exames	Jan	1201	Fev	974	Mar	1245	Abr	974	Mai	1100	Jun	889	Jul	919	Ago	478	Sep	1007	Out	1182	Nov	842	Dez	842	Media Anual	974
Mês	Quantidade de Exames																																								
Jan	1201																																								
Fev	974																																								
Mar	1245																																								
Abr	974																																								
Mai	1100																																								
Jun	889																																								
Jul	919																																								
Ago	478																																								
Sep	1007																																								
Out	1182																																								
Nov	842																																								
Dez	842																																								
Media Anual	974																																								
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																									
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2022: No mês de Março foram realizados 1201 exames, nenhum paciente precisou voltar devido a falta de preparo																																									
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2022: No mês de Abril foram realizados 974 exames sendo que tivemos um paciente que não conseguiu realizar o exame devido a fobia																																									
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2022: No mês de Maio foram realizados 1245 exames, não tivemos desistência devido a fobia ou falta de preparo do paciente																																									
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2022: No mês de Junho foram realizados 1100 exames, sendo que tivemos um paciente que não conseguiu realizar o exame devido a fobia																																									
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2022: No mês de Julho foram realizados 889 exames, não tivemos desistência devido à fobia ou a falta de preparo																																									
Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO/2022: No Mês de Agosto foram realizados 919 exames, não tivemos desistência devido a fobia ou a falta de preparo																																									
Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2022: No mês de Setembro foram realizados 478 exames, sendo que tivemos um paciente que não realizou o exame devido a divergência na regulação e uma paciente grávida																																									
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2022: No mês de Outubro foram realizados 1007 exames, sendo que tivemos 2 pacientes que não realizaram o exame devido a fobia e uma desistência																																									
Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2022: No mês de Novembro foram realizados 1182 exames, sendo que tivemos um paciente que não realizou o exame devido estar sob suspeita de gravidez.																																									
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2022: No mês de Dezembro foram realizados 842 exames, sendo que tivemos dois paciente que não realizou o exame devido a fobia.																																									

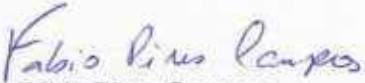
5. AÇÕES REALIZADAS:

Os itens apresentados na reunião anterior já foram solicitados ao setor responsável. Também será repassado a solicitação para a melhoria no sistema de energia.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. 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:

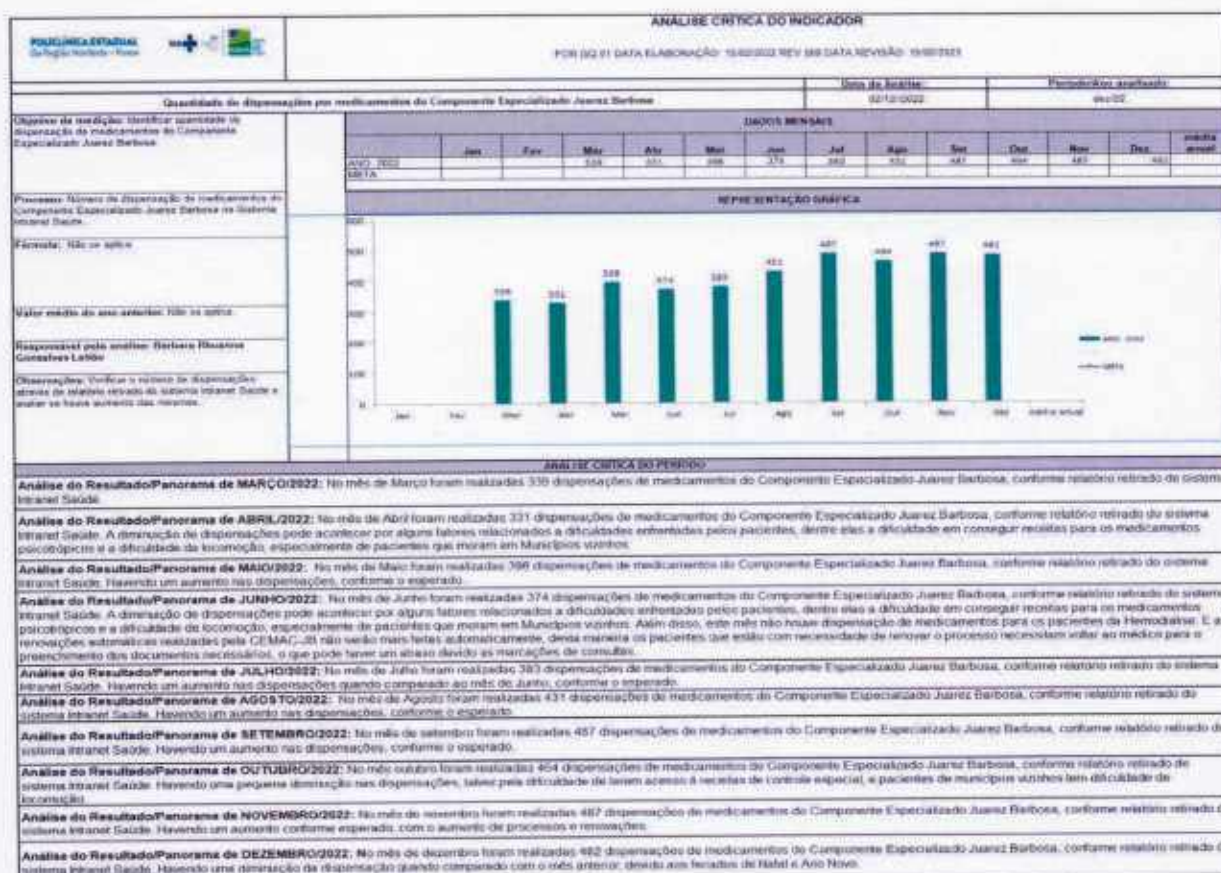
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutico;
- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Coordenadora Interina da Enfermagem;
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira da SCIRAS;
- ✓ Igor Valente Teixeira – Almojarife.

2. OBJETIVOS

- I. Promover o uso racional, seguro e adequado dos medicamentos, conforme preconizado pela ANVISA e OMS;
- III. Garantir o controle adequado dos medicamentos e insumos farmacêuticos, desde sua aquisição, recebimento, armazenamento, dispensação e controle das validades;
- III. Definir o fluxo adequado de solicitação e aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos;

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

3. INDICADORES:



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 dezembro foram realizadas 487 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Havendo um aumento conforme esperado, com o aumento de processos e renovações.

4. AÇÕES REALIZADAS:

No dia 21 do mês de dezembro houve troca de farmacêutico responsável técnico.

Foi elaborado um formulário para controle da dispensação/administração dos medicamentos dos pacientes da hemodiálise, com objetivo de evitar erros relacionados a dispensação e administração, a fim de tornar mais seguro e eficaz o uso de medicamentos.

Foi realizada também, o inventário, a baixa dos produtos vencidos e as devoluções de medicamentos com datas de validades próximas e baixo consumo, do componente especializado Juarez Barbosa, conforme recomendado pelo mesmo.

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

O presente relatório demonstra as atividades, reuniões e ações realizadas durante o mês de dezembro da Comissão de Verificação de Óbito na Unidade Policlínica da Região Nordeste – Posse.

No dia vinte e seis de dois mil e vinte e dois às 15h00mn deu início a reunião mensal da comissão de verificação de óbito- CVO, no auditório da unidade Policlínica com a presença dos membros da comissão, foi abordado sobre os óbitos ocorridos na clínica de hemodiálise na unidade Policlínica de Posse em durante 2022 e de que forma poderá ser feito um trabalho de capacitação melhor em 2023 para que esse tipo de incidente não volte ocorrer.

1.1 MEMBROS DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO- CVO

- ✓ Edilene Alves Pinheiro – Presidente
- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Membro
- ✓ Ana Caroliny Gomes – Membro
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Membro

2. OBJETIVOS

O objetivo da reunião é avaliar e revisar o quantitativo de óbitos durante o mês, se ocorrido. O objetivo das ações realizadas pela CVO na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse terá como finalidade disseminar informações à equipe de Enfermagem sobre a importância do sigilo ético das informações dos pacientes.

3. INDICADORES

POLICLÍNICA ESTADUAL		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		FOR.GG.01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2023 REV.000 DATA REVISÃO: 15/02/2023												
		Óbitos Avaliados						Data de Análise:			Período/Ano analisado:			
								30/12/2022			dez/22			
Objetivo de medição: identificar a quantidade de óbitos na unidade no mês de DEZEMBRO	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2022			1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
	ANO ANTERIOR													
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente, Vigilância Epidemiológica e da Comissão de Verificação de Óbito	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória da quantidade de óbitos														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Edilene Alves Pinheiro														
Observações: Não se aplica														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2022: No mês de março de acordo com o indicador ocorreu um óbito na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2022: No mês de março de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade no mês de abril.														
Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2022: No mês de maio de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2022: No mês de junho de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2022: No mês de julho de acordo com o indicador houve um óbito na unidade de hemodiálise.														
Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO/2022: No mês de agosto de acordo com o indicador não houve óbito na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2022: No mês de setembro de acordo com o indicador não houve óbito na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2022: No mês de OUTUBRO de acordo com o indicador não houve óbito na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2022: No mês de novembro de acordo com o indicador ocorreu um óbito na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2022: No mês de DEZEMBRO de acordo com o indicador não houve óbito na unidade.														

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

4. AÇÕES REALIZADAS

No mês de dezembro não teve ação realizada pela comissão, referentes ao cronograma, devido às demandas de urgência na unidade Policlínica e o aumento de pacientes na clínica de hemodiálise.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme relatório do mês de Dezembro/2022, a Comissão de Verificação de Óbito está realizando suas reuniões mensais, no intuito de disseminar as informações pertinentes relacionadas à CVO.

Neste mês a reunião foi mensal não houve óbito na unidade.

3. EMITIDO



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

2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Qualidade atua no monitoramento da qualidade da gestão documental, segurança do paciente, qualidade da assistência prestada ao usuário, buscando sempre qualificar e capacitar os colaboradores, para que possa atingir a meta.

1. INTRODUÇÃO

O Núcleo de Qualidade se reúne ordinariamente na quinta quarta-feira do mês para reunião mensal, visando tratar de assuntos pertinentes as atribuições do núcleo. Durante as reuniões são apresentadas as atividades tratativas e educativas. Em todas as reuniões são descritos um plano de ação para ser aplicado no decorrer do mês.

O Núcleo tem a finalidade de desenvolver ações, com o objetivo de qualificar os colaboradores, padronização e qualidade de gestão documental.

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: NÚCLEO DE QUALIDADE

- ✓ João Carlos Gondim Magalhães – Médico – Membro
- ✓ Mycael José Amâncio da Silva – Farmacêutico – Membro
- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Coord. De Enfermagem – Membro

- ✓ **Adrielly Nunes da Silva** – Enfermeira – Presidente
- ✓ **Cledimar Bispo dos Santos** – SESMET – Membro
- ✓ **Viviane Jose de Oliveira** – Auxiliar Administrativo – Secretária

2. OBJETIVOS

O NQ tem por objetivo, atuar juntamente com o escritório de qualidade, na gestão documental, padronização e controle de documentos;

Ofertar assistência de qualidade aos usuários;

Atuar juntamente com o núcleo de segurança do paciente;

Atingir metas.

3. INDICADORES:

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																											
FOR. 00.01 DATA ELABORAÇÃO: 14/02/2022 REV. 001 DATA REVISÃO: 15/02/2022																																											
Quantidade de documentos não conformes com a unidade	Data de Análise: 30/10/2022 Período(s) analisado(s): 04/2022																																										
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de documentos que não estão atualizados de acordo com a qualidade	DADOS MENSIAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês</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>2022</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>16</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>6</td> <td>12</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>6,15</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual	2022	0	0	16	5	2	6	12	10	8	8	8	0	6,15	2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual																														
2022	0	0	16	5	2	6	12	10	8	8	8	0	6,15																														
2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																														
Processo: Busca Ativa	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA 																																										
Fórmula: Somatória da quantidade de documentos não conformes																																											
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																											
Responsável pela análise: Adrielly																																											
Observações: Busca pela unidade de documentos não conformes.	ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2022: No mês de março de acordo com o indicador é perceptível que o quantitativo de documentos desatualizados da unidade ainda são muitos. Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2022: No mês de abril de acordo com o indicador no setor da qualidade ainda contém documentos que não estão conformes com a unidade. Análise do Resultado/Panorama de MAIO/2022: No mês de maio ainda encontramos documentos que não estão em conformidade com a unidade. Análise do Resultado/Panorama de JUNHO/2022: No mês de junho foram encontrados documentos que não estavam conformes na unidade, está sendo feito a padronização desses documentos. Análise do Resultado/Panorama de JULHO/2022: Durante o mês de julho, de acordo com o gráfico foi feito uma busca ativa pela unidade de documentos não conforme com a norma zero, demonstrando um quantitativo alto de documentos que estavam rodando na unidade ainda. Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO/2022: Durante o mês de agosto, de acordo com o gráfico do indicador foi feito uma busca ativa na unidade quanto aos documentos que continuam não conformes com a norma zero. Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO/2022: Durante o mês de setembro foram identificados documentos não conformes com a padronização e norma zero da qualidade, principalmente as empresas terceiras. Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2022: Durante o mês de outubro a qualidade já tinha sido notificada quanto os documentos das terceiras que não estão na norma zero e já foi solicitado para o responsável do setor. Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2022: Continuam documentos que não estão seguindo ainda a norma padrão na unidade, devido as empresas terceirizadas. Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2022: Existem documentos que se encontram em não conformidade e esses são referentes ao pessoal de empresas terceirizadas.																																										

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.

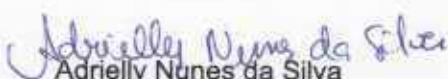
4. AÇÕES REALIZADAS:

Foram realizadas busca na unidade de documentos com não conformidade, buscando realizar as adequações da estrutura documental, realizando a gestão documental na unidade. E durante a reunião mensal da qualidade, foi notável que continua tendo documentos que não estão em conformidade com a norma zero, seguindo disso foi notável que a parte dos terceirizados que prestam serviços na policlínica seguem outro padrão e como a unidade de posse passou por auditoria da ONA está sendo tudo padronizado e adequado conforme manual ONA. Este ponto inclusive continua em andamento devido não estar padronizado com a norma da qualidade na unidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NQ está em processo de implementação, visando desenvolver suas atribuições com excelência e qualidade, a fim atuar na gestão documental, segurança do paciente e assistência ao usuário.

6. EMITIDO


Adrielly Nunes da Silva
COREN/GO 701362
Presidente do Núcleo de Qualidade

2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais

APRESENTAÇÃO

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

I. 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:

- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico RT- CRM/GO 19779
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutica RT - CRF/GO 16326
- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Enfermeira RT– COREN/GO 611806
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Enfermeira SCIRAS — COREN/GO 701362
- ✓ Ana Maria Silva de Jesus – Enfermeira RT da Hemodiálise —COREN/GO 726713
- ✓ Igor Valente Teixeira – Almojarife

II. 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.