



POSSE
Policlínica
Estadual da
Região
Nordeste

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº051/2020

Competência: dezembro/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	14
2.3.1 – Comissão de Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão	14
2.3.2 – Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente	19
2.3.3 – Comissão de Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde	22
2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente	24
2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde	26
2.3.6 – Comissão de Multiprofissional	28
2.3.7 – Comissão de Avaliação de Análise de Revisão de Prontuários Médicos	30
2.3.8 – Comissão de Proteção Radiologia	36
2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica	38
2.3.10 – Comissão de Verificação de Óbito	40
2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade	43
2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais	45
2.3.13 – Comissão de Ética Médica	48
2.3.14 – Comitê de Ergonomia	52
3– Atividades Realizadas No Mês	54
4 – Relatório de Recursos Humanos	63
4.1Afastamentos Covid e demais afastamentos	63
4.2 EPI	65
5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise	66
6 – Produção Assistencial	78
6.1 – Produção de especialidades médicas, não médica e SDTA externo.	78

1 – Apresentação

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

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

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

2 – Ações Voltadas Para Qualidade

2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação

APRESENTAÇÃO

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

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

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta o resultado da pesquisa de satisfação dos usuários Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, realizada entre os dias 01 a 29 de dezembro 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 dezembro. O índice de satisfação se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas.

Estes resultados são demonstrados na planilha e gráficos a abaixo.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	EXCELENTE	TOTAL	%
Recepção Central	0	0	0	34	119	153	19%
Enfermagem	1	2	1	8	45	57	7%
Recepção Médica	2	0	3	13	56	74	9%
Consultório Médico	2	0	4	16	52	74	9%
Recepção Imagem	0	0	4	32	83	119	15%
Diagnóstico por Imagem	0	0	4	32	83	119	15%
Recepção Laboratório	0	1	0	5	17	23	3%
Recepção Equipe Mult.	0	0	1	12	47	60	7%
Laboratório	0	1	0	5	17	23	3%
Fisioterapia	0	0	1	12	47	60	7%
Fonoaudiologia	0	0	0	0	0	0	0%
Nutrição	0	0	0	18	0	18	2%
Serviço Social	0	0	0	0	2	2	0%
Assistência Farmacêutica	1	0	0	16	18	35	4%
Psicologia	0	0	0	0	1	1	0%
Total Geral	6	4	18	203	587	818	100%
Índice Satisfação	0%	0%	12	15%	83%	Índice Geral	98%

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

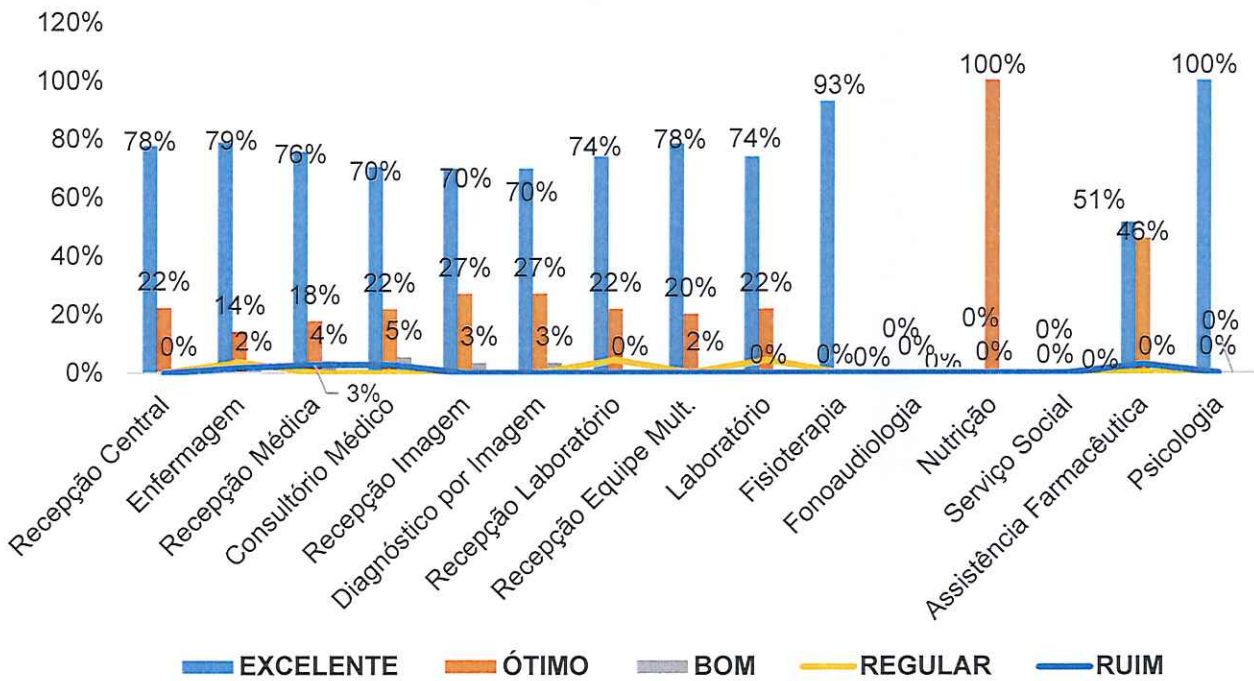
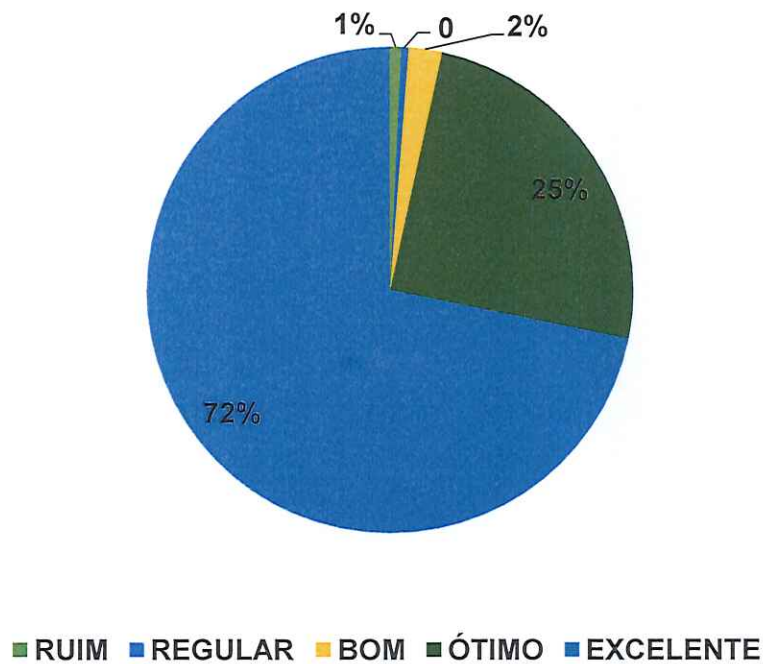


Gráfico 02: Índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento.

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 97%.

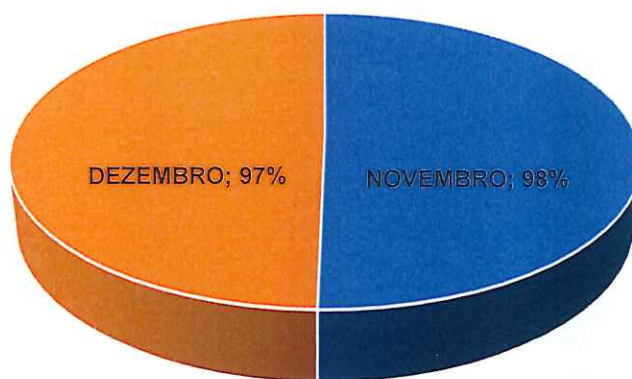
Como instituição de saúde, nossa prioridade é sempre oferecer um atendimento de excelência aos nossos pacientes, e não medimos esforços para garantir a qualidade e eficiência dos serviços prestados. A gestão busca cada vez mais, prestar um atendimento de qualidade e excelência aos nossos usuários.

3.1.1 Comparativo das avaliações entre os meses outubro/novembro

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

INDICADORES	NOVEMBRO	NOVEMBRO	% COMPARATIVO
Ruim	4	6	33%
Regular	3	4	25%
Bom	34	18	-89%
Ótimo	282	203	-39%
Excelente	1.562	587	-167%
Total Geral de Avaliações	1.891	818	-131%
Índice Geral de Satisfação	98%	97%	%

Gráfico 03: Comparativo novembro/dezembro



■ NOVEMBRO ■ DEZEMBRO ■ % COMPARATIVO

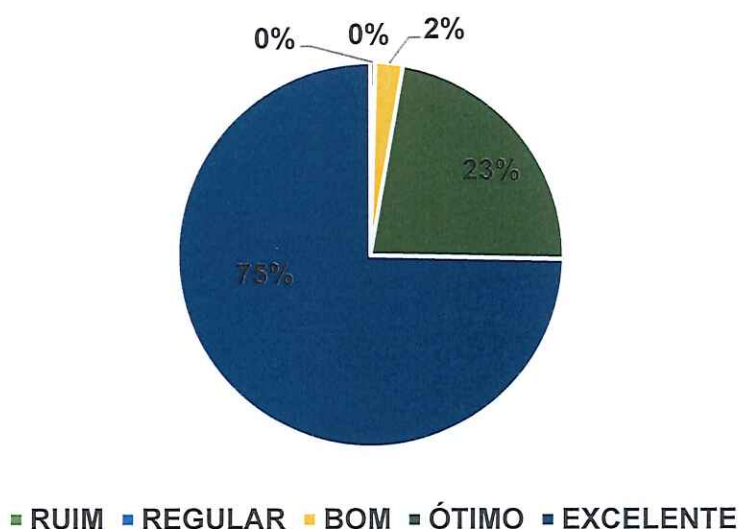
Quanto aos indicadores, nestes dois meses, não houve alteração no índice de satisfação, no entanto, ao manter um excelente índice de satisfação, demonstra que a Policlínica vem mantendo seu nível de qualidade. A planilha e o gráfico mostra o índice geral de satisfação da Policlínica, que ficou em 97% 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	0	1	1	33	108	143	30%
Enfermagem	0	0	0	11	46	57	12%
Recepção Esp. Médica	2	0	3	14	53	72	15%
Recepção Imagem	0	0	4	28	86	118	25%
Recepção Laboratório/Equipe Multi	0	0	3	20	58	81	17%
Total Geral	2	0	11	106	351	471	100%
Índice de Satisfação	0%	0%	2%	23%	75%	Índice Geral	97%

Gráfico 04: Índice de satisfação



Como pode ser observado na tabela e no gráfico, todos os setores da limpeza estão com um alto índice de avaliação ótima. E o índice geral de satisfação está em 97%, 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.

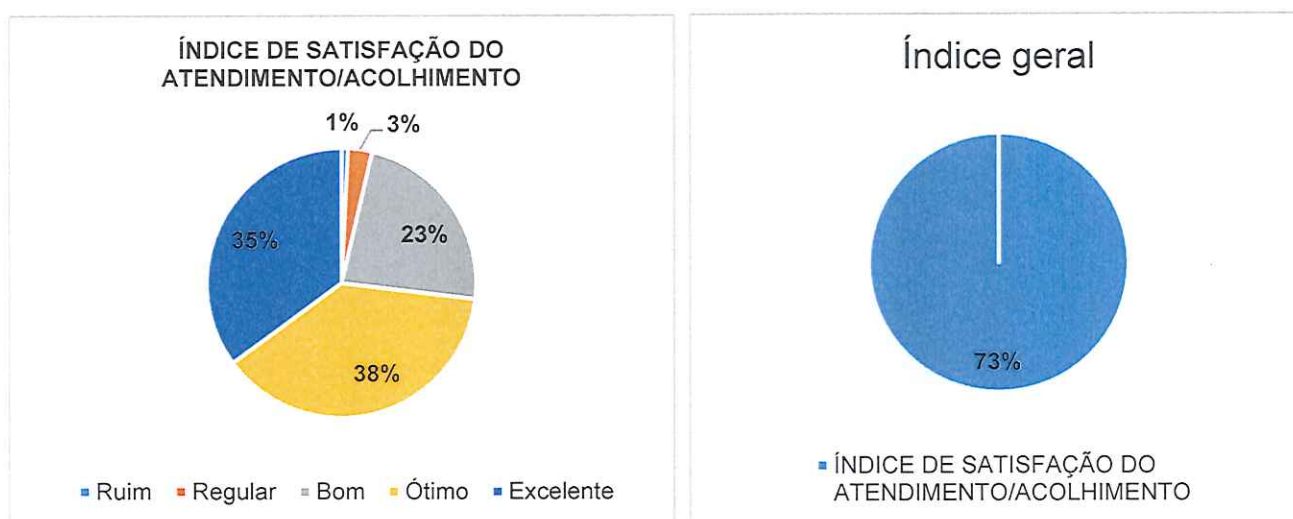
Foi aplicado o questionário a 55 pacientes, sobre atendimento, acolhimento, qualidade e conforto dos serviços ofertados.

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 lanche servido (qualidade e quantidade)	1	2	18	22	12	55
Conforto (climatização e conforto durante a sessão de hemodiálise)	0	1	10	20	24	55

Limpeza (higienização, climatização e conforto nas dependências)	0	0	3	23	29	55
Satisfeito com o transporte (veículo: conservação, conforto e limpeza)	0	0	9	18	23	50
Satisfeito com o transporte (motorista: gentileza, atenção, habilidade, cuidado e informações recebidas)	0	0	9	18	23	50
TOTAL GERAL	5	19	148	250	228	650
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO	1%	3%	23%	38%	35%	Índice geral = 73%

Gráfico 06: Índice de satisfação do atendimento/acolhimento



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

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

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

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Com base nos resultados expostos nas tabelas e gráficos, constatou-se que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, vem mantendo seu alto índice de satisfação com pequenas alterações de um mês para outro. Neste mês, as avaliações ficaram com um índice geral de aprovação de 94% no atendimento geral e 93% na estrutura e limpeza. Esses índices indicam resultados satisfatórios e que a Policlínica está no caminho certo.

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

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

5. EMITIDO


Glaucia Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria

2.2 – Relatório da Ouvidoria

1. INTRODUÇÃO

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

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

1.1 Estrutura

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

1.2 Canais de acesso a Ouvidoria

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

E-mail: ouvidoria@policlinicaposse.org.br

Telefone: (62) 3142 - 5872

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

2. ATENDIMENTOS

Este relatório apresenta os dados estatísticos referente ao período de 01/12/2023 a 29/12/2023, os quais foram extraídos do Sistema OuvidorSUS. Foram registradas 20 manifestações, todas pessoalmente. Todas as 20 manifestações são de elogios.

3. MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS

Todas as manifestações de elogio, informação, sugestão, solicitação, reclamação e denúncia são registradas no Sistema OuvidorSuS. Após ouvir e acolher o usuário, as manifestações são registradas, analisadas, classificadas e tipificadas. Em seguida, elas são encaminhadas para o setor responsável que acompanha o desenrolar até o retorno ao cidadão e a finalização da manifestação. Conforme a LEI 13.460 de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos usuários dos serviços públicos da administração pública, o setor responsável terá 20 dias para

enviar um parecer conclusivo. Esse prazo pode ser prorrogado por igual período uma única vez e de forma justificável.

3.1 Canais de atendimento e origem das manifestações

Os canais de atendimento disponíveis são: carta, e-mail, pessoalmente ou por telefone. Neste mês todas as manifestações desta ouvidoria foram registradas de forma presencial.

3.2 Classificação das manifestações

As manifestações podem ser classificadas como **elogio, informação, sugestão, solicitação, reclamação e denúncia**. Durante este período acima citado, foram registradas 20 manifestações na ouvidoria. Todas as manifestações foram elogios.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os resultados no período citado, concluímos que das manifestações recebidas por esta ouvidoria, 100% são elogios. As manifestações foram registradas por meio de atendimento presencial.

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

5. EMITIDO


Glaucia Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria

2.3 – Relatório das Comissões

2.3.1 – Comissão de Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão

1.0 APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO

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

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

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


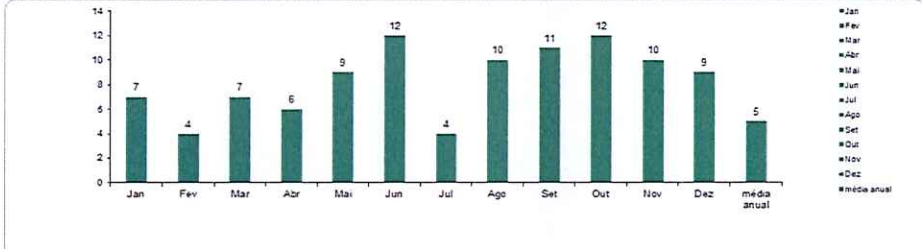
Os membros que compõem este NEP:

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

2 – INDICADORES DE PRODUÇÃO E METAS QUANTITATIVAS

Os indicadores de produtividade são usados principalmente para medir e monitorar de perto o processo de serviços prestados. Esta é uma boa prática de gestão e pode desempenhar um papel importante na tomada de decisões.

1.1 PRODUÇÃO QUANTITATIVA

		NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
		FORMULÁRIO												
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		FOR.NEP.01						Revisão: 03			vigência: 30/10/2025			
		Ações educativas realizadas						Data da Análise: 31/12/2023			Período/Ano analisado: dez/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	10	9	5
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 Fevereiro 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 Março 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 Abril 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 Maio 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 Junho 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 Julho 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 Agosto 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 Setembro 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 Outubro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2023: No mês de Novembro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações e treinamentos.													
	Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2023: No mês de Dezembro 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:

<u>TREINAMENTO</u>	<u>PROPOSTA DA DATA</u>	<u>MINISTRANTE</u>	<u>QUANTOS PARTICIPANTES</u>
Treinamento Gestão de Demanda	21/12/2023	Karlene Pereira	19

CARGA HORÁRIA TOTAL DOS TREINAMENTOS REALIZADOS:

TREINAMENTO	DATA	QUANTOS PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA TOTAL
Treinamento Gestão de Demanda	21/12/2023	19	1 Hora

AValiação de Eficácia dos Treinamentos de Julho 2023:

TREINAMENTO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA
Treinamento Gestão de Demandas	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 21 de dezembro de 2023 pela Supervisora de Atendimento. Em primeiro momento foi reforçado com a equipe a importância da segurança do paciente e da responsabilidade de todos os colaboradores quando se fala em segurança do paciente, então foi orientado sobre a importância da identificação do paciente, foi informado sobre a atenção em abrir atendimento assim como encaminhar o paciente para o setor correto, foi frisado cordialidade, lembrando que o atendimento deve ser feito sempre presencialmente diante da apresentação do documento de identificação. E foi passado sobre a resistência dos colaboradores em cumprimentos de ordens e deveres, por fim ressaltaram a comunicação clara e efetiva entre os colaboradores do setor e pacientes.

AÇÕES EDUCATIVAS

AÇÃO EDUCATIVA	DATA	PÚBLICO ALVO	CARGA HORÁRIA TOTAL
Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade	07/12/2023	Pacientes	1 hora
Dezembro Vermelho: HIV	15/12/2023	Pacientes	1 Hora
Dia do Fonoaudiólogo	18/12/2023	Pacientes	1 Hora
Câncer de Pele	19/12/2023	Pacientes	1 Hora
Dicas Nutricionais para as festas de final de ano	22/12/2023	Pacientes	1 Hora
Roda de Conversa HIV	27/12/2023	Colaboradores	1 Hora
Ação Atendimento Humanizado	28/12/2023	Pacientes	1 Hora
Controle de Líquidos e Sódio	29/12/2023	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 NEP (NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE), é um espaço destinado ao desenvolvimento do conhecimento, nas áreas de competências, cursos ofertados, assim como treinamentos e palestras. Além de serem certificados. E também são ofertadas vagas para estagiários.

Treinamento Gestão de Demandas



5.0 PLANO DE AÇÃO (5W2H)

O método 5W2H é uma ferramenta de gestão utilizada para definir direcionamentos estratégicos de um plano. A ideia é responder sete perguntas básicas para entender quais são os próximos passos necessários para que aquele projeto inicial seja colocado em prática.

PLANO DE AÇÃO (5W2H)						
What	Why	Who	Where	When	How	How Much
O que?	Por que?	Quem?	Onde?	Quando?	Como?	Quanto?
Melhorar os cursos ofertados para os colaboradores	Não é eficaz	Nep	Policlínica	Mensal	Sites, links	-
Assinatura dos certificados de treinamentos	Estão sem assinar	Diretoria	Policlínica	Mensal	Assinatura	-
Cronograma anual de treinamentos	Acompanhamento dos treinamentos	NEP	Policlínica	Anual	Planilha	-
Cursos Online	Melhorar a oferta	NEP	Policlínica	Mensal	Cronograma	-

6.0 ANÁLISE S.W.O.T

FORÇAS

Oportunidade;
Interesse em aprender;
Proatividade;
Material.

FRAQUEZAS

Falta de orientação;
Falta de Treinamento;
Demanda do setor;
Cobranças.

OPORTUNIDADES

Capacitação para o NEP sobre a função

AMEAÇAS

A falta de capacitação

7.0 CONCLUSÃO

O departamento NEP é fundamental para o andamento e funcionamento do processo que é desenvolvido na unidade, pois ele permite avaliar o desenvolvimento profissional, assim como avaliação do processo e como ele é executado.

Os indicadores é uma forma de medir esses dados, podem ser quantificados e permitem comparações.

Conforme relatório do mês de dezembro/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:

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													
FORNGSP.01		Revisão: 03	validade: 30/10/2025										
		Data de Análise: 31/12/2023	Período para análise: Dez/23										
Eventos Adversos													
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês	DADOS MENSAL												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	9	5	11	11	9	5	11	3	3	3	3	2	
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
Fórmula: Soma da quantidade de eventos adversos													
Valor médio do ano anterior: Não se aplica													
Responsável pela análise: Thaise Ynara													
Observações: Todo incidente, evento adverso deve ser notificado e encaminhado ao NSP.													
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
Análise do Resultado/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 do Resultado/Panorama de NOVENEMBRO/2023: No mês de Novembro de acordo com o indicador obteve um total de três notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.													
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2023: No mês de Dezembro de acordo com o indicador obteve um total de duas notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.													

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

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

No dia 29/11/23, 30/11/23 e 01/12/2023, a enfermeira Sciras e a assistente administrativo participaram do 2º Encontro RENAVEH e apresentação de trabalhos científicos em Goiânia, durante o evento, A enfermeira Sciras apresentou seu trabalho sobre a implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica hospitalar.

Nos reunimos com a nossa coordenadora Tamilyes Borges para alinhar as demandas setoriais das policlínicas e desenvolver outras atividades, incluindo a apresentação do organograma setorial, o treinamento de mapeamento de processos e a gestão de riscos, Apoio e participação Evento em alusão ao dezembro Vermelho-HIV- HUGO. Com isso, adquirimos muitos conhecimentos, aprendizados e experiências para a implementação do NVE que serão úteis para a nossa unidade Policlínica Estadual da Região Nordeste em Posse.

Também tivemos um treinamento de planejamento estratégico setorial para ONA 2 com a coordenadora durante nosso encontro

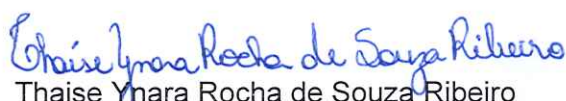
A enfermeira SCIRAS, fez o cronograma de auditorias para o ano de 2024. Cronograma de verificação do seguimento dos protocolos de segurança do paciente e qualidade no atendimento,

com intuito de trazer excelência no serviço prestado na Policlínica Estadual da Região Nordeste-Posse GO, no ano de 2024.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o relatório referente ao mês de dezembro 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, nosso foco é melhorar a segurança do paciente com novas implementações.

6. EMITIDO



Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro

Enfermeira SCIRAS - COREN N° 511424/GO

Presidente da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente

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

APRESENTAÇÃO

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

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório visa destacar as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção (CCI) na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse - GO. A CCI desempenha um papel fundamental na prevenção e no controle de infecções hospitalares nessa unidade de saúde. O relatório aborda as iniciativas implementadas, os programas estabelecidos e as estratégias adotadas pela CCI para garantir a segurança dos pacientes e a redução da incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde. Essas ações são fundamentais para promover um ambiente

saudável e de qualidade, proporcionando uma assistência segura e eficaz aos pacientes atendidos na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse - GO.


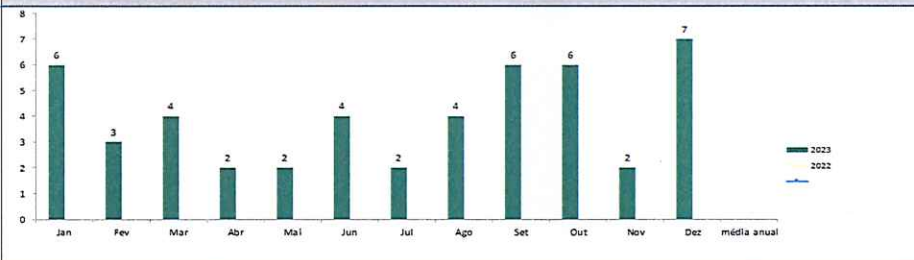
1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

		FORMULÁRIO													
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
		FOR NGSP 01				Revisão: 03				vigência: 30/10/2025					
		Data de Análise: 31/12/2023						Período/Ano analisado: dez/23							
Treinamentos/Capacitações em prevenção, rondas sobre controle de infecção		DADOS MENSAIS													
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos/capacitações na unidade		2023	Jan 6	Fev 3	Mar 4	Abr 2	Maio 2	Jun 4	Jul 2	Ago 4	Set 6	Out 6	Nov 2	Dez 7	médias anual
Processo: Programa SCIRAS		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória da quantidade de treinamentos															
Valor médio do ano anterior: Não se aplica		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
Responsável pela análise: Thaise Ynara		Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2023: No mês de Janeiro de acordo com o indicador foi realizado seis capacitações neste mês.													
Observações: Os treinamentos são feitos de acordo com a necessidade dos setores ou por solicitações de maiores		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 do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2023: No mês de Novembro de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.													
		Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2023: No mês de Dezembro de acordo com o indicador foi realizado ações, rondas e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.													
Causas do resultado		Ações Planejadas				Responsável				Prazo				Realizado	

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:

- ✓ No dia 29/11/23, 30/11/23 e 01/12/2023, a enfermeira Sciras e a assistente administrativo participaram do 2º Encontro RENAVERH e apresentação de trabalhos científicos em Goiânia, durante o evento, A enfermeira Sciras apresentou seu trabalho sobre a implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica hospitalar.
- ✓ Nos reunimos com a nossa coordenadora Tâmilles Borges para alinhar as demandas setoriais das policlínicas e desenvolver outras atividades, incluindo a apresentação do organograma setorial, o treinamento de mapeamento de processos e a gestão de riscos, Apoio e participação Evento em alusão ao dezembro Vermelho-HIV- HUGO. Com isso, adquirimos muitos conhecimentos, aprendizados e experiências para a implementação do NVE que serão úteis para a nossa unidade Policlínica Estadual da Região Nordeste em Posse.
- ✓ Também tivemos um treinamento de planejamento estratégico setorial para ONA 2 com a coordenadora durante nosso encontro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, este relatório destaca as atividades realizadas pela Comissão de Controle de Infecção (CCI) na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse – GO. Durante a reunião, abordamos o treinamento que recebemos em Goiânia, compartilhamos nossas experiências, nossa preparação para a ONA e identificamos melhorias para o setor SCIRAS.

6. EMITIDO



Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro
Enfermeira SCIRAS - COREN N° 511424/GO

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

2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório demonstra as atividades realizadas pela CIPAA, locado na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com a realização da reunião mensal referente ao mês de dezembro de 2023, que aconteceu no dia 27 de dezembro de 2023 às 09:00 horas.

MEMBROS DA COMISSÃO CIPA


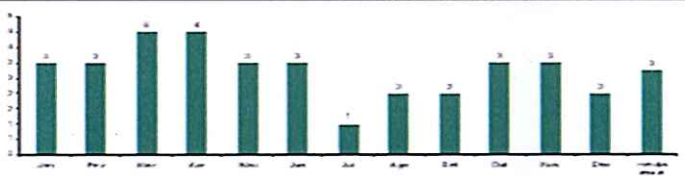
- ✓ Anisia Vieira de Barros – Assistente de Ouvidoria (Representante convidada)
- ✓ Erika Denise Sateles dos Santos – Técnica de Enfermagem (representante eleita)
- ✓ Kalisson Moreira da Silva – Fisioterapeuta (representante eleito)

2. OBJETIVOS

A Comissão Interna de Prevenção de Acidente e Assédio – CIPAA designa a cautela de acidentes e males relacionados ao trabalho, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, o cuidado a vida e a saúde do trabalhador.

Os objetivos da reunião foi discutir as ações realizadas no mês dezembro, e definir a programação das ações do mês de janeiro em que a CIPAA poderá realizar ou participar.

3. INDICADORES

		COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DOENÇAS COMISSÃO REUNIÃO MENSAL DE DEZEMBRO																							
		2023						2022																	
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
Atos da CIPAA O presente relatório demonstra as atividades realizadas pela CIPAA, locado na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com a realização da reunião mensal referente ao mês de dezembro de 2023, que aconteceu no dia 27 de dezembro de 2023 às 09:00 horas.		3	3	4	4	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Prevenção de Acidentes Descrição das atividades realizadas para a prevenção de acidentes durante o mês de dezembro de 2023.																									
Prevenção de Doenças Descrição das atividades realizadas para a prevenção de doenças durante o mês de dezembro de 2023.																									
Outros Indicadores Descrição dos outros indicadores utilizados para avaliar a eficácia das ações da CIPAA.																									

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ Iniciamos a reunião sobre a atuação da CIPA dentro da unidade;
- ✓ Discutimos sobre as ações realizadas no mês em que houve a participação da CIPAA.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a comissão está ativa com responsabilidade diante das solicitações para melhorias dos processos de segurança da unidade, a fim de evitar qualquer tipo de acidente de trabalho, prezando sempre pela segurança e bem-estar dos pacientes e colaboradores. Neste entendimento, 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.



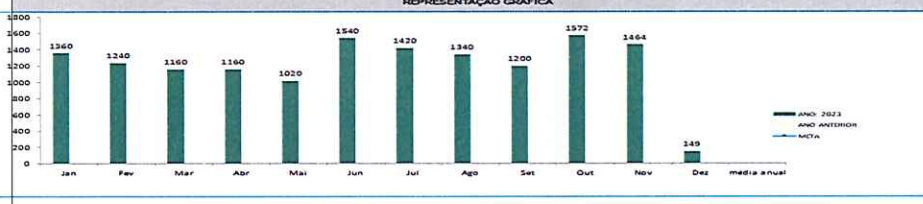
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde.

- ✓ 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

 		FORMULÁRIO																																																																			
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																					
POSES		Revisão: 03		Data de Análise:		Iniciada em 10/2023						Período/ANO analisado:																																																									
				1/12/2023		06/23																																																															
Quantidade de resíduos no mês de Dezembro de 2023 Objetivo de medição: para saber o quantitativo de resíduos coletados no mês de outubro		DADOS MENSAIS <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>media anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1360</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>1464</td> <td>148</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>META</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANO 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>												ANO 2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	media anual	1360	1240	1160	1160	1020	1540	1420	1340	1200	1572	1464	148			META														ANO ANTERIOR													
ANO 2023	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	media anual																																																								
1360	1240	1160	1160	1020	1540	1420	1340	1200	1572	1464	148																																																										
META																																																																					
ANO ANTERIOR																																																																					
Processo: gestão de quantidade de resíduos infectante e perfurocortantes coletados nesta unidade de saúde Fórmula: somatoria da quantidade de documentos não conforme		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA 																																																																			
Valor médio do ano anterior: não se aplica																																																																					
Responsável pela análise: Cledimar Bispo																																																																					
Observações: Quantificar documentos não conformes e recolher para o NQ para sua validação;																																																																					
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 1.360 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 setemb 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 do Resultado/Panorama de NOVENBRO/2023: No mês de novembro o total de resíduos coletados do grupo A, foram de 1.464,15 kg																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2023: No mês de dezembro o total de resíduos coletados do grupo A, foram de 148,750kg																																																																					

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

Neste mês de dezembro. Durante a reunião da comissão, foi discutido que a empresa Centro-Oeste, responsável pela coleta de resíduos, não enviou o caminhão para coletar os resíduos deste mês. A enfermeira Sciras entrou em contato que foi informada que o caminhão havia estragado, mas que seria enviado até o final do mês para coleta. No entanto, o caminhão ainda não foi enviado e a enfermeira Sciras enviou um e-mail solicitando que a coleta seja realizada e que seja fornecido um retorno.

Neste mês de dezembro foram coletados; 0,0 Kg de Resíduos do Grupo A, 148,750 Kg de Resíduos do Grupo B e 0,0 Kg de Resíduos do Grupo E. Totalizando 148,750 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de dezembro 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 28 de dezembro de 2023 às 12:20h. 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.


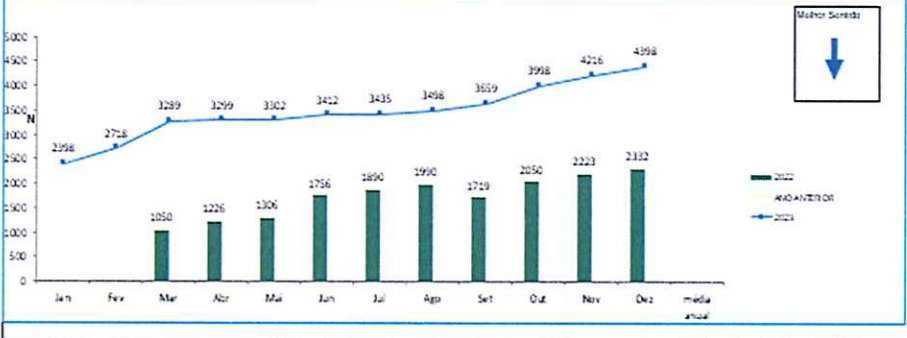
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Ética Multiprofissional

- ✓ Irani Monsueth Alves Almeida – Assistente Social – Presidente
- ✓ Kamylla Divina Brito 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 dezembro de 2023.

4. INDICADORES:

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																									
 <p>FOR.G0.010 DATA ELABORAÇÃO: 15/10/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 15/10/2023</p>																																																									
<p>Quantidade de atendimentos realizados pela equipe</p> <p>Data de Análise: 30/11/2023</p> <p>Período/Ano analisado: nov/23</p>																																																									
<p>Objetivo de medição: Identificar a quantidade de atendimentos realizados pela equipe multiprofissional.</p> <p>Processo: Atendimento realizado na Unidade.</p> <p>Fórmula: Somatória de atendimentos realizados pela equipe.</p> <p>Valor médio de ano anterior: Não se aplica.</p> <p>Responsável pela análise: Irani Monsueth</p> <p>Observações: Não se aplica</p>	<p>DADOS MENSAIS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Sat</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>médias 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>1990</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>2728</td> <td>3299</td> <td>3302</td> <td>3299</td> <td>3302</td> <td>3412</td> <td>3435</td> <td>3498</td> <td>3659</td> <td>3918</td> <td>4216</td> <td>4398</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	Sat	Out	Nov	Dez	médias anual	2022			1050	1226	1306	1756	1990	1990	1719	2050	2223	2332		2023	2398	2728	3299	3302	3299	3302	3412	3435	3498	3659	3918	4216	4398	ANO ANTERIOR													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sat	Out	Nov	Dez	médias anual																																											
2022			1050	1226	1306	1756	1990	1990	1719	2050	2223	2332																																													
2023	2398	2728	3299	3302	3299	3302	3412	3435	3498	3659	3918	4216	4398																																												
ANO ANTERIOR																																																									
	<p>REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</p> 																																																								
<p>ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Janeiro 2023: No mês janeiro, comparado ao mês de dezembro, houve um aumento no quantitativo de atendimentos.</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Fevereiro 2023: No mês de fevereiro, comparado ao mês de janeiro, houve um aumento no quantitativo de atendimentos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Junho 2023: No mês de junho houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de maio.</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Julho 2023: No mês de julho houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de junho.</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Agosto 2023: No mês de agosto houve aumento no número do quantitativo de atendimentos em relação ao mês de julho.</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Setembro 2023: No mês de setembro houve um aumento quantitativo de atendimentos em relação ao mês de agosto.</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Outubro 2023: No mês de outubro houve um aumento quantitativo de atendimentos em relação ao mês de setembro.</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Novembro 2023: No mês de novembro houve um aumento quantitativo de atendimentos em relação ao mês de outubro.</p> <p>Análise do Resultado/ Panorama de Dezembro 2023: No mês de dezembro houve um aumento quantitativo de atendimentos em relação ao mês de novembro.</p>																																																									

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 de dezembro com mais de uma cor, o vermelho e o laranja. O Dezembro Vermelho ressalta a importância da prevenção contra a AIDS, e o Dezembro Laranja traz o debate sobre o combate ao câncer de pele. Realizadas palestras e dinâmicas que foram voltadas para os servidores e para os usuários da Policlínica, a fim que todos tenham conhecimento acerca do tema.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


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

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

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE ANÁLISE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

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

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO																																																									
FORMULÁRIO																																																									
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																									
FOR: CARPM.01	Revisão: 02																																																								
Data da Análise: 04/12/2023	Período a ser analisado: dez/23																																																								
Objetivo de medição: Definir números de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tipos: Identificação, Histórico Diagnóstico, História da Doença Atual, Conduta.	DADOS MENSAIS																																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avaliados 2023</td> <td>205</td> <td>341</td> <td>252</td> <td>252</td> <td>311</td> <td>431</td> <td>491</td> <td>360</td> <td>333</td> <td>361</td> <td>360</td> <td>339</td> <td>338</td> </tr> <tr> <td>Inconformidade 2023</td> <td>59</td> <td>92</td> <td>57</td> <td>28</td> <td>46</td> <td>70</td> <td>79</td> <td>51</td> <td>65</td> <td>64</td> <td>70</td> <td>63</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>Inconformidade 2022</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>29</td> <td>72</td> <td>80</td> <td>62</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	Avaliados 2023	205	341	252	252	311	431	491	360	333	361	360	339	338	Inconformidade 2023	59	92	57	28	46	70	79	51	65	64	70	63	65	Inconformidade 2022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	72	80	62
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																												
Avaliados 2023	205	341	252	252	311	431	491	360	333	361	360	339	338																																												
Inconformidade 2023	59	92	57	28	46	70	79	51	65	64	70	63	65																																												
Inconformidade 2022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	72	80	62																																												
Processo: Coleta de informações dos relatórios de produtividade extraídos do sistema MV.	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																								
Formula: Da-se pela razão entre o número de prontuários inconsistentes pelo número de atendimentos no mês, realizada por amostragem aleatória em 10% dos prontuários.	<p>Gráfico de barras e linha mostrando o número de prontuários avaliados (barra verde) e inconsistentes (barra amarela) por mês em 2023, além da taxa de inconsistência em porcentagem (linha preta). O eixo Y representa o número de prontuários (0 a 600) e o eixo X representa o mês. A taxa de inconsistência varia entre 11% e 28%.</p>																																																								
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																																									
Responsável pela análise: DR. DIEGO MENDOZA GONCALVES																																																									
Observações: Meta valor aceitável.																																																									
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO 2023: 2037 prontuários, 205 prontuários avaliados, 59 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO 2023: 3405 prontuários, 341 prontuários avaliados, 92 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de MARÇO 2023: 2519 prontuários, 252 prontuários avaliados, 57 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de ABRIL 2023: 2523 prontuários, 252 prontuários avaliados, 28 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de MAIO 2023: 3110 prontuários, 311 prontuários avaliados, 46 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de JUNHO 2023: 4305 prontuários, 431 prontuários avaliados, 70 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de JULHO 2023: 4905 prontuários, 491 prontuários avaliados, 79 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de AGOSTO 2023: 3597 prontuários, 360 prontuários avaliados, 51 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de SETEMBRO 2023: 3326 prontuários, 333 prontuários avaliados, 65 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO 2023: 3611 prontuários, 361 prontuários avaliados, 64 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de NOVE MBRO 2023: 3603 prontuários, 360 prontuários avaliados, 70 inconsistentes</u>																																																									
<u>Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO 2023: 3391 prontuários, 339 prontuários avaliados, 63 inconsistentes</u>																																																									

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: **07/11/2023 a 04/12/2023.**

Tipo de atendimento: Ambulatório

Houve o levantamento de 3.391 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. Bruno Araujo Lucena: 336 prontuários, 34 prontuários revisados, 5 inconformidades encontradas.

2. Diogo Viriato Silva Rodrigues: 21 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
3. Dimitri Carvalho Homar: 34 prontuários, 3 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
4. Debora Vilela Cunha: 32 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
5. Keila Messias Takahashi: 143 prontuários, 14 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
6. Isabel Maria Araujo Guimaraes: 78 prontuários, 8 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
7. Joao Carlos Gondim Magalhaes: 416 prontuários, 42 prontuários revisados, 6 inconformidades encontradas.
8. Esau Furini Ferreira Barros: 92 prontuários, 9 prontuários revisados, 5 inconformidades encontradas.
9. Gabriel Ravazzi dos Santos: 14 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
10. Lissandro Vargas Pinheiro: 114 prontuários, 11 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
11. Joao Pitaluga Neto: 16 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
12. Deybson Augusto dos Santos: 29 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
13. Nathalia Nunes dos Santos: 174 prontuários, 17 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
14. Rodrigo Kouzak Mayer: 133 prontuários, 13 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
15. Alisson Rodrigues Botelho: 17 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
16. Marlon Amâncio Lima: 175 prontuários, 18 prontuários revisados, 5 inconformidades encontradas.
17. Marcelo de Paula Abreu Silva: 264 prontuários, 26 prontuários revisados, 9 inconformidades encontradas.
18. Emerson Claudio Figueiredo: 527 prontuários, 53 prontuários revisados, 12 inconformidades encontradas.
19. Merandolino Queiroz Moreira: 210 prontuários, 21 prontuários revisados, 3 inconformidades encontradas.
20. Alex de Santana Vidaurre: 22 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
21. Claudio Antonio Máximo Rego: 153 prontuários, 15 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.

22. Henrique Stefanelo Jonas: 67 prontuários, 7 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
23. Rodrigo Gomes de Oliveira: 29 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
24. Grasielle Rodrigues Santana: 21 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
25. Julio Cezar Meirelles Gomes: 21 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
26. Marçal Cristiano Xavier Sout: 44 prontuários, 4 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
27. Bruno Machado Nascimento: 63 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
28. Bruno Lelitscew da Bela Cruz: 91 prontuários, 9 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
29. Raphael Felipe Freua Fontes: 55 prontuários, 6 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.

- Prontuários: 3.391
- Prontuários Avaliados: 339
- Inconformidades: 63

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: 63, representando 18,68% dos prontuários analisados preenchidos de forma inadequada.

Em 0 dos casos, não foram identificados registros de evolução médica.

Em 9 prontuários avaliados, não foram encontrados registros do exame físico.

5. AÇÕES REALIZADAS:

1. Notificar colaboradores médicos para adequação e oferecer novo treinamento da Equipe médica através de aplicativo de mensagens e vídeos.

2. Elaborar e executar vídeos de treinamento sobre SBAR e necessidade de utilização da ferramenta.
 3. Notificar formalmente colaboradores médicos com maior número de inconformidades para atentamento do preenchimento da evolução do prontuário eletrônico, apresentando os itens que deverão constar obrigatoriamente nos prontuários.
- ✓ 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.
 - ✓ Resultados de exames: mostra os resultados de todos os exames feitos pelo paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise realizada pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuário Médico (CARPM), é possível concluir que a revisão sistemática dos prontuários médicos digitais na Policlínica Estadual da Região do Nordeste Goiano revelou um número significativo de inconformidades. O indicador de prontuários incompletos apresentou uma taxa de 18%, indicando uma preocupante inadequação no preenchimento das informações clínicas essenciais, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

A reunião, que contou com a presença dos membros da comissão, permitiu o levantamento detalhado dos resultados, não houve casos que não foram identificados registros de evolução médica, e em 9 prontuários não foram encontrados registros do exame físico. Essas lacunas na documentação médica podem comprometer a qualidade e segurança dos registros clínicos, além de infringir normas e legislações vigentes.

Como resposta a essas constatações, a CARPM propôs ações corretivas, incluindo a notificação dos colaboradores médicos para adequação, oferecendo treinamento adicional através de aplicativos de mensagens e vídeos. Além disso, foram elaborados vídeos de treinamento sobre o Sistema de Comunicação SBAR e a necessidade de utilização da ferramenta. A notificação formal dos colaboradores médicos com maior número de inconformidades foi outra medida adotada, visando o atentamento ao preenchimento adequado da evolução do prontuário eletrônico.

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 n° 19.779-GO
Responsável Técnico Médico
Policlínica Estadual da Região
Nordeste - Posse

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 29/12/2023 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 a aquisição de pedestal com correntes de plástico para direcionamento de fluxo de pacientes da RM.

1.1 MEMBROS DA COMISSÃO:

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA:

- ✓ Fábio Pires Campos – Técnico em Radiologia – Presidente
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho
- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico – RT Policlínica CRM – GO 19799
- ✓ Kamylla Divina Brito do Carmo – Coordenadora Operacional
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – RT Enfermagem
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira SCIRAS
- ✓ Anísia Vieira de Barros – Analista de Qualidade

2. OBJETIVOS

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

Solicitamos que seja feita a aquisição de pedestais com correntes de plástico para direcionamento de pacientes na área da RM.

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

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.GO.01 DATA ELABORAÇÃO: 15/02/2022 REV.000 DATA REVISÃO: 29/12/2023																																																																			
		Data de Análise:						Período/Ano analisado:																																																													
Exames realizados no setor de radiologia		29/12/2023						dez/23																																																													
Objetivo de medição: para saber o quantitativo de exames no setor de radiologia realizados no mês de Dezembro	DADOS MENSAIS																																																																				
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																																							
	ANO	1028	558	1045	1003	1103	1231	1005	1229	1490	1157	987	881																																																								
	META																																																																				
	ANO ANTERIAR																																																																				
Processo: Gestão de resultados de exames realizados mensalmente no setor radiológico sendo: Ressonância Magnética, Tomografia, Raios X, Mamografia e Densitometria Óssea	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																				
	<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Representação Gráfica</caption> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>ANO</th> <th>ANO ANTERIAR</th> <th>META</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Jan</td><td>1028</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fev</td><td>558</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mar</td><td>1045</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Abr</td><td>1003</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mai</td><td>1103</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Jun</td><td>1231</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Jul</td><td>1005</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ago</td><td>1229</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Set</td><td>1490</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Out</td><td>1157</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nov</td><td>987</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dez</td><td>881</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>média anual</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>													Mês	ANO	ANO ANTERIAR	META	Jan	1028			Fev	558			Mar	1045			Abr	1003			Mai	1103			Jun	1231			Jul	1005			Ago	1229			Set	1490			Out	1157			Nov	987			Dez	881			média anual			
	Mês	ANO	ANO ANTERIAR	META																																																																	
Jan	1028																																																																				
Fev	558																																																																				
Mar	1045																																																																				
Abr	1003																																																																				
Mai	1103																																																																				
Jun	1231																																																																				
Jul	1005																																																																				
Ago	1229																																																																				
Set	1490																																																																				
Out	1157																																																																				
Nov	987																																																																				
Dez	881																																																																				
média anual																																																																					
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;																																																																					
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de Janeiro: 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 desistencia 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 desistencia 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 desistencia 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 desistencias 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 2 pacientes que não realizaram o exame devido a fobia e uma desistencia																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2023: No mês de Novembro foram realizados 987 exames, sendo que tivemos um paciente que não realizou o exame devido a fobia.																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2023: No mês de Dezembro foram realizados 881 exames, não tivemos desistencia devido à fobia ou a falta de preparo.																																																																					

5. AÇÕES REALIZADAS:

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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

7. EMITIDO



Fábio Pires Campos
Presidente da Comissão de Proteção Radiológica

2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:

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

2. OBJETIVOS

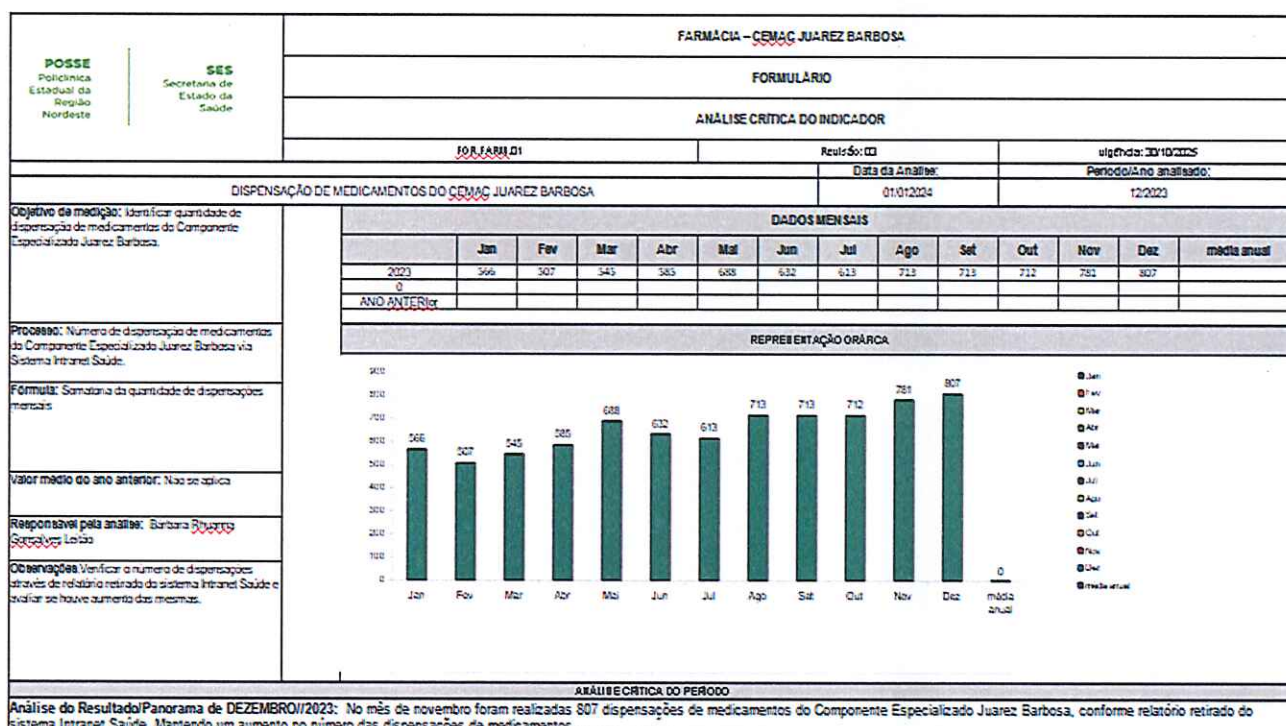
I. Promover o uso racional, seguro e adequado dos medicamentos, conforme preconizado pela ANVISA e OMS;

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

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

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

3. INDICADOR



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 807 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde.

Podemos observar que se mantêm o aumento do número das dispensações, quando comparado com os meses anteriores. O aumento no número de dispensações é esperado devido a alta procura por abertura de processo no componente especializado, que tende a aumentar consequentemente o número de dispensações mensais.

4. AÇÕES REALIZADAS:

Realizou-se o inventário anual dos medicamentos e materiais do estoque da farmácia da Policlínica e dos medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, com objetivo de identificar falhas e garantir a segurança do processo, mantendo assim um registro preciso e atualizado de todos os medicamentos e materiais do estoque da farmácia. Realizou-se os check-list mensais dos carrinhos de emergência, troca de itens próximo a vencimentos e identificação dos medicamentos e materiais próximos a vencimento.

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.



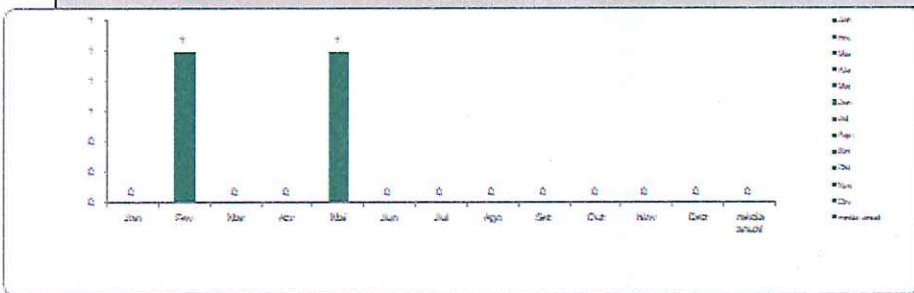
1.1 MEMBROS DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO- CVO

- ✓ 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

 		COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO - CVO											
FORMULÁRIO													
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
FOR.CVO.01				Revisão: 02				Data de emissão: 28/12/2023					
Data de análise:				Período analisado:									
31/12/2023				Dez/23									
MENSAGENS DE INCIDENTE E CERRADO ADEQUADO													
Objetivo de medição: Identificar a qualidade de óbitos na unidade em 31 de DEZEMBRO	DADOS MENSAIS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2023		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ANO ANTERIOR													
Parâmetros: Núcleo de Segurança do Paciente, Vigilância Epidemiológica e da Comissão de Verificação de Óbito	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
Fórmula: Somatória da qualidade de óbitos													
Valor médio do ano anterior: Média aplica													
Responsável pela análise: Edilson Alves Pereira													
Observações: Média aplica.													
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
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 do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2023: No mês de NOVEMBRO de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.													
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2023: No mês de DEZEMBRO de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.													

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

4. AÇÕES REALIZADAS

Durante o mês de dezembro, a Comissão de Verificação de Óbito dá 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 dezembro 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 19ª REGIÃO
Presidente da Comissão de Verificação de Óbito

Pl Kamylla
Kamylla Divina Brito
Coordenadora Operacional
Políclínica Regional - Unidade Posse

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

Discutimos sobre as rondas que necessitam ser realizadas frequentemente, em busca de documentos não conforme, e a necessidade de adequação de todos os documentos a Norma Zero vigente. Ainda foi abordado sobre a dificuldade dos setores na formatação dos documentos. Discutimos sobre a necessidade de uma capacitação aos líderes dos setores responsáveis pela adequação, formatação e criação de novos documentos.

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).

O texto trata de ações realizadas para adequar os documentos da unidade à norma zero, que é um requisito da ONA. Mensalmente é realizada buscas, reuniões, validações, descartes e controles de documentos, além de tratamento de problemas, classificação de riscos e monitoramento de indicadores. Também foi criado um checklist de visitas nos setores para avaliar a qualidade dos serviços.

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 – Almojarife
- ✓ 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 novembro:

SETOR	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
HEMODIÁLISE	HEPARINA SÓDICA SOL INJ 5000 UI/ML 5 ML	410 FRASCOS/AMP
HEMODIÁLISE	MUPIROCINA 2% CREME	6 TUBOS
HEMODIÁLISE	DIPIRONA SOL ORAL 500MG/L 10 ML	13 FRASCOS
HEMODIÁLISE	MANITOL SOL INJ 20% 250 ML	49 FRASCOS
HEMODIALISE	PARACETAMOL SOL ORAL 200 MG/ML 15 ML	3 FRASCOS
UROLOGIA	LIDOCAÍNA GELEIA 2%	3 TUBOS
OFTALMOLOGIA	TROPICAMIDA 1% SOL OFTÁLMICA 10MG/ML 5ML	1 FRASCOS

4. AÇÕES REALIZADAS:

Iniciou-se a reorganização do estoque da farmácia, separando os medicamentos por lotes (lote circulante, 2° lote e 3° lote), identificando e isolando cada respectivo lote com placa de identificação contendo código do produto, nome, validade e quantidade, com objetivo de manter organização do estoque físico de acordo com o sistema e facilitar a contagem do estoque.

A farmacêutica Bárbara, esteve em Goiânia nos dias 11 a 13 de dezembro em uma capacitação sobre Gestão de Suprimentos, onde foi definido que as unidades das Policlínicas passarão por padronização dos medicamentos, materiais e processos, a fim de padronizar os processos realizados pelas unidades.

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


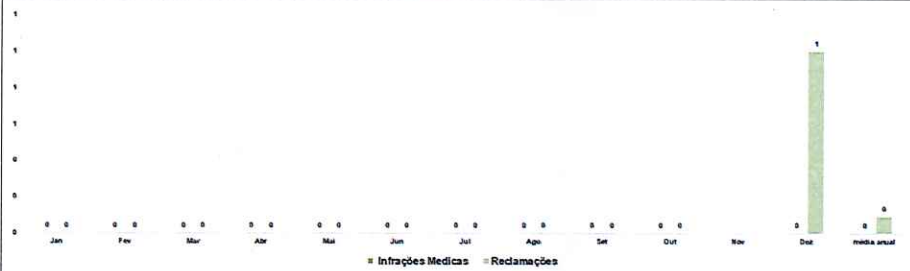
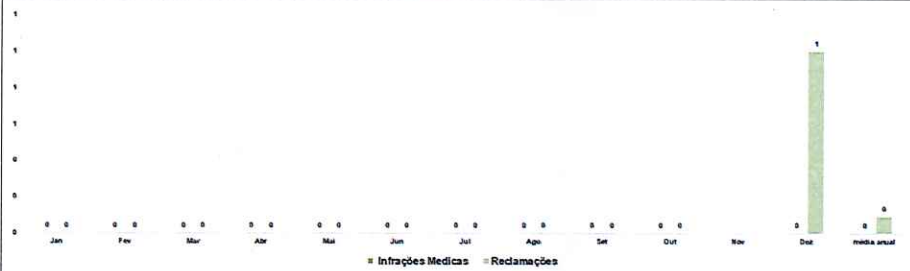
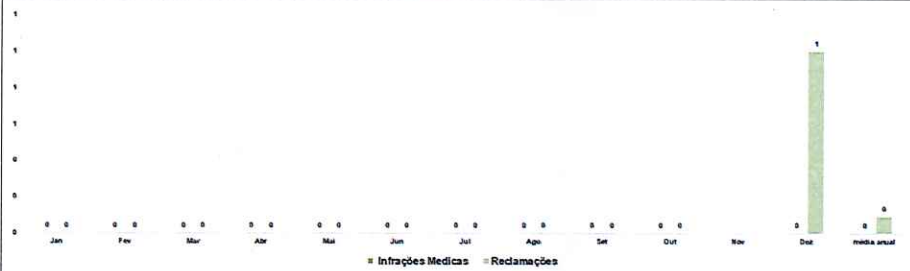
Dr. Merandolino Queiroz Moreira: CRM: 19607-GO – Membro

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

		COMISSÃO ÉTICA MÉDICA																																																																																		
		FORMULÁRIO																																																																																		
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																																		
		FOR CEM 01						Revisão: 00			vigência: 10/10/2025																																																																									
		Data de Análise: 10/12/2023						Período/Ano analisado: dez/23																																																																												
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de infrações e adversos na unidade no mês		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">DADOS MENSAIS</th> </tr> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>Jan</th> <th>Fev</th> <th>Mar</th> <th>Abr</th> <th>Mai</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Ago</th> <th>Set</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infrações Médicas</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Reclamações</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>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ANO ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													DADOS MENSAIS														INDICADOR	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	Infrações Médicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Reclamações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	ANO ANTERIOR													
DADOS MENSAIS																																																																																				
INDICADOR	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																																																							
Infrações Médicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																							
Reclamações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0																																																																							
ANO ANTERIOR																																																																																				
Processo: Comissão Ética Médica		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="14">  </td> </tr> </tbody> </table>													REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																					
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																																				
																																																																																				
Fórmula: Somatória da quantidade de infrações e eventos adversos																																																																																				
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																																																																				
Responsável pela análise: Bruno Araújo Lucena																																																																																				
Observações:																																																																																				
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																																				
Análise do Resultado/Panorama de OUTUBRO/2022: 0 Infrações																																																																																				
Análise do Resultado/Panorama de NOVEMBRO/2022: 0 Infrações																																																																																				
Análise do Resultado/Panorama de DEZEMBRO/2022: 0 Infrações																																																																																				

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No dia 11 de dezembro de 2023, às 15:00, ocorreu a Assembleia da Comissão de Ética Médica na sala de reuniões virtual via Meet. O Dr. Bruno Araújo Lucena, Presidente da Comissão, saudou calorosamente os participantes, expressando profunda gratidão pela presença de todos e ressaltando a importância crucial do sigilo em relação aos temas discutidos na reunião.

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

5. AÇÕES REALIZADAS

- ✓ Realizar capacitações da equipe médica referente ao código de ética médica, com a finalidade de manter a mitigação das infrações médicas na unidade. A comissão irá atuar juntamente com a CARPM, a fim de capacitar os colaboradores e prestadores de serviço e ações de treinamentos voltado para melhoria da qualidade de assistência, a comissão de Ética Médica irá participar juntamente com a Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente, com treinamentos e revisão de protocolos referente a segurança do paciente e ética profissional.
- ✓ Com o intuito de orientar os pacientes, o Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade, celebrado em 05 de dezembro, foi marcado por uma palestra na Policlínica

Estadual Nordeste Posse, realizada em 07 de dezembro. A Dra. Nathália Nunes, médica da família da unidade, conduziu a apresentação, abordando a função crucial e a relevância do médico da família, assim como destacou o atendimento abrangente oferecido aos pacientes. O médico de família adota uma abordagem biopsicossocial, levando em consideração diversos aspectos, como estilo de vida, hábitos, emoções, condições de trabalho e moradia. Essa visão integral é fundamental, uma vez que inúmeros fatores podem influenciar a saúde. A palestra visou informar e conscientizar os pacientes sobre a importância dessa abordagem holística para promover uma compreensão mais completa e eficaz da saúde e do bem-estar.

- ✓ Foi enviado pela Responsável técnico Médico Dr. Diego Mendoza Gouveia, via e-mail relatando que recebemos manifestações através do Canal de Integridade ICEM, Protocolos 1071/2023 e 1072/2023, expressando a insatisfação de um paciente em relação ao tratamento recebido do Dr. Merandolino na Policlínica de Posse. O médico envolvido, Dr. Merandolino, que tem uma vinculação com a unidade por mais de 3 anos, foi prontamente notificado sobre a ocorrência e prestou esclarecimentos à comissão, recebendo orientações sobre os eventos em questão. Dr. Merandolino foi cordialmente convidado a apresentar esclarecimentos detalhados referentes às situações mencionadas, destacando a importância de uma compreensão abrangente para nortear as próximas etapas da investigação. Cabe ressaltar que, ao longo de seu vínculo com a unidade, são raríssimas as vezes em que recebemos reclamações a seu respeito, especialmente considerando o volume significativo de atendimentos. De modo geral, as poucas reclamações recebidas geralmente envolvem discrepâncias entre o paciente e o tratamento proposto pelo Dr. Merandolino, sendo importante mencionar que tais queixas nem sempre refletem a conduta profissional diária do mesmo. Além da notificação formal, ressaltamos a relevância de um diálogo construtivo. Dr. Merandolino foi incentivado a compartilhar suas perspectivas sobre os incidentes, sendo ativamente encorajado a participar do processo de resolução. Este enfoque tem como objetivo fomentar um entendimento mútuo e buscar soluções construtivas. Ressaltando que Dr. Merandolino faz parte dessa comissão, mas para fins de imparcialidade ele não participou do processo de resposta e notificação dessa ocorrência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reunião da Comissão de Ética Médica, realizada em 12 de dezembro de 2023, representou um momento fundamental para a análise e discussão de casos éticos relacionados aos atendimentos na Policlínica da Região Nordeste Posse. Sob a presidência do Dr. Bruno Araújo Lucena, a reunião

ênfatezou a importância do sigilo em torno dos temas discutidos, promovendo um ambiente propício para a deliberação ética.

No que diz respeito às ações realizadas, destacamos a iniciativa de capacitar a equipe médica sobre o código de ética médica. Essa medida visa mitigar infrações médicas na unidade, sendo uma colaboração conjunta entre a Comissão de Ética Médica e a CARPM. Adicionalmente, a parceria com a Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente propõe treinamentos e revisão de protocolos, visando aprimorar a qualidade da assistência, com foco na segurança do paciente e ética profissional.

O evento alusivo ao Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade, com a palestra ministrada pela Dra. Nathália Nunes, trouxe esclarecimentos sobre a função crucial do médico da família, enfatizando uma abordagem biopsicossocial para compreender as diversas dimensões que influenciam a saúde dos pacientes.

No âmbito das manifestações recebidas via Canal de Integridade, destacamos o cuidado na condução do caso envolvendo o Dr. Merandolino. O médico, vinculado à unidade há mais de três anos, foi notificado e forneceu esclarecimentos à comissão. Reconhecemos a raridade de reclamações sobre sua conduta, considerando o volume expressivo de atendimentos. A ênfase no diálogo construtivo e na participação ativa de Dr. Merandolino no processo de resolução destaca nosso comprometimento com a compreensão mútua e a busca por soluções construtivas. Vale ressaltar que, para garantir imparcialidade, Dr. Merandolino, embora faça parte da comissão, não participou do processo de resposta e notificação desta ocorrência.

Em síntese, reafirmamos nosso compromisso com a ética, a qualidade da assistência e a transparência, visando sempre aprimorar os padrões de cuidado na Policlínica Estadual Nordeste Posse.

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.



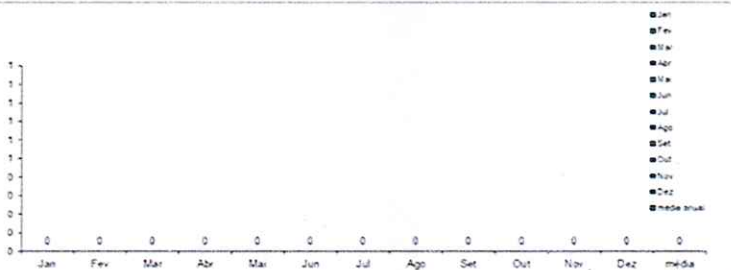
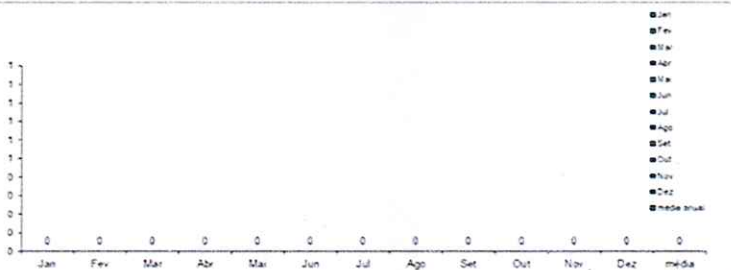
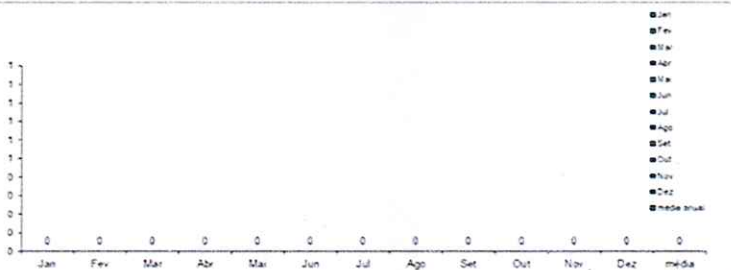
1.1 MEMBROS DO COMITÊ:

- ✓ 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 NSQP 01				Revisão: 03				vigência: 30/10/2024																																																													
Data da Análise:						Período/ano analisado:																																																															
1/10/2023						out/23																																																															
Notificações de Incidente e Eventos Adversos																																																																					
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês																																																																					
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente																																																																					
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																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">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>0</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	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	0																																																									
ANO ANTERIOR																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="14">REPRESENTAÇÃO GRÁFICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="14">  </td> </tr> </tbody> </table>														REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																							
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																																					
																																																																					
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:

No mês de novembro foi dado uma palestra e treinamento, para os colaboradores desta unidade sobre ergonomia, foi ministrado pela Fisioterapeuta Daniele e Psicóloga Vanessa.

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


 Kalison 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:

Importancia o Papel do médico da família (Avaliação Global) no atendimento aos pacientes Cardiometabólico, hipertensos, diabéticos e gestantes com pré-natal de alto risco.

- ✓ Realizada nos dias 07 de dezembro
- ✓ 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 com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar e orientar aos pacientes sobre a existência do serviço da linha do cuidado, dos atendimentos da equipe multidisciplinar. Que tem por objetivo o cuidado em saúde de forma integrada e interdisciplinar, visando à atenção em saúde, o estímulo ao autocuidado apoiado e prevenção de agravos através de uma abordagem biopsicossocial, com foco nas especificidades do sujeito. Estabelecendo um plano de cuidados elaborado em equipe com a participação do usuário e família onde há uma troca de saberes e metas definidas, atendendo às diferentes necessidades do paciente.

A médica abordou que na unidade são adotadas quatro Linhas de Cuidado Prioritárias: Cardiometabólica (abrangendo Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA) e Obesidade); pré-natal Natal de Alto Risco; e Bebê de Alto Risco. Ela faz o acompanhamento desses pacientes, analisa as suas necessidades e o encaminha a equipe multidisciplinar que é composta por: assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, médicos, nutricionista e psicólogos. A ação foi ministrada pela médica – Dra. Nathalia Nunes

Registro



Programação/Conteúdo:

Dezembro vermelho: um alerta ao HIV

- ✓ Realizado dia 15 de dezembro
- ✓ Início às 10:00, término às 11:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações aos pacientes com o médico infectologista atua na área que estuda e trata as mais diversas doenças infecciosas que atingem tanto adultos quanto crianças. O palestrante abordou o tema do dezembro Vermelho alertando os pacientes sobre a importância de se prevenir e combater a doenças infecciosas, mais especificamente HIV e AIDS.

Durante a palestra o médico alertou que as maiores taxas de transmissão estão entre a população idosa, alertou ainda sobre o modo de transmissão que ocorre através de contato sexual e infusões sanguíneas. Destacou que a melhor forma de prevenção é o uso de preservativos, os quais encontram-se disponíveis na unidade para os pacientes.

Na ocasião o médico apresentou o serviço de infectologia que é ofertado na unidade, estimulando os pacientes a procurarem o serviço e estimular outras pessoas que manifestem a necessidade do médico infectologista a buscarem as consultas com a referida especialidade.

Destacamos assim a importância da data que serve como uma oportunidade para apoiar as pessoas envolvidas na luta contra o HIV e melhorar a compreensão do vírus como um problema de saúde pública global. A ação foi organizada e ministrada pelo profissional Dr. Deybson Augusto, que é o médico infectologista.

Registro



Programação/Conteúdo:**O Dia do Fonoaudiólogo**

- ✓ Realizado em 18 de dezembro 2023
- ✓ Início às 09:00, término às 09:30
- ✓ Público Alvo: Pacientes da policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações aos pacientes com a fonoaudióloga falando sobre o dia do Fonoaudiólogo é comemorado anualmente no Brasil em 9 de dezembro. A data celebra os profissionais responsáveis pelo cuidado, estudo e prevenção de todas as doenças e distúrbios da linguagem humana, através da audição, fala e escrita, sendo os fonoaudiólogos responsáveis pelo trabalho de habilitação e reabilitação da voz, atenção a distúrbios da audição, motricidade oral, leitura e escrita.

Uma boa comunicação é cada vez mais fundamental para o desenvolvimento das relações interpessoais. Mas engana-se quem pensa que comunicação pode ser resumida apenas à fala. E isso inclui voz, audição e também leitura e escrita. É por isso que os cuidados com os órgãos relacionados à fala e à audição são essenciais em todas as fases da vida, desde os primeiros meses de um bebê até a fase adulta.

Na Policlínica Regional Nordeste de Posse contamos com a Profissional Dr^o Dieime Darck Pimentel Fonoaudióloga, atua na habilitação e reabilitação de pacientes com alteração de deglutição, voz, fala, motricidade orofacial, linguagem, audição. Realiza teste da orelhinha e da linguinha em recém-nascidos e lactentes; indicar condutas quanto a via e modo de alimentação, onde atua nas avaliações, Audiometria e teste da Orelhinha. A ação foi organizada e ministrada pela profissional, Dieime Darck Pimentel da Silva – Fonoaudióloga.

Registro**Programação/Conteúdo:**

Os cuidados com a pele no verão a fim de evitar câncer de pele

- ✓ Realizado dia 18 de dezembro
- ✓ Início às 09:30, término às 10:30
- ✓ Público Alvo: Pacientes da policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações para os pacientes com objetivo de orientar aos pacientes sobre os cuidados que devemos ter com a pele com o início de verão a fim de evitar aparecimento de câncer de pele.

“A campanha Dezembro Laranja, foi criada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia com o objetivo de prevenir o câncer de pele, que é o tumor de maior incidência no Brasil. Com o início do verão, aumenta-se a exposição ao sol e o índice de radiação ultravioleta e infravermelho podem trazer diversos problemas como queimaduras, envelhecimento precoce e até mesmo um aumento no risco de câncer de pele.”

A fim de evitar o surgimento de câncer de pele devem ser adotadas medidas simples de proteção como: o uso de filtro solar pelo menos duas vezes ao dia, uso de boné, chapéu, blusas de manga longa ou blusas de proteção UV, evitar exposição prolongada ao sol entre as 10 h e as 16 h. A médica destaca ainda que os cuidados com a pele devem ser realizados não só no período do verão, mas durante todo o ano. E os cuidados devem-se iniciar desde a infância e permanecer ao longo da vida. A ação foi organizada e ministrada pela profissional; médica dermatologista - Débora Vilela.

Registro



Programação/Conteúdo:

Dicas nutricionais para as festas de final de ano.

- ✓ Realizado dia 22 de dezembro
- ✓ Início às 09:30, término às 10:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou orientações para os pacientes com objetivo de orientar os pacientes do ambulatório de Nutrição. A abordagem foi realizada individualmente nas consultas. Com objetivo de incentivar os pacientes a continuar mantendo bons hábitos alimentares até mesmo em momentos de comemoração.

Resistir ao cardápio das ceias de Natal e Ano Novo pode não ser uma tarefa simples. A diversidade de pratos se torna uma verdadeira tentação. Pela variedade de comida, **fica difícil não** cometer excessos diante de tantas opções deliciosas disponíveis. Mediante a isso foi desenvolvida a ação com dicas nutricionais para melhor aproveitar as comemorações sem exageros. Entre algumas dicas estão:

Caprichar nas saladas folhosas, como alface, acelga, cenoura ralada, beterraba, alimentos ricos em betacaroteno, com acréscimo de molhos mais caseiros, tipo com azeite, limão e ervas finas e evitar aquele consumo exagerado de maioneses. Não se preocupe se comer alguma besteira a mais, o mais importante é escolher corretamente e não abusar. Não demore para voltar a rotina finalizando as festas retorne a sua alimentação adequada e seu planejamento alimentar.

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais; Nutricionistas Hanna Nobre Liah e Mariana Albino.

Registro



Reunião Mensal da CIPA

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

No mês de dezembro 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



Programação/Conteúdo:

Dicas esclarecimentos sobre o HIV e a importância e o papel desempenhado pela equipe multiprofissional no combate e enfrentamento do HIV.

- ✓ Realizado dia 27 de dezembro
- ✓ Início às 15:30, término às 16:20
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou orientações para os colaboradores com objetivo de orientar os colaboradores a respeito do tema HIV, esclarecendo dúvidas, informando as diversas formas de atuação da equipe multidisciplinar frente a doença.

O mês de dezembro é um período de campanha onde é realizada uma mobilização no âmbito nacional com o objetivo de luta contra o vírus HIV, AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis. Desse modo as ações são voltadas chamando a atenção para a prevenção, assistência e proteção dos direitos das pessoas infectadas com HIV. Nesse sentido em consonância com ações a serem realizadas em ocasião do mês Dezembro Vermelho realizou-se no dia 27 de dezembro uma roda de conversa com os colaboradores da Policlínica.

O tema HIV e AIDS são pautas ainda consideradas como tabu na sociedade em que vivemos. Sabe-se que muitas pessoas que vivem com o vírus sofrem discriminação e uma certa retaliação devida serem portadores da doença. A população carece de informação e esclarecimentos sobre a doença, onde os profissionais de saúde desempenham papel de extrema importância na disseminação da informação.

Destacamos assim a importância do mês que serve com combate ao HIV e a importância da promoção a saúde, informar sobre os tratamentos que se bem realizados acabam por promover uma maior expectativa de vida para os pacientes.

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais; Gabriel N. Costa (farmacêutico), Thayanne de Souza (enfermeira) e Vanessa Santos (psicóloga).

Registro



Programação/Conteúdo:

Atendimento Humanizado

- ✓ Realizado dia 27 de dezembro
- ✓ Início às 15:00, término às 16:00
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Hemodiálise

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um atendimento com objetivo de cuidar da parte alimentar e nutricional, considerando o processo de humanização no ambiente da hemodiálise.

A humanização na saúde é um assunto muito recorrente entre todas as instituições de saúde que desejam melhorar o atendimento dado aos seus pacientes. Isso vem acontecendo na saúde pública e na privada, pois uma das principais reclamações dos pacientes é exatamente o modo que eles são atendidos. E, para evitar tais reclamações, os hospitais e clínicas estão trabalhando cada vez mais o atendimento humanizado.

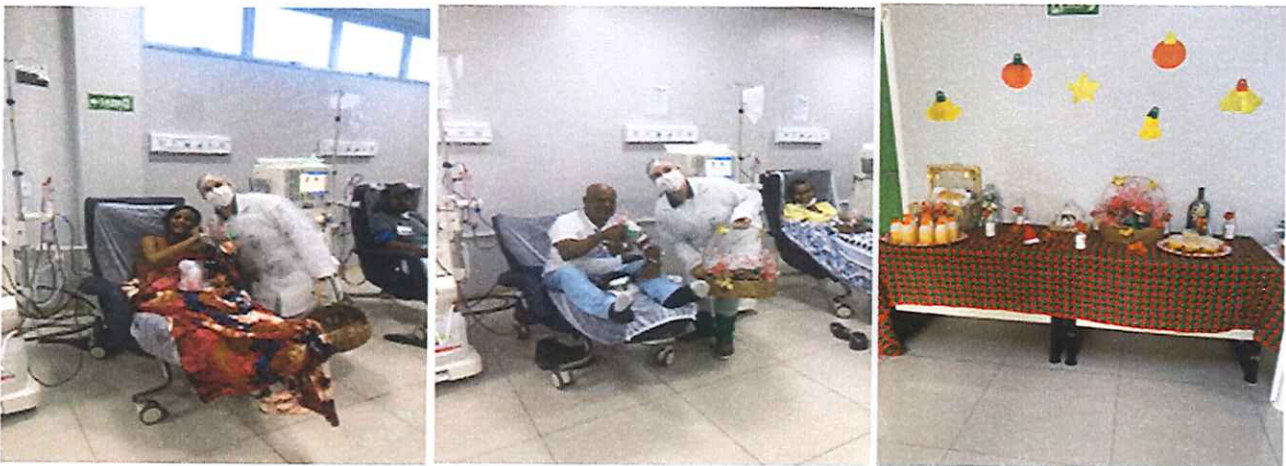
Dessa forma, os funcionários estão agindo com mais empatia, honestidade e paciência, e se importando tanto com a saúde física quanto com a psicológica dos pacientes. Por isso, essa missão precisa ir além dos médicos e enfermeiros, ou seja, é uma responsabilidade de todos que trabalham no ambiente hospitalar. Assim, a humanização começa com a qualidade dos serviços, tais como, uma abordagem acolhedora, gentil e leve torna o dia a dia de todos que trabalham na unidade hospitalar melhor.

Durante o ano de 2023 foram desenvolvidas ações afins de humanizar o serviço de nutrição prestado dentro da hemodiálise. Tais serviços incluíram distribuição de frases motivacionais semanalmente juntamente com o lanche ofertado. Foi realizado a comemoração de algumas datas festivas no decorrer do ano com lanches diferenciados e até dança específica do tema. Mensalmente no final do mês é comemorado o aniversariante do mês com lanche especial para o aniversariante e cantado os parabéns.

Para finalizar o ano foi servido um lanche especial em comemoração ao Natal com intuito de trazer o Natal para o momento da sessão de hemodiálise, aonde foi montada uma mesa decorada com o tema e cada paciente recebeu um panetone de presente.

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais; Nutricionistas Hanna Nobre Liah e Mariana Albino.

Registro



Programação/Conteúdo:

Controle de líquidos e sódio - Aprendendo um pouco da importância de controlar a ingestão e sódio e líquidos na dieta

- ✓ Realizado dia 28 de dezembro
- ✓ Início às 15:30, término às 16:30
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Hemodiálise

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um atendimento aos pacientes com objetivo de explicar e esclarecer sobre Controle de líquidos e sódio quantidade de líquidos recomendada; consequências de ganhar muito peso entre uma sessão e outra; dicas para ajudar no controle de líquidos; alimentos com maior quantidade de líquidos; o que fazer para ajudar no controle de sódio; alimentos ricos em sódio que devem ser evitados.

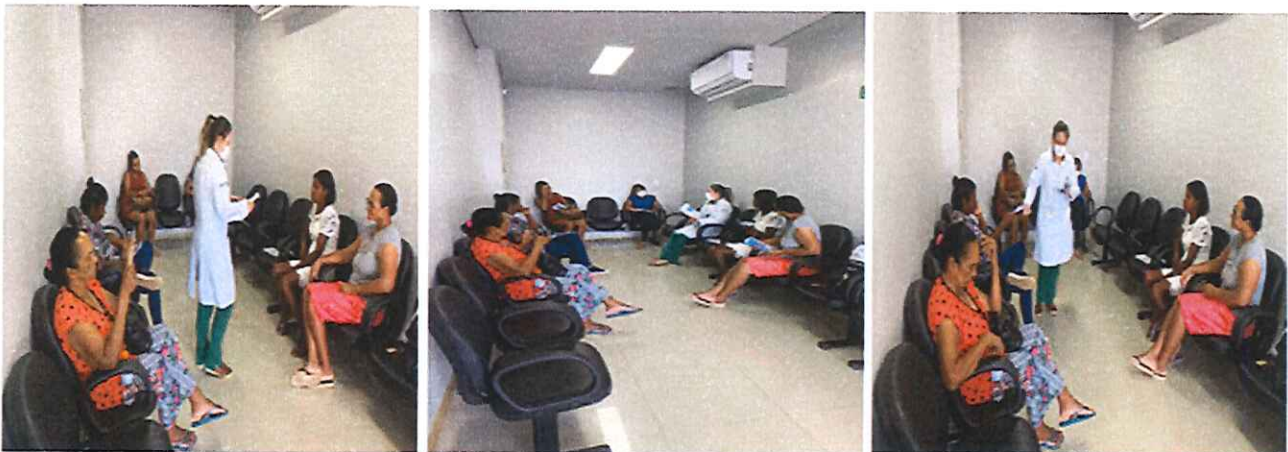
No primeiro momento eles foram orientados que o peso interdialítico é o acúmulo de líquidos no corpo, entre uma sessão de diálise e outra. E que o ganho de peso em excesso entre as sessões pode acarretar em algumas consequências como: hipertensão, inchaço, falta de ar, edema agudo de pulmão (água no pulmão), cansaço, sobrecarga no coração e incapacidade para realizar atividades de rotina do dia a dia. Foram orientados ainda, que os líquidos não são apenas água, mas também: sucos, sorvete, pudins, gelatina, refrigerantes, leite, bebidas alcoólicas, chás, café, sopas, caldos, gelo, açaí, etc. Algumas frutas também são ricas em líquidos: laranja, tangerina, melancia, melão, abacaxi, pêsego, pera, morango, tomate, etc.

Sobre a quantidade recomendada de líquidos diários, foram orientados a definir o que será reservado para a água, considerando também a água utilizada para tomar os medicamentos; evitar alimentos muito doces ou muito salgados; evitar refrigerantes, já que eles aumentam a sede; evitar caldos e sopas. Já em relação a lidar com a sede foram orientados a fazer bochechos com água gelada, mas não engula; mastigar uma folhinha de hortelã, tomar banho e escovar os dentes, pois essas estratégias podem ajudar a diminuir a sensação de calor.

No segundo momento foi abordado a ingestão de sódio, cuja função é controlar a quantidade de líquidos do organismo e regular a pressão arterial, sendo o sal de cozinha e os alimentos industrializados sua principal fonte. Restringir alimentos ricos em sódio; utilizar pouco sal no preparo dos alimentos; cozinhar sem sal; usar temperos naturais, ervas frescas ou desidratadas como alho, cebola, salsinha, cebolinha, louro, hortelã, orégano, coentro, alecrim, manjerição, pimenta, pimentão entre outros, podem evitar o aumento da pressão arterial e ajudar no controle da sede. Desta forma, há a diminuição da chance de acúmulo de líquidos entre as sessões de diálise. Para melhor entendimento do tema abordado sobre Controle de líquidos e Sódio foi entregue folder explicativo aos pacientes.

A ação foi organizada e ministrada pelas profissionais; Nutricionistas Hanna Nobre Liah e Mariana Albino.

Registro




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

4 – Relatório de Recursos Humanos

Contamos atualmente com 91 colaboradores

4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

No mês de setembro todos os foram por outras enfermidades ou consultas médicas, totalizando 32 em afastamentos.

Nº	ATESTADOS POR COVID-19/ OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS	DATA	DAIS/HORAS
01	Adrielly Nunes da Silva	13/12/2023	02:53
02	Cinthya Ferreira Gomes	18/12/2023	04:30
03	Danielle Moreira Pereira Brito	13/12/2023	03:55
04	Deuzelia Jose de Oliveira	05/12/2023	5
05	Edilene Alves Pinheiro	01/12/2023	1
06	Gean Ferreira dos Santos	15/12/2023	2
07	Iara Amorim da Cunha	20/12/2023	4
08	Jaymara Ferreira dos Santos Montalvão	14/12/2023	3
09	Jaymara Ferreira dos Santos Montalvão	20/12/2023	7
10	Jessica Cristina Oliveira Silva	05/12/2023	00:46
11	Lorrane Silva Alves	04/12/2023	02:05
12	Lucineide Santos Sampaio	04/12/2023	1
13	Mariane Coelho de Andrade	06/12/2023	1
14	Paula Lorrany Pereira da Silva	06/12/2023	2
15	Paula Lorrany Pereira da Silva	08/12/2023	2
16	Regina de Jesus Lima	04/12/2023	01:00
17	Regina de Jesus Lima	06/12/2023	04:13
18	Tathyanne Nelson de Paiva	04/12/2023	5
19	Tathyanne Nelson de Paiva	14/12/2023	1
20	Tathyanne Nelson de Paiva	18/12/2023	5
21	Tatiane da Silveira dos Santos	04/12/2023	2

22	Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro	12/12/2023	1
23	Thauany Vieira d Castro	04/12/2023	03:53
24	Thayanne de Souza Silva	14/12/2023	1
25	Walkiria Sevilha Magalhães Valente	11/12/2023	1
26	Walkiria Sevilha Magalhães Valente	12/12/2023	90


Marta Martins de Melo Ferreira
Assistente de Recursos Humanos

4.2 EPI

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

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

230 máscaras cirúrgicas

175 toucas cirúrgicas

175 Capote

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

1016 máscaras cirúrgicas

381 toucas cirúrgicas

381 Capote

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

630 máscaras cirúrgicas

Administração compreende: Auxiliar de atendimento, almoxarife, Assistente Administrativo, Assistente Financeiro, Assistente de Recursos Humanos, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de almoxarife, Supervisora de atendimento e Técnico de Segurança do Trabalho. foram entregues neste mês dezembro para o administrativo.

110 máscaras cirúrgicas



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

5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise

APRESENTAÇÃO DO DEPARTAMENTO

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

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

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

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

- ✓ Sala Branca 1 com **6 leitos** para atendimento de pacientes com sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C e **1 leito** para atendimento de urgências dialíticas, com uma ocupação total de **24 pacientes** divididos em 4 turnos de dialise;
- ✓ Sala Branca 2 com **9 leitos** para atendimento de pacientes com sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C, com uma ocupação total de **36 pacientes** divididos em 4 turnos de hemodiálise
- ✓ Sala amarela com **2 leitos** para atendimentos de pacientes com Sorologia positiva para Hep B, ocupação total de **8 pacientes** divididos em 4 turnos de hemodiálise. Atualmente o serviço está com taxa de ocupação de 100% apenas com pacientes com sorologias negativas e com 8 vagas disponíveis para a pacientes com Sorologia positiva para Hepatite B na Sala amarela;
- ✓ Capacidade total de atendimento:
- ✓ 60 vagas para atendimento de pacientes sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C;
- ✓ 4 vagas para atendimento de urgências dialíticas de pacientes sorologia negativa ou Positiva para HIV e Hep C;
- ✓ 8 vagas para atendimento pacientes com Sorologia positiva para Hepatite B na Sala amarela;
- ✓ O serviço ainda conta com as seguintes tecnologias de saúde para prestação do serviço:
- ✓ 06 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S sala branca e 1 máquina para atendimento de urgência;
- ✓ 09 máquinas de hemodiálise Fresenius 4008S sala branca 2;

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

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

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

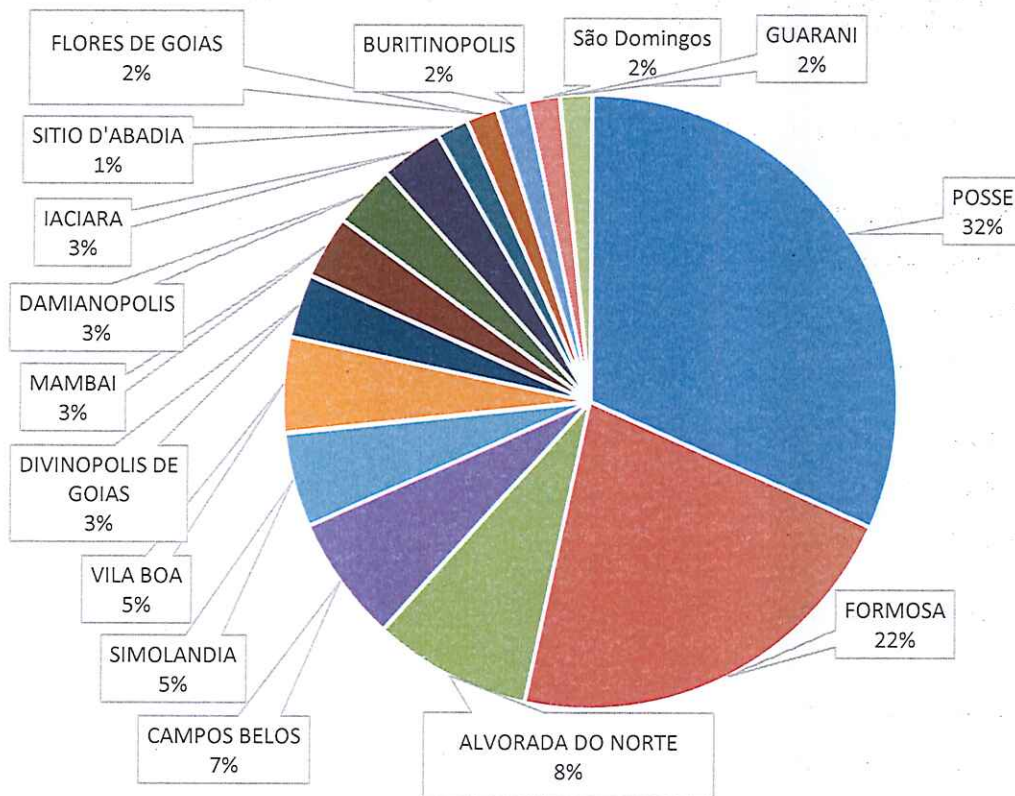
PRODUÇÃO QUANTITATIVA

Total de pacientes segundo procedência e turnos de hemodiálise:

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

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

Procedência	TURNOS DE HEMODIÁLISE					TRANSPORTE
	A1	A2	B1	B2	TOTAL	
Posse	4	4	10	1	19	Transporte Município
Formosa		4		9	13	Transporte Município
Alvorada do Norte	5				5	Micro-ônibus Policlínica
Campos Belos		4			4	Transporte Município
Simolândia	3				3	Micro-ônibus Policlínica
Vila Boa	3				3	Transporte Município
Damianópolis				2	2	Micro-ônibus Policlínica
Divinópolis de Goiás		2			2	Micro-ônibus Policlínica
Iaciara			2		2	Micro-ônibus Policlínica
Mambaí				2	2	Micro-ônibus Policlínica
Buritinópolis			1		1	Propria
Flores de Goiás			1		1	Transporte município
Guarani			1		1	Transporte município
São Domingos		1			1	Micro-ônibus Policlínica
Sítio D'abadia				1	1	Micro-ônibus Policlínica
Total Geral	15	15	15	15		Total: 60 pacientes



ACESSO VASCULAR	PACIENTE
FAV	30
Cateter temporário	25
Cat. Longa Permanência	3
PTFE	2
Total Geral	60

- ✓ 08 pacientes realizaram confecção de FAV no período;
- ✓ 13 implantes de cateter para hemodiálise;
- ✓ No período foram realizadas:
- ✓ 771 sessões realizadas de hemodiálise;
- ✓ 25 sessões extra;
- ✓ 42 faltas às sessões de hemodiálise, faltas justificadas;
- ✓ 01 admissão de paciente com Sorologia negativa;
- ✓ 01 transferência de paciente;

- ✓ zero alta do programa;
- ✓ zero óbitos de pacientes do programa;
- ✓ zero paciente recebe alta por TX;
- ✓ zero internações de paciente;
- ✓ 53 pacientes com processo ativo para Medicamentos de alto custo;
- ✓ 03 encaminhamentos à Formosa para consultas/retorno e ou Confecção de FAV;
- ✓ 160 Atendimentos de fisioterapia;
- ✓ 110 Atendimentos de Nutrição;
- ✓ 76 Atendimentos de Psicologia;
- ✓ 15 Atendimentos de Fonoaudiologia;
- ✓ 334 Atendimentos de Assistente social;
- ✓ 56 Atendimentos de Avaliação global;

Manutenções preventivas mensais realizadas no dia 14/12/2023 nas tecnologias de saúde disponíveis no serviço, como máquinas de hemodiálise, Sistema de tratamento de água para hemodiálise, osmose reversas portáteis e desinfecção conforme plano de gerenciamento de tecnologias, além de manutenção preventiva poltronas. Sem necessidade de manutenção corretiva no período.

Coleta em 29/12/2023 de amostra de água para aferição funcionamento adequado das tecnologias de saúde por laboratório especializado para **avaliação mensal** segundo cronograma realizado nos seguintes pontos:

1. Pré tratamento;
2. Pós carvão;
3. Loop do reuso;
4. Loop da osmose;
5. 05 Osmoses portáteis;
6. 02 amostra de Dialisato de máquina de HD;

ANALISE DAS METAS QUANTITATIVAS

O número de sessões de hemodiálise contabilizou um total de **771 sessões**, todas em pacientes com sorologia negativa, metas relacionadas ficam atreladas a disposição de vagas, que depende da demanda da regulação, além de características clínicas, como no caso da SALA AMARELA, com taxa de ocupação zero no momento, capaz de gerar em média 104 sessões por mês destinada ao atendimento de pacientes com sorologia positiva para HEP B, até o momento sem demanda. A Taxa de ocupação é de 100% das vagas destinadas ao atendimento de pacientes com sorologia negativa ou positiva para HEP C e HIV.

Em 31/12/2023 encerramos com um total de **60 pacientes** em hemodiálise no serviço. A admissão de novos pacientes é feita por regulação da Secretaria estadual de saúde, com demanda gerada a partir do diagnóstico da doença renal crônica, em sua maioria de pacientes com diagnóstico tardio, necessitando de estabilização em UTI e posteriormente transferência para a unidade de hemodiálise. No período houve transferência de um paciente para cidade de Formosa, solicitado pelo paciente, ocorrendo abertura de uma vaga, realizado admissão de 01 paciente proveniente de internação de UTI da cidade de Formosa. No período não houveram saídas por óbitos, alta médica, transplante e ou abandono.

Do total dos pacientes no período 32% são provenientes do município de Posse e outros de cidades da região nordeste do estado, gerando necessidade de transporte contínuo para manutenção da saúde e qualidade de vida dos pacientes. Segundo pactuação com regulação e contrato com empresa especializada a Policlínica é responsável pelo transporte de pacientes segundo as rotas descritas abaixo realizado por dois micro-ônibus de responsabilidade da Policlínica de Posse é feita nas seguintes rotas:

SEGUNDA- QUARTA - SEXTA

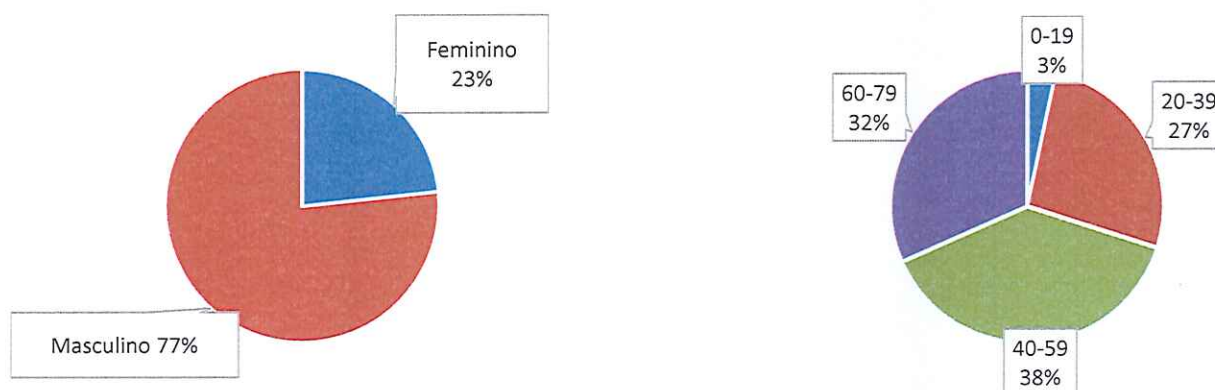
1º turno – 7 pacientes	2º turno- 3 pacientes
Posse / Alvorada / Simolândia Retorno: Simolândia / Alvorada / Posse	Posse / Divinópolis / São Domingos Retorno: São Domingos /Divinópolis / Posse

TERÇA – QUINTA – SÁBADO

1º turno- 2 pacientes:	2º turno- 3 pacientes:
Posse / Iaciara Retorno: Iaciara /Posse	Posse / Damianópolis / Mambá / Sítio D`Abadia Retorno: Sítio D`Abadia / Mambá / Damianópolis / Posse

O serviço ainda é responsável pela remoção de pacientes com intercorrências clínicas graves para serviço de retaguarda, no período não houve necessidade, e também pelo encaminhamento de pacientes para realização de consulta/confecção de FAV e retorno para o serviço de retaguarda (Formosa-GO). No período foram realizados 3 encaminhamentos pelo micro-ônibus com acompanhamento de um tec de enfermagem.

Setenta e sete por cento (77%) do total de pacientes é do sexo masculino, prevalecendo pacientes com menos 60 anos de idade, com um total de 68,3%.

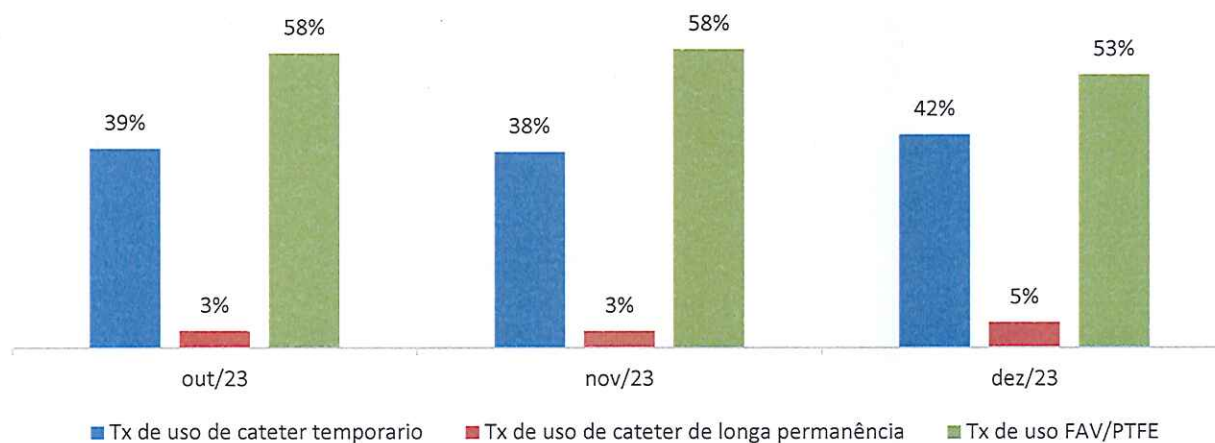


Devido a forma de admissão, maioria proveniente de internações de UTI, é possível observar uma alta taxa de uso de Cat. para hemodiálise, correspondente a 45% do total de pacientes além do aumento de morbidades e intercorrências clínicas que geram aumento de gasto e maior risco a qualidade de vida e segurança dos pacientes.

No período foram realizados 13 implantes de cateter na unidade relativos à perda de acesso, por baixo fluxo, infecção e perda de FAV. Foram encaminhados para confecção de FAV 8 pacientes que estão uso de cateter.

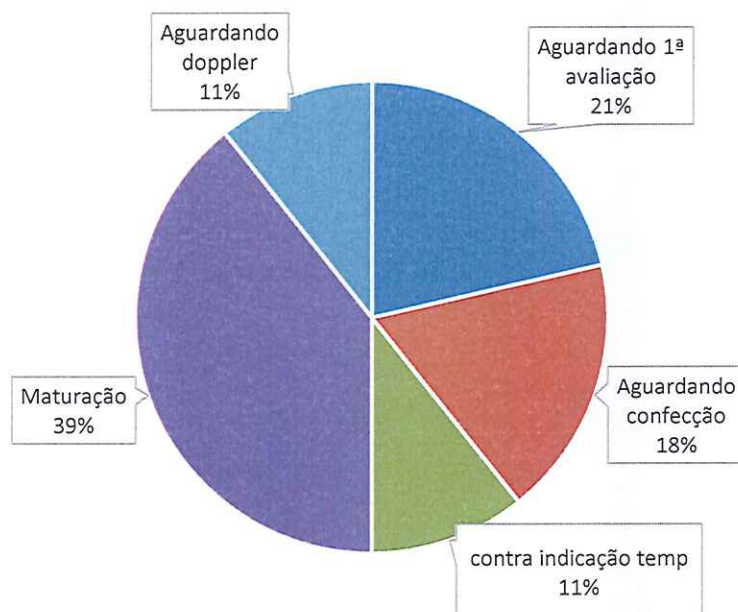
INDICADORES QUALITATIVOS

taxa de uso de Acesso Vascular



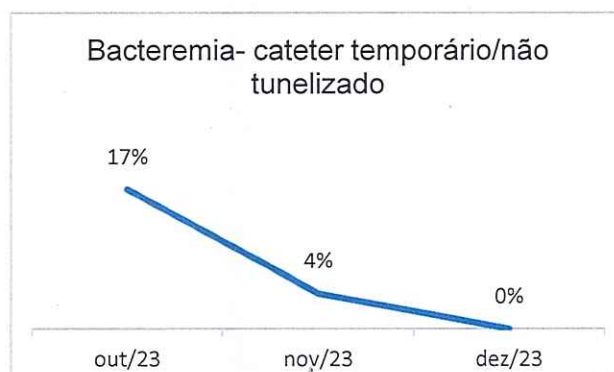
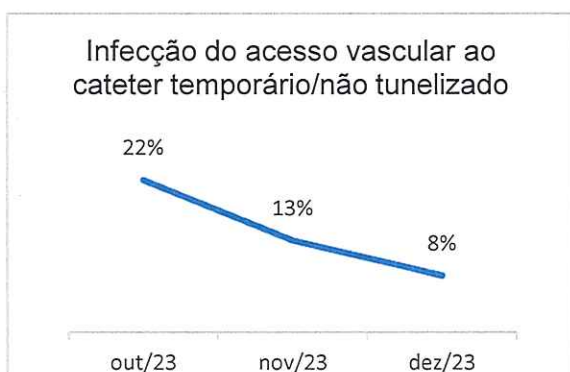
O Acesso vascular na hemodiálise é importante para manutenção qualidade de vida e segurança dos pacientes, impactando diretamente sobre todos os indicadores de qualidade, e performance departamento. A Taxa de uso acesso vascular apresentou aumento para Cateter para hemodiálise nos últimos aos meses anterior principalmente a entrada de novos pacientes em uso de cateter e processo de estabelecimento de acesso permanente, FAV e Cateter de longa permanência. A FAV tem o fluxo para confecção depende de regulação e assistência de serviço especializado de

exames e equipe cirúrgica, interferindo sobre o tempo hábil para estabelecimento desse acesso, além do período de maturação que em média é > 60 dias para que o acesso possa ser utilizado. Em relação ao cateter de permanência, que seria o dispositivo de escolha para aguardar a confecção de FAV, o serviço não disponibiliza implante do dispositivo que confere uma taxa menor de complicações a longo prazo além redução significativa de infecções de corrente sanguínea e falência de acesso vascular.



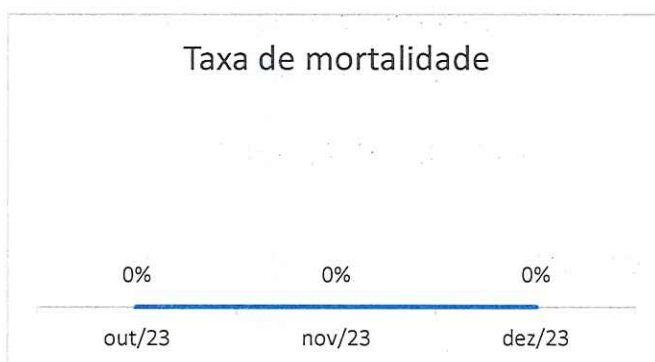
Do total de 28 paciente em uso de cateter 39 % estão em período de maturação de FAV, que dura em média 60 dias, para ser liberado para punção. No período foram realizadas 8 confecções de FAV, sem funcionamento logo após procedimento. Os outros paciente ainda aguardam agendamento de confecção de FAV 18%, pelo serviço de retaguarda, 21% Aguardando primeira consulta, já agendadas para o mês de janeiro de 2024, 11% aguardando realização de exame Doppler, realizado na policlínica com nova agenda em 01/2024, já realizado pedidos para agendamento e 11% aguardando liberação de risco cirúrgico.

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



No período só houve ocorrência de infecção e/ou investigação em pacientes em uso de Cateter temporário com taxa apresentando diminuição referente aos últimos meses, em 10/23 apresentou aumento, devido ao aumento de admissões no mês de setembro, sendo realizadas ações de conscientização de cuidado e alteração de Pop de curativo observou diminuição considerável na ocorrência deste evento. 04 coletas de hemocultura em pacientes que apresentam reação pirogênica sendo 1 paciente com infecção de trato urinário, com resultado negativo, 1 paciente com caso recorrente de infecção relacionado a acesso, não configurando nova infecção, com resultado negativo, 2 pacientes com infecção relacionada a acesso com resultado de hemocultura negativo. 05 pacientes fizeram uso de Antibioticoterapia com vancomicina, além dos 4 relatados acima, um paciente que estava em trânsito no período, retornou ao serviço em uso de antibioticoterapia devido infecção diagnosticada no serviço onde estava em diálise.

No período não houve ocorrência de internação relacionada a complicação de procedimento dialítico, portanto não houve remoções de pacientes para serviço de retaguarda.



Taxa de internação dentro de parâmetros aceitáveis, com redução relacionada ao mês anterior e taxa de mortalidade mantendo em 0% nos últimos três meses.

METAS DE DESEMPENHO

Principais metas de desempenho do serviço:

- ✓ Diminuir a taxa de uso de Cateter para hemodiálise
- ✓ Reduzir e manter baixas as taxas de infecção relacionada a assistência/ Acesso Vascular
- ✓ Aumentar o número de indicadores para avaliação da qualidade da assistência prestada: (Ex: KtV, Anemia, Transplante, Controle de potássio, fósforo e outros)
- ✓ Estabelecer estratégias junto aos responsáveis para redução de consumo e gastos: Viabilização de vagas, implementação do reprocessamento de dialisadores e linhas de sangue, etc)
- ✓ Engajamento de equipe multiprofissional nos processos de melhoria do setor;
- ✓ Alinhamento com a equipe interna para indicadores e metas de desempenho do serviço;

CONTINGÊNCIA

As medidas de contingência estabelecidas no setor durante o período foram satisfatórias, principalmente no que se refere a disponibilidade de materiais, medicamentos específicos para hemodiálise, encaminhamento de pacientes para confecção de FAV e outros. Tais situações ocorreram principalmente devido a substituições não programada de profissionais responsáveis pelo gerenciamento e encaminhamento desses critérios. Alterações na gestão de enfermagem da hemodiálise, com atualização de procedimentos, falha em produtos ou produtos não específicos para uso no setor, foram solucionadas com trabalho conjunto dos setores envolvidos não gerando perdas ou incidentes desnecessários aos pacientes e colaboradores do setor.

RISCOS

Devido à complexidade do setor diversos riscos são gerenciados no setor. Como citado anteriormente os a localização regional do serviço, população são constantes entraves para melhoria da qualidade e redução dos danos. O gerenciamento constante de indicadores e estabelecimento de estratégias de vigilância e logísticas possíveis para o atendimento das demandas geradas. Revisão de fluxos, treinamento profissional, supervisão de ações de terceiros, orientação a pacientes e outras ações são realizadas para o gerenciamento de risco na unidade.

Monitoramento: Qualidade da água e funcionamento de equipamentos, manutenção de acessos vasculares, encaminhamento de pacientes para confecção de FAV, supervisão sobre a qualidade de produtos utilizados no setor, gestão de tecnologia de saúde, unidades de apoio e outros.

GESTÃO DE PESSOAS

INTEGRAÇÃO

No período não houve admissão de novos profissionais.

TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO

Treinamento do POP de assistência em hemodiálise, relacionado ao atendimento de intercorrências durante sessão realizado do dia 14/12/23 à 19/12/23, específico para técnicos de enfermagem e outro para enfermeiros. Equipe dividida em turmas onde foi exposto material impresso, discussão de casos, demonstração de técnicas e avaliação de registros relacionados a sessão, com duração média de 50 min.

Objetivo: Gerenciamento de risco, padronização de procedimentos e segurança do paciente

Conteúdo:

- ✓ Segurança do pacientes: evento adverso e gerenciamento de risco;
- ✓ Hemodialise: aspectos técnicos do procedimento;

- ✓ Avaliação de enfermagem durante a sessão
- ✓ Risco de intercorrência clínica
- ✓ Principais causas;
- ✓ Prevenção
- ✓ Conduitas;
- ✓ Comunicação
- ✓ Registro;

Com enfoque em funções de cada profissional na assistência e nas intercorrências clínicas mais comuns no serviço: Hipotensão, Hipoglicemia.

Reunião com equipe de enfermagem para alinhamento de funções enfermeiros e técnicos de enfermagem, hierarquia e fluxo de comunicação de questões gerenciais.



PLANO DE DESENVOLVIMENTO

Realizado cronograma de treinamento para o ano de 2004. Capacitações técnicas básicas e atendimento de demandas pontuais após avaliação de indicadores e necessidade relatada pela equipe e ou pacientes.

DIMENSIONAMENTO

Para demanda atual do serviço o setor encontra-se atualmente adaptado as normas legais além da suficiência dos serviços prestadas, não gerando horas extras ou falha em cobertura de férias e funções necessárias. O serviço ainda não utiliza todos as ações possíveis, como o reprocessamento de dialisadores e linhas e dialise peritoneal.

Divido em escalas de trabalhos direcionadas ao atendimento de turnos de hemodiálise ou função específica:

- ✓ 1 médicos nefrologistas e Responsável Técnico, vinculado a empresa Semprevida
- ✓ 1 Enfermeiro Responsável Técnico, vinculado a empresa Semprevida
- ✓ 3 enfermeiros assistencial;
- ✓ 13 técnicos de enfermagem; (Sendo 01 vinculado a empresa semprevida)

Conta ainda com o apoio da equipe multiprofissional:

- ✓ 02 assistentes sociais
- ✓ 02 psicólogas
- ✓ 02 nutricionistas
- ✓ 02 fisioterapeutas

GESTÃO DE PROCESSOS

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

Matriz de Prioridade (GUT)							
Descrição do problema	Gravidade		Urgência		Tendência		Prioridade Final
Alta taxa de uso de cateter	Gravíssimo	5	Resolver o mais cedo possível	3	Vai piorar em pouco tempo	4	60
alta taxa de infecção	Gravíssimo	5	Necessita de ação imediata	5	Vai piorar em pouco tempo	4	100
Baixa inscrição em transplante	Pouco Grave	2	Pode esperar um pouco	2	Vai Piorar em médio prazo	3	12
Demanda reprimida (vaga para admissão novos de pacientes)	Grave	3	Resolver o mais cedo possível	3	Vai piorar em pouco tempo	4	36
Reprocessamento de dialisadores	Pouco Grave	2	Pode esperar um pouco	2	Não vai piorar	1	4

ANÁLISE S.W.O.T

ANÁLISE SWOT

FATORES INTERNOS	FORÇAS	FRAQUEZAS
	Estrutura física RT's especializados na area dimiensionamento profissioanal adequado Tecnologias de saúde adequada disponibiliade de materiais Retaguarda para realização de exames a avaliações	Resolutividaae de acessos vascular Disponibilidade Procedimentos e equipe especializada
FATORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	Aumento no numero de sessões Melhoria na entrega do serviço Segurança do paciente Aumento da eficáciaeficiênciã e sutentabilidade	Localização geografica Disponibilidade de profissionais com experiênciã e especialização Atendimento de demanda reprimida quanto a localização e disponibilidade de transporte Perfil epidemiológico

MELHORIA CONTÍNUA

Como descrito acima o setor vem apresentando uma serie de melhorias relacionadas a assistência sendo possíveis de ser detectadas através da melhora de indicadores de qualidade e na satisfação de pacientes e colaboradores.

RSOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO

Apresentando adequada entrega nas metas estabelecidas, comprometida na manutenção e controle do serviço prestado.

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto o setor está comprometido no desenvolvimento de ações e propostas para manutenção continua e melhoria na entrega dos serviços prestados, com trabalho centrado na experiência do paciente na segurança de todos. No período ainda foram realizadas ações para comemoração de festividades do NATAL e ANO NOVO com empenho de toda equipe multiprofissional proporcionando maior humanização no atendimento.

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
		Dezembro	
Consulta Médica	5.988	5.988	3.829

Consulta Não Médica	Meta mensal	Atendimento Ambulatorial (Especialidades Não Médicas)	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Dezembro	
Consulta Não Médica	2.864	4.756	2.893

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

Tipo de Exame	Meta mensal	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico -SADT EXTERNO	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Dezembro	
Radiologia	600	774	324
Ultrassonografia	360	501	556
Tomografia	600	736	304
Endoscopia	200	0	0
Mamografia	100	160	0
Ressonância Magnética	240	260	204
Sub. Total	2.100	2.431	1.388
Tipo de Exame	Meta mensal	Dezembro	

Mapa	60	110	79
Holter	60	110	78
Emissão Otoacústica	40	62	7
Teste Ergométrico	80	80	56
Punção Aspirativa De Mama Por Agulha Fina	20	20	1
Colonoscopia	100	0	0
Cistoscopia	40	40	2
Densitometria Óssea	200	316	32
Ecocardiografia Transtorácica	60	112	90
Eletrocardiografia	200	240	72
Doppler Vascular	60	60	170
Nasofibroscopia	60	90	8
Punção Aspirativa por agulha grossa	20	20	7
Urodinâmica	20	4	3
Colposcopia	80	20	2
Eletroencefalografia	100	110	7
Eletroneuromiografia	50	0	0
Espirometria	200	0	0
Audiometria	200	91	13
Sub. Total	1650	1.485	627
Total Geral	3.750	3.916	2.015

*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	
		Dezembro	
Fundoscopia	0	426	
Potencial De Acuidade Visual	0	0	
Tonometria	0	442	
Triagem Oftalmológica	0	222	
Teste Ortóptico	0	0	
Total	0	1.090	

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames Unidade Móvel de Prevenção	
		Dezembro	
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	Dezembro
Unidade Móvel de Prevenção	750 Km	0 Km
Total	750 Km	0 Km

Unidade Móvel teve seus atendimentos afetados em resposta ao OFÍCIO N° 41392.2023 - SES

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

Unidade Móvel teve seus atendimentos afetados em resposta ao OFÍCIO N° 41392.2023 - SES

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

Unidade Móvel teve seus atendimentos afetados em resposta ao OFÍCIO N° 41392.2023 - SES

Tipo de Exame	Meta mensal	Exames de análises Clínicas
		Dezembro
Exames Laboratoriais	0	6.439

Tipo de Exame	Meta mensal	Terapia Renal Substitutiva
		Dezembro
Primeira consulta	NTMC	3
Sessões hemodiálise	936	768
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal	36	0
Total	972	771

Transporte	Meta mensal	Transporte de pacientes para sessões de tratamento dialítico	
		Dezembro	
Ônibus I	12.000 Km	12.224 Km	
Ônibus II	12.000 Km	11.385 Km	
VAN	12.000 Km	0 Km	
Total	36.000 Km	11.065 Km	

Especialidades Médicas	Meta mensal	Atendimento Médico por Especialidade	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Dezembro	
Angiologia	5.988	84	58
Cardiologia		427	327
Clínico Geral (médico da família)		526	162
Dermatologia		304	218
Endocrinologia/Metabologia		724	373
Gastroenterologista		235	130
Ginecologia/Obstetrícia		265	112
Hematologia		32	16
Infectologia		53	26
Mastologia		168	77
Nefrologia		31	798
Neurologia		300	177
Oftalmologia		490	222
Ortopedia e Traumatologia		1.123	579
Otorrinolaringologia		446	160
Pediatria Clínica		176	97
Pneumologia/Tisiologia		72	50
Psiquiatria		60	47
Reumatologia		102	66
Urologia		360	134
Total	5.988	5.988	3.829

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

Especialidades Não Médicas	Meta mensal	Atendimento Não Médico por Profissão	
		Vagas Ofertadas	Produção Realizada
		Dezembro	
Enfermagem	2.864	1.036	812
Farmácia		600	162

Fisioterapia		1.440	864
Fonoaudiologia		120	79
Nutricionista		520	412
Psicologia		320	166
Serviço Social		720	398
Total	2.864	4.756	2.893

Práticas Integrativas e complementares- PICS	Meta mensal	Produção Realizada
		Dezembro
Ventosaterapia	0	11
Aromaterapia	0	0
Fitoterapia	0	74
Tratamento Naturopático	0	0
Total	0	185

Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas	Meta mensal	Produção Realizada
		Dezembro
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)
		Dezembro
Primeira Consulta	240	75
Consultas Subsequente	360	6
Sub. Total	600	81
Especialidades Mínimas Odontologia	Meta mensal	Dezembro
Procedimentos Básicos	110	146
Periodontia Especializada	90	17
Endodontia	60	0
Cirurgia Oral Menor	90	6
Diagnóstico Bucal (ÊNFASE Em Câncer Bucal)	0	0

Sub. Total	350	169
Total	950	250

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

Especialidade	Meta mensal	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
		Dezembro
Farmácia	350	354

Especialidades Não Médicas (outras)	Dezembro
Enfermagem	3.395

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

Fonte: MV | SoulMV - POLICLINICA DE POSSE de 01/12/2023 – 31/12/2023

Posse - GO, 05 de janeiro 2024

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