



POSSE
Policlínica
Estadual da
Região
Nordeste

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



RELATÓRIO GERENCIAL

CONTRATO DE GESTÃO Nº051/2020

Competência: abril/2024

Sumário

1 – Apresentação	3
2 – Ações Voltadas Para Qualidade	4
2.1 – Relatório da Pesquisa de Satisfação	4
2.2 – Relatório da Ouvidoria	12
2.3 – Relatório das Comissões	14
2.3.1 – Comissão de Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão	14
2.3.2 – Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente	23
2.3.3 – Comissão de Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde	25
2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente	28
2.3.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde	30
2.3.6 – Comissão de Multiprofissional	32
2.3.7 – Comissão de Avaliação de Análise de Revisão de Prontuários Médicos	34
2.3.8 – Comissão de Proteção Radiologia	43
2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica	44
2.3.10 – Comissão de Verificação de Óbito	47
2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade	50
2.3.12 – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais	52
2.3.13 – Comissão de Ética Médica	55
2.3.14 – Comitê de Ergonomia	58
3 – Atividades Realizadas No Mês	60
4 – Relatório de Recursos Humanos	73
4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos	73
4.2 EPI	75
5 – Relatório Do Serviço De Hemodiálise	76
6 – Produção Assistencial	88
6.1 – Produção de especialidades médicas, não médica e SDTA externo.	88

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 Estadual da Região Nordeste - 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 da Policlínica Estadual da Região Nordeste Posse, realizada entre os dias 01 a 30 de abril de 2024. Os dados obtidos são consolidados por gráficos, para melhor visualização da percepção dos usuários no que se refere ao atendimento geral, limpeza, conforto e estrutura do prédio.

A pesquisa de satisfação é realizada através de formulários espalhados em todos os setores. A setorização da pesquisa se torna necessária para melhor percepção do grau de satisfação dos usuários da Policlínica Estadual da Região Nordeste Posse, desta maneira conseguimos acompanhar de forma mais efetiva os atendimentos e necessidades de melhoria de cada setor.

2. OBJETIVOS

Certificar do nível de satisfação do usuário para com a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

3. INDICADORES QUALITATIVOS

3.1 Pesquisa de Satisfação Policlínica

A tabela a seguir contém o quantitativo de avaliações ruim, regular, bom, ótimo e excelente em cada setor, e o percentual das avaliações de cada setor do mês de janeiro. O índice de satisfação se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas.

Estes resultados são demonstrados na planilha e gráficos a abaixo.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	EXCELENTE	TOTAL	%
Recepção Central	2	1	3	81	198	285	21%
Enfermagem	0	1	3	8	28	40	3%
Recepção Médica	0	0	5	63	107	175	13%
Consultório Médico	0	2	6	71	96	175	13%
Recepção Imagem	0	1	7	29	76	113	8%
Diagnóstico por Imagem	0	1	7	29	76	113	8%
Recepção Laboratório	0	0	3	4	37	44	3%
Recepção Equipe Mult.	0	0	0	13	45	58	4%
Laboratório	0	0	3	4	37	44	3%
Fisioterapia	0	0	0	13	49	62	5%
Fonoaudiologia	0	0	0	0	0	0	0%
Nutrição	0	0	1	1	24	26	2%
Serviço Social	0	0	1	10	23	34	2%
Assistência Farmacêutica	0	0	1	18	50	69	5%
Psicologia	0	0	0	3	26	29	2%
Recepção Hemodiálise	0	0	0	3	50	53	4%
Hemodiálise Procedimento	0	0	0	4	49	53	4%
Total Geral	2	6	40	354	971	1.373	100%
Índice Satisfação	0%	0%	3%	26%	71%	Índice Geral	97%

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

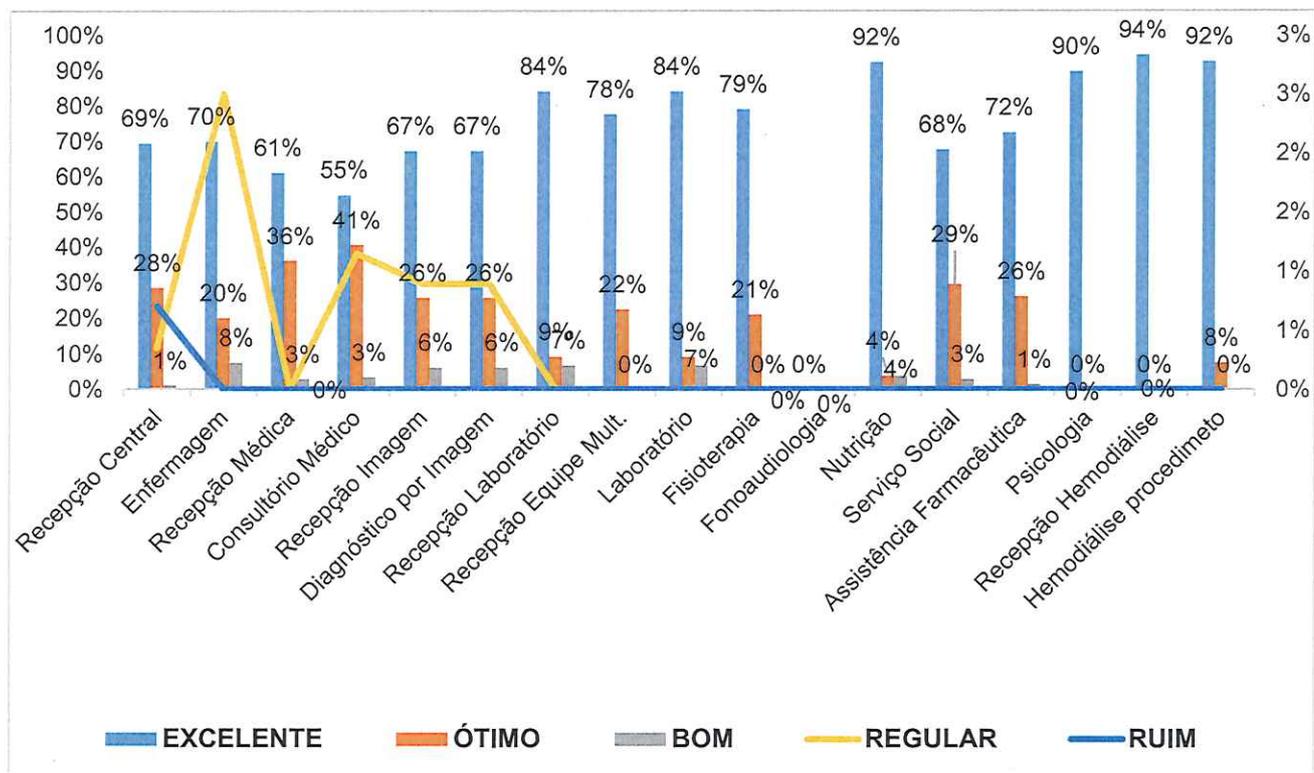
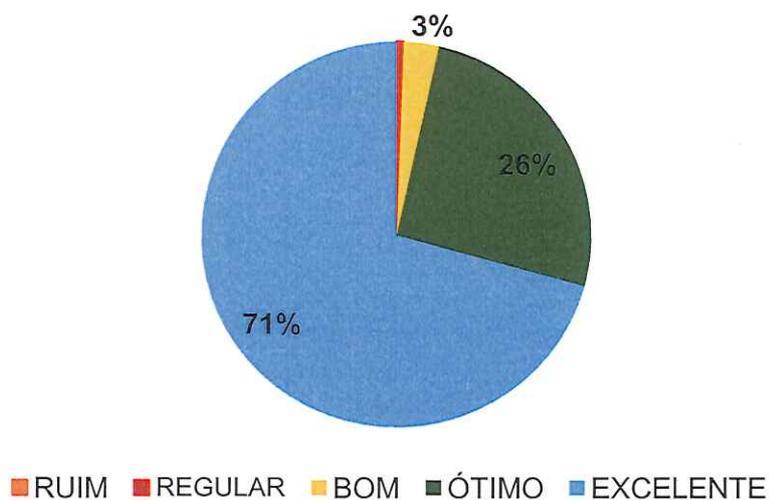


Gráfico 02: Índice geral de satisfação dos usuários da Policlínica, no quesito atendimento. O índice de satisfação, se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas.



Observando a tabela e os gráficos acima, notamos que a Policlínica vem mantendo um bom índice de satisfação nas avaliações, mesmo os setores que pouco avaliaram, tem bons resultados.

Como o índice de satisfação, se dá pela soma do total de avaliações ótimas e excelentes, divididas pelo total de pesquisas respondidas, neste mês o índice geral foi de 97%.

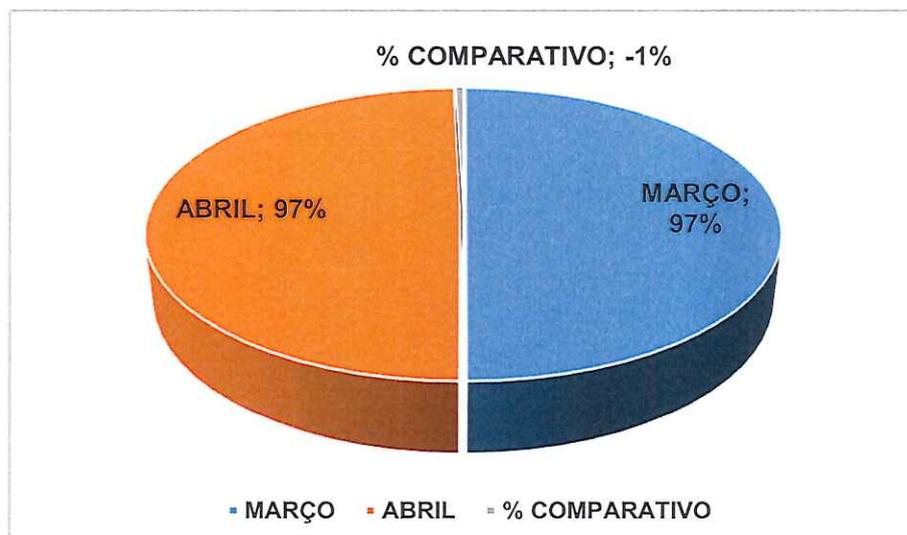
Como instituição de saúde, nossa prioridade é sempre oferecer um atendimento de excelência aos nossos pacientes, e não medimos esforços para garantir a qualidade e eficiência dos serviços prestados. A gestão busca cada vez mais, prestar um atendimento de qualidade e excelência aos nossos usuários.

3.1.1 Comparativo das avaliações entre os meses janeiro/fevereiro

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

INDICADORES	MARÇO	ABRIL	% COMPARATIVO
RUIM	2	2	100%
REGULAR	5	6	-100%
BOM	25	40	38%
ÓTIMO	297	354	16%
EXCELENTE	872	971	10%
TOTAL GERAL DE AVALIAÇÕES	1.201	1.373	13%
ÍNDICE GERAL DE SATISFAÇÃO	97%	97%	-1%

Gráfico 03: Comparativo março/abril



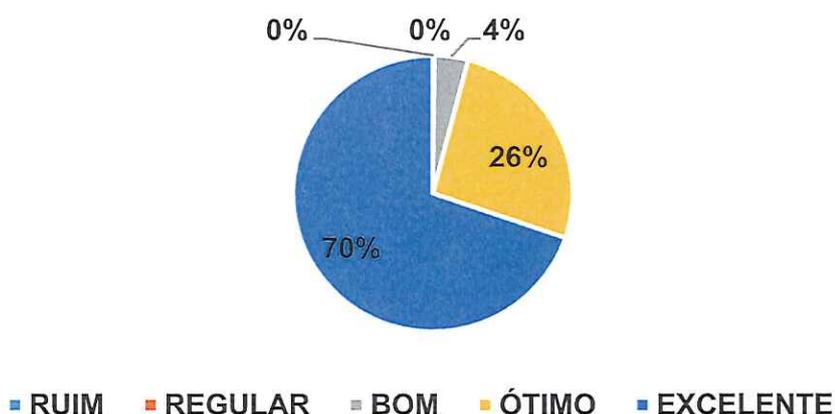
Quanto aos indicadores, nestes 2 meses, não houve alteração no índice de satisfação, no entanto ao manter um excelente índice de satisfação, demonstra que a Policlínica vem mantendo seu nível de qualidade. A planilha e o gráfico mostram o índice geral de satisfação da Policlínica, que ficou em 97%. Isso reforça todos os nossos esforços para manter um atendimento humanizado e de excelência, em nossa unidade de saúde.

3.1.2 Avaliação da limpeza por setor

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

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	EXCELENTE	TOTAL/MÊS	%
Recepção Central	0	1	4	58	186	249	44%
Enfermagem	0	0	3	8	26	37	7%
Recepção Esp. Médica	1	0	6	59	104	170	30%
Recepção Imagem	0	0	9	22	74	105	19%
Recepção Laboratório/Equipe Multi	0	0	0	0	3	3	1%
Hemodiálise	0	0	0	3	50	53	9%
Total Geral	1	0	22	147	393	563	100%
Índice de Satisfação	0%	0%	4%	26%	70%	1	96%

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 excelente. E o índice geral de satisfação está em 96%, 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.

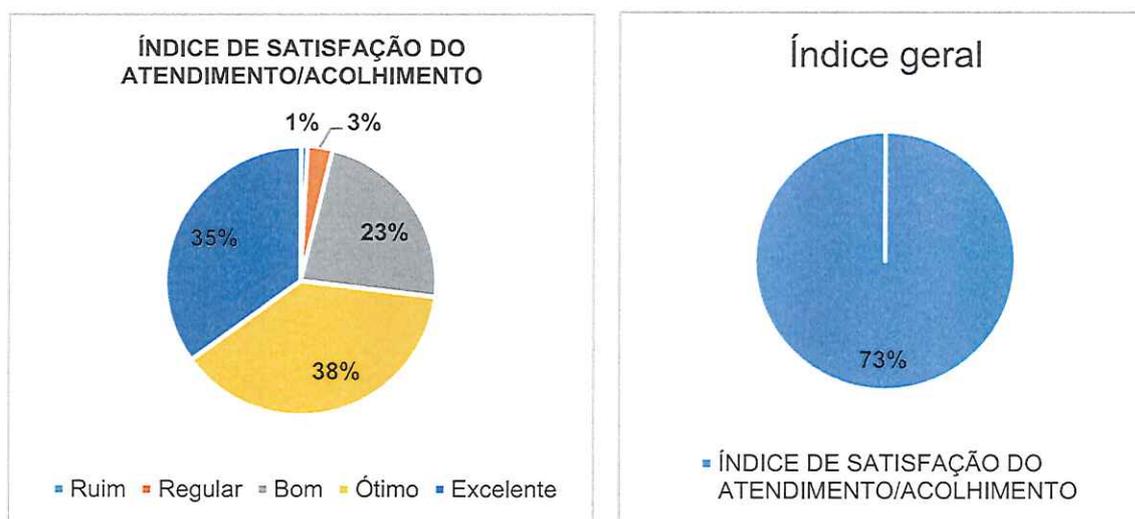
Foi aplicado o questionário a 55 pacientes, sobre atendimento, acolhimento, qualidade e conforto dos serviços ofertados.

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

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 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 97% no atendimento geral e 96% 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
Glaucia Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria
Policlínica Estadual
da Região Nordeste-Posse

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 01/04/2024 a 30/04/2024, os quais foram extraídos do Sistema OuvidorSUS. Foram registradas 18 manifestações, todas pessoalmente. Deste total, 12 foram elogios, 05 reclamações e 01 solicitação.

3. MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS

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

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

3.1 Canais de atendimento e origem das manifestações

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

3.2 Classificação das manifestações

As manifestações podem ser classificadas como **elogio, informação, sugestão, solicitação, reclamação e denúncia**. Durante este período acima citado, foram registradas 18 manifestações na ouvidoria. O tipo mais comum de manifestação foi o elogio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os resultados no período citado, concluímos que das manifestações recebidas por esta ouvidoria, 66,7% foram de elogios, 27,8% foram de reclamações e 5,5% foram solicitações. Todas as manifestações foram registradas por meio de atendimento presencial.

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

5. EMITIDO

Glauca Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria
Glauca Rodrigues Vieira
Assistente de Ouvidoria
Polícia Estadual
da Região Nordeste

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
- ✓ Thyanne de Souza Silva – Enfermeira

2 – INDICADORES DE PRODUÇÃO E METAS QUANTITATIVAS

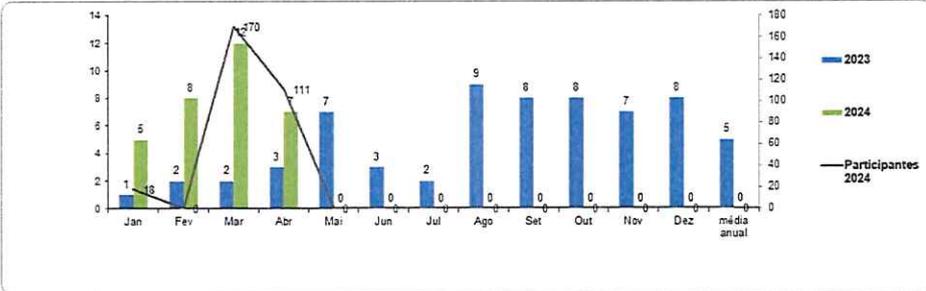
Os indicadores de produtividade são ferramentas essenciais para a avaliação e monitoramento minucioso dos processos de prestação de serviços. Eles representam uma prática de gestão eficaz e podem ter um papel crucial no processo de tomada de decisões.

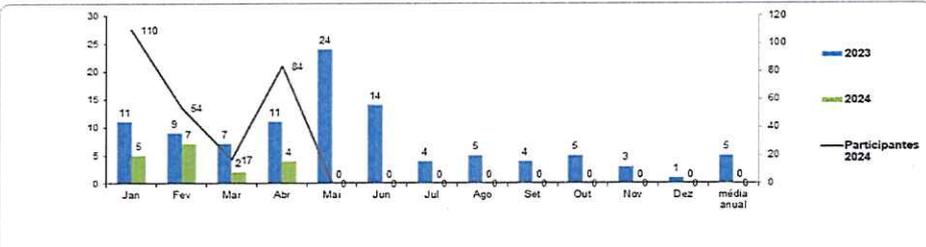
2.1 PRODUÇÃO QUANTITATIVA

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é uma entidade que se dedica à produção quantitativa através de indicadores específicos. Estes indicadores são ferramentas essenciais que permitem ao NEP medir e avaliar os treinamentos realizados ao longo do mês.

Através destes indicadores, o NEP consegue quantificar a eficácia e a eficiência dos treinamentos, permitindo uma análise detalhada do desempenho e progresso dos participantes. Esta análise quantitativa é fundamental para o NEP, pois permite a identificação de áreas de melhoria, a implementação de estratégias de aprimoramento e a garantia de que os objetivos de aprendizagem estão sendo alcançados.

Portanto, a produção quantitativa do NEP e a mensuração dos indicadores nos treinamentos realizados mensalmente são componentes cruciais para o sucesso e a eficácia da educação permanente.

		NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
		FORMULÁRIO												
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		FOR.NEP.01						Revisão: 03			vigência: 30/10/2025			
		Ações educativas realizadas						Data da Análise: 31/3/2024			Período/Ano analisado: mar/24			
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de ações educativas realizadas	DADOS MENSAIS													
	Ações	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2023	1	2	2	3	7	3	2	9	8	8	7	8	5
Participantes 2024	18		170	111										
2024	5	8	12	7										
Processo: Programa de educação permanente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória dos treinamentos realizadas e participantes														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Dalane Cavalcante														
Observações: Quantificar os treinamentos previstos não realizados e as justificativas														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações.														
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de Fevereiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações.														
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de Março de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações .														
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2024: No mês de Abril de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo as ações.														

		NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
		FORMULÁRIO												
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		FOR NEP 01						Revisão 03			vigência: 30/10/2025			
		Ações educativas realizadas						Data da Análise: 31/3/2024			Período/Ano analisado: mar/24			
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos realizadas e a quantidade de participantes	DADOS MENSAIS													
	Treinamentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2023	11	9	7	11	24	14	4	5	4	5	3	1	5
Processo: Programa de educação permanente	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
														
Fórmula: Somatória dos treinamentos realizadas e participantes														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Daiane Cavalcante														
Observações: Quantificar os treinamentos previstos não realizadas e as justificativas.														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos.														
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de Fevereiro de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos.														
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de Março de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos.														
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2024: No mês de Abril de acordo com o indicador no setor do NEP está acontecendo os treinamentos.														

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

2.1.1 NEP (NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE)

TREINAMENTOS REALIZADOS NA POLICLÍNICA DE POSSE

TREINAMENTO	PROPOSTA DA DATA	MINISTRANTE	QUANTOS PARTICIPANTES
Treinamento Descarte Correto dos Resíduos	15/04/2024	Ana Clara Soares	13
Treinamento Determinação da Validade de Medicamentos Multidoses Após Abertura	15/04/2024	Barbara Rhuanna; Gabriel Nascimento	16
Treinamento Primeiro Socorros	25/04/2024	Gideone Fernandes	37
Treinamento Ginastica Laboral	26/04/2024	Danubia Rafaela; Kalyson Moreira	18

CARGA HORÁRIA TOTAL DOS TREINAMENTOS REALIZADOS

TREINAMENTO	DATA	QUANTOS PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA TOTAL
Treinamento Descarte Correto dos Resíduos	15/04/2024	19	1 Hora
Treinamento Determinação da Validade de Medicamentos Multidoses Após Abertura	15/04/2024	16	1 Hora
Treinamento Primeiro Socorros	25/04/2024	37	1:30 Hora

Treinamento Ginastica Laboral	26/04/2024	18	1 Hora
-------------------------------	------------	----	--------

AValiação de Eficácia dos Treinamentos de Abril 2024

TREINAMENTO	RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA
Treinamento Descarte Correto dos Resíduos	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 15 de abril, os resíduos de serviços de saúde são considerados todos aqueles gerados a partir do atendimento à saúde humana e animal inclusive os de assistência domiciliar e trabalho de campo. E são classificados em cinco grupos, conforme as características biológicas, físicas e químicas: Grupo A: Risco Biológico; Grupo B: Risco Químico; Grupo C: Radioativos; Grupo D: Comum; Grupo E: Perfurocortantes. Para a prevenção desses acidentes é exigido cuidados como não reencapar agulhas, não desconectar as agulhas e seringas, descarte correto, manusear materiais com cuidado e etc.
Treinamento Determinação da Validade de Medicamentos Multidoses Após Abertura	O treinamento foi realizado na Policlínica de Posse-Go, no dia 15 de abril de 2024. O uso de medicamentos em recipientes multidoses é comum nos ambientes hospitalares. O conhecimento sobre a conservação e a validade após abertura é de grande importância para garantir a qualidade e a segurança dos medicamentos administrados. Vários fatores como contaminação microbiológica e produtos tóxicos produzidos na degradação dos medicamentos podem influenciar e alterar na sua estabilidade, colocando em risco a segurança dos pacientes.
Treinamento Primeiro Socorros	O treinamento foi realizado na policlínica de Posse-Go, no dia 25 de abril de 2024 pelo palestrante convidado 2º Sargento Bombeiro Militar- Posse. Durante o treinamento, foram abordados os conceitos de primeiros socorros, que consistem nos cuidados prestados as vítimas de mal súbito ou acidentes no local onde ocorreram, até que a ajuda especializada esteja disponível. Além disso foi realizada a demonstração da manobra Heimlich com os colaboradores.
Treinamento Ginastica Laboral	O treinamento foi realizado na policlínica de Posse- Go, no dia 26 de abril de 2024. A Ginastica é realizada no ambiente laboral, ou seja, no próprio posto de trabalho ou em algum espaço físico da empresa. A Ginastica Laboral é uma série de exercícios de curta duração, entre 10 e 15 minutos, que envolve técnicas de alongamento da cabeça, tronco, membros superiores e inferiores e técnicas de respiração. Durante os exercícios é trabalho percepção corporal, reeducação de postura e compensação muscular.

AÇÕES EDUCATIVAS

AÇÃO EDUCATIVA	DATA	PÚBLICO ALVO	CARGA HORÁRIA TOTAL
Dia Nacional de Segurança do Paciente	01/04/2024	Colaboradores	1 hora
Dia Mundial de Conscientização do Autismo	02/04/2024	Pacientes	1 Hora
Dia da Saúde e Nutrição	03/04/2024	Colaboradores	1 Hora
Dia Mundial da Doença de Chagas	12/04/2024	Colaboradores	1 Hora
Ação Equidade	19/04/2024	Colaboradores	1 Hora
Poluição Eletromagnética	23/04/2024	Colaboradores	1 Hora
Consumo de Álcool e Drogas	24/04/2024	Colaboradores	1 Hora

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

A Matriz de Priorização de GUT é uma ferramenta que ajuda na priorização da resolução de problemas por meio de 3 critérios: Gravidade, Urgência e Tendência.

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

3.1 ANÁLISE S.W.O.T

Análise ou matriz FOFA – é um método de planejamento estratégico que engloba a análise de cenários para tomada de decisões

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

3.2 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	-

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 Descarte Correto dos Resíduos:



Treinamento Determinação da Validade de Medicamentos Multidoses após Abertura:



Treinamento Primeiro Socorros:



Treinamento Ginástica Laboral:



5.0 CONCLUSÃO

O presente relatório evidencia a importância e o comprometimento do Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse na promoção da educação continuada e no aprimoramento profissional dos colaboradores. Por meio de uma abordagem multidisciplinar e estratégias bem delineadas, o NEP demonstra um compromisso firme com a excelência na prestação de serviços de saúde.

A análise dos indicadores de produção e metas quantitativas revela um monitoramento minucioso das atividades realizadas, permitindo uma avaliação precisa da eficácia dos treinamentos e a identificação de áreas de melhoria. Além disso, as ações educativas realizadas abrangem uma variedade de temas relevantes, demonstrando um comprometimento com a conscientização e o cuidado com a saúde tanto dos colaboradores quanto dos pacientes.

A gestão de processos adotada pelo NEP, incluindo a priorização de problemas e a elaboração de planos de ação, reflete uma abordagem estratégica e proativa na busca pela melhoria contínua. A utilização de ferramentas como a matriz GUT e o método 5W2H demonstram um planejamento sólido e eficaz para enfrentar desafios e garantir o alcance dos objetivos estabelecidos.

Por fim, a resolutividade do departamento é evidenciada pela oferta de programas certificados, pela promoção de oportunidades de estágio e pela constante busca pelo aprimoramento do conhecimento. O NEP emerge como um pilar fundamental na construção de uma equipe capacitada e comprometida com a qualidade e a excelência nos serviços de saúde prestados pela Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

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.

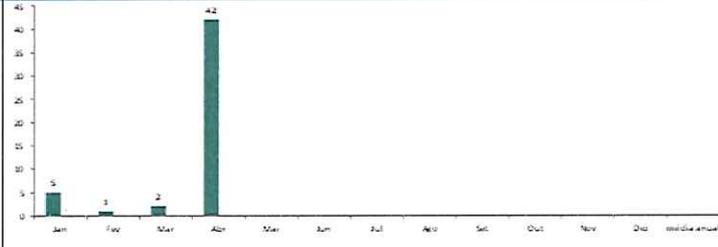
1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- ✓ Anisia Vieira de Barros – Núcleo de Qualidade
- ✓ Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão – Farmacêutico
- ✓ Filipe Gomes Gadeia Brito -- Enfermeiro RT Hemodiálise
- ✓ Kácio Aurélio Ferreira de Jesus – Assistente Administrativo
- ✓ Nathalia Cristina Batista Oliveira – Enfermeira Hemodiálise
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira – Presidente
- ✓ Thálita Ribeiro Luiz – Biomédica

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES:

		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE													
		FORMULÁRIO													
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
		FOR.NQSP.01				Revisão: 03				v02/01/20/10/2025					
		Data da Análise: 31/04/2024				Período/Ano analisado: 31/04/2024									
		Eventos Adversos													
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de eventos adversos na unidade no mês		DADOS MENSAIS													
		2024	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média anual
			5	1	2	42									
Processo: Núcleo de Segurança do Paciente		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória da quantidade de eventos adversos															
Valor médio do ano anterior: Não se aplica															
Responsável pela análise: Thaise Ynara															
Observações: Todo incidente, evento adverso deve ser notificado e encaminhado ao NSP.															
		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
		Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de janeiro de acordo com o indicador obteve um total de cinco notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.													
		Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de fevereiro de acordo com o indicador obteve um total de uma notificação de incidentes/eventos adversos notificados no forms.													
		Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de março de acordo com o indicador obteve um total de duas notificações de incidentes/eventos adversos notificados no forms.													
		Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2024: No mês de abril de acordo com o indicador obteve um total de quarenta e 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 abril, ocorreram quarenta e duas notificações de incidentes ou eventos adversos.

A enfermeira Sciras conduziu um treinamento sobre Protocolos de Segurança do Paciente para todos os colaboradores por setor na Unidade da Policlínica de Posse. O treinamento ocorreu nos dias 4, 12, 15 e 16 de abril de 2024. Durante o treinamento,

foram abordados os seguintes tópicos:

- ✓ Importância do Núcleo de Segurança do Paciente: O núcleo de segurança do paciente é fundamental para garantir cuidados adequados e livres de riscos. Ele visa reduzir ao mínimo ou a níveis aceitáveis as ocorrências de riscos, danos ou eventos adversos.

- ✓ Seis Metas de Segurança do Paciente: Essas metas são diretrizes essenciais para promover a segurança do paciente. Elas incluem medidas como notificação de eventos adversos, ambiente de trabalho seguro e materiais adequados.
- ✓ Higienização das Mãos: A higienização adequada das mãos é crucial para prevenir a disseminação de infecções nos ambientes de saúde. Os colaboradores foram instruídos sobre a importância dessa prática.
- ✓ Notificação de Eventos Adversos: A equipe aprendeu sobre a importância de relatar qualquer evento adverso ocorrido durante a assistência ao paciente. Isso contribui para a melhoria contínua da segurança.

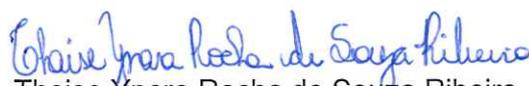
Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

Em 29/04/2024, as comissões realizaram uma reunião para discutir sobre as pontuações da (ONA), analisando nossos pontos fortes e fracos, bem como estratégias para aprimoramento de melhorias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o relatório referente ao mês de abril de 2024, a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente tem conduzido regularmente suas reuniões mensais com o objetivo de disseminar informações pertinentes relacionadas ao NSP, nosso foco é melhorar a segurança do paciente com novas implementações.

6. EMITIDO



Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro

Enfermeira SCIRAS - COREN N° 511424/GO

Presidente da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente

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

APRESENTAÇÃO

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

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

1. INTRODUÇÃO

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

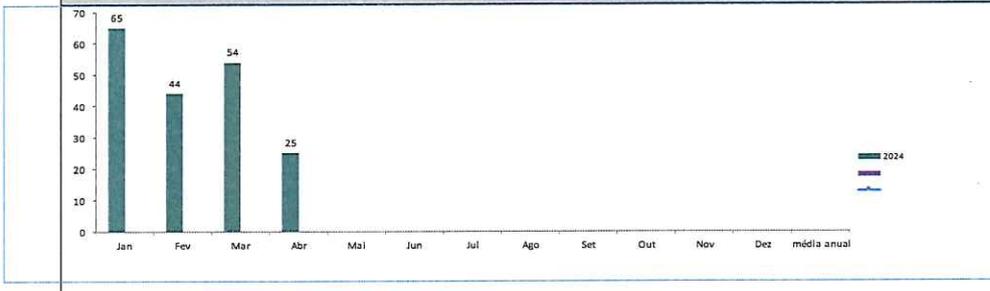
1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES

 		FORMULÁRIO												
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR												
		FOR.NOSP.01				Revisão: 03				Vigência: 30/10/2025				
		Treinamentos/Capacitações em prevenção, rondas sobre controle de infecção				Data de Análise: 30/4/2024				Período/Ano analisado: abril/24				
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de treinamentos/capacitações na unidade	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2024	65	44	54	25									
Processo: Programa SCIRAS	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Somatória da quantidade de treinamentos														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Thaise Ynara														
Observações: Os treinamentos são feitos de acordo com a necessidade dos setores ou por solicitações de maiores														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de Janeiro de acordo com o indicador foi realizadas três capacitações e sessenta e duas rondas na unidade e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.														
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de Fevereiro de acordo com o indicador foi realizadas três capacitações e quarenta e uma rondas na unidade e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.														
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de Março de acordo com o indicador foi realizada cinquenta e quatro rondas na unidade e identificações quanto a treinamentos a serem realizados														
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2024: No mês de Abril de acordo com o indicador foi realizada cinquenta e quatro rondas na unidade e identificações quanto a treinamentos a serem realizados.														

Análise Crítica: O indicador permite avaliar o quantitativo de treinamentos/ capacitações realizadas durante o mês, para verificar se está sendo eficaz o quantitativo desses treinamentos avaliando assim desempenho da mesma.

4. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ Durante o mês de abril não houve nenhuma notificação do IRAS na hemodiálise.
- ✓ A Enfermeira Sciras, conduziu treinamentos abordando a higienização das mãos. Durante essas sessões, ela explicou cada meta do protocolo de segurança do paciente de forma individualizada, destacando a importância crucial de higienizar as mãos para prevenir infecções. Além disso, promovemos uma palestra seguida de uma dinâmica prática, demonstrando a técnica correta de higienização das mãos.

A ação foi realizada na Policlínica de Posse – GO, no dia 04, 12, 15 e 16 de abril de 2024 pela Enfermeira CCIH-SCIRAS Thaise Ynara

Inicialmente, orientamos a equipe sobre a importância do núcleo de segurança do paciente, que foi criado para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Explicamos cada meta protocolo de segurança do paciente separadamente.

As metas de segurança do paciente são objetivos globais para a saúde, criados em 2006 pela Joint Commission Internacional, juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS). As seis metas de segurança do paciente são:

- ✓ Identificar corretamente o paciente.
- ✓ Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- ✓ Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

- ✓ Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- ✓ Higienizar as mãos para evitar infecções.
- ✓ Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão

Dentro da meta 5, focamos na higienização das mãos. A enfermeira Sciras aplicou tinta nas mãos dos colaboradores e orientou que lavassem conforme o protocolo de higienização das mãos. Ao final, discutimos os acertos e erros e verificamos se a tinta, que simboliza a sujidade, havia sido completamente removida.

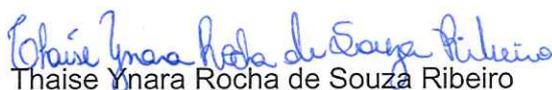
Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, este relatório destaca as atividades realizadas pela Comissão de Controle de Infecção (CCI) na Policlínica Estadual da Região Nordeste de Posse – GO.

Este mês foram realizadas 21 rondas.

6. EMITIDO



Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro

Enfermeira SCIRAS - COREN N° 511424/GO

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

2.3.4 – Comissão Interna de Prevenção de Acidente

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório demonstra as atividades realizadas pela CIPAA, locado na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com a realização da reunião mensal referente ao mês de abril 2024, que aconteceu no dia 29 de abril às 09:30 horas.

MEMBROS DA COMISSÃO CIPA

- ✓ Anisia Vieira de Barros – Assistente de Ouvidoria (Representante convidada)

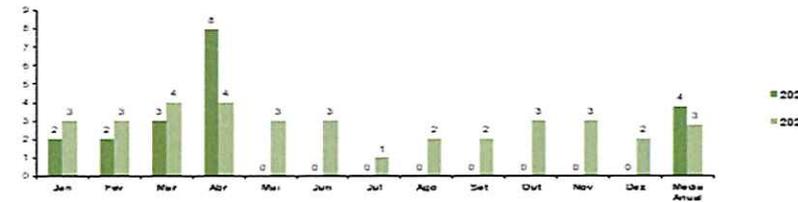
- ✓ Erika Denise Sateles dos Santos – Técnica de Enfermagem (representante eleita)
- ✓ Kalyson Moreira da Silva – Fisioterapeuta (representante eleito)

2. OBJETIVOS

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

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

3. INDICADORES

	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO													
	FORMULÁRIO													
	ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
POS.MOSP.01			Revisão: 03			Data de Análise: 27/03/2024			Período/Ano escolhido: mar/24					
<p>Objetivo de medição: Identificar a quantidade de ações da CIPAA que foram realizadas</p> <p>Proposta: Ações da CIPAA.</p> <p>Fórmula: Somatória das ações realizadas no mês.</p> <p>Valor médio do ano anterior: Não se aplica.</p> <p>Responsável pela análise: Anísia Vieira.</p> <p>Observações: Quantificar as ações previstas não realizadas e as justificativas.</p>	AÇÕES DA CIPAA													
	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual
	2024	2	2	3	8									4
	0													
	2023	2	3	4	4	3	3	1	2	2	3	3	2	3
	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
														
	ANÁLISE CRÍTICA DO DEBIDO													
	Análise de Resultados/Programa de JANEIRO/2024: Durante o mês de janeiro foi realizada a ação em que CIPAA esteve presente.													
Análise de Resultados/Programa de FEVEREIRO/2024: Neste mês a CIPAA participou de ação junto com outras comissões, como sendo o auditor.														
Análise de Resultados/Programa de MARÇO/2024: A CIPAA participou de ação junto com outras comissões, também participou de reunião junto com a NSP.														
Análise de Resultados/Programa de ABRIL/2024: Neste mês foi realizada a SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho com várias ações voltadas para a prevenção do acidente de trabalho. Também foi realizada palestra sobre conscientização do autismo e outras temáticas abordadas na semana de abril.														

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

- ✓ Discutimos sobre a SIPAT, onde houve grande participação dos colaboradores. Tivemos várias palestras voltada para a prevenção de acidentes de trabalho.
- ✓ A CIPAA ficou responsável pela decoração e ações do mês de abril, sendo assim, a comissão participou de ações de conscientização do autismo e outras ações realizadas no mês.
- ✓ Foi apresentado os novos membros da CIPAA, e informado como é o funcionamento da comissão dentro da unidade.

- ✓ Discutimos sobre as ações que poderão ser realizadas do mês de maio. Foi sugerido palestra para os colaboradores sobre prevenção de assédio de pacientes, e placas de alerta sobre o desacato aos colaboradores no exercício de sua função.
- ✓ Será realizado um treinamento com os novos membros 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.

Neste mês foi realizada a Semana Interna de Prevenção de Acidentes - SIPAT, com ações voltadas para a prevenção de acidentes e melhoria contínua no trabalho.

6. EMITIDO



Anísia 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.

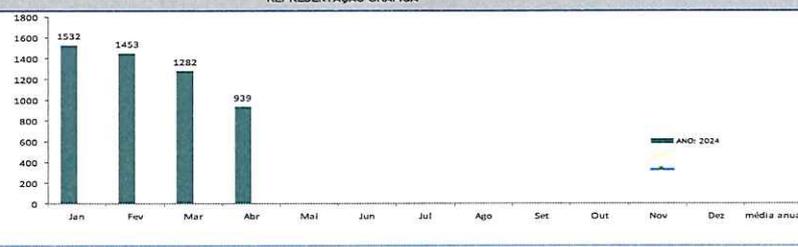
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde.

- ✓ 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													
PGRSS						Revisão: 03			Vigência: 30/10/2025				
Quantidade de resíduos no mês de abril de 2024						Data de Análise: 30/04/2024			Período/Ano analisado: abr/24				
Objetivo de medição: para saber o quantitativo dos resíduos coletados no mês.	DADOS MENSAIS												
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Processo: gestão de quantidade de resíduos infectante e perfurocortantes coletados nesta unidade de saúde.													
Fórmula: somatória da quantidade de documentos não conforme.	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA												
Valor médio do ano anterior: não se aplica.													
Responsável pela análise: Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro													
Observações: Quantificar documentos não conformes e reunir para o NQ para sua validação.													
Análise do Resultado/Panorama de Janeiro/2024: No mês de Janeiro Foram coletados: 1.163,300 Kg de Resíduos do Grupo A, 334,500 Kg de Resíduos do Grupo B e 34,0 Kg de Resíduos do Grupo E. Totalizando 1.531,800 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de Janeiro 2024.													
Análise do Resultado/Panorama de Fevereiro/2024: No mês de Fevereiro Foram coletados: 1.112,500 Kg de Resíduos do Grupo A, 302,200 Kg de Resíduos do Grupo B e 38,500 Kg de Resíduos do Grupo E. Totalizando 1.453,200 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de Fevereiro 2024.													
Análise do Resultado/Panorama de Março/2024: No mês de março Foram coletados: 914,500 Kg de Resíduos do Grupo A, 320,600 Kg de Resíduos do Grupo B e 46,650 Kg de Resíduos do Grupo E. Totalizando 1.281,75 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de Fevereiro 2024.													
Análise do Resultado/Panorama de Abril/2024: No mês de abril Foram coletados: 749,200 Kg de Resíduos do Grupo A, 164,300 Kg de Resíduos do Grupo B e 25,200 Kg de Resíduos do Grupo E. Totalizando 938,700 Kg de Resíduos Coletados nesta unidade de saúde referente ao mês de abril 2024.													

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

4. AÇÕES REALIZADAS

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

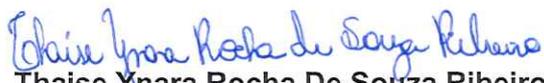
O contrato com a empresa Centro Oeste estipula que a coleta integral de todos os resíduos armazenados em local próprio deve ocorrer quinzenalmente. Embora a equipe de coleta esteja comparecendo regularmente, há um descumprimento recorrente no recolhimento dos dejetos sólidos da nossa unidade. Eles frequentemente coletam apenas parte (aproximadamente metade) do resíduo do grupo B, que inclui os galões. Estamos aguardando a regularização.

A enfermeira SCIRAS encaminhou um e-mail à empresa Centro Oeste para verificar se realizam a coleta adequada de pilhas e baterias ou se têm alguma empresa parceira que ofereça esse serviço. A empresa respondeu ao e-mail informando que não oferecem esse tipo de serviço.

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 - Nº 511424 G

Presidente da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

2.3.6 – Comissão de Multiprofissional

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório demonstra as atividades realizadas pela Comissão de Ética Multiprofissional, localizado na Policlínica Estadual Região Nordeste – Posse-Goiás. Houve assembleia in loco, no dia 26 de abril de 2024 às 12:35h. A referida assembleia ocorre mensalmente e no decorrer do relatório serão apontadas as discussões do grupo, as ações que foram realizadas e as programações futuras.

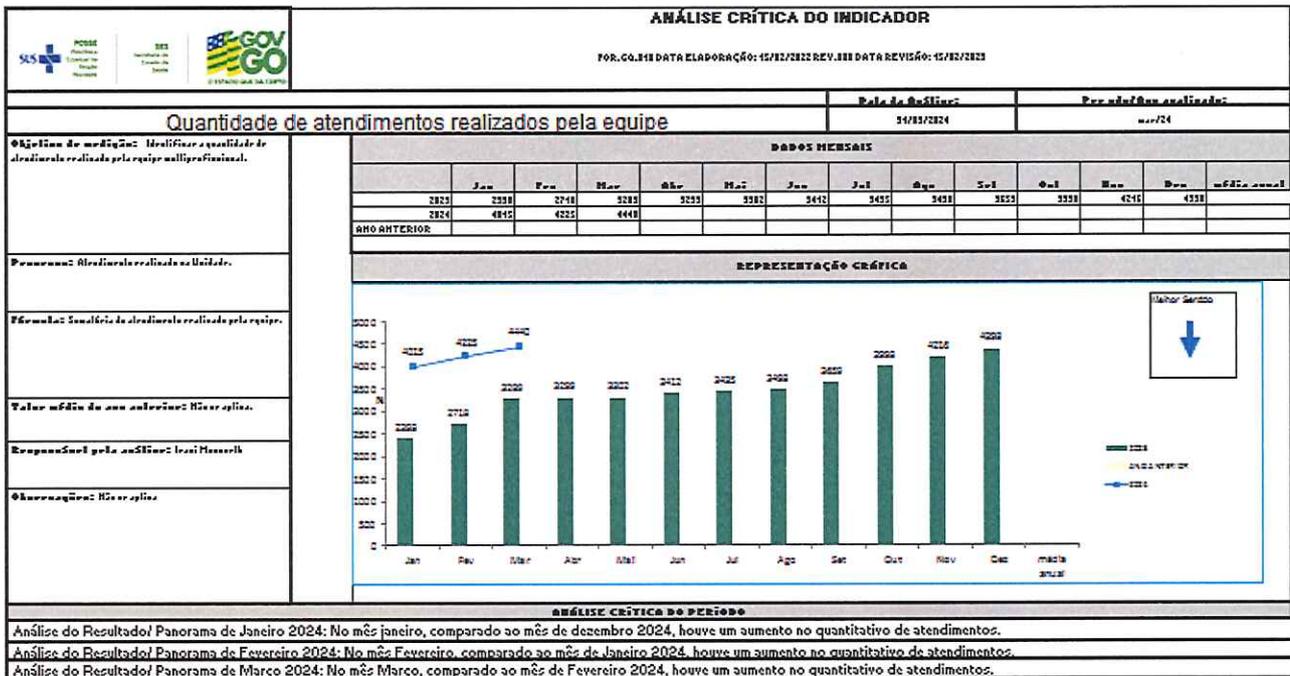
MEMBROS DA COMISSÃO: Comissão de Ética Multiprofissional

- ✓ Irani Monsueth Alves Almeida–Assistente Social– Presidente
- ✓ Adrielly Nunes da Silva -Enfermeira–Vice- Presidente
- ✓ Hanna Nobre Liah–Nutricionista–Membro
- ✓ Danubia Rafaela Oliveira Neves Santi–Fisioterapeuta–Membro
- ✓ Paulo Amorin–Psicóloga - Membro
- ✓ Kalyson Moreira da Silva–Fisioterapeuta -Secretário

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 maio de 2024.

4. INDICADORES:



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

5. AÇÕES REALIZADAS

A comissão realizou a decoração da Policlínica de acordo com os temas voltados para abril azul (autismo) e verde (segurança e saúde no trabalho). Além de orientação quanto ao abril verde que visa promover a saúde e a segurança no trabalho, Abril Azul, cujo objetivo é conscientizar a população sobre o autismo. As palestras e dinâmicas foram voltadas para os servidores e para os usuários da Policlínica, a fim que todos tenham conhecimento acerca do temas.

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

- ✓ Diego Mendoza Gouveia – Médico Diretor Técnico - Presidente.
- ✓ Emerson Claudio Figueiredo de Castro - Médico - Vice-Presidente.
- ✓ Adrielly Nunes da Silva – Rt de Enfermagem - Membro
- ✓ Thaise Ynara Rocha de Souza Ribeiro – Enfermeira SCIRAS - Membro.
- ✓ Kacio Aurelio Ferreira De Jesus – Assistente Administrativo - Secretário
- ✓ Ana Clara Soares Pereira – Gestor do Cuidado - Membro
- ✓

2. OBJETIVOS

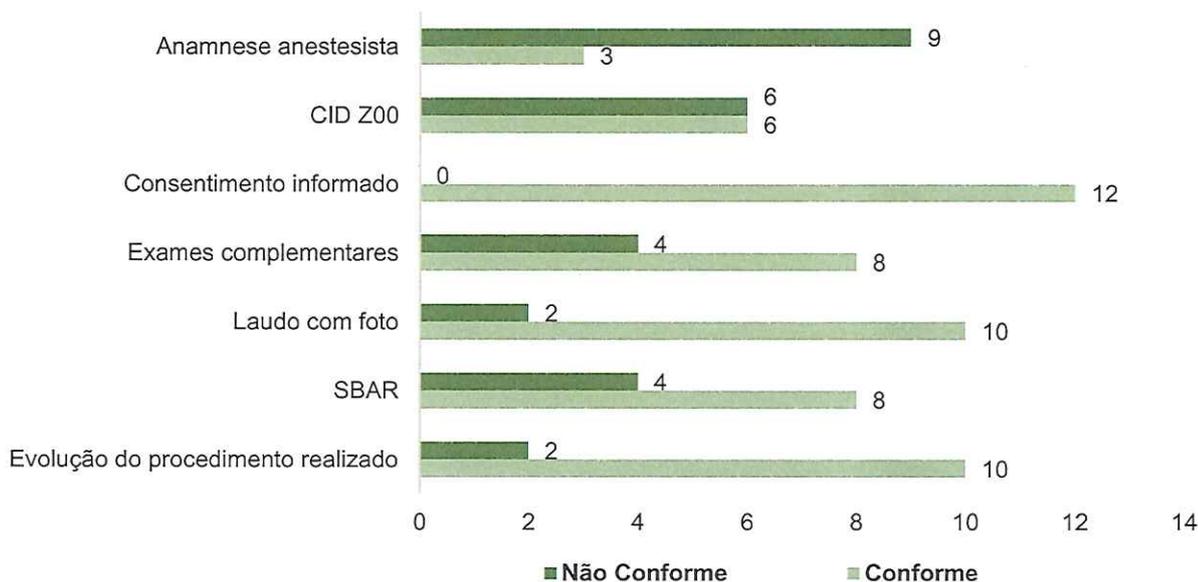
Atendendo a PORTARIA Nº 279, DE 8 DE OUTUBRO DE 2010 do MS, referente a Comissão de Revisão de Prontuários, foram analisados os seguintes itens:

3. INDICADORES:

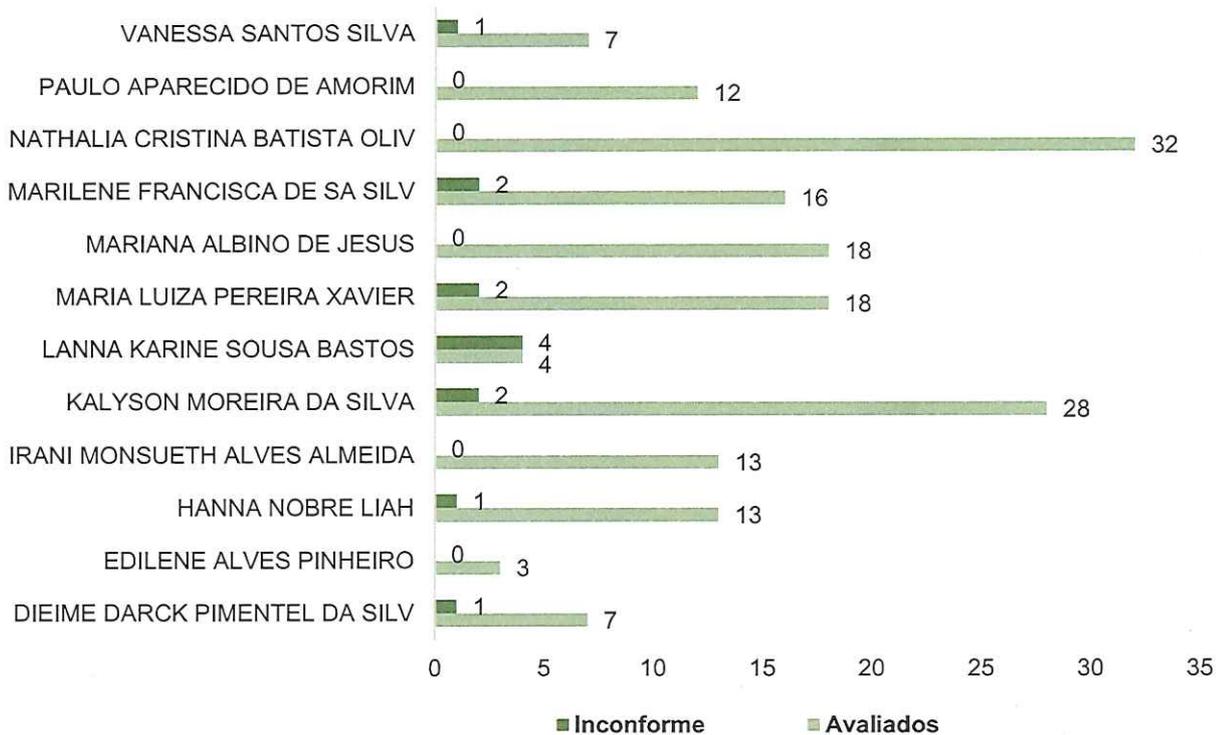
Ficha Técnica do Indicador	
Título: Número de Prontuários Incompletos	
Origem: Sistema de registro digital de prontuários médicos – MV.	
Nível da informação: Resultado, tático e Operacional	
Dimensão da qualidade: Indicador relativo de qualidade.	
Descrição do numerador: Números de prontuários preenchidos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

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO																																																																																					
FORMULÁRIO																																																																																					
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																																					
FOR.CARPM.01	Revisão: 02																																																																																				
	vigência: 30/10/2025																																																																																				
	Data da Análise: 01/04/2024																																																																																				
	Período/Ano analisado: abr/23																																																																																				
Objetivo de medição: Definir números de prontuários preenchidos incorretamente, atendendo aos seguintes tópicos: Identificação, Hipótese Diagnóstica, História da Doença Atual; Conduta.	<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>Avaliados 2024</td> <td>325</td> <td>299</td> <td>266</td> <td>339</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>307</td> </tr> <tr> <td>Inconformidade 2024</td> <td>33</td> <td>24</td> <td>28</td> <td>51</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>10%</td> <td>8%</td> <td>11%</td> <td>15%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>11%</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>62</td> </tr> </tbody> </table>	DADOS MENSAIS															Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual	Avaliados 2024	325	299	266	339									307	Inconformidade 2024	33	24	28	51									34	%	10%	8%	11%	15%									11%	Inconformidade 2023	59	92	57	28	46	70	79	51	65	64	70	63	62
DADOS MENSAIS																																																																																					
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual																																																																								
Avaliados 2024	325	299	266	339									307																																																																								
Inconformidade 2024	33	24	28	51									34																																																																								
%	10%	8%	11%	15%									11%																																																																								
Inconformidade 2023	59	92	57	28	46	70	79	51	65	64	70	63	62																																																																								
Processo: Coleta de informações dos relatórios de produtividade extraídos do sistema MV	<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: Dá-se pela razão entre o número de prontuários inconsistentes pelo número de atendimentos no mês, realizada por amostragem aleatória em 10% dos prontuários.																																																																																					
Valor médio do ano anterior: Não se aplica																																																																																					
Responsável pela análise: DR. DIEGO MENDOZA GOUVEIA																																																																																					
Observações: Meta valor aceitável.																																																																																					
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO 2024: 3251 prontuários, 325 prontuários avaliados, 33 inconsistentes																																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO 2024: 2991 prontuários, 299 prontuários avaliados, 24 inconsistentes																																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO 2024: 2663 prontuários, 266 prontuários avaliados, 28 inconsistentes																																																																																					
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL 2024: 3385 prontuários, 339 prontuários avaliados, 51 inconsistentes																																																																																					

3.1 INDICADORES ENDOSCOPIA



3.2 EQUIPE NÃO MÉDICA



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: 04/03/2024 a 01/04/2024.

Tipo de atendimento: Ambulatório

4.1 ANALISE DE PRONTUARIOS DE CONSULTAS MEDICAS

1. Alisson Rodrigues Botelho: 27 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
2. Bruno Araujo Lucena: 361 prontuários, 36 prontuários revisados, 4 inconformidades encontradas.
3. Bruno Lelitscew da Bela Cruz: 83 prontuários, 8 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
4. Bruno Machado Nascimento: 31 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

5. Claudio Antonio Maximo Rego: 151 prontuários, 15 prontuários revisados, 9 inconformidades encontradas.
6. Deybson Augusto dos Santos: 6 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
7. Dimitri Carvalho Homar: 40 prontuários, 4 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
8. Diogo Viriato Silva Rodrigues: 172 prontuários, 17 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
9. Emerson Claudio Figueiredo: 590 prontuários, 59 prontuários revisados, 9 inconformidades encontradas.
10. Esau Furini Ferreira Barros: 111 prontuários, 11 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
11. Flavio Vieira Machado: 24 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
12. Gabriel Nascimento Costa: 44 prontuários, 4 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
13. Gabriel Ravazzi dos Santos: 21 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
14. Henrique Stefanelo Jonas: 39 prontuários, 4 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
15. Isabel Maria Araujo Guimaraes: 96 prontuários, 10 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
16. Joao Carlos Gondim Magalhães: 308 prontuários, 31 prontuários revisados, 6 inconformidades encontradas.
17. Joao Pitaluga Neto: 13 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
18. Jose Guillermo Calderon Bo: 14 prontuários, 1 prontuário revisado, 0 inconformidades encontradas.
19. Júlio Cezar Meirelles Gomes: 32 prontuários, 3 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.
20. Lissandro Vargas Pinheiro: 114 prontuários, 11 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
21. Marcelo de Paula Abreu Silva: 259 prontuários, 26 prontuários revisados, 6 inconformidades encontradas.
22. Marcia Gabrielle Bonfim Cort: 98 prontuários, 10 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.
23. Marlon Amâncio Lima: 156 prontuários, 16 prontuários revisados, 2 inconformidades encontradas.
24. Merandolino Queiroz Moreira: 149 prontuários, 15 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.

25. Nathalia Nunes dos Santos: 129 prontuários, 13 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.

26. Paula Menezes de Aquino Ramos: 17 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

27. Rafael Dias de Sousa: 88 prontuários, 9 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.

28. Raphael Felipe Freua Fontes: 40 prontuários, 4 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

29. Rodrigo Gomes de Oliveira: 22 prontuários, 2 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

30. Rodrigo Kouzak Mayer: 106 prontuários, 11 prontuários revisados, 1 inconformidade encontrada.

31. Vanessa Xavier de Oliveira Re: 44 prontuários, 4 prontuários revisados, 0 inconformidades encontradas.

- Prontuários: **3.385**
- Prontuários Avaliados: **339**
- Inconformidades: **51**

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: 51, representando 15% dos prontuários analisados preenchidos de forma inadequada.

Em 10 dos casos, não foram identificados registros de evolução médica.

Em 2 prontuários avaliados, não foram encontrados registros do exame físico.

4.2 ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DE CONSULTAS NÃO MÉDICAS

Houve o levantamento de 1.706 consultas não medica 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 Profissional.

PRESTADOR	TOTAL	AVALIADOS	INCONFORME	OBSERVAÇÕES
Dieime Darck Pimentel da Silva	69	7	1	Evolução
Edilene Alves Pinheiro	26	3	0	
Hanna Nobre Liah	134	13	1	Evolução incompleta

Irani Monsueth Alves Almeida	128	13	0	
Kalyson Moreira da Silva	279	28	2	Evolução sem conduta
Lanna Karine Sousa Bastos	35	4	4	Sem evolução
Maria Luiza Pereira Xavier	184	18	2	2 sem relatar aromaterapia
Mariana Albino de Jesus	181	18	0	
Marilene Francisca de Sá Silva	160	16	2	2 evoluções incompletas
Nathalia Cristina Batista Oliveira	320	32	0	
Paulo Aparecido de Amorim	122	12	0	
Vanessa Santos Silva	68	7	1	1 sem anamnese na 1 evolução

4.3 ANALISE DE PRONTUARIOS DE EXAMES DE ENDOSCOPIA

Houve o levantamento de 107 exames no setor de endoscopia registrados 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 Profissional.

1. Esau Furini Ferreira Barros: 32 prontuários, 4 prontuários revisados, 4 inconformidades encontrada.
2. Joao Carlos Gondim Magalhães: 48 prontuários, 5 prontuários revisados, 5 inconformidades encontrada.
3. Thiago De Oliveira Moreira: 27 prontuários, 3 prontuários revisados, 2 inconformidades encontrada.

Os médicos avaliados foram Esau Furini Ferreira Barros (4 Avaliações), Joao Carlos Gondim Magalhaes (5 Avaliações) E Thiago De Oliveira Moreira (3 Avaliações).

Os exames realizados foram principalmente Endoscopia Digestiva Alta (7 casos) e Colonoscopia (4 casos).

Em relação à evolução do procedimento realizado, 83,3% dos casos estavam conformes, enquanto 16,7% não estavam conformes. No entanto, apenas 33,3% dos casos estavam conformes com o SBAR, com 66,7% não conformes. Quanto ao laudo com foto, 81,8% dos casos estavam conformes e 18,2% não estavam conformes. Em relação aos exames complementares e resultados, 63,6% dos casos estavam conformes, enquanto 36,4% não estavam conformes.

Todos os casos (100%) estavam conformes com o consentimento informado. No entanto, apenas 50% dos casos estavam conformes com o não uso do código CID Z00, com 50% não conformes.

Finalmente, em relação à anamnese do anestesista, 75% dos casos estavam conformes, enquanto 25% não estavam conformes.

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. Em 12 de abril de 2024, a médica de família Nathalia Nunes membro do Comissão de Ética Médica, realizou uma palestra informativa. Ela explicou que o dia 14 de abril é reconhecido mundialmente como o Dia da Doença de Chagas. Esta doença é causada pelo protozoário parasita *Trypanosoma cruzi*, transmitido através das fezes de um inseto noturno conhecido como barbeiro (triatoma). De acordo com os dados coletados pela Sucen, o barbeiro habita frestas de casas de pau-a-pique, ninhos de pássaros, tocas de animais, cascas de troncos de árvores e sob pedras. Durante a palestra, foi mencionada a criação de um protocolo terapêutico para a Doença de Chagas. Este protocolo foi desenvolvido pela gerência médica, em resposta à prevalência da doença na região onde a Policlínica de Posse está localizada, uma área endêmica para esta doença.
4. Expandimos a revisão dos prontuários para além das consultas médicas, incluindo agora a equipe não médica e o setor de endoscopia. Para o setor de endoscopia, os critérios de revisão incluem a evolução do procedimento realizado, a aplicação do SBAR, a presença de laudo com foto, a realização de exames complementares e seus resultados, o consentimento informado, o uso do CID Z00 e a anamnese do anestesista. Para a equipe não médica, os critérios de revisão incluem a evolução, as condutas e orientações registradas na evolução, a presença de PTS com metas e a finalização do atendimento.
5. Notificar formalmente colaboradores médicos com maior número de inconformidades para atentamento do preenchimento da evolução do prontuário eletrônico, apresentando os itens que deverão constar obrigatoriamente nos prontuários.
 - ✓ Notas de evolução: exibe o registro cronológico das consultas realizadas pelo paciente nas diferentes especialidades médicas.
 - ✓ Laudos de exames: apresenta a descrição detalhada de todos os exames realizados pelos pacientes.
 - ✓ Anamnese e exame físico: exibe as informações coletadas durante a consulta ambulatorial.
 - ✓ Resultados de exames: mostra os resultados de todos os exames feitos pelo paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período avaliado, foram identificadas algumas inconsistências nos prontuários, tanto de consultas médicas como de consultas não médicas e exames de endoscopia.

Nas consultas médicas, algumas falhas foram observadas, como registros incompletos de identificação do paciente, hipótese diagnóstica, história da doença atual e conduta. Esses aspectos podem impactar a qualidade da assistência prestada e a continuidade do cuidado. Além disso, a falta

de evolução médica em alguns casos pode indicar a necessidade de melhorias na documentação clínica.

No que diz respeito às consultas não médicas, foram identificadas algumas lacunas na documentação da equipe, como evoluções incompletas, ausência de condutas registradas e falhas na anamnese. Essas questões podem afetar a comunicação interdisciplinar e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

No setor de endoscopia, foram observadas algumas inconformidades relacionadas à documentação dos procedimentos realizados. Essas falhas podem comprometer a qualidade e segurança dos exames endoscópicos, exigindo uma atenção especial para garantir a conformidade com as normas e legislações vigentes.

Diante desses achados, foram propostas ações corretivas e preventivas para promover a melhoria contínua da documentação clínica na Policlínica. Foram realizadas notificações aos colaboradores com orientações específicas para o preenchimento adequado dos prontuários, além de treinamentos e palestras informativas sobre temas relevantes.

A CARPM está comprometida em monitorar de perto a documentação clínica, implementando medidas corretivas sempre que necessário para garantir a excelência no atendimento e a satisfação dos pacientes.

7. REFERÊNCIAS DOS TREINAMENTOS

Resolução n.º 1.638 de 2002 do conselho Federal de Medicina

PORTARIA Nº 279, DE 8 DE OUTUBRO DE 2010 do MS

8. EMITIDO

DIEGO MENDOZA Assinado de forma digital
GOUVEIA:016585 por DIEGO MENDOZA
71100 GOUVEIA:01658571100
Dados: 2024.05.07
17:07:51 -03'00'

Dr. Diego Mendoza Gouveia

CRM-GO 19779

Presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

2.3.8 – Comitê de Proteção Radiologia

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

O relatório apresenta as atividades e ações do Comitê de Proteção Radiológica, como assuntos discutidos na reunião realizada no dia 30/04/2024 na sala de reunião na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, na ocasião foi discutida sobre:

Treinamento para melhoria, anexar termo de consentimento no prontuário do paciente no MV

1.1 MEMBROS DO COMITÊ

COMITÊ 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

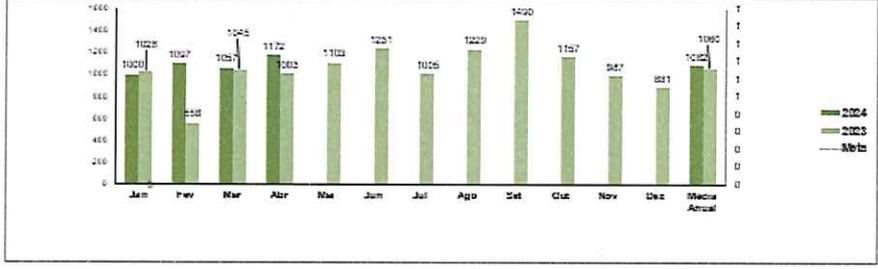
2. OBJETIVOS

Melhorias na qualidade de informações no prontuário do paciente.

3. INDICADORES

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

4. INDICADOR QUANTITATIVO

	COMITÊ DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA														
	FORMULÁRIO														
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR															
FOR.CPR.III						Revisão: 03			Data: 11/12/2023						
Exames realizados no setor de radiologia						Data de Análise: 20/4/2024			Período em análise: 10x/24						
Objetivo de medição: Zebra quantitativo de exames no setor de radiologia realizados no mês de Abril Processo: Gestão de resultados de exames realizados mensalmente no setor radiológico sendo: Ressonância Magnética, Tomografia, Raio X, Mamografia e Densitometria Óssea Fórmula: Somatório de quantidade de documentos não conformes Valor máximo da amo anterior: Não se aplica Responsável pela análise: Fábio Pires Campos Observação: Quantificar documentos não conformes e recolher para a NCP para sua validação	DADOS MENSAIS														
		Jan	Fev	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Média Anual	
	2024	1000	1097	1057	1172										1022
	Meta	0													
2023	1028	558	1045	1003	1102	1231	1005	1229	1490	1157	987	881		1060	
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA															
															
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO															
Relatório de Realização/Panorama de Maio de Janeiro/2024: Foram realizados 1888 exames, sendo que tivemos apenas um paciente que não realizou o exame de RM devido à falta.															
Relatório de Realização/Panorama de Fevereiro/2024: No mês de Fevereiro foram realizados 1027 exames, sendo que tivemos apenas dois pacientes que não realizaram o exame de RM devido à falta.															
Relatório de Realização/Panorama de Março/2024: No mês de Março foram realizados 1057 exames, sendo que tivemos 5 pacientes que não realizaram o exame de RM devido à falta, 1 por ausência de material usado em uma cirurgia.															
Relatório de Realização/Panorama de ABRIL/2024: No mês de Março foram realizados 1172 exames, sendo que tivemos 2 pacientes que não realizaram o exame de RM devido ao peso e 1 devido à agitação. [continua]															

5. AÇÕES REALIZADAS:

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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

7. EMITIDO


 Fábio Pires Campos
 Presidente da Comissão de Proteção Radiológica

2.3.9 – Comissão de Farmácia e Terapêutica

APRESENTAÇÃO

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

racional dos mesmos; bem como auxiliar e promover o fluxo correto de todas as práticas de utilização dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:

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

2. OBJETIVOS

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

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

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

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

3. AÇÕES REALIZADAS:

No mês de abril foram realizados treinamentos a equipe assistencial sobre a determinação da validade de medicamentos multidoses, e sua importância para garantia da qualidade e segurança dos mesmos. O prazo de validade é atribuído considerando o produto em sua embalagem primária lacrada. Ao abrir a embalagem do medicamento para o uso, por exemplo, medicamento multidoso, adquire a característica de um medicamento extemporâneo. Isso é devido ao fato de que as condições

de exposição, manuseio, utilização e de armazenamento pelo usuário podem envolver fatores de risco que não foram avaliados previamente nos estudos de estabilidade. Assim, após a abertura do frasco, o medicamento passará a ter uma data limite para uso, ou prazo de uso, que poderá variar de horas, dias a meses, dependendo do fármaco, dos componentes da formulação, do tipo de forma farmacêutica (sólida, líquida ou semissólida), do processo de manipulação, da embalagem, das condições ambientais e de armazenamento.

Realizou-se também treinamento sobre farmacovigilância e tecnovigilância, conscientizando as equipes sobre a importância das notificações. A Farmacovigilância é uma ciência e conjunto de atividades relacionadas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou problemas associados ao uso de medicamentos. Ela visa garantir que os benefícios dos medicamentos superem os riscos, monitorando eventos adversos após o registro, quando o medicamento passa a ser utilizado na população em vida real. A farmacovigilância aborda reações adversas, problemas de qualidade, ineficácia terapêutica, erros de medicação, uso não aprovado, abuso, intoxicações e interações medicamentosas. Já a Tecnovigilância é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

Definiu-se a lista de medicamentos gatilhos para busca ativa de reações ou eventos adversos a medicamentos. Orientou-se as equipes sobre a rastreabilidade dos medicamentos multidoses e a necessidade do registro das informações referentes a esses medicamentos no prontuário dos pacientes.

4. INDICADOR

POSE Políclinica Estadual da Região Nordeste	SES Secretaria de Estado de Saúde	FARMÁCIA – CEMAC JUAREZ BARBOSA																																																			
		FORMULÁRIO																																																			
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																			
		FOR FARM,01						Revisão: 03			vigência: 30/10/2025																																										
DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEMAC JUAREZ BARBOSA						Data de Análise: 30/4/2024			Período/Ano análise: 04/2024																																												
Objetivo de medição: Identificar quantidade de dispensação de medicamentos da Componente Especializada Juez Barbossa.																																																					
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>Dec</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024</td> <td>816</td> <td>841</td> <td>713</td> <td>880</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>566</td> <td>507</td> <td>545</td> <td>585</td> <td>688</td> <td>632</td> <td>613</td> <td>713</td> <td>713</td> <td>712</td> <td>781</td> <td>807</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	média anual	2024	816	841	713	880										ANO ANTERIOR	566	507	545	585	688	632	613	713	713	712	781	807	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	média anual																																								
2024	816	841	713	880																																																	
ANO ANTERIOR	566	507	545	585	688	632	613	713	713	712	781	807																																									
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA																																																					
Processo: Número de dispensação de medicamentos da Componente Especializada Juez Barbossa via Sistema Intranet Saúde.																																																					
Fórmula: Soma total da quantidade de dispensações mensais.																																																					
Valor médio do ano anterior: Não se aplica.																																																					
Responsável pela análise: Barbara Bruna dos Santos Leão																																																					
Observações: Verificar o número de dispensações através do relatório retirado do sistema Intranet Saúde e avaliar se houve aumento das mesmas.																																																					
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																					
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL 2024: No mês de abril foram realizadas 880 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juez Barbossa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Houve um aumento no número das dispensações de medicamentos.																																																					

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 abril foram realizadas 880 dispensações de medicamentos do Componente Especializado Juarez Barbosa, conforme relatório retirado do sistema Intranet Saúde. Podemos observar um aumento do número das dispensações, quando comparado com os meses anteriores. O aumento do número de dispensações é devido a boa adesão ao tratamento e a procura pelos pacientes para retirar os seus medicamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO

Barbara Ruanna Gonsalves Leitão
Farmacêutico CRF/GO: 16323
Presidente da Comissão Farmácia e Terapêutica

2.3.10 – Comissão de Verificação de Óbito

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Verificação de Óbito tem como intuito informar os óbitos ocorrentes durante o mês, devendo ocorrer reuniões periódicas, com data, horário e locais previamente definidos no cronograma específico da comissão, sendo realizadas mensalmente.

É objetivo desta Comissão:

I - Atender a Resolução Interministerial nº. 2.400 de 02 de outubro de 2007.

II – Analisar o registro dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais pertinentes, bem como a qualidade de informações das declarações de óbito.

1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta um resumo das atividades, reuniões e ações realizadas pela Comissão de Verificação de Óbito na Unidade Policlínica da Região Nordeste - Posse ao longo do mês de abril. 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				vigência: 30/10/2025			
Notificação de Incidente e Evento Adversos							Data de Análise:				Período/Ano analisado:			
							30/4/2024				abr/24			
Objetivo da medição: Identificar a quantidade de óbitos na unidade no mês de ABRIL	DADOS MENSAIS													
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
	2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ANO ANTERIOR													
Processos: Núcleo de Segurança do Paciente, Vigilância Epidemiológica e de Camarões de Verificação de Óbito	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
Fórmula: Simetria da quantidade de óbito														
Valor médio da ano anterior: Não se aplica														
Responsável pela análise: Edilene Alves Pinheiro														
Observações: Não se aplica.														
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: No mês de janeiro de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: No mês de fevereiro de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: No mês de março de acordo com o indicador não houve óbitos na unidade.														
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2024: No mês de abril 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 abril, para verificar se na unidade houve óbitos.

4. AÇÕES REALIZADAS

Durante o mês de abril, a Comissão de Verificação de Óbito dá unidade Policlínica de Posse - GO realizou uma ação na unidade sobre os princípios do SUS com foco em equidade, o tema foi abordado através de palestra com os colaboradores da Unidade depois realizamos uma dinâmica com o material lúdico quebra-cabeça.

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

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No relatório do mês de março de 2024, foi destacado que a Comissão de Verificação de Óbito está realizando suas reuniões mensais, com o objetivo de disseminar informações relevantes relacionadas à CVO. No entanto, neste mês, a reunião foi mensal, pois não houve óbito na unidade.

6. EMITIDO

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

2.3.11 – Comissão de Núcleo de Qualidade

APRESENTAÇÃO

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

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

1. INTRODUÇÃO

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

1.1 MEMBROS DO COMISSÃO: NÚCLEO DE QUALIDADE

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

2. OBJETIVOS

São objetivos da Comissão do Núcleo de Qualidade (CNQ)

- I- Coordenar e monitorar o processo de indicadores e avaliação da unidade;
- II- Coordenar a gestão de documentos;
- III- Assegurar que a Gestão de Qualidade da unidade Policlínica Estadual da Região de Posse seja estabelecida, implantada e mantida, de acordo com os requisitos de qualidade,

resoluções que estabelecem e dirigem as normas. Durante a implantação o NQ deverá seguir as normas de processo de trabalho.

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

3. INDICADORES:

 		NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE													
FORMULÁRIO															
ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR															
FOR. NQSP-11						Revisão: 03			Data de Atualização: 30/10/2023						
Quantidade de documentos não conformes na unidade						Data de Análise: 29/04/2024			Período em análise: abr24						
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de documentos que não estão atualizados de acordo com a Norma Zero ou com protocolos de documentação.	DADOS MENSAIS														
		Jan	Fev	Mar	Abr	Maí	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual	
	2024	12	11	25	38										22
	2023	10	20	15	20	20	20	25	30	20	25	48	31		24
Processo: Busca Ativa / Render	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA														
Fórmula: Soma da quantidade de documentos não conformes	ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO														
Valor médio do ano anterior: Não se aplica	Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.														
Responsável pela análise: Analisa Vidin	Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade.														
Observações: Busca pela unidade de documentos não conformes	Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: De acordo com o indicador na unidade contém documentos que não estão conforme com a norma zero da unidade e necessitam de atualizações.														
	Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2024: Neste mês, vários documentos passaram por revisão e validação, alguns por estarem vencidos outros por necessidade de atualização.														

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

4. AÇÕES REALIZADAS:

No mês abril, vários documentos passaram por revisão e validação, alguns por esta com o prazo de validade vencido e outros por necessidade de atualização e adequação. Estes documentos foram encontrados durante a busca ativa através de rondas e também pelo monitoramento através da lista mestre que uma ferramenta do Núcleo de Qualidade para monitoramento de criação, revisão e validação de documentos.

Na ocasião, foi solicitado ao setor responsável a atualização destes documentos, adequando – os a Norma Zero vigente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a busca realizada na unidade por documentos com não conformes e a identificação de documentos em desacordo com a norma zero evidenciam a necessidade de promover adequações e padronizações na gestão documental da unidade.

O NQSP recebeu dos avaliadores da ONA sugestões para melhoria do fluxo do núcleo, como por exemplo, melhorar a comunicação entre as equipes, estas sugestões estão sendo avaliadas para serem implantadas nos próximos meses.

Mensalmente é realizada buscas ativas, reuniões, validações, descartes e controles de documentos, além de tratamento de problemas, classificação de riscos e monitoramento de indicadores.

Além das auditorias internas também estão sendo realizadas rondas semanalmente para o acompanhamento das ações nos diversos setores da unidade. 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
- ✓ Filipe Gomes Gadeia Brito – COREN/GO 452359;
- ✓ Thaise Ynara Rocha de S. Ribeiro – Enfermeira SCIRAS – COREN/GO 511424
- ✓ Charles Almeida Magalhães – Almojarife

2. OBJETIVOS

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

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

3. INDICADORES

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

SETOR	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE
HEMODIÁLISE	DIPIRONA SOL ORAL 500MG/L 10 ML	15 FRASCOS
HEMODIALISE	PARACETAMOL SOL ORAL 200 MG/ML 15 ML	11 FRASCOS
HEMODIALISE	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 100 ML	40 FRASCOS
HEMODIALISE	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000 ML	35 FRASCOS
HEMODIALISE	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 500 ML	35 FRASCOS
PNEUMOLOGIA	SULFATO DE SALBUTAMOL 100 MCG	2 FRASCOS
OFTALMOLOGIA	TROPICAMIDA 1% SOL OFTÁLMICA 10MG/ML 5ML	1 FRASCOS
ENDOSCOPIA	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 500 ML	5 FRASCOS
ENDOSCOPIA	LIDOCAÍNA GELEIA 2% 30 GRAMAS	2 TUBOS
ENDOSCOPIA	SIMETICONA SOL ORAL 75 MG/ML 15 ML	5 FRASCOS
GINECOLOGIA	ACIDO TRICLOROACETICO 90% 30 ML	1 FRASCOS
GINECOLOGIA	ACIDO TRICLOROACETICO % 500 ML	1 FRASCO
GINECOLOGIA	SOLUÇÃO DE LUGOL (IODO) 5% 500ML	1 FRASCO

4. AÇÕES REALIZADAS:

Em reunião realizada pela CPM foi definida uma nova padronização do quantitativo de materiais e medicamentos do carrinho de parada 01, a fim de que o quantitativo seja suficiente para atender as emergências sem o acúmulo de estoque.

Foram revisados os processos relacionados aos serviços da farmácia e realizado a atualização do endereçamento dos materiais e medicamentos do estoque da farmácia. Realizou-se a mudança das etiquetas dos medicamentos que contém grafias semelhantes em todos os carrinhos de emergência, para garantir a segurança na identificação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO



Bárbara Rhuanna Gonsalves Leitão
Farmacêutica CRF/GO: 16323

Presidente da Comissão Padronização de Medicamentos e Materiais

2.3.13 – Comissão de Ética Médica

APRESENTAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

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

1.1- MEMBROS DO COMISSÃO:

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

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

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

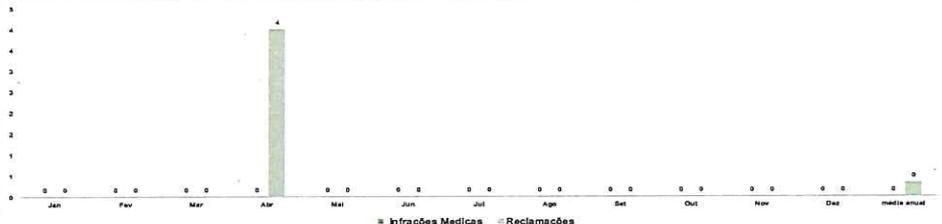
Dr. Merandolino Queiroz Moreira: CRM: 19607-GO – Membro

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

2. OBJETIVOS

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

3. INDICADORES

 		COMISSÃO ÉTICA MÉDICA													
		FORMULÁRIO													
		ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR													
FOR.CEM.01		Revisão: 01						vigência: 10/10/2025							
Notificações de Incidente e Eventos Adversos		Data da Análise: 10/04/2024						Período/Ano analisado: abr/24							
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de infrações e adversos na unidade no mês	Processo: Comissão Ética Médica	DADOS MENSAIS													
		INDICADOR	Jan	Fev	Mar	Abr	Mal	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	média anual
Fórmula: Somatória da quantidade de infrações e eventos adversos	Valor médio do ano anterior: Não se aplica	Infrações Médicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Reclamações	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Responsável pela análise: Bruno Araújo Lucena	Observações:	ANO ANTERIOR													
		REPRESENTAÇÃO GRÁFICA													
															
		ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO													
		Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024: 0 Infrações													
		Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024: 0 Infrações													
		Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024: 0 Infrações													
		Análise do Resultado/Panorama de Abril/2024: 0 Infrações													

4. DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

No 10 de Abril de 2024, às 15:00, a reunião da Comissão de Ética Médica foi realizada na sala de reuniões virtual via Meet. O Dr. Bruno Araújo Lucena, Presidente da Comissão, saudou calorosamente os participantes e expressou sua gratidão pela presença de todos, destacando a importância crucial do sigilo em relação aos temas abordados na reunião.

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

5. AÇÕES REALIZADAS

✓ Realizar capacitações da equipe médica referente ao código de ética médica, com a finalidade de manter a mitigação das infrações médicas na unidade. A comissão irá atuar juntamente com a CARPM, a fim de capacitar os colaboradores e prestadores de serviço e ações de treinamentos voltado para melhoria da qualidade de assistência, a comissão de Ética Médica irá participar juntamente com a Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente, com treinamentos e revisão de protocolos referente a segurança do paciente e ética profissional.

✓ Em 12 de abril de 2024, a médica de família Nathalia Nunes membro do Comissão de Ética Médica, realizou uma palestra informativa. Ela explicou que o dia 14 de abril é reconhecido mundialmente como o Dia da Doença de Chagas. Esta doença é causada pelo protozoário parasita *Trypanosoma cruzi*, transmitido através das fezes de um inseto noturno conhecido como barbeiro (triatoma).

De acordo com os dados coletados pela Sucen, o barbeiro habita frestas de casas de pau-a-pique, ninhos de pássaros, tocas de animais, cascas de troncos de árvores e sob pedras. Durante a palestra, foi mencionada a criação de um protocolo terapêutico para a Doença de Chagas. Este protocolo foi desenvolvido pela gerência médica, em resposta à prevalência da doença na região onde a Policlínica de Posse está localizada, uma área endêmica para esta doença.

✓ No dia 23 de abril foi recebido alguma manifestação referente ao atendimento médico, foi criado um plano de ação pela comissão de ética médica para a tratativa dessas manifestações negativas recebida pela gerência de enfermagem via e-mail, plano de ação usado foi o 5W2H para notificar a gerencia medica para um esclarecimento formal para os pacientes envolvido nessas manifestações.

1. Notificação sobre a necessidade de agendar uma nova consulta para Hélio Bernardes Dourado com a dermatologista Keila ou outra dermatologista, no caso de desligamento da Dra. Keila (Nº da Ação: 202420000188114).

2. Notificação sobre a falta de comunicação e a ausência do otorrinolaringologista Dr. Alex de Santana Vidaurre (Nº da Ação: 202420000187868).

3. Notificação sobre a falta de atendimento à paciente Fabrícia de Souza Macedo com a dermatologista Márcia Gabrielle Bonfim Cortes (Nº da Ação: 202420000191548).

Notificação sobre a falta de fornecimento de receita médica para o medicamento Ritalina do paciente Igor Emanuel Soares Aguiar pelo neurologista Marlon Amâncio (Nº da Ação: 202420000197969).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise da atuação da Comissão de Ética Médica da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse revela o compromisso incansável com a integridade, ética e qualidade na prestação dos serviços de saúde. A partir da reunião realizada em 10 de abril de 2024, e das ações subsequentes desenvolvidas pela comissão, torna-se evidente o esforço contínuo em promover um ambiente onde os princípios éticos da medicina sejam respeitados e a assistência médica seja oferecida com excelência.

A presença ativa dos membros da comissão, liderados pelo Dr. Bruno Araújo Lucena, reflete um comprometimento sólido com os valores fundamentais da profissão médica. A sensibilidade para questões éticas e a prontidão em abordar casos de possível infração demonstram uma postura vigilante e proativa na garantia do bem-estar dos pacientes e na preservação da reputação da instituição.

Destaca-se a importância das ações empreendidas pela comissão, como as capacitações da equipe médica sobre o código de ética, a realização de palestras informativas e o estabelecimento de protocolos terapêuticos específicos para condições de saúde relevantes na região. Essas iniciativas não apenas fortalecem o conhecimento dos profissionais de saúde, mas também contribuem para uma abordagem mais eficaz e compassiva no cuidado aos pacientes.

A pronta resposta às manifestações referentes aos atendimentos médicos, evidenciada pelo plano de ação elaborado pela comissão, demonstra um comprometimento com a transparência, a accountability e a melhoria contínua dos serviços prestados. A notificação e a busca por soluções para as questões levantadas refletem a dedicação em corrigir falhas e otimizar os processos, visando sempre a satisfação e o bem-estar dos pacientes.

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, inspecionar e orientar os colaboradores desta unidade.

1.1 MEMBROS DO COMITÊ:

- ✓ Kalyson Moreira da Silva – Fisioterapeuta
- ✓ Cledimar Bispo dos Santos – Técnico em Segurança do Trabalho

- ✓ 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

ANÁLISE CRÍTICA DO INDICADOR																																																																																			
FOR: GQ 01 DATA ELABORAÇÃO: 01/10/2023 REV: 000 DATA REVISÃO: 30/10/2024										Data da Análise:		Período/Ano analisado:																																																																							
Notificações de afastamento por lesão de esforço repetitivos no mês de fevereiro de 2024										1/2/2024		02/2024																																																																							
Objetivo de medição: Identificar a quantidade de afastamento adversos por motivos ergonômicos.																																																																																			
Processo: gestão de afastamento do colaboradores.																																																																																			
Fórmula: soma total da quantidade de eventos adversos.																																																																																			
Valor médio do ano anterior: não se aplica																																																																																			
Responsável pela análise: kalyson moreira da silva																																																																																			
Observações: todo incidente, eventos adversos deve ser notificados.																																																																																			
<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>Ser</th> <th>Out</th> <th>Nov</th> <th>Dez</th> <th>média anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANO 2024</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>META</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</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> </tr> </tbody> </table>														DADOS MENSAIS															Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Ser	Out	Nov	Dez	média anual	ANO 2024	0	0	0	0										META	0	0	0	0										ANO ANTERIOR													
DADOS MENSAIS																																																																																			
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Ser	Out	Nov	Dez	média anual																																																																						
ANO 2024	0	0	0	0																																																																															
META	0	0	0	0																																																																															
ANO ANTERIOR																																																																																			
ANÁLISE CRÍTICA DO PERÍODO																																																																																			
Análise do Resultado/Panorama de JANEIRO/2024 : No mês de JANEIRO não houve afastamento por motivos ergonômicos.																																																																																			
Análise do Resultado/Panorama de FEVEREIRO/2024 : No mês de FEVEREIRO não houve afastamento por motivos ergonômicos.																																																																																			
Análise do Resultado/Panorama de MARÇO/2024 : No mês de MARÇO não houve afastamento por motivos ergonômicos.																																																																																			
Análise do Resultado/Panorama de ABRIL/2024 : No mês de ABRIL não houve afastamento por motivos ergonômicos.																																																																																			

4. AÇÕES REALIZADAS:

Foi realizado palestra e exercício ergonômicos, para colaboradores da Policlínica Estadual da Região Mordeste Posse, juntamente com a semana SIPAT.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

6. EMITIDO


 Kalyson Moreira da Silva
 Fisioterapeuta
 Presidente do Comitê de Ergonomia

3– Atividades Realizadas No Mês

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

Objetivo:

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

Programação/Conteúdo:

**Abril laranja : Dinâmica interativa sobre Protocolos de Segurança do Paciente :
Envolvendo todos os colaboradores**

- ✓ Realizado dia 01 de abril
- ✓ Início às 15:30, término às 16:30
- ✓ Público Alvo: colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações aos colaboradores com objetivo mobilizar, sensibilizar, informar, capacitar, instruir e aprimorar os colaboradores e conscientizar sobre a importância do núcleo de segurança do paciente e seus protocolos de segurança do paciente

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, inicialmente, orientamos a equipe sobre a importância do núcleo de segurança do paciente, que foi criado para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Explicamos cada meta protocolo de segurança do paciente separadamente.

As metas de segurança do paciente são objetivos globais para a saúde, criados em 2006 pela Joint Commission Internacional, juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS). As seis metas de segurança do paciente são:

1. Identificar corretamente o paciente.
2. Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
5. Higienizar as mãos para evitar infecções.
6. Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Dessa maneira seguiu então para a divisão em duas equipes, verde e vermelha. A enfermeira SCIRAS, começou as perguntas e quem dos dois grupos levantasse a placa primeiro respondia e a equipe podia ajudar a responder. A equipe vencedora celebrou com entusiasmo a conquista e foi

agraciada com um merecido brinde. Foi notável que todos gostaram, demonstraram interesse e envolvimento, o que tornou a interação dos colaboradores muito produtiva.

A ação foi organizada e ministrada pela enfermeira dos SCIRAS – Thaise Ynara

Registro



Programação/Conteúdo:

Abril Azul - Campanha do dia Mundial da Conscientização do Espectro do Autismo

- ✓ Realizado dia 02 de abril
- ✓ Início às 09:50, término às 10:50
- ✓ Público Alvo: Pacientes da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações aos pacientes com objetivo mobilizar, sensibilizar, informar e convocar os usuários (que estão no ambiente da recepção Policlínica) e acompanhantes dos mesmos quanto a participação social através de desmistificação social do espectro autista.

A ação Abril Azul, foi realizada na Policlínica de Posse – GO, no dia 02 de abril de 2024, pela equipe multiprofissional – setor de psicologia, a campanha teve foco específico aos usuários da Policlínica, sobre essa temática tão importante e os impactos da desinformação em âmbito familiar e social.

O símbolo da campanha é a cor azul, pois a prevalência é do sexo masculino desse transtorno, e faz referência a sakura, uma flor de cerejeira, com origem asiática, sendo considerada a flor nacional do país Japão, tendo suas propriedades antioxidantes, pois reduzem o estresse, regenera a pele e células. De acordo com a Lei nº 13.652/2018 – dia 02 de abril foi instituído o Dia Nacional de Conscientização sobre o espectro do autismo, o objetivo da data é promover conhecimento sobre o espectro autista, bem como sobre as necessidades e os direitos das pessoas autistas.

A ação foi realizada em um eixo importante, no período matutino (manhã) o neuropsicólogo Paulo A. Amorim, abordou aos usuários por meio de palestras educativas sobre o significado do dia 02 de abril, qual a importância dele para nossa sociedade, o significado da campanha, como realizar

a denúncia de maus tratos, o órgão que atende pessoas que tiveram seus direitos violados. Ao final da palestra foram entregues folders coloridos informativos para os participantes.

A ação visa alertar aos usuários da Policlínica Regional da cidade de Posse GO, pois a grande maioria possui dificuldades em distinguir o espectro do autismo de outros transtornos neurológicos, já que o mesmo é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficit na comunicação, na interação social e padrões de comportamentos repetitivos.

A ação foi organizada e ministrada pela equipe multiprofissional

Registro



Programação/Conteúdo:

Dia da Saúde e Nutrição

- ✓ Realizada nos dias 03 de abril
- ✓ Início às 10:00, término às 11:20
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar e estimular todos os colaboradores conscientizar as pessoas sobre a importância da alimentação saudável para a saúde.

A ação nutricional com o tema “Os 5 clichês para uma Alimentação Adequada e Saudável”, foi realizada na Policlínica de Posse – GO no mês de abril/2024. O tema foi abordado pela nutricionista Mariana Albino com os colaboradores da Policlínica.

O Dia da Saúde e Nutrição é celebrado anualmente no Brasil em 31 de março. Esta data faz parte do calendário oficial do Ministério da Saúde e tem o objetivo de conscientizar a população sobre a importância da saúde e da boa alimentação. Esse dia é escolhido para que as pessoas possam pensar na sua própria saúde e hábitos alimentares. Também serve para que as instituições, públicas e privadas, reflitam sobre como podem contribuir para um desenvolvimento sustentável nessa área.

Ter uma boa alimentação é mais do que satisfazer a fome. Uma alimentação saudável tem que incluir o consumo de nutrientes necessários para o bom funcionamento do corpo humano, e isso

leva a um aumento da qualidade de vida. Uma dica para uma melhor nutrição é reduzir o consumo de alimentos processados e ultraprocessados e aumentar o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados.

A atividade física regular também é benéfica para a saúde e tem efeitos na resposta do corpo à absorção dos nutrientes. Além disso, precisamos hidratar o corpo e tomar a quantidade de água recomendada para nosso organismo, no mínimo 2L/dia.

Ao final da abordagem, foi realizada uma dinâmica “Que pressa você tem?” com o intuito de avaliar a pressa que os participantes possuem em cuidar da sua saúde.

A ação foi ministrada pela profissional – Mariana Albino, nutricionista

Registro



Programação/Conteúdo:

Dia Mundial da Doença de Chagas

- ✓ Realizada nos dias 12 de abril
- ✓ Início às 10:00, término às 11:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradoras da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra e orientações as colaboradoras com objetivo de conscientizar sobre a doença de Chagas e orientar quanto tratamento.

A ação foi realizada na Policlínica de Posse-GO, no dia 12/04/2024 pela médica da família Nathalia Nunes, onde foi explicado que dia 14 de abril é comemorado o dia mundial da Doença de Chagas.

Doença causada pelo protozoário parasita *Trypanosoma cruzi* que é transmitido pelas fezes de um inseto (triatoma) conhecido como barbeiro. Segundo os dados levantados pela Sucen, esse inseto de hábitos noturnos vive nas frestas das casas de pau-a-pique, ninhos de pássaros, tocas de animais, casca de troncos de árvores e embaixo de pedras.

A Transmissão de Chagas ocorre quando a pessoa coça o local da picada e as fezes eliminadas pelo barbeiro penetram pelo orifício que ali deixou, ou seja não é transmitida ao ser humano diretamente pela picada picado do inseto, pode ocorrer ainda a transmissão por via vetorial,

congenita/vertical (durante a gravidez ou o parto), transfusão sanguínea, transplante de órgãos, acidental (contexto ocupacional) ou por ingestão de alimentos contaminados com fezes do inseto vetor (carne crua ou malcozida de caça ou alimentos contaminados).

O resfriamento ou o congelamento dos alimentos não eliminam o parasita *T. cruzi* dos alimentos. Para tal finalidade, deve-se realizar o cozimento dos alimentos em temperatura $> 45^{\circ}\text{C}$, a pasteurização ou a liofilização.

Fase aguda: Assintomática, mal-estar, anorexia, mialgia, cefaleia, febre intermitente, sinal de Romaña (edema periorbital e palpebral unilateral indolor) em conjuntiva infectada, chagoma (lesão inflamatória endurecida), linfonodomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, rash, taquicardia persistente, sinais de miocardite aguda e disfunção neurológica em crianças com meningoencefalite;

Fase crônica: **Cardiomiopatia**: Sinais de congestão, falência biventricular com edema periférico, hepatomegalia, ascite, sinais de tromboembolismo para pulmão, cérebro e extremidades;

Megaesôfago: Perda ponderal, caquexia, hipertrofia de glândulas salivares, pneumonite aspirativa, esofagite erosiva;

Megacólon: Distensão abdominal, fecaloma, oclusão/suboclusão intestinal, volvo de sigmoide.

O tratamento da doença de Chagas deve ser indicado e acompanhado por um médico, após a confirmação da doença. Os medicamentos são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, gratuitamente.

A prevenção da doença de Chagas está intimamente relacionada ao modo de transmissão, uma das formas de controle é evitar que o inseto “barbeiro” forme colônias dentro das residências, por meio da aplicação de inseticidas residuais, feita por equipe técnica habilitada.

Em áreas onde os insetos possam entrar nas casas voando pelas aberturas ou frestas, podem-se usar mosquiteiros ou telas metálicas., recomenda-se usar medidas de proteção individual (repelentes, roupas de mangas longas, etc.) durante a realização de atividades noturnas em áreas de mata.

Para prevenir a transmissão oral, devem ser intensificadas as ações de vigilância sanitária e inspeção, em todas as etapas da cadeia de produção de alimentos suscetíveis à contaminação, com especial atenção ao local de manipulação de alimentos, devendo ser realizadas ações de capacitação para manipuladores de alimentos e de profissionais de informação, educação e comunicação.

A ação foi ministrada pela profissional - Médica da família Nathalia Nunes

Registro



Programação/Conteúdo:

Equidade

- ✓ Realizado dia 19 de abril
- ✓ Início às 10:00, término às 11:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradoras da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra para os colaboradores com objetivo de conscientizar as pessoas sobre o que é equidade, ou seja, o reconhecimento de que as pessoas são naturalmente diferentes, portanto, cada uma merece tratamento específico de acordo com as suas particularidades.

Por equidade entende-se que cada ser humano é único e, portanto, diferente dos demais. A partir daí, o que temos é um cenário no qual todos precisam ser tratados conforme as suas diferenças particulares para poderem aproveitar as mesmas oportunidades.

É certo que as pessoas precisam de cuidado, porém, nem todas precisam dos mesmos cuidados e nem da mesma intensidade ministrada a partir deles. E quando se fala em cuidados, se fala também em regras, deveres, garantias e direitos.

A equidade propõe que, ao invés de as pessoas serem tidas como iguais e serem tratadas a partir dessa realidade, sejam estabelecidas as suas diferenças e, assim, a diligência quanto aos seus direitos, seja executada. Importante ressaltar que existe uma análise prévia de elementos específicos para que ocorra desigualdades maiores, como por exemplo os temas legais, como saúde, educação, alimentação, moradia, trabalho e outros tantos.

Segundo o dicionário, a equidade é integridade quanto ao proceder, opinar, julgar, igualdade, imparcialidade, justiça, retidão e disposição para reconhecer imparcialmente o direito de cada um. Por outro lado, a igualdade é definida pelo mesmo dicionário como qualidade daquilo que é igual ou que não apresenta diferenças; identidade. E conformidade de uma coisa com outra em natureza, forma, proporção, valor, qualidade ou quantidade.

Em síntese, ao passo que a equidade visa o reconhecimento das particularidades, sendo baseada na individualização, a igualdade prega que todas as pessoas sejam tratadas da mesma forma e sejam respaldadas pelos mesmos critérios, fundamentada na ideia de universalização. É como se na equidade cada pessoa fosse enxergada por meio de uma lente singular. Já na igualdade, todas são vistas por intermédio da mesma lente.

Sendo assim, o principal foco da equidade é diminuir a desigualdade, por meio de uma perspectiva que interpreta os contextos e propicia o respeito à diversidade, abrindo espaço para a inclusão. Isso porque, muitas das vezes, agir similarmente com pessoas e em conjunturas diferentes, pode reproduzir desequilíbrios e injustiças.

Além disso, a equidade também trabalha na apreciação de regras a fim de torná-las mais justas e acessíveis. Destaca-se, também, que é por meio desse critério que as políticas públicas são pensadas e adotadas.

Pois bem, compreendidos o conceito de equidade e o seu propósito, bem como identificada a sua diferença em relação à igualdade, é importante listar alguns exemplos de equidade que podem ser facilmente visualizadas na prática brasileira, como: atendimento prioritário para grávidas, deficientes e idosos em estabelecimentos públicos e privados; vaga prioritária para cadeirantes e idosos nos estacionamentos ou locais de parada; suporte do SUS (Sistema Único de Saúde) conforme as necessidades da população, assistindo aqueles que precisam de mais e aqueles que precisam de menos; cotas raciais ao reservar determinadas vagas para certos grupos devido à realidade estrutural vivenciada por eles e vagas de emprego afirmativas para pessoas negras, LGBTQUIAP+ ou com deficiência (PCD).

A ação foi organizada e ministrada pela equipe multiprofissional.

Registro



Programação/Conteúdo:

Semana SIPAT - Palestra sobre Poluição Eletromagnética

- ✓ Realizado dia 23 de abril
- ✓ Início às 15:00, término às 16:00

✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou no dia 23 de abril uma palestra no início da semana interna de prevenção de acidentes no trabalho – SIPAT, com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar e orientar e alertar os colaboradores sobre a exposição excessiva a radiação gerada por equipamentos eletrônicos.

O objetivo da palestra foi conscientizar os colaboradores sobre os danos causados pelo excesso de exposição à radiação emitida por dispositivos eletrônicos. Durante a apresentação, foram fornecidas dicas simples para reduzir essa exposição por meio de mudanças de comportamento em nosso cotidiano. Por exemplo, evitar o uso do aparelho celular enquanto estiver conectado ao carregador e evitar uso de fone de ouvido com bluetooth, entre outras medidas.

Poluição eletromagnética, também conhecida como eletro-poluição, refere-se a presença excessiva de radiação do espectro eletromagnético no meio ambiente. Essa radiação é predominantemente proveniente de artefatos humanos, como dispositivos eletrônicos e redes sem fio.

Sabe-se que alguns micro-ondas podem ser prejudiciais ou perigosos para a vida, como ocorre no interior dos fornos de micro-ondas, devido ao efeito térmico de seus campos eletromagnéticos.

De acordo com especialistas, a poluição eletromagnética é causada pela superabundância de sinais eletrônicos no espectro radioelétrico, originados por diversos aparelhos. As fontes desses sinais incluem telefones celulares, emissores de wi-fi, rádios, televisores, satélites, linhas de alta tensão, radares, conectores bluetooth e outros dispositivos que deliberadamente ou não emitem sinais ou campos eletromagnéticos.

A ação foi organizada pela CIPA e ministrada pela Policial Civil – Leo

Registro



Programação/Conteúdo:

Semana SIPAT - Palestra sobre Consumo de Drogas e Alcool

- ✓ Realizado dia 24 de abril
- ✓ Início às 15:00, término às 16:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma palestra para os colaboradores com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar, orientar e alertar os colaboradores sobre os danos causados pelo consumo de substâncias como drogas e álcool.

O objetivo da palestra foi conscientizar os colaboradores sobre danos causados pelo consumo de substâncias como drogas e álcool, que afetam não apenas nosso organismo, mas também nossa vida de maneira significativa.

O uso desta substância pode expor o indivíduo a um risco elevado de desenvolver problemas de saúde. Estes podem incluir distúrbios mentais e comportamentais, como a dependência de álcool, além de doenças não transmissíveis graves. Entre elas, podemos citar a cirrose hepática, certos tipos de câncer e doenças cardiovasculares. Lesões decorrentes de violência e acidentes de trânsito também são uma preocupação.

No âmbito social, os danos são igualmente alarmantes. O usuário de álcool e outras drogas pode se envolver em situações de violência e atividades criminosas, podendo tanto cometer delitos quanto se tornar vítima deles. Além disso, o indivíduo fica exposto a outros riscos, como acidentes, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e gravidez não planejada.

A prevenção do uso de drogas é uma tarefa que requer esforços coordenados e abrangentes. Aqui estão algumas estratégias essenciais:

Campanhas Educativas: É fundamental lançar campanhas educativas que alcancem todos os públicos. Essas campanhas devem destacar os malefícios do uso de substâncias e conscientizar as pessoas sobre os riscos envolvidos.

Tratamento e Apoio: Ampliar o acesso a tratamentos para dependentes é crucial. Isso inclui oferecer suporte médico, terapêutico e psicológico. Além disso, é importante estabelecer redes de apoio para que aqueles que lutam contra a dependência se sintam amparados e compreendidos.

Saúde Mental: Promover o acesso a serviços de saúde mental é igualmente relevante. Muitas vezes, o uso de drogas está ligado a questões emocionais e psicológicas. Portanto, investir em serviços que atendam a essas necessidades é fundamental.

Em resumo, a abordagem para combater o uso de drogas deve ser multifacetada, indo desde a conscientização até o acolhimento e tratamento daqueles que já são dependentes. Juntos, podemos fazer a diferença na luta contra esse problema.

A ação foi organizada pela CIPA e ministrada pelo profissional; Capitão da PM/GO Melchisedeck Perez.

Registro



Programação/Conteúdo:

Semana SIPAT - Treinamento Primeiros Socorros

- ✓ Realizado dia 25 de abril
- ✓ Início às 15:30, término às 17:00
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou um treinamento de primeiro socorro para os colaboradores com objetivo de mobilizar, sensibilizar, informar, orientar e alertar os colaboradores para agir da forma correta em situações de emergência. Prestando os cuidados imediatos necessários, evitando o agravamento de estado de saúde da vítima, até a chegada de assistência médica profissional.

A ação ocorreu na Policlínica de Posse, em Goiás, no dia 25 de abril de 2024, com a participação do palestrante convidado 2º Sargento Bombeiro Militar Gideone D. Fernandes, da 10ª Companhia Independente Bombeiro Militar – Posse.

Durante a palestra, foram abordados os conceitos de primeiros socorros, que consistem nos cuidados prestados às vítimas de mal súbito (doenças) ou acidentes (traumas) no local onde ocorreram, até que a ajuda especializada esteja disponível. O objetivo dos primeiros socorros é evitar o agravamento das lesões e a morte do paciente.

O socorrista é qualquer pessoa capacitada para prestar o primeiro atendimento em emergências clínicas e traumáticas. Durante a palestra, enfatizou-se a importância de acionar o socorro especializado, conhecer os números de emergência, manter a calma e fornecer informações detalhadas ao atendente, incluindo o endereço e pontos de referência no local do incidente, bem como o estado das vítimas e possíveis riscos.

Além disso, destacou-se a importância de avaliar a cena do acidente antes de se aproximar da vítima, a fim de evitar que o socorrista também se torne uma vítima. Os sinais vitais, como

consciência e respiração, foram discutidos como indicadores de normalidade ou alteração das funções orgânicas.

A avaliação primária, realizada para verificar os sinais vitais da vítima e tratar condições que a coloquem em risco iminente de morte, nesta situação é usado a sequência alfabética mnemônica (x-a-b-c-d-e). Este protocolo define, portanto, as prioridades na abordagem ao trauma, no sentido de padronizar o atendimento. Ou seja, é uma forma rápida e fácil de memorizar todos os passos que devem ser seguidos com o paciente em politrauma. Além disso foi realizada a demonstração da Manobra de Heimlich com os colaboradores.

A ação foi organizada pela CIPA e ministrada pelo palestrante convidado 2º Sargento Bombeiro Militar Gideone D. Fernandes, da 10ª Companhia Independente Bombeiro Militar – Posse.

Registro



Programação/Conteúdo:

Semana SIPAT – Ginastica Laboral

- ✓ Realizado dia 26 de abril
- ✓ Início às 10:30, término às 11:30
- ✓ Público Alvo: Colaboradores da Policlínica

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse realizou uma ginastica laboral para os colaboradores com objetivo de demonstrar aos colaboradores da policlínica, o quão importante é se preparar para a jornada de trabalho. A fim de prevenir lesões por esforço repetitivo entre outras alterações possíveis quando não realizado a sua atividade laboral, da maneira mais consciente.

Como o próprio nome já diz, é a ginástica realizada no ambiente laboral, ou seja, no próprio posto de trabalho ou em algum espaço físico da empresa. A ginástica laboral é uma série de exercícios de curta duração, entre 10 e 15 minutos, que envolve técnicas de alongamento da cabeça, tronco, membros superiores e inferiores e técnicas de respiração. Durante os exercícios é trabalhado percepção corporal, reeducação de postura e compensação muscular.

A ginástica laboral apresenta baixa intensidade e tem como objetivo melhorar a saúde dos colaboradores. Além disso é indicada para:

- ✓ Melhorar o sistema cardíaco, respiratório e esquelético;
- ✓ Reduzir a sensação de fadiga e esgotamento ao fim do dia;
- ✓ Cuidar da saúde mental (combater doenças ocupacionais como LER/DORT, estresse, depressão e ansiedade);
- ✓ Aumentar a atenção e a concentração;
- ✓ Melhorar a consciência corporal (melhora do condicionamento físico, flexibilidade, coordenação e resistência);
- ✓ Minimizar a monotonia, sensação de tédio e infelicidade;
- ✓ Descontrair e melhorar a disposição.

Profissionais de Educação Física e Fisioterapia, especializados nesse tipo de exercício, conduzem as práticas que podem ser feitas dentro do escritório, na estação de trabalho de cada colaborador.

Os instrutores buscam adaptar os exercícios a cada tipo de público e ambiente, atentando-se às atividades que o colaborador desenvolve e como os exercícios podem ajudar. Os exercícios são simples, baseados em alongamentos e feitos de maneira rápida para não se tornarem maçantes.

A ação foi organizada pela CIPA e ministrada pela profissional fisioterapeuta - Danúbia Rafaela Santi e o fisioterapeuta Kalyson.

Registro



Programação/Conteúdo:

Reunião Mensal da CIPA

- ✓ Realizado dia 29 abril
- ✓ Início 10:00 termino 10:00
- ✓ Prevenir acidentes e doenças do trabalho.

No mês de abril de 2024, não ocorreram casos de acidente de trabalho com exposição á material biológico, mantendo treinamento, atualizações e supervisão diária das execuções dos procedimentos de risco, para a prevenção de novos acidentes.

Registro



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

4 – Relatório de Recursos Humanos

Contamos atualmente com 93 colaboradores

4.1 Afastamentos Covid e demais afastamentos

No mês de março todos os foram por outras enfermidades ou consultas médicas, totalizando 33 em afastamentos.

Nº	ATESTADOS POR COVID-19/ OUTRAS ENFERMIDADES OU CONSULTAS	DATA	DAIS/HORAS
01	ADRIELLY NUNES DA SILVA	04/04/2024	5
02	ADRIELLY NUNES DA SILVA	12/04/2024	02:19
03	CINTHYA FERREIRA GOMES	02/04/2024	14
04	CINTHYA FERREIRA GOMES	23/04/2024	4
05	CINTHYA FERREIRA GOMES	29/04/2024	5
06	DAIANE ALVES CAVALCANTE	12/04/2024	4
07	DAIANE ALVES CAVALCANTE	25/04/2024	04:00
08	DAIANE ALVES CAVALCANTE	22/04/2024	00:38
09	DAIANY CARNEIRO NERI	08/04/2024	2
10	DAIANY CARNEIRO NERI	12/04/2024	1
11	DANIELLA RAQUEL BARBOSA DOS SANTOS	26/04/2024	03:30
12	DEBORA DIAS GOMES	16/04/2024	2
13	DEBORA DIAS GOMES	18/04/2024	4
14	KARLIENE PEREIRA DOS SANTOS	18/04/2024	02:24
15	LUCIANA MOREIRA LOPES	02/04/2024	1
16	LUCIANA MOREIRA LOPES	04/04/2024	03:00
17	MARIA LUIZA PEREIRA XAVIER	08/04/2024	8
18	MARTA MARTINS DE MELO FERREIRA	17/04/2024	3
19	MYCHELLE DE SOUZA SANTOS	14/04/2024	4
20	NATÁLIA DA SILVA ALVES	08/04/2024	2
21	PAULO APARECIDO DE AMORIM	01/04/2024	1
22	RAYELE ALVES DA SILVA	12/04/2024	1

23	ROSIANE CASTRO DE OLIVEIRA	29/04/2024	1
24	TATIANE DA SILVEIRA DOS SANTOS	04/04/2024	2
25	TATIANE DA SILVEIRA DOS SANTOS	24/04/2024	3
26	TAYNARA DIAS OLIVEIRA	01/04/2024	1
27	TAYNARA DIAS OLIVEIRA	02/04/2024	04:20
28	TAYNARA DIAS OLIVEIRA	17/04/2024	3
29	THAUANY VIEIRA E CASTRO	03/04/2024	3
30	THAYANNE DE SOUZA SILVA	08/04/2024	01:28
31	UELIDA VIEIRA DE ANDRADE SANTOS	22/04/2024	5
32	VANESSA SANTOS SILVA	17/04/2024	1
33	VANESSA SANTOS SILVA	30/04/2024	1


Marta Martins de Melo Ferreira
Assistente de Recursos Humanos

4.2 EPI

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

Multidisciplinares compreendem: Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Nutricionista e Psicóloga. Foi entregue no mês de abril 2024 a quantia de:

230 Máscaras cirúrgicas

160 Toucas cirúrgicas

160 Capote

Enfermagem compreende: Enfermeiras, auxiliar de farmácia, farmacêutica, Maqueiro e Técnicas de Enfermagem, Técnica de Imobilização. Foi entregue no mês de abril de 2024 a quantia de:

1067 Máscaras cirúrgicas

447 Toucas cirúrgicas

447 Capote

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

180 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 abril 2024 para o administrativo.

140 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 Sempre Vida Medicina intensiva LTDA, representados pelos Responsáveis Técnicos do serviço: Médico Nefrologista ARTUR CICUTO ONDEI (CRM 31803) e Enfermeiro Nefrologista FILIPE GOMES GADEIA BRITO (COREN GO 452359).

Atualmente o serviço 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 Hepatite C e **1 leito** para atendimento de pacientes com necessidade de realização de sessão extra ou urgências dialíticas, com uma ocupação total de **22 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 **34 pacientes** divididos em 4 turnos de hemodiálise
- ✓ Sala amarela com **2 leitos** para atendimentos de pacientes com Sorologia positiva para hepatite B, ocupação total de **8 pacientes** divididos em 4 turnos de hemodiálise.

Atualmente o serviço está com taxa de ocupação de 93,33/% apenas com pacientes com sorologias negativas. Contamos com 8 vagas disponíveis para a pacientes com sorologia positiva para Hepatite B na Sala amarela (ou seja, 100% das vagas disponíveis para hepatite B).

Capacidade total de atendimento:

- ✓ 60 vagas para atendimento de pacientes com HBsAg negativo
- ✓ 4 vagas para atendimento de urgências dialíticas de pacientes com HBsAg negativo
- ✓ 8 vagas para atendimento pacientes com HBsAg positivo

No que diz respeito ao parque tecnológico, o serviço 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 ou sessão extra;

- ✓ 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;

Dessa forma, tem-se 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;
- ✓ 01 monitor multiparâmetros;
- ✓ 01 cardioversor;
- ✓ 01 eletrocardiógrafo;
- ✓ 01 ventilador pulmonar;
- ✓ 03 bombas de infusão;
- ✓ Torpedos de oxigênio;
- ✓ 01 carrinho de emergências.

PRODUÇÃO QUANTITATIVA

Total de pacientes segundo procedência e turnos de hemodiálise:

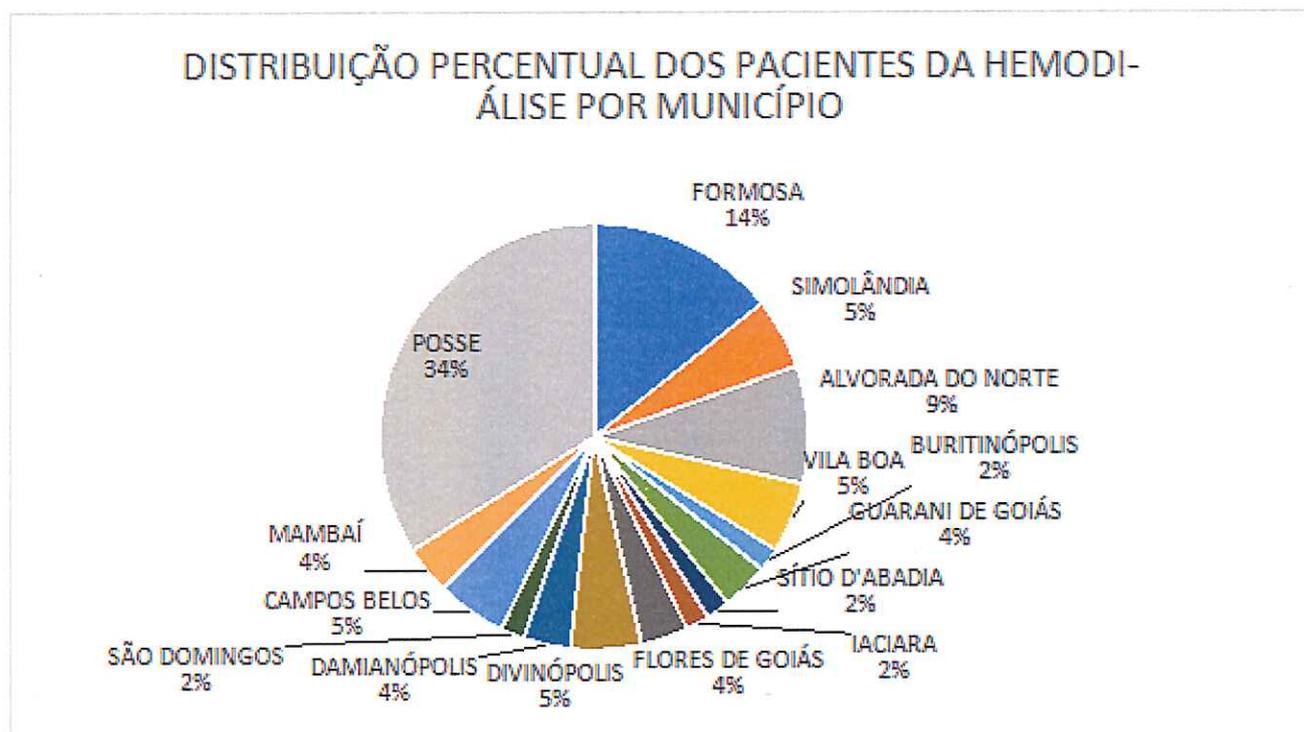
TURMA A – Segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira

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

Procedência	TURNOS DE HEMODIÁLISE					TRANSPORTE
	A1	A2	B1	B2	Total	
Posse	5	3	9	2	19	Transporte Municipio
Formosa	0	1	0	7	8	Transporte Municipio
Alvorada do Norte	5	0	0	0	5	Micro-ônibus policlínica
Campos Belos	0	3	0	0	3	Transporte Municipio
Simolandia	3	0	0	0	3	Micro-ônibus policlínica
Divinópolis de Goiás	0	3	0	0	3	Transporte Municipio
Vila Boa	3	0	0	0	3	Micro-ônibus policlínica
São Domingos	0	1	0	0	1	Micro-ônibus policlínica
Mambai	0	0	0	2	2	Micro-ônibus policlínica
Flores de Goiás	0	0	2	0	2	Transporte municipio
Damianópolis	0	0	0	2	2	Micro-ônibus policlínica
Iaciara	0	0	1	0	1	Transporte municipio
Sítio D'abadia	0	0	0	1	1	Transporte municipio

Buritinópolis	0	0	1	0	1	Micro-ônibus policlínica
Guarani	0	0	2	0	2	Micro-ônibus policlínica
Total Geral	15	13	15	14	56	Total: 56 pacientes

O gráfico abaixo apresenta a distribuição percentual dos pacientes por município de origem



ACESSO VASCULAR	PACIENTE
C.T	15
CLP	03
FAV	37
PTFE	01
Total Geral	56

No período foram realizadas:

- ✓ 04 pacientes realizaram confecção de FAV no mês;
- ✓ 01 paciente realizou superficialização de FAV;
- ✓ 02 pacientes realizaram implante de CDL (01 devido fluxo inadequado e outro devido a tração acidental);
- ✓ 02 pacientes realizaram troca de CDL por fio-guia (ambos devido à fluxo inadequado)
- ✓ 695 sessões realizadas de hemodiálise;

- ✓ 06 sessões extras;
- ✓ 49 faltas às sessões de hemodiálise, faltas justificadas além de pacientes em trânsito ou internados no período;
- ✓ 01 admissão de paciente com sorologia negativa;
- ✓ 01 transferência de paciente;
- ✓ 00 alta do programa;
- ✓ 01 óbito de pacientes do programa;
- ✓ 00 paciente recebe alta por TX;
- ✓ 07 internações de pacientes;
- ✓ 39 pacientes com processo ativo para Medicamentos de alto custo;
- ✓ 04 encaminhamentos à Formosa para consultas/retorno com cirurgião vascular;
- ✓ 04 confecções de FAV;
- ✓ 01 superficialização de FAV;
- ✓ 02 implantes de CDL;
- ✓ 02 trocas de CDL por fio-guia;
- ✓ 02 remoções de pacientes para serviço de retaguarda por USA;
- ✓ 255 Atendimentos de fisioterapia;
- ✓ 82 Atendimentos de Nutrição;
- ✓ 93 Atendimentos de Psicologia;
- ✓ 370 Atendimentos de Assistente social;
- ✓ 59 Atendimentos de Avaliação global.

No que diz respeito às manutenções preventivas mensais com limpeza química, foram realizadas pela empresa ENGELTECH no dia 15/04/2024 nas tecnologias de saúde disponíveis no serviço, como máquinas de hemodiálise, sistema de tratamento de água para hemodiálise, osmose reversas portáteis e desinfecção conforme plano de gerenciamento de tecnologias, além de manutenção preventiva nas poltronas. Houveram três máquinas com necessidade de manutenção corretiva no período, as mesmas foram realizadas também no dia 15/04/2024.

Referente às coletas de água, foram feitas em 22/04/2024, obtendo amostras de água para aferição do funcionamento adequado das tecnologias de saúde por laboratório especializado (CONÁGUA AMBIENTAL) para **avaliação mensal**, de acordo com cronograma realizado nos seguintes pontos, com todos os resultados satisfatórios.

- ✓ Pré tratamento;
- ✓ Pós carvão;
- ✓ Loop do reuso;
- ✓ Loop da osmose;
- ✓ 05 Osmose portáteis;
- ✓ 02 amostra de Dialisato de máquina de HD: 0SXA1ZXC, 0SXA2RAN

ANALISE DAS METAS QUANTITATIVAS

O número de sessões de hemodiálise contabilizou um total de **695 sessões**, todas em pacientes com sorologia negativa, metas relacionadas ficam atreladas a disposição de vagas, que depende da demanda da regulação, além de características clínicas, como no caso da SALA AMARELA, com taxa de ocupação zero no momento, capaz de gerar em média 104 sessões por mês destinada ao atendimento de pacientes HBsAg positivo, até o momento sem demanda. A taxa de ocupação é de 100% das vagas destinadas ao atendimento de pacientes com HBsAg negativo. O serviço ainda conta com uma máquina para atendimento de intercorrências capaz de gerar 52 sessões, sendo agendadas em caso de necessidade clínica, para pacientes com sobrecarga hídrica ou outro motivo a depender da indicação médica.

No período ainda foi computado 49 faltas, devido a internações, trânsito e interesse particular, pacientes que apresentaram faltas sem justificativa, foram encaminhados para equipe multidisciplinar para melhoria na adesão.

Em 30/04/2024 o serviço mantinha um total de **56 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. O serviço dispõe ainda de 04 vagas para admissão de pacientes com sorologia negativa para hepatite B e 08 vagas disponíveis para admissão de pacientes com sorologia positiva para hepatite B em sala amarela.

No período ocorreu 01 admissão de paciente natural da cidade de Guarani de Goiás, com acesso de FAV. No período aconteceu 01 transferência de paciente para a Policlínica Estadual de Formosa. No período houve uma saída por óbitos, nenhuma por alta médica, transplante e abandono.

Do total dos pacientes no período 34% são provenientes do município de Posse e outros de cidades da região nordeste do estado, gerando necessidade de transporte contínuo sanitário 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 Microônibus de responsabilidade da Policlínica de Posse e feitas nas seguintes rotas:

SEGUNDA- QUARTA - SEXTA

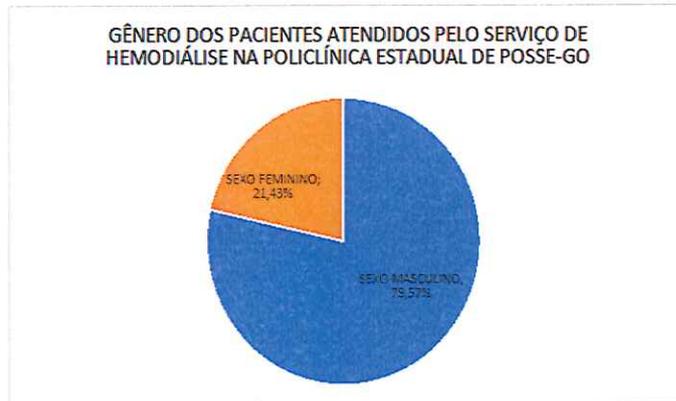
1º turno – 7 pacientes	2º turno- 5 pacientes
Posse / Alvorada / Simolândia Retorno: Simolândia / Alvorada / Posse	Posse / Divinópolis / São Domingos Retorno: São Domingos /Divinópolis / Posse

TERÇA – QUINTA – SÁBADO

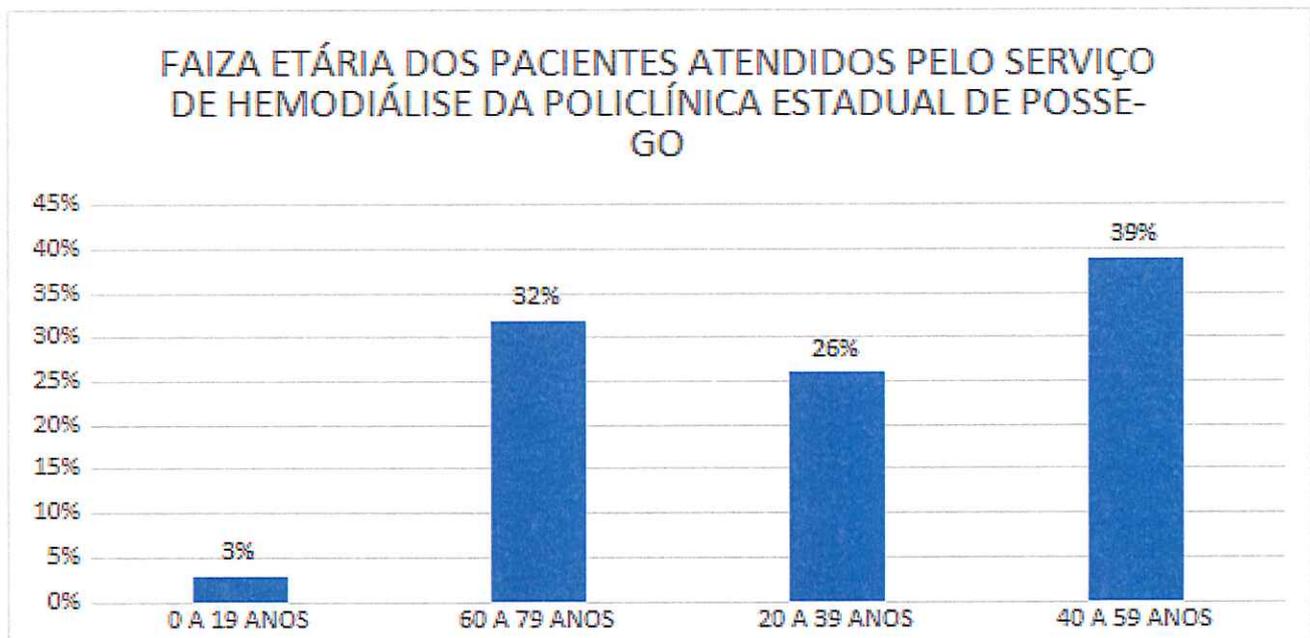
1º turno- 2 pacientes:	2º turno- 3 pacientes:
Posse / Iaciara Retorno: Iaciara / Posse	Posse / Damianópolis / Mambaí / Sítio D`Abadia Retorno: Sítio D`Abadia / Mambaí / Damianópolis / Posse

O serviço ainda é responsável pela remoção de pacientes com intercorrências clínicas graves para serviço de retaguarda. No período houve necessidade de 02 remoções para o Hospital Estadual de Formosa. Também foram encaminhados 04 pacientes para confecção de FAV, 01 para superficialização de FAV e 04 para consulta ambulatorial com cirurgião vascular.

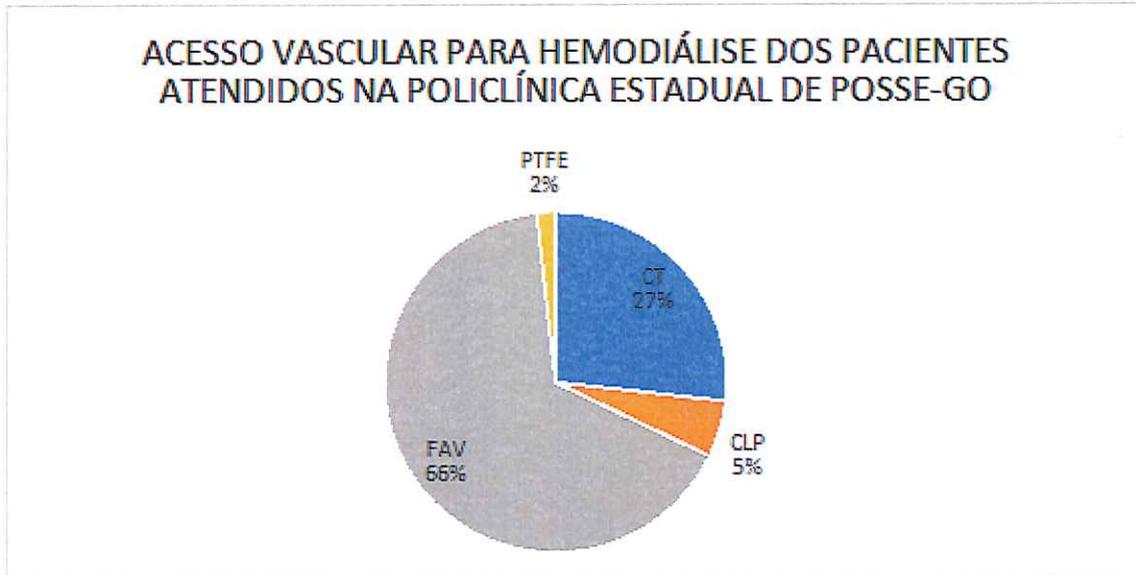
No que diz respeito ao perfil dos pacientes atendidos, em se tratando do sexo, são 78,57% dos pacientes do sexo masculino e 21,43% de pacientes do sexo feminino, conforme mostra o gráfico abaixo.



No que tange à faixa etária, prevalece a dos 40 a 59 anos de idade, conforme mostra abaixo.

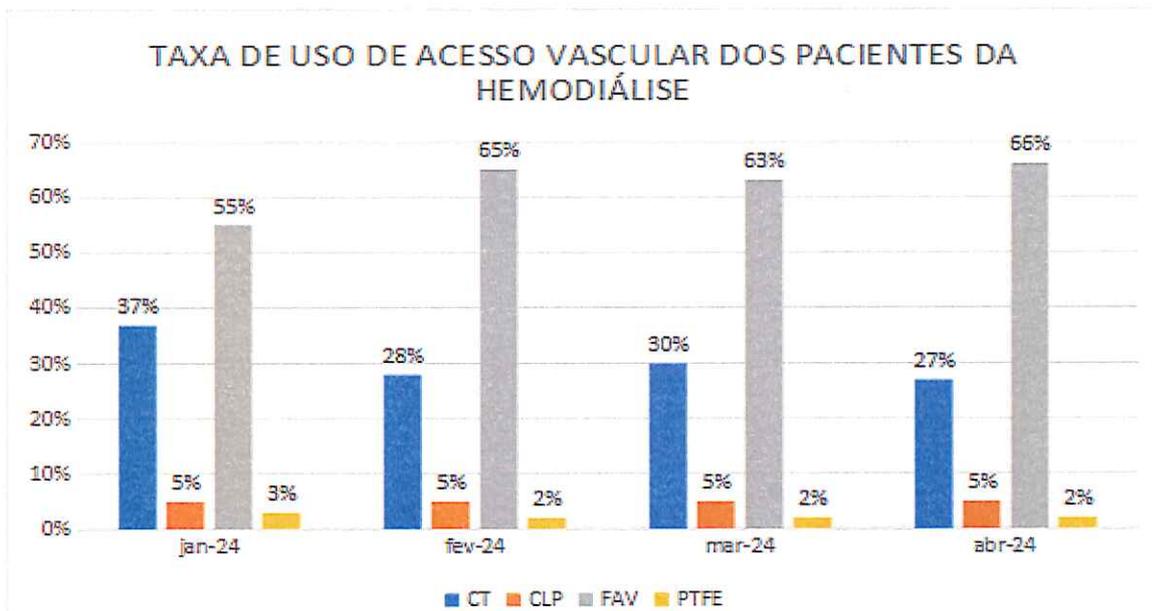


Devido à forma de admissão, em sua grande maioria são provenientes de internações em unidades de terapia intensiva, é possível observar uma alta taxa de uso de cateter temporário para hemodiálise, correspondendo a um total de 26,78%, conforme mostra abaixo no gráfico.



INDICADORES QUALITATIVOS

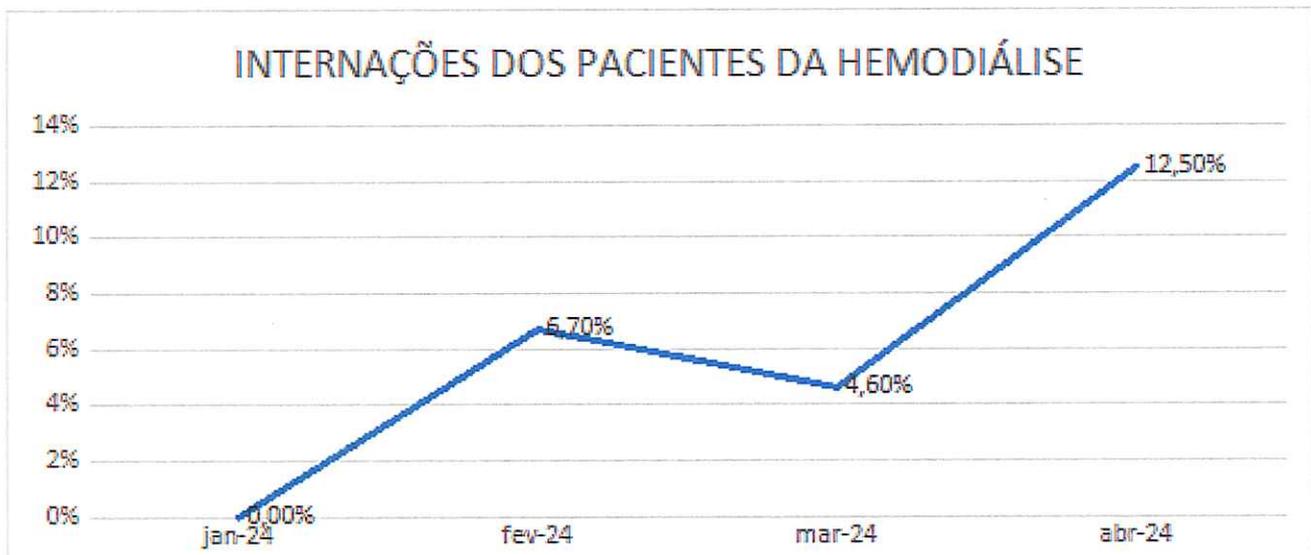
Taxa de Uso de acesso Vascular



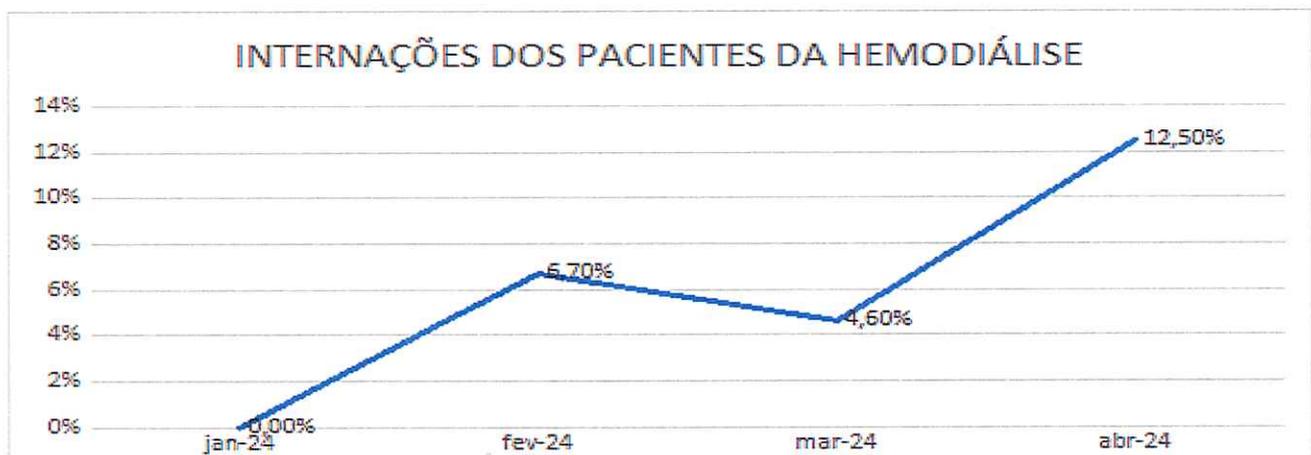
O acesso vascular na hemodiálise é importante para manutenção qualidade de vida e segurança dos pacientes, impactando diretamente sobre todos os indicadores de qualidade, e performance do departamento. A taxa de uso acesso vascular apresentou aumento para FAV no mês de abril, em virtude das últimas confecções de FAV realizadas no Hospital Estadual de Formosa. Para melhoria do indicador mantemos as condutas e processo de estabelecimento de acesso permanente, FAV e Cateter de longa permanência. A FAV tem o fluxo para confecção depende de

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

Um dos prejuízos decorrentes do uso de cateter temporário são as infecções que trazem grande prejuízo para o paciente. No mês de abril de 2024, houveram 09 pacientes em uso de antibiótico, destes 05 são pacientes em uso de CDL. No que diz respeito a infecção de acesso vascular, houveram 05 e uma bacteremia relacionada ao acesso vascular. O gráfico abaixo apresenta o comparativo na série temporal de janeiro a abril de 2024.



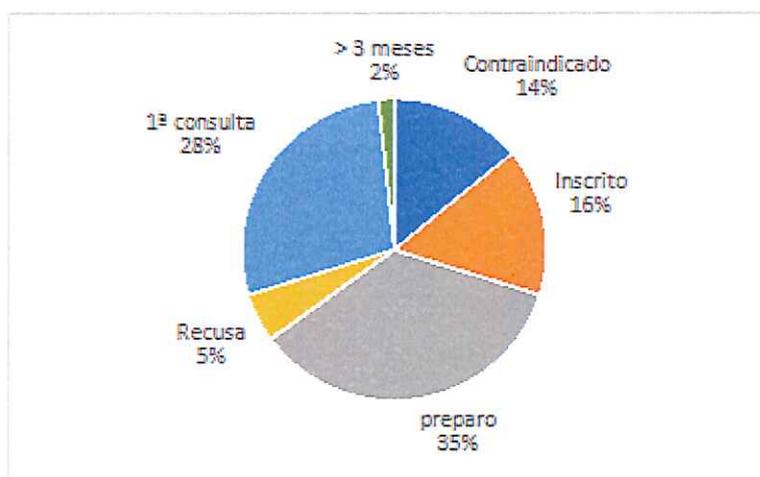
No período houve ocorrência de 07 internações. Esse aumento, quando comparado aos outros meses, foi devido a 04 pacientes que internaram no Hospital Estadual de Formosa para confecção de FAV. Os demais casos foram devido a esgotamento de acesso vascular, choque séptico e dengue.



No que diz respeito a taxa de óbito, houve no mês de abril 01 óbito em paciente da hemodiálise, devido a choque séptico. Nenhuma saída para transplante, uma saída por transferência externa, para a Policlínica Estadual de Formosa e nenhuma saída por abandono.

Em avaliação com RT médico e assistentes sociais realizado levantamento de pacientes aptos para transplantes e status em relação ao processo de inscrição em fila. Um total de 30% dos pacientes aguarda agendamento da 1ª consulta, que fica sob responsabilidade do serviço social. 35% estão realizando exames, 16% inscritos, com atualização de soro segundo solicitação do laboratório responsável, 2% ainda não aptos para avaliação segundo fluxo determinado na unidade.

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



METAS DE DESEMPENHO

Principais metas de desempenho do serviço:

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

CONTINGÊNCIA

As medidas de contingência estabelecidas no setor durante o período foram satisfatórias, principalmente no que se refere a disponibilidade de materiais, medicamentos específicos para

hemodiálise, encaminhamento de pacientes para confecção de FAV e outros. Mantendo vigilância sobre indicadores e adesão aos processos de segurança e notificação de incidentes e avaliação de riscos.

RISCOS

Devido à complexidade do setor diversos riscos são gerenciados. Como citado anteriormente a localização regional do serviço é um constante entrave para melhoria da qualidade e redução dos danos. É fundamental o gerenciamento constante de indicadores e estabelecimento de estratégias de vigilância e logísticas possíveis que assim são elementos que reduzem a possibilidade de encaminhamento de pacientes para a unidade retaguarda. 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.

O monitoramento é fundamental para a manutenção da qualidade do serviço - 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

No mês de abril foi realizado treinamento com a equipe de enfermagem dos dois turnos acerca das “NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE”, que aconteceu nos dias 15 e 16 de abril, às 18 hs, com duração média de 1 hora. Dentro da temática foi abordado também sobre registros de enfermagem e ética profissional.

DIMENSIONAMENTO

Para demanda atual do serviço o setor encontra-se atualmente adaptado as normas legais além da suficiência. O serviço ainda não utiliza todos as ações possíveis, como o reprocessamento de dialisadores e linhas e diálise peritoneal.

Os colaboradores são divididos em escalas de trabalhos direcionadas ao atendimento de turnos de hemodiálise ou função específica:

Conta ainda com o apoio da equipe multiprofissional:

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

- ✓ 02 fisioterapeutas
- ✓ 1 médico nefrologista e Responsável Técnico, vinculado a empresa Semprevida;
- ✓ 1 Enfermeiro Responsável Técnico, vinculado a empresa Semprevida;
- ✓ 3 enfermeiros assistenciais;
- ✓ 11 técnicos de enfermagem; (Sendo 01 vinculado a empresa semprevida);

Conta ainda com o apoio da equipe multiprofissional:

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

GESTÃO DE PROCESSOS

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

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

ANÁLISE S.W.O.T

FATORES INTERNOS	FORÇAS	FRAQUEZAS
	Estrutura física	Resolutividade de acessos vascular
	RT's especializados na área	Disponibilidade Procedimentos e equipe especializada
	dimiensionamento profissional adequado	
	Tecnologias de saúde adequada	
disponibilidade de materiais		
Retaguarda para realização de exames e avaliações		
FATORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	Aumento no numero de sessões	Localização geografica
	Melhoria na entrega do serviço	Disponibilidade de profissionais com experiência e especialização
	Segurança do paciente	Atendimento de demanda reprimida quanto a localização e disponibilidade de transporte
	Aumento da eficácia/eficiência e sustentabilidade	Perfil epidemiológico

MELHORIA CONTÍNUA

ANTES X DEPOIS

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

RESOLUTIVIDADE DO DEPARTAMENTO

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

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto o setor está comprometido no desenvolvimento de ações e propostas para manutenção contínua e melhoria na entrega dos serviços prestados, com trabalho centrado na experiência do paciente na segurança de todos.

Filipe Gomes Gadeia Brito
COREN GO 452359 ENF
RT da Clínica de Hemodiálise da
Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

Filipe Gomes Gadeia Brito
Enfermeiro Nefrologista
COREN 452359 - ENF

6 – Produção Assistencial

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

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

Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse			
Processo SEI: 202000010028601		Contrato: 51/2020	Termo aditivo: 1º
Vigência do termo: 15/06/22 a 16/04/24		OBS:	
Mês	Abril	Ano	2024
Consultas médicas especializadas			
Procedimento		Meta	Produção
Consulta médica na Atenção Especializada		5.988	4117
Especialidade		Meta	Produção
Cirurgia Vascular		5.988	48
Cardiologia			407
Clínico Geral			143
Dermatologia			145
Endocrinologia/Metabologia			349
Gastroenterologista			149
Ginecologia/Obstetrícia			246
Hematologia			20
Infectologia			17
Mastologia			111
Nefrologia			714
Neurologia			216
Oftalmologia			253
Ortopedia e Traumatologia			690
Otorrinolaringologia			177
Pediatria Clínica			117
Pneumologia/Tisiologia			28
Psiquiatria			22
Reumatologia			61
Urologia			204
Total		4117	

Especialidade	Meta	Produção
Anestesiologia	***	24

**Consultas da Equipe Multiprofissional e
Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)**

Procedimento	Meta	Produção
Consulta da Equipe Multiprofissional	2.864	3642

Profissão	Meta	Produção
Serviço Social	2.864	504
Enfermagem		1445
Farmácia		28
Fisioterapia		1073
Fonoaudiologia		0
Nutricionista		388
Psicologia		204
Total	3642	

Profissão	Meta	Produção
Enfermagem (triagem)	***	3913
Total	3913	

**Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da
Assistência Farmacêutica (CEAF)**

Procedimento	Meta	Produção
Dispensação de Medicamentos	350	880

Práticas Integrativas e complementares - PICS

Procedimento	Meta	Produção
Ventosaterapia	***	23
Aromaterapia	***	135
Fitoterapia	***	52
Tratamento Naturopático	***	0
Total	210	

Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I

Dispositivo	Meta	Produção
Bolsa de colostomia fechada c/ adesivo microporoso	Até 60	0
Bolsa de colostomia c/ adesivo microporoso drenável	Até 30	0
Conjunto de placa e bolsa p/ estomia instestinal	Até 10	0
Barreiras protetoras de pele sintética e/ou mista em forma de pó/pasta/ e/ou placa	Até 1	0

Bolsa coletora p/ urostomizados	Até 30	0
Coletor urinário de perna ou de cama	Até 4	0
Conjunto de placa e bolsa para urostomizados	Até 15	0
	Total	0

Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais

Procedimento	Meta	Produção
Cirurgia menor ambulatorial (cma)	120	66

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT inicial REALIZADO

Procedimento	Meta	Produção
Radiologia	600	494
Tomografia	600	359
Ressonância Magnética	240	196
Endoscopia	200	8
Colonoscopia	100	22
Cistoscopia	40	0
Nasofibrosopia	60	1
Punção Aspirativa por agulha grossa	20	3
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20	6
Urodinâmica	20	5
Mamografia	100	79
Colposcopia	80	8
Eletroencefalografia	100	6
Eletroneuromiografia	50	0
Ultrassonografia	360	337
Doppler Vascular	60	61
Ecocardiografia	60	59
Eletrocardiografia	200	137
Holter	60	44
MAPA	60	47
Teste Ergométrico	80	41
Espirometria	200	5
Audiometria	200	0
Emissão Otoacústica	40	0
Densitometria óssea	200	38
	Total da meta	3.750
	Total da produção	1.956

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT inicial OFERTADO

Procedimento	Meta	Oferta
Radiologia	600	602
Tomografia	600	602
Ressonância Magnética	240	242

Endoscopia	200	200
Colonoscopia	100	100
Cistoscopia	40	40
Nasofibrosocopia	60	60
Punção Aspirativa por agulha grossa	20	20
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20	20
Urodinâmica	20	20
Mamografia	100	100
Colposcopia	80	20
Eletroencefalografia	100	98
Eletroneuromiografia	50	0
Ultrassonografia	360	360
Doppler Vascular	60	60
Ecocardiografia	60	60
Eletrocardiografia	200	201
Holter	60	60
MAPA	60	60
Teste Ergométrico	80	81
Espirometria	200	200
Audiometria	200	0
Emissão Otoacústica	40	0
Densitometria óssea	200	205
	Total da meta	3.750
	Total da oferta	3411

Centro Especializado em Odontologia (CEO II)

Consultas	Meta	Produção
Primeira consulta	240	8
Consulta subsequente	360	150
	Total da meta	600
	Total da produção	158

Especialidades mínimas	Meta	Produção
Procedimentos básicos	110	200
Periodonti especializada	90	144
Endodontia	60	35
Cirurgia oral menor	90	41
Diagnóstico bucal (ênfase em câncer bucal)	***	0
	Total da meta	350
	Total da produção	420

Clínica de Serviços Dialíticos

Terapia Renal Substitutiva	Meta	Produção
Sessões de hemodiálise	936	688
Pacotes de treinamento de diálise peritoneal	36	0

Transporte para a Clínica de Serviços Dialíticos

Veículo	Meta	Distância percorrida
Ônibus I	12.000	12.449
Ônibus II	12.000	9.972
Van	12.000	0
	Total da meta	36.000
	Total da produção	22421

Exames Oftalmológicos

Procedimento	Meta	Produção
Fundoscopia	***	498
Potencial De Acuidade Visual	***	0
Tonometria	***	460
Triagem Oftalmológica	***	253
Teste Ortóptico	***	0
	Total da produção	1211

Laboratório de Análises Clínicas

Procedimento	Meta	Produção
Exames Laboratoriais	***	5351
	Total da produção	5351

Fonte: MV | SouIMV - POLICLINICA DE POSSE de 01/04/2024 - 30/04/2024

Posse, 05 de maio 2024


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