

Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”

Relatório de Atividades Assistenciais

Pronto Socorro Arnaldo de
Figueiredo Freitas - Barueri
Contrato de Gestão nº 226/2025

AGOSTO/2026

Barueri, 15 de setembro de 2026



DR. EDUARDO LUNA DE OLIVEIRA TORRES - CRM 184363
Diretor Técnico e Geral - Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo de Freitas

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARUERI



PREFEITO

Beto Piteri

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Dra. Luciane Patrícia Amaral

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Dr. Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO E GERAL

Dr. Eduardo Luna de Oliveira Torres

GERENTE ASSISTENCIAL MULTI

Paula Dal Maso Altimari

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Objetivo do Relatório	5
2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO	6
3. ORGANOGRAMA	9
3.1 Dimensionamento	10
4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA	13
4.1 Produção Geral - Meta x Realizado	13
4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional	15
4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)	17
4.3.1 Pacientes Classificados por Risco	20
4.3.2 Tempos Médio dos Atendimentos por cores na Classificação de Risco	22
4.4 - CID's de maior prevalência em Agosto/2026	35
4.5 Indicadores de Qualidade	37
4.6 Serviços SADT	38
4.7 Produção Radiologia Detalhada	41
4.8 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro	43
4.9 - Municípios de origem dos pacientes	48
5 INDICADORES ASSISTENCIAIS DE QUALIDADE	49
5.1 Nº Casos novos de PAV	49
5.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)	50
5.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	52
5.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	53
5.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	54
5.6 Incidência de Queda	55
5.7 Incidência de Lesão por Pressão	58
6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)	59
6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)	59
6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.	63
6.3 Classificação das queixas	64
6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas	66
7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	67
7.1 Avaliação do Atendimento	68
7.2 Considerações finais	70
8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS	71
9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	71
10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS	82
10.1- Relatório do Hospitalista	82
10.2- Relatório do Serviço Social	82
10.3- Relatório do Núcleo de Qualidade	82
10.4- Relatório do SCIH (Antibióticos)	82
10.5- Relatório do SESMT	82
10.6- Relatório da Fisioterapia	82
10.7- Relatório da Nutrição	82
10.8- Relatório da Radiologia	82
11. COMISSÕES INTERNAS	83
11.1 Atas das Comissões	83

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM

O Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS) em vários municípios com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Campinas, Carapicuíba, São José dos Campos, Lins, Assis, Ribeirão Preto, Santos, Pariqueira Açu, Franco da Rocha, São Roque, Itapevi e Barueri sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão

“Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional”.

Missão

"Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde".

Valores

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;

- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

Pilares Estratégicos

- Humanização;
- Atenção à Saúde;
- Equipe Multidisciplinar;
- Geração e Disseminação de Conhecimento;
- Tecnologia da Informação;
- Ecossistema em Saúde.

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Objetivo do Relatório

O Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim qualificado como Organização Social de Saúde, em cumprimento ao Contrato de Gestão Nº 226/2025, em continuidade às suas atividades iniciou no dia 15/05/2025 o presente CONTRATO que tem como objetivo operacionalizar, gerenciar e executar as atividades, ações e serviços de saúde 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita à população, avaliando a conformidade com o Contrato de Gestão, metas pactuadas, indicadores assistenciais, qualidade dos serviços prestados e atendimento às normativas institucionais.

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas pelo PS Barueri no período de **01 a 31 de Agosto de 2026**.

2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

Todas as atividades desenvolvidas no Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas são registradas e monitoradas por meio do Sistema de Informação em Saúde (SISS), plataforma oficial do Município de Barueri, complementada por planilhas gerenciais utilizadas para consolidação, análise e monitoramento dos indicadores assistenciais e operacionais.

Todos os colaboradores são orientados quanto à obrigatoriedade do registro integral e fidedigno das informações referentes à assistência prestada, garantindo rastreabilidade, segurança das informações e suporte à tomada de decisão baseada em indicadores.

Atualmente, a unidade conta com informatização parcial dos processos assistenciais por meio do SISS, contemplando todo o fluxo de atendimento até a assistência de enfermagem. Os processos relacionados ao gerenciamento de suprimentos permanecem sendo realizados manualmente. Para a conclusão da informatização, estão sendo realizadas reuniões periódicas entre a gestão da unidade, a equipe técnica do SISS e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), visando à implantação do módulo de suprimentos. Embora inicialmente prevista para 01/01/2025, a implantação foi postergada em razão de ajustes técnicos finais, permanecendo a expectativa de implementação no próximo período.

O Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas é uma unidade de porta aberta, destinada ao atendimento de demanda espontânea, integrando a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Barueri. Atua de forma articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a organização e regionalização da assistência.

A unidade presta atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria e Ortopedia, dispondo de:

- 15 leitos de observação destinados ao atendimento adulto e pediátrico;
- 09 leitos de emergência, sendo 01 destinado ao isolamento de pacientes com necessidade de precauções específicas;

- Consultórios médicos para atendimento adulto e pediátrico;
- Salas de procedimentos para eletrocardiograma (ECG), suturas, imobilizações, administração de medicamentos e outros procedimentos de urgência;
- Serviço de diagnóstico por imagem, incluindo radiografia e ultrassonografia, esta última implantada em 26 de junho de 2025;
- Apoio laboratorial para realização de exames complementares.

Com o objetivo de otimizar o fluxo assistencial e reduzir o tempo de permanência dos pacientes de menor complexidade, foi implantado, no final de agosto de 2025, o serviço de Fast Track, inicialmente destinado, prioritariamente, aos pacientes classificados como azul na classificação de risco. O atendimento ocorre em dois consultórios, com consulta médica e administração de medicamentos no mesmo ambiente, funcionando de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

Considerando os resultados positivos obtidos e o aumento da demanda assistencial, a partir de março de 2026 o funcionamento do Fast Track foi ampliado até 0h às segundas-feiras, com possibilidade de extensão para outros plantões noturnos conforme a necessidade operacional da unidade.

A unidade também aguarda a implantação do serviço de Telemedicina, iniciativa coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde para integração entre os serviços de urgência do município, com expectativa de ampliar a resolutividade dos atendimentos e otimizar os fluxos assistenciais.

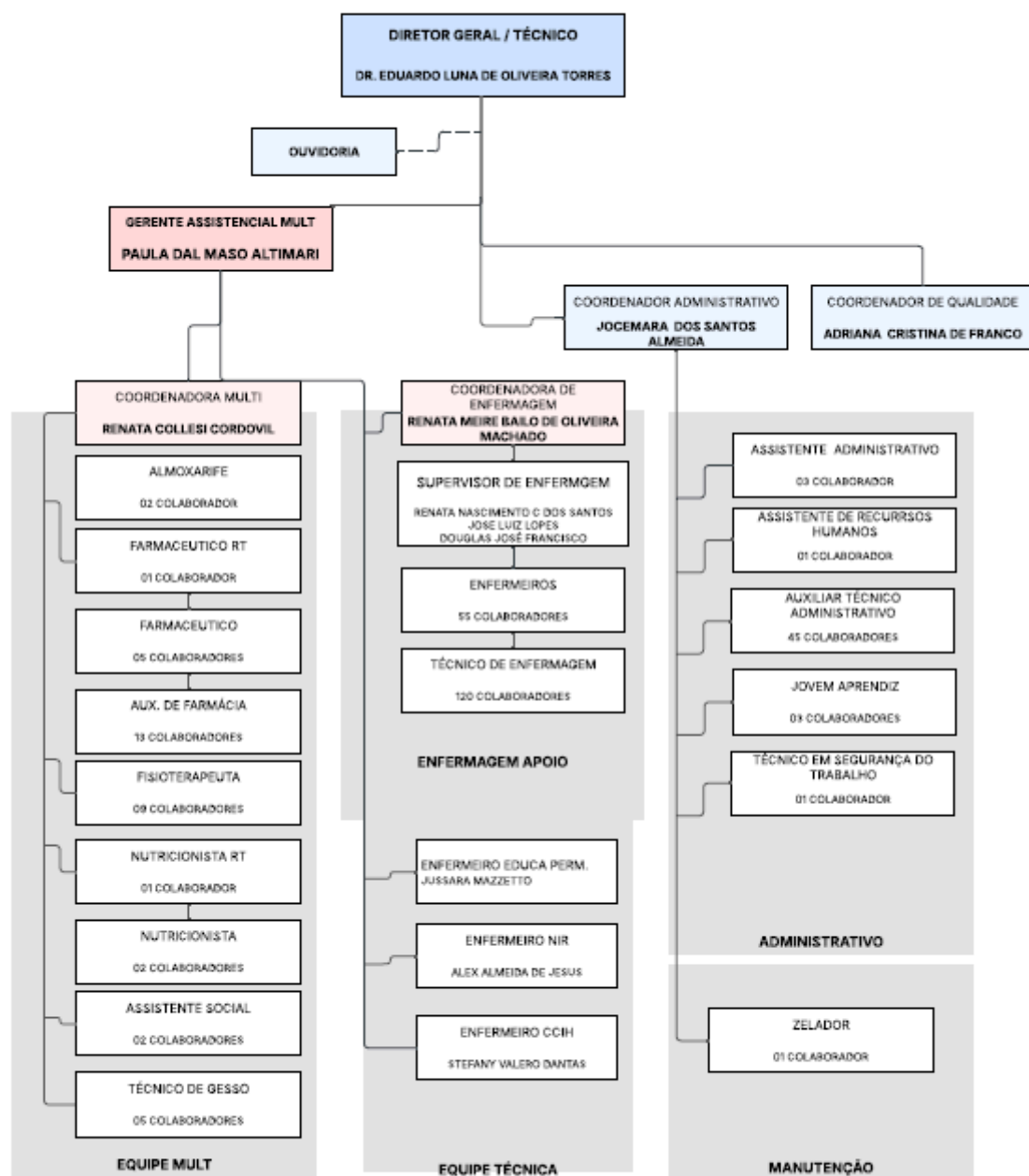
Outro projeto estratégico em andamento refere-se à inversão do fluxo de acolhimento, iniciando o atendimento pela Classificação de Risco antes da abertura da ficha administrativa. Essa proposta foi aprovada por meio de moção na 8ª Conferência Municipal de Saúde de Barueri e posteriormente discutida em reuniões técnicas com a Secretaria Municipal de Saúde. A mudança tem como principal objetivo identificar precocemente pacientes com maior risco clínico, garantindo atendimento prioritário conforme os princípios da segurança do paciente e das boas práticas em urgência e emergência.

Da mesma forma, permanece em tratativa junto à Secretaria Municipal de Saúde a implementação de um botão específico para "Dor Torácica" no totem de atendimento, estratégia que permitirá identificar imediatamente pacientes com

suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, reduzindo o tempo até a avaliação clínica e contribuindo para melhores desfechos assistenciais.

Além da demanda espontânea, o Pronto-Socorro atua como referência para as Unidades Básicas de Saúde do município de Barueri e municípios da região, recebendo pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar, incluindo SAMU, Corpo de Bombeiros e Defesa Civil, desempenhando papel estratégico na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e contribuindo para a assistência integral à população.

3. ORGANOGRAMA



ORGANOGRAMA - CEGISS - PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO FREITAS
 APLICAÇÃO: SDE CEJAM - CEGISS - HOSPITALAR
 ATUALIZAÇÃO: 05/03/2020



3.1 Dimensionamento

Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo (36h)	19	19	✓
Administrativo - noturno (36h)	17	17	✓
Administrativo (40h)	9	8	↓
Assistente Administrativo (40h)	3	3	✓
Almoxarife (40h)	2	2	✓
Assistente Social (30h)	2	1	↓
Auxiliar de Farmácia (36h)	8	8	✓
Auxiliar de Farmácia (36h) - noturno	5	5	✓
Coordenador Administrativo (40h)	1	1	✓
Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
Coordenador Multiprofissional (40h)	1	1	✓
Coordenador Qualidade (40h)	1	1	✓
Enfermeiro (36h) - noturno	25	21	↓
Enfermeiro (36h) Equipe de Coleta	2	2	✓
Enfermeiro (36h) Remoção	3	3	✓
Enfermeiro CCIH (40h)	1	0	↓
Enfermeiro Educação Permanente (40h)	1	1	✓
Enfermeiro NIR (40h)	1	1	✓
Farmacêutico (36h)	2	2	✓
Farmacêutico (36h) - noturno	3	3	✓
Farmacêutico RT (20h)	0	0	✓
Fisioterapeuta (30h)	5	5	✓
Fisioterapeuta (30h) - noturno	3	3	✓
Fisioterapeuta RT	1	1	✓
Jovem Aprendiz (30h)	3	3	✓
Nutricionista (36h)	2	2	✓
Nutricionista RT	1	1	✓
Técnico de Enfermagem (36h)	58	58	✓
Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	52	47	↓
Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta	2	2	✓
Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta - noturno	2	2	✓
Técnico de Enfermagem (36h) Remoção	3	3	✓
Técnico de Enfermagem (36h) Remoção - noturno	3	3	✓
Técnico de Gesso (36h)	3	3	✓

Técnico de Gesso (36h) - noturno	2	0	↓
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
Zelador (40h)	1	1	✓
Assistente de RH (40h)	1	1	✓
Supervisor de Enfermagem (36h) - noturno	3	3	✓
Gerente Assistencial (40h)	1	1	✓
Enfermeiro (36h)	25	24	↓
Diretor Geral RT (40h)	1	1	✓
Total	281	265	↓

Análise crítica: O quadro de pessoal atualmente previsto encontra-se em conformidade com a última versão do Plano de Trabalho, encaminhado a esta Secretaria, considerando a renovação contratual ocorrida em 15/05/2026.

As contratações previstas na revisão do plano, especialmente para os cargos administrativos, tiveram início em junho de 2026 e continuaram sendo efetivadas ao longo de julho e agosto, em razão dos prazos inerentes aos processos seletivos institucionais.

Na área assistencial, especificamente na equipe de Enfermagem, a unidade apresenta 96% de adequação ao quadro previsto no Plano de Trabalho. As vagas atualmente existentes decorrem, predominantemente, de pedidos de demissão e desligamentos recentes, além de dois afastamentos previdenciários (INSS) e uma licença-maternidade. Todas essas reposições já se encontram em andamento por meio de processos seletivos, visando recompor o quadro assistencial no menor tempo possível e manter a continuidade e a qualidade da assistência prestada.

Em relação à equipe multiprofissional, em aberto temos uma vaga de farmacêutico folguista, esta última decorrente de rescisão indireta em processo trabalhista, em fase de recrutamento e seleção, representando 97% de adequação ao quadro previsto no plano de trabalho.

No quadro administrativo, a unidade apresenta adequação de 93% em relação ao quantitativo previsto no novo Plano de Trabalho. As vagas remanescentes

também estão sendo tratadas por meio de processos seletivos em andamento, respeitando os fluxos institucionais de contratação.

Destaca-se ainda que, em atendimento às adequações previstas na nova versão do Plano de Trabalho e às necessidades operacionais da unidade, foi ampliado o quadro da Ouvidoria, com a contratação de mais uma profissional, medida que contribuirá para o cumprimento das metas contratuais relacionadas às pesquisas de satisfação, ao fortalecimento dos canais de comunicação com os usuários e à melhoria contínua da experiência do paciente.

De modo geral, a unidade mantém elevado índice de adequação do quadro de colaboradores, adotando medidas contínuas para reposição das vagas abertas e preservação da capacidade operacional, garantindo a continuidade da assistência e o cumprimento das metas pactuadas.

Temos no novo plano 281 colaboradores CLT, conforme tabela 4.1.

E temos os seguintes colaboradores terceiros, sendo:

- ❖ 26 médicos (postos de trabalho)
- ❖ 21 colaboradores da higiene
- ❖ 16 controladores de acesso
- ❖ 06 técnicos de RX
- ❖ 01 técnico de engenharia clínica
- ❖ 01 nutricionista e 06 auxiliares de cozinha
- ❖ 01 técnico de TI

4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA

4.1 Produção Geral - Meta x Realizado

Serviço	Meta Mensal	Realizado	Observações
Clínica Médica + ortopedia	15.600	16.825	7,85%
Pediatria	5.280	5.974	13,14%
Total	20.880	22.799	9,19%

Análise crítica: Por se tratar de um Pronto-Socorro de porta aberta, a unidade é diretamente influenciada pela demanda espontânea da população, não sendo possível controlar o volume de pacientes que procuram atendimento. Dessa forma, a produção assistencial pode apresentar variações mensais, especialmente em períodos de sazonalidade de doenças respiratórias e outras condições agudas.

No período analisado, observou-se novamente um déficit em relação à meta contratual, com 22.799 atendimentos realizados, frente à meta de 20.880 atendimentos mensais, representando um superávit de (+9,19%) na produção total da unidade.

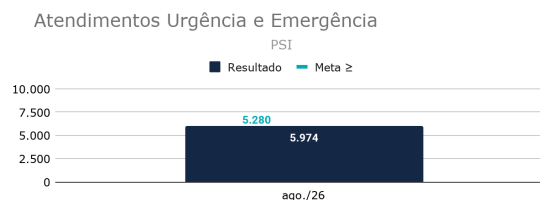
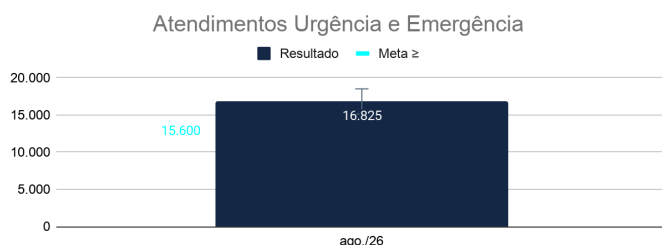
A meta contratual está distribuída em:

- **15.600 atendimentos no Pronto-Socorro Adulto;** e
- **5.280 atendimentos na Pediatria.**

O Pronto-Socorro Adulto realizou 16.825 atendimentos, correspondendo a um superávit de 7,85% em relação à meta estabelecida.

Já a Pediatria apresentou superávit de (+13,14%), sobre a meta contratual, com 5.974 atendimentos.

4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional



Atendimentos Urgência e Emergência - PSA	Resultado
Clínico Geral	15896
Emergencista	302
Sutura	114
Ortopedista	513
Nutrição	488
Fisioterapia	658
Serviço social	161
Técnicos de Gesso	222

Atendimentos Urgência e Emergência - PSI	Resultado
Emergencista	6
Pediatria	5951
Sutura	17
Ortopedista	0

Análise crítica: A meta contratual estabelecida para os atendimentos de urgência e emergência no Pronto-Socorro Adulto é de 15.600 atendimentos mensais. No período analisado, foram realizados 16.825 atendimentos, representando um superávit de 7,85% em relação à meta pactuada.

Na Pediatria, foram realizados 5.974 atendimentos, correspondendo a um superávit de 13,14% sobre a meta contratual. Os dados demonstram aumento, em relação ao mês anterior, devido ter sido um mês de férias escolares.

O atendimento adulto representou neste mês aproximadamente 73,80% de toda a produção assistencial da unidade, caracterizando-se como o principal perfil de usuários do serviço. Dentre esses atendimentos, a Clínica Médica concentra cerca de 94,5% da demanda, evidenciando que a maior procura está relacionada às condições clínicas gerais de baixa e média complexidade.

Quanto ao perfil de gravidade dos pacientes adultos classificados pelo enfermeiro, observa-se predominância dos casos de menor complexidade, distribuídos em 43% de pacientes classificados como verde e 36% como azul, seguidos por 15% de amarelo, 1,54% de vermelho e 3% de pacientes não classificados, provavelmente em decorrência de evasão, após a abertura da ficha e antes da realização da classificação de risco.

Esse perfil evidencia que, embora o Pronto-Socorro seja estruturado para atendimento de urgências e emergências, grande parte da demanda é composta por pacientes de baixa e média complexidade, reforçando a importância de estratégias como o Fast Track, da adequada organização da Rede de Atenção à Saúde e da orientação da população quanto ao acesso ao serviço mais apropriado para cada condição clínica.

Além da assistência médica e de enfermagem, a unidade conta com equipes multiprofissionais que desempenham papel fundamental na integralidade do cuidado. No período analisado, foram realizados 658 atendimentos de fisioterapia, 488 atendimentos de nutrição, 161 atendimentos pelo Serviço Social e 222 procedimentos dos técnicos de gesso.

A assistência fisioterapêutica é ofertada 24 horas por dia, garantindo atendimento contínuo aos pacientes de maior gravidade, abrangendo intervenções em fisioterapia respiratória, fisioterapia motora e manejo de pacientes em ventilação mecânica.

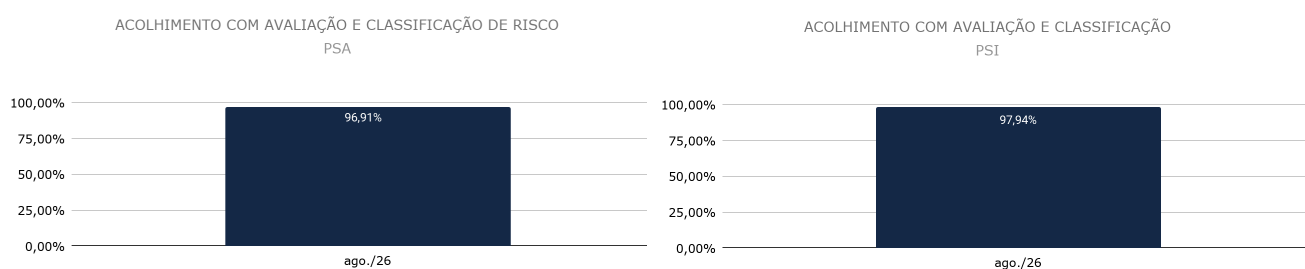
As equipes de Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social participam diariamente das visitas multiprofissionais, contribuindo para a construção do plano terapêutico, avaliação das necessidades específicas de cada paciente e acolhimento de pacientes e familiares, por meio de orientações, suporte técnico e encaminhamentos quando necessários. Da mesma forma, as ouvidoras da unidade realizam visitas aos leitos, fortalecendo a comunicação com os usuários,

acolhendo manifestações e identificando oportunidades de melhoria na assistência prestada.

Os técnicos de gesso passaram a fazer os registros dos procedimentos executados no mês, também no SISS, para garantia do registro seguro de toda a equipe assistencial no prontuário eletrônico.

A atuação integrada da equipe multiprofissional contribui significativamente para a humanização do atendimento, qualificação do cuidado, maior resolutividade dos casos e fortalecimento da segurança do paciente, aspectos essenciais para um serviço de urgência e emergência de alta demanda.

4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)



Análise crítica: No período analisado, a adesão à Classificação de Risco manteve-se elevada, com 96,91% dos pacientes adultos submetidos à avaliação de enfermagem e 97,94% na pediatria, demonstrando elevada cobertura do processo de classificação.

Observa-se uma taxa de evasão entre a retirada da senha no totem, abertura da ficha e a realização da classificação de risco de aproximadamente 3% no atendimento adulto e 2% na pediatria. Esses percentuais representam pacientes que deixaram a unidade antes da avaliação de enfermagem, podendo estar relacionados à desistência do atendimento, procura por outro serviço ou resolução espontânea da queixa.

Todas as classificações de risco são realizadas exclusivamente por enfermeiros, que executam avaliação clínica inicial composta por coleta da história clínica,

identificação da queixa principal, avaliação dos sinais vitais e julgamento clínico, seguindo os critérios preconizados pelo Acolhimento com Classificação de Risco do HumanizaSUS.

Entretanto, a unidade ainda enfrenta uma importante limitação tecnológica, uma vez que o sistema informatizado não dispõe de ferramenta que determine automaticamente a classificação de risco a partir dos dados clínicos inseridos pelo enfermeiro. Dessa forma, a definição da cor permanece dependente do julgamento clínico do profissional, baseado nos critérios estabelecidos pelo protocolo institucional.

Embora o julgamento clínico seja competência inerente ao enfermeiro é indispensável à avaliação do paciente, a ausência de um sistema estruturado de apoio à decisão pode favorecer maior variabilidade entre avaliadores, além de ocasionar divergências na interpretação da gravidade clínica e discussões entre as equipes assistenciais.

Como estratégia para reduzir essa variabilidade e aumentar a padronização do processo, são realizados treinamentos trimestrais com os enfermeiros classificadores, abordando critérios clínicos, estudos de caso e atualização dos fluxos institucionais.

A gestão assistencial encontra-se avaliando alternativas de Sistemas de Classificação de Risco, incluindo o Protocolo de Manchester, com o objetivo de identificar a metodologia mais adequada ao perfil assistencial, à demanda e às características operacionais da unidade. Para subsidiar essa análise, foi encaminhado ofício à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), solicitando alinhamento e avaliação conjunta quanto à possibilidade de adoção de novo sistema de classificação.

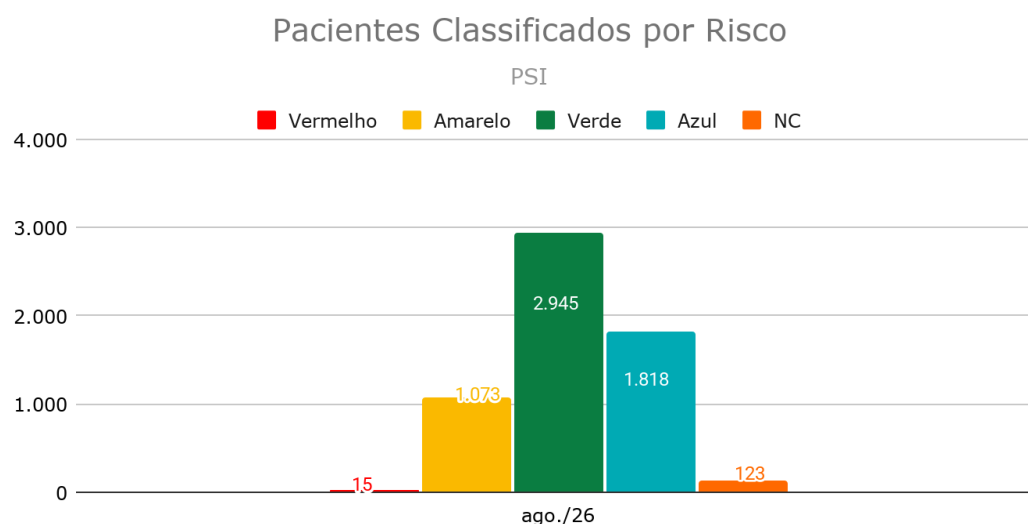
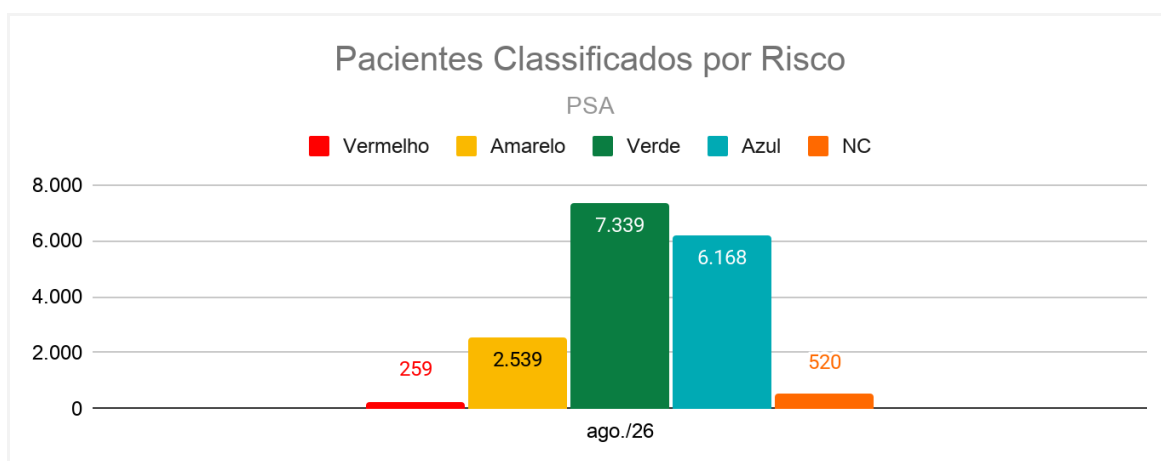
Paralelamente, estamos verificando estudos de viabilidade técnica e financeira, contemplando os custos de implantação, licença, capacitação das equipes, eventuais necessidades de infraestrutura e tecnologia, manutenção do sistema e impactos nas linhas orçamentárias do contrato de gestão. A decisão será fundamentada na análise do custo-benefício, impacto assistencial, capacidade

operacional e alinhamento às diretrizes da rede municipal de urgência e emergência.

Ressalta-se que a iniciativa está em fase de estudo e avaliação, não representando, neste momento, decisão definitiva quanto à substituição do sistema atualmente utilizado, classificação pelo Humanizaus.

No período, foram abertas 22.799 fichas de atendimentos. Os dados evidenciam que o principal perfil assistencial da unidade é composto por pacientes adultos com demandas clínicas, reforçando a importância do aperfeiçoamento contínuo da classificação de risco e da organização dos fluxos assistenciais para garantir maior segurança, resolutividade e eficiência no atendimento.

4.3.1 Pacientes Classificados por Risco



Classificação de Risco Adulto	Realizado	%
Vermelho	259	1,54%
Amarelo	2539	15,09%
Verde	7339	43,62%
Azul	6168	36,66%
Sem Classificação	520	3,09%
TOTAL	16825	100,00%

Classificação de Risco Pediátrico	Realizado	%
Vermelho	15	0,25%
Amarelo	1073	17,96%
Verde	2945	49,30%
Azul	1818	30,43%
Sem Classificação	123	2,06%
TOTAL	5974	100,00%

Análise Crítica: No período analisado, o Pronto-Socorro Adulto realizou 16.825 atendimentos, distribuídos da seguinte forma: 1,54% classificados como vermelho, 15% como amarelo, 43,62% como verde, 36,66% como azul e 3,09% permaneceram não classificados.

Destaca-se que, entre os pacientes classificados como azul, aproximadamente 47% foram direcionados ao fluxo Fast Track, evidenciando a consolidação dessa estratégia para atendimento dos casos de menor complexidade. A implantação do Fast Track tem contribuído para maior agilidade no atendimento, otimização do fluxo assistencial e redução do tempo de permanência desses pacientes na unidade.

Na Pediatria, foram realizados 5.974 atendimentos, distribuídos em 0,25% vermelho, 17,96% amarelo, 49,30% verde, 30,43% azul e 2,06% não classificado.

Observa-se que, tanto no atendimento adulto quanto no pediátrico, predominam os pacientes classificados como verde e azul, caracterizando um perfil assistencial de baixa complexidade, apesar de a unidade ser destinada ao atendimento de urgências e emergências.

Pelo terceiro mês consecutivo, a classificação verde representou a maior parcela dos atendimentos no perfil adulto e adulto, correspondendo a aproximadamente 43% e 49% dos pacientes atendidos, seguida pelas classificações azul, amarelo e vermelho.

Essa distribuição reforça o importante papel da classificação de risco na organização do fluxo assistencial e evidencia a necessidade de manutenção de estratégias como o Fast Track, que permitem maior resolutividade dos casos de baixa complexidade, preservando a capacidade operacional da unidade para o atendimento prioritário dos pacientes com maior gravidade. Ao mesmo tempo, os dados demonstram o impacto da elevada demanda de casos pouco urgentes sobre um serviço vocacionado para urgências e emergências, evidenciando a importância do fortalecimento da rede de atenção à saúde e da adequada orientação da população quanto ao acesso aos diferentes pontos da rede assistencial.

4.3.2 Tempos Médio dos Atendimentos por cores na Classificação de Risco

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês	Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	agosto	Classificação de Risco amarelo	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:14:55	Retirada da Senha à Recepção	00:02:05
Recepção à Classificação de Risco	00:07:58	Recepção à Classificação de Risco	00:06:11
Duração da classificação pelo enfº	00:03:36	Duração da classificação pelo enfº	00:03:39
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:33:01	Classificação de Risco até início da 1ª consulta	00:49:48
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	14:34:01	Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	06:14:59
Tempo Total do Paciente na unidade	16:33:31	Tempo Total do Paciente na unidade	07:16:42
Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês	Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco verde	agosto	Classificação de Risco AZUL	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:02:15	Retirada da Senha à Recepção	00:01:55
Recepção à Classificação de Risco	00:06:55	Recepção à Classificação de Risco	00:06:59
Duração da classificação pelo enfº	00:02:35	Duração da classificação pelo enfº	00:02:21
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:18:05	Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:14:59
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:17:39	Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	03:44:55
Tempo Total do Paciente na unidade	05:47:29	Tempo Total do Paciente na unidade	05:11:10

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de FAST TRACK	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:02:23
Recepção à Classificação de Risco	00:12:04
Duração da classificação pelo enfº	00:02:13
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:07:59
Tempo Total do Paciente na unidade	01:24:39

Considerando a tabela abaixo, a média mensal de todas as cores classificadas:

TEMPO MÉDIO MENSAL	Mês
mediana cores	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:04:43
Recepção à Classificação de Risco	00:07:44
Duração da classificação pelo enfº	00:02:53
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:12:46
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	05:46:19
Tempo Total do Paciente na unidade	05:52:35

Análise Crítica: Após análise detalhada dos dados disponibilizados pelo Business Intelligence (BI) do SISS, foi possível, de forma autônoma pela Gestão da unidade, desenvolver um método de extração e tratamento das informações, permitindo a apuração individualizada dos tempos de atendimento por

classificação de risco, conforme a cor atribuída pelo enfermeiro classificador, além da análise específica dos pacientes atendidos pelo fluxo Fast Track.

Essa nova metodologia possibilitou maior precisão no monitoramento dos indicadores operacionais, permitindo o gerenciamento detalhado dos tempos assistenciais em cada etapa do atendimento e subsidiando análises mais fidedignas para a tomada de decisão.

Com a extração direta dos dados do próprio BI do SISS e sua estratificação por classificação de risco, foi possível validar essas inconsistências e passar a trabalhar com indicadores mais precisos e confiáveis. Essa melhoria representa um importante avanço na gestão dos processos assistenciais, permitindo monitoramento mais efetivo dos tempos de atendimento, avaliação da conformidade dos fluxos institucionais e implementação de ações de melhoria baseadas em dados consistentes.

CONCLUSÃO: Os tempos médios observados no período demonstram desempenho favorável dos principais fluxos assistenciais da unidade, desde a chegada do paciente até o atendimento médico e a conclusão do atendimento.

O tempo médio entre a retirada da senha e a abertura da ficha foi de aproximadamente 4 minutos, indicando agilidade no processo inicial de recepção e cadastro. Entre a abertura da ficha e a classificação de risco, o tempo médio foi de 7 minutos, demonstrando resposta rápida da equipe de enfermagem no acolhimento e na avaliação inicial dos pacientes.

A classificação de risco apresentou duração média de aproximadamente 2 a 3 minutos, evidenciando um processo objetivo e ágil, sem prejuízo da avaliação clínica necessária para definição da prioridade assistencial.

O tempo médio para o primeiro atendimento médico foi de aproximadamente 1 hora e 12 minutos, resultado que demonstra

desempenho satisfatório considerando o fluxo de uma unidade de pronto-socorro de porta aberta e a variabilidade da demanda assistencial.

Por fim, o tempo médio de permanência na unidade foi de aproximadamente 4 a 6 horas, considerando as etapas necessárias após o atendimento médico, incluindo realização de exames, administração de medicamentos, acompanhamento dos resultados e retorno para reavaliação médica.

De forma geral, os indicadores demonstram boa fluidez do percurso assistencial, com tempos reduzidos nas etapas iniciais e adequado gerenciamento do fluxo até a conclusão do atendimento. Recomenda-se a manutenção do monitoramento sistemático desses indicadores, com estratificação por classificação de risco, faixa horária e perfil de demanda, permitindo identificar precocemente eventuais gargalos e preservar a eficiência do processo assistencial.

Considerações e análises críticas dos tempos, por cor classificada:

1- VERMELHO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:14:55
Recepção à Classificação de Risco	00:07:58
Duração da classificação pelo enf ^o	00:03:36
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:33:01
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	14:34:01
Tempo Total do Paciente na unidade	16:33:31

Análise Crítica: Conforme protocolo institucional, os pacientes classificados como vermelho recebem **atendimento imediato**, uma vez que apresentam risco iminente de morte ou comprometimento grave de funções vitais. Esses pacientes podem chegar diretamente à Sala de Emergência por meio do atendimento pré-hospitalar (SAMU, Corpo de Bombeiros ou outros serviços de resgate) ou serem identificados ainda na entrada principal da unidade pelo controlador de acesso, que aciona prontamente o enfermeiro para avaliação inicial.

Após rápida avaliação clínica, o enfermeiro encaminha imediatamente o paciente à Sala de Emergência, em cadeira de rodas ou maca, priorizando o início das intervenções assistenciais. **Nesse fluxo, a assistência ao paciente precede os registros administrativos e informatizados, uma vez que a estabilização clínica constitui a prioridade absoluta.**

Enquanto a equipe assistencial inicia o atendimento, os familiares ou acompanhantes realizam a abertura da ficha na recepção. Somente após o início das medidas de estabilização é que a equipe de enfermagem e a equipe médica

efetuem os registros no sistema, incluindo a classificação de risco, horário do primeiro atendimento e demais informações assistenciais.

Em razão dessa dinâmica operacional, os indicadores extraídos do sistema podem demonstrar tempos aparentemente superiores entre a abertura da ficha, a classificação de risco e o primeiro atendimento médico para os pacientes classificados como vermelhos. Contudo, esses registros não refletem o tempo real de resposta assistencial, mas sim o momento em que as informações foram inseridas no sistema após o atendimento emergencial.

Outro aspecto importante é que os pacientes classificados como vermelho apresentam, em geral, maior tempo médio de permanência na unidade quando comparados às demais classificações. Esse comportamento é esperado, considerando a maior gravidade clínica desses pacientes, que frequentemente necessitam de estabilização prolongada, monitorização contínua, realização de exames complementares, reavaliações seriadas, intervenções terapêuticas e definição do desfecho assistencial, que pode incluir internação, transferência para unidade de maior complexidade, alta após estabilização ou, em situações mais graves, evolução para óbito.

Dessa forma, a análise dos indicadores referentes aos pacientes classificados como vermelho deve considerar as particularidades do fluxo assistencial da Sala de Emergência, evitando interpretações baseadas exclusivamente nos registros informatizados e reconhecendo que, nesses casos, a prioridade institucional é a assistência imediata e a preservação da vida, sendo os registros realizados na sequência, em conformidade com a prática assistencial e os princípios da segurança do paciente.

2- AMARELO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco amarelo	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:02:05
Recepção à Classificação de Risco	00:06:11
Duração da classificação pelo enfº	00:03:39
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	00:49:48
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	06:14:59
Tempo Total do Paciente na unidade	07:16:42

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de 2 minutos e 05 segundos, resultado considerado compatível com o fluxo operacional da unidade e sujeito à variação conforme a demanda espontânea do serviço.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de apenas 6 minutos, desempenho considerado excelente para pacientes classificados como amarelo, uma vez que essa categoria demanda atendimento prioritário, porém não imediato, conforme os protocolos de classificação de risco.

A Classificação de Risco foi realizada em tempo médio de 3 minutos e 39 seg, indicador plenamente compatível com as recomendações da Resolução COFEN nº 661/2021, que estabelece o tempo médio de 4 minutos por paciente, com limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro, preservando a qualidade da avaliação clínica e a segurança do paciente.

Cabe destacar que, em muitos pacientes classificados como amarelo, a avaliação de enfermagem é mais complexa, pois frequentemente há necessidade de abertura imediata de protocolos assistenciais, como Síndrome Coronariana Aguda (Dor Torácica), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Sepse e Trauma, além da

realização de eletrocardiograma, coleta de exames laboratoriais, monitorização e demais intervenções iniciais ainda na sala de classificação de risco. Essas atividades justificam eventuais variações na duração da avaliação, sem comprometer a qualidade da assistência.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 49 minutos, permanecendo dentro do tempo máximo recomendado de até 60 minutos para pacientes classificados como amarelos, demonstrando conformidade com os protocolos de priorização clínica.

Em relação ao tempo médio total de permanência na unidade, entre 6 e 7 horas, o resultado é compatível com o perfil desses pacientes. Em sua maioria, necessitam de investigação diagnóstica, realização de exames complementares, administração de medicamentos, observação clínica e reavaliações seriadas antes da definição do desfecho assistencial e tomada de decisão como: alta, internação ou transferência para outro serviço.

De forma geral, os indicadores demonstram boa performance do fluxo assistencial para pacientes classificados como amarelo, evidenciando adequada priorização pela equipe, conformidade com as recomendações técnicas e segurança na condução do atendimento até a definição da conduta médica.

3- VERDE

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco verde	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:02:15
Recepção à Classificação de Risco	00:06:55
Duração da classificação pelo enf ^o	00:02:35
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:18:05
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:17:39
Tempo Total do Paciente na unidade	05:47:29

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa variou menor que 2 minutos e 15 seg, resultado considerado adequado e compatível com o fluxo operacional da unidade, podendo sofrer pequenas variações conforme a demanda espontânea do serviço.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de aproximadamente 7 minutos, desempenho considerado excelente para pacientes classificados como verde, cujo atendimento é prioritário, porém de menor urgência quando comparado às classificações vermelha e amarela. Ressalta-se que essa classificação representa aproximadamente 43% de todos os atendimentos da unidade, sendo, portanto, a principal demanda do Pronto-Socorro.

A Classificação de Risco apresentou tempo médio de 2 minutos e 35 segundos, indicador inferior ao tempo médio de referência estabelecido pela Resolução COFEN nº 661/2021, que recomenda aproximadamente 4 minutos por paciente, com limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. Esse resultado demonstra agilidade na avaliação inicial, sem prejuízo da coleta da história clínica, avaliação dos sinais vitais e definição da prioridade assistencial.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 1 hora e 18 minutos, permanecendo dentro do tempo máximo recomendado de até 120 minutos para pacientes classificados como verde, evidenciando conformidade com os parâmetros assistenciais para essa categoria.

Quanto ao tempo médio de permanência na unidade, variando entre 4 e 5 horas, o indicador mostra-se compatível com o perfil clínico desses pacientes. Em grande parte dos casos, há necessidade de realização de exames complementares, administração de medicamentos, observação clínica e pelo menos uma reavaliação médica antes da definição da conduta e do desfecho assistencial, geralmente alta hospitalar.

Destaca-se ainda que o tempo médio para liberação dos exames laboratoriais varia entre 3 e 4 horas, influenciado pelo fato de o serviço laboratorial ser terceirizado e realizado em unidade externa, o que impacta diretamente o tempo de permanência dos pacientes no Pronto-Socorro. Apesar dessa limitação operacional, os tempos assistenciais permanecem compatíveis com o perfil de gravidade dos pacientes e demonstram adequada organização do fluxo de atendimento pela equipe.

De forma geral, os indicadores evidenciam boa eficiência do processo assistencial para os pacientes classificados como verde, com tempos de acolhimento, classificação e atendimento médico dentro dos parâmetros esperados e compatíveis com a elevada demanda de casos de baixa complexidade atendidos pela unidade.

4- AZUL

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco AZUL	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:01:55
Recepção à Classificação de Risco	00:06:59
Duração da classificação pelo enfº	00:02:21
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:14:59
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	03:44:55
Tempo Total do Paciente na unidade	05:11:10

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de aproximadamente 2 minutos, resultado considerado adequado e compatível com o fluxo operacional da unidade, podendo variar conforme o volume de pacientes atendidos.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de 7 minutos, desempenho considerado bastante satisfatório para pacientes classificados como azul, que, por definição, apresentam condições não urgentes e sem risco iminente à vida. Essa classificação corresponde a aproximadamente 36% de todos os atendimentos da unidade, constituindo a segunda maior demanda do Pronto-Socorro.

A Classificação de Risco foi realizada em tempo médio de 2 minutos e 21 segundos, indicador compatível com a complexidade clínica desses pacientes e inferior ao tempo médio de referência previsto na Resolução COFEN nº 661/2021, que estabelece aproximadamente 4 minutos por paciente, respeitando o limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. A menor duração da avaliação é esperada, uma vez que esses pacientes, em sua maioria, apresentam queixas de baixa complexidade, sem alterações significativas dos sinais vitais ou critérios de gravidade, possibilitando uma avaliação mais objetiva e direcionada.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 1 hora e 14 minutos, permanecendo amplamente dentro do tempo máximo recomendado de até 240 minutos para pacientes classificados como azul.

Cabe destacar que, para esse perfil de pacientes, a unidade implantou o Fast Track, estratégia assistencial destinada ao atendimento dos casos de menor complexidade. No período analisado, aproximadamente 47% dos pacientes classificados como azul foram atendidos por esse fluxo, no qual consulta médica e administração de medicamentos ocorrem no mesmo consultório, com apoio do técnico de enfermagem, permitindo alta diretamente após a conclusão do atendimento. Essa iniciativa tem contribuído significativamente para a redução do tempo de permanência, maior rotatividade dos consultórios e otimização do fluxo assistencial.

Para os pacientes classificados como azul que seguem o fluxo convencional, o tempo médio de permanência na unidade variou entre 4 e 5 horas, resultado considerado adequado. Em condições ideais, esses pacientes apresentam baixa probabilidade de necessitar de exames complementares, observação prolongada ou reavaliações médicas sucessivas, sendo esperada resolução rápida da demanda clínica.

A elevada representatividade dessa classificação evidencia uma importante característica do perfil assistencial da unidade. Embora o Pronto-Socorro seja destinado prioritariamente ao atendimento de urgências e emergências, uma parcela expressiva dos usuários procura o serviço por condições de baixa complexidade, que poderiam ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse cenário contribui para o aumento da demanda espontânea, maior utilização dos recursos destinados aos casos graves e potencial impacto sobre os tempos de atendimento e a capacidade operacional do serviço.

Nesse contexto, estratégias como o Fast Track, associadas ao fortalecimento da Atenção Primária e à adequada orientação da população sobre os fluxos da Rede de Atenção à Saúde, são fundamentais para garantir maior resolutividade, racionalização dos recursos e preservação da capacidade do Pronto-Socorro para o atendimento dos pacientes com maior gravidade.

5- FAST TRACK

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de FAST TRACK	agosto
Retirada da Senha à Recepção	00:02:23
Recepção à Classificação de Risco	00:12:04
Duração da classificação pelo enfº	00:02:13
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:07:59
Tempo Total do Paciente na unidade	01:24:39

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de 2 minutos e 23 seg, resultado considerado adequado e compatível com o fluxo operacional da unidade, podendo sofrer pequenas variações conforme a demanda espontânea.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de 12 minutos, desempenho considerado satisfatório para pacientes elegíveis ao Fast Track, uma vez que se trata de usuários classificados como azul, sem sinais de gravidade e com condições clínicas de baixa complexidade. Esse grupo correspondeu a aproximadamente 47% de todos os pacientes classificados como azul no período.

Ressalta-se que os pacientes direcionados ao Fast Track representam um perfil de menor complexidade dentro da própria classificação azul, sendo selecionados conforme critérios institucionais de inclusão e exclusão, que consideram a queixa principal, a estabilidade clínica, a ausência de alterações significativas dos sinais vitais e a baixa probabilidade de necessidade de exames complementares ou observação prolongada.

A Classificação de Risco foi realizada em tempo médio de 2 minutos e 13 segundos, resultado compatível com a complexidade clínica desses pacientes e dentro das recomendações da Resolução COFEN nº 661/2021, que estabelece tempo médio de aproximadamente 4 minutos por paciente, respeitando o limite

máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. A menor duração da avaliação é esperada, considerando que esses pacientes apresentam queixas simples, sem sinais de alerta ou alterações clínicas relevantes.

O tempo médio até o atendimento médico foi de 1 hora e 07 minutos, permanecendo amplamente dentro do tempo máximo recomendado para pacientes classificados como azul, que é de até 240 minutos.

O diferencial do Fast Track está na organização do fluxo assistencial. Nesse modelo, o paciente é atendido em consultório dedicado, onde consulta médica, administração de medicamentos e orientações de alta ocorrem de forma integrada, com atuação conjunta do médico e do técnico de enfermagem, reduzindo deslocamentos e eliminando etapas desnecessárias do atendimento convencional.

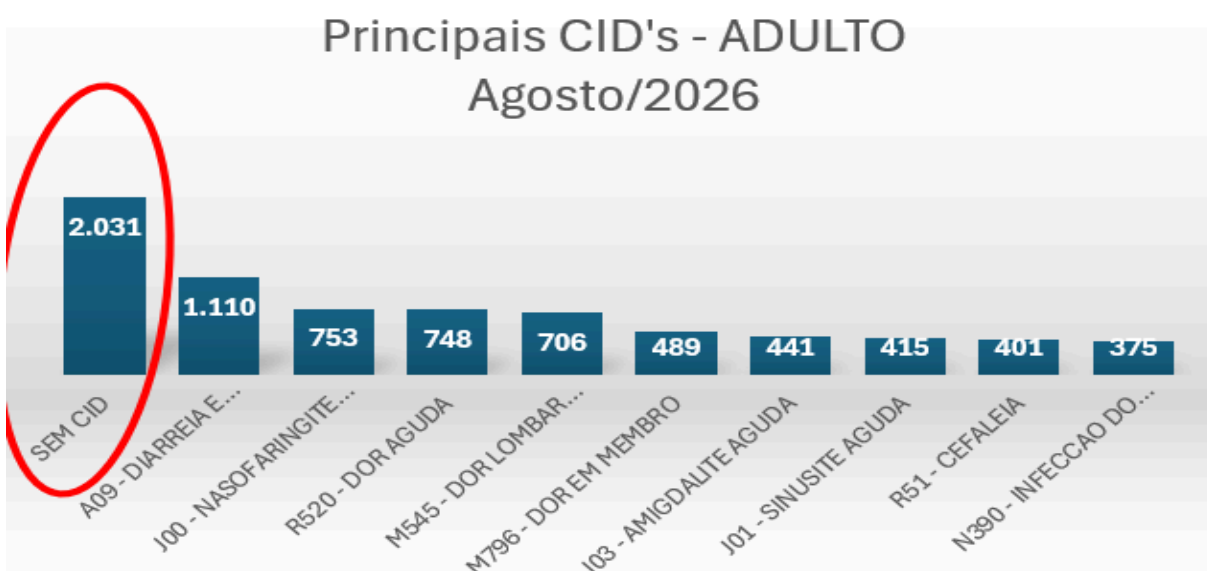
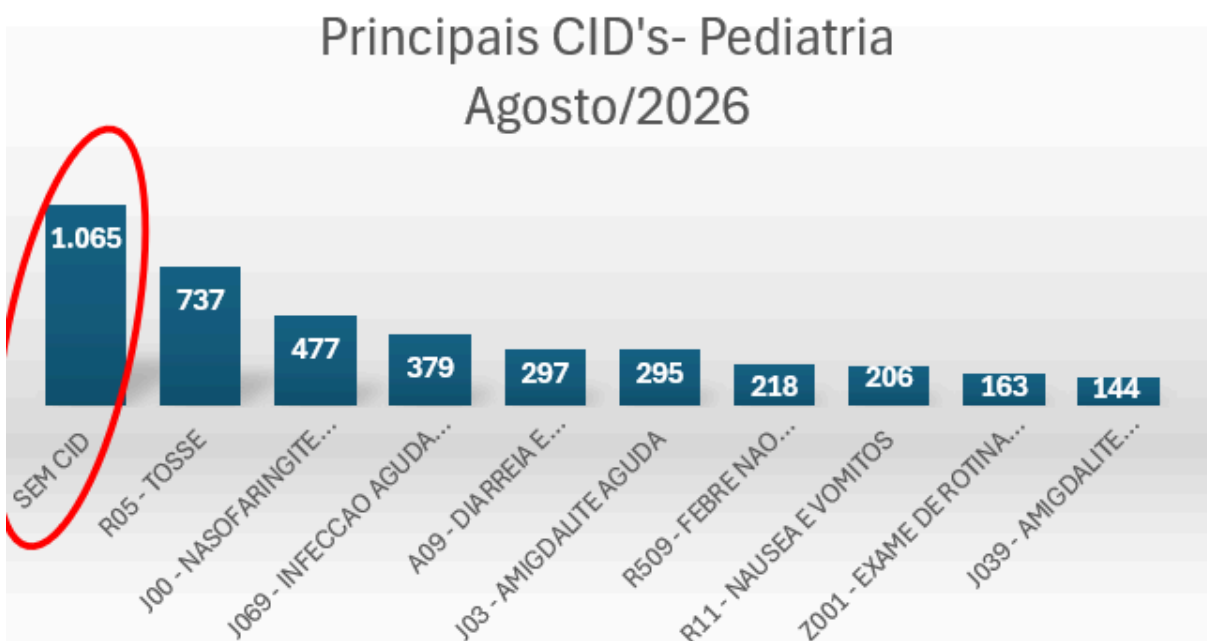
Como resultado dessa estratégia, o tempo médio de permanência do paciente na unidade foi de apenas 1 hora e 24 minutos, representando redução expressiva quando comparado ao fluxo convencional dos pacientes classificados como azul. Esse desempenho demonstra a efetividade do Fast Track na otimização do fluxo assistencial, aumento da rotatividade dos consultórios, redução da permanência dos pacientes e maior disponibilidade de recursos para os casos de maior complexidade.

Apesar dos excelentes resultados operacionais alcançados, destaca-se que esse perfil de pacientes não constitui a vocação principal de um Pronto-Socorro, sendo composto por condições clínicas de baixa complexidade que, em sua maioria, poderiam ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS). A elevada procura desses usuários pelo serviço de urgência contribui para o aumento da demanda espontânea e da pressão sobre a estrutura assistencial.

Nesse contexto, o Fast Track configura-se como uma importante estratégia de gestão do fluxo, permitindo atendimento mais ágil, seguro e resolutivo para os casos de menor complexidade, sem comprometer a capacidade da unidade de priorizar o atendimento aos pacientes com urgências e emergências reais. Entretanto, o fortalecimento da Atenção Primária e a adequada orientação da população sobre o uso da Rede de Atenção à Saúde permanecem fundamentais

para garantir maior racionalidade na utilização dos serviços de urgência e emergência.

4.4 - CID's de maior prevalência em Agosto/2026



Análise Crítica: A análise dos diagnósticos registrados evidencia os CIDs de maior prevalência entre os atendimentos realizados na unidade, permitindo

identificar o perfil epidemiológico da população assistida e subsidiar o planejamento de recursos, protocolos assistenciais e ações de educação permanente. Dentre os CID's registrados, os mais prevalentes na pediatria são associados a problemas respiratórios e no adulto relacionados ao trato gastrointestinal, respiratórios e dores no geral.

Entretanto, observou-se um quantitativo expressivo de atendimentos encerrados sem registro de CID, situação que compromete a qualidade das informações assistenciais, dificulta a análise epidemiológica e limita o monitoramento adequado dos indicadores clínicos. No atendimento adulto e ped, inclusive, a categoria "sem CID" representa o maior grupo de registros, demonstrando a necessidade de aprimoramento desse processo.

O registro correto do CID ao término do atendimento é fundamental para:

- Caracterização do perfil epidemiológico da unidade;
- Planejamento de ações de saúde e dimensionamento de recursos;
- Monitoramento dos principais agravos atendidos;
- Elaboração de indicadores assistenciais fidedignos;
- Prestação de contas aos órgãos gestores e de controle;
- Apoio às decisões estratégicas e ao planejamento da Rede de Atenção à Saúde.

Diante desse cenário, já foi formalmente solicitado, via ofício, à equipe responsável pelo Sistema SISS a implementação de um bloqueio sistêmico que impeça o encerramento do atendimento sem o preenchimento obrigatório do CID, garantindo maior integridade e confiabilidade dos dados registrados.

Essa medida contribuirá para aumentar a qualidade das informações produzidas pela unidade, fortalecer as análises epidemiológicas e assegurar maior consistência aos indicadores assistenciais utilizados na gestão e na avaliação do desempenho do serviço.

4.5 Indicadores de Qualidade

METAS QUALITATIVAS			
INDICADORES	META	sim	
AACR E INDICADORES DE GERENCIAMENTO DOS ATENDIMENTOS NA UNIDADE	A meta é apresentar protocolos específicos e envio do relatório de resultados do AACR. Além do controle de tempo médio de espera e média de permanência.	x	
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Resolução de 90% das queixas recebidas e envio consolidado da pesquisa de satisfação.	x	
PRESENÇA DO HOSPITALISTA	Envio do relatório mensal do médico hospitalista com suas ações e rotinas.	x	
NÚCLEO DE SEGURANÇA E QUALIDADE DO PACIENTE	Apresentação do relatório de segurança e qualidade e suas ações mensais.	x	
PESQUISA SATISFAÇÃO (NPS)	Realizar 10% de pesquisas sobre o total de internações	x	

Análise Crítica: De acordo com o contrato, estamos apresentando adequação dos conteúdos deste relatório. E todas as metas contratuais estão sendo atingidas.

4.6 Serviços SADT

Desempenho Assistencial - SADT	
Tipo de Exame	Resultado
Laboratoriais	19.817
ECG	932
RAIO-X	5.215
USG	328
RTPCR	1
Ag Teste Rápido	1
TOTAL	26.294

Análise crítica: Em relação aos exames dos protocolos abertos na unidade:

Protocolo de Dor Torácica

No período analisado, foram solicitadas 200 dosagens de troponina, sendo abertos 62 protocolos de Dor Torácica, demonstrando elevada sensibilidade da equipe assistencial na identificação precoce de pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA). A orientação institucional é de que todo paciente com queixa sugestiva de dor torácica seja prontamente avaliado e, quando indicado, incluído no protocolo específico.

Dos pacientes incluídos no protocolo, 26 realizaram coleta de marcadores de necrose miocárdica, e 100% foram submetidos à realização de eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos, com média de 04 minutos no mês, em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para atendimento da dor torácica.

Entre os casos investigados, 10 pacientes tiveram confirmação diagnóstica de Síndrome Coronariana Aguda, sendo:

- 04 casos de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAM c/ ST), sendo QUE TODOS foram trombolisados no PS.

- 06 casos de Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST (IAM sem supra de ST), seguidos com tratamentos de acordo com as diretrizes.

Os demais pacientes tiveram o protocolo encerrado após investigação diagnóstica, sendo identificadas outras hipóteses diagnósticas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ansiedade, Fibrilação Atrial (FA) e Taquicardia Supraventricular (TSV), dor atípica, outros.

O tempo médio de permanência desses pacientes foi de aproximadamente 12hs, período destinado à estabilização clínica, investigação diagnóstica e definição do tratamento e transferência ou alta.

Os desfechos foram: 06 altas para casa e 04 transferências, reguladas pela regulação municipal, pois o Pronto-Socorro não dispõe de serviço de hemodinâmica.

A quantidade de protocolos abertos reforça o comprometimento da equipe com o reconhecimento precoce da doença e a adoção de medidas imediatas, priorizando a segurança do paciente e reduzindo o risco de atraso no diagnóstico.

Protocolo de Seps

Durante o período, foram identificados 07 pacientes elegíveis para abertura do Protocolo de Seps, sendo efetivamente abertos 19 protocolos, resultando em uma taxa de adesão de 100%. Dos 19 protocolos iniciados, 07 foram mantidos após confirmação diagnóstica, enquanto os demais foram encerrados por exclusão da hipótese de seps durante a investigação clínica.

Nos casos confirmados, observou-se importante evolução no cumprimento das medidas do pacote da primeira hora. A realização da gasometria arterial e dosagem de lactato passou a ocorrer em tempo oportuno após a implantação do gasômetro na própria unidade, permitindo obtenção do resultado em menos de 60 minutos e favorecendo maior agilidade na condução clínica.

Entre os pacientes com protocolo confirmado, 100% receberam o antimicrobiano e o lactato em até 60 minutos, em conformidade com as recomendações das diretrizes para manejo da sepse. Da mesma forma, 100% dos pacientes que apresentavam indicação para reposição volêmica receberam o tratamento conforme estabelecido no protocolo institucional, os demais tinham contra indicação. E tivemos dois óbitos por sepse, representando 28,5% dos protocolos elegíveis.

Os resultados demonstram boa adesão da equipe às medidas críticas do manejo inicial da sepse, evidenciando avanços importantes no reconhecimento precoce da síndrome e na implementação das intervenções terapêuticas dentro dos tempos recomendados.

Serviço de Ultrassonografia

No período analisado, foram realizados 328 exames de ultrassonografia, consolidando o serviço como importante ferramenta de apoio diagnóstico no Pronto-Socorro.

Os exames mais frequentemente solicitados foram:

-
- Ultrassonografia de abdome total;
 - Ultrassonografia do aparelho urinário;
 - Doppler colorido vascular;
 - Ultrassonografia de articulações;
 - Ultrassonografia de abdome superior;
 - Demais exames direcionados conforme a indicação clínica.
-

A disponibilidade do serviço de ultrassonografia tem contribuído para maior resolutividade da unidade, permitindo diagnóstico mais rápido de diversas condições clínicas e traumáticas, redução da necessidade de encaminhamentos externos para exames complementares e maior agilidade na definição da conduta médica. Esse recurso fortalece a capacidade diagnóstica do Pronto-Socorro e contribui para a melhoria da qualidade da assistência e da segurança dos pacientes.

PROCEDIMENTOS	QTDE PROCEDIMENTOS EXECUTADOS
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	146
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	101
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	28
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	1
ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	1
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	48
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	3

4.7 Produção Radiologia Detalhada

Tipo de Radiografia	Quantidade
Tórax	2164
Crânio	296
Abdome	312
Membros Superiores	394
Membros inferiores	507
outros	1542
TOTAL	5215

Análise Crítica: No período analisado, foram realizados 5215 exames de radiografia, contemplando pacientes atendidos nas áreas adulta e pediátrica, demonstrando a elevada utilização do serviço de diagnóstico por imagem como ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica no Pronto-Socorro.

Do total de exames realizados:

- 5.215 exames radiográficos foram executados;
- 3.839 exames foram cadastrados e monitorados pelo sistema SISS;
- Os exames corresponderam a 3.086 pacientes atendidos, evidenciando que parte dos pacientes necessitou de mais de uma incidência radiográfica durante o atendimento;

- 85 exames foram realizados à beira leito, destinados principalmente aos pacientes internados ou com impossibilidade de deslocamento até a sala de radiologia.

As incidências mais frequentemente solicitadas refletem o perfil epidemiológico e assistencial da unidade, destacando-se:

- Radiografia de Tórax (PA, AP e no leito): principal exame solicitado para investigação de síndromes respiratórias, pneumonias, insuficiência respiratória, avaliação cardiopulmonar, traumas torácicos e acompanhamento clínico de pacientes graves.
- Membros Superiores: exames voltados à investigação de fraturas, luxações e outras lesões traumáticas envolvendo mão, punho, antebraço, cotovelo, braço e ombro.
- Membros Inferiores: utilizados na avaliação de traumas envolvendo pé, tornozelo, perna, joelho, fêmur e quadril, especialmente em pacientes vítimas de quedas e acidentes.
- Coluna Cervical, Torácica e Lombar: indicados principalmente para investigação de traumas, acidentes automobilísticos, quedas e quadros de dor aguda.
- Abdômen Agudo: solicitado para avaliação inicial de pacientes com dor abdominal intensa, suspeita de obstrução intestinal, perfuração de vísceras e outras emergências abdominais.
- Pelve e Bacia: frequentemente utilizado na investigação de traumas de alta energia, quedas em idosos e pacientes politraumatizados.

O elevado número de exames realizados demonstra a importância estratégica do serviço de radiologia para a resolutividade do Pronto-Socorro, contribuindo para o diagnóstico precoce, definição da conduta terapêutica e maior segurança na assistência.

Destaca-se ainda que a disponibilidade do exame radiográfico durante todo o funcionamento da unidade possibilita maior agilidade na investigação diagnóstica, reduzindo o tempo para tomada de decisão clínica e favorecendo desfechos mais oportunos. O acompanhamento contínuo do perfil das incidências solicitadas também subsidia o planejamento da capacidade operacional do

serviço, a manutenção dos equipamentos e o dimensionamento adequado das equipes, garantindo suporte eficiente às demandas assistenciais do Pronto-Socorro.

4.8 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro

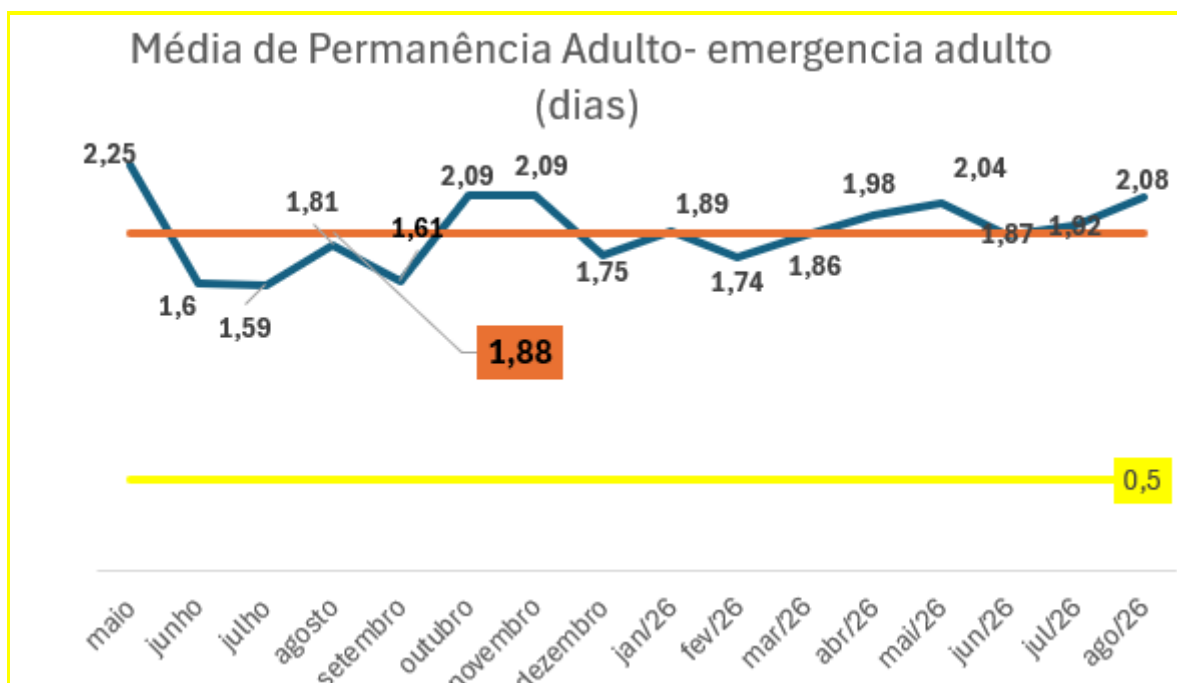
Tempo Médio de Permanência (Dias)	
Setores de Atendimento	Resultado
Emergência adulto	2,08
Observação adulto	2,09
Emergência pediátrica	1,33
Observação pediátrica	1,66

Destino do Paciente Adulto da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	52
Remoção	75
Óbito	0
Evasão	5
TOTAL	132

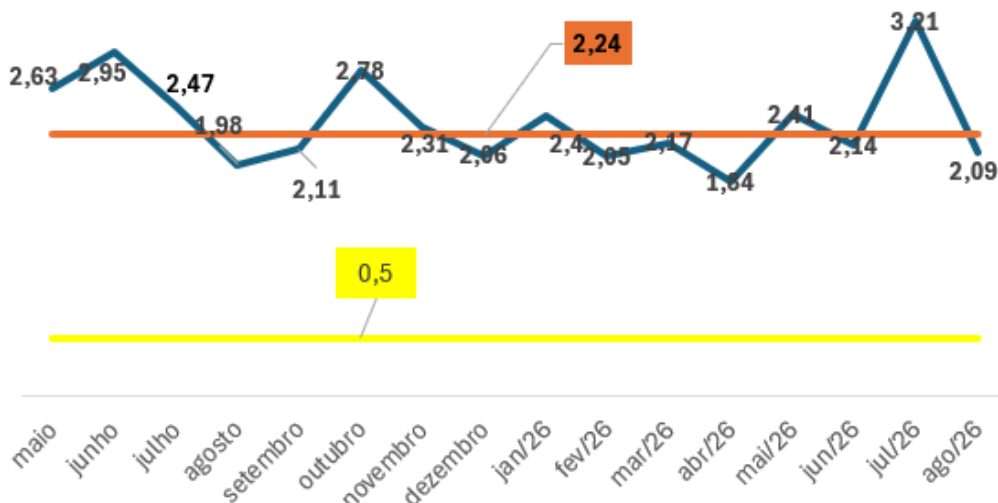
Destino do Paciente Adulto da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	73
Remoção	50
Óbito	15
Evasão	4
TOTAL	142

Destino do Paciente Infantil da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	19
Remoção	15
Óbito	0
Evasão	2
TOTAL	36

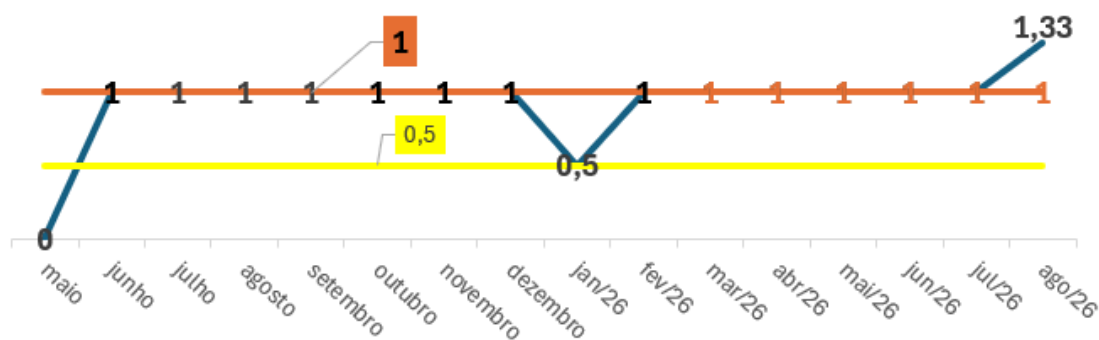
Destino do Paciente Infantil da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	3
Remoção	3
Óbito	0
Evasão	0
TOTAL	6

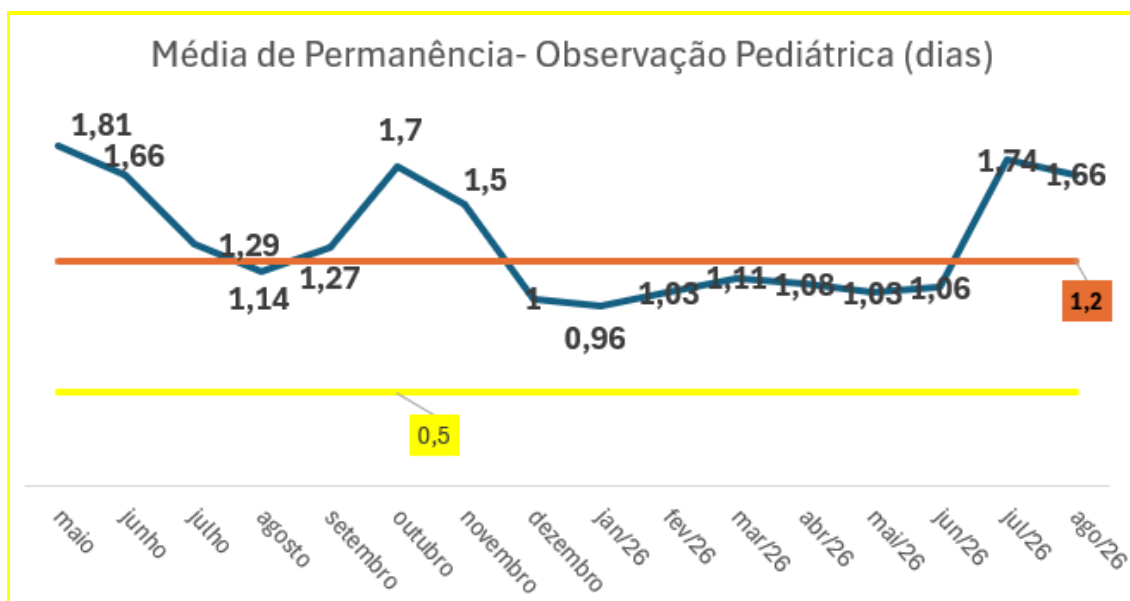


Média de Permanência Adulto- observação adulto (dias)



Média de Permanência- Emergência Pediátrica (dias)





Análise Crítica: No período analisado, o Pronto-Socorro Adulto registrou 572 pacientes-dia, considerando os pacientes em permanência nos leitos de emergência e observação. No mesmo período, ocorreram saídas, distribuídas de acordo com as tabelas acima, entre: altas hospitalares, evasões, transferências externas, óbitos com permanência inferior a 24 horas e óbitos após 24 horas de permanência.

A média de permanência foi de 2,08 dias nos leitos de emergência adulto e 2,09 dias nos leitos de observação adulto. Embora esses tempos estejam abaixo da média observada em muitos serviços de urgência com retenção de pacientes, permanecem superiores ao esperado para um Pronto-Socorro, cuja finalidade é a estabilização clínica, definição diagnóstica e encaminhamento oportuno para internação, transferência ou alta.

A média de permanência foi de 1,33 dia na emergência pediátrica e 1,66 dia na observação pediátrica, refletindo maior agilidade na resolução dos casos e na regulação dos pacientes pediátricos, apesar de ter sido o maior tempo de permanência pediátrica dos últimos meses.

Observa-se que a principal limitação para redução do tempo de permanência dos pacientes internados no Pronto-Socorro não está relacionada ao fluxo interno da unidade, mas sim à dependência da Central de Regulação e à disponibilidade de

leitos hospitalares na rede de atenção. Como consequência, pacientes que já possuem indicação formal de internação permanecem internados no Pronto-Socorro por período superior ao ideal, ocupando leitos destinados ao atendimento de urgências e emergências.

Essa permanência prolongada gera impactos importantes na dinâmica assistencial, entre eles:

- Redução da rotatividade dos leitos de emergência e observação;
- Maior taxa de ocupação da unidade;
- Dificuldade para absorção de novos casos graves;
- Sobrecarga das equipes assistenciais;
- Aumento do tempo de permanência dos pacientes;
- Maior utilização de recursos humanos, materiais e estruturais originalmente destinados ao atendimento de curta permanência.

A gestão da unidade tem atuado de forma contínua junto à Central de Regulação e à Secretaria Municipal de Saúde, por meio de ofícios, reuniões técnicas e acompanhamento sistemático dos pacientes com indicação de internação, buscando agilizar a disponibilização de vagas hospitalares e reduzir o tempo de permanência no Pronto-Socorro.

A otimização do processo regulatório é fundamental para garantir maior rotatividade dos leitos, melhorar os desfechos clínicos, preservar a capacidade operacional da unidade e assegurar que o Pronto-Socorro exerça sua função principal: prestar atendimento rápido, resolutivo e seguro aos pacientes com urgências e emergências, evitando sua utilização como unidade de internação prolongada.

4.9 - Municípios de origem dos pacientes

Atendimentos por Origem do Paciente	
Município	AGOSTO
Barueri	19.017
Carapicuíba	413
Cotia	23
Itapevi	616
Jandira	2.278
Osasco	63
Pirapora do Bom Jesus	0
Santana de Parnaíba	16
São Paulo	38
Não informado	302
Outros municípios	33
TOTAL	22799

Análise Crítica: A análise da procedência dos pacientes atendidos demonstra que o município de Barueri concentra a maior demanda da unidade, correspondendo a 84% de todos os atendimentos realizados. Em seguida, destacam-se os municípios de Jandira, Itapevi e Carapicuíba, além de um percentual residual proveniente de outros municípios.

A predominância de pacientes residentes em Barueri é esperada, considerando que o Pronto-Socorro integra a Rede Municipal de Atenção às Urgências e Emergências e constitui importante porta de entrada para a população local.

Entretanto, observa-se também expressiva procura por moradores de municípios vizinhos, especialmente Jandira, Itapevi e Carapicuíba. Esse comportamento pode ser explicado por diversos fatores, entre eles:

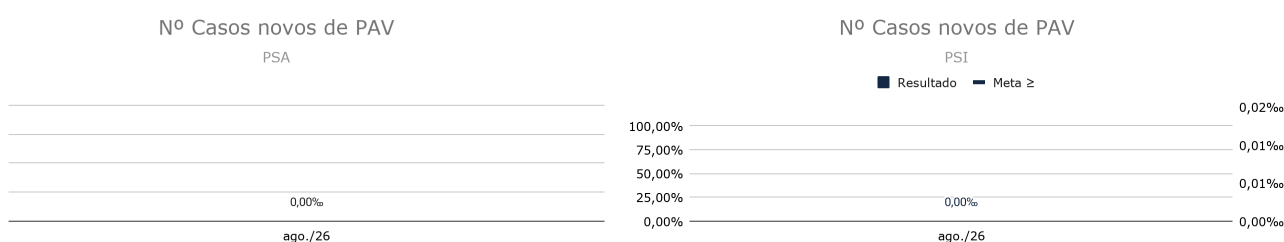
- A proximidade geográfica entre os municípios;
- A facilidade de acesso ao Pronto-Socorro;
- A maior capacidade instalada e oferta de serviços de urgência e emergência disponibilizada pelo município de Barueri;

- Limitações estruturais e assistenciais da rede de saúde de alguns municípios do entorno, que podem direcionar parte da população para serviços com maior resolutividade;
- A existência de vínculos familiares, sociais e laborais em Barueri, favorecendo a procura pelo atendimento no município, independentemente da cidade de residência.

Esse cenário evidencia o papel regional desempenhado pelo Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas, que, embora tenha como principal responsabilidade o atendimento da população de Barueri, absorve parcela significativa da demanda de municípios vizinhos. Essa característica impacta diretamente o volume de atendimentos, a utilização da capacidade instalada e a necessidade de planejamento contínuo dos recursos assistenciais, humanos e estruturais, reforçando a importância da integração entre os municípios e do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde para garantir acesso oportuno e assistência qualificada à população.

5 INDICADORES ASSISTENCIAIS DE QUALIDADE

5.1 Nº Casos novos de PAV



Análise Crítica: No período analisado, **não tivemos casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)** na população adulta. Foram contabilizados 24 pacientes-dia em ventilação mecânica, correspondentes a 10 pacientes submetidos à intubação orotraqueal (IOT). Na pediatria, não houve ocorrência de casos de PAV no período.

A prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, especialmente da PAV, é realizada de forma sistemática por meio da atuação integrada da

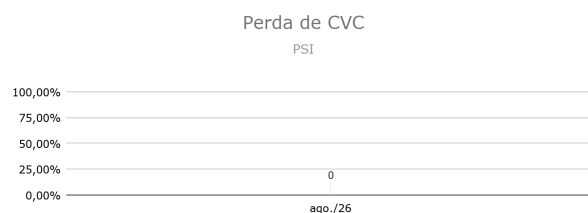
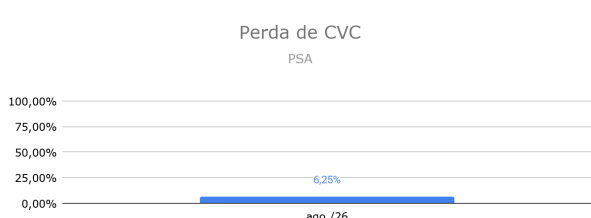
Fisioterapia e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que acompanham diariamente os pacientes em uso de via aérea avançada.

As equipes monitoram continuamente a adesão aos bundles de inserção e manutenção da ventilação mecânica, contemplando medidas baseadas em evidências, como elevação da cabeceira, higiene oral, manejo adequado da pressão do cuff, aspiração de vias aéreas quando indicada, avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e retirada precoce da ventilação mecânica sempre que clinicamente possível.

Além do acompanhamento individualizado, os pacientes com dispositivos invasivos são discutidos diariamente durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação, permitindo avaliação compartilhada das condutas, identificação precoce de fatores de risco e implementação de medidas preventivas.

A ocorrência de apenas um caso de PAV no período, associada ao monitoramento contínuo dos bundles e à atuação integrada das equipes assistenciais, demonstra adequada vigilância dos pacientes críticos e reforça a importância da manutenção das estratégias de prevenção, educação permanente e auditoria dos processos relacionados à ventilação mecânica, visando reduzir ainda mais a incidência desse evento é promover maior segurança aos pacientes.

5.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 16 pacientes-dia em uso de Cateter Venoso Central (CVC) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

Tivemos 01 perda acidental de CVC, pela primeira vez, em mais de um ano na gestão da unidade, o evento ocorreu no momento do RX, a técnica de radiologia ao acomodar o paciente na mesa do exame, tracionou o catéter acidentalmente. Foi feito o registro de evento adverso, porém sem dano ao paciente. Isso correspondeu a 6,25% em relação ao nº de pacientes-dia com CVC.

O acompanhamento dos pacientes em uso de CVC é realizado de forma sistemática pela Enfermagem, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), por meio do monitoramento dos bundles de inserção e manutenção, contemplando práticas baseadas em evidências para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

O SCIH acompanha continuamente esse indicador em parceria com a Gestão Assistencial, realizando auditorias, análise crítica dos resultados e implementação de planos de ação sempre que necessário, visando manter elevados padrões de qualidade e segurança do paciente.

Além disso, todos os pacientes portadores de CVC são discutidos diariamente durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação. Essas discussões permitem reavaliar continuamente a necessidade de permanência do dispositivo, identificar precocemente fatores de risco para infecção e reforçar as medidas de manutenção segura, contribuindo para a redução de eventos adversos e para a melhoria contínua da assistência prestada.

Eventos Adversos

Protocolo: 2026827139671	Nome: RADIOLÓGICA	Data Nascimento: 01/01/0001	
Prontuário :	Sexo : Feminino	Tipo Pessoa : Paciente	Outro :
Tipo Setor Notificado : Assistencial	Setor Notificado :	Tipo Setor Notificante : Assistencial	Setor Notificante : Emergência
Tipo Setor Ocorrência : Assistencial	Setor Ocorrência : Emergência	Data do Evento : 26/08/2026	Hora do Evento : 22:00

Descrição Detalhada do Evento:

Durante atendimento, TEC de RX realizou posicionamento/manipulação do paciente para exame, ocorrendo exteriorização acidental do CVC. Procedimento imediatamente interrompido, paciente avaliado, sem sinais de instabilidade clínica no momento. Comunicado enfermeiro responsável e equipe médica. Realizados cuidados conforme protocolo institucional, mantida monitorização e observação do paciente.

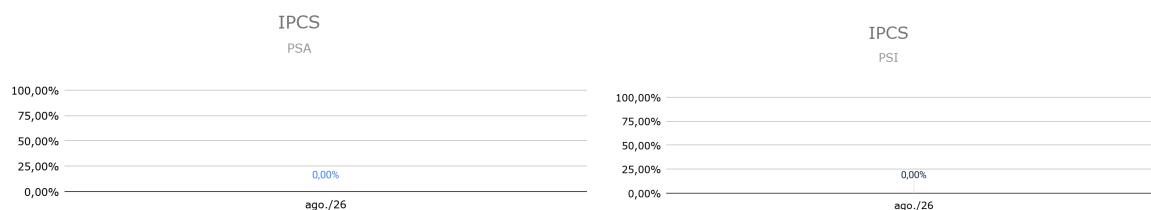
Ação Imediata (Encaminhamento, Exames, Procedimentos e Resultados):

Interromper imediatamente qualquer infusão pelo CVC. Não reintroduzir o cateter caso tenha saído parcialmente. Realizar compressão no local, se houver sangramento. Avaliar SSVV, padrão respiratório e estado clínico do paciente. Verificar presença de sinais sugestivos de complicação, como dispneia, dor torácica, queda de SpO₂, sangramento ou alteração do nível de consciência. Comunicar imediatamente o enfermeiro e médico responsável. Manter monitorização multiparamétrica. Manter o local protegido com curativo estéril, conforme protocolo institucional. Se houver suspeita de complicação relacionada ao CVC, seguir protocolo institucional e avaliação médica imediata. Registrar o evento e as condutas realizadas em prontuário e realizar notificação do incidente conforme rotina da instituição.

Qual foi a consequência imediata ao paciente?

Dano Leve

5.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 16 pacientes-dia em uso de Cateter Venoso Central (CVC) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

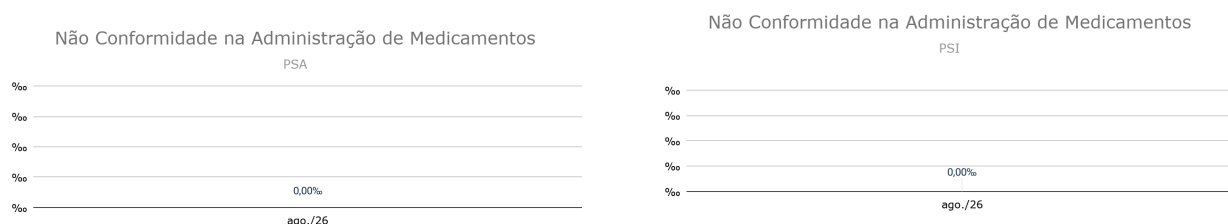
Não foi identificado nenhum caso de Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada ao Cateter Venoso Central (IPCS/CVC), resultado que evidencia a efetividade das medidas de prevenção adotadas pela equipe assistencial e o adequado manejo dos dispositivos invasivos.

O acompanhamento dos pacientes em uso de CVC é realizado de forma sistemática pela equipe de Enfermagem, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), por meio da aplicação e monitoramento dos

bundles de inserção e manutenção, contemplando práticas baseadas em evidências para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

O SCIH acompanha continuamente esse indicador em parceria com a Gestão Assistencial, realizando auditorias, monitoramento dos resultados e análise crítica dos processos, permitindo a identificação precoce de oportunidades de melhoria e a implementação de ações preventivas sempre que necessário.

5.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise Crítica: No período analisado, **não foram registrados eventos adversos relacionados ao processo de dispensação de medicamentos**, tanto na população adulta quanto na pediátrica, evidenciando adequada segurança no processo de distribuição e utilização de medicamentos na unidade.

No período, foram dispensados 62.256 medicamentos para pacientes adultos e 2.934 medicamentos para pacientes pediátricos, totalizando 65.190 medicamentos dispensados, sem ocorrência de eventos relacionados à etapa de dispensação.

Esse resultado demonstra a efetividade das barreiras de segurança adotadas pela equipe multiprofissional, incluindo a conferência da prescrição médica, validação farmacêutica, identificação correta do paciente e cumprimento das práticas seguras de administração de medicamentos.

Com o módulo de suprimentos implantado na unidade do SISS, é possível garantir a rastreabilidade do medicamento dispensado/paciente.

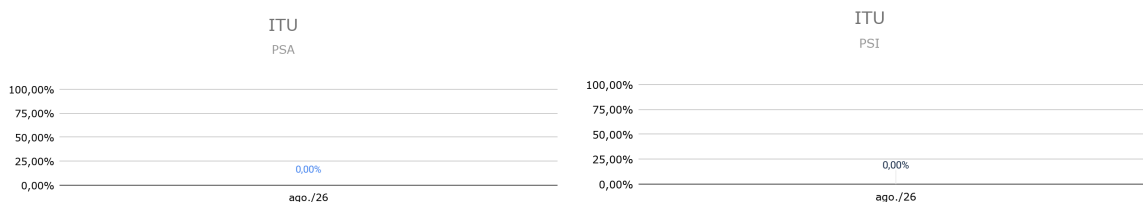
Como estratégia permanente de prevenção, durante as visitas multiprofissionais diárias realizadas nos setores de emergência e observação, são discutidos os

casos clínicos com foco na reconciliação medicamentosa, avaliação de interações medicamentosas, ajustes terapêuticos e revisão da farmacoterapia, especialmente em pacientes críticos, idosos e polimedicados.

A atuação integrada entre as equipes médica, de enfermagem e farmacêutica contribui para a identificação precoce de potenciais riscos, redução da ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Os resultados observados refletem o compromisso da unidade com a adoção de práticas assistenciais seguras, o monitoramento contínuo dos processos relacionados ao uso de medicamentos e a promoção da qualidade da assistência prestada.

5.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 55 pacientes-dia em uso de Sonda Vesical de Demora (SVD) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

Não foi identificado nenhum caso de Infecção do Trato Urinário Associado à Sonda Vesical de Demora (ITU-SVD), **há mais de 15 meses**, resultado que demonstra a efetividade das medidas preventivas adotadas pela equipe assistencial e a adequada gestão dos dispositivos invasivos.

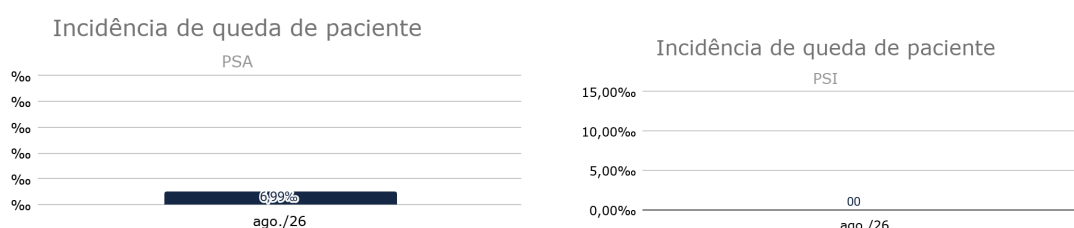
O acompanhamento dos pacientes em uso de SVD é realizado de forma sistemática pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em conjunto com a equipe assistencial, por meio do monitoramento da indicação, permanência e manutenção do dispositivo, além da aplicação dos bundles de

inserção e manutenção, fundamentados em práticas baseadas em evidências para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Os pacientes em uso de SVD são avaliados diariamente durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação, ocasião em que são discutidas a necessidade de manutenção da sonda, a possibilidade de retirada precoce (desinvadir o mais precocemente possível) e a adesão às medidas preventivas, reduzindo o tempo de permanência do dispositivo e, consequentemente, o risco de infecção.

A ausência de casos de ITU-SVD no período reforça a efetividade das estratégias de vigilância, da atuação integrada entre o SCIH e a equipe assistencial e do compromisso institucional com a segurança do paciente e a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.

5.6 Incidência de Queda



Análise Crítica: No período analisado, permaneceram internados 572 pacientes-dia na população adulta e 68 pacientes-dia na pediatria, considerando os pacientes admitidos nos leitos de emergência e observação.

Foram registrados 04 incidentes de queda na população adulta, classificado como evento com dano leve, não havendo ocorrência de quedas na pediatria. O indicador correspondeu a 6,99% de quedas por 1.000 pacientes-dia, resultado considerado baixo e compatível com as medidas preventivas adotadas pela unidade. As quedas ocorreram em pacientes agitados, mesmo com protocolo de contenção química e mecânica.

A prevenção de quedas é realizada de forma contínua por meio da identificação precoce dos pacientes com fatores de risco e da implementação de medidas de

segurança individualizadas. Todos os pacientes internados são avaliados quanto ao risco de queda, sendo os casos discutidos diariamente durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação.

Entre as principais medidas preventivas adotadas destacam-se:

- Identificação dos pacientes com pulseira de risco de queda (cor preta);
- Manutenção das grades dos leitos elevadas, quando indicado;
- Presença de acompanhante para pacientes confusos, com alterações neurológicas, agitação psicomotora, idosos ou com limitação funcional, conforme critérios institucionais;
- Orientação para que pacientes solicitem auxílio da equipe antes de se levantarem, especialmente para idas ao banheiro;
- Disponibilização e incentivo ao uso das campainhas de chamada;
- Reavaliação periódica do risco de queda durante a internação e após alterações do estado clínico.

Os eventos ocorridos sempre são analisados pela equipe assistencial, com identificação das oportunidades de melhoria e reforço das medidas preventivas junto aos profissionais envolvidos, fortalecendo a cultura de segurança do paciente, mesmo nos casos de pacientes agitados com protocolo de contenção, com reforço à equipe do compromisso institucional com a redução de eventos adversos, a vigilância contínua e a promoção de uma assistência segura e de qualidade aos pacientes internados.

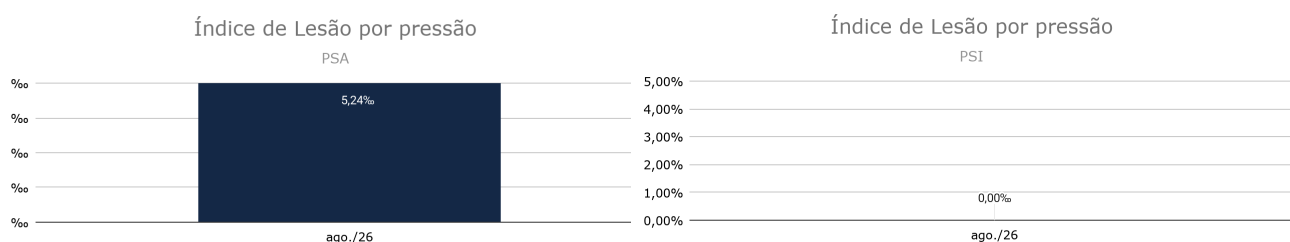
Eventos Adversos

Protocolo: 2026814137990	Nome: KLECIO PEREIRA CAVALCANTE	Data Nascimento: 17/11/1968	
Prontuário : 5601217	Sexo : Feminino	Tipo Pessoa : Paciente	Outro :
Tipo Setor Notificado : Assistencial	Setor Notificado : Enfermagem	Tipo Setor Notificante : Assistencial	Setor Notificante : Emergência
Tipo Setor Ocorrência : Assistencial	Setor Ocorrência : Emergência	Data do Evento : 14/08/2026	Hora do Evento : 11:00
Descrição Detalhada do Evento: PACIENTE SE ENCONTRA SEM CONTENÇÃO NO MOMENTO DA PASSAGEM DE PLANTÃO, APRESENTAVA UMA PROGRESSÃO DO QUADRO NEUROLÓGICO E CHEGOU A IR AO BANHEIRO ALGUMAS VEZES COM AUXÍLIO DA ENFERMAGEM, PORÉM DURANTE O PERÍODO DAS 11:00 PACIENTE APRESENTOU UM QUADRO DE CONVULSÃO + AGITAÇÃO, PACIENTE TENTOU SE LEVANTAR SOZINHO E SOFREU UMA QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA CAINDO SENTADO, PACIENTE FOI ACOMODADO NOVAMENTE NO LEITO E REALIZADO CONTENÇÃO MECÂNICA E QUÍMICA, PACIENTE NÃO APRESENTOU LESÕES, EDEMAS OU FRATURAS DE NENHUMA NATUREZA.			
Ação Imediata (Encaminhamento, Exames, Procedimentos e Resultados): REALIZADO CONTENÇÃO MECÂNICA E QUÍMICA, PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE SE MANTER SEM AS CONTENÇÕES, CASO NOTIFICADO E REGISTRADO EM PRONTUÁRIO.			
Qual foi a consequência imediata ao paciente? Sem dano			

Eventos Adversos

Protocolo: 2026818138593	Nome: KLECIO PEREIRA CAVALCANTE	Data Nascimento: 17/11/1968	
Prontuário : 5601217	Sexo : Feminino	Tipo Pessoa : Paciente	Outro :
Tipo Setor Notificado : Assistencial	Setor Notificado : Emergência	Tipo Setor Notificante : Assistencial	Setor Notificante : Emergência
Tipo Setor Ocorrência : Assistencial	Setor Ocorrência : Emergência	Data do Evento : 16/08/2026	Hora do Evento : 20:10
Descrição Detalhada do Evento: **Relato do evento:** Paciente em sala de emergência, com HD de HSA, mantendo contenção em membros superiores e inferiores, apresentando-se agitado. Paciente previamente orientado quanto aos riscos de queda e à necessidade de permanecer no leito, bem como quanto ao risco de lesões decorrentes de movimentação excessiva e tentativa de retirar as contenções. Às 20h10, paciente apresentou episódio de agitação psicomotora intensa, realizando movimentos bruscos, evoluindo com queda da maca, de proximadamente 60 cm de altura, com queda ao solo, em posição sentada/agachada (cócoras). Após o evento, paciente foi prontamente assistido pela equipe, sendo realizada avaliação quanto a possíveis lesões decorrentes da queda e adotadas as medidas assistenciais pertinentes, conforme protocolo institucional. Evento comunicado à equipe responsável para seguimento e monitoramento do paciente.			
Ação Imediata (Encaminhamento, Exames, Procedimentos e Resultados): Aberto Protocolo de Queda. Realizado RX conforme protocolo institucional. Realizado manutenção de contenção química.			
Qual foi a consequência imediata ao paciente? Dano Leve			

5.7 Incidência de Lesão por Pressão



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 572 pacientes-dia internados nos leitos de emergência e observação da população adulta, todos submetidos à avaliação de risco para desenvolvimento de Lesão por Pressão (LP). Na pediatria, não houve ocorrência de pacientes com lesão por pressão durante o período.

Foram identificados 03 casos de Lesão por Pressão Grau 2, todos classificados como eventos com dano leve, correspondendo a 0,52% de lesões e 5,24 por 1.000 pacientes-dia. Não houve registro de lesões em estágios avançados ou de maior gravidade adquiridas durante a internação.

A prevenção da Lesão por Pressão constitui uma das prioridades da assistência aos pacientes com permanência prolongada, mobilidade reduzida ou outras condições predisponentes. Todos os pacientes com risco são acompanhados diariamente, sendo os casos discutidos durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação.

Entre as principais medidas preventivas adotadas destacam-se:

- Avaliação sistemática do risco para desenvolvimento de Lesão por Pressão;
- Mudança periódica de decúbito;
- Utilização de colchão tipo caixa de ovo e superfícies de alívio de pressão, quando indicadas;
- Uso de coxins para proteção de proeminências ósseas;
- Avaliação e suporte nutricional para pacientes em risco;

- Monitoramento contínuo da integridade da pele e orientação da equipe assistencial quanto às medidas preventivas.

Como estratégia de fortalecimento das ações de prevenção e tratamento, foi implantada, em abril, a **Comissão de Curativos e Lesões de Pele**, composta por profissionais da Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Fisioterapia. A comissão tem o objetivo de: realizar acompanhamento diário dos pacientes com Lesão por Pressão, padronizar condutas, orientar as equipes assistenciais e monitorar a implementação das medidas preventivas e terapêuticas, visando reduzir a ocorrência de novos casos e minimizar a progressão das lesões durante a internação.

Os resultados demonstram o compromisso da unidade com a vigilância contínua dos pacientes em risco, a atuação multiprofissional integrada e a adoção de práticas baseadas em evidências para prevenção de Lesão por Pressão, contribuindo para a segurança do paciente e para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Eventos Adversos

Protocolo: 2026822139240	Nome: JOSE CARLOS DA SILVA	Data Nascimento: 07/03/1964	
Prontuário : 5605099	Sexo : Feminino	Tipo Pessoa : Paciente	Outro :
Tipo Setor Notificado : Assistencial	Setor Notificado : Emergência	Tipo Setor Notificante : Assistencial	Setor Notificante : Emergência
Tipo Setor Ocorrência : Assistencial	Setor Ocorrência : Emergência	Data do Evento : 22/08/2026	Hora do Evento : 10:00

Descrição Detalhada do Evento:

PACIENTE APRESENTA LESÃO EM REGIÃO SACRAL GRAU II OBSERVADA E JÁ ABORDADA NO DIA 20/08, PACIENTE ESTA INTERNADO DESDE O DIA 14/08 MANTENDO VENTILAÇÃO MECÂNICA E CUIDADOS CRÍTICOS, DURANTE OS DIAS 15 E 19 NÃO FOI OBSERVADO OU NOTIFICADO OCORRÊNCIA DE LESÃO, A LESÃO PROVOCADA FOI EM DECORRÊNCIA DA FALTA DE MUDANÇA DE DECÚBITO E MÁ HIDRATAÇÃO DA REGIÃO AFETADA,

Ação Imediata (Encaminhamento, Exames, Procedimentos e Resultados):

INICIADO TRATAMENTO COM KOLLAGENASE E HIDRATAÇÃO DAS DEMAIS ÁREAS DA PELE COM CREME DE BARREIRA, REALIZAO NOTIFICAÇÃO DO CASO

Qual foi a consequência imediata ao paciente?

Dano Grave

6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)

6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)

No período foram registradas, ao todo, 42 manifestações de Ouvidoria, sendo:

- 08 elogios;
- 34 queixas.

Apresenta-se, a seguir, uma amostra representativa correspondente a 10% do total, selecionada de forma criteriosa, com o objetivo de ilustrar os principais tipos de manifestações registradas no período analisado. 100% das ouvidorias são respondidas dentro do prazo estabelecido, exceto as de maior complexidade ou quando não chegam a tempo hábil de resposta, mas sempre finalizamos as respostas e tratativas. Apenas uma ouvidoria vinda pela SMS, não foi aceita e foi solicitado resposta mais detalhada e justificada.

Ouvidoria- agosto/2026		
	AGOSTO	%
Ouvidoria meta (10%)	5	10
TOTAL MENSAL	42	

nº do protocolo	Classificação	Síntese da queixa	Resolvido
202682158359	Elogio	Elogio do Profissional	Sim
202682458494	Elogio	Elogio do Profissional	sim
202682458494	Elogio	Elogio do Profissional	Sim
202682658656	Reclamação	Comportamento Inadequado do Profissional	Sim
202682758694	Reclamação	Comportamento Inadequado do Profissional	Sim

Análise: Em Agosto de 2026, foram recebidas ao todo 42 ouvidorias, sendo 08 elogios e 34 queixas.

Dessa forma, apresentamos uma amostra correspondente a 10% do total, totalizando 4,2 registros arredondando para 5, selecionados de forma representativa. Lembrando que todas foram analisadas e respondidas dentro do período.

Ressalta-se que 100% das manifestações recebidas são analisadas individualmente, com investigação dos fatos quando necessária, definição de plano de ação, devolutiva aos setores envolvidos e resposta ao manifestante dentro dos prazos estabelecidos. As informações provenientes da Ouvidoria também subsidiam ações de melhoria contínua, permitindo identificar oportunidades de aperfeiçoamento dos processos assistenciais e administrativos, contribuindo para o fortalecimento da qualidade da assistência, da segurança do paciente e da experiência do usuário.

Todas as manifestações foram analisadas individualmente e encaminhadas às coordenações e lideranças responsáveis para apuração dos fatos, definição das medidas pertinentes e elaboração de planos de ação quando identificadas oportunidades de melhoria. As respostas aos usuários foram fornecidas dentro dos prazos estabelecidos.

A análise sistemática das ouvidorias constitui importante ferramenta de gestão, permitindo identificar fragilidades nos processos assistenciais e administrativos, direcionar ações de educação permanente e monitorar a efetividade das melhorias implementadas, fortalecendo a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a humanização do atendimento.

Manifestação - 202682158359			
Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 21/08/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não
Classificação : Elogio		Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional	
Manifestação : **Relato da Manifestação** Manifestante registra elogio à **Dra. Stefanny** e à **supervisora Jaqueline**, destacando o atendimento prestado durante sua permanência na unidade. Relata ter sido tratado de forma atenciosa e humanizada pelas profissionais, ressaltando a disponibilidade demonstrada para ouvir suas necessidades, compreender sua situação e auxiliá-lo da melhor maneira possível. Ao final, manifesta seu agradecimento e reconhecimento pela empatia, atenção e acolhimento demonstrados pelas profissionais durante o atendimento.			
Providência : Prezado(a) manifestante, Agradecemos pelo registro da manifestação e, especialmente, pelas palavras de reconhecimento direcionadas à Dra. Stefanny e à supervisora Jaqueline. Ficamos muito satisfeitos em saber que você se sentiu acolhido(a), ouvido(a) e devidamente assistido(a) durante sua permanência na unidade. A empatia, a disponibilidade e o respeito às necessidades de cada paciente são fundamentais para a prestação de uma assistência humanizada e de qualidade. Seu elogio será compartilhado com as profissionais, como forma de reconhecimento pelo trabalho realizado e pelo cuidado demonstrado durante o atendimento. Agradecemos pela confiança e por dedicar um momento para reconhecer a atuação de nossas profissionais. Manifestações como a sua são muito importantes para valorizar e incentivar nossa equipe a continuar oferecendo um atendimento cada vez mais humanizado. Atenciosamente, Gabriela Teles Barbosa Coordenação Médica e Diretoria Clínica			

Manifestação - 202682458494

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 24/08/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não
Classificação : Elogio		Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional	
Manifestação : **Relato da Manifestação** Manifestante registra agradecimento pelo atendimento recebido durante sua permanência na unidade, destacando a atenção e o acolhimento prestados pela equipe de enfermagem e pelos médicos da Emergência. Em especial, elogia a **enfermeira Bianca** e a **médica Felipe**, ressaltando a postura atenciosa, humanizada e empática demonstrada pelas profissionais, não apenas em seu atendimento, mas também na forma como tratam os demais pacientes. Contudo, relata uma situação ocorrida durante o plantão noturno que lhe causou preocupação. Segundo a manifestante, uma profissional de enfermagem teria comentado que havia presenciado o falecimento de um paciente que fazia uso da mesma medicação que estava sendo administrada a ela. Informa que a situação lhe causou grande apreensão e medo, levando-a a ficar emocionalmente abalada e, segundo seu relato, ocasionando elevação de sua pressão arterial. Ao final, reforça seu agradecimento pelo atendimento recebido e destaca positivamente a postura humanizada e empática da equipe. Providência : Prezado(a) Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade.			

Manifestação - 202682658656

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 26/08/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Sim
CPF : 33359136802		Nome Completo : Maria do Bom Conselho Soares	
CEP :		Endereço :	
Número :	Complemento :	Bairro :	Cidade :
Estado :	Telefone :	E-Mail : mariaasoures4198@gmail.com	
Classificação : Reclamação		Motivo da Manifestação : Fluxo de atendimento	
Manifestação : Manifestação: A paciente relata que possui veias de difícil acesso e que foram realizadas três tentativas de punção venosa, por duas enfermeiras, sem sucesso. Informa que, durante o procedimento, uma das profissionais afirmou que não conseguiria localizar sua veia. Relata ainda que possuía retorno médico agendado, porém sua ficha foi dispensada pelas mesmas, impossibilitando a continuidade do atendimento. Providência : Em atenção à manifestação apresentada, informamos que a situação foi analisada junto à equipe assistencial e, conforme registros realizados no atendimento, a paciente foi chamada por três vezes pelo painel eletrônico, sendo posteriormente chamada novamente para continuidade da assistência. Na ocasião, foram realizadas duas tentativas de punção venosa pela técnica de enfermagem, porém sem obtenção de refluxo sanguíneo adequado. Considerando a dificuldade de acesso venoso, seria realizada uma nova tentativa pela enfermeira do setor. Entretanto, conforme registrado pela equipe, a paciente recusou a realização de uma nova punção. Em decorrência da recusa da nova tentativa de acesso venoso, a paciente também recusou a administração da medicação, uma vez que sua realização dependeria de novo acesso venoso. A paciente foi orientada quanto à necessidade do procedimento e, diante da recusa, assinou o Termo de Recusa de Medicação, sendo registrado em documento que solicitava retorno para avaliação médica. Esclarecemos ainda que, conforme a conduta médica registrada em ficha, o atendimento tinha como finalidade a administração da medicação, estando prevista alta após sua realização. Dessa forma, o retorno médico não ocorreu de forma imediata, sendo necessário aguardar a disponibilidade médica, uma vez que a conduta inicialmente registrada previa alta após a medicação. Ressaltamos que a equipe assistencial permaneceu seguindo as condutas e registros estabelecidos durante o atendimento, respeitando a decisão da paciente quanto à recusa de nova tentativa de punção e da medicação. Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas Via Palaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120 (11) 5555-5844 ps.aff@cejam.org.br cejam.org.br CEJAM CEJAM SECRETARIA DE SUS SAÚDE PREFEITURA DE BARUERI CIDADE BESTA PRA VOCE Lamentamos os transtornos e o desconforto relatados e reforçamos nosso compromisso com um atendimento seguro, acolhedor e respeitoso, bem como com o esclarecimento adequado das condutas assistenciais aos pacientes. Permanecemos a disposição para quaisquer dúvidas. QuQ Renata B. Oliveira Machado Coordenadora de Enfermagem COREN 483978 CEJAM Renata Machado Supervisora de Enfermagem			

Manifestação - 202682758694			
Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 27/08/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail		Perfil : Acompanhante	Deseja se Identificar? : Sim
Classificação : Reclamação		Motivo da Manifestação : Demora no atendimento	Sigilo : Sim
Manifestação : **Relato da Manifestação** A Sra. **Regiane Faustino Rocha**, responsável pelo paciente **Miguel Guimaraes Rocha**, registra reclamação referente à demora no atendimento no Pronto-Socorro Camargo. Relata que o paciente deu entrada na unidade por volta das 07h00, sendo solicitados exames de sangue e urina. Informa que, após a realização dos exames, foi orientada a retornar à unidade aproximadamente duas horas depois, sob a informação de que, provavelmente, o resultado do exame de sangue estaria disponível. Contudo, ao retornar no horário orientado, relata que o resultado ainda não havia sido liberado. Posteriormente, foi orientada a retornar novamente às 15h30, quando foi informada de que a amostra de sangue havia coagulado, sendo necessária uma nova coleta para obtenção do resultado. A manifestante demonstra insatisfação com o tempo total de permanência na unidade para conclusão do atendimento, relatando que permaneceu no pronto-socorro durante praticamente todo o dia. Manifesta, ainda, descontentamento com o tempo de processamento do exame e solicita a apuração do ocorrido, especialmente quanto ao fluxo laboratorial e ao prazo para liberação dos resultados. Ao final, solicita a adoção das providências cabíveis para evitar que situações semelhantes voltem a ocorrer.			
Providência : Lamentamos o ocorrido e compreendemos a insatisfação relatada em relação ao tempo de permanência no Pronto-Socorro para conclusão do atendimento de seu filho, Miguel Guimaraes Rocha. Após levantamento das informações referentes ao atendimento, verificamos que a criança deu entrada no Pronto-Socorro às 06h45 do dia 30/07. Conforme evolução médica registrada, foram solicitados os exames de hemograma, PCR e Urina 1. As 09h24, foi sinalizada a necessidade de coleta de sangue e urina. Esclarecemos que a coleta pode ser necessária em algumas situações, especialmente em atendimentos pediátricos, como dificuldade durante a coleta, volume insuficiente de sangue ou quantidade insuficiente de urina encaminhada para análise, sendo necessária uma nova amostra para garantir a adequada realização dos exames. Conforme registros, os resultados do PCR e do hemograma foram liberados às 15h53. Identificamos ainda a abertura de um novo atendimento às 14h37, que posteriormente foi encerrado por ausência de resposta ao chamado. O último registro de atendimento ocorreu às 18h31, ocasião em que houve avaliação dos resultados dos exames, com emissão de atestado e receita médica. Reconhecemos, contudo, o desconforto e a frustração ocasionados pelo tempo de espera, especialmente considerando tratar-se de atendimento pediátrico. Lamentamos que a experiência tenha ficado aquém do esperado. Quanto ao tempo para liberação dos exames laboratoriais, informamos que o laboratório responsável é um serviço terceirizado. Ainda assim, a situação relatada será pontuada junto ao prestador, com o objetivo de avaliar o processo e buscar melhorias no tempo de resposta, especialmente nos atendimentos pediátricos. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.			

6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.

Canal	Quantidade	Principais Queixas
APP Oficial	19	Comportamento inadequado do profissional
Protocolo Medicsys	23	Elogio ao Profissional/Serviço

Análise Crítica: No período de agosto de 2026, foram registradas ao todo 42 manifestações de ouvidoria, sendo:

Elogios pelo App Oficial 1

Reclamações pelo App Oficial 18

Elogios Pelo Protocolo MedicSys 7

Reclamações Pelo Protocolo MedicSys 16

Durante o período, algumas manifestações foram registradas com a identificação "APP", utilizada pela Secretaria de Saúde para fins de rastreabilidade e controle interno.

Essas manifestações envolveram, principalmente, os seguintes tipos de queixa:

- ☐ Comportamento inadequado de profissionais
- ☐ Demora de atendimento
- ☐ Elogios gerais (institucionais e aos profissionais)

Todas as manifestações foram encaminhadas às coordenações responsáveis para análise e adoção das providências cabíveis.

6.3 Classificação das queixas

20268457322	reclamação	03/08/2026	10/08/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202681257819/ APP 34229/2026	reclamação	03/08/2026	10/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
20268457328	reclamação	04/08/2026	11/08/2026	Proprietário	dd/mm/yyyy	realizado
APP 33367 2026 / 20268557369	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	ELAINE LIMA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 34262 2026 / 20268557379	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
20268557381/ APP 33813/2026	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 33378 2026/20268557387	elogio	05/08/2026	12/08/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
20268757528	elogio	06/08/2026	17/08/2026	Renata/ Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
20268757530	reclamação	07/08/2026	14/08/2026	Renata/ Gabriela	07/08/2026	realizado
202681157716	reclamação	11/08/2026	18/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
202681257771	reclamação	12/08/2026	19/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
202681257810	reclamação	12/08/2026	19/08/2026	Renata/Jocemara	dd/mm/yyyy	realizado
202681257817/ APP 32760/2026	reclamação	12/08/2026	19/08/2026	Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 34616 2026/ 20268457328	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	Proprietário	dd/mm/yyyy	realizado
APP 33790 2026	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 22952 2026	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202681758055	reclamação	17/08/2026	24/08/2026	Mara/Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado

202681758087	reclamação	17/08/2026	24/08/2026	GABRIELA TELES	17/08/2026	realizado
202681858121	elogio	18/08/2026	25/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 340702026/ 202681958192	reclamação	01/08/2026	07/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202681958194	reclamação	18/08/2026	24/08/2026	GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202682058211	elogio	20/08/2026	25/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682158276	reclamação	21/08/2026	27/08/2026	Dra. GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202682158359	elogio	21/08/2026	27/08/2026	Dra. GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202682458494	elogio	24/08/2026	28/08/2026	Dra. GABRIELA TELES/ Renata	dd/mm/yyyy	realizado
202682458498	elogio	24/08/2026	28/08/2026	Dra. GABRIELA TELES/ Renata	dd/mm/yyyy	realizado
202682458502	elogio	24/08/2026	28/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682658656	reclamação	28/08/2026	01/09/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682658658	reclamação	28/08/2026	01/09/2026	Dra. GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202682758688	reclamação	27/08/2026	02/08/2026	Dra. GABRIELA/RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682758694/ APP 33834/2026	reclamação	27/08/2026	31/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682758696/ APP 33852/2026	reclamação	30/07/2026	06/08/2026	Dra. GABRIELA	dd/mm/yyyy	realizado
202682758699/ APP 37072/2026	reclamação	24/08/2026	31/08/2026	Dra. GABRIELA	dd/mm/yyyy	realizado
202682758700/ APP 37608/2026	reclamação	20/08/2026	26/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 38565/2026/ 202682758701	reclamação	26/08/2026	01/09/2026	Dra. GABRIELA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 37322/2026/ 202682858718	reclamação	27/08/2026	02/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
202682858730	reclamação	28/08/2026	03/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
202682858741	reclamação	28/08/2026	03/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
APP 38569/2026/ 202683158706	reclamação	31/08/2026	05/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
202683158799/ APP 38579/2026	reclamação	31/08/2026	05/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
202620001350318/	Denuncia	31/08/2026	05/09/2026	RENATA		realizado
APP 38569/2026/ 20269158834	Reclamação	31/08/2026	05/09/2026	RENATA/Dra Gabriela		realizado

Análise Crítica: As ouvidorias recebidas foram classificadas de acordo com o tipo de ocorrência e o status de resolução. No período foram registradas ao todo 42 ouvidorias, sendo 8 elogios e 32 queixas.

Tipos de queixas recebidas:

1. Comportamento inadequado de profissionais
2. Rotinas e protocolos

3. Demora no atendimento

Status das manifestações:

Finalizadas e respondidas: 40

Em análise e tratativas: 2

Setores responsáveis pelas demandas:

1. Direção Clínica
2. Coordenação de Enfermagem
3. Coordenação Administrativa

6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas

Análise Crítica: A Ouvidoria reafirma sua função estratégica como canal institucional de escuta qualificada, acolhimento e mediação entre os usuários e os serviços de saúde, constituindo importante ferramenta para o fortalecimento da participação social, da transparência e da melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

As manifestações recebidas são tratadas de forma sistemática, com análise individualizada, encaminhamento às áreas responsáveis, definição de ações corretivas e devolutiva aos usuários dentro dos prazos estabelecidos. Esse processo permite identificar oportunidades de aprimoramento, subsidiar decisões gerenciais e fortalecer a cultura da qualidade e da segurança do paciente.

Da mesma forma, os elogios registrados representam importante indicador de satisfação dos usuários, evidenciando o reconhecimento da população em relação à dedicação, ao comprometimento e às boas práticas desenvolvidas pelos profissionais e setores da unidade. A valorização dessas manifestações positivas contribui para o fortalecimento do engajamento das equipes, estimulando a manutenção de elevados padrões de qualidade, humanização e resolutividade na assistência prestada.

Por fim, a análise contínua das ouvidorias possibilita transformar a percepção dos usuários em oportunidades concretas de melhoria, consolidando a Ouvidoria como instrumento essencial de gestão, monitoramento da qualidade e aprimoramento permanente dos serviços oferecidos à população.

7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A Pesquisa de Satisfação constitui uma importante ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços prestados, permitindo captar a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido, identificar oportunidades de melhoria e subsidiar o planejamento de ações voltadas ao aprimoramento contínuo da assistência.

Na unidade, a pesquisa é realizada de forma eletrônica, por meio de tablet institucional, disponibilizado aos pacientes após a conclusão do atendimento, garantindo maior agilidade na coleta das informações e confiabilidade dos dados.

No período avaliado, foram registradas 2.522 pesquisas de satisfação respondidas, representando 110,66% do estabelecido como meta (10% do total de atendimentos), uma amostra significativa dos atendimentos realizados e proporcionando um panorama consistente da experiência dos usuários em relação aos serviços ofertados.

As informações coletadas permitem avaliar diferentes dimensões da assistência, como acolhimento, tempo de atendimento, cordialidade das equipes, qualidade da assistência prestada, estrutura física e satisfação geral com o serviço. Além disso, constituem importante instrumento para identificação de fragilidades, proposição de melhorias nos processos assistenciais e administrativos, bem como para o reconhecimento das boas práticas desenvolvidas pelas equipes.

Os resultados consolidados da competência encontram-se apresentados nos gráficos do item 7.1, possibilitando a análise detalhada dos indicadores de satisfação e o acompanhamento da evolução do desempenho institucional ao longo do período. Essas informações subsidiam as decisões gerenciais e

fortalecem a cultura de melhoria contínua, contribuindo para uma assistência cada vez mais segura, humanizada e centrada nas necessidades dos usuários.

7.1 Avaliação do Atendimento

Análise Crítica: Ao comparar os resultados do período anterior com os dados do mês atual, observa-se redução nos principais indicadores de satisfação, embora os resultados permaneçam em patamar positivo.

O NPS geral passou de 92,58% para 94,63%, representando um aumento de 2,05 pontos percentuais. Da mesma forma, houve aumento no percentual de usuários promotores, que passou de 93,06% (2.145 avaliações) para 95,83% (2.411 avaliações). Em contrapartida, verificou-se uma redução dos usuários neutros, de 6,46% (149 avaliações) para 2,98% (75 avaliações), e dos detratores, de 0,48% (11 avaliações) para 1,19% (30 avaliações), indicando maior percepção de oportunidades de melhoria na experiência dos usuários.

Apesar da redução do indicador geral, destaca-se o aumento no número de avaliações realizadas, que passou de 2.305 para 2.522 pesquisas, correspondendo a um crescimento de aproximadamente 9,41%, demonstrando maior participação dos usuários no processo de avaliação dos serviços prestados.

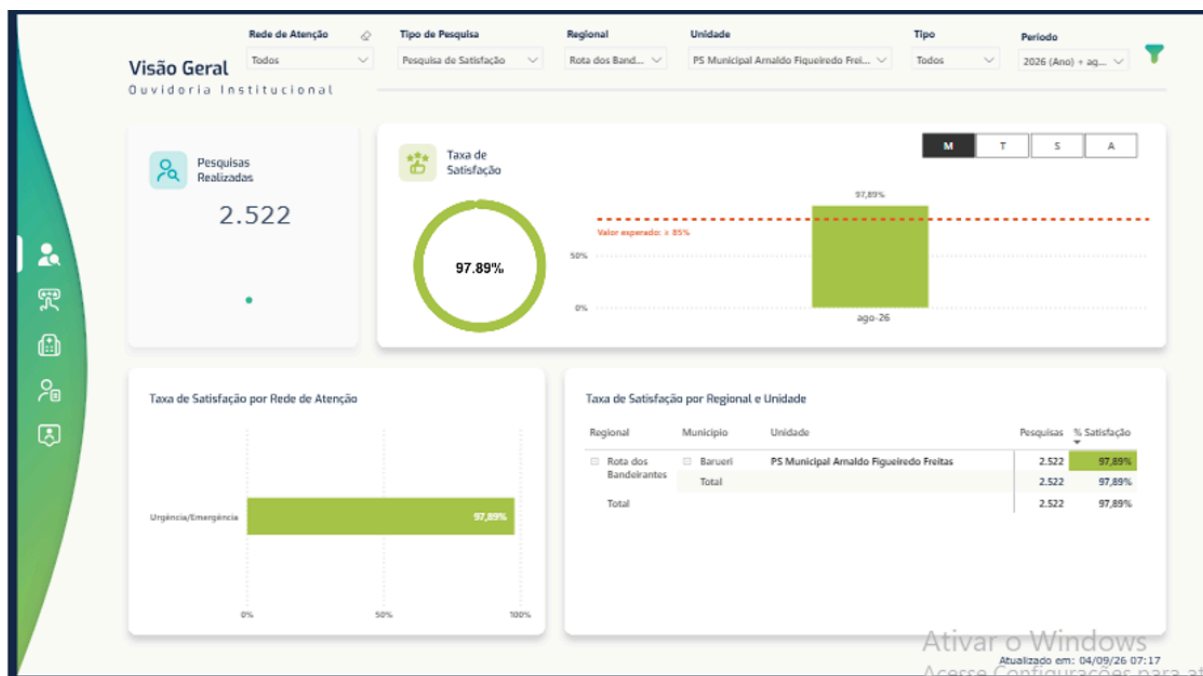
A elevação do número de respondentes pode, inclusive, justificar parte da redução do NPS, uma vez que uma amostra maior tende a refletir de forma mais fiel as diferentes experiências vivenciadas pelos usuários, reduzindo possíveis vieses observados em amostras menores.

De forma geral, os resultados demonstram que a unidade mantém elevado nível de satisfação dos usuários, porém evidenciam oportunidades para aprimorar ainda mais a experiência assistencial. Nesse sentido, permanecem como prioridades o fortalecimento do acolhimento, da comunicação entre profissionais e pacientes, da humanização do atendimento, da redução dos tempos de espera e da qualificação contínua das equipes.

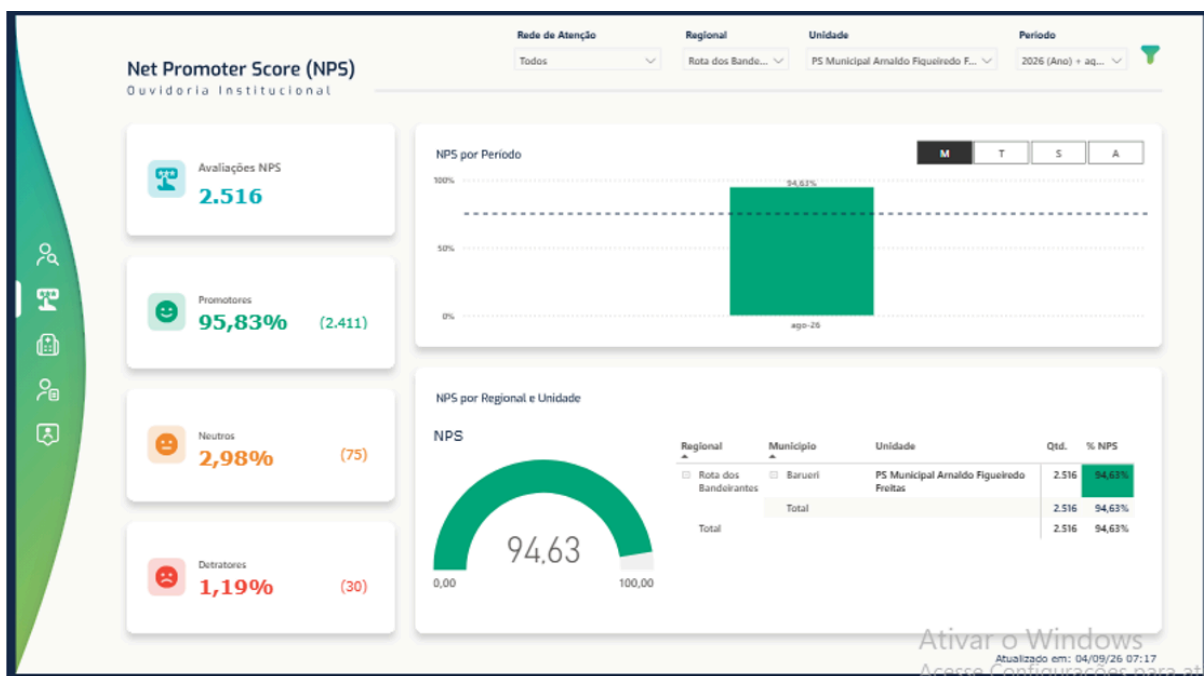
A análise sistemática dos resultados do NPS continuará subsidiando o planejamento das ações de melhoria, com o objetivo de aumentar novamente o percentual de usuários promotores, reduzir as avaliações neutras e detratoras e

consolidar uma assistência cada vez mais segura, resolutiva e centrada nas necessidades dos pacientes e familiares.

Percentual Geral de Satisfação:



Indicação do Serviço de Saúde (NPS):



Satisfação por Categoria e Pergunta

Atendimento	% Satisfação	Serviço	% Satisfação
Atendimento	98,15%	Serviço	97,04%
Laboratório?	98,64%	Agilidade?	96,63%
Serviço Social?	98,56%	Limpeza?	98,49%
Raio-X?	98,52%	Sabor da Refeição?	96,27%
Recepção?	98,45%	Sinalização?	96,75%
Enfermagem?	98,13%	Total	97,04%
Total	98,15%		

7.2 Considerações finais

Os resultados reforçam a importância da manutenção do monitoramento sistemático da experiência do paciente, bem como da intensificação de ações direcionadas ao aprimoramento do acolhimento, da comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, da gestão dos tempos de espera e da qualificação permanente das equipes. Essas iniciativas têm como objetivo fortalecer a percepção positiva dos usuários, ampliar o percentual de avaliações promotoras e reduzir as avaliações neutras e detratoras.

Nesse contexto, a Pesquisa de Satisfação e a Ouvidoria constituem importantes instrumentos de gestão da qualidade, permitindo captar a percepção dos usuários, identificar fragilidades e oportunidades de melhoria e subsidiar o planejamento de ações estratégicas pela gestão. A análise integrada dessas informações possibilita maior direcionamento das intervenções e acompanhamento da efetividade das medidas implementadas.

A instituição mantém o compromisso com o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais e administrativos, buscando oferecer uma assistência cada vez mais humanizada, segura, resolutiva e centrada nas necessidades dos pacientes. O acompanhamento sistemático desses indicadores contribui, ainda, para o fortalecimento da relação de confiança entre a população e o serviço, promovendo maior transparência e participação dos usuários na melhoria da qualidade da assistência prestada pelo Pronto-Socorro.

8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS

Devido a lei LGPD e os relatórios sendo publicados no site da transparência do Cejam, não podemos inserir as escalas dentro do relatório, sendo assim, elas seguem anexas à parte.

9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

Indicadores de treinamento são métricas utilizadas para avaliar a eficácia e os resultados dos programas de capacitação e desenvolvimento dentro de uma organização. Esses indicadores são essenciais para mensurar o impacto das ações educacionais no desempenho individual, coletivo e institucional. Uso permite verificar se os objetivos propostos foram alcançados, além de identificar como os treinamentos contribuem para o aprimoramento das competências profissionais e para o cumprimento das metas estratégicas da organização.

O cronograma foi mantido e atualizado sempre conforme as necessidades da unidade, priorizando temas relacionados à segurança do paciente, protocolos institucionais, qualificação técnica, desenvolvimento comportamental e fortalecimento da cultura de melhoria contínua da assistência.

1. O QUADRO - INDICADORES DE TREINAMENTO NOS MOSTRA, O DIRECIONAMENTO DE CADA INDICADOR PARA QUALIFICAR AS METAS PROPOSTAS DURANTE OS MESES E ANO.

Nº	Tema	Categoria	Convocados Quantidades	Participantes Quantidade	Folgas	Atestados	Total Ausência	HH/T Meta 1:28:00	Carga Horária (em minutos)	Taxa de participação
1	Meta 2 - Comunicação Efetiva - Postura Profissional e Trabalho em equipe	Enfermeiros	8	8	0	0	0	04:48:00	60	100%
2	Alinhamentos/Reciclagem sobre Protocolos Gerenciados Institucionais.	Enfermagem	17	17	0	0	0	04:48:00	30	100%
3	Escuta, acolhimento e alinhamentos – Enfermeiros	Enfermeiros	6	6	0	0	0	04:48:00	30	100%
4	Manuseio da Bomba de Infusão ICATU – Samtronic	Enfermagem	164	83	6	1	7	04:48:00	60	50,61%
5	Conexões <u>que Cuidam</u>	Enfermagem	72	28	1	3	4	04:48:00	90	39,00
6	Protheus/ Lançamentos, envio de notas, Siss , rastreio, baixa, transferência e ressuprimentos	Farmácia/ Almoxarifado	13	13	0	0	0	04:48:00	30	100%
7	Encontro de Enfermagem - SAE, Processos de Enfermagem, Posicionamento na RCP, Indicadores e Notificações.	Enfermeiros	20	10	1	2	3	04:48:00	60	50%
8	Fluxograma Arrolamento de Bens	Recepção	18	18	0	0	0	04:48:00	30	100%
9	Indicadores Assistenciais – Coleta	Enfermagem	80	80	0	0	0	04:48:00	30	100%
10	Fluxo do Sarampo	Enfermagem/ Recepção	71	40	9	1	10	04:48:00	30	56,00%
11	Protocolo Sepsis	Enfermagem	69	41	2	0	2	04:48:00	60	59,00%
12	Orientações sobre descrição de cargos (Supervisores de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.	Enfermagem	101	101	0	0	0	04:48:00	30	100%

2. CAMPANHAS E TREINAMENTOS REALIZADOS

2.1 QUADRO- INDICA A PROGRAMAÇÃO DO MÊS RELACIONADO AO RELATÓRIO, VINCULADOS TEMAS E TEMÁTICAS APLICADA.

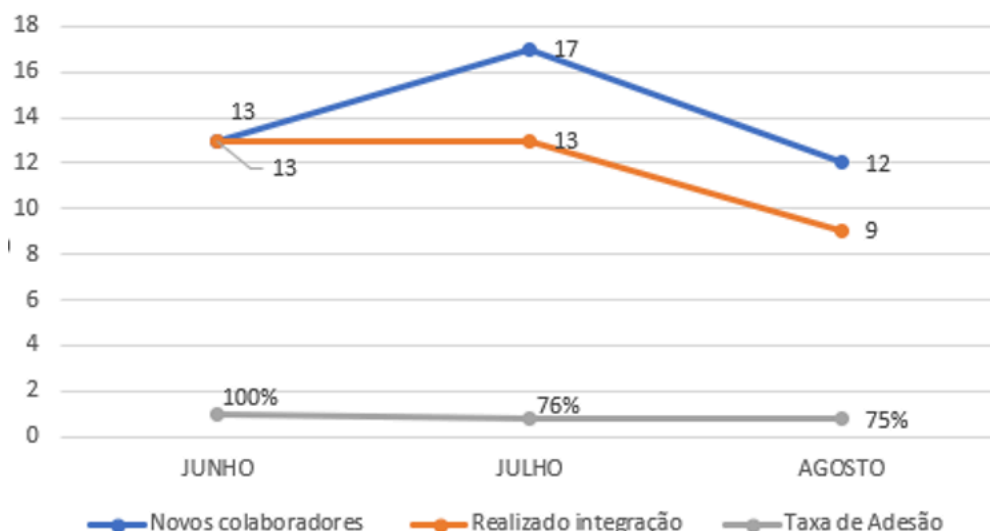
TEMA	MINISTRADO	DATAS		LOCAL
		INÍCIO	TÉRMINO	
Meta 2 - Comunicação Efetiva - Postura Profissional e Trabalho em equipe	Jose Rafael	03/08	03/08	In loco
Alinhamentos/Reciclagem sobre Protocolos Gerenciados Institucionais.	Supervisora Renata	03/08	03/08	In loco
Escuta, acolhimento e alinhamentos - Enfermeiros	Renata Bailo	03/08	03/08	In loco
Manuseio da Bomba de Infusão ICATU – Santropia	Morgana/ Diego	13/08	14/08	Sala de Treinamento
Conexões que Cuidam	Jussara Mazzotto	14/08	20/08	Sala de Treinamento
Protheus/ Lançamentos, envio de notas, Siga , rastreio, baixa, transferência e ressurgimentos	Sebastião Neto	20/08	22/08	Sala de Treinamento
Fluxograma Arrolamento de Bens	Bruna Oliveira	20/08	22/08	In loco
Encontro de Enfermagem - SAE, Processos de Enfermagem, Posicionamento na RCP, Indicadores e Notificações.	Jussara Mazzotto	20/08	20/08	Sala de Treinamento
Indicadores Assistenciais – Coleta	Jose Luje	25/08	26/08	In loco
Fluxo do Sarampo	Jussara Mazzotto	27/08	28/08	In loco
Protocolo Sepsis	Jussara Mazzotto	28/08	31/08	Sala de Treinamento
Orientações sobre descrição de cargos (Supervisores de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.	Renata/Douglas	17/08	17/08	In loco

INTEGRAÇÃO

A integração de colaboradores é o processo de acolher e adaptar novos funcionários à cultura, valores, normas e práticas da instituição. O objetivo é garantir que os novos colaboradores compreendam bem suas responsabilidades e se sintam acolhidos, motivados e preparados para desempenhar suas funções de maneira eficiente. Esse processo envolve: Apresentação da empresa: Informações sobre a história, missão, visão, valores e estrutura organizacional.

Nº	NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO
1	Vitoria Gomes Damasceno	Aux. Administrativo
2	Karen Avelar Ribeiro	Aux. Administrativo
3	Josiane Carlos Sobrinho	Técnico de Enfermagem
4	Cristiane Flausino da Silva Palazzolli	Técnico de Enfermagem
5	Veronia Viudes	Enfermeiro
6	Patricia Andrade Santos	Aux. Administrativo
7	Moisés Gonçalves Cardoso	Técnico de Enfermagem
8	Fernanda Angélica	Técnico de Enfermagem
9	Renan Carvalho de Souza	Técnico de Enfermagem
10	Fernanda Gonçalves Elias Dos Santos	Enfermeiro
11	Jonathan Caldeira Bezerra da Silva	Farmacêutico
12	Nádia Gabriela Dos Santos	Técnico de Enfermagem
TOTAL DE COLABORADORES INTEGRADOS: 12		

INTEGRAÇÃO



7. INTEGRAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS

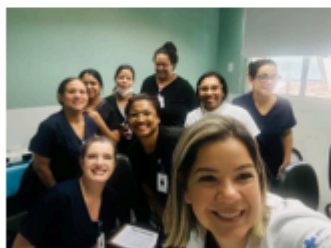
Com base nas demandas solicitadas pela Secretária de Saúde, por meio da Comissão de Acompanhamento de Estágios, promovemos a integração dos estagiários da escola Infrojardins em nossa unidade. Foram estabelecidos padrões e diretrizes que orientam os estudantes durante o estágio, visando uma condução eficiente do processo ensino-aprendizagem, e assim, potencializando tanto o conhecimento quanto a prática dos estagiários ao longo da experiência.

Nº	NOME DOS ESTAGIÁRIOS
1	Ana Paula Sabrino
2	Henryli Fernandes Aquino
3	Roberta Vitoria da Silva Santos
4	Grazielli Almeida de Carvalho
5	Ana Luiza Cardoso de Lima
6	Bruna Silva Cavalcante
7	Fernanda Silva Lopes Santos
8	Luciana Maria da Conceição
TOTAL DE ESTAGIÁRIOS INTEGRADOS: 08	

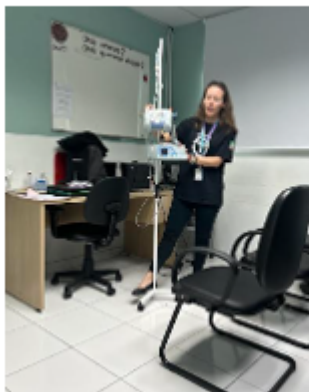
Conexões que Cuidam:



Protocolo Seps:



Manuseio da Bomba de Infusão ICATU – ~~Samtronic~~:



Integração dos novos colaboradores:



Integração dos Estagiários:



EVENTOS EM AGOSTO:



VISITA DO PS IMPERIAL PARA CONHECER O FAST TRACK



JORNAL MENSAL MULTIPROFISSIONAL






AGOSTO DOURADO

Aleitamento materno: um gesto de amor que nutre e protege!

MÊS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO



Amamentar é mais que alimentar. É proteger, é cuidar, é fortalecer vínculos para toda a vida!



Papo Multi
Jornal Multiprofissional em Saúde



FISIOTERAPIA

A fisioterapia desempenha um papel importante no incentivo e no sucesso do aleitamento materno, oferecendo orientações que favorecem o conforto e a saúde da mãe e do bebê.

Por meio de ajustes posturais durante a amamentação, exercícios para fortalecer a musculatura, técnicas para aliviar dores cervicais, lombares e nos ombros, além de recursos que auxiliam na prevenção e no manejo do ingurgitamento mamário e de outras dificuldades, o fisioterapeuta contribui para tornar a amamentação mais confortável, segura e prazerosa.

Essa atuação complementa o acompanhamento multiprofissional, promovendo o bem-estar materno e incentivando a continuidade do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

Thalia Carvalho
- Fisioterapeuta



SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social apoia a campanha Agosto Dourado, que incentiva o aleitamento materno como o "padrão ouro" de alimentação para o bebê.

A amamentação é fundamental para a saúde e o desenvolvimento infantil, além de fortalecer o vínculo entre mãe e filho.

Em Barueri, o Banco de Leite Humano oferece suporte às mães, com orientações sobre amamentação e também recebendo doações de leite materno, que ajudam a salvar a vida de recém-nascidos internados.

Amamentar é um gesto de amor e cuidado com a vida.

Karina Barbosa - Assistente Social
Taísa Caroline - Assistente Social



NUTRIÇÃO

Importância do aleitamento materno

O aleitamento materno é fundamental para a saúde e o desenvolvimento do bebê, pois fornece energia, nutrientes e componentes imunológicos adequados às suas necessidades.

A amamentação fortalece o sistema imunológico, reduz o risco de infecções e contribui para o crescimento e desenvolvimento adequado. Também está associada a benefícios de longo prazo, como menor risco de excesso de peso e algumas doenças crônicas.

Para a mãe, o aleitamento favorece a recuperação pós-parto, fortalece o vínculo com o bebê e está associado à redução do risco de câncer de mama e ovário.

Por isso, recomenda-se amamentação exclusiva até os 6 meses e sua continuidade, juntamente com a alimentação complementar adequada, até 2 anos ou mais.

Giovana Lemos - Nutricionista



FARMÁCIA

Durante a amamentação, alguns medicamentos podem passar para o leite materno e, dependendo da substância, da dose e da idade do bebê, podem causar efeitos indesejados. Por isso, a mãe não deve iniciar, suspender ou trocar medicamentos por conta própria.

Alguns medicamentos podem provocar sonolência, irritabilidade, alterações na alimentação ou outros efeitos no bebê.

Em determinadas situações, pode ser necessário ajustar a dose, escolher uma opção mais segura ou acompanhar o bebê de perto.

Isso não significa que toda mãe que precisa de tratamento deve interromper a amamentação. Procure sempre orientação.

Sebastian Neto
- Farmacêutico

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO



Protege contra infecções e doenças.



Favorece o desenvolvimento cognitivo e emocional.



Fortalece o vínculo entre mãe e filho.



Contribui para a recuperação da mãe no pós-parto.



Reduz o risco de câncer de mama e ovário.

Apoiar a amamentação é apoiar a vida!

PRONTO SOCORRO
ARNALDO DE FIGUEIREDO FREITAS
Via Pailaguás, 160 - Parque dos Camargos
Barueri - SP - CEP: 06410-320

Cuidar de quem amamenta é cuidar de todos!

Informação, acolhimento e cuidado caminham juntos.
Cuide-se, informe-se, conte com a gente!

(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br

Serviço Social:
estamos aqui para orientar, apoiar e acompanhar suas dúvidas!

VISITA DA DIRETORIA DA UPA BRUNO COVAS PARA CONHECER O PS



10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS

10.1- Relatório do Hospitalista

10.2- Relatório do Serviço Social

10.3- Relatório do Núcleo de Qualidade

10.4- Relatório do SCIH (Antibióticos)

10.5- Relatório do SESMT

10.6- Relatório da Fisioterapia

10.7- Relatório da Nutrição

10.8- Relatório da Radiologia

11. COMISSÕES INTERNAS

Nome da Comissão	Reunião Realizada	Ata Anexada
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - ativa		
Comissão de prontuários - ativa	X	X
Comissão de óbitos - ativa	X	X
Comissão de EMTN - ativa	X	
Comissão de auditorias- ativa	X	
Comissão Interna de Biossegurança - ativa	X	X
Comissão de Farmácia e Terapêutica - ativa	X	X
Comissão de Padronização de Medicamentos e Material Médico-Hospitalares - ativa	X	X
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - ativa	X	X
Comissão de Curativos e lesão de pele- ativa	X	X
Comissão de Humanização- ativa		
Comissão de Controle de Infecção relacionadas à Assistência à Saúde - ativa	X	X
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - ativa		
Comissão Proteção Radiológica- ativa	X	X
Comissão de Ética de Enfermagem - ativa	X	X
Comissão de Ética Médica- ativa		

11.1 Atas das Comissões

RELATÓRIO ASSISTENCIAL

UNIDADE DE OBSERVAÇÃO ADULTO — AGOSTO DE 2026

Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

Tipo de atendimento: Observação — Clínica Médica

Responsável: Dra. Gabriela Teles Barbosa — CRM-SP 250.239

1 Introdução

O presente relatório apresenta a produção e o perfil assistencial da Clínica Médica na Unidade de Observação Adulto do PS Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas, referentes a agosto de 2026. A área física e os leitos da Observação são compartilhados entre Clínica Médica e Ortopedia. Por esse motivo, os dados globais fornecidos pela Gestão de Leitos descrevem a movimentação total do setor, enquanto a análise clínica nominal deste documento se restringe aos pacientes acompanhados pela Clínica Médica.

No período, a Gestão de Leitos registrou 276 pacientes-dia e 132 pacientes internados no espaço compartilhado. A base clínica disponibilizada reuniu 109 registros assistenciais da Clínica Médica. As duas fontes possuem escopos distintos e, portanto, não devem ser utilizadas como denominadores equivalentes.

2 Metodologia

Foram utilizadas duas fontes: o relatório mensal da Gestão de Leitos da Observação Adulto e o levantamento nominal parcial das evoluções da Clínica Médica pelo sistema. A análise contemplou idade, hipóteses diagnósticas, comorbidades, exames, intervenções, necessidade de avaliação especializada, solicitações de recursos e desfechos documentados.

Os grupos diagnósticos foram consolidados de forma não excludente, uma vez que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma condição clínica.

3 Produção assistencial e movimentação de leitos

Indicador global da Observação	Agosto de 2026
Pacientes-dia	276
Pacientes internados	132
Altas	52
Evasões	5
Transferências internas	37
Transferências externas	75
Óbitos em menos de 24 horas	0
Óbitos após 24 horas	0

Os indicadores apresentados referem-se à movimentação assistencial da área de Observação, espaço compartilhado entre Clínica Médica e Ortopedia. Ressalta-se que os dados de altas, evasões e transferências correspondem a registros de movimentação assistencial e, portanto, sua soma não deve ser utilizada para determinar o número total de pacientes atendidos no período.

Não houve registro de óbito em menos de 24 horas nem após 24 horas. As transferências externas corresponderam ao maior volume de movimentação registrado, refletindo a necessidade de acesso a leitos hospitalares e avaliações ou recursos não disponíveis na unidade de pronto atendimento.

Movimentações assistenciais registradas em agosto

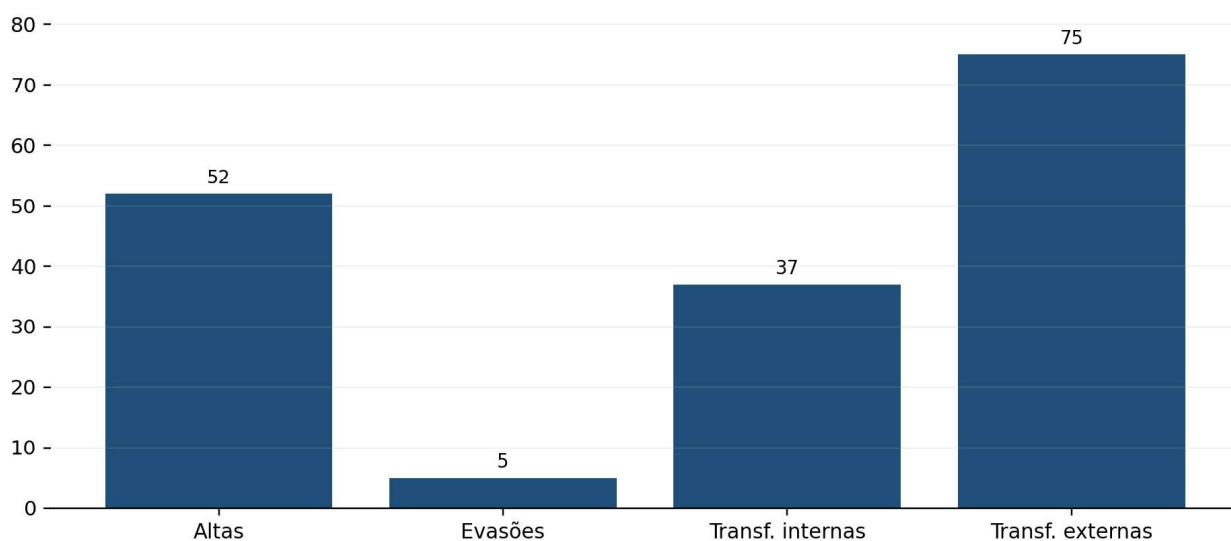


Figura 1 Movimentações assistenciais registradas pela Gestão de Leitos em agosto de 2026

4 Caracterização da base clínica

Foram identificados 109 registros nominais relacionados à Clínica Médica. A média etária foi de 56,1 anos, com variação de 14 a 91 anos. Pacientes com 60 anos ou mais representaram 45,8% dos registros com idade informada, evidenciando participação expressiva de idosos e demanda frequente associada a multimorbidade, fragilidade e maior complexidade clínica.

Faixa etária	n	Percentual entre idades disponíveis
Menores de 18 anos	4	4,2%
18 a 39 anos	21	21,9%
40 a 59 anos	27	28,1%
60 a 79 anos	28	29,2%
80 anos ou mais	16	16,7%

Distribuição etária dos registros clínicos com idade disponível

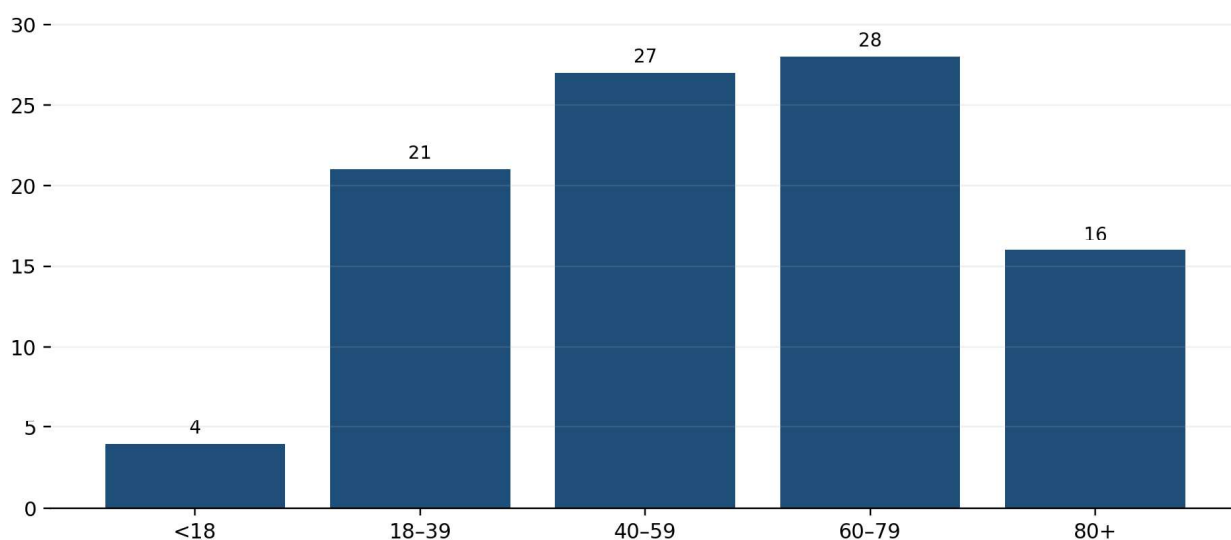


Figura 2 Distribuição etária dos 96 registros com idade disponível

5 Perfil clínico e complexidade assistencial

A casuística do período apresentou elevada heterogeneidade clínica, contemplando diferentes níveis de complexidade assistencial. Observou-se maior frequência de condições renais e urológicas, infecciosas e dermatológicas, neurológicas e respiratórias, além de casos relacionados a trauma e à necessidade de avaliação cirúrgica. Também estiveram presentes distúrbios hidroeletrólíticos, doenças cardiovasculares, condições gastrointestinais e hepáticas, pacientes oncológicos e casos conduzidos sob abordagem de cuidados paliativos proporcionais.

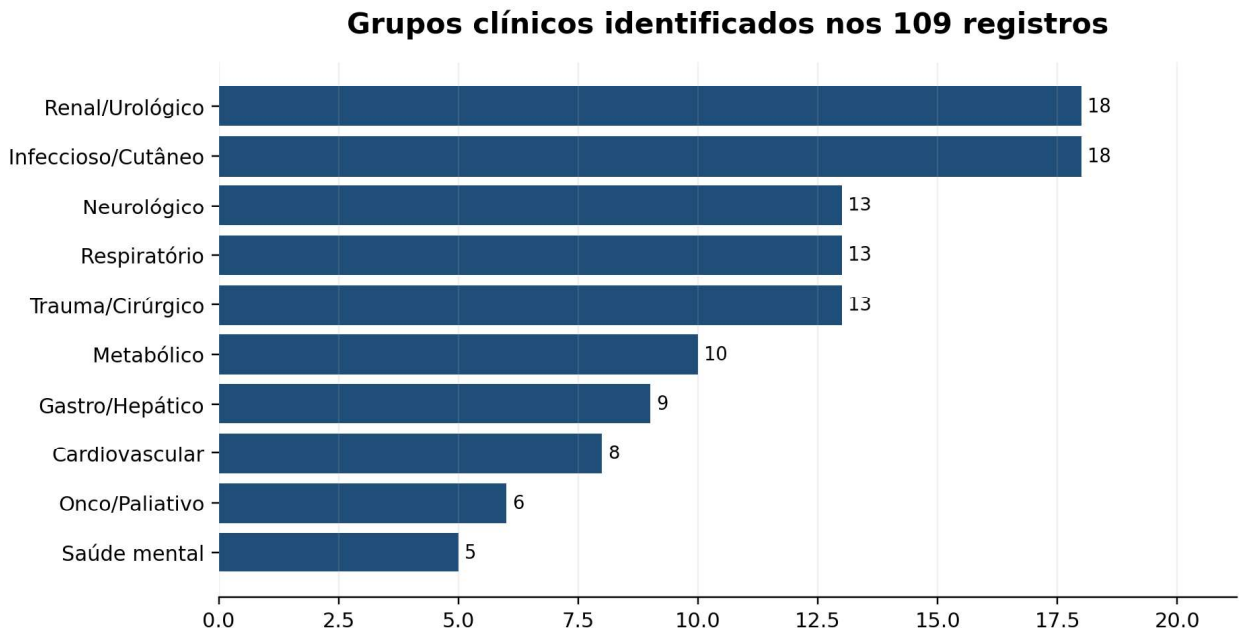


Figura 3 Frequência de grupos clínicos identificados nos 109 registros *categorias não excludentes*

Entre os quadros de maior complexidade destacaram-se acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos, síndromes medulares e paresias progressivas, pneumonia e exacerbação de DPOC, insuficiência cardíaca, síndrome coronariana aguda, doença renal crônica avançada, distúrbios eletrolíticos graves, cirrose descompensada, infecções de pele e partes moles, pé diabético, intoxicações exógenas e tentativas de autoextermínio. Houve ainda necessidade de cuidados paliativos proporcionais em pacientes selecionados, conforme objetivos terapêuticos registrados.

6 Exames intervenções e recursos assistenciais

A assistência incluiu monitorização clínica, exames laboratoriais admissionais ou seriados, radiografias, tomografias, ultrassonografias e eletrocardiogramas conforme indicação. Foram documentados antibioticoterapia, analgesia, hidratação e correção de distúrbios hidroeletrólíticos, oxigenoterapia, fisioterapia, manejo de insuficiência cardíaca e arritmias, suporte nutricional, passagem de sondas, paracentese, toracocentese diagnóstica e medidas direcionadas a delirium, abstinência e cuidados paliativos.

Recurso diagnóstico	n	Percentual
Exames laboratoriais	106	100,0%
Tomografia computadorizada / Angio-TC	27	25,5%
Ultrassonografia / POCUS	20	18,9%

Radiografia	15	14,2%
Eletrocardiograma	7	6,6%

Tabela 6.1 – Principais exames e recursos diagnósticos

Intervenção / recurso assistencial	n	Percentual
Analgesia	74	69,8%
Antibioticoterapia	50	47,2%
Hidratação venosa / correção hidroeletrólítica	9	8,5%
Oxigenoterapia	5	4,7%
Fisioterapia	5	4,7%
Manejo de delirium / abstinência	4	3,8%
Paracentese	1	0,9%
Toracocentese diagnóstica	1	0,9%

Tabela 6.2 – Principais intervenções terapêuticas

A necessidade de regulação foi recorrente, incluindo solicitações de vaga de Clínica Médica e avaliações de Cirurgia Geral, Urologia, Cirurgia Vascular, Neurologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Bucomaxilofacial. O perfil confirma o papel da Observação como área de estabilização, investigação, tratamento inicial e articulação com a rede de referência.\

Recurso / avaliação solicitada	Percentual
Vaga de Clínica Médica	85,8%
Cirurgia Geral	17,9%
Urologia	7,5%
Cirurgia Vascular	4,7%
Oftalmologia	4,7%
Psiquiatria	4,7%
Otorrinolaringologia	2,8%

Neurologia / Neurocirurgia	1,9%
Bucomaxilofacial	0,9%

Tabela 6.3 – Regulação e avaliações especializadas

Nota: As categorias não são mutuamente excludentes. Um mesmo paciente pode ter realizado mais de um exame, recebido múltiplas intervenções e necessitado de avaliação por mais de uma especialidade; portanto, os percentuais não devem ser somados entre si.

7 Evasões e segurança assistencial

Foram registradas **cinco ocorrências classificadas administrativamente como evasão**, todas relacionadas a pacientes admitidos por ideação suicida. Em todos os casos, a evasão ocorreu **antes da avaliação psiquiátrica**, durante o período de permanência na unidade para investigação clínica e aguardando avaliação especializada.

O fluxo desses pacientes frequentemente envolve **avaliação clínica inicial, realização de exames complementares quando solicitados e posterior avaliação pela Psiquiatria**, podendo resultar em maior tempo de permanência na unidade até a definição da conduta especializada. Nesse contexto, o período de espera constitui etapa particularmente sensível do ponto de vista da segurança assistencial, considerando o perfil de risco dessa população.

Os dados do período reforçam a importância da análise conjunta do **tempo entre a solicitação e a avaliação psiquiátrica**, das medidas de vigilância e segurança adotadas durante a espera e do fluxo de atendimento dos pacientes com risco de autoagressão, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria e reduzir o risco de novas evasões.

8. Comparação com julho de 2026

Indicador global	Julho	Agosto	Variação
Pacientes-dia	328	276	-15,9%
Pacientes internados	87	132	+51,7%
Altas	45	52	+15,6%
Evasões	5	5	0,0%
Transferências internas	40	37	-7,5%
Transferências externas	52	75	+44,2%
Óbitos	0	0	Sem alteração

Em relação a julho, agosto apresentou redução de 15,9% nos pacientes-dia, porém aumento de 51,7% no número de pacientes internados. Houve crescimento de 15,6% nas altas e de 44,2% nas transferências externas, com discreta redução das transferências internas. O número de evasões permaneceu estável e não foram registrados óbitos em nenhum dos dois períodos.

A combinação de maior número de internações com menor volume de pacientes-dia pode sugerir maior rotatividade do setor; contudo, não permite calcular tempo médio de permanência sem uma base nominal completa e conciliada de entradas e saídas. A comparação também deve considerar o compartilhamento dos leitos com a Ortopedia.

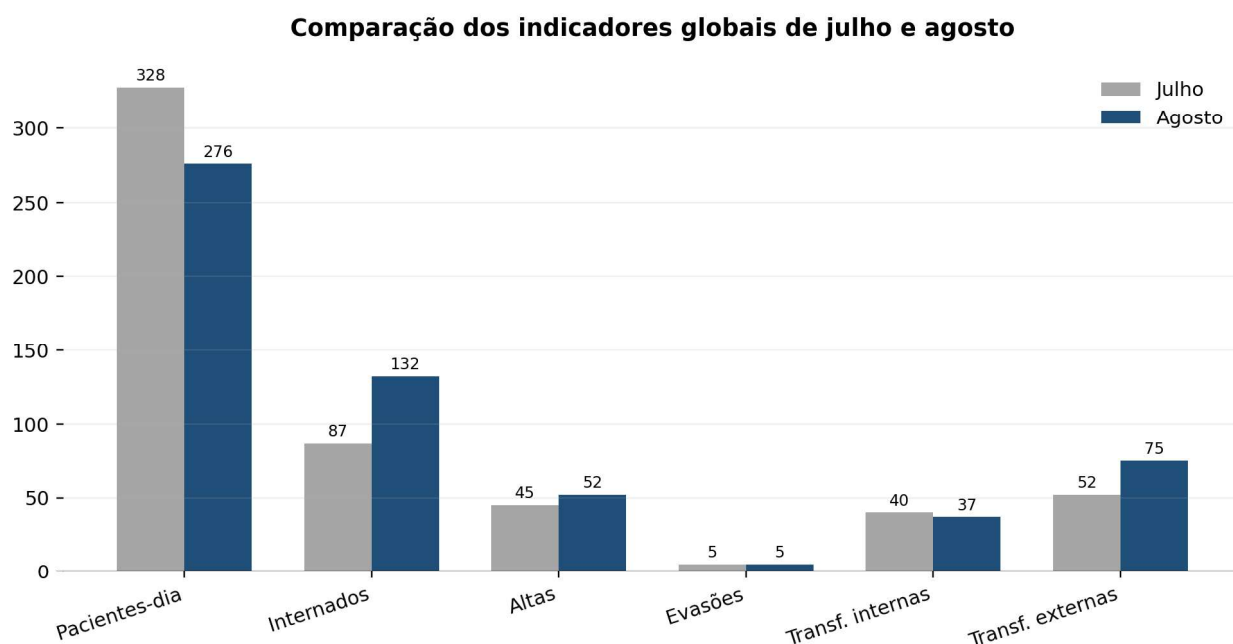
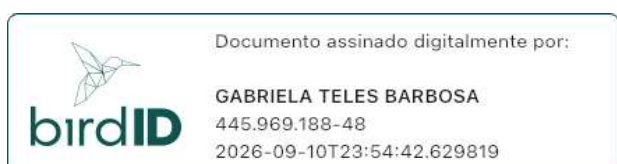


Figura 4 Comparação dos indicadores globais da Observação em julho e agosto de 2026

10 Considerações finais

Agosto de 2026 foi marcado por volume assistencial relevante, diversidade diagnóstica e demanda expressiva por transferências externas e avaliações especializadas. A base da Clínica Médica demonstrou predomínio de pacientes adultos e idosos, com elevada frequência de doenças agudas sobrepostas a comorbidades crônicas e necessidade de investigação, estabilização e regulação.

A ausência de óbitos no período constitui resultado favorável. As cinco evasões devem ser analisadas dentro do contexto específico de ideação suicida e avaliação psiquiátrica, com reforço contínuo das barreiras de segurança e do registro assistencial. Para aprimorar a consistência das próximas prestações de contas, permanece prioritária a separação explícita entre dados globais dos leitos compartilhados e dados clínicos exclusivos da Clínica Médica, além da conciliação mensal das fontes e do preenchimento estruturado dos campos obrigatórios.



Dra. Gabriela Teles Barbosa
 CRM SP 250.239
 Diretora Clínica e Coordenadora da Porta e Observação

PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO FREITAS
RELATÓRIO DE ATIVIDADES – SERVIÇO SOCIAL
ATENDIMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL MÊS DE AGOSTO 2026.

Município	Quantidade	Porcentagem
Barueri	93	82%
Jandira	11	10%
Itapevi	6	5%
Outros	4	4%
Total Geral	114	100%
Sexo	Quantidade	Porcentagem
Feminino	52	46%
Masculino	62	54%
Total Geral	114	100%
Acolhimento	Quantidade	Porcentagem
Acolhimento/Escuta	31	27,19%
Acolhimento no leito	78	68,42%
Atendimento Criança	5	4,39%
Total Geral	114	100%
Demanda Identificada	Quantidade	Porcentagem
Pessoa em Situação de Rua	3	2%
Boletim Observação / EMERGÊNCIA	63	39%
Visita religiosa	1	1%
Contato com familiar	21	13%
Contato com rede	14	9%
Óbito (Acolhimento e Orientações)	2	1%
PID / PAD	2	1%
Solicitação de Oxigênio Domiciliar	1	1%
Relatório Conselho Tutelar	1	1%
Conflito Institucional	0	0%
Relatório externo (CRAS/CREAS/CRAM	4	2%
Conflito Familiar	0	0%
Ressalva de DO/DNV	1	1%
Orientações Gerais	42	26%
Acolhimento Familiar	7	4%
Total Geral	161	100%
Situação de Risco	Quantidade	Porcentagem
Acidente de Trânsito	2	29%
Acidente Doméstico	1	14%
Evasão	2	29%
Negligência	0	0%

Tentativa de Suicídio	2	29%
Violência Doméstica	0	0%
Suspeita Abuso Sexual	0	0%
Total Geral	7	100%
Encaminhamentos Realizados	Quantidade	Porcentagem
Encaminhamento Casa de Acolhimento	2	50%
Encaminhamento Rede de Saúde	2	50%
Total Geral	4	100%

OBS: Os valores das colunas (Demandas Identificadas e Situações de Risco) não serão exatos como as das 3 primeiras colunas. No acolhimento Social algumas vezes não teremos demandas sociais, porém em outras, identificaremos mais de uma situação, por essa razão a divergência de valores pode ser para mais ou para menos.

Atenciosamente;


Karina Barbosa da S. Almeida
Assistente Social
CRESS Nº 68.754 - 9ª Região / SF

Karina Barbosa da S. Almeida
Assistente Social
Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas



Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

Relatório da Qualidade

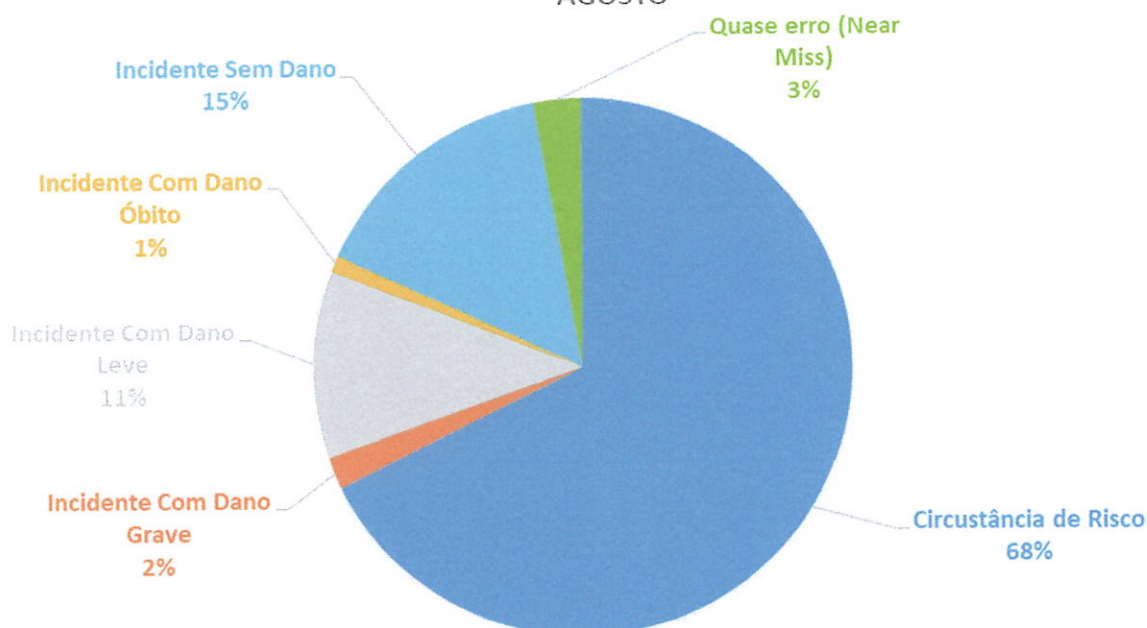
AGOSTO/2026

NOTIFICAÇÕES

Recebemos no total **105** notificações com as seguintes classificações:

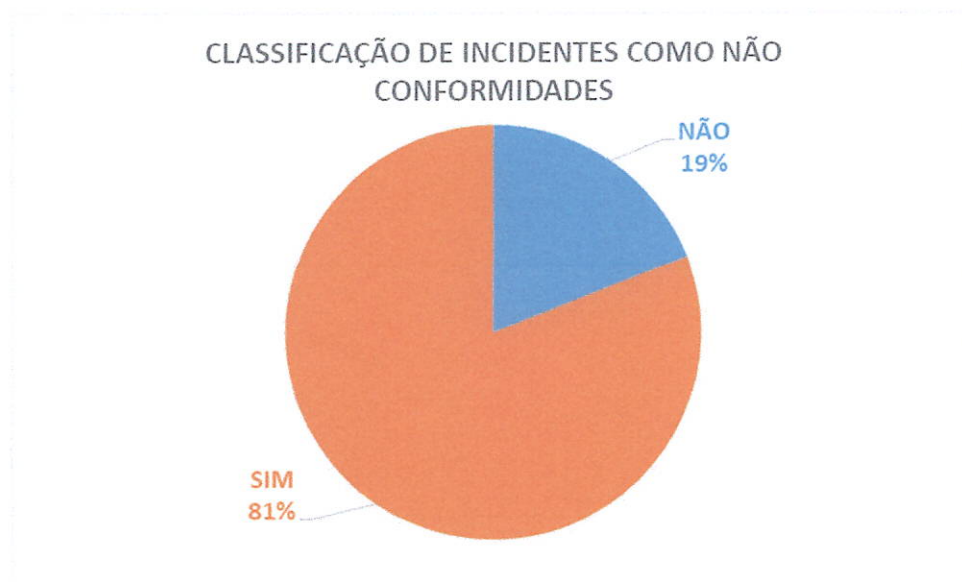
Classificação	Quantidade	Percentual
Circunstância de Risco	71	68%
Incidente Sem Dano	16	15%
Incidente Com Dano Leve	12	11%
Quase erro (Near Miss)	3	3%
Incidente Com Dano Grave	2	2%
Incidente Com Dano Óbito	1	1%

DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES POR CLASSIFICAÇÃO DE INCIDENTES - AGOSTO



Dessas notificações, 85 foram classificadas como não conformidades:

Incidente é Não Conformidade?	Quantidade	Percentual
SIM	85	81%
NÃO	20	19%



Outros incidentes e/ou eventos adversos:

- Flebite – 13 ocorrências.

Notificante: RONEY DE SOUZA SILVA		Notificado: DEISE ANNE GONÇALVES DE SOUZA		Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
Tipo Setor Notificado: Assistencial		Setor Notificado: Enfermagem		Tipo Setor Notificante: Assistencial	
Setor do Notificante: Emergência		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Emergência	
Data de Abertura: 05/08/2026		Data Ocorrência: 02/08/2026		Hora Ocorrência: 19:10	
Tipo Pessoa: Colaborador					

Descrição da Ocorrência:
 Durante inspeção do acesso venoso periférico, observados sinais compatíveis com flebite em região de antebraço D, caracterizados por hiperemia, dor à palpação, edema e endurecimento no trajeto venoso, sem evidência de secreção purulenta. Classificada como flebite.

Ação Imediata:
 Realizada nova punção de CVP em MSE e realizado compressa fria em membro afetado.

Notificante: [Redacted]		Notificado: [Redacted]		Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
Tipo Setor Notificado: Assistencial		Setor Notificado: Enfermagem		Tipo Setor Notificante: Assistencial	
Setor do Notificante: Enfermagem		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Enfermagem	
Data de Abertura: 19/08/2026		Data Ocorrência: 18/08/2026		Hora Ocorrência: 20:00	
Tipo Pessoa: Paciente					

Descrição da Ocorrência:
 Recebo paciente proveniente do plantão diurno de 18/08/2026, apresentando flebite em acesso venoso periférico localizado em região jugular esquerda. Realizada retirada do acesso venoso. Puncionado novo acesso venoso periférico em membro superior esquerdo (MSE), calibre 22G. Realizada aplicação de compressa de camomila no local, conforme conduta.

Ação Imediata:
 Puncionado novo acesso venoso periférico em membro superior esquerdo (MSE), calibre 22G. Realizada aplicação de compressa de camomila no local, conforme conduta.

Identificação:
[REDACTED]

Notificante:
[REDACTED]

Unidade:
PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS -
BARUERI

Tipo Setor Notificado:
Assistencial

Setor Notificado:
Enfermagem

Tipo Setor Notificante:
Assistencial

Setor do Notificante:
Clínica Médica

Tipo Setor Ocorrência:
Assistencial

Setor da Ocorrência:
Clínica Médica

Prontuário:
[REDACTED]

Data de Abertura:
31/08/2026

Data Ocorrência:
31/08/2026

Hora Ocorrência:
07:00

Tipo Pessoa:
Paciente

Descrição da Ocorrência:

PACIENTE APRESENTA VERMELHIDÃO AONDE ESTAVA O AVP EM MSD E MSE.

Ação Imediata:

ORIENTAÇÃO A EQUIPE QUANTO AOS CUIDADOS COM O ACESSO E APLICAÇÃO DE ANALGESIA EM LOCAL.

Identificação:
[REDACTED]

Notificante:
[REDACTED]

Unidade:
PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS -
BARUERI

Tipo Setor Notificado:
Assistencial

Setor Notificado:
Emergência

Tipo Setor Notificante:
Assistencial

Setor do Notificante:
Emergência

Tipo Setor Ocorrência:
Assistencial

Setor da Ocorrência:
Emergência

Prontuário:
[REDACTED]

Data de Abertura:
18/08/2026

Data Ocorrência:
18/08/2026

Hora Ocorrência:
20:00

Tipo Pessoa:
Paciente

Descrição da Ocorrência:

PACIENTE APRESENTA FLEBITE EM MSE EM FOSSA CUBITAL ERITEMA, EDEMA, RUBOR

Ação Imediata:

REALIZADA COMPRESSA COM CHA DE CAMOMILA, E ENFAXAMENTO

- Perda de CVC – 01 ocorrência.

Identificação:
[REDACTED]

Notificante:
[REDACTED]

Unidade:
PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS -
BARUERI

Tipo Setor Notificado:
Assistencial

Setor Notificado:
Assistencial

Tipo Setor Notificante:
Assistencial

Setor do Notificante:
Emergência

Tipo Setor Ocorrência:
Assistencial

Setor da Ocorrência:
Emergência

Prontuário:
[REDACTED]

Data de Abertura:
27/08/2026

Data Ocorrência:
26/08/2026

Hora Ocorrência:
22:00

Tipo Pessoa:
Paciente

Descrição da Ocorrência:

Durante atendimento, TEC de RX realizou posicionamento/manipulação do paciente para exame, ocorrendo exteriorização acidental do CVC. Procedimento imediatamente interrompido, paciente avaliado, sem sinais de instabilidade clínica no momento. Comunicado enfermeiro responsável e equipe médica. Realizados cuidados conforme protocolo institucional, mantida monitorização e observação do paciente.

Ação Imediata:

Interromper imediatamente qualquer infusão pelo CVC. Não reintroduzir o cateter caso tenha saído parcialmente. Realizar compressão no local, se houver sangramento. Avaliar SSVV, padrão respiratório e estado clínico do paciente. Verificar presença de sinais sugestivos de complicação, como dispnéia, dor torácica, queda de SpO₂, sangramento ou alteração do nível de consciência. Comunicar imediatamente o enfermeiro e médico responsável. Manter monitorização multiparamétrica. Manter o local protegido com curativo estéril, conforme protocolo institucional. Se houver suspeita de complicação relacionada ao CVC, seguir protocolo institucional e avaliação médica imediata. Registrar o evento e as condutas realizadas em prontuário e realizar notificação do incidente conforme rotina da instituição.

- Extubação acidental: Nenhuma ocorrência.

- Lesão por pressão: 03 ocorrências.

Identificação:
[REDACTED]

Notificante:
[REDACTED]

Unidade:
PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS -
BARUERI

Tipo Setor Notificado:
Assistencial

Setor Notificado:
Emergência

Tipo Setor Notificante:
Assistencial

Setor do Notificante:
Emergência

Tipo Setor Ocorrência:
Assistencial

Setor da Ocorrência:
Emergência

Prontuário:
[REDACTED]

Data de Abertura:
22/08/2026

Data Ocorrência:
22/08/2026

Hora Ocorrência:
10:00

Tipo Pessoa:
Paciente

Descrição da Ocorrência:

PACIENTE APRESENTA LESÃO EM REGIÃO SACRAL GRAU II OBSERVADA E JÁ ABORDADA NO DIA 20/08, PACIENTE ESTÁ INTERNADO DESDE O DIA 14/08 MANTENDO VENTILAÇÃO MECÂNICA E CUIDADOS CRÍTICOS, DURANTE OS DIAS 15 E 19 NÃO FOI OBSERVADO OU NOTIFICADO OCORRÊNCIA DE LESÃO, A LESÃO PROVOCADA FOI EM DECORRÊNCIA DA FALTA DE MUDANÇA DE DECÚBITO E MÁ HIDRATAÇÃO DA REGIÃO AFETADA.

Ação Imediata:

INICIADO TRATAMENTO COM KOLLAGENASE E HIDRATAÇÃO DAS DEMAIS ÁREAS DA PELE COM CREME DE BARREIRA, REALIZAO NOTIFICAÇÃO DO CASO

- Lesão de pele: Nenhuma ocorrência.
- Erros de medicação: Nenhuma ocorrência.
- Queda: 04 ocorrência.

Identificação: [REDACTED] **Notificante:** [REDACTED] **Unidade:** PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI

Tipo Setor Notificado: Assistencial **Setor Notificado:** Enfermagem **Tipo Setor Notificante:** Assistencial

Setor do Notificante: Emergência **Tipo Setor Ocorrência:** Assistencial **Setor da Ocorrência:** Emergência

Prontuário: [REDACTED] **Data de Abertura:** 14/08/2026 **Data Ocorrência:** 14/08/2026 **Hora Ocorrência:** 11:00 **Tipo Pessoa:** Paciente

Descrição da Ocorrência:
PACIENTE SE ENCONTRA SEM CONTENÇÃO NO MOMENTO DA PASSAGEM DE PLANTÃO, APRESENTAVA UMA PROGRESSÃO DO QUADRO NEUROLÓGICO E CHEGOU A IR AO BANHEIRO ALGUMAS VEZES COM AUXÍLIO DA ENFERMAGEM, PORÉM DURANTE O PERÍODO DAS 11:00 PACIENTE APRESENTOU UM QUADRO DE CONVULSÃO + AGITAÇÃO, PACIENTE TENTOU SE LEVANTAR SOZINHO E SOFREU UMA QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA CAINDO SENTADO, PACIENTE FOI ACOMODADO NOVAMENTE NO LEITO E REALIZADO CONTENÇÃO MECÂNICA E QUÍMICA, PACIENTE NÃO APRESENTOU LESÕES, EDEMAS OU FRATURAS DE NENHUMA NATUREZA.

Ação Imediata:
REALIZADO CONTENÇÃO MECÂNICA E QUÍMICA, PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE SE MANTER SEM AS CONTENÇÕES, CASO NOTIFICADO E REGISTRADO EM PRONTUÁRIO.

Identificação: [REDACTED] **Notificante:** [REDACTED] **Unidade:** PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI

Tipo Setor Notificado: Assistencial **Setor Notificado:** Emergência **Tipo Setor Notificante:** Assistencial

Setor do Notificante: Emergência **Tipo Setor Ocorrência:** Assistencial **Setor da Ocorrência:** Emergência

Prontuário: [REDACTED] **Data de Abertura:** 18/08/2026 **Data Ocorrência:** 16/08/2026 **Hora Ocorrência:** 20:10 **Tipo Pessoa:** Paciente

Descrição da Ocorrência:
Relato do evento: Paciente em sala de emergência, com HD de HSA, mantendo contenção em membros superiores e inferiores, apresentando-se agitado. Paciente previamente orientado quanto aos riscos de queda e à necessidade de permanecer no leito, bem como quanto ao risco de lesões decorrentes de movimentação excessiva e tentativa de retirar as contenções. Às 20h10, paciente apresentou episódio de agitação psicomotora intensa, realizando movimentos bruscos, evoluindo com queda da maca, de aproximadamente 60 cm de altura, com queda ao solo, em posição sentada/agachada (côcoras). Após o evento, paciente foi prontamente assistido pela equipe, sendo realizada avaliação quanto a possíveis lesões decorrentes da queda e adotadas as medidas assistenciais pertinentes, conforme protocolo institucional. Evento comunicado à equipe responsável para seguimento e monitoramento do paciente.

Ação Imediata:
Aberto Protocolo de Queda. Realizado RX conforme protocolo institucional. Realizado manutenção de contenção química.

INDICADOR DE TAXA DE NOTIFICAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS

Fórmula

Nº de notificações de eventos adversos

X 1000

Nº total de atendimentos

Análise crítica:

Neste mês, tivemos o registro de 15 notificações com eventos adversos dentro do sistema Medicsys, representando 0,66 a cada 1.000 atendimentos (valor total = 22.799 atendimentos).

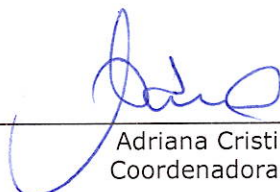
COMISSÕES

Reuniões Agosto/2026:

- Revisão de prontuários – Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de Junho, com 36 análises. Realizada em 23/08/2026
- Revisão de óbitos - Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de Junho, com 23 óbitos totais. Realizada em 27/08/2026

Observação: As comissões de revisão de prontuários e de óbitos analisam os prontuários do mês anterior.

- PGRSS - Realizada em 20/08/2026
- EMTN – 10/08/2026
- CPMMH – Realizada em 12/08/2026
- Farmácia Terapêutica – 12/08/2026
- Biossegurança - Realizada em 20/08/2026
- PPRAMP - Realizada em 20/08/2026
- Comissão de Ética de Enfermagem – 26/08/2026
- Diretoria clínica - Realizadas em 11 e 25/06/2026
- Auditoria – Realizada em 24 e 26/08/2026
- CIPA – Realizada em 18 e 19/08/2026
- Proteção Radiológica – Realizada em 17/08/2026



Adriana Cristina De Franco
Coordenadora da Qualidade

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADO À ASSISTÊNCIA Referente à Agosto/2026

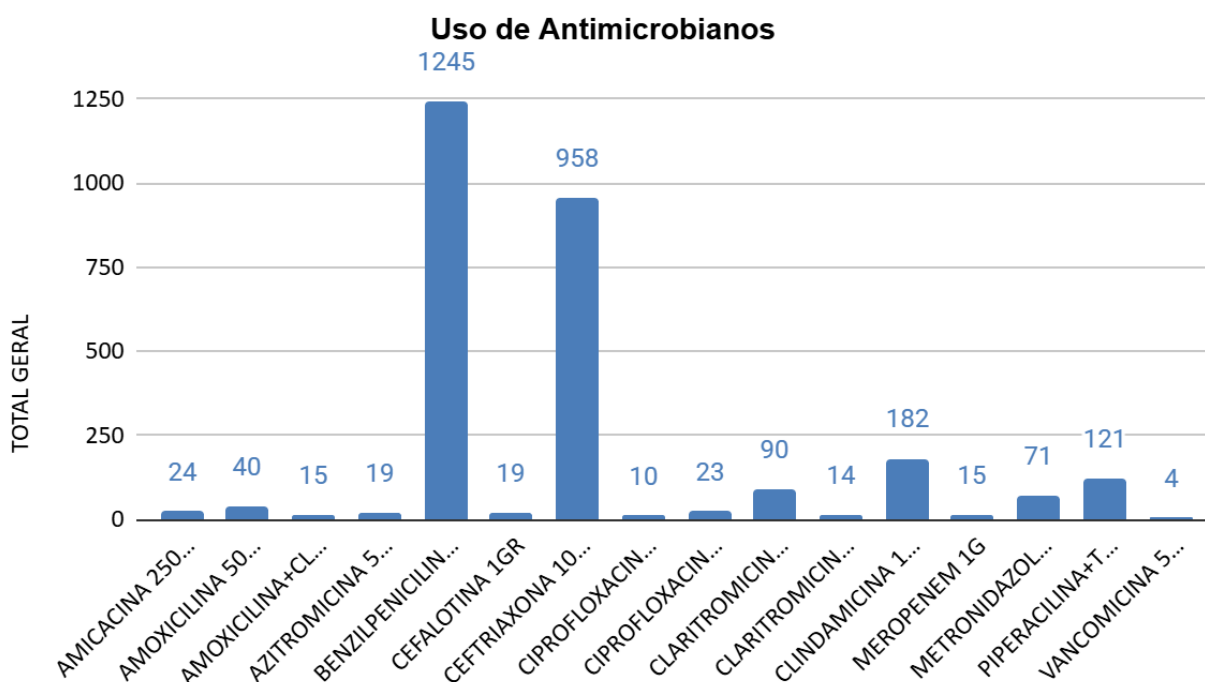
1. Apresentação

Em consonância com a Portaria 2.616/1998 do Ministério da Saúde, a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde CCIRAS tem por objetivo atuar no processo de prevenção e controle de infecções hospitalares.

2. Número total de Antibióticos.

Em Agosto, foram registradas 2.850 unidades de antimicrobianos consumidas, distribuídas entre diferentes apresentações. Observou-se concentração do consumo em determinados antimicrobianos, com destaque para benzilpenicilina benzatina (43,7%) e ceftriaxona (33,6%), que juntas corresponderam a aproximadamente 77,3% do consumo total

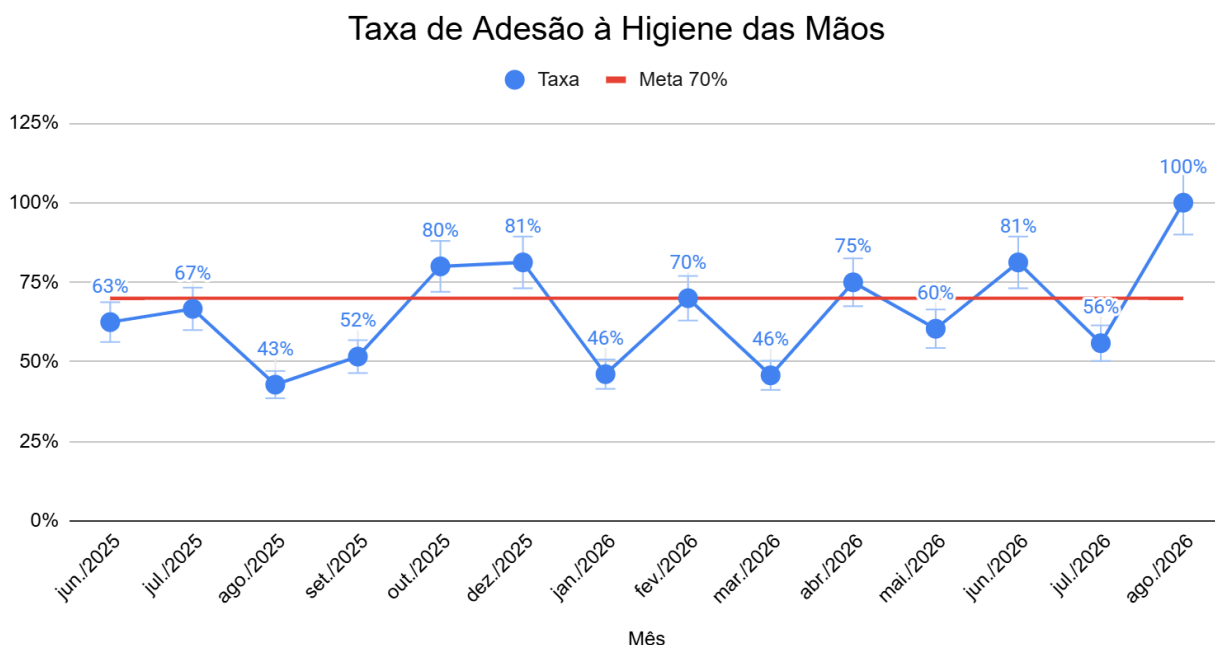
Gráfico 01: Consumo de antimicrobianos



3. Adesão à Higienização das Mãos

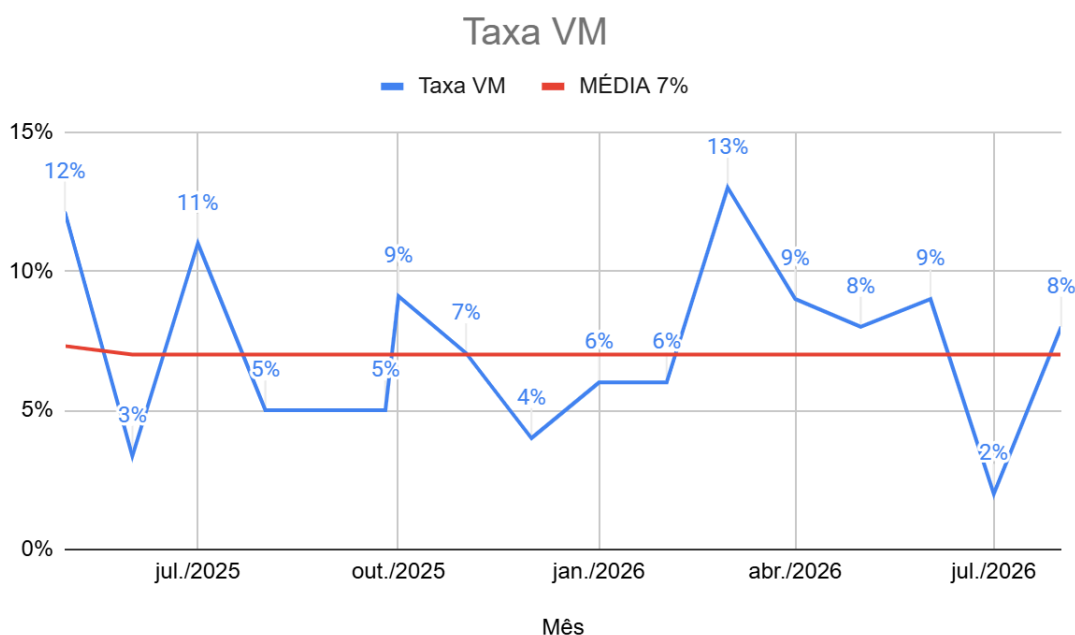
Em agosto, observou-se taxa de adesão de 100%, superior ao resultado registrado em julho (56%). Ressalta-se, entretanto, que no período houve redução no número de observações realizadas, aspecto que deve ser considerado na interpretação comparativa dos resultados.

Gráfico 02: Adesão à Higienização das Mãos.



4. Taxa de Dispositivos Invasivos e IRAS

Taxa de Ventilação Mecânica Invasiva: Em agosto, a taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM) foi de 8%, considerando um total de 24 VM-dia, resultado próximo à média do período, de 7%. Não houve caso de PAV no período. **Gráfico 03:**



Cateter Vesical de Demora:

Gráfico 04 - Taxa de Cateter Vesical de Demora: A taxa de utilização de Cateter Vesical de Demora (CVD) foi de 9%, também abaixo da média histórica, resultado que pode estar relacionado ao fortalecimento da atuação da SCIRAS, por meio da realização de feedback contínuo à equipe à beira-leito, especialmente quanto à avaliação diária da necessidade de permanência do dispositivo e à descontinuidade do CVD quando clinicamente indicada.

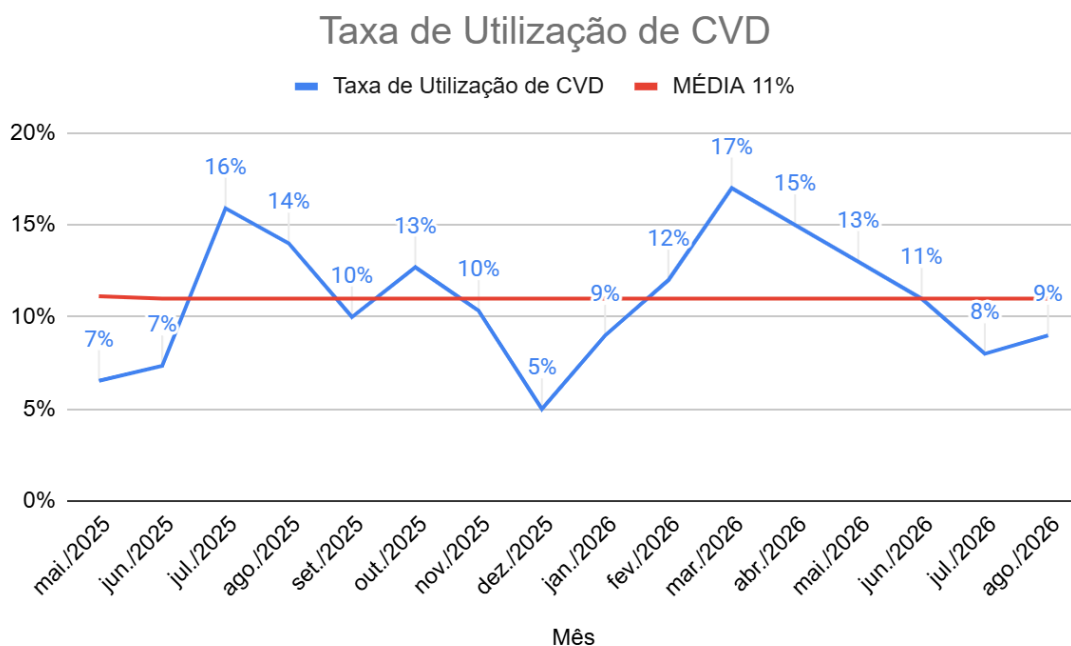
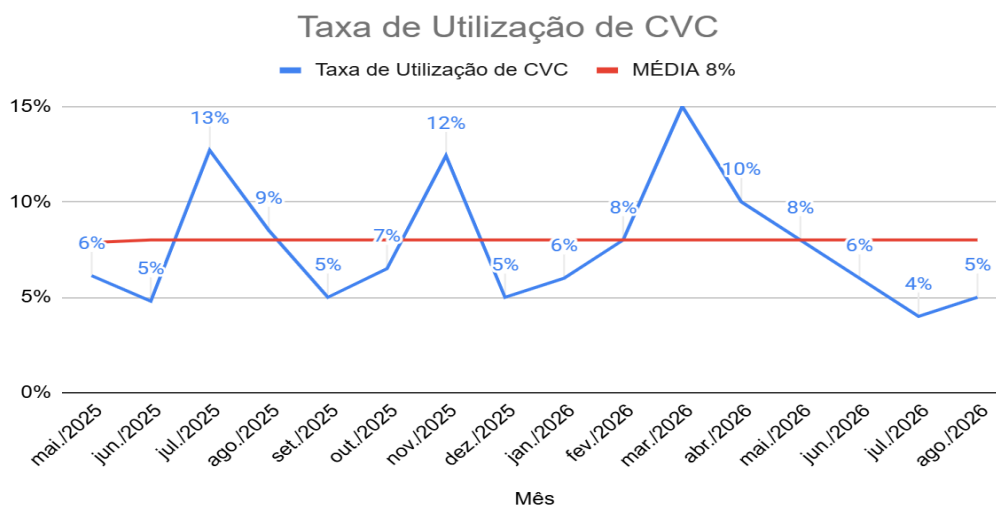


Gráfico 05: Taxa de Cateter Venoso Central : A taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC) foi de 5%, abaixo da média de 8%, com 16 CVC-dia contabilizados no período, considerando os dois casos acompanhados, sendo que um dos pacientes permaneceu 11 dias em uso do dispositivo, contribuindo de forma significativa para o total de dias de exposição. Um caso de IPCS em investigação.



Stefany Dantas Varelo
COREN-SP 613178-ENF



Atenciosamente,

Stefany Dantas Varelo
Enfermeira SCIRAS

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

Período: agosto/2026

Introdução

Durante o mês de agosto, o SESMT deu continuidade às ações voltadas à promoção da saúde e segurança dos colaboradores, por meio de atividades preventivas, orientações nos setores, acompanhamento das condições de trabalho e fortalecimento da cultura de segurança, visando proporcionar um ambiente de trabalho mais seguro e em conformidade com as normas vigentes.

Ações Desenvolvidas

- Realização de rondas diárias nos setores, com foco na identificação de riscos, inspeção das condições de trabalho, orientação aos colaboradores e implementação de medidas preventivas para fortalecimento da cultura de segurança.
- O processo de regularização do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) permanece em andamento. As adequações necessárias foram realizadas e os extintores que estavam em manutenção/recarga já retornaram à unidade.
- Com o retorno dos extintores e a continuidade das adequações necessárias, será dada entrada para a solicitação da visita/vistoria do Corpo de Bombeiros, dando prosseguimento ao processo de regularização do AVCB.
- Foi instalada, no corredor de acesso aos elevadores, próximo ao relógio de ponto, uma placa informativa sobre acidentes, com o objetivo de facilitar o acesso dos colaboradores às informações relacionadas aos indicadores de segurança e reforçar a conscientização quanto à prevenção de acidentes.

Registro de Incidentes e Acidentes – agosto/2026

No mês de agosto de 2026, não foram registrados acidentes de trabalho na unidade.

Considerando o último acidente registrado em 18/06/2026, até a data de 08/09/2026, a unidade contabiliza 82 dias sem acidentes, demonstrando um resultado positivo das ações preventivas e do comprometimento dos colaboradores com as práticas de segurança.

 **MARCO DE SEGURANÇA: 82 DIAS SEM ACIDENTES**

Conclusão

As ações realizadas durante o mês de agosto reforçaram o compromisso do SESMT com a segurança e a saúde dos colaboradores, por meio de inspeções, orientações, acompanhamento das condições de trabalho e implementação de medidas preventivas.

O retorno dos extintores e o prosseguimento das ações para solicitação da visita do Corpo de Bombeiros representam avanços importantes no processo de regularização do AVCB. A instalação da placa informativa sobre acidentes também contribui para ampliar a comunicação dos indicadores de segurança e fortalecer a cultura de prevenção entre os colaboradores.

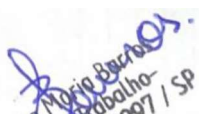
acompanhamento contínuo dos indicadores, a conscientização das equipes e a manutenção das medidas preventivas permanecem essenciais para reduzir a ocorrência de acidentes e promover um ambiente de trabalho cada vez mais seguro.

Atenciosamente,

Tatiana Maria Barros

Técnica de Segurança

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas


Tatiana Maria Barros
Técnico Seg. do Trabalho
Registro 0075997 / SP

RELATÓRIO DE INDICADORES DE FISIOTERAPIA – AGOSTO/2026

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas – CEJAM

O presente relatório tem como objetivo apresentar os indicadores assistenciais do serviço de fisioterapia referentes ao mês de agosto de 2026, no Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas, unidade administrada pela Organização Social de Saúde CEJAM. Os dados refletem a atuação fisioterapêutica voltada à assistência respiratória e suporte ventilatório dos pacientes atendidos no período.

1. Indicadores Assistenciais

Indicador	Resultado
Número de atendimentos adultos	637
Número de atendimentos pediátricos	21
Número total de atendimentos no mês	658
Número de pacientes em ventilação mecânica	13
Número de pacientes submetidos à extubação eletiva	2
Número de pacientes com extubação acidental/não planejada	0
Número de pacientes em ventilação não invasiva (VNI)	7
Pacientes intubados/dia	26

Durante o mês de agosto de 2026, o serviço de fisioterapia realizou 661 atendimentos, com predominância de atendimentos em pacientes adultos. Observou-se assistência contínua a pacientes críticos em ventilação mecânica e suporte ventilatório não invasivo, demonstrando a relevância da atuação fisioterapêutica no manejo respiratório e na estabilização clínica. Destaca-se a ausência de eventos de extubação acidental, evidenciando adesão às boas práticas assistenciais e segurança do paciente.

2. Conclusão

Conclui-se que os indicadores apresentados demonstram a efetividade e importância da assistência fisioterapêutica prestada no período analisado, contribuindo para a qualidade do atendimento multiprofissional, segurança do paciente e suporte às demandas assistenciais da unidade hospitalar administrada pelo CEJAM.



Thalia Carvalho Do Nascimento
Fisioterapeuta Responsável Técnica
CREFITO 349818-F

RELATÓRIO MENSAL DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

Competência: Agosto/2026

Unidade: Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

1. APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta os resultados das atividades desenvolvidas pela equipe de Nutrição Clínica no Pronto-Socorro, referentes ao mês de agosto de 2026, contemplando indicadores assistenciais, perfil epidemiológico e ações de terapia nutricional.

2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

No período analisado, foram realizadas 57 triagens nutricionais, e 09 reavaliações de pacientes que permaneceram na unidade por mais de 7 dias.

Observou-se predominância de pacientes idosos, correspondendo a 40 pacientes (60,6%). Os adultos representaram 26 pacientes (39,4%). Não foram registrados pacientes classificados como crianças ou adolescentes. Houve maior prevalência do sexo masculino, mantendo a tendência observada no período anterior.

Foram realizadas 488 visitas à beira leito, com média de 16 visitas diárias. Essas visitas foram destinadas aos pacientes já triados e a pacientes que, embora não estivessem em período de triagem, avaliação ou reavaliação nutricional, necessitavam de acompanhamento diário para monitoramento da ingestão alimentar, hábito intestinal, comorbidades prévias, sinais de disfagia e outros aspectos clínicos relevantes observados pela equipe de nutrição, que pudessem indicar a necessidade de adequações na conduta dietoterápica.

3. CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA

Quanto ao nível de assistência nutricional, houve predominância de pacientes classificados no nível terciário, com 32 pacientes (48,5%), seguido do nível secundário, com 30 pacientes (45,5%). Foram identificados 4 pacientes (6,1%) no nível primário.

O perfil demonstra predominância de pacientes que necessitam de acompanhamento nutricional de maior complexidade, considerando a representatividade dos níveis secundário e terciário, que juntos corresponderam a 93,9% dos pacientes acompanhados.

6. ESTADO NUTRICIONAL

Na avaliação do diagnóstico nutricional, observou-se predominância de pacientes classificados como eutróficos, correspondendo a 24 pacientes (36,4%).

Na sequência, foram identificados 20 pacientes (30,3%) com baixo peso/desnutrição, 19 (28,8%) com sobrepeso/obesidade e 3 pacientes (4,5%) com obesidade sarcopênica.

Embora a eutrofia tenha sido a classificação mais frequente, destaca-se que 23 pacientes (34,8%) apresentavam baixo peso/desnutrição ou obesidade sarcopênica, condições que requerem atenção nutricional devido ao maior risco de comprometimento da massa muscular, funcionalidade e evolução clínica.

7. PERFIL CLÍNICO

7.1 Comorbidades prévias

Entre as comorbidades registradas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresentou maior frequência, presente em 46 pacientes, seguida de Diabetes Mellitus (DM), identificada em 22 pacientes.

Também foram observadas outras condições clínicas relevantes, incluindo insuficiência cardíaca, acidente vascular (AVC e AVE), doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio, câncer e outras comorbidades.

Considerando que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma comorbidade, os quantitativos não devem ser somados para determinação do número total de pacientes.

A elevada frequência de HAS e DM, associada à presença de doenças cardiovasculares, neurológicas e renais, evidencia um perfil clínico marcado pela presença de múltiplas condições crônicas, demandando individualização das estratégias nutricionais e monitoramento contínuo.

7.2 Diagnósticos de internação

Entre as hipóteses diagnósticas registradas no período, destacaram-se as alterações cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca congestiva e outras alterações cardiovasculares, com 15 registros, seguidas pelas condições pulmonares, com 11 registros, e pelo acidente vascular cerebral, com 9 registros.

Também foram registrados 7 casos de alterações neurológicas, 5 casos relacionados a fraturas/TCE, 3 condições renais, 1 caso de cetoacidose diabética (CAD) e 1 caso de hemorragia digestiva.

O conjunto dos diagnósticos evidencia a presença de pacientes com importante complexidade clínica, especialmente relacionada aos sistemas cardiovascular, pulmonar e neurológico.

4. ESTADO NUTRICIONAL

Identificou-se predominância de pacientes desnutridos, seguidos por indivíduos eutróficos e com sobrepeso ou obesidade, reforçando a importância da avaliação nutricional e da conduta individualizada.

5. TERAPIA NUTRICIONAL

5.1 Suplementação Nutricional

No período de agosto, foram registrados 68 itens de suplementos nutricionais e módulos, utilizados conforme as necessidades clínicas e nutricionais dos pacientes. Entre os produtos utilizados, destacaram-se: módulo de probiótico (35), suplemento hipercalórico (16) e o suplemento Proline (4 unidades), utilizado para pacientes com lesões correspondentes ao grau II ou superior. Também foram utilizados suplementos para diabéticos (6), módulo de fibra alimentar (6) e água de coco (1) como protocolo de abreviação de jejum.

A distribuição demonstra maior utilização de probióticos, seguidos pelo suplemento hipercalórico, além de estratégias específicas voltadas ao controle glicêmico, suporte à cicatrização e adequação do aporte de fibras.

Foram acompanhados 24 pacientes relacionados ao uso desses produtos, resultando em uma média de 2,8 unidades por paciente.

5.2 Nutrição Enteral

Registrou-se média de 1,5 paciente/dia em uso de nutrição enteral. A fórmula mais utilizada foi hipercalórica e normoproteica com fibras, seguida de fórmula de controle glicêmico, além de fórmula hipercalórica e hiperproteica, hipercalórica e hiperproteica, e fórmula com nutrientes específicos para auxiliar na cicatrização de lesões.

6. PERFIL CLÍNICO

6.1 Comorbidades

Entre as comorbidades registradas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresentou maior frequência, presente em 46 pacientes, seguida de Diabetes Mellitus (DM), identificada em 22 pacientes.

Também foram observadas outras condições clínicas relevantes, incluindo insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio, câncer e outras comorbidades.

Considerando que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma comorbidade, os quantitativos não devem ser somados para determinação do número total de pacientes.

6.2 Diagnósticos de Internação

Entre as hipóteses diagnósticas registradas no período, destacaram-se as alterações cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca congestiva e outras alterações cardiovasculares, com 15 registros, seguidas pelas condições pulmonares, com 11 registros, e pelo acidente vascular cerebral, com 9 registros.

Também foram registrados 7 casos de alterações neurológicas, 5 casos relacionados a fraturas/TCE, 3 condições renais, 1 caso de cetoacidose diabética (CAD) e 1 caso de hemorragia digestiva.

O conjunto dos diagnósticos evidencia a presença de pacientes com importante complexidade clínica, especialmente relacionada aos sistemas cardiovascular, pulmonar e neurológico.

7. INDICADORES ASSISTENCIAIS

Observou-se aumento no número de refeições fornecidas aos pacientes e diminuição de refeições servidas aos acompanhantes, refletindo a maior demanda assistencial da unidade em decorrência do aumento das internações de pacientes sem acompanhantes.

8. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Em agosto, houve predominância dos protocolos de broncoaspiração e lesão por pressão, evidenciando a atuação da equipe de nutrição na prevenção de complicações e promoção da segurança do paciente. Também foram registrados protocolos de interação fármaco/nutrient, diarreia e abreviação de jejum, em menor frequência.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência nutricional em agosto evidenciou a predominância de pacientes com maior complexidade clínica e risco nutricional, reforçando a necessidade de avaliação sistemática, monitoramento contínuo e individualização da conduta dietoterápica. As 488 visitas à beira leito possibilitaram o acompanhamento da ingestão alimentar, disfagia, hábito intestinal e evolução clínica, favorecendo intervenções oportunas. A terapia nutricional, incluindo suplementação, módulos e nutrição enteral, foi direcionada às necessidades específicas dos pacientes, com foco na adequação do aporte nutricional, controle metabólico, função intestinal e cicatrização. Destaca-se ainda a atuação preventiva da Nutrição nos protocolos de broncoaspiração e lesão por pressão, contribuindo para a segurança, prevenção de complicações e melhor evolução clínica dos pacientes.

Giovana Zandoná de Lemos

Nutricionista RT - CRN 3: 71034



RELATÓRIO DE ATIVIDADES: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

LOCAL: PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO FREITAS – BARUERI/SP

OBJETIVO: SETOR RADIOLOGIA

CONTRATO DE GESTÃO: CEJAM 226/2025

EMPRESA: PC RAD CNPJ:16.684.393 | 0001-30

PERÍODO:01/08/2026 à 31/08/2026

1. Objetivo

Este relatório tem como finalidade apresentar, de forma objetiva, as atividades desenvolvidas pela equipe de Radiologia, no mês de Agosto, destacando a demanda de atendimentos, os tipos de exames realizados e as principais incidências aplicadas na sala de Raios-X, destinada ao atendimento do pronto socorro.

2. Descrição das Atividades

Durante o período, a equipe de Radiologia atuou diretamente no suporte diagnóstico aos pacientes atendidos no pronto socorro, realizando exames radiológicos de urgência e emergência, contribuindo para uma avaliação clínica rápida e eficaz.

As atividades foram desempenhadas seguindo rigorosamente os protocolos de segurança, biossegurança, qualidade na execução dos exames e priorização dos atendimentos conforme a gravidade e as necessidades dos pacientes.

Melhorias e Implantação no setor:

Neste mês foi implementado e reforçado o processo de cadastro e baixa dos exames no sistema SISS, passando a ser realizado diretamente pelo técnico responsável pela execução do exame. A medida tem como objetivo melhorar a rastreabilidade das informações, otimizar o controle dos exames realizados, reduzir inconsistências no sistema e proporcionar maior segurança e confiabilidade nos registros do setor.

3. Quantitativo de Atendimentos

- Total de exames realizados **por incidências: 5.215**
- Total de exames **cadastrado no SISS 3.839**
- Total de **Nº pacientes atendidos no mês: 3.086**
- Total de **exames no leito/ internados: 85**

TIPO DE ESTRUTURA RADIOGRÁFICA	QUANTIDADE POR INCIDÊNCIAS
TORAX	2164
CRÂNIO	296
MM SUPERIORES	394
MM INFERIORES	507
ABDOME	312
OUTROS	1542
TOTAL=	5.215

TOTAL DE Nº PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADES: TOTAL: 3.086	CLINICA: 1.239	PEDIATRIA 853	ORTOPEDIA 994
---	-------------------	------------------	------------------

4. Principais Incidências Realizadas no período foram:

- **Tórax PA e AP (leito)** – Avaliação de quadros respiratórios, traumas e acompanhamento clínico.
- **Membros Superiores** – Incidências para suspeitas de fraturas (mão, punho, antebraço, cotovelo, braço, ombro).
- **Membros Inferiores** – Incidências para avaliação de traumas (pé, tornozelo, perna, joelho, fêmur e quadril).
- **Coluna Cervical, Torácica e Lombar** – Avaliação de traumas e dores agudas.
- **Abdômen Agudo** – Incidências para investigação de obstruções, perfurações e quadros abdominais de emergência.
- **Pelve e Bacia** – Avaliação de traumas e quedas, especialmente em idosos e politraumatizados.

5. Considerações Finais

A equipe de Radiologia manteve um desempenho eficiente, priorizando o atendimento humanizado, com foco na agilidade dos exames e na qualidade das imagens. Ressaltamos que todos os procedimentos foram executados conforme os protocolos técnicos e normas de segurança, garantindo suporte efetivo à equipe médica do pronto socorro.

ELABORADO POR: Camila de Moura Santos
Responsável Técnica- CRTR 24656T



01/09/2026



ANEXO: PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO DE FREITAS

CONTROLE DE EXAMES RADIOLÓGICOS - AGOSTO 01 Á 31																																	
EXAMES	QUANTIDADE DE INCIDÊNCIAS POR DIA																																TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
CRÂNIO (PA + LATERAL)	4	2	8	4	10	8	4	16	10	18	12	18	12	8	14	8	14	20	6	14	4	6	10	10	12	6	4	6	16	8	4	296	
MAXILAR/ MANDIBULA																			1	1											2		
OSSOS DA FACE				2		1		3			4		1			2					2		1	1	1				1		18		
SEIOS DA FACE (FN + MN + HIRTZ)	3	1	2	2	3	0	2	3	1	1	1	0		3	2	2		2	1	3	0	0	2	1	3	3	6	8	3	3	7	68	
COLUNA CERVICAL (AP + LAT		1	2	2	2	2		1	2	4	1	2			2	4	4	6	1	6	4	1	4			6	3		2	1		63	
COLUNA LOMBO-SACRA			4		2					4	1	2							2		2	1	2				2			12	34		
COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)		2		4	2	2		1		4	2	4				2				4	4									1	32		
COLUNA TORACO - LOMBAR	1	7	3	8	2	4	3	4	2		1	6	6		2	4	4	2	4	6	2			8	2	3	2	1	8	2	97		
REGIÃO SACRO-COCCIGEA				3		2				4				1		2					1										13		
COSTELAS (HEMITORAX)					2	2	1		1	1		1		2	1			4				1	1	1	1	2			1	2	24		
TORAX (PA E PERFIL)	57	50	76	52	64	77	70	51	61	67	32	60	51	55	59	52	60	48	34	45	39	47	63	41	62	33	65	64	57	63	75	1730	
TORAX PEDIATRICO	10	20	8	19	14	15	14	37	18	25	18	17	18	22	13	22	16	3	10	12	32	14	20	16	14	23	9	20	8	20	27	534	
ANTEBRAÇO	2		2	4	6	0		2	2		4	6	4	2	2	2		6	1	4	8	0	1	2	2	8			2	2	2	76	
ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	1	2	2	5			2	2	1	6	8	9			5		2			1	1	1	6	4	2	1			2	1	6	70	
UMERO		3	1				1	3		2	6	2		3	1		2			1	6	1		1		2					35		
CLAVICULA					2				2		2	1	1	2			1						1					1				13	
COTOVELO	4	8	6	2	4	4	2	6	2	4		8	2		2		6	6	2	2	10		4	2	2	3	2	1	4	1	4	103	
DEDOS / QUIRODACTILOS	12	8	6	6	2	4	6	8	2	2	4	2		2		2		2	2	2	4		6	4	4	1	6	5	2	3		107	
MÃO	2	6	4	8	2	2	8	4	4	4	2	6	4	4	8	12	2	14		10	12	10	6	12	0	19	10	8	4	8	6	201	
ESCAPULA/OMBRO (TRES	1	8			2	3	4		1	4	2	4				1		1		2	2			6	3		1	6		1	1	53	
PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	6	4	4	7	4	2	4	7	4	14	4	4	10		2	4	8	6	5	8	0	8	8	12	6	5	2	2	2	2	8	162	
ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3					1	2							2								1					1					7		
ABDOMEN SIMPLES (AP)	5	13	12	9	13	16	7	12	6	14	12	11	13	17	11	12	16	9	4	7	6	11	3	6	10	2	18	12	16	5	4	312	
ARTICULACAO COXO-FEMORAL		1			3						2						2		1		1										10		
ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	6	2	18	4	10	16	8	8	16	13	8	20	8	14	4	4	4	12	12	10	12	14	20	6	10	8	12	20	14	16	12	341	
PELVE	1	2	1	3	3	2	2	2	3	5	2	1	4	1	6	1	1	3	4	1	2	1	3	3	2	0	3	2	3	2	1	70	
CALCANEO AXIAL					2																1	1									4		
FEMUR		1		1	1	0	2			2			2		3		2	1	2			1	3								21		
JOELHO (AP + LATERAL)	4	4	4	5	16	12	6	7	12	6	14	6	12	12	2	8	2	14	8	7	10	6	10	10	7	11	4	8	4	4	4	239	
PE / DEDOS DO PE JANTEPÉ	12	8	22	4	12	18	6	9	15	14	12	34	18	22	10	14	18	18	15	9	20	12	14	9	2	10	4	9	6	6	18	400	
PERNA	4	1	2	6	2	4	0	2	4	2	4	0	2	2	4	0	1	4	3	1	6	3	0	5	4	0	2	3	2	2	5	80	
TOTAL (INTERNO)	135	154	187	160	186	198	152	188	169	220	158	224	170	172	153	158	165	181	118	156	193	139	188	160	147	147	153	178	157	145	204	5215	

*DADOS INGRESSADOS DIARIAMENTE CONFORME DEMANDA DE PLANTÃO

RESPONSÁVEL TÉCNICA: Camila de Moura Santos CRTR 24656t

04 de Setembro de 2026

DADOS DE OUVIDORIA RELATÓRIO - REF. Agosto/2026

6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)

6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)

No período de Agosto/2026, foram registradas, ao todo, 42 manifestações de Ouvidoria, sendo:

- 8 elogios;
- 34 queixas.

Apresenta-se, a seguir, uma amostra representativa correspondente a 10% do total, selecionada de forma criteriosa, com o objetivo de ilustrar os principais tipos de manifestações registradas no período analisado.

Ouvidoria		
	Mês-maio	%
Total de ouvidorias (10%)	42	10
Atendimento Realizado	4,2	

nº do protocolo	Classificação	Síntese da queixa	Resolvido
202682158359	Elogio	Elogio do Profissional	Sim
202682458494	Elogio	Elogio do Profissional	Sim
202682458494	Elogio	Elogio do Profissional	Sim
202682658656	Reclamação	Comportamento Inadequado do Profissional	Sim
202682758694	Reclamação	Comportamento Inadequado do Profissional	Sim

Análise: Em Agosto de 2026, foram recebidas ao todo 42 ouvidorias, sendo 8 elogios e 34 queixas. Dessa forma, apresentamos uma amostra correspondente a 10% do total, totalizando 4,2 registros arredondando para 4, selecionados de forma representativa. Lembrando que todas são analisadas e respondidas dentro do período.

Manifestação - 202682158359

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 21/08/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente	Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não	Sigilo : Sim
Classificação : Elogio	Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional		
Manifestação : **Relato da Manifestação** Manifestante registra elogio à **Dra. Stefanny** e à **supervisora Jaqueline**, destacando o atendimento prestado durante sua permanência na unidade. Relata ter sido tratado de forma atenciosa e humanizada pelas profissionais, ressaltando a disponibilidade demonstrada para ouvir suas necessidades, compreender sua situação e auxiliá-lo da melhor maneira possível. Ao final, manifesta seu agradecimento e reconhecimento pela empatia, atenção e acolhimento demonstrados pelas profissionais durante o atendimento.			
Providência : Prezado(a) manifestante, Agradecemos pelo registro da manifestação e, especialmente, pelas palavras de reconhecimento direcionadas à Dra. Stefanny e à supervisora Jaqueline. Ficamos muito satisfeitos em saber que você se sentiu acolhido(a), ouvido(a) e devidamente assistido(a) durante sua permanência na unidade. A empatia, a disponibilidade e o respeito às necessidades de cada paciente são fundamentais para a prestação de uma assistência humanizada e de qualidade. Seu elogio será compartilhado com as profissionais, como forma de reconhecimento pelo trabalho realizado e pelo cuidado demonstrado durante o atendimento. Agradecemos pela confiança e por dedicar um momento para reconhecer a atuação de nossas profissionais. Manifestações como a sua são muito importantes para valorizar e incentivar nossa equipe a continuar oferecendo um atendimento cada vez mais humanizado. Atenciosamente, Gabriela Teles Barbosa Coordenação Médica e Diretoria Clínica			

Manifestação - 202682458494

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 24/08/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente	Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não	Sigilo : Sim
Classificação : Elogio	Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional		
Manifestação : **Relato da Manifestação** Manifestante registra agradecimento pelo atendimento recebido durante sua permanência na unidade, destacando a atenção e o acolhimento prestados pela equipe de enfermagem e pelos médicos da Emergência. Em especial, elogia a **enfermeira Bianca** e a **médica Felipe**, ressaltando a postura atenciosa, humanizada e empática demonstrada pelas profissionais, não apenas em seu atendimento, mas também na forma como tratam os demais pacientes. Contudo, relata uma situação ocorrida durante o plantão noturno que lhe causou preocupação. Segundo a manifestante, uma profissional de enfermagem teria comentado que havia presenciado o falecimento de um paciente que fazia uso da mesma medicação que estava sendo administrada a ela. Informa que a situação lhe causou grande apreensão e medo, levando-a a ficar emocionalmente abalada e, segundo seu relato, ocasionando elevação de sua pressão arterial. Ao final, reforça seu agradecimento pelo atendimento recebido e destaca positivamente a postura humanizada e empática da equipe.			
Providência : Prezado(a) Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade.			

Manifestação - 202682658656

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 26/08/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente	Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Sim	Sigilo : Não
CPF : 33359136802	Nome Completo : Maria do Bom Conselho Soares		
CEP :	Endereço :		
Número :	Complemento :	Bairro :	Cidade :
Celular : 11986629275	Telefone :	E-Mail : mariasoes4198@gmail.com	
Classificação : Reclamação	Motivo da Manifestação : Fluxo de atendimento		
Manifestação : Manifestação: A paciente relata que possui veias de difícil acesso e que foram realizadas três tentativas de punção venosa, por duas enfermeiras, sem sucesso. Informa que, durante o procedimento, uma das profissionais afirmou que não conseguiria localizar sua veia. Relata ainda que possuía retorno médico agendado, porém sua ficha foi dispensada pelas mesmas, impossibilitando a continuidade do atendimento. Providência : Em atenção à manifestação apresentada, informamos que a situação foi analisada junto à equipe assistencial e, conforme registros realizados no atendimento, a paciente foi chamada por três vezes pelo painel eletrônico, sendo posteriormente chamada novamente para continuidade da assistência. Na ocasião, foram realizadas duas tentativas de punção venosa pela técnica de enfermagem, porém sem obtenção de refluxo sanguíneo adequado. Considerando a dificuldade de acesso venoso, seria realizada uma nova tentativa pela enfermeira do setor. Entretanto, conforme registrado pela equipe, a paciente recusou a realização de uma nova punção. Em decorrência da recusa da nova tentativa de acesso venoso, a paciente também recusou a administração da medicação, uma vez que sua realização dependeria de novo acesso venoso. A paciente foi orientada quanto à necessidade do procedimento e, diante da recusa, assinou o Termo de Recusa de Medicação, sendo registrado em documento que solicitava retorno para avaliação médica. Esclarecemos ainda que, conforme a conduta médica registrada em ficha, o atendimento tinha como finalidade a administração da medicação, estando prevista alta após sua realização. Dessa forma, o retorno médico não ocorreu de forma imediata, sendo necessário aguardar a disponibilidade médica, uma vez que a conduta inicialmente registrada previa alta após a medicação. Ressaltamos que a equipe assistencial permaneceu seguindo as condutas e registros estabelecidos durante o atendimento, respeitando a decisão da paciente quanto à recusa de nova tentativa de punção e da medicação. Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas Via Palaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120 (11) 5555-5844 ps.aff@cejam.org.br cejam.org.br CEJAM CEJAM SECRETARIA DE SUS SAÚDE PREFEITURA DE BARUE ACIDADE BESTA PRA VOCE Lamentamos os transtornos e o desconforto relatados e reforçamos nosso compromisso com um atendimento seguro, acolhedor e respeitoso, bem como com o esclarecimento adequado das condutas assistenciais aos pacientes. Permanecemos a disposição para quaisquer dúvidas. QuQ Renata B. Oliveira Machado Coordenadora de Enfermagem COREN 483978 CEJAM Renata Machado Supervisora de Enfermagem			

Manifestação - 202682458494

Estado :	Cidade :	Unidade :	Data Criação :
SP	Barueri	PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	24/08/2026

Tipo de Atendimento :	Perfil :	Deseja se Identificar? :	Sigilo :
Pessoalmente	Pessoa Física	Não	Sim

Classificação :	Motivo da Manifestação :
Elogio	Elogio do Profissional

Manifestação :

****Relato da Manifestação**** Manifestante registra agradecimento pelo atendimento recebido durante sua permanência na unidade, destacando a atenção e o acolhimento prestados pela equipe de enfermagem e pelos médicos da Emergência. Em especial, elogia a ****enfermeira Bianca**** e a ****médica Felipe ****, ressaltando a postura atenciosa, humanizada e empática demonstrada pelas profissionais, não apenas em seu atendimento, mas também na forma como tratam os demais pacientes. Contudo, relata uma situação ocorrida durante o plantão noturno que lhe causou preocupação. Segundo a manifestante, uma profissional de enfermagem teria comentado que havia presenciado o falecimento de um paciente que fazia uso da mesma medicação que estava sendo administrada a ela. Informa que a situação lhe causou grande apreensão e medo, levando-a a ficar emocionalmente abalada e, segundo seu relato, ocasionando elevação de sua pressão arterial. Ao final, reforça seu agradecimento pelo atendimento recebido e destaca positivamente a postura humanizada e empática da equipe.

Providência :

Prezado(a) Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade.

Manifestação - 202682758694

Estado :	Cidade :	Unidade :	Data Criação :
SP	Barueri	PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	27/08/2026
Tipo de Atendimento :	Perfil :	Deseja se Identificar? :	Sigilo :
E-Mail	Acompanhante	Sim	Sim
Classificação :	Motivo da Manifestação :		
Reclamação	Demora no atendimento		
Manifestação :			
Relato da Manifestação A Sra. **Regiane Faustino Rocha**, responsável pelo paciente **Miguel Guimaraes Rocha**, registra reclamação referente à demora no atendimento no Pronto-Socorro Camargo. Relata que o paciente deu entrada na unidade por volta das 07h00, sendo solicitados exames de sangue e urina. Informa que, após a realização dos exames, foi orientada a retornar à unidade aproximadamente duas horas depois, sob a informação de que, provavelmente, o resultado do exame de sangue estaria disponível. Contudo, ao retornar no horário orientado, relata que o resultado ainda não havia sido liberado. Posteriormente, foi orientada a retornar novamente às 15h30, quando foi informada de que a amostra de sangue havia coagulado, sendo necessária uma nova coleta para obtenção do resultado. A manifestante demonstra insatisfação com o tempo total de permanência na unidade para conclusão do atendimento, relatando que permaneceu no pronto-socorro durante praticamente todo o dia. Manifesta, ainda, descontentamento com o tempo de processamento do exame e solicita a apuração do ocorrido, especialmente quanto ao fluxo laboratorial e ao prazo para liberação dos resultados. Ao final, solicita a adoção das providências cabíveis para evitar que situações semelhantes voltem a ocorrer.			
Providência :			
Lamentamos o ocorrido e compreendemos a insatisfação relatada em relação ao tempo de permanência no Pronto-Socorro para conclusão do atendimento de seu filho, Miguel Guimaraes Rocha. Após levantamento das informações referentes ao atendimento, verificamos que a criança deu entrada no Pronto-Socorro às 06h45 do dia 30/07. Conforme evolução médica registrada, foram solicitados os exames de hemograma, PCR e Urina 1. Às 09h24, foi sinalizada a necessidade de coleta de sangue e urina. Esclarecemos que a coleta pode ser necessária em algumas situações, especialmente em atendimentos pediátricos, como dificuldade durante a coleta, volume insuficiente de sangue ou quantidade insuficiente de urina encaminhada para análise, sendo necessária uma nova amostra para garantir a adequada realização dos exames. Conforme registros, os resultados do PCR e do hemograma foram liberados às 15h53. Identificamos ainda a abertura de um novo atendimento às 14h37, que posteriormente foi encerrado por ausência de resposta ao chamado. O último registro de atendimento ocorreu às 18h31, ocasião em que houve avaliação dos resultados dos exames, com emissão de atestado e receita médica. Reconhecemos, contudo, o desconforto e a frustração ocasionados pelo tempo de espera, especialmente considerando tratar-se de atendimento pediátrico. Lamentamos que a experiência tenha ficado aquém do esperado. Quanto ao tempo para liberação dos exames laboratoriais, informamos que o laboratório responsável é um serviço terceirizado. Ainda assim, a situação relatada será pontuada junto ao prestador, com o objetivo de avaliar o processo e buscar melhorias no tempo de resposta, especialmente nos atendimentos pediátricos. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.			

6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.

Canal	Quantidade	Principais Queixas
APP Oficial	19	Comportamento inadequado do profissional
Protocolo Medicsys	23	Elogio ao Profissional/Serviço

Análise Crítica: No período de Agosto de 2026, foram registradas ao todo 42 manifestações de ouvidoria, sendo:

Elogios pelo App Oficial 1

Reclamações pelo App Oficial 18

Elogios Pelo Protocolo MedicSys 7

Reclamações Pelo Protocolo MedicSys 16



Durante o período, algumas manifestações foram registradas com a identificação "APP", utilizada pela Secretaria de Saúde para fins de rastreabilidade e controle interno.

Essas manifestações envolveram, principalmente, os seguintes tipos de queixa:

Comportamento inadequado de profissionais

Demora de atendimento

Elogios gerais (institucionais e aos profissionais)

Todas as manifestações foram encaminhadas às coordenações responsáveis para análise e adoção das providências cabíveis.

6.3 Classificação das queixas

20268457322	reclamação	03/08/2026	10/08/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202681257819/ APP 34229/2026	reclamação	03/08/2026	10/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
20268457328	reclamação	04/08/2026	11/08/2026	Proprietário	dd/mm/yyyy	realizado
APP 33367 2026 / 20268557369	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	ELAINE LIMA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 34262 2026 / 20268557379	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
20268557381/ APP 33813/2026	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 33378 2026/20268557387	elogio	05/08/2026	12/08/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
20268757528	elogio	06/08/2026	17/08/2026	Renata/ Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
20268757530	reclamação	07/08/2026	14/08/2026	Renata/ Gabriela	07/08/2026	pendente
202681157716	reclamação	11/08/2026	18/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
202681257771	reclamação	12/08/2026	19/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
202681257810	reclamação	12/08/2026	19/08/2026	Renata/Jocemara	dd/mm/yyyy	realizado
202681257817/ APP 32760/2026	reclamação	12/08/2026	19/08/2026	Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 34616 2026/ 20268457328	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	Proprietário	dd/mm/yyyy	realizado
APP 33790 2026	reclamação	05/08/2026	12/08/2026	RENATA/PAULA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 22952 2026		dd/mm/yyyy		Proprietário	dd/mm/yyyy	
202681758055	reclamação	17/08/2026	24/08/2026	Mara/Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado



202681758087	reclamação	17/08/2026	24/08/2026	GABRIELA TELES	17/08/2026	realizado
202681858121	elogio	18/08/2026	25/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 340702026/ 202681958192	reclamação	01/08/2026	07/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202681958194	reclamação	18/08/2026	24/08/2026	GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202682058211	elogio	20/08/2026	25/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682158276	reclamação	21/08/2026	27/08/2026	Dra. GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202682158359	elogio	21/08/2026	27/08/2026	Dra. GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202682458494	elogio	24/08/2026	28/08/2026	Dra. GABRIELA TELES/ Renata	dd/mm/yyyy	realizado
202682458498	elogio	24/08/2026	28/08/2026	Dra. GABRIELA TELES/ Renata	dd/mm/yyyy	realizado
202682458502	elogio	24/08/2026	28/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682658656	reclamação	26/08/2026	01/09/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682658658	reclamação	26/08/2026	01/09/2026	Dra. GABRIELA TELES	dd/mm/yyyy	realizado
202682758688	reclamação	27/08/2026	02/09/2026	Dra. GABRIELA/RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682758894/ APP 33834/2026	reclamação	27/08/2026	31/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
202682758896/APP 33652/2026	reclamação	30/07/2026	06/08/2026	Dra. GABRIELA	dd/mm/yyyy	realizado
202682758899/APP 37972/2026	reclamação	24/08/2026	31/08/2026	Dra. GABRIELA	dd/mm/yyyy	pendente
202682758700/ APP 37808/2026	reclamação	20/08/2026	26/08/2026	RENATA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 38595/2026/ 202682758701	reclamação	26/08/2026	01/09/2026	Dra. GABRIELA	dd/mm/yyyy	realizado
APP 37322/2026/202682858718	reclamação	27/08/2026	02/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
202682858739	reclamação	28/08/2026	03/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
202682858741	reclamação	28/08/2026	03/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
APP 38596/2026/202683158796	reclamação	31/08/2026	05/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
202683158796/ APP 38579/2026	reclamação	31/08/2026	05/09/2026	Dra. GABRIELA		realizado
202620001350318/	Denúcia	31/08/2026	05/09/2026	RENATA		no prazo
APP 38596/2026/ 20269158834	Reclamação	31/08/2026	05/09/2026	RENATA/Dra Gabriela		realizado

Análise Crítica: As ouvidorias recebidas foram classificadas de acordo com o tipo de ocorrência e o status de resolução. No período foram registradas ao todo 38 ouvidorias, sendo 6 elogios e 32 queixas.

Tipos de queixas recebidas:

- 1. Comportamento inadequado de profissionais
- 2. Rotinas e protocolos
- 3. Demora no atendimento

Status das manifestações:

Finalizadas e respondidas: 40
Em análise e tratativas: 2

Setores responsáveis pelas demandas:

- 1. Direção Clínica
- 2. Coordenação de Enfermagem
- 3. Coordenação Administrativa

6.4 Atendimento ao usuário e resolução de queixas

Análise Crítica: A Ouvidoria reafirma sua função estratégica como canal institucional de escuta qualificada, acolhimento e mediação entre os usuários e os serviços de saúde, contribuindo para o fortalecimento da participação social e para o aprimoramento contínuo da qualidade da assistência prestada.

Adicionalmente, os registros de elogios evidenciam o reconhecimento dos usuários em relação à dedicação, ao comprometimento e às boas práticas desenvolvidas por profissionais e setores da unidade, reforçando a importância da valorização dessas iniciativas como forma de estímulo à manutenção de padrões elevados de atendimento.

Pesquisa de Satisfação

Comentado [1]: @marcosvinicius.souza@cejam.org.br

A pesquisa de satisfação é uma ferramenta que capta a percepção dos pacientes em relação ao serviço ofertado. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade. A pesquisa é realizada pelo usuário no tablet institucional.

No período avaliado, tivemos o total de **2.522 pesquisas preenchidas**. Os gráficos no item 7.1, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

7.1 Avaliação do Atendimento

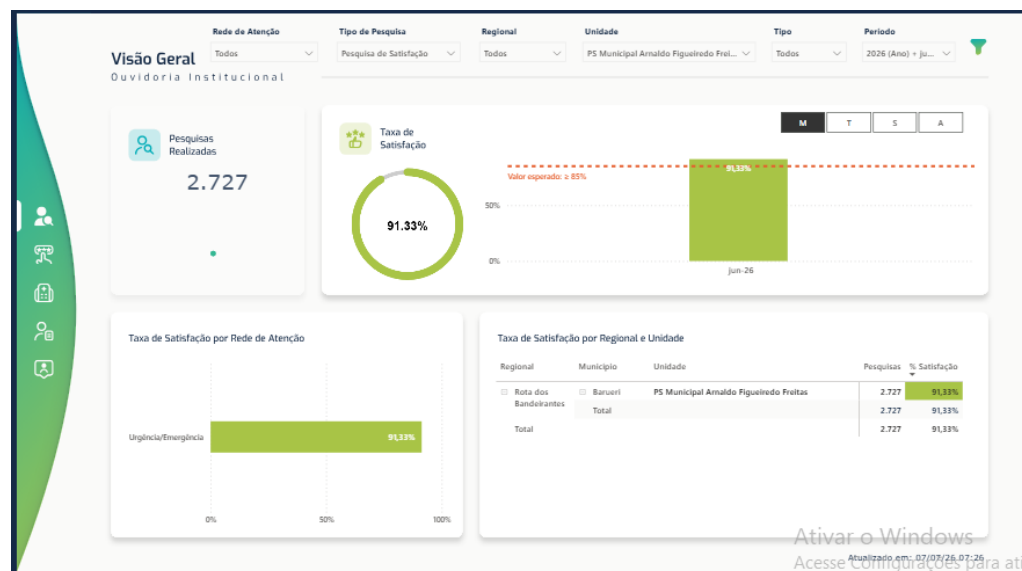
Ao comparar os resultados do período anterior com os dados do mês atual, observa-se redução nos principais indicadores de satisfação, embora os resultados permaneçam em patamar positivo.

O NPS geral passou de 92,58% para 94,63%, representando um aumento de 2,05 pontos percentuais. Da mesma forma, houve aumento no percentual de usuários promotores, que passou de 93,06% (2.145 avaliações) para 95,83% (2.411 avaliações). Em contrapartida, verificou-se uma redução dos usuários neutros, de 6,46% (149 avaliações) para 2,98% (75 avaliações), e dos detratores, de 0,48% (11 avaliações) para 1,19% (30 avaliações), indicando maior percepção de oportunidades de melhoria na experiência dos usuários.

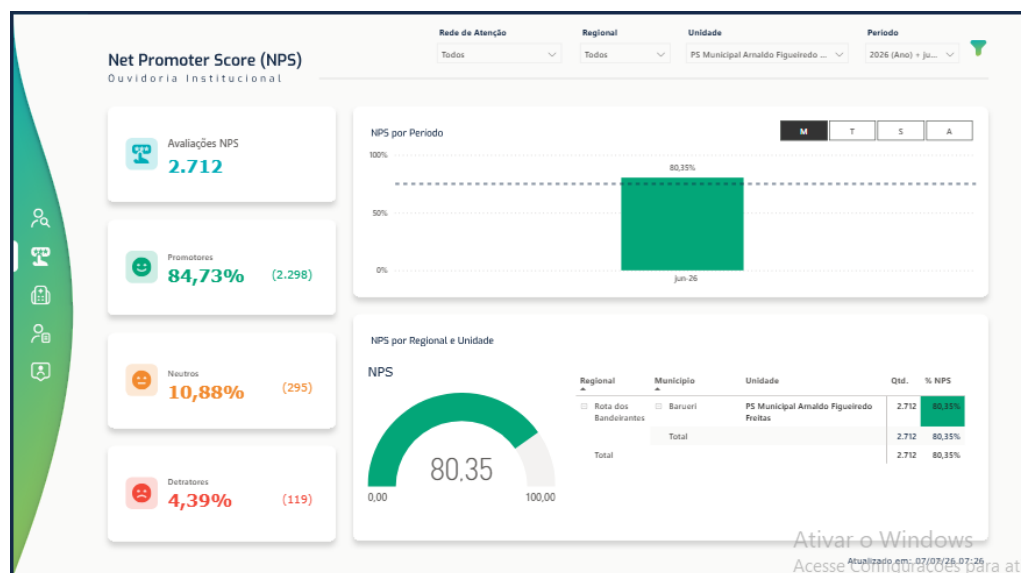
Apesar da redução do indicador geral, destaca-se o aumento no número de avaliações realizadas, que passou de 2.305 para 2.522 pesquisas, correspondendo a um crescimento de aproximadamente 9,41%, demonstrando maior participação dos usuários no processo de avaliação dos serviços prestados.

De modo geral, os resultados evidenciam que a unidade mantém um índice de satisfação considerado positivo, porém com redução em relação ao período anterior. O aumento da participação dos usuários torna os indicadores ainda mais representativos e reforça a necessidade de intensificar ações voltadas à melhoria da experiência assistencial, com foco no acolhimento, comunicação, agilidade do atendimento e fortalecimento da qualidade dos serviços prestados, buscando elevar novamente o percentual de usuários promotores e reduzir o número de avaliações neutras e detratoras.

Percentual Geral de Satisfação:



Indicação do Serviço de Saúde (NPS):



Satisfação por item de pesquisa:

Satisfação p: ↑ ↓ ↕ ↕

Atendimento	% Satisfação	Serviço	% Satisfação
Atendimento	92,11%	Serviço	88,82%
Recepção?	94,22%	Agilidade?	86,29%
Enfermagem?	93,73%	Limpeza?	91,09%
Serviço Social?	93,67%	Sabor da Refeição?	86,32%
Laboratório?	92,47%	Sinalização?	91,60%
Médico?	92,42%	Total	88,82%
Total	92,11%		

Ativar o Windows

Considerações finais.

Os resultados do mês analisado demonstram que a unidade mantém um cenário favorável em relação à satisfação dos usuários, evidenciado pelo elevado percentual de 84,73% de usuários promotores e pelo NPS geral de 80,35%, indicador que permanece na faixa de excelência, refletindo a confiança dos usuários nos serviços prestados.

Quando comparado ao período anterior, observa-se redução do NPS geral, que passou de 87,13% para 80,35%, acompanhada pelo aumento dos percentuais de usuários neutros e detratores. Esses resultados evidenciam oportunidades de aprimoramento na experiência do paciente, especialmente em aspectos relacionados ao acolhimento, comunicação, tempo de espera e fluxo de atendimento.

Por outro lado, destaca-se o crescimento expressivo da participação dos usuários na pesquisa de satisfação, com aumento do número de avaliações de 1.974 para 2.712, tornando os indicadores ainda mais representativos da percepção dos pacientes atendidos pela unidade.

De forma geral, os resultados reforçam o compromisso da equipe com a prestação de uma assistência humanizada, segura e resolutiva. A Ouvidoria permanece atuando como importante ferramenta de monitoramento e gestão, identificando oportunidades de melhoria e subsidiando ações estratégicas para o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais, com o objetivo de elevar os índices de satisfação e fortalecer a confiança dos usuários nos serviços oferecidos.



Ouvidoria | Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas

ATA REUNIÃO**DATA: 26/08/2026****HORÁRIO: 15:30****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinária da Comissão de
Revisão de Prontuários****• PAUTAS ABORDADAS**

- Apresentação dos prontuários selecionados para auditoria
- Análise da qualidade dos registros assistenciais
- Identificação de não conformidades
- Discussão de melhorias nos registros clínicos
- Apresentação de indicadores da comissão

• DECISÕES

Aos 26 de agosto de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas, 160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de prontuários estabelecida no endereço acima onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Assistente Administrativo – Secretária
- Renata Meire Bairo – Coordenadora Assistencial - Membro
- Thalia Carvalho – RT Fisioterapeuta – Membro
- Giovana Zandona de Lemos – RT Nutricionista – Membro
- Robson de Souza de Carvalho – Enfermeiro do NIR – Membro
- Talita Caroline Silva – Serviço Social – Membro
- Karina Barbosa da Silva Almeida – Membro

➤ Período de Análise

Os prontuários analisados nesta reunião referem-se ao período de:

De: 01/07/2026**Até:** 31/07/2026

Classificação da Informação: Documento Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.009.002

Pág. 1 de 6

➤ **Total de prontuários avaliados: 36**

Setor	Tipo	Quantidade
Emergência	óbito	23
Porta / Observação	Clínica Médica	4
Porta / Observação	Ortopedia	4
Porta / Observação	Pediatria	3
Internação	Emergência	2

➤ **Foram analisados os seguintes itens nos prontuários:**

- Identificação completa do paciente: Dos 36 prontuários analisados não foram sinalizadas falhas com relação aos dados do paciente na abertura de ficha (100% de conformidade).
- Registro de classificação de risco SSVV: Dos 36 prontuários analisados apenas 22 atendimentos possuem classificação de risco/SSVV conformes sendo 14 sem o registro completo ou frealizado.
- Registro de escala no atendimento: Dos 36 prontuários analisados 19 foram aplicadas a escala de glasglow conforme 04 estavam inconformes e 13 não se aplicavam, 11 com escala de maddox conforme 04 inconformes e 20 não se aplicam, 15 com escala de morse conforme 06 inconformes e 15 não se aplcam, 12 com escala de News conforme 07 inconformes e 17 não se aplicam, 15 com escala de Fugulin conforme 05 inconformes e 16 não se aplicam.
- Registro de anamnese, historia de doença atual inicio dos sintomas e sua evolução em ordem cronologica: Dos 36 prontuários analisados todos se encontravam conformes.
- Regisro de checagem de medicação: Dos 36 prontuários analisados 20 se encontravam conformes e 16 com falha na checagem.
- Registro de anotação de medicação realizada: Dos 36 prontuários analisados 20 se encontravam conformes e 16 com falha na checagem.
- Registro de alergias e uso de medicação profilatica: Dos Dos 36 prontuários analisados todos os prontuários se encontravam conformes.
- Abertura de protocolo gerenciado: Dos 36 prontuário analisados 05 possuem critrérios para abertura de protocolo gerenciados sendo 03 com abertura realizada e 02 não foram abertos (dor toracica e sepse).
- Retorno em menos de 24 horas: Dos 36 prontuários analisados 03 possuem registro de retorno a unidade em menos de 24 horas.
- Registro de Queixa inicial e duração: Dos 36 prontuários analisados foram registradas queixa

Classificação da Informação: Documento Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.009.002

inicial e duração apenas em 30 atendimentos e 06 não possuem o registro.

- Exame físico: dos 36 prontuários analisados 08 não possui registro de exame físico .
- Registro do CID conforme queixa do paciente: Dos 36 prontuários 12 não possuem CID compatível com a queixa do paciente.
- Conduta Médica: Dos 36 prontuários analisados 04 não possuem conduta médica registrada de acordo com a queixa principal do paciente.
- Prescrição médica completa e legível: Dos 36 prontuários analisados 03 não possui prescrição médica ou prescrição com registro manual.
- Registro de reavaliação: 12 atendimentos não possuem registro de reavaliação médica mesmo com solicitação de exames de imagem ou laboratoriais.
- Evolução multiprofissional: De 36 prontuários analisados ocorreram as seguintes triagens: Nutrição após 48 horas de internação – 6 pacientes conformes e 30 não se aplica. Serviço social – Evolução do serviço social: 18 inconformes, 18 não aplicáveis. Fisioterapia – 29 atendimentos estavam conformes com relação a evolução do fisioterapeuta e 07 não se aplicavam e em relação a reavaliação funcional 27 estavam conformes e 09 não se aplicam. Farmácia – Dos 36 prontuários analisados 16 estão inconformes com relação a a validação da prescrição médica, 08 conformes e 11 não se aplicam, com relação a intervenção farmacêutica 18 estavam inconformes, 05 conformes e 12 não se aplicam, triagem farmacêutica 18 não estavam conformes 04 conformes e 13 não se aplicam, reconciliação medicamentosa 19 atendimentos estão inconformes e 16 não se aplicam, plano terapêutico 07 estão conformes 12 não conformes e 16 não se aplicam, registro de avaliação farmacêutica 05 conformes 16 não conformes e 14 não se aplicam.
- Documentos que compõem o prontuário: Não foram registradas avaliações do NIR neste mês.
- Condição de alta / transferência / óbito: Dos desfechos analisados 23 foram de causa óbito, 05 foram altas imediatas após o atendimento médico na unidade, 06 foram transferidos para outras unidades hospitalares e 02 com alta após internação nesta unidade.

• INDICADOR

Indicador	Resultado
Total de prontuários avaliados	36 Prontuários/FAAS
Prontuários conformes	20 Prontuários/FAAS
Prontuários com não conformidades	16 Prontuários/FAAS
Percentual de conformidade (qualitativo)	53,11%
Percentual de conformidade Geral (quantitativo)	79,62%

- **PRINCIPAIS NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS**
- **Inconformidades em Registros Médicos e Preenchimento da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA)** A análise dos registros médicos evidenciou falhas no preenchimento da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) e nas evoluções clínicas. Observou-se a omissão frequente do Código Internacional de Doenças (CID) ou o registro de CIDs incompatíveis com a queixa e a anamnese do paciente. Identificou-se a ausência ou preenchimento incompleto do histórico da doença atual, do exame físico inicial e do tempo de evolução dos sintomas. Constataram-se também fichas entregues sem qualquer registro médico ou sem anotações de conduta e reavaliação pós-exame, a despeito de haver emissão de prescrições e solicitação de exames complementares.
- **Inconformidades nos Registros de Enfermagem** A equipe de enfermagem identificou a não abertura do Protocolo Gerenciado de Trauma para pacientes que preenchiam os critérios clínicos recomendados na admissão. Adicionalmente, verificaram-se inconsistências na sinalização eletrônica de protocolos, como a marcação do Protocolo de Sepsis em atendimentos nos quais o paciente não preenchia os critérios estabelecidos.
- **Inconformidades na Farmácia Clínica e Prescrição Medicamentosa** A auditoria farmacêutica apontou a emissão de prescrições médicas sem carimbo legível e/ou sem a assinatura do profissional prescritor. Observou-se a ausência sistemática de hipótese diagnóstica na primeira prescrição do atendimento. Foram registradas falhas no aprazamento de doses de uso contínuo e na especificação da orientação de diluição para medicamentos endovenosos. Identificou-se a omissão da checagem de alergias medicamentosas na admissão e a ausência do registro de dupla checagem para medicamentos de alta vigilância. Em determinados casos, verificou-se a ausência física da folha de prescrição médica anexada ao prontuário.
- **Inconformidades no Serviço Social e Documentação Institucional** O Serviço Social registrou casos de troca de documentação física, com a inclusão de fichas de atendimento e papéis pertencentes a outros pacientes dentro da pasta de prontuário. Identificou-se também o encerramento do prontuário sem o registro formal de alta ou sem a anotação do desfecho clínico assistencial.
- **Inconformidades no Acompanhamento Nutricional e Registros Temporais** A equipe de nutrição destacou inconsistências temporais graves, como o registro de horário de óbito anterior ao horário oficial de entrada e acolhimento do paciente na unidade. Notou-se a ocorrência de duplicidade na abertura de fichas de atendimento para o mesmo paciente no mesmo dia, gerando senhas e numerações distintas. Além disso, identificou-se a ausência de registros

detalhados sobre a evolução do evento de óbito na documentação clínica, constando apenas a junção da Declaração de Óbito.

- **Inconformidades Processuais, Reentradas e Gestão de Leitos** A auditoria identificou a não abertura do Protocolo de Dor Torácica para pacientes sintomáticos e falhas na triagem inicial com encaminhamento de pacientes sem avaliação de sinais vitais ou conduta médica na porta de entrada. Verificou-se um índice expressivo de retornos não programados em menos de 24 horas motivados por altas com persistência sintomática, culminando em subsequente internação hospitalar. Sob a perspectiva da gestão de leitos, registrou-se a retenção prolongada de pacientes críticos na Unidade de Pronto Atendimento devido à indisponibilidade de vagas e leitos em unidades de referência de maior complexidade

• **ANÁLISE DA COMISSÃO**

Diante dos achados apresentados, a **Comissão de Revisão de Prontuários** considera que as principais oportunidades de melhoria estão relacionadas à **completude e qualidade dos registros, coerência das informações, rastreabilidade das condutas, correta utilização dos protocolos gerenciados, segurança na prescrição e administração de medicamentos, organização documental e adequada documentação do desfecho assistencial.**

As inconformidades identificadas não devem ser analisadas de forma isolada, uma vez que parte dos achados demonstra fragilidades nos processos e interfaces entre as diferentes categorias profissionais e setores da unidade.

A Comissão recomenda:

1. **Reforçar a capacitação das equipes** quanto ao preenchimento adequado dos prontuários e documentos assistenciais;
2. **Realizar devolutiva aos profissionais e setores envolvidos**, apresentando os principais achados e orientações para correção;
3. **Fortalecer os critérios de abertura e encerramento dos protocolos gerenciados**, especialmente Trauma, Sepsis e Dor Torácica;
4. **Reforçar a conferência das prescrições médicas**, incluindo identificação do prescritor, assinatura/carimbo, hipótese diagnóstica, alergias, aprazamento e orientações de administração;
5. **Implantar ou reforçar mecanismos de conferência documental**, prevenindo troca de documentos entre pacientes e ausência de documentos no prontuário;
6. **Monitorar a ocorrência de prontuários incompletos**, estabelecendo plano de ação e acompanhamento periódico dos resultados;
7. **Avaliar os retornos não programados em menos de 24 horas**, buscando identificar causas relacionadas à avaliação, conduta, orientação de alta e continuidade do cuidado;

Classificação da Informação: Documento Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.009.002

Pág. 5 de 6

8. **Promover alinhamento entre as equipes assistenciais, Qualidade e Gestão**, especialmente nos processos que envolvem protocolos, transferência, regulação e gestão de leitos;
9. **Realizar acompanhamento das ações corretivas e preventivas**, com reavaliação dos indicadores em ciclos posteriores da Comissão.

A Comissão de Revisão de Prontuários reforça que o prontuário deve ser compreendido não apenas como instrumento documental, mas como **registro oficial da assistência prestada e ferramenta essencial para a continuidade do cuidado, segurança do paciente, comunicação entre as equipes, avaliação da qualidade assistencial e rastreabilidade das decisões clínicas**.

Dessa forma, recomenda-se que os achados sejam compartilhados com as lideranças e profissionais envolvidos, priorizando as inconformidades de maior impacto assistencial e aquelas relacionadas à segurança do paciente, com definição de responsáveis, prazos e monitoramento da efetividade das ações implementadas.

- **PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Robson de Souza de Carvalho	Membro	
Renata Meire Bailo	Membro	
Giovana Zandona de Lemos	Membro	
Thalia Carvalho	Membro	
Talita Caroline Silva	Membro	
Karina Barbosa da Silva Almeida	Membro	

ATA REUNIÃO**DATA: 26/08/2026****HORÁRIO: 15:30****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinária Comissão de
Revisão de óbitos****• PAUTAS ABORDADAS**

1. Análise de Prontuários
2. Quantidade de óbitos institucionais
3. Perfil Etário
4. Gênero
5. Perfil de Óbitos,
6. Local de Ocorrência
7. Índice de Tempo de Internação
8. Cuidados Paliativos

• DECISÕES

Aos 26 de agosto de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas, 160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de Óbitos estabelecida no endereço acima, onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Secretária

Foram analisadas nesta comissão 23 óbitos referentes ao mês de junho sendo desses 07 óbitos institucionais (30,4%) e 16 não institucionais (69,6%).

Das análises iniciais 17 prontuários se encontravam dentro da conformidade e 6 com inconformidades (1 paciente com passagem há 2 dias atras com os mesmos sintomas, possível atraso no primeiro atendimento, culminando no RNC e não houve abertura de protocolo de dor torácica, 1 paciente com neoplasia de mama sem acompanhamento e sem tratamento por referência, 1 sem evolução médica, 1 paciente com transferência precoce da emergência para observação, 1 paciente com evoluções incompletas, 1 DO com letra ilegível). 21 óbitos foram considerados pelos membros como esperados (91,3%) e 02 como não esperado (8,7%) e 1 óbito passou por investigação em protocolo de Londres.

Perfil Etário

A análise do perfil etário dos óbitos em junho mostra a seguinte distribuição:

- Acima de 90 anos: 02 óbitos (8,7%)
- 81 a 90 anos: 03 óbitos (13,0%)
- 71 a 80 anos: 05 óbitos (21,7%)
- 61 a 70 anos: 02 óbitos (8,7%)
- 51 a 60 anos: 03 óbitos (13,0%)
- 41 a 50 anos: 03 óbitos (13,0%)
- 31 a 40 anos: 02 óbitos (8,7%)
- 21 a 30 anos: 02 óbitos (8,7%)
- Abaixo de 21 anos: 01 óbitos (4,3%)

Na comparação entre maio e junho, observa-se uma **mudança importante na distribuição etária dos óbitos**. Em maio, houve maior concentração nas faixas de **71 a 80 anos (39,1%)** e **61 a 70 anos (26,1%)**. Em junho, essas faixas apresentaram redução, passando respectivamente para **21,7% e 8,7%**.

Por outro lado, junho apresentou **maior distribuição dos óbitos entre diferentes faixas etárias**, com surgimento de casos entre pacientes **acima de 90 anos (8,7%)**, **41 a 50 anos (13,0%)** e **21 a 30 anos (8,7%)**, que não haviam apresentado óbitos em maio.

Apesar da redução nas faixas de 61 a 80 anos, essa população ainda representa parcela relevante dos óbitos em junho. Somando as faixas de **61 a 80 anos**, foram **7 óbitos (30,4%)** em junho, contra **15 óbitos (65,2%)** em maio.

De forma geral, junho apresentou um perfil etário mais distribuído, com redução da concentração de óbitos entre idosos de 61 a 80 anos e aumento proporcional de óbitos em faixas etárias mais jovens e também acima de 90 anos. Esse comportamento deve ser acompanhado nos próximos meses para verificar se representa uma tendência ou uma variação pontual do perfil de mortalidade.

Gênero

- **Feminino:** 13 casos → **56,5%**
- **Masculino:** 10 casos → **43,5%**

Na comparação entre maio e junho, observa-se uma **inversão na predominância dos óbitos por gênero**.

Em **maio**, houve predominância do **sexo masculino**, com **13 óbitos (59,1%)**, enquanto o sexo feminino representou **9 casos (40,9%)**.

Em **junho**, o cenário se inverteu: o **sexo feminino passou a representar a maioria dos óbitos**, com **13 casos (56,5%)**, enquanto o sexo masculino correspondeu a **10 casos (43,5%)**.

Houve, portanto, um **aumento de 4 óbitos femininos** e uma **redução de 3 óbitos masculinos**. Em termos proporcionais, a participação feminina aumentou **15,6 pontos percentuais**, enquanto a masculina apresentou redução equivalente.

Conclusão: os dados demonstram uma mudança relevante no perfil de mortalidade entre os meses, com **inversão da predominância masculina observada em maio para predominância feminina em junho**.

- **Perfis de Óbito**

A imagem fornecida detalha as causas dos óbitos em junho:

CID DE ENTRADA

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 10 (Parada cardíaca não especificada: 07, Pneumonia: 01, Cardiomiopatia dilatada: 01, IAM: 01)
- Outros: 08 (Morte súbita: 02, Senilidade: 01, Septicemia: 01, Estupor: 02, Diabetes Mellitus insulino-dependente: 01, Delirium: 01)
- Doença do sistema respiratório: 05 (Broncopneumonia: 02, Pneumonia: 02, Pneumonia bronco aspirativa: 01)

CID SECUNDÁRIO

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 02 Casos (Insuficiência cardíaca sistólica descompensada: 01, Choque cardiogênico: 01)
- Outros: 04 casos (Senilidade: 01, Septicemia de foco pulmonar: 02, Cetoacidose Diabética: 01, Neoplasia maligna do estômago: 01, Intoxicação por benzodiazepinas: 01, Sepse de foco pulmonar: 01, Diabetes Mellitus insulino-dependente: 01, Cirrose alcoólica: 01, neoplasia maligna secundária (metástase) do intestino grosso e do reto: 01)

- Doença do sistema respiratório: 01 casos (Insuficiência respiratória: 01)

CID DEFINITIVO

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 02 (Choque circulatório refratário: 01, Choque cardiogênico refratário: 01)
- Outros: 07 Casos (Senilidade: 01, Septicemia: 01, Tempestade elétrica arritmica: 01, Outras septicemias: 01, Cetoacidose diabética grave: 01, Choque séptico pulmonar: 01, choque distributivo :01)
- Doença do sistema respiratório: 03 casos (Insuficiência respiratória aguda: 03)
- Encaminhado ao SVO: 11

Local de Ocorrência dos Óbitos

Os locais de ocorrência dos óbitos em junho foram:

- Emergência: 17 casos (73,9%)
- Em Transporte: 00 caso (0%)
- Em Residência: 06 Casos (26,1%)
- Resgate: 00 Casos (0,0%)

Na comparação entre maio e junho, observa-se **redução da concentração dos óbitos na emergência**, passando de **19 casos (86,4%) em maio para 17 casos (73,9%) em junho**, uma redução de **12,5 pontos percentuais**.

Em contrapartida, houve **aumento expressivo dos óbitos ocorridos em residência**, que passaram de **1 caso (4,5%) para 6 casos (26,1%)**, representando aumento de **5 casos e 21,6 pontos percentuais**.

Os óbitos em **resgate** apresentaram redução, passando de **2 casos (9,1%) em maio para nenhum caso em junho**. Não houve registros de óbitos **em transporte** nos dois meses.

Junho apresentou uma mudança no perfil do local de ocorrência dos óbitos, com **menor concentração na emergência e aumento significativo dos óbitos em residência**. Esse resultado merece acompanhamento, principalmente para avaliar o perfil clínico e as condições dos pacientes no momento da chegada à unidade, bem como a assistência pré-hospitalar e o encaminhamento dos casos.

- **Taxa de Conformidade**

- Conformidade: aproximadamente 73,9%
- Não conformidade: aproximadamente 26,1%

Na comparação entre maio e o período atual, observa-se uma **discreta redução na taxa de conformidade**, passando de **77,3% para 73,9%**. Embora o número absoluto de prontuários conformes tenha permanecido o mesmo, com **17 casos**, o aumento da amostra total e o acréscimo de uma inconformidade impactaram negativamente o resultado percentual.

A taxa de inconformidade aumentou de **22,7% em maio para 26,1% no período atual**, representando um acréscimo de **1 caso e 3,4 pontos percentuais**.

Em junho, as principais inconformidades identificadas estiveram relacionadas a aspectos assistenciais e de registro, incluindo:

- possível atraso no atendimento inicial de paciente com retorno à unidade e ausência de abertura de protocolo de dor torácica;
- paciente com neoplasia de mama sem acompanhamento e tratamento referenciado;
- ausência de evolução médica;
- transferência precoce da emergência para observação;
- evoluções médicas incompletas;
- Declaração de Óbito com letra ilegível.

Os resultados demonstram **manutenção de um percentual elevado de conformidade**, porém com uma **leve piora no indicador de inconformidades** no período atual. Destaca-se que as falhas identificadas não estão restritas apenas à qualidade do preenchimento documental, envolvendo também questões relacionadas à **continuidade assistencial, registro da evolução clínica, encaminhamento, definição de condutas e adesão aos protocolos institucionais**.

Recomenda-se manter o acompanhamento individual dos casos inconformes, reforçar a orientação das equipes quanto à **qualidade e completude dos registros** e avaliar as oportunidades de melhoria relacionadas aos **protocolos assistenciais e à continuidade do cuidado**.

- **Índice de Tempo de Internação**

- Pacientes com mais de 24 horas: 07 (30,4%)
- Pacientes com menos de 24 horas: 16 (69,6%)

Na comparação entre maio e junho, observa-se **estabilidade no perfil do tempo de internação**. O número de pacientes com permanência superior a 24 horas permaneceu em **7 casos** nos dois meses, com pequena redução proporcional de **31,8% para 30,4%**.

Já os pacientes com permanência inferior a 24 horas passaram de **15 casos (68,2%) em maio para 16 casos (69,6%) em junho**, representando aumento de **1 caso e 1,4 ponto percentual**.

Os dados demonstram que o perfil de permanência se manteve bastante semelhante entre os dois meses, com predominância de pacientes que permaneceram **menos de 24 horas** na unidade. A variação percentual observada é pequena e está relacionada também ao aumento de um caso no total de óbitos analisados.

- **Cuidados Paliativos**

Pacientes Classificados em Prontuário como Cuidados Paliativos: 07 (30,4%)

Na comparação entre maio e junho, observa-se uma **leve redução na proporção de pacientes classificados como cuidados paliativos**, passando de **36,36% em maio para 30,4% em junho**, representando redução de **5,96 pontos percentuais**.

Em números absolutos, houve redução de **8 para 7 pacientes**, apesar de o total de óbitos ter aumentado de **22 para 23 casos**.

Dessa forma, o indicador demonstra **relativa estabilidade**, porém com discreta redução da participação dos pacientes paliativos no perfil dos óbitos analisados em junho.

- **Observações e chances de melhorias**

Com base nas análises dos óbitos de **maio e junho**, observa-se a permanência de alguns pontos críticos relacionados à **continuidade do cuidado, definição de conduta, registros em prontuário, protocolos assistenciais e transferência dos pacientes**.

➤ **Continuidade e oportunidade do atendimento**

Em maio, foi identificado caso de paciente que **procurou atendimento duas vezes no mesmo dia antes da admissão na sala de emergência**, levantando possibilidade de atraso na identificação da gravidade e em junho um novo caso onde o paciente havia procurado atendimento 2 dias antes com os mesmos sintomas.

Oportunidade de melhoria: reforçar a avaliação clínica e a classificação de risco, especialmente em pacientes com **retorno precoce ou persistência dos sintomas**, estabelecendo critérios para reavaliação imediata e escalonamento do atendimento.

➤ **Transferência precoce da emergência para observação**

A **transferência precoce do paciente da emergência para a observação** apareceu como ponto de atenção em maio e em junho.

Oportunidade de melhoria: estabelecer critérios claros para transferência entre setores, garantindo que a condição clínica esteja estável e que a conduta esteja adequadamente documentada. A decisão deve considerar sinais de alerta, necessidade de monitorização e risco de deterioração.

➤ **Cuidados paliativos**

Foi identificado em maio paciente com **indicação de cuidados paliativos sem abordagem pela equipe**.

Em junho, houve aumento da proporção de pacientes classificados como cuidados paliativos, passando de **8 casos (36,36%) em maio para 7 casos (30,4%) em junho** — portanto, apesar da redução proporcional, o tema permanece relevante.

Oportunidade de melhoria: fortalecer a identificação precoce dos pacientes com perfil paliativo e garantir registro da avaliação, comunicação com familiares e definição compartilhada do plano terapêutico.

➤ **Regulação e disponibilidade de leitos**

A **indisponibilidade de leitos hospitalares** foi identificada como fator relevante em maio, inclusive com permanência prolongada de pacientes no pronto atendimento.

Oportunidade de melhoria: fortalecer a comunicação com a regulação e estabelecer mecanismos de escalonamento para casos críticos sem disponibilidade de vaga, mantendo registro das tentativas de transferência, contatos realizados, respostas recebidas e condutas adotadas.

➤ **Qualidade e rastreabilidade dos registros**

Em maio foram observadas situações como **médico que realizou o atendimento diferente do profissional que preencheu a SVO**, ausência de registros das manobras de RCP e falta de justificativa quando as manobras não foram realizadas, em junho temos o preenchimento ilegível da DO, um prontuário sem a cópia da SVO e registros incompletos.

Oportunidade de melhoria: reforçar a obrigatoriedade de registros completos, cronológicos e legíveis, principalmente em situações de deterioração clínica, PCR, óbito e transferência. O prontuário deve permitir reconstruir claramente **o que aconteceu, quais condutas foram realizadas, por quem e em quais horários**.

• **PLANOS DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Criação do Manual de registro seguro	Gabriela Teles	30 dias	

• **PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	

ATA REUNIÃO**DATA: 20/08/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: COMISSÃO BIOSSEGURANÇA****PAUTAS ABORDADAS**

A reunião foi iniciada com a leitura das pendências da reunião anterior, seguida da atualização das tratativas e discussão de novos assuntos relacionados à segurança, prevenção de acidentes e gerenciamento de resíduos.

1.1 Segurança e Prevenção de Acidentes

- Quadro de Acidentes de Trabalho: atualização sobre a elaboração do quadro, que permanece em andamento, com previsão de conclusão no mês de agosto.
- Fluxograma de Acidente com Material Biológico: fluxograma revisado e atualizado, aguardando disponibilização nos postos de trabalho assistenciais.
- Materiais informativos: permanece pendente a plastificação e fixação dos informativos referentes às caixas amarelas para resíduos perfurocortantes e caixas laranjas para resíduos químicos, aguardando recurso do fundo fixo.
- Treinamento sobre prevenção de acidentes: treinamento obrigatório realizado nos dias 30 e 31, conforme programação e solicitação da Sra. Paula.
- Análise dos acidentes e incidentes: apresentados os registros do mês de julho, sendo 01 acidente típico relacionado à agressão e 03 incidentes.
- Acidente envolvendo agressão: foi relatado acidente ocorrido durante uma situação de comportamento agressivo de acompanhante de paciente, com necessidade de acionamento da Guarda Municipal e Polícia Militar. Durante a condução do indivíduo para fora da unidade, uma colaboradora sofreu lesão no punho e ombro ao se apoiar para evitar que o acompanhante caísse sobre ela.

1.2 Gerenciamento de Resíduos – PGRSS

- Balança para pesagem de resíduos: atualização sobre a disponibilidade de equipamento para pesagem dos resíduos. Foi informado que a empresa Nelmar realizará a doação de uma balança.
- Ar-condicionado da Morgue: necessidade de avaliação dos orçamentos e manutenção dos equipamentos. Pois existe outros lugares como Isolamento
- Implantação das caixas laranjas: acompanhamento da validação do fluxo para resíduos químicos junto à Secretaria de Saúde.
- Descarte de óleo de cozinha: necessidade de acompanhamento e monitoramento do processo de descarte.
- Segregação dos resíduos orgânicos na cozinha: necessidade de adequação da infraestrutura e reforço das orientações aos colaboradores quanto à correta segregação.
- Projeto “Devolva-me”: discutida a possibilidade de adequação do ponto de coleta de eletrônicos, pilhas e outros materiais, com transferência para área interna da unidade e utilização de material informativo para ampliar a divulgação aos usuários.

2. DECISÕES

- Concluir a elaboração do Quadro de Acidentes de Trabalho ainda no mês de agosto.
- Disponibilizar o Fluxograma de Acidente com Material Biológico nos postos de trabalho assistenciais.
- Providenciar a plastificação e fixação dos materiais informativos referentes às caixas amarelas e laranjas após a liberação do recurso.
- Confirmar a data de entrega da balança que será doada pela empresa Nelmar.
- Realizar avaliação dos aparelhos de ar-condicionado, verificando a possibilidade de contratação conjunta dos serviços de manutenção, visando melhores condições orçamentárias.

- Encaminhar ofício à Secretaria de Saúde, solicitando retorno quanto à validação e definição do fluxo para implantação das caixas laranjas.
- Acompanhar, junto à Nutricionista RT Giovana, o processo de descarte do óleo de cozinha e segregação dos resíduos orgânicos.
- Avaliar a adequação do ponto de coleta do Projeto “Devolva-me”, incluindo a possibilidade de instalação em área interna e divulgação por meio de material informativo.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Concluir o quadro de acidentes e fixá-lo no corredor da Emergência	Sra Tatiana	Em andamento	
Disponibilizar o Fluxograma de Acidente com Material Biológico nos postos assistenciais	Sra Tatiana	Próxima Reunião	
Providenciar recurso para plastificação dos materiais informativos	Mara	Em andamento	
Fixar os informativos sobre o descarte correto nas caixas amarelas e laranjas.	Comissão	Próxima Reunião	
Confirmar a data de entrega da	Mara	Próxima Reunião	

Classificação da Informação: Documento Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.009.002

Pág. 3 de5

balança doada pela Nelmar			
Avaliar os orçamentos e a manutenção dos aparelhos de ar-condicionado	Mara	Próxima Reunião	
Encaminhar ofício à Secretaria de Saúde solicitando retorno sobre o fluxo das caixas laranjas	Mara	Próxima Reunião	
Verificar o processo de descarte do óleo de cozinha	Giovana nutricionista RT	Próxima Reunião	
Avaliar a necessidade de nova lixeira e reforçar a segregação dos resíduos orgânicos	Giovana nutricionista RT	Próxima Reunião	
Avaliar a mudança do ponto de coleta do Projeto "Devolva-me" para área interna e laborar/divulgar material informativo sobre o Projeto	Comissão/Mara	Próxima Reunião	

4. PARTICIPANTES (Assinatura em lista de presença anexa a esta ata)

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	Presente
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	Presente
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	Ausente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Ausente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Folga
Jocemara dos Santos Almeida	Coordenadora Administrativo	Presente
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	Ausente
Jussara Mazzetto	Enfermeira Educação Continuada	Presente
Adriana Cristina de Franco	Coordenadora Qualidade	Presente

ATA REUNIÃO

DATA: 12/08/2026

HORÁRIO: 16:00

LOCAL: Sala de Reunião PSAFF

**ASSUNTO: CFT – Comissão de Farmácia e
Terapêutica.**

1. Fluxo com o Almoxarifado

Foi discutida a necessidade de alinhamento entre a Farmácia e o Almoxarifado, contemplando:

Fluxo para **troca de insumos**;

Estabelecimento de **acordo entre as áreas**;

Definição das responsabilidades de cada área;

Avaliação da **necessidade de recursos** para execução do fluxo.

2. Fluxo relacionado ao Caderno de Reagentes

Foi discutida a necessidade de **verificar e formalizar o procedimento relacionado ao Caderno de Reagentes**, incluindo a definição do fluxo e das responsabilidades envolvidas.

3. Fluxo de contenção e medicamentos utilizados

Foi discutida a necessidade de revisão do fluxo de contenção, com avaliação dos medicamentos envolvidos.

Como encaminhamentos, deverão ser verificados:

Valor da Olanzapina;

Tempo de ação dos medicamentos utilizados;

Ordem de utilização dos medicamentos;

Intervalos entre as administrações;

Adequação do fluxo de acordo com a necessidade clínica e operacional.

Classificação da Informação: Documento Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.009.002

Pág. 1 de 2

Também foi levantada a necessidade de avaliar **o custo do reprocessamento em comparação ao custo de descarte**, a fim de subsidiar a definição do processo mais adequado.

4. Contagem e acuracidade de estoque

Foi discutida a necessidade de:

Verificar a **acuracidade na próxima contagem de estoque**;

Avaliar possíveis divergências;

Realizar **treinamento de acuracidade**, visando melhorar a confiabilidade dos dados de estoque.

5. Padronização das seringas e registros no SISS

Foi discutida a necessidade de avaliar a **padronização das seringas**, bem como possíveis perdas ou inconsistências relacionadas aos registros no **SISS**.

O objetivo é avaliar a forma de registro, utilização e baixa dos itens, buscando maior controle do estoque e redução de perdas.

ATA REUNIÃO**DATA: 12/08/2026****HORÁRIO: 15:00****LOCAL: Sala de Reunião PSAFF****ASSUNTO: CPMMH – Comissão de
Padronização de Medicamentos e Materiais
Hospitalares****1. Bulário**

Foi levantada a necessidade de **verificar a possibilidade de realização on-line** do processo relacionado ao Berçário, avaliando a viabilidade da implantação e os recursos necessários.

2. Manual

Foi discutida a organização e atualização do **Manual**, ficando estabelecidos os seguintes encaminhamentos:

Organizar o conteúdo em **ordem alfabética**;

Após a organização, realizar **treinamento junto ao NEP – Núcleo de Educação Permanente**;

Avaliar a necessidade de orientação dos profissionais quanto à utilização do documento.

3. Protocolo de Porta e fluxo de desidratação

Foi discutida a elaboração/revisão do **Protocolo de Porta**, com inclusão do **fluxo de desidratação**.

O protocolo deverá contemplar a classificação dos pacientes conforme o nível de desidratação e os respectivos fluxos de atendimento.

Ficou registrado, conforme discussão, que a **hidratação por via endovenosa (EV) deverá ser considerada a partir do nível 2**, devendo o fluxo ser detalhado no protocolo.

ATA REUNIÃO**DATA: 20/08/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL:/ Sala de Treinamento****ASSUNTO: Comissão PGRSS****PAUTAS ABORDADAS**

- Aquisição/locação de balança para pesagem de resíduos: atualização sobre a disponibilidade de balança para pesagem dos resíduos.
- Ar-condicionado da Morgue: necessidade de avaliação e aprovação dos orçamentos para manutenção dos equipamentos.
- Implantação das caixas laranjas para resíduos químicos: acompanhamento da validação do fluxo pela Secretaria de Saúde.
- Descarte de óleo de cozinha: necessidade de acompanhamento e monitoramento do processo de descarte.
- Segregação dos resíduos orgânicos na cozinha: necessidade de adequação da infraestrutura e reforço das orientações aos colaboradores quanto à correta segregação.
- Projeto "Devolva-me": proposta de melhoria na divulgação e localização do ponto de coleta de eletrônicos, pilhas e outros materiais, visando ampliar a participação dos usuários.

2. DECISÕES

- A empresa Nelmar realizará a doação de uma balança para pesagem dos resíduos, ficando pendente a confirmação da data de entrega.
- Será realizada uma avaliação conjunta dos aparelhos de ar-condicionado da unidade, buscando verificar a possibilidade de contratação dos serviços de manutenção de forma conjunta, visando melhores condições orçamentárias.
- Será encaminhado ofício à Secretaria de Saúde, solicitando retorno quanto à validação e definição do fluxo para implantação das caixas laranjas.
- A nutricionista RT Giovana ficará responsável por verificar junto à cozinha o processo de descarte do óleo e a segregação dos resíduos orgânicos.
- Será avaliada a possibilidade de adequação do ponto de coleta do Projeto "Devolva-me", com instalação em local interno e inclusão de material informativo para orientação dos usuários.

Classificação da Informação: Documento Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.009.002

Pág. 1 de 3

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Confirmar a data de entrega da balança doada pela Nelmar	Sra Mara	Próxima reunião	
Avaliar os orçamentos e a manutenção dos aparelhos de ar-condicionado	Sra Mara	Próxima reunião	
Encaminhar ofício à Secretaria de Saúde solicitando retorno sobre o fluxo das caixas laranjas	Sra Mara	Em andamento	
Verificar o processo de descarte do óleo de cozinha junto ao responsável pelo serviço	Nutricionista RT Giovana	Próxima reunião	
Avaliar a necessidade de nova lixeira e reforço da segregação dos resíduos orgânicos na cozinha	Nutricionista RT Giovana	Próxima reunião	
Avaliar a mudança do ponto de coleta do Projeto "Devolva-me" e	Comissão	Próxima reunião	

Classificação da Informação: Documento Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.009.002

Pág. 2 de3

desenvolver material informativo para divulgação do Projeto “Devolva-me” aos usuários para área interna da unidade			
--	--	--	--

1. PARTICIPANTES (Assinatura em lista de presença anexa a esta ata)

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	Presente
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	Presente
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	Ausente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Ausente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Presente
Jocemara dos Santos Almeida	Coordenadora Administrativo	Presente
Jussara Mazzetto	Enfermeira Educ. Continuada	Presente
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	Ausente
Adriana Cristina de Franco	Coordenadora Qualidade	Presente

ATA REUNIÃO

DATA: 26/08/2026

HORÁRIO: 17:30

LOCAL: SALA DE REUNIÃO

**ASSUNTO: PRODUÇÃO DE GUIAS NOS SETORES PARA
DIRECIONAR O CUIDADO ADEQUADO COM FERIDAS E
ORGANIZAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO AOS MÉTODOS
CORRETOS DE CUIDADOS COM FERIDAS.**

• PAUTAS ABORDADAS

O cuidado com feridas é uma prioridade, é essencial em setores chaves como emergência e observação, foi observado no mês de agosto um aumento na incidência devido a pouca informação e prevenção por parte da equipe assistencial, sabendo disso a reunião foi voltada a manutenção educativa das equipes assistenciais e criação de guidelines para promover uma assistência mais segura e assertiva.

Uma medida adicional na prevenção de lesão por pressão é a colocação de colchões piramidais em leitos estratégicos da sala de emergência que são usados para pacientes críticos ou intubados.

• DECISÕES

- Elaboração de guidelines para melhor a assistência aos curativos.
- Será realizado uma orientação geral aos funcionários visando entender possíveis barreiras de conhecimento e estudando melhorias no cuidado.
- A execução de um treinamento de compliance voltado a pontuar questões atuais que afetam a qualidade do serviço da equipe assistencial
- Colocação de colchões piramidais de forma estratégica em leitos de intubação.

- **PLANOS DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Orientação de equipes sobre manutenção de curativos de forma a padronizar o cuidado	CARLOS	14 DIAS	
Execução do treinamento de cuidados coma pele.	CARLOS / LUCIANE	10 DIAS	
Elaboração de um plano de ação em sala de emergência mantendo os leitos de intubação organizados com colchão piramidal previamente.	CARLOS / LUCIANA	10 DIAS	

- PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA

ATA REUNIÃO**DATA: 20/08/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: Comissão PPRAMP****PAUTAS ABORDADAS**

- Quadro de Acidentes de Trabalho: atualização sobre a elaboração do quadro, que permanece em andamento.
- Revisão do Fluxograma de Acidente com Material Biológico: fluxograma revisado e atualizado, com previsão de disponibilização nos postos de trabalho assistenciais.
- Fixação de materiais informativos: pendência referente à plastificação e fixação dos informativos das caixas laranjas e amarelas, aguardando liberação de recurso do fundo fixo.
- Treinamento sobre prevenção de acidentes: treinamento obrigatório programado para os dias 30 e 31, conforme solicitação da Sra. Paula, tendo sido realizado.
- Análise dos acidentes e incidentes: apresentação dos registros ocorridos no mês de julho, sendo 01 acidente típico relacionado à agressão e 03 incidentes.
- Acidente envolvendo agressão: durante uma situação de comportamento agressivo de acompanhante de paciente, houve necessidade de acionamento da Guarda Municipal e Polícia Militar. Durante a condução do indivíduo para fora da unidade, uma colaboradora sofreu lesão no punho e ombro ao se apoiar para evitar que o acompanhante caísse sobre ela.

2. DECISÕES

- Concluir a elaboração do Quadro de Acidentes de Trabalho ainda no mês de agosto.
- Disponibilizar o Fluxograma de Acidente com Material Biológico nos postos de trabalho assistenciais.
- Providenciar a plastificação e fixação dos materiais informativos referentes às caixas laranjas e amarelas após a liberação do recurso.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Concluir o Quadro de Acidentes de Trabalho	SRa Tatiana	Próxima reunião	
Disponibilizar o Fluxograma de Acidente com Material Biológico nos postos assistenciais	SRa Tatiana		
Providenciar recurso para plastificação dos materiais informativos	Sra Mara		
Fixação dos informativos sobre o descarte correto de materiais nas caixas amarelas de Perfurocortantes.	Sra Mara/Comissão		

4.PARTICIPANTES (Assinatura em lista de presença anexa a esta ata)

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	Presente
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	Presente
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	Ausente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Ausente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Presente
Jocemara dos Santos Almeida	Coordenadora Administrativo	Presente
Jussara Mazzetto	Enfermeira Educação Continuada	Presente
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	Ausente
Adriana Cristina de Franco	Coordenadora Qualidade	Presente

ATA REUNIÃO**DATA: 17/08/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: Reunião Ordinária da Comissão
Radiológica****PAUTAS ABORDADAS**

Pauta – Acompanhamento das Pendências da Reunião Anterior

1.1 Notificações e repetição de exames

- A Sra. Tatiana iniciou a reunião realizando a leitura das pendências registradas na reunião anterior.
- Referente às notificações de repetição de exames, a Sra. Camila informou que permanece realizando o acompanhamento e os registros das repetições.
- Ficou acordado, em conjunto com o setor da Qualidade, o compartilhamento dos indicadores relacionados às repetições de exames.
- Status: Pendência sanada.

1.2 Aquisição de novo avental plumbífero

- Permanece como pendência a aquisição de um novo avental plumbífero.
- A Sra. Mara ficou responsável por verificar, junto ao contrato, se a aquisição é de responsabilidade do CEJAM ou da empresa terceirizada.
- Status: Pendência em andamento.

1.3 Teste de qualidade do avental plumbífero existente

- Permanece a necessidade de realização do teste de qualidade no avental plumbífero atualmente existente.
- A Sra. Camila encaminhou e-mail solicitando a realização do teste em conjunto com o teste do equipamento de radiologia, visando otimizar o processo e possibilitar que ambos sejam realizados na mesma data.
- A Sra. Mara ficará responsável por verificar junto à Sede a liberação/autorização para realização do teste.
- Status: Pendência em andamento.

2. Decisões

- Manter o acompanhamento das notificações referentes às repetições de exames.
- Compartilhar os indicadores de repetição de exames com o setor da Qualidade.
- Verificar contratualmente a responsabilidade pela aquisição do novo avental plumbífero.
- Buscar a realização do teste de qualidade do avental existente na mesma data do teste do equipamento de radiologia.
- Solicitar à Sede a liberação necessária para realização do teste.

2. DECISÕES

01. Implantação do fluxo de notificação via sistema para repetição de exames radiológicos.

02. Realização das notificações semanalmente, mesmo em casos retroativos.

03. Verificar junto à Direção a viabilidade de aquisição de mais um avental plumbífero.

04. Formalização de processo para contratação de empresa responsável pelos testes dos EPIs radiológicos.

05. Unificação do cronograma de testes radiológicos para o mês de agosto.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Verificar no contrato a responsabilidade pela aquisição do novo avental plumbífero	SRA MARA	PROXIMA REUNIÃO	

Solicitar/realizar teste de qualidade do avental existente	Sra Mara	Próxima Reunião	
--	-----------------	------------------------	--

PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
CAMILA DE MOURA SANTOS	RESPONSÁVEL TÉCNICO RADIOLOGIA	Presente
TATIANA MARIA BARROS	TECNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	Presente
RENATA COLLESII CORDOVIL	COORDENADORA MULTIDISCIPLINAR	Presente
PAULA DAL MASO ALTIMARI	GERENTE DE ENFERMAGEM	Ausente
ADRIANA CRISTINA FRANCO	COORDENAÇÃO DE QUALIDADE	Presente
JOCEMARA DOS SANTOS ALMEIDA	COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA	Presente

ATA REUNIÃO

DATA: 26/08/2026

HORÁRIO: 17:00

LOCAL: SALA DE REUNIÃO

**ASSUNTO: PROGRAMAÇÃO DO TREINAMENTO
DE COMPLIANCE E MUDANÇAS NO
TRANSPORTE DE PACIENTES EM ÓBITO**

• PAUTAS ABORDADAS

Principais mudanças que podem ser realizadas na unidade para garantir um transporte digno aos pacientes que se encontram em óbito, foram discutidos meios de manejar os pacientes e manter a descrição destes pacientes durante o transporte visto que tem havido exposição dos pacientes durante o transporte.

Após discutida a primeira pauta foi também discutido a organização do treinamento de compliance e treinamento e orientação de colaboradores quanto a checagem correta de prescrição médica, colaboradora da qualidade Hanne da qualidade trouxe dados que apontam para uma falha grave nos portuários onde foram encontradas diversas prescrições médicas sem a devida checagem em prontuário físico e eletrônico.

• DECISÕES

- Será elaborado um projeto prevendo possíveis mudanças estruturais e de cenário da unidade visando melhorias no transporte de paciente em óbito.
- Será realizado em caráter de urgência uma orientação geral nos setores quanto a checagem correta de medicações e buscar entendimento de possíveis barreiras do processo.
- A elaboração de um treinamento de compliance voltado a pontuar questões atuais que afetam a qualidade do serviço da equipe assistencial em conjunto, uma orientação e treinamento de checagem correta de prescrição médica.

- **PLANOS DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Apresentar um projeto de mudanças estrutural da unidade.	CARLOS	17 DIAS	
Elaboração de orientações aos funcionários quanto à checagem correta de medicamentos na prescrição médica	CARLOS / CLEIDE	10 DIAS	
Elaboração do treinamento de compliance e checagem de medicação.	CARLOS / LUCIANA / CLEIDE	10 DIAS	

- PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA