

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Contrato de Gestão nº 408/2024**

**Unidades de Saúde da Rede Assistencial:**

UBS Alto da Ponte

UBS Altos de Santana

UBS Jardim Telespark

UBS Santana

**São José dos Campos**

**Novembro  
2025**

## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**



**Diretor do Departamento de Atenção Primária à Saúde**

Pedro Santiago

**Secretário de Saúde**

George Zenha

## **CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR. JOÃO AMORIM”**



**Diretor De Desenvolvimento Institucional**

Mário Santoro Júnior

**Diretor Técnico**

Renato Tardelli

**Gerente Técnico Regional**

Thalita Ruiz Lemos da Rocha

**SUMÁRIO**

<b>HISTÓRICO E PERfil INSTITUCIONAL.....</b>	<b>4</b>
<b>ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES.....</b>	<b>7</b>
<b>AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>7</b>
<b>FORÇA DE TRABALHO.....</b>	<b>9</b>
<b>INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....</b>	<b>11</b>
<b>INDICADORES DE PRODUÇÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>INDICADORES DE GESTÃO (NPS).....</b>	<b>60</b>
<b>MELHORIAS IMPLANTADAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>TREINAMENTOS, CAPACITAÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE.....</b>	<b>69</b>
<b>COMISSÕES.....</b>	<b>106</b>
<b>MANUTENÇÃO.....</b>	<b>116</b>
<b>PATRIMÔNIO.....</b>	<b>132</b>
<b>ABASTECIMENTO.....</b>	<b>133</b>

## HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

### **Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim**

O Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de Novembro 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 e Campinas, 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**

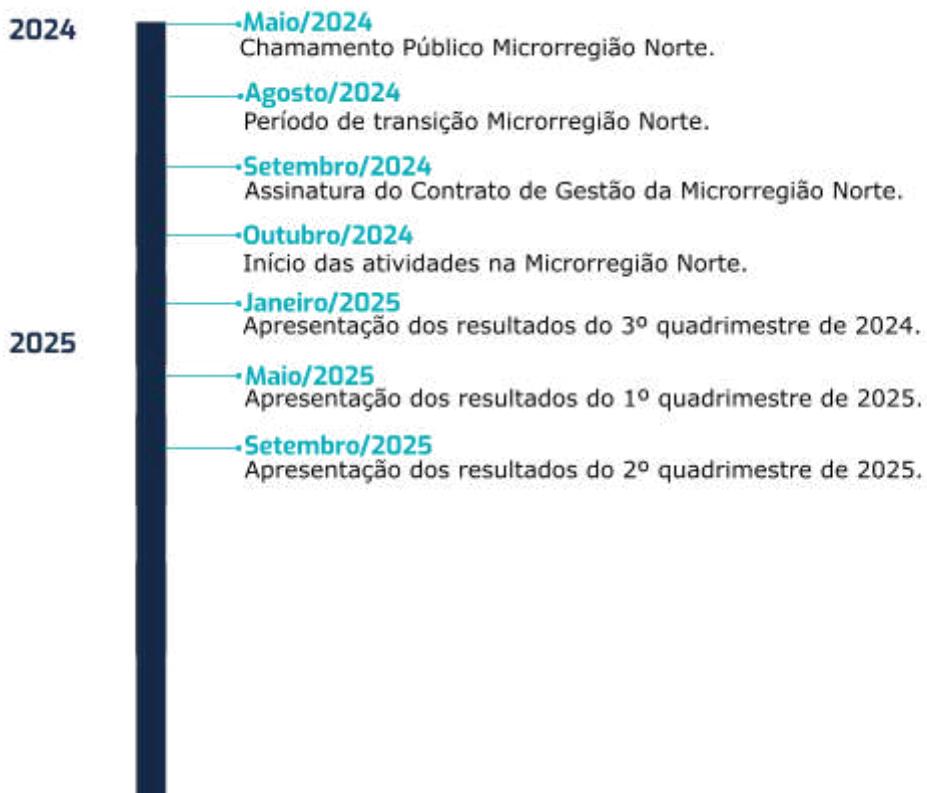
- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

## Pilares Estratégicos

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

## Linha do Tempo

A linha do tempo do CEJAM e São José dos Campos destaca os principais marcos da gestão da Microrregião Norte em 2024. O cronograma inclui desde o chamamento público em Maio/24 até o início efetivo das atividades e as apresentações das prestações de contas. Durante esse período, ocorreu a transição administrativa e a assinatura do contrato de gestão, evidenciando o planejamento e a organização para a implementação dos serviços de saúde na região.



## Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da Atenção Primária à Saúde é fundamental para garantir um atendimento acessível, contínuo e resolutivo à população. A imagem a seguir apresenta a organização desse nível de atenção, destacando a distribuição de equipes, serviços e recursos que atuam na promoção, prevenção e cuidado integral à saúde da comunidade.

## Gestão da Rede Assistencial do Contrato de Gestão nº 408 /2024

Em 1º de Novembro de 2024, teve início o Contrato de Gestão nº 408/2024, firmado com o **Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM**, uma Organização Social de Saúde (OSS) qualificada no município de **São José dos Campos**. O contrato tem como objetivo a **implantação e o gerenciamento técnico** das unidades de saúde listadas, garantindo a administração, gerenciamento e operacionalização das atividades das **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** da rede assistencial.

A execução deste contrato está alinhada com as **Políticas de Saúde do SUS** e as diretrizes da **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**, conforme plano de trabalho aprovado.

### Unidades contempladas e seus endereços:

- **UBS Alto da Ponte**
  - 📍 Rua Alziró Lebrão, SN - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12213-360
  - ◆ CNES: 0009407
- **UBS Altos de Santana**
  - 📍 Avenida Alto do Rio Doce, 1566 - Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12214-010
  - ◆ CNES: 3473783
- **UBS Jardim Telespark**
  - 📍 Rua Benedito Pereira Lima , 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700
  - ◆ CNES: 0009083
- **UBS Santana**
  - 📍 Av. Rui Barbosa, 2445 - Santana, São José dos Campos - SP, 12212-000
  - ◆ CNES: 0008990

O CEJAM, inscrito no **CNPJ nº 66.518.267/0001-83**, possui sede na **Rua Dr. Lund, 41 - Liberdade, São Paulo - SP, CEP 01513-020** e será responsável pela execução das atividades assistenciais, bem como pela conservação e manutenção dos equipamentos públicos permissionados.

## ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas pelos sistemas municipais (SAMS, E-SAMS, SIA TABNET) e planilhas de excel para consolidação dos dados.

## AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de avaliação e acompanhamento dos serviços de saúde são realizados através de **relatório mensal, quadrimestral e anual**.

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 30 de Novembro de 2025** das quatro Unidades Básicas de Saúde da Microrregião Norte.

### Serviços Oferecidos

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José dos Campos, destacando a padronização da maioria dos atendimentos, como consultas médicas, administração de medicamentos, vacinação, exames laboratoriais, retirada de pontos e aferição de pressão arterial.

<b>Serviços</b>	<b>UBS Alto da Ponte</b>	<b>UBS Altos de Santana</b>	<b>UBS Jardim Telespark</b>	<b>UBS Santana</b>
Administração e dispensação de medicamentos	x	x	x	x
Aferição de Pressão Arterial	x	x	x	x
Atendimento odontológico	x	x	x	x
Atendimento/visitas domiciliares	x	x	x	x
Cateterismo vesical	x	x	x	x
Coleta de material para análises clínicas	x	x	x	x
Coleta de material para detecção e erros inatos do metabolismo (teste do pezinho)	x	x	x	x
Coleta de Papanicolaou	x	x	x	x
Consultas médicas, enfermagem e equipe multiprofissional	x	x	x	x
Cuidados com estomos	x	x	x	x
Grupos/PICS	x	x	x	x
Lavagem ouvido	x	x	x	x
Realização de Eletrocardiograma	x	x	x	x
Retirada de pontos	x	x	x	x
Sutura	x	x	x	x
Terapia de Reidratação Oral	x	x	x	x
Teste Imunológico de Gravidez	x	x	x	x
Testes rápidos	x	x	x	x
Tratamento de Feridas/curativo	x	x	x	x
Vacinas	x	x	x	x
Verificação de glicemia capilar	x	x	x	x
Verificação de medidas antropométricas	x	x	x	x
Verificação de temperatura	x	x	x	x
Vigilância em Saúde	x	x	x	x

## FORÇA DE TRABALHO

### Dimensionamento dos Colaboradores

A tabela abaixo apresenta o consolidado da força de trabalho prevista e efetiva, incluindo profissionais contratados sob os regimes CLT e PJ. Em seguida, é disponibilizada a relação nominal dos colaboradores em cada unidade.

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	▲	Turnover	Absenteísmo	CAT
Administrativo	Assistente Social (40h)	2	2	✓	0,00%	5,92%	0
	Auxiliar de Farmácia (40h)	3	3	✓	0,00%	22,81%	0
	Auxiliar de Saúde Bucal (40h)	10	6	↓	0,42%	4,61%	0
	Auxiliar de Serviços Gerais (40h)	8	8	✓	0,00%	5,86%	0
Assistencial	Dentista (40h)	10	10	✓	0,84%	4,54%	1
	Enfermeiro (40h)	13	14	↑	0,84%	5,26%	0
	Farmacêutico (40h)	4	4	✓	0,00%	0,00%	0
	Gerente (40h)	4	4	✓	0,00%	0,00%	0
	Jovem Aprendiz (30h)	4	3	↓	0,00%	0,00%	0
	Médico Clínico Geral (20h)	4	4	✓	0,00%	0,00%	0
	Médico Gineco-obstetra (20h)	2,5	2,5	✓	0,00%	0,00%	0
	Médico Pediatra (20h)	2	2	✓	0,00%	0,00%	0
	Médico Saúde da Família (40h)	11	11	✓	0,00%	0,00%	0
	Nutricionista (40h)	1	2	↑	0,42%	0,00%	0
	Recepcionista (44h)	12	13	↑	0,42%	2,67%	0
	Técnico de Enfermagem (40h)	30	30	✓	0,42%	2,53%	0
	Técnico de Farmácia (40h)	1	1	✓	0,00%	36,84%	0
<b>Total</b>		<b>121,5</b>	<b>119,5</b>	↓	<b>0,20%</b>	<b>5,36%</b>	<b>1</b>

O dimensionamento da equipe segue as necessidades identificadas na rede, considerando déficits, excedentes e ajustes conforme as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Segue abaixo justificativas referentes a equipe mínima:

- **Enfermeiro (40h):**

**UBS Santana:** Há 1 profissional excedente. Verificamos que houve atualização da carga horária da UBS Santana no E-gestor de 30h para 20h, porém a população vinculada segundo o relatório de cadastro está acima do esperado considerando 2000 pessoas/EAP 20h. Embora o plano de trabalho tenha a previsão de 2 enfermeiros de 40 horas na unidade de Santana, a população vinculada é compatível com Rh existente (3 enfermeiros).

Vale ressaltar que, a unidade funciona 12h e há a necessidade de cobertura de enfermagem durante todo o período, considerando férias e atestados, entre outras ausências legais, dois enfermeiros não são suficientes para cumprir as determinações acima. (Fonte: E-gestor - Relatório de Cadastros Vinculados de abril/2025)

**Relatório de cadastros vinculados**

IBGE 354990  
Município: SAO JOSE DOS CAMPOS - SP  
População estimada IBGE 2022: 697054  
Tipologia do município: Urbano  
Mostrar: 10 | registros por página

 Procurar: 

CNES	Establishment	INE	Team signature	ABR/2025.Q1
0008990	UBS SANTANA	0001879553	eAP-20h	3.034
0008990	UBS SANTANA	0002048337	eAP-20h	4.306
0008990	UBS SANTANA	0002151197	eAP-20h	3.669
0008990	UBS SANTANA	0002355159	eAP-20h	4.953

- Auxiliar de Saúde Bucal:** Com a contratação da terceira equipe de saúde bucal para as unidades de Santana, Altos de Santana e Alto da Ponte, foi efetivada a contratação de 3 dentistas, porém ainda encontramos dificuldades para a contratação do Auxiliar de Saúde Bucal. No mês de Novembro, houve um pedido de demissão de um dos Auxiliares de Saúde Bucal, impactando no indicador. Somando-se hoje, temos 04 vagas para reposição e o processo seletivo encontra-se aberto para captação e contratação do profissional, porém com um desafio acentuado para conseguirmos a reposição do profissional.

## INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Os indicadores apresentados no 3º quadrimestre 2025 sofreram ajustes conforme ofício nº 113230/2024. De acordo com o documento, a meta do indicador de proporção de gestantes, puérperas e recém-nascidos acompanhados em visita domiciliar foi alterada para 80%. Além disso, foram excluídos os seguintes indicadores: Cadastro individual vinculado por equipe, Razão de solicitação de exames complementares por consulta, Índice de atendimento por condição avaliada (HAS, DM e Obesidade), Proporção de prematuridade, Taxa de internação hospitalar por queda na população com 60 e mais anos e Taxa de óbitos perinatais.

Com a atualização dos relatórios nos sistemas de informação que são fontes dos indicadores, alguns valores podem se alterar ao longo do tempo tanto nos relatórios mensais quanto no quadrimestral.

Devido a indisponibilidade de alguns relatórios com as informações referentes ao mês vigente, pode haver **ausência de informações ou lacunas**. Para este mês, utilizamos para os cadastros vinculados os dados do sistema e-sams.

## Indicadores de Qualidade

### Qualidade - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Novembro de 2025, conforme ofício n° 113230/2024**.

	<b>SJC Microrregião Norte: 11 eSF + 4 eAP + 11 eSB</b>	<b>novembro/2025</b>			
		<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Realizado</b>	<b>Resultado</b>
<b>Municipais</b>	Cadastro individual vinculado à equipe	-	UBS Alto da Ponte	13.914	<b>53,062</b>
			UBS Altos de Santana	12.680	
			UBS Santana	12.913	
			UBS Jd. Telespark	13.555	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	12	<b>52,17%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	23	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	8	<b>34,78%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	23	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	17	<b>73,91%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	23	
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	6.967	<b>39,02%</b>

			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	17.857	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	30	<b>88,24%</b>	
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	34		
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	7.416	<b>67,03%</b>	
		Número total de hipertensos cadastrados	11.064		
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	2.492	<b>59,99%</b>	
		Número total de diabéticos cadastrados	4.154		
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	1.479	<b>16,50%</b>	
		Número total de consultas médicas realizadas	8.966		
Acesso à primeira consulta odontológica programática	Meta estabelecida por unidade conforme ofício nº10919/6/2024	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	607	<b>13,74%</b>	
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	4.417		
Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>Dados não disponíveis</b>	
		Total de internações hospitalares	0		
Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	172	<b>69,35%</b>	
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	248		
Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	1.939	<b>18,18%</b>	
		Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	10.663		

<b>CEJAM</b>	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	220	<b>100,00%</b>
			Número total de profissionais cadastrados	220	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	13	<b>22</b>
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	2	
			Incidente sem dano	3	
			Incidente com dano Grau I (leve)	1	
			Incidente com dano Grau II (moderado)	2	
			Incidente com dano Grau III (grave)	1	
			Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A		Administrativo	2	<b>22</b>
			Assistencial	20	
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)		≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	128	<b>88,89%</b>
			Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	144	
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos		≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	4.560	<b>38,09%</b>
			Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	11.973	
Prevalência de hipertensos no território		≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	11.048	<b>102,22%</b>
			Número esperado de hipertensos na população cadastrada	10.809	

Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	4.146	<b>111,65%</b>
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	3.713	

#### **Análise crítica e descrição dos métodos de cálculo:**

Para os indicadores supracitados que estão abaixo da meta vide as justificativas por serviço.

**Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação, Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV e Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado:** para estes indicadores apresentamos neste relatório resultados a partir de relatórios disponíveis no sistema e-sams, visto que não é possível a extração de resultados do e-gestor em tempo oportuno.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** para este indicador apresentamos neste relatório resultados a partir de relatórios disponíveis no sistema e-sams, visto que não é possível a extração de resultados do e-gestor em tempo oportuno.

**Cobertura de citopatológico:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de saúde da mulher disponibilizado pelo sistema e-sams conforme a população alvo do indicador. Por conta da alteração da fonte, podemos ter alguma mudança no valor do denominador.

**Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de pessoas com hipertensão disponibilizado pelo sistema e-sams. Com o ajuste da fonte deste indicador, tivemos alterações nos denominadores das unidades. Ao longo dos meses utilizaremos o relatório como importante instrumento de busca ativa e monitoramento por parte das equipes para condições crônicas.

**Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de pessoas com diabetes do e-sams que já está customizado com a consulta e a solicitação de hemoglobina glicada. Com o ajuste da fonte deste indicador, tivemos alterações nos denominadores das unidades. Ao longo dos meses utilizaremos o relatório como importante instrumento de busca ativa e monitoramento por parte das equipes.

**Acesso à primeira consulta odontológica programática:** teve como parâmetro o ofício nº 109196/24, que considera a necessidade de contemplar na agenda 56 atendimentos de primeira consulta odontológica programática, a meta é estabelecida por unidade.

**Proporção de encaminhamentos para serviço especializado:** foi estabelecido um fluxo mensal de envio das informações para a gerência das unidades, a microrregião norte esteve dentro do esperado.

**Indicadores - TABNET municipal:** ainda que os resultados não estejam disponibilizados no mês vigente, sinalizamos nas justificativas das unidades os resultados que foram atualizados dos meses anteriores.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na atenção básica:** Dados não disponíveis.

**Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS) e Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS):** o método de cálculo permanece o mesmo dos meses anteriores, ambos com meta de 80%. Aguardando a contratação de ACS pela SMS.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):** este indicador pode sofrer alterações após a análise e tratativa das notificações pela comissão, visto que trata-se de uma pré classificação e as equipes estão em fase de aprendizado do processo de notificação e análise dos incidentes. Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa, assistencial, entre outros):** foram identificadas notificações sem a classificação por tipo. As unidades seguem com a sensibilização da equipe para a notificação de incidentes e o preenchimento adequado da informação.

**Percentual de conformidade obtido nas avaliações realizadas em visitas técnicas do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica):** Realizadas adequações apontadas no segundo relatório de visita técnica realizada em Março/25. A terceira visita técnica foi realizada no mês de julho/25 e as unidades passaram por um novo período de avaliação para monitoramento das metas estabelecidas. Os resultados constam por unidade e a próxima visita está prevista para dezembro/25. Segue abaixo o cronograma de atuação:

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR. JOÃO DE AMORIM**
**CRONOGRAMA DE AÇÕES SCIRAS - SÃO JOSÉ - 2025**

Treinamento	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Planejamento e alinhamento de agenda para as visitas	X														
Visita diagnóstica		X													
Planejamento das ações			X												
Nomeação CCIRAS local, regimento e cronograma de reuniões				X											
Programa de Controle de Infecção (PCI)					X										
Rotinas e documentos Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (CCIRAS)						X									
Rotinas e Treinamento Central de Material Esterilizado (CME)				X											
Rotinas e Treinamento limpeza ambiental			X												
Treinamento Higienização das Mão (HM)			X												
Revisão SCIRAS					X			X			X			X	
Auditórias e Visitas Técnicas						X				X		X	X	X	X
Indicadores de acompanhamento CCIRAS															X
Critérios de IRAS / Fechamento de indicadores e Planos de ação								X							
Apresentação de resultados - Acreditação/Certificação ONA							X								

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de saúde da mulher disponibilizado pelo sistema e-sams conforme a população alvo do indicador. Por conta da alteração da fonte, podemos ter alguma mudança no valor do denominador.

**Prevalência de pessoas com hipertensão no território:** para o cálculo deste indicador consideramos:

Numerador: Pessoas com hipertensão apontadas no relatório de pessoas com hipertensão do e-sams.

Denominador: população de HAS (26,4%) esperado pelo Vigitel, a partir da população acima de 18 anos, para a classificação da idade foi utilizado o relatório do TABNET.

**Prevalência de pessoas com diabetes no território:** desde junho/2025 está sendo utilizado o relatório de pessoas com diabetes do sistema e-SAMS, conforme acordado em reunião com DAPRIS.

Numerador: Pessoas com diabetes apontados no relatório de pessoas com hipertensão do e-sams.

Denominador: população de DM (9,08%) esperado pelo Vigitel, a partir da população acima de 18 anos, para a classificação da idade foi utilizado o relatório do TABNET.

### Qualidade - UBS Alto da Ponte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Alto da Ponte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Novembro de 2025**.

	<b>UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB</b>	<b>novembro/2025</b>			
		<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Realizado</b>	<b>Resultado</b>
<b>Municipais</b>	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.526	<b>13.134</b>
			Equipe 2	3.755	
			Equipe 3	3.140	
			Equipe 4	2.713	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	3	<b>75,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	4	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	0	<b>0,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	4	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	3	<b>75,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	4	
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.394	<b>33,53%</b>
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	4.158	

	Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	6	<b>85,71%</b>
			Número de crianças que completaram 1 ano no período	7	
	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.535	<b>57,69%</b>
			Número total de hipertensos cadastrados	2.661	
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	655	<b>65,70%</b>
			Número total de diabéticos cadastrados	997	
	Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	431	<b>15,18%</b>
			Número total de consultas médicas realizadas	2.839	
	Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 16,5%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	181	<b>17,80%</b>
			Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.017	
	Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>Dados não disponíveis</b>
			Total de internações hospitalares	0	
	Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	52	<b>57,14%</b>
			Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	91	
	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	705	<b>19,27%</b>
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.658	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	48	<b>100,00%</b>
			Número total de profissionais cadastrados	48	

<b>CEJAM</b>	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	13	<b>16</b>
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	1	
			Incidente sem dano	2	
			Incidente com dano Grau I (leve)	0	
			Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
			Incidente com dano Grau III (grave)	0	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	0	<b>16</b>
			Assistencial	16	
			Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	41	
			Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	48	
					<b>85,42%</b>
	Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	803	<b>29,23%</b>
			Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	2.747	
	Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.653	<b>110,92%</b>
			Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.392	
	Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	993	<b>120,84%</b>
			Número esperado de diabéticos na população cadastrada	822	

**Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV:** O baixo desempenho está relacionado a falhas operacionais no fluxo de registro de dados e não à qualidade da assistência prestada. A maioria dos procedimentos foram realizados e devidamente registrados no SIGTAP, conforme registros (CRA 394428, 495293 e 946877), a contagem final é prejudicada pela pendência no fechamento do BDA pelo profissional responsável, o que impede a importação e validação das informações no sistema; somado a isso, há casos (CRA 35292) onde o procedimento foi feito e descrito em prontuário, mas não houve inclusão do código SIGTAP, configurando uma falha de registro comprometendo o resultado do indicador.

**Cobertura de citopatológico de colo útero:** Tivemos o desligamento de uma enfermeira no final de outubro, e a profissional de reposição (contratada em 05/11/2025) solicitou demissão logo em seguida 13/11/2025, após apresentar dois dias de atestado médico. Paralelamente, outra enfermeira apresentou um atestado de 10 dias por diagnóstico positivo de COVID-19. Com apenas dois profissionais restantes, a equipe teve que ser dividida das 7h às 16h e das 10h às 19h para cobrir a demanda e apoiar a equipe. Esta situação crítica levou à necessidade de remanejamento e cancelamento de agendas, impactando diretamente o volume de exames realizados e resultando em um desempenho abaixo do previsto para o indicador.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** Foi identificado um paciente que recebeu a vacina Hexavalente e encontra-se com o esquema vacinal completo, porém o registro da vacina hexavalente não é contabilizado no sistema comprometendo o cálculo do indicador. Se não fosse essa situação, o resultado seria de 100%.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica:** Consulta realizada em 02/12/2025 no tabnet e informação da unidade Alto da Ponte não está disponível.

**Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS):** Houve aumento de 7% em relação ao mês anterior, 50,50% em outubro para 57,14% em novembro, entretanto, o não alcance da meta permanece associado a limitações operacionais, incluindo a ausência de uma ACS em licença-maternidade sem cobertura da vaga, 224 horas de afastamentos por atestado médico, 128 horas destinadas ao apoio ao CZZ nas ações de combate à dengue, 200 horas referentes às folgas dos dias 20 e 21 em razão do feriado, além das horas direcionadas a treinamentos e reuniões de alinhamento, fatores que impactaram diretamente a disponibilidade da força de trabalho no período. Soma-se a isso o fato de que a unidade ainda apresenta déficit de dois profissionais ACS no quadro geral, com contratação pendente, o que

impactou diretamente a disponibilidade da força de trabalho no período.

**Proporção de pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão acompanhados em visita domiciliar (ACS):**

Além das limitações operacionais já mencionadas, destaca-se que ainda existem pendências na inclusão dos registros de visitas no sistema, o que impacta diretamente o desempenho apresentado. Das 12 ACS ativas, apenas 5 haviam concluído a inserção de 100% das visitas de novembro até o momento da emissão do relatório, comprometendo o resultado deste indicador.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):**

No período, foram registradas duas notificações relacionadas ao processo de coleta de escarro. As ocorrências estão sendo acompanhadas pela enfermeira técnica responsável, que já realizou as orientações necessárias à equipe para evitar novas intercorrências.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa, assistencial, entre outros):** Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.**Percentual de conformidade obtido nas avaliações realizadas em visitas técnicas do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica):** Em relação à última visita de avaliação, houve melhora e a unidade alcançou 85,42%. Prevista nova visita de avaliação em dezembro/25.**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** No final de outubro ocorreu o desligamento de uma enfermeira, e a profissional contratada para reposição em 05/11/2025 solicitou demissão já em 13/11/2025, após apresentar dois dias de atestado médico. Simultaneamente, outra enfermeira precisou se afastar por 10 dias devido ao diagnóstico de COVID-19. Com apenas duas profissionais ativas, foi necessário reorganizar a equipe em turnos das 7h às 16h e das 10h às 19h para garantir a cobertura da demanda e o apoio às demais áreas. Esse cenário crítico demandou remanejamentos e cancelamentos de agendas, reduzindo significativamente o volume de exames realizados e resultando em desempenho abaixo do esperado para o indicador.

## Qualidade - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Novembro de 2025**.

	<b>UBS Altos de Santana:</b> <b>4 eSF + 3 eSB</b>	<b>novembro/2025</b>			
		<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Realizado</b>	<b>Resultado</b>
<b>Municipais</b>	<b>Cadastro individual vinculado à equipe</b>	-	Equipe 1	3.340	<b>15.209</b>
			Equipe 2	3.429	
			Equipe 3	4.591	
			Equipe 4	3.849	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	1	<b>50,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	2	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	1	<b>50,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	2	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	2	<b>100,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	2	
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.507	<b>29,80%</b>
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	5.057	
	Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	7	<b>100,00%</b>
			Número de crianças que completaram 1 ano no período	7	

<b>CEJAM</b>	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.474	<b>54,73%</b>
			Número total de hipertensos cadastrados	2.693	
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	725	<b>65,08%</b>
			Número total de diabéticos cadastrados	1.114	
	Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	441	<b>16,47%</b>
			Número total de consultas médicas realizadas	2.676	
	Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 13%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	200	<b>18,35%</b>
			Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.090	
	Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>0,00%</b>
			Total de internações hospitalares	0	
	Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	87	<b>126,09%</b>
			Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	69	
	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	815	<b>21,41%</b>
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.807	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	44	<b>100,00%</b>
			Número total de profissionais cadastrados	44	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	<b>1</b>
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	0	
			Incidente sem dano	0	

		Incidente com dano Grau I (leve)	0	
		Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
		Incidente com dano Grau III (grave)	1	
		Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	0	<b>1</b>
		Assistencial	1	
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	$\geq 85\%$	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	41	<b>85,42%</b>
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	48	
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	$\geq 40\%$	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	1.019	<b>30,40%</b>
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	3.352	
Prevalência de hipertensos no território	$\geq 80\%$	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.685	<b>103,05%</b>
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.605	
Prevalência de diabéticos no território	$\geq 80\%$	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.110	<b>124,01%</b>
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	895	

**Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV:** Para este indicador, ficamos abaixo da meta esperada devido a um erro no sistema e-sams. A gestantes possui testes rápidos lançados corretamente em sistema com BDA fechado em 29/04/2025, porém não consta em relatório, chamado aberto nº 59231. Ressaltamos que, se caso não tivéssemos tido problemas com sistema, teríamos alcançado a meta de 100%.

**Cobertura de citopatológico:** No mês de Novembro, não alcançamos a meta. Como ação para melhorar o indicador, implementamos um dia de livre demanda, mantivemos agendamentos disponíveis durante toda a semana e, em todas as sextas-feiras do mês, designamos uma equipe responsável por realizar a busca ativa das pacientes que se enquadram nos critérios estabelecidos. Apesar de ainda não termos alcançado avanços significativos, seguimos orientando e motivando a equipe na continuidade das buscas e no acompanhamento dessas mulheres.

**Proporção de encaminhamentos para serviço especializado:** O último dado disponível pela SMS, foi disponibilizado em 01/12/2025 referente a outubro e novembro/25. Em outubro/2025 ficamos dentro da meta esperada de 19,35% e em novembro seguimos com 16,47% dentro do esperado.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica:** Para este indicador, o último resultado disponibilizado é de setembro/2025, seguimos dentro da meta esperada com 10,81%. Os dados ainda não estão disponíveis em 02/12/2025. Além disso, temos resultado do mês de agosto/25, recebido em 04/11/2025, com resultado de 10,26%.

**Proporção de pessoas com diabetes e hipertensão acompanhadas em visita domiciliar (ACS):** Atualmente contamos com duas profissionais readaptadas em 100% de suas funções e uma profissional com condições de trabalho diferenciadas, conforme orientação do médico do trabalho. No período, tivemos férias, feriados e convocações para ações de combate à dengue nos dias 03, 04, 11 e 24/11. Para a melhoria do indicador, adotaremos as seguintes estratégias: Reunião mensal com toda a equipe multiprofissional; Divisão das equipes para otimizar a execução das ações; Reuniões semanais com cada equipe, visando ao monitoramento dos atendimentos aos grupos prioritários; Reunião geral mensal para ajustes nos fluxos de trabalho. Além disso, aguardamos a contratação de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o que contribuirá para o fortalecimento das ações desenvolvidas no território.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):** Durante o mês de Novembro, registramos uma ocorrência de evento adverso e a equipe pode aprender a identificar suas causas, rever processos e adotar medidas para evitar que situações semelhantes aconteçam novamente. Continuamos promovendo ações de conscientização com toda a equipe, destacando a relevância da notificação desses eventos para o fortalecimento da cultura de

segurança do paciente. Nossa compromisso é estimular o envolvimento de todos nesse processo, garantindo um cuidado cada vez mais seguro e de excelência.

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** No mês de Novembro, não atingimos a meta esperada. Iremos adotar algumas ações para atingir a meta no próximo mês como Garantir fluxo rápido para a solicitação da mamografia; Realizar busca ativa mensal das mulheres que estão há mais de 24 meses sem exame; Envolver a equipe de Agentes Comunitários de Saúde para contato telefônico, visitas e convocações; além de ações de educação em saúde como rodas de conversa, grupos e ações na sala de espera enfatizando: importância da prevenção; periodicidade correta; mitos e medos sobre a mamografia.

### Qualidade - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Novembro de 2025**.

		novembro/2025			
UBS Telespark: 3 eSF + 1 eSB		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Municipais	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.222	10.453
			Equipe 2	3.255	
			Equipe 3	3.976	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	5	71,43%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	7	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	6	85,71%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	7	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	7	100,00%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	7	

	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.230	<b>33,41%</b>
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	3.682	
	Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	6	<b>85,71%</b>
			Número de crianças que completaram 1 ano no período	7	
	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.249	<b>54,35%</b>
			Número total de hipertensos cadastrados	2.298	
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	457	<b>50,78%</b>
			Número total de diabéticos cadastrados	900	
	Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	327	<b>15,30%</b>
			Número total de consultas médicas realizadas	2.137	
	Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 5,5%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	64	<b>6,29%</b>
			Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.018	
	Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>Dados não disponíveis</b>
			Total de internações hospitalares	0	
	Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	33	<b>37,50%</b>
			Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	88	
	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	419	<b>13,10%</b>
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.198	

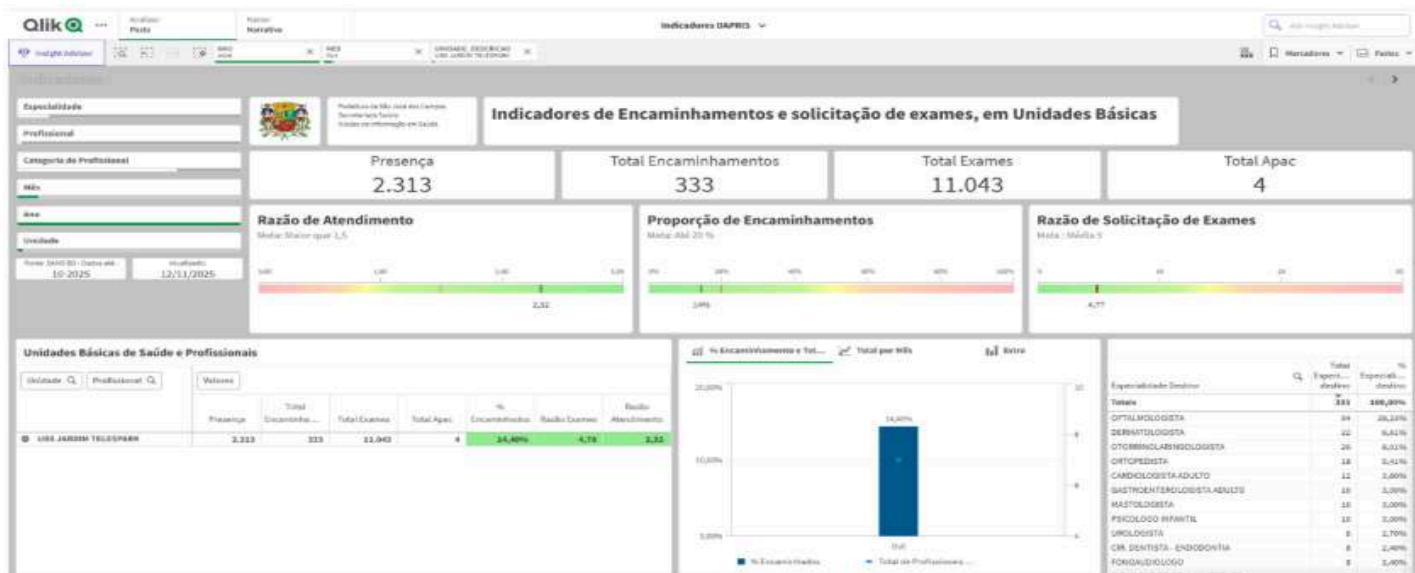
<b>CEJAM</b>	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	69	<b>100,00%</b>
			Número total de profissionais cadastrados	69	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	<b>2</b>	
		Quase Erro (Near Miss)	0		
		Não Conformidade	0		
		Incidente sem dano	1		
		Incidente com dano Grau I (leve)	0		
		Incidente com dano Grau II (moderado)	1		
		Incidente com dano Grau III (grave)	0		
		Incidente com dano Grau IV (óbito)	0		
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	0	<b>2</b>	
		Assistencial	2		
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	43	<b>89,58%</b>	
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	48		
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	775	<b>31,76%</b>	
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	2.440		
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.298	<b>93,47%</b>	
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.459		

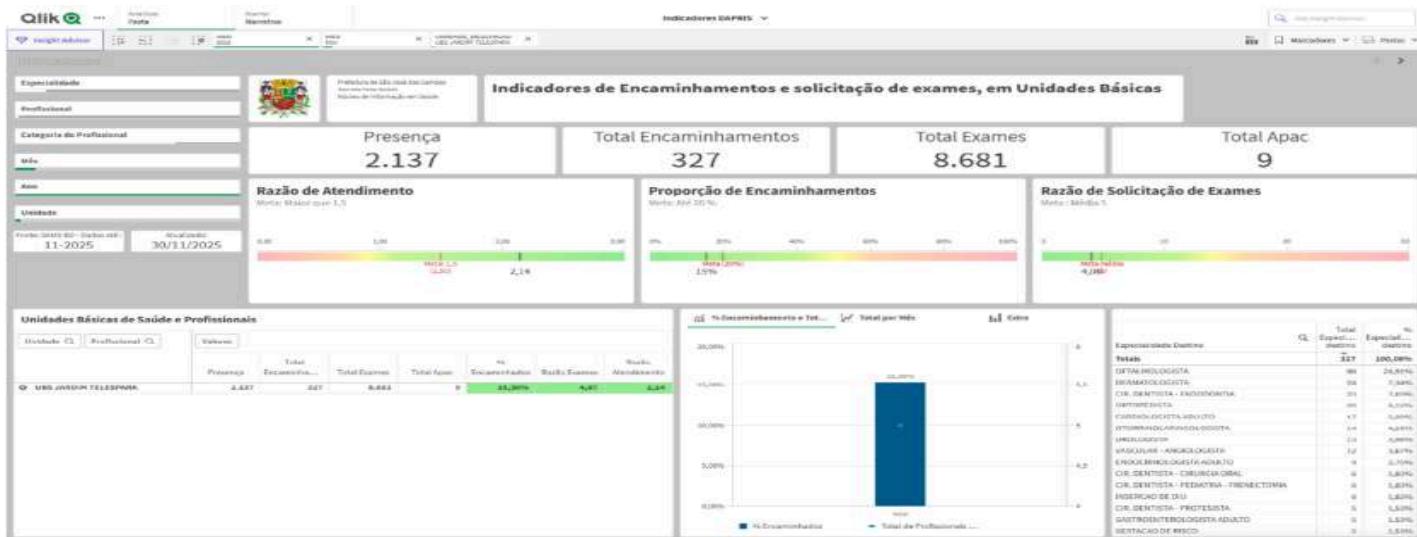
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	900	<b>106,56%</b>
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	845	

**Cobertura de citopatológico:** A unidade alcançou 33,41%. O desempenho esteve abaixo da meta apesar das estratégias realizadas. Para o mês de dezembro, reforçamos ainda mais as estratégias de busca ativa de mulheres na faixa etária preconizada (25-64 anos), conforme lista disponibilizada no sistema E-sams, por meio de ACS e contato telefônico, bem como, a realização de salas de espera com orientações sobre a importância do rastreamento do câncer de colo uterino. As agendas seguem abertas, com apoio da equipe médica para coleta por demanda espontânea.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** A unidade alcançou 85,71% da meta. De um total de sete crianças acompanhadas no período, seis concluíram integralmente o esquema vacinal preconizado. Ressaltamos que uma criança não completou o esquema em decorrência de mudança de cidade, situação confirmada pela equipe por meio de busca ativa e contato telefônico, impossibilitando a continuidade do acompanhamento vacinal pela unidade.

**Proporção de encaminhamentos para serviço especializado:** Dados disponibilizados pela SMS, referente à Outubro e Novembro /25, ambos com resultado dentro das metas estabelecidas.





**Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica:** Dados não disponíveis referente ao mês de Novembro/25. Ressaltamos que em 12/11/2025, houve atualização do relatório referente à Setembro/2025, o qual a meta manteve-se dentro do estabelecido.

**Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS):** A unidade atingiu 37,50%. Foram realizadas tentativas de visita domiciliar (VD) para esse grupo prioritário. Destas, 33 foram bem-sucedidas entre gestantes, puérperas e recém-nascidos. As outras 55 foram classificadas como: ausências, abortos espontâneos ou pacientes fora da área de abrangência.

**Proporção de pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão acompanhadas em visita domiciliar (ACS):** No mês de novembro, observou-se desempenho assistencial abaixo dos parâmetros estabelecidos, decorrente da participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em processos de educação permanente, incluindo capacitações, treinamentos, reuniões e grupos operativos. Ademais, ocorreram afastamentos por férias de três profissionais e emenda do feriado de 20/11/2025, o que resultou em redução significativa nos dias úteis e na cobertura de visitas domiciliares.

Considerando o contingente de 3.198 usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus cadastrados, estima-se a necessidade de aproximadamente 2.558 visitas mensais para garantir a cobertura mínima preconizada para acompanhamento longitudinal desses grupos de risco. Essa demanda, somada às ações dirigidas aos demais públicos prioritários,

evidencia a elevada sobrecarga assistencial frente ao atual dimensionamento da força de trabalho. O acesso a área rural impacta também no resultado final da produção dos ACS, uma vez que o transporte público e acesso são restritos. As ações comunitárias organizadas pela UBS atenuam o impacto da dificuldade do acesso por parte dos ACS e contempla o atendimento no território.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):** Foram realizadas duas notificações. Nas reuniões multidisciplinares e da Comissão de Segurança do Paciente, as notificações serão discutidas e, posteriormente, as questões pertinentes serão disseminadas a toda a equipe, visando à melhoria contínua dos processos.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa, assistencial, entre outros):** No mês de Novembro, 100% das notificações foram classificadas como assistencial.

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** A unidade alcançou 31,75% do indicador. Destaca-se que, assim como adotado para o indicador de coleta de citopatológico, serão intensificadas no mês de dezembro as ações de busca ativa das mulheres na faixa etária preconizada (40 a 69 anos), utilizando a listagem disponibilizada pelo sistema E-sams. As estratégias, contam com o engajamento dos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares e contatos telefônicos, além da realização de atividades educativas em sala de espera, com orientações sobre a relevância do rastreamento do câncer de mama para detecção precoce e redução da mortalidade.

## Qualidade - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Novembro de 2025**.

	<b>UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB</b>	<b>novembro/2025</b>			
		<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Realizado</b>	<b>Resultado</b>
<b>Municipais</b>	<b>Cadastro individual vinculado à equipe</b>	<b>-</b>	Equipe 1	3.826	<b>14.266</b>
			Equipe 2	2.241	
			Equipe 3	1.206	
			Equipe 4	6.993	
	<b>Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação</b>	<b>&gt; 45%</b>	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	3	<b>30,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	10	
	<b>Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV</b>	<b>≥ 60%</b>	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	1	<b>10,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	10	
	<b>Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado</b>	<b>≥ 60%</b>	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	5	<b>50,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	10	
	<b>Cobertura de citopatológico de colo útero</b>	<b>≥ 40%</b>	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	2.836	<b>57,18%</b>
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	4.960	
	<b>Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente</b>	<b>≥ 95%</b>	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	10	<b>76,92%</b>

CEJAM	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de crianças que completaram 1 ano no período	13	39,8%
			Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.358	
			Número total de hipertensos cadastrados	3.412	
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	655	57,31%
			Número total de diabéticos cadastrados	1.143	
	Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	544	18,80%
			Número total de consultas médicas realizadas	2.873	
	Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 13%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	162	12,54%
			Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.292	
CEJAM	Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	0,00%
			Total de internações hospitalares	0	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	59	100,00%
			Número total de profissionais cadastrados	59	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	3
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	1	
			Incidente sem dano	0	
			Incidente com dano Grau I (leve)	1	
			Incidente com dano Grau II (moderado)	1	

			Incidente com dano Grau III (grave)	0	
			Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	2		<b>3</b>
		Assistencial	1		
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	$\geq 85\%$	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	44		<b>91,67%</b>
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	48		
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	$\geq 40\%$	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	1.963		<b>57,16%</b>
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	3.434		
Prevalência de hipertensos no território	$\geq 80\%$	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	3.412		<b>101,77%</b>
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	3.353		
Prevalência de diabéticos no território	$\geq 80\%$	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.143		<b>99,24%</b>
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	1.152		

**Proporção de gestantes com , pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação, realização de exames para sífilis e HIV e atendimento odontológico :** No período avaliado, foram identificadas situações que impactam diretamente os indicadores de acompanhamento pré-natal da unidade. Entre as gestantes acompanhadas, destacam-se NAAS, RAOS e MVLG. Ambas iniciaram o pré-natal seguindo integralmente o protocolo do Ministério da Saúde, realizaram os testes rápidos para HIV e sífilis e foram encaminhadas ao atendimento odontológico. Apesar dos registros clínicos estarem completos

em prontuário, observou-se a falta da finalização do Boletim Diário de Atendimento (BDA), falha corrigida nos meses seguintes.

As gestantes JCF, MVLG e JCBTB também foram acompanhadas conforme o protocolo. JCF iniciou o pré-natal em 21/03/2025, realizou sete atendimentos multiprofissionais e permaneceu em seguimento no ambulatório de alto risco devido à diabetes gestacional. Já JCBTB, acolhida em abrigo institucional, iniciou o pré-natal em 06/03/2025, realizou seis atendimentos multiprofissionais e foi encaminhada ao ambulatório de alto risco em razão do uso de substâncias psicoativas, mantendo o seguimento mesmo após mudança de endereço. Assim como nos casos anteriores, verificou-se ausência do fechamento do BDA, contribuindo para inconsistências no registro dos atendimentos.

Paralelamente, foram identificados registros inseridos de forma equivocada no sistema, referentes às usuárias VR, MAP, MAG e DHD, todas atendidas em 25/02/2025. Foram abertos chamados para correção, e regularização das informações. Contudo, tais registros impactaram negativamente no indicador.

A análise inicial indicou conformidade de 10% nos registros das 10 gestantes. Em 4 casos não ocorreu o fechamento do Boletim Diário de Atendimento (BDA) e em 4 casos foram gestações ativadas no sistema de forma errônea. Após a regularização das informações e finalização dos BDA, a conformidade foi restabelecida para 90%.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** No período avaliado, foram analisados os registros vacinais de 13 crianças em relação à administração da vacina pólio inativada e da pentavalente. Observou-se que, 11 crianças apresentavam registros completos e sem divergências, demonstrando cobertura vacinal adequada. Em um caso, constava pendência da pentavalente; no entanto, os registros indicam a administração da vacina hexavalente nas datas 12/02/2025, 21/05/2025 e 31/07/2025, assegurando que a criança estava, de fato, protegida. Apenas uma criança apresentou pendência vacinal real, e apesar da realização de busca ativa, não foi possível localizá-la para atualização do esquema vacinal. Após a regularização das informações a conformidade seria de 92,3%.

**Acesso à primeira consulta odontológica programática:** O indicador de acesso à primeira consulta odontológica programática atingiu 12,54% no mês, ficando muito próximo da meta (>13%). Planos de ação para o próximo mês: intensificar busca ativa de usuários sem primeira consulta, reservar vagas específicas na agenda, aumentar disponibilidade de grupos de Saúde Bucal e alinhar a equipe para priorizar esses atendimentos e garantir o registro correto no sistema.

**Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por**

**Classificação do Dano:** Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.

**Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo:**

Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.

## Indicadores de Produção

As tabelas abaixo apresentam o desempenho das equipes da Microrregional Norte de São José dos Campos no mês de **Novembro/2025**. São monitorados atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos e visitas domiciliares, comparando metas previstas, realizadas e a parametrização conforme os dias úteis. O objetivo é acompanhar a produtividade e apoiar a gestão na melhoria dos serviços de saúde.

Para apresentação dos dados de produção utilizamos os relatórios dos usuários atendidos com base na agenda dos profissionais (usuários com presença em consultas), visto que o Boletim Diário Assistencial e o Boletim Diário Odontológico são disponibilizados após a data de confecção deste relatório. Portanto, é possível que ocorra divergências de informações.

## Produção - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Produção para **Novembro de 2025**.

SJC Microrregião Norte: 1 eSF + 4 eAP + 11 eSB		Indicadores	novembro/2025									Dias úteis: 19		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado nov./25		% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)	
SMS C	Médico Saúde da Família (40h)	Consulta Médica	11	11	416	4.576	4.228	<b>4.342</b>	<b>95%</b>	4.576	<b>95%</b>	3.952	<b>110%</b>	
		Atendimento Domiciliar					114							
SMS C	Médico Clínico Geral (20h)	Consulta Médica	4	4	208	832	950	<b>950</b>	<b>114%</b>	832	<b>114%</b>	719	<b>132%</b>	
		Atendimento Domiciliar					0							
SMS C	Médico Gineco-obstetra (20h)	Consulta Médica	2,5	2,5	208	520	401	<b>401</b>	<b>77%</b>	520	<b>77%</b>	449	<b>89%</b>	
		Atendimento Domiciliar					0							
SMS C	Médico Pediatra (20h)	Consulta Médica	2	2	208	416	297	<b>297</b>	<b>71%</b>	416	<b>71%</b>	359	<b>83%</b>	
		Atendimento Domiciliar					0							
SMS C	Enfermeiro (40h)	Consulta de Enfermagem	13	14	208	2.704	2.501	<b>2.519</b>	<b>93%</b>	2.912	<b>87%</b>	2.515	<b>100%</b>	
		Atendimento Domiciliar					18							
SMS	Dentista (40h)	Primeira Consulta Odontológica Programática	10	10	208	2.080	607	<b>2.087</b>	<b>100%</b>	2.080	<b>100%</b>	1.796	<b>116%</b>	
		Atendimento Individual					1.480							
<b>SUBTOTAL SMS:</b>			<b>42,5</b>	<b>43,5</b>	<b>1.456</b>	<b>11.128</b>	<b>10.596</b>	<b>91,85%</b>	<b>11.336</b>	<b>90,74%</b>	<b>9.790</b>	<b>105,06%</b>		
SMS	Agente Comunitário de	Visita Domiciliar	44	35	200	8.800	3.750	3.750	<b>42,61%</b>	7.000	<b>53,57%</b>	6.045	<b>62,03%</b>	

Saúde	TOTAL SMS:	86,5	78,5	1.656	19.928	14.346	84,81%	18.336	85,43%	15.836	98,92%
-------	------------	------	------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

A Análise Crítica por categoria profissional seguirá por serviço. Destacamos:

- **ACS:** Observamos aumento gradativo dos registros de visitas domiciliares dos ACS, especialmente nos últimos meses. Em junho, foram registradas 4212 visitas, representando 48% do total esperado (considerando o RH previsto). Em julho, foram 5169 visitas representando 58%, em agosto foram realizadas 5015 visitas, representando 57% do previsto e agora para o mês Novembro foram realizadas 5373 visitas representando 61%. Acreditamos que seja fruto da sensibilização que estamos fazendo com as equipes sobre a importância do ACS para a Estratégia de Saúde na Família, além dos registros das visitas domiciliares em tempo oportuno.

Destacamos a produção de parte dos serviços ofertados, com alta demanda assistencial.

<b>Serviços</b>	<b>UBS Alto da Ponte</b>	<b>UBS Altos de Santana</b>	<b>UBS Jardim Telespark</b>	<b>UBS Santana</b>
Dispensação de medicamentos	3.511	4.123	3.983	4138
Coleta de exames	539	645	587	634
Acolhimento	304	948	727	589
Escuta inicial	1.058	841	752	1016
Hipodermia	961	1.536	963	1808
Vacina	340	1.861	2.108	537

## Produção - UBS Alto da Ponte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Alto da Ponte** nos Indicadores de Produção para **Novembro de 2025**.

UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB		Indicadores	novembro/2025								Dias úteis: 19		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado nov./25		% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
SMS	Médico	Consulta Médica	4	4	416	1.664	1.537	<b>1.585</b>	<b>95,25%</b>	1.664	<b>95,25%</b>	1.437	<b>110,29%</b>
C		Atendimento Domiciliar					48						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	4	4	208	832	643	<b>655</b>	<b>78,73%</b>	832	<b>78,73%</b>	719	<b>91,16%</b>
C		Atendimento Domiciliar					12						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	181	<b>572</b>	<b>91,67%</b>	624	<b>91,67%</b>	539	<b>106,14%</b>
		Atendimento Individual					391						
<b>SUBTOTAL SMS:</b>			<b>11</b>	<b>11</b>	<b>832</b>	<b>3.120</b>	<b>2.812</b>	<b>2.812</b>	<b>88,55%</b>	<b>3.120</b>	<b>88,55%</b>	<b>2.695</b>	<b>102,53%</b>
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	16	13	200	3.200	1.408	<b>1.408</b>	<b>44,00%</b>	2.600	<b>54,15%</b>	2.245	<b>62,70%</b>
<b>TOTAL SMS:</b>			<b>27</b>	<b>24</b>	<b>1.032</b>	<b>6.320</b>	<b>4.220</b>	<b>4.220</b>	<b>77,41%</b>	<b>5.720</b>	<b>79,95%</b>	<b>4.940</b>	<b>92,57%</b>

**Enfermeiro:** No período, registramos 10 dias de afastamento por atestado médico e a admissão de uma profissional em 05/11, que solicitou desligamento em 13/11 após apresentar dois dias de atestado. O processo de reposição já foi concluído, com previsão de início da nova profissional para dezembro.

**Dentista:** Houve solicitação de desligamento em 24/11, e a reposição da profissional ocorreu já em 25/11. Entretanto, devido à necessidade de atualização do cadastro no CNES e liberação dos acessos pertinentes, não foi possível realizar a abertura da agenda na última semana do mês de novembro, o que comprometeu o indicador.

**ACS:** A equipe apresenta déficit de dois profissionais aguardando contratação e conta ainda com uma ACS em licença-maternidade sem cobertura da vaga, reduzindo a força de trabalho disponível. Somam-se a essas limitações as demais situações já mencionadas, como horas de afastamentos por atestados, apoio às ações do CCZ, folgas referentes ao feriado e a pendência de inclusão dos registros de visitas no sistema, considerando que, das 12 ACS ativas, apenas 5 haviam inserido 100% das visitas de novembro até o momento da emissão do relatório. Esses fatores impactam diretamente o desempenho do indicador no período.

UBS Alto da Ponte	novembro/2025						
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	Justificativa
Equipe 1	936	2.374	800	540	290	53,70%	Atestado: de 06 a 12 Apoio CZZ: 25/11 Folga: 20,21; Folga: 20,21 Apoio CZZ: 10/11; atestado: 10 e 11 Apoio CZZ: 05/11,25 Folga: 20,21;
Equipe 2	1.037	2.713	800	540	183	33,89%	Férias: 24/11 - 28/11 Folga: 20,21 Apoio CZZ: 05/11; Licença Maternidade; Folga: 20,21 Atestado: 10 e 11 / 17 a 19 Apoio CZZ: 03/11;
Equipe 3	1.562	3.387	800	720	545	75,69%	Apoio CZZ: 10 e 24 Folga: 20,21 Treinamento: 4h 14/11,1h 17/11 Apoio CZZ: 05/11; Apoio CZZ: 04 e 24 Folga: 12,20,21 Treinamento 1h 17/11 - 1h 26/11 - 4h 14/11 Jornada odonto: 8h 11/11; Atestado:07, 14 a 19 Jornada odonto: 8h 11/11 Folga: 20,21 Apoio CZZ: 25/11, 4/11 Treinamento: 26/11 1h; Atestado: 14 a 17 Treinamento: 6h - 06/11 Jornada odonto: 10/11 -8h Apoio CZZ: 24/11

Equipe 4	1.110	2.654	800	540		390	72,22%	Apoio CZZ: 03/11 Atestado: 17a 19 Folga: 20,21; Apoio CZZ: 05/11 Folga: 20,21; Apoio CZZ: 25/11 Folga: 20,21 Jornada odonto: 11/11 8h;
<b>TOTAL</b>	<b>4.645</b>	<b>11.128</b>	<b>3.200</b>	<b>2.340</b>		<b>1.408</b>	<b>60,17%</b>	

Destacamos também a produção de atendimentos/procedimentos que também demandam tempo assistencial das equipes.

<b>Serviços</b>	<b>UBS Alto da Ponte</b>
Dispensação de medicamentos	3.511
Coleta de exames	539
Escuta inicial	1.058
Hipodermia	961
Vacina	340

**Análise crítica:** Observa-se uma redução no volume de atendimentos em quase todos os serviços no comparativo entre outubro e novembro. As quedas mais expressivas ocorreram em vacinação (-29,9%), escuta inicial (-18,3%), dispensação de medicamentos (-13,1%), coleta de exames (-11,8%) e hipodermia (-8,6%). Esse comportamento está relacionado, principalmente, ao feriado no mês de novembro, que resultou em menor número de dias úteis, além da baixa demanda e do elevado absenteísmo após feriado nos serviços agendados (19% de faltas no dia 21/11, 6% dia 14/11), impactando diretamente o movimento assistencial. Esses fatores combinados reduziram o fluxo de usuários na unidade, refletindo de forma consistente na queda dos demais serviços oferecidos.

## Produção - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Produção para **Novembro de 2025**.

UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB		Indicadores	novembro/2025									Dias úteis: 19	
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado nov./25		% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
SMS	Médico	Consulta Médica	4	4	416	1.664	1.473	1.505	90,44%	1.664	90,44%	1.437	104,73%
C		Atendimento Domiciliar					32						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	4	4	208	832	551	551	66,23%	832	66,23%	719	76,68%
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	200	606	97,12%	624	97,12%	539	112,45%
		Atendimento Individual					406						
<b>SUBTOTAL SMS:</b>			<b>11</b>	<b>11</b>	<b>832</b>	<b>3.120</b>	<b>2.662</b>	<b>2.662</b>	<b>84,60%</b>	<b>3.120</b>	<b>84,60%</b>	<b>2.695</b>	<b>97,95%</b>
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	16	14	200	3.200	1.613	<b>1.613</b>	<b>50,41%</b>	2.800	<b>57,61%</b>	2.418	<b>66,70%</b>
<b>TOTAL SMS:</b>			<b>27</b>	<b>25</b>	<b>1.032</b>	<b>6.320</b>	<b>4.275</b>	<b>76,05%</b>	<b>5.920</b>	<b>77,85%</b>	<b>5.113</b>	<b>90,14%</b>	

**Cirurgião-Dentista:** Em relação à produção odontológica no mês de novembro de 2025, podemos apontar que: houve um dia de curso para os profissionais dentistas, três dias de ausência por atestado médico de outro profissional, feriado no dia 20/11. Observamos uma redução no absenteísmo, passando de 22% em outubro para 15% em novembro, demonstrando melhora no desempenho da equipe.

**Médicos:** a meta não foi alcançada devido a férias de uma profissional médica, além de feriado no dia 20/11.

**Enfermeiro:** Em relação à produção de enfermagem, algumas situações impactaram a meta: um profissional estava em período de férias do dia 10/11/2025 a 09/12/2025; tivemos um dia de feriado e a RT de enfermagem participou de curso na SMS.

**ACS:** Atualmente contamos com duas profissionais readaptadas em 100% de suas funções e uma profissional com condições de trabalho diferenciadas, conforme orientação do médico do trabalho. No período, tivemos férias, feriados e convocações para ações de combate à dengue nos dias 03, 04, 11 e 24/11. Para a melhoria do indicador, adotaremos as seguintes estratégias: Reunião mensal com toda a equipe multiprofissional; Divisão das equipes para otimizar a execução das ações; Reuniões semanais com cada equipe, visando ao monitoramento dos atendimentos aos grupos prioritários; Reunião geral mensal para ajustes nos fluxos de trabalho. Além disso, aguardamos a contratação de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o que contribuirá para o fortalecimento das ações desenvolvidas no território.

UBS Altos de Santana	novembro/2025						
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	Justificativa
Equipe 1	1.524	2.362	800	310	365	117,74%	; Férias 03 a 21/11 Feriado 20-21/11; Feriado 20-21/11 Combate a dengue 04/11 Curso arboviroses 14/11; Feriado 20-21/11 Combate a dengue 03 e 11/11 Atestado 13/11
Equipe 2	1.495	2.297	800	194	161	82,99%	Feriado 20-21/11 Atestados em 03,5,10,11,12,17,18,24,25,26/11; Feriado 20-21/11; Readaptada 100%; Exonerada
Equipe 3	3.001	4.361	800	397	476	119,90%	Feriado 20-21/11 Combate a dengue 03 e 11/11; Readaptada 100%; Feriado 20-21/11 Combate a dengue 04,12,24/11 Atestado 14/11; Feriado 20-21/11 Combate a dengue 04/11 Férias 24 a 28/11
Equipe 4	2.846	4.429	800	546	611	111,90%	Feriado 20-21/11 Combate a dengue 04/11; Feriado 20-21/11 Combate a dengue 03/11; Feriado 20-21/11 Combate a dengue 03 e 04/11 Curso dengue 14/11;
<b>TOTAL</b>	<b>8.866</b>	<b>13.449</b>	<b>3.200</b>	<b>1.447</b>	<b>1.613</b>	<b>111,47%</b>	

Destacamos também a produção de atendimentos/procedimentos que também demandam tempo assistencial das equipes.

Serviços	UBS Altos de Santana
Dispensação de medicamentos	3.940
Recepção	2.413
Coleta de exames	478
Escuta inicial	1.168
Hipodermia	1.495
Vacina	411

**Análise Crítica:** Em relação aos dados de produção, observa-se que a maior concentração de atendimentos ocorreu na dispensação de medicamentos, com 3.940 receitas atendidas no período. Em segundo lugar, destacam-se os atendimentos na recepção, que totalizaram 2.413 registros.

## Produção - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Produção para Novembro de 2025.

UBS Telespark: 3 eSF + 1 eSB		Indicadores	novembro/2025								Dias úteis: 19		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado nov./25		% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
SMS	Médico	Consulta Médica	3	3	416	1.248	1.218	<b>1.252</b>	<b>100,32%</b>	1.248	<b>100,32%</b>	1.078	<b>116,16%</b>
C		Atendimento Domiciliar					34						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	3	3	208	624	627	<b>627</b>	<b>100,48%</b>	624	<b>100,48%</b>	539	<b>116,35%</b>
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	1	1	208	208	64	<b>215</b>	<b>103,37%</b>	208	<b>103,37%</b>	180	<b>119,69%</b>
		Atendimento Individual					151						
<b>SUBTOTAL SMS:</b>			<b>7</b>	<b>7</b>	<b>832</b>	<b>2.080</b>	<b>2.094</b>	<b>2.094</b>	<b>101,39%</b>	<b>2.080</b>	<b>101,39%</b>	<b>1.796</b>	<b>117,40%</b>
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	12	8	200	2.400	729	<b>729</b>	<b>30,38%</b>	1.600	<b>45,56%</b>	1.382	<b>52,76%</b>
<b>TOTAL SMS:</b>			<b>19</b>	<b>15</b>	<b>1.032</b>	<b>4.480</b>	<b>2.823</b>	<b>2.823</b>	<b>83,64%</b>	<b>3.680</b>	<b>87,43%</b>	<b>3.178</b>	<b>101,24%</b>

**ACS:** No mês de novembro, observou-se desempenho assistencial abaixo dos parâmetros estabelecidos, decorrente da participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em processos de educação permanente, incluindo capacitações, treinamentos, reuniões e grupos operativos. Ademais, ocorreram afastamentos por férias de três profissionais e emenda do feriado de 20/11/2025, o que resultou em redução significativa nos dias úteis e na cobertura de visitas domiciliares.

O objetivo desta estratégia é fortalecer o acompanhamento das metas e promover ações conjuntas entre ACS e enfermeiro, de modo a identificar desafios, propor ajustes e garantir o cumprimento dos resultados estabelecidos para o período.

UBS Jardim Telespark	novembro/2025						
	Nº de Famílias Cadastrada	Nº de Pessoas Cadastrada	Meta Contratual	Meta Personaliza- da	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	Justificativa
Equipe 1	1.812	2.550	800	155	164	105,81%	Atestados, emenda de feriado e férias.
Equipe 2	2.522	3.431	800	255	237	92,94%	Férias e diversas capacitações/treinamentos; Afastamento médico por 7 dias.
Equipe 3	1.967	2.770	800	315	328	104,13%	Férias no período de 24 á 28/11/2025.
<b>TOTAL</b>	<b>6.301</b>	<b>8.751</b>	<b>2.400</b>	<b>725</b>	<b>729</b>	<b>100,55%</b>	

Destacamos também a produção de atendimentos/procedimentos que também demandam tempo assistencial das equipes.

Serviços	UBS Telespark
Dispensação de medicamentos	3.471
Recepção	1.848
Coleta de exames	490
Escuta inicial	797
Hipodermia	1.012
Vacina	320

**Análise Crítica:** Foram emitidas 7.938 senhas no período analisado, evidenciando alta demanda da população pelos serviços prestados. A maior dispensação de senhas ocorreu na farmácia com 3.471 prescrições atendidas, seguida pelos atendimentos administrativos na recepção, que totalizaram 1.848 registros.

## Produção - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Produção para **Novembro de 2025**.

UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB	Indicadores	novembro/2025								Dias úteis: 19	
		Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado nov./25	% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
SMS C	Médico Clínico	Consulta Médica	4	4	208	832	950	950	<b>114,18%</b>	719	<b>132,21%</b>
		Atendimento Domiciliar					0				
SMS C	Médico Ginecologista	Consulta Médica	2,5	2,5	208	520	401	<b>401</b>	<b>77,12%</b>	449	<b>89,29%</b>
		Atendimento Domiciliar					0				
SMS C	Médico Pediatra	Consulta Médica	2	2	208	416	297	<b>297</b>	<b>71,39%</b>	359	<b>82,67%</b>
		Atendimento Domiciliar					0				
SMS C	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	2	3	208	416	680	<b>686</b>	<b>164,90%</b>	539	<b>127,29%</b>
		Atendimento Domiciliar					6				
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	162	<b>694</b>	<b>111,22%</b>	539	<b>128,78%</b>
		Atendimento Individual					532				
<b>TOTAL SMS:</b>		<b>14</b>	<b>15</b>	<b>1.040</b>	<b>2.808</b>	<b>3.028</b>	<b>107,76%</b>	<b>3.016</b>	<b>96,77%</b>	<b>2.605</b>	<b>112,05%</b>

**Médico Ginecologista:** No período analisado, foram realizados 401 atendimentos, alcançando 89,29%. O absenteísmo foi de 19%, apresentando redução em relação aos meses anteriores, o que demonstra evolução positiva no comparecimento das usuárias. Para dar continuidade à melhora dos indicadores, a equipe reforçará a confirmação antecipada das consultas agendadas, garantindo contato prévio com as mulheres para reduzir faltas e otimizar o uso das vagas. Além disso, será intensificada a busca ativa das mulheres com mais de três anos sem realizar o exame citopatológico do colo do útero, assegurando a atualização da linha de cuidado da saúde da mulher e prevenindo agravos. Também será priorizada a convocação das usuárias que necessitam acompanhamento regular com a ginecologista, especialmente aquelas com histórico de atrasos ou pendências em exames e consultas. Essas ações integradas visam aprimorar o acesso, fortalecer a adesão e qualificar a assistência, reafirmando o compromisso da equipe com a promoção da saúde integral da mulher.

**Médico Pediatra:** Em novembro, alcançamos 82,67%. O absenteísmo segue como ponto de atenção, registrando 19% em Pediatria e 25% em Puericultura, mesmo diante dos 297 atendimentos realizados. A principal estratégia a ser fortalecida será a busca ativa, especialmente das crianças atendidas na UPA e pertencentes à área de abrangência da UBS Santana, visando garantir o acompanhamento contínuo e a inclusão nas linhas de cuidado. Paralelamente, avançou-se no planejamento de projetos com as escolas para 2026, incluindo reuniões com pais, divulgação das ações, atividades lúdicas com as crianças e outras iniciativas que ampliam o vínculo e a participação familiar. O mês de novembro evidenciou uma equipe comprometida com a qualificação do acesso, a redução das faltas e o fortalecimento da integração com a comunidade. As ações extramuros, realizadas em escolas e no território, continuam fortalecendo o vínculo com as famílias e ampliando o engajamento no cuidado infantil.

Destacamos também a produção de atendimentos/procedimentos que também demandam tempo assistencial das equipes.

<b>Serviços</b>	<b>UBS Santana</b>
Dispensação de medicamentos	4138
Coleta de exames	634
Acolhimento	589
Escuta inicial	1016
Hipodermia	1808
Vacina	537
Recepção	2969

### **Análise Crítica**

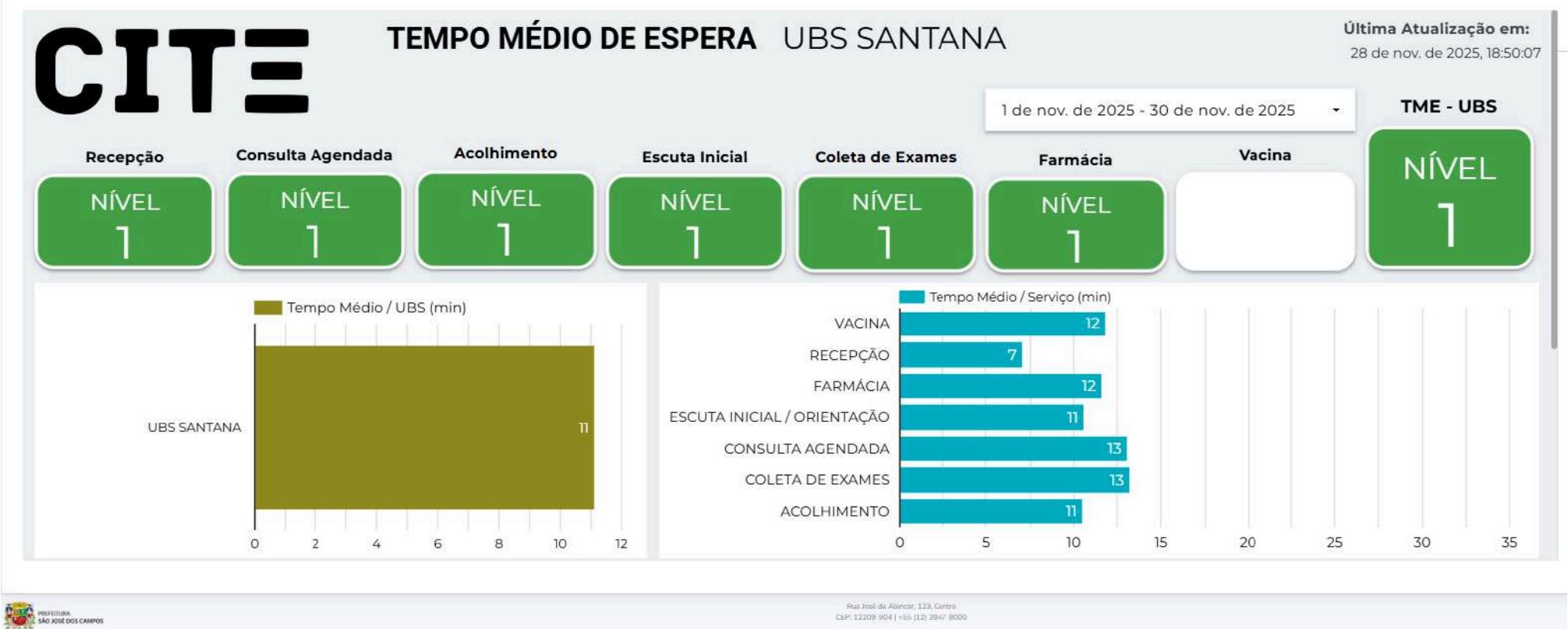
Durante o mês de novembro, a unidade de saúde realizou um total de 13.458 atendimentos, distribuídos entre diversos serviços ofertados: a dispensação de medicamentos foi responsável por 4.138 atendimentos (30,8%), representando a maior demanda do mês e reforçando a importância da assistência farmacêutica na continuidade do cuidado. A recepção respondeu por 2.969 atendimentos (22,1%), evidenciando o elevado fluxo de entrada de usuários e a necessidade de um acolhimento organizado e eficiente. Os atendimentos em hipodermia, que incluem curativos, medicações intramusculares e endovenosas, pré-consultas e verificação de pressão arterial e glicemia capilar, totalizaram 1.808 atendimentos (13,4%), demonstrando a relevância da atuação da equipe de enfermagem na assistência clínica e no monitoramento contínuo dos pacientes. As consultas médicas somaram 1.527 atendimentos (11,4%), enquanto a escuta inicial representou 1.016 atendimentos (7,6%), reforçando a importância da triagem e organização do fluxo de atendimento. Foram realizados ainda 634 coletas de exames (4,7%), 589 acolhimentos (4,4%), 537 vacinas (4%)

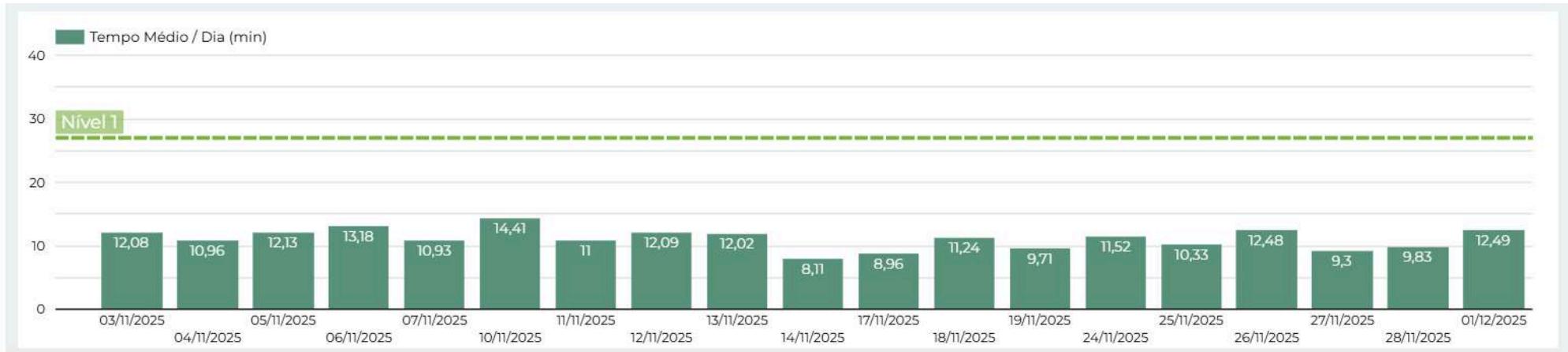
e 539 atendimentos odontológicos (4%), além da realização de 8 grupos de odontologia, 7 grupos Hiperdia voltados a hipertensão e diabetes, e grupos de orientação nutricional e artesanato, fortalecendo ações educativas e de promoção da saúde na comunidade.

O tempo de espera médio na unidade manteve-se em 11 minutos, permanecendo no nível 1, o que evidencia eficiência na gestão do fluxo, organização das agendas e agilidade no atendimento. Esse resultado, aliado ao acompanhamento constante dos feedbacks dos pacientes, permite ajustes contínuos para reduzir ainda mais os tempos de espera e aprimorar a qualidade do serviço prestado.

No geral, os dados demonstram uma unidade com boa capacidade operacional, com distribuição adequada da demanda entre os diferentes serviços e manutenção de alto padrão de atendimento. A participação expressiva da equipe de enfermagem, recepção e farmácia evidencia o trabalho multiprofissional e a resolutividade do fluxo assistencial. As ações em grupo e educativas ampliam o impacto comunitário, fortalecendo o cuidado integral e a promoção da saúde. Esses resultados refletem eficiência e demonstram o comprometimento com a qualidade do atendimento, o acesso aos serviços e a satisfação dos usuários

Tempo médio de espera da UBS Santana do período de 01/11/2025 à 30/11/2025





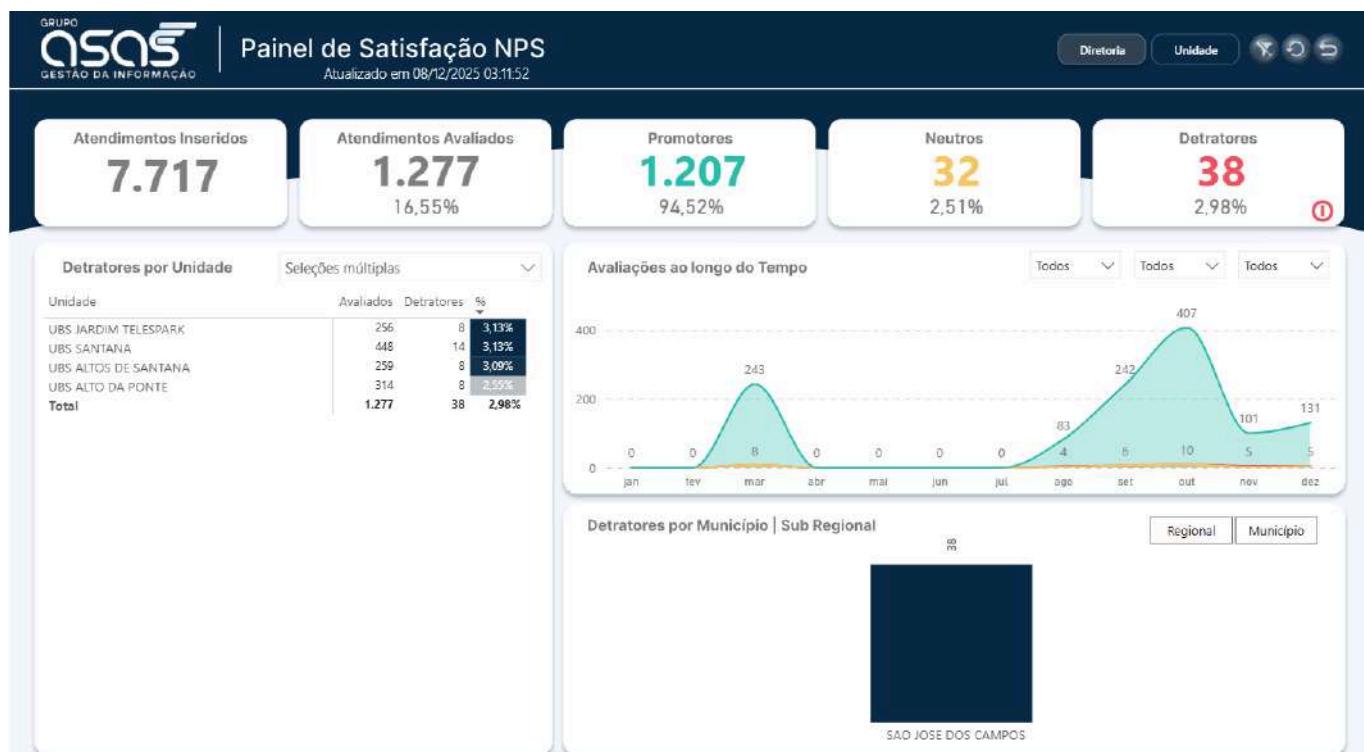
## Indicadores de Gestão - Satisfação do Usuário

Este relatório apresenta as atividades e resultados na Microrregião Norte de São José dos Campos, nas seguintes unidades: UBS Alto da Ponte, UBS Telespark, UBS Santana e UBS Altos de Santana.

### Indicadores de Gestão - Net Promoter Score (NPS)

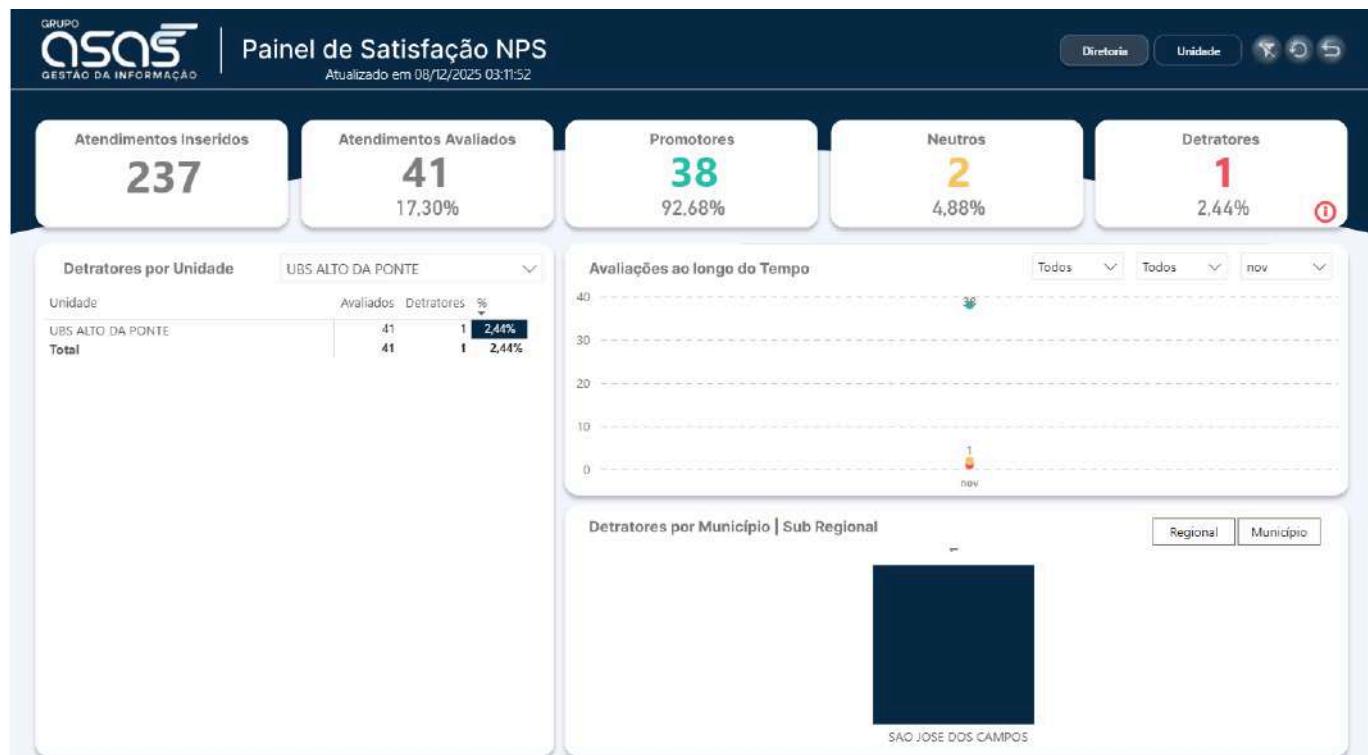
O Net Promoter Score (NPS) é um indicador que mensura o nível de satisfação e lealdade dos usuários, a partir da probabilidade deles indicarem o serviço para outras pessoas.

#### NPS - Microrregião Norte



O NPS consolidado das unidades da microrregião em 2025, aponta 94,25 % dos usuários indicando e recomendando as unidades, 2,51% com uma opinião neutra, e apenas 2,98% como não recomendariam as unidades. Obtivemos em 2025 1.277 pesquisas, e utilizamos o indicador como norteador de melhorias no atendimento e serviços prestados à população de São José dos Campos, visando aprimorar e implementar melhorias nos serviços oferecidos. Cabe ressaltar o aumento do coeficiente de promotores comparado ao mês anterior na taxa de aprovação e recomendação dos serviços prestados.

## NPS - UBS Alto da Ponte



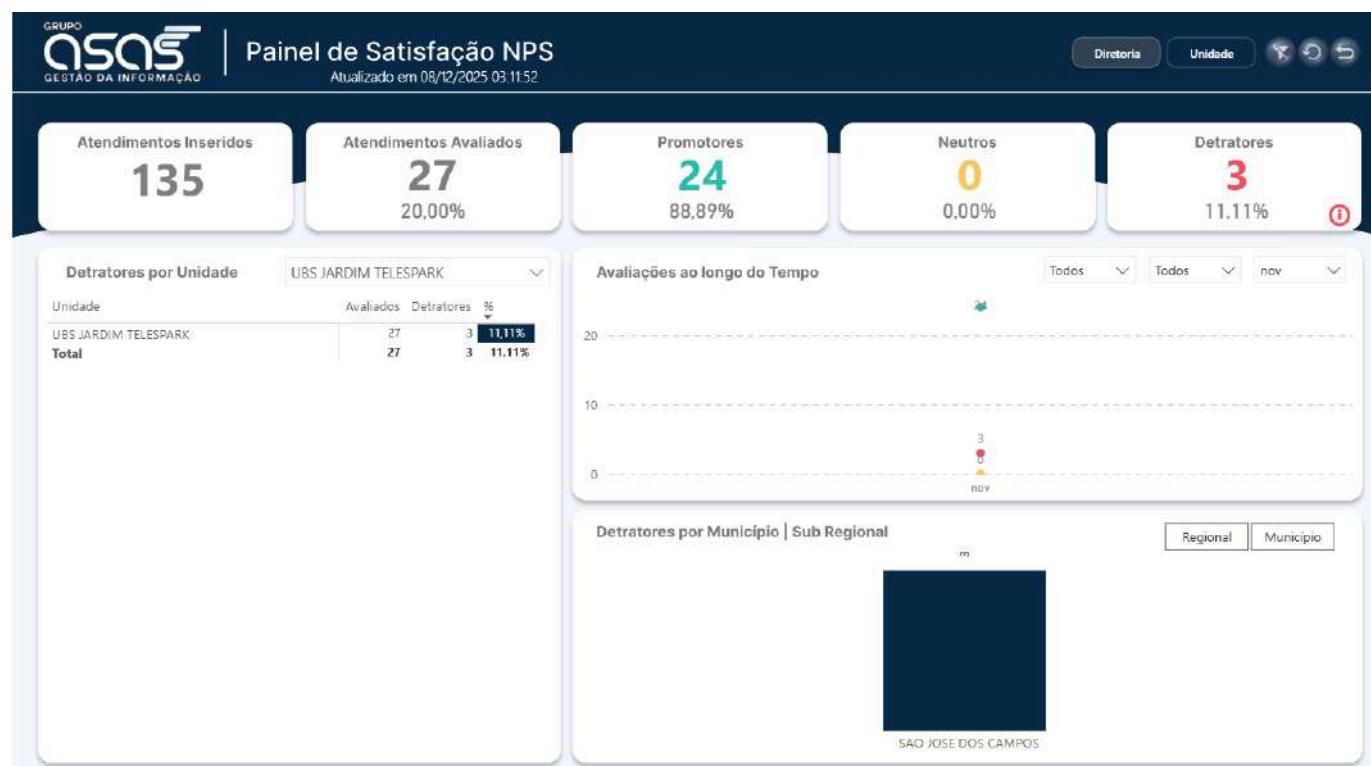
**Análise Crítica:** No período avaliado de Novembro de 2025, recebemos 41 avaliações do serviço. Das 41 avaliações recebidas, tivemos a aprovação por 92,68% o que refere a 38 avaliações, dos pacientes e um detrator, o que mostra a eficiência e aprovação dos serviços prestados pela unidade. O desempenho apresentado no indicador demonstra que as ações de qualificação da gestão têm resultado em melhorias perceptíveis pelos usuários. A elevação da aprovação dos pacientes revela não apenas boa experiência no atendimento, mas também maior resolutividade e fluidez nos processos internos da unidade.

## NPS - UBS Altos de Santana

Foi identificado uma falha na transmissão dos dados da prefeitura junto ao grupo ASAS (responsável por compilar os dados e criar os dashboards) e comunicado junto ao setor responsável. Essa ação impactou na coleta e apresentação dos dados, que será corrigido e posteriormente apresentado na apresentação do quadrimestre.

## NPS - UBS Telespark

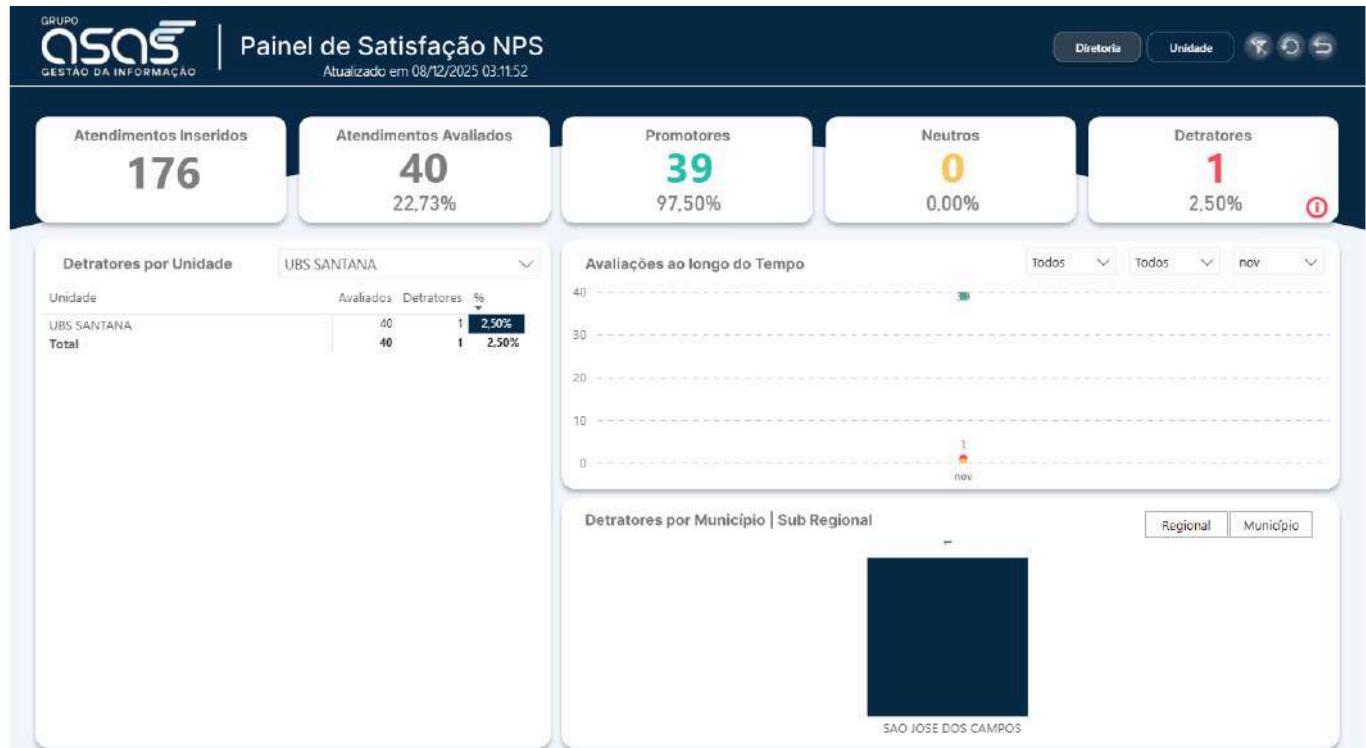
A tabela a seguir apresenta os resultados do NPS da **UBS Jardim Telespark** para **Novembro de 2025**.



**Análise crítica:** Ao todo, foram aplicadas 27 pesquisas, sendo o indicador utilizado como uma ferramenta estratégica para direcionar ações de melhoria no atendimento e na qualidade dos serviços prestados à comunidade. Destes, pontuamos com 88,89% no índice da satisfação e apenas 03 pacientes detratores. As melhorias assistenciais e o fluxo de trabalho revisado fazem parte dessa aprovação por parte dos pacientes.

## NPS - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados do NPS da **UBS Santana** para **Novembro de 2025**.



**Análise crítica:** O NPS aponta 97,50% dos usuários indicando e recomendando as unidades, e 2,5% como não recomendariam as unidades. Os processos assistenciais implementados na gestão da unidade refletem o bom andamento da assistência, impactando na satisfação do munícipe que passa por atendimento em nossa unidade. Os resultados sugerem que as ações em qualificação da gestão não se limitaram à atualização técnica, mas impactaram diretamente o funcionamento cotidiano da UBS. A padronização de fluxos, aprimoramento da comunicação interna, melhoria na organização do processo de trabalho e fortalecimento das lideranças são exemplos de intervenções que tendem a refletir positivamente no atendimento.

## MELHORIAS IMPLANTADAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS

### UBS Jardim Telespark

#### Melhorias Assistenciais

#### Sala Odontológica - Organização



## UBS Alto da Ponte



**Instalação de suporte para jaleco, touca a máscara CME**



**Consulta farmacêutica**

 Consulta farmacêutica

## UBS Santana

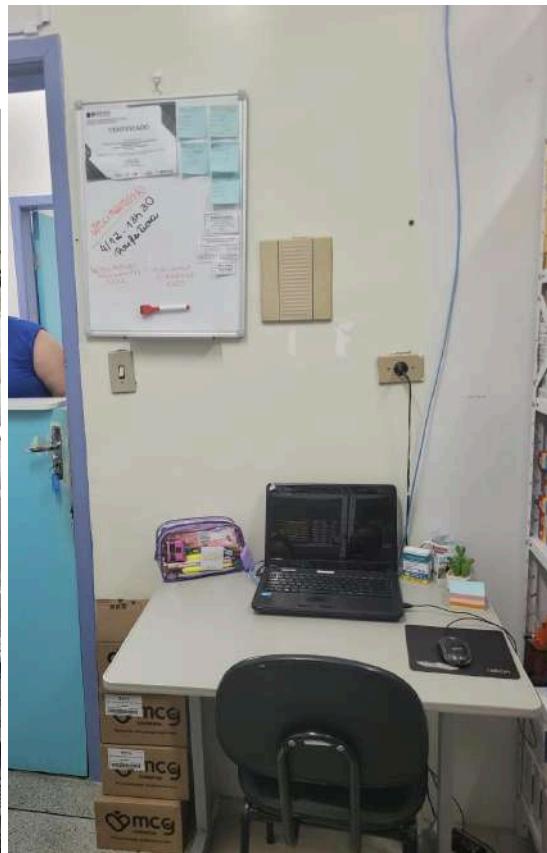
A UBS Santana implementou recentemente o WhatsApp Business como ferramenta estratégica para aprimorar a comunicação com os usuários e otimizar o fluxo de atendimento na unidade. Essa iniciativa visa oferecer um canal ágil e acessível para a confirmação de consultas, além de disponibilizar orientações rápidas aos munícipes sobre serviços de saúde, horários de atendimento, vacinas, exames e demais informações relevantes.

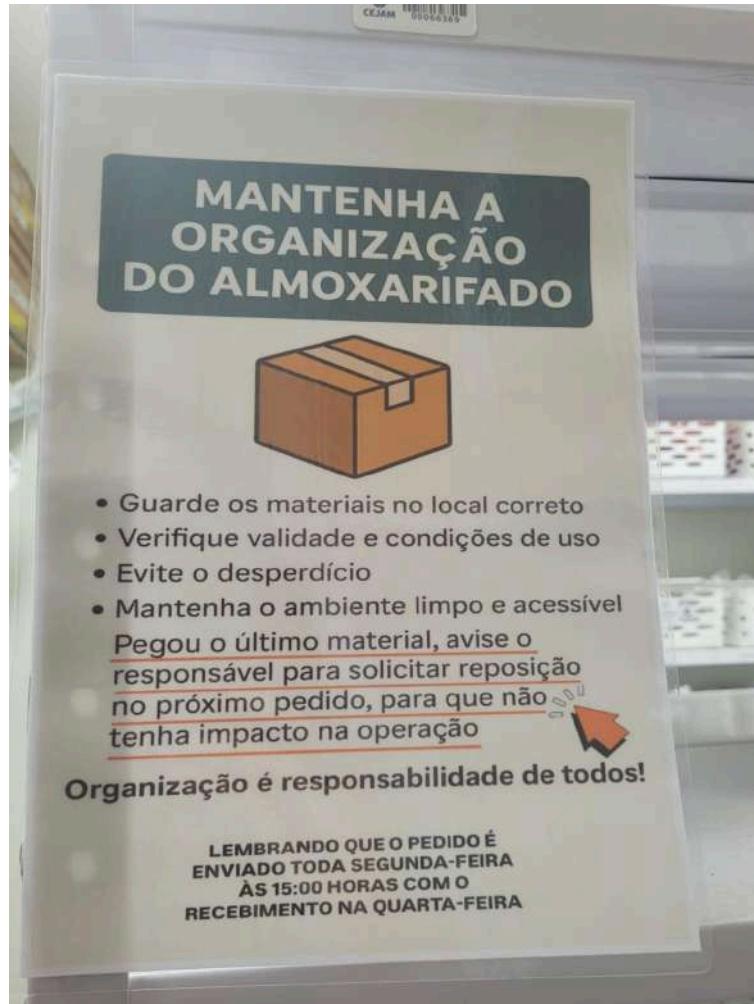


O canal WhatsApp Business contribui para a redução do absentismo, uma vez que as confirmações de consultas podem ser realizadas de forma prática, fortalecendo a adesão ao acompanhamento médico e às ações preventivas.

## UBS Altos de Santana

- Ampliação do espaço do almoxarifado;
- Instalação de placa de orientação para manter a organização do almoxarifado;
- Repositionamento da mesa da farmacêutica para próximo à porta, facilitando o auxílio aos atendimentos quando necessário.





## TREINAMENTOS, CAPACITAÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE

Este tópico apresenta os treinamentos e capacitações na Microrregião Norte de São José dos Campos, nas seguintes unidades: UBS Alto da Ponte, UBS Telespark, UBS Santana e UBS Altos de Santana, sendo ofertados pela SMS e/ou OSS CEJAM.

A tabela a seguir apresenta os treinamentos e capacitações da **UBS Alto da Ponte** em **Novembro de 2025**.

Treinamento	Data	Modalidade	novembro/2025		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Capacitação Programa Anti tabagismo	05/11/2025	Online	1	4:00:00	4:00:00
Capacitação Programa Anti tabagismo	06/11/2025	Online	1	4:00:00	4:00:00
Jornada Odontológica	11/11/2025	Presencial	4	8:00:00	32:00:00
Arboviroses	14/11/2025	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Novo Cofinanciamento ACS	17/11/2025	Presencial	11	2:00:00	22:00:00
Rotina CME	21/11/2025	Presencial	7	1:00:00	7:00:00
Novo Cofinanciamento Médicos Enf	25/11/2025	Presencial	5	1:00:00	5:00:00
<b>TOTAL</b>			<b>30</b>	<b>25:00:00</b>	<b>79:00:00</b>

A tabela a seguir apresenta os treinamentos e capacitações da **UBS Altos de Santana** em **Novembro de 2025**.

Treinamento	Data	Modalidade	novembro/2025		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Orientações sobre preenchimento da planilha de curativos	04/11/2025	Presencial	7	1:00:00	7:00:00
Abordagem ao Tabagismo	05/11/2025	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Dengue	06/11/2025	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
IV Jornada Odontológica	11/11/2025	Presencial	3	8:00:00	24:00:00
Arboviroses	14/11/2025	Presencial	6	5:00:00	30:00:00
Notificações ESAVI	17/11/2025	Presencial	8	1:00:00	8:00:00
Palestra saude mental do trabalhador	18/11/2025	Presencial	4	1:00:00	4:00:00
Metas Segurança do Paciente	18/11/2025	Presencial	23	1:00:00	23:00:00
Metas Segurança do Paciente	19/11/2025	Presencial	23	1:00:00	23:00:00
Matrículamento Caps	27/11/2025	Presencial	4	2:00:00	8:00:00
<b>TOTAL</b>			<b>80</b>	<b>30:00:00</b>	<b>137:00:00</b>

A tabela a seguir apresenta os treinamentos e capacitações da **UBS Jardim Telespark** em **Novembro de 2025**.

Treinamento	Data	Modalidade	novembro/2025		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Saúde do Homem - Abordagem Essencial da Equipe de Enfermagem	05/11/2025	Presencial	4	1:00:00	4:00:00
Capacitação Manejo da dengue e arboviroses	06/11/2025	Presencial	1	2:00:00	2:00:00
Capacitação com Orientações aos colaboradores recém contratados sobre o manual de biossegurança	06/11/2025	Presencial	4	1:00:00	4:00:00
Capacitação com Orientações aos ACS's sobre o novo cofinanciamento da APS	10/11/2025	Presencial	8	1:30:00	12:00:00
IV Jornada Odontológica	11/11/2025	Presencial	2	8:00:00	16:00:00
Metas Internacionais de Segurança do Paciente	13/11/2025	Presencial	28	1:00:00	28:00:00
Treinamento Equipe Assistencial - Ajude o paciente a entender seu tratamento	17/11/2025	Presencial	8	1:00:00	8:00:00
<b>TOTAL</b>			<b>55</b>	<b>15:30:00</b>	<b>74:00:00</b>

A tabela a seguir apresenta os treinamentos e capacitações da **UBS Santana** em **Novembro de 2025**.

Treinamento	Data	Modalidade	novembro/2025		
			Participantes	Duração	Horas-homem
AVALIAÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA	05/11/2025	Presencial	11	1:00:00	11:00:00
CAPACITAÇÃO - MULTIPLICADORES PARA A DENGUE E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	06/11/2025	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
MATRICIAMENTO- HANSENÍASE	13/11/2025	Presencial	4	3:00:00	12:00:00
INDICADORES DE FINANCIAMENTO	14/11/2025	Presencial	1	3:00:00	3:00:00
CAPACITAÇÃO: MANOBRAS DE HEIMILICH	18/11/2025	Presencial	18	1:00:00	18:00:00
<b>TOTAL</b>			<b>35</b>	<b>12:00:00</b>	<b>48:00:00</b>

## Ações em Saúde - Microrregião Norte

### UBS Alto da Ponte



### Jornada Odontológica - SJCampos



### UBS NA RUA: Ação Vargem Grande



**UBS NA RUA: Ação novembro azul empresa Braga turismo**



**Grupo de Artesanato**



**Novembro Azul UBS ALTO DA PONTE**



**Grupo do Tabaco**





**Grupo de Caminhada**



**Lian Gong**



**Ação Novembro Azul**



**Hiperdia**

 Novembro azul  Novembro Azul - Braga Turismo



Treinamento Rotinas CME



Inicio Grupo Terapia comunitária

## UBS Altos de Santana

### AÇÃO NOVEMBRO AZUL NA PARÓQUIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM PARCERIA COM O TERÇO DOS HOMENS.



**Novembro Azul: corte de cabelo gratuito para os homens e música ao vivo com um talentoso cantor da comunidade.**



**Comemoração ao Dia Internacional do Diabetes: realização de avaliação do pé diabético.**



**Sala de espera com orientações aos municíipes sobre a saúde do homem e competição do “Bigode Maluco”.**





**Orientações sobre a importância da saúde bucal durante a reunião do CGU.**



**Reunião de alinhamento dos indicadores da APS Centro/Norte – DAPRIS.**



**Reunião de alinhamento regional.**



**Confraternização de fim de ano – CEJAM.**



## Humanização

### UBS Altos de Santana

**Comemoração dos aniversariantes do mês de novembro de 2025.**



**Café especial de agradecimento aos voluntários da ação Novembro Azul.**



**Chá de cozinha surpresa para a colaboradora da unidade.**



**CEJAM ECO RUN – Parque Villa-Lobos, SP**





## UBS Jardim Telespark

### Capacitação

**Atualização manejo da dengue e arboviroses**



**Planejamento Familiar  
Registro de orientações e abertura de  
processo para laqueadura**



**Capacitação**

**Orientações aos colaboradores recém  
contratados sobre o manual de  
biossegurança**



### Capacitação

**Orientações aos ACS's sobre o novo cofinanciamento da APS**



### Auditórias Internas

**Sala de vacina, DML, CME, Copa, Área externa**



### Capacitação Saúde do Homem

Visando a melhoria contínua nos cuidados aos pacientes, parte da equipe participou de um treinamento voltado a Saúde do Homem, o qual foi disponibilizado pelo COREN de forma online.



### IV Jornada Odontológica



**Treinamento equipe Assistencial**

**AJUDE SEU PACIENTE A ENTENDER O TRATAMENTO**



**Reuniões Gerenciais DAPRIS e CEJAM**

**Confraternização CEJAM**

Reunião de alinhamento regional.



Reunião de alinhamento dos indicadores da APS Centro/Norte – DAPRIS.



Confraternização de fim de ano – CEJAM.



## UBS Santana

O mês de novembro na UBS Santana foi marcado por diversas ações voltadas à prevenção e orientação sobre o câncer de próstata, reforçando o compromisso da unidade com a promoção da saúde do homem. Durante todo o período, foram realizadas atividades educativas em salas de espera, com distribuição de materiais informativos e orientações individuais sobre fatores de risco, hábitos de vida saudáveis, sinais e sintomas que devem ser observados, além da importância da realização periódica do exame preventivo.

A unidade também foi decorada com elementos alusivos à campanha, criando um ambiente visualmente estimulante para sensibilizar os usuários sobre a temática. Foram promovidas ações extramuros, envolvendo associações de moradores e espaços comunitários, com palestras, rodas de conversa e distribuição de folhetos educativos, ampliando o alcance das orientações para além da população usuária da unidade.

Um destaque especial foi o Dia D de prevenção, realizado com foco na coleta de PSA, proporcionando aos homens a oportunidade de realizar o exame de forma organizada, segura e orientada pela equipe de saúde. Essa ação foi amplamente divulgada, incentivando a participação e o engajamento da população masculina na prevenção do câncer de próstata.

Além disso, a equipe realizou palestras internas para os profissionais de saúde, reforçando protocolos de prevenção, rastreamento e abordagem humanizada do paciente, e orientações individuais durante consultas médicas e de enfermagem, integrando a prevenção à rotina de atendimento. Essas iniciativas demonstram o comprometimento da UBS Santana com a educação em saúde, a detecção precoce do câncer de próstata e a promoção de hábitos saudáveis, fortalecendo a conscientização da população masculina e a integração da unidade com a comunidade.



**Equipe preparando o início das atividades do mês de Novembro**



**CEJAM**

**PROGRAMAÇÃO NOVEMBRO**  
**UBS SANTANA**

**04/11** - Sala de espera : Orientações a população sobre Grupo de saúde bucal na unidade - Equipe Odonto  
10h:00 -

**06/11** - Sala de espera : A importância da saúde masculina - Estagiários Cephas  
10h:00 -

**07/11** - Sala de espera : Alimentação Saudável como prevenção- Dra . Luciana - Nutricionista  
10h:00 -

**13/11** - Sala de espera : A importância da saúde masculina - Estagiários Cephas  
10h:00 -

**14/11** - Dia mundial da Diabetes- Orientações sobre diabetes , aferição de glicemia capilar  
08h:00 - Estagiários Cephas

**19/11** - Roda de Conversa - "Homem se cuida "   
Participação Especial : Jefferson Oliveira - paciente  
10h:00 -

**19/11** - DIA D - ações de saúde direcionadas especialmente a saúde masculina  
08h:00 -

**26/11** - UBS NA RUA - Ação em saúde na Casa do Idoso Norte - Orientações sobre o cuidado com a saúde masculina  
14h:00 -

**Se cuida, homem!** PREVENIR É A MELHOR FORMA DE COMBATER!



**06/11/2025** - Realização de orientações em sala de espera sobre a importância do cuidado com a saúde masculina – Participação especial alunos do Técnico de Enfermagem



**17/11/2025** - Realização de orientações em sala de espera sobre a Ação em saúde especialmente voltada para o Público masculino da nossa unidade.



 **Unidade:** UBS Santana

 **Nome da Ação :**

Atendimento individual ao público masculino , orientações sobre a prevenção do câncer de próstata

 **Data da Ação:** 13/11/25

 **Equipe Responsável**

Equipe de Enfermagem  
Acadêmicos de Enfermagem

 **Descriptivo da Ação**

Realizado abordagem individual ao público masculino . Orientações aos munícipes sobre a importância do cuidado com a saúde masculina.



**19/11/2025** Roda de conversa com o tema : Saúde do Homem-





**Ação Extramuro- Casa do Idoso - Novembro Azul : Cuidados com a saúde masculina**



Durante todo o mês de novembro foram realizadas orientações em sala de espera sobre a quantidade de faltas dos pacientes em consultas na nossa unidade, no mês de outubro.

## Grupo de Apoio nutricional



Orientação em sala de espera sobre atendimento odontológico



Orientação em sala de espera sobre o cuidado com Alimentação



Planejamento familiar  
Ocorre semanalmente



Orientação em sala de espera sobre a importância de atualizar as receitas médicas em tempo e orientações aos munícipes sobre o uso correto das medicações prescritas



 Unidade: UBS Santana

 Nome da Ação :  
Dia mundial da conscientização da Diabetes.

 Data da Ação: 14/11/25

 Equipe Responsável  
Equipe de Enfermagem  
Estagiários Curso Técnico de Enfermagem

 Descriptivo da Ação  
Realizado Ação em saúde na área externa da unidade. Abordagem a todos pacientes, realização de teste glicemia capilar , além de orientações sobre a importância do cuidados com a alimentação e atividade física . Um momento muito rico na unidade, onde os pacientes foram beneficiados com muita qualidade no atendimento prestado.



Capacitação : Manobras de Heimlich -  
aplicada pela Equipe de Acadêmicos de  
Enfermagem



**12/11/2025- Matriciamento: CTP Centro  
de Tratamento e Prevenção : Hanseníase**



**06/11/2025- Capacitação: manejo Clínico da Dengue**



Participação na IV jornada Odontológica de São Jose dos Campos



**Primeira Reunião CGU**



**Reunião de alinhamento – UBS Zona Norte**



**Reunião de alinhamento – Regional**

## COMISSÕES

Seguem as atas de comissões realizadas nas 04 unidades básicas de saúde da Microrregião Norte.

### UBS Jd Telespark



#### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	27/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	16:00
<b>LOCAL</b>	UBS JARDIM TELESPARK		
<b>ASSUNTO</b>	Comissão de Controle de Infecções - CCIRAS		

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

01. Capacitação para colaboradores a preencher ficha de doenças de notificação compulsória, como forma de orientação de equipe multiprofissional na unidade.

#### 2. DECISÕES

02. Ficha de identificação para doenças de notificação compulsória presente, que ficará em todos os consultórios, a realizar;
03. Gerenciamento do preenchimento da planilha de acompanhamento de sífilis congênita, para melhor acompanhamento de saúde dos pacientes, a conferir;
04. Elaboração de slides para capacitação com funcionários sobre a importância das notificações a respeito de doenças ou outros agravos de saúde.

#### 3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
REALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE MELHORIA SOBRE AGRAVOS DE DOENÇAS COMPULSÓRIAS.  PRODUÇÃO DE SLIDES PARA CAPACITAÇÃO INTERNA SOBRE DOENÇAS E OUTROS AGRAVOS.	MEMBROS DA COMISSÃO	30 DIAS	



## PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	24/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	14:00
<b>LOCAL</b>	UBS JARDIM TELESPARK		
<b>ASSUNTO</b>	Comissão de Gerenciamento de Riscos		

### 1. PAUTAS ABORDADAS

01. Revisão do plano de ação traçado na última reunião com fins de melhoria do fluxo de atendimento e abordagem aos municípios da UBS Telespark pela recepção;
02. Ficha de atendimento da sala de emergência;
03. Treinamento comunicação efetiva relacionada aos atendimentos.

### 2. DECISÕES

01. Devido ao desfalque no quadro de funcionários da recepção, não foi possível aplicar o treinamento para a equipe. O mesmo aguardará estar com quadro completo para alcançar todos os colaboradores.
02. Realizada capacitação sobre as metas internacionais no mês de novembro alcançando todos os colaboradores, onde foi abordado a meta 2 de segurança, comunicação efetiva, como

### 3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Realizar capacitação com a recepção quanto aos fluxos de atendimento e humanização.	MEMBROS DA COMISSÃO	30 DIAS	

## UBS Santana

### Gerenciamento de Riscos

#### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	<b>05/11/2025</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>07:30</b>
<b>LOCAL</b>	<b>UBS Santana</b>		
<b>ASSUNTO</b>	<b>REUNIÃO - COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS</b>		

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

1. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente

#### 2. PLANO DE AÇÃO

<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
Destacar a importância de uma cultura de segurança do paciente, estabelecendo prioridades para a implementação de práticas seguras e eficazes.	Todos os Membros da Comissão	30 dias	Realizar capacitação com toda equipe multiprofissional da unidade.

**SCIRAS**

**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	<b>13/11/2025</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>15:00</b>
<b>LOCAL</b>	<b>UBS SANTANA</b>		
<b>ASSUNTO</b>	<b>REUNIÃO MENSAL – CCIRAS</b>		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

1. Indicadores assistenciais da CCIRAS

**2. DECISÕES**

- 1- Compartilhado em reunião sobre os Indicadores assistenciais da CCIRAS que visam monitorar a qualidade do serviço da saúde.
- 2- Conscientização da equipe sobre a importância dos indicadores para avaliar a eficácia das ações de prevenção e controle de infecções

**3. PLANO DE AÇÃO**

<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PERÍODO</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
Conscientização da equipe sobre a importância dos indicadores para avaliar a eficácia das ações de prevenção e controle de infecções	Membros CCIRAS	09/12/2025	

 Classificação da Informação: Uso Interno  
 PORTADM.CESESS-QA.004.001

Pág. 1 de 2

**UBS Altos de Santana**

**COMISSÃO DE ÓBITOS**

**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	03/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	16h
<b>LOCAL</b>	UBS ALTOS DE SANTANA		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO DE ÓBITOS		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. Abertura da reunião com Enfermeira Gleidiane agradecendo a presença de todos.
02. Planilha de acompanhamento
03. Reforço sobre os objetivos e responsabilidades da Comissão de Óbito.
04. Organização dos emails e drivers.
05. Treinamento previstos

**2. DECISÕES**

01. Discutido fluxo de reunião
02. Marcar treinamento da equipe

**3. PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Preenchimento das planilhas de acompanhamento	Gleidiane	30 dias	
Treinamento da equipe de enfermagem após óbito, como preencher o termo de controle de entrega de pertences	Gleidiane	30 dias	
Treinamento para equipe, como agir em caso de óbito, como noticiar familiares e quais órgãos responsáveis serão chamados	Dra. Mara	60 dias	
Busca ativa de familiares para apresentação de atestado de óbito	Enfermeiro e ACS	Imediato	

## COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS



### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	13/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	10h
<b>LOCAL</b>	UBS ALTOS DE SANTANA		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

01. Abertura da reunião com Enfermeira Gleidiane agradecendo a presença de todos.
02. Planilha de acompanhamento
03. Reforço sobre os objetivos e responsabilidades da Comissão de Revisão de Prontuários.
04. Organização dos emails e drivers.

#### 2. DECISÕES

01. Discutido fluxo de reunião

#### 3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Preenchimento das planilhas de acompanhamento	Gleidiane	30 dias	
Reorganizar pastas, documentos e fluxos de e-mail, garantindo melhor acesso e gestão das informações da comissão.	Gleidiane	30 dias	
Realizar capacitação da equipe para auditoria de prontuários, com foco em critérios de conformidade, registros obrigatórios, normas e boas práticas.	Dra. Yusiel	60 dias	
Atualizar e padronizar as planilhas de acompanhamento, garantindo registro contínuo e rastreável das informações relacionadas aos prontuários.	Enfermeiro	30 dias	

Classificação da Informação: Uso Interno  
FORADM.CERISS.OA.004.001

**COMISSÃO DE CCIRAS****PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	05/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	10h
<b>LOCAL</b>	UBS ALTOS DE SANTANA		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO CCIRAS		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. Planilhas de acompanhamento
02. Indicadores e planos de ação
03. Treinamentos previstos para o Mês
04. Fragilidades da unidade
05. Divisão das pendências para saída do João de Férias

**2. DECISÕES**

01. Preenchimento das planilhas de acompanhamento
02. Resolução das necessidades da unidade
03. Revisão das inadequações da unidade
04. Identificação das necessidades apontadas para o treinamento
05. Divisão das pendências para as férias do João

**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	19/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	10 HORAS
<b>LOCAL</b>	UBS Altos de Santana		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO CCIRAS		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. Sala de Curativo/ Emergência não identificada corretamente;
02. Necessidade de organização de materiais em caixas não primárias;
03. Tomadas da CME continuam não conformes devido a falta de identificação;
04. Necessidade de escala dos profissionais da CME exposta;
05. Materiais e Equipamentos não funcionantes grandes ocupando espaços que deveriam permanecer livres;
06. Orientações para atualização da Planilha de ATB da Odonto.

**2. DECISÕES**

01. Providenciar placa para identificação da sala de Curativo/Emergência
02. Colocar Suporte para avisos na porta do Curativo/Emergência
03. Realizar solicitação de compras de caixas plásticas para padronização nos setores;
04. Realizar identificação da voltagem das tomadas da CME;
05. Fazer escala para profissionais do CME;
06. Solicitar retirada de inservíveis.

## UBS Alto da Ponte

PRÓ MEMÓRIA																				
DATA: 14/11/2025		HORÁRIO: 14h00 às 15h00																		
LOCAL: UBS ALTO DA PONTE/ SALA 11																				
ASSUNTO: ATA de Reunião NSP nº10																				
<p><b>7. Armazenagem inadequada de escarro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Também houve aumento significativo nas notificações referente a amostra vazada ou material biológico (escarro) - O risco envolveu potencial para exposição de profissionais e contaminação de superfícies.</li> <li>• Identificou-se que o recipiente não estava devidamente vedado e não foi acondicionado conforme o protocolo de biossegurança.</li> </ul> <p><b>8. Ajuste no fluxo e ações corretivas:</b></p> <p>Para o problema das consultas agendadas incorretamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorientar a equipe de receção sobre as áreas de abrangência médica e disponibilizar mapas impressos e digitais.</li> <li>• Implementar a conferência obrigatória do endereço do paciente antes do agendamento.</li> </ul> <p>Para o incidente envolvendo armazenamento de escarro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar as orientações de biossegurança sobre fechamento, transporte e conservação das amostras biológicas.</li> <li>• Garantir a disponibilidade de recipientes adequados e revisados.</li> <li>• Criar um check-list simples no momento do encaminhamento ao laboratório.</li> </ul> <p><b>9. Modelo de Check-list para o laboratório:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Item</th> <th style="width: 25%;">Verificação</th> <th style="width: 50%;">Observação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Etiqueta de identificação legível</td> <td><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nome completo do paciente</td> <td><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Data de nascimento</td> <td><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Número do CRA</td> <td><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Material - Escarro</td> <td><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">Classificação da Informação: Uso Interno FOLDEDA-TP004.001</p> <p style="text-align: right; font-size: small; margin-top: 5px;">Pág. 3 de 4</p>			Item	Verificação	Observação	Etiqueta de identificação legível	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Nome completo do paciente	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data de nascimento	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Número do CRA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Material - Escarro	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Item	Verificação	Observação																		
Etiqueta de identificação legível	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																			
Nome completo do paciente	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																			
Data de nascimento	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																			
Número do CRA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																			
Material - Escarro	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																			

<b>PRÓ MEMÓRIA</b>	
DATA: 14/11/2025	HORÁRIO: 14h00 às 15h00
LOCAL: UBS ALTO DA PONTE/ SALA 11	
ASSUNTO: ATA de Reunião NSP Nº10	
<b>1. Pautas Abordadas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Abertura da reunião com Enfermeira Camila agradecendo a presença de todos.</li> <li>3. Prática de segurança do paciente com foco nos incidentes mais notificados pelos profissionais da UBS.</li> </ul> <p>É ressaltada a importância da cultura de segurança e o estímulo da reflexão para análise dos incidentes, a notificação é uma ferramenta essencial para prevenção de danos, melhoria de processos e promoção da cultura de segurança.</p>	
<b>4. Importância da notificação:</b> <p>Foi destacada a necessidade de que todos os profissionais, independentemente da categoria, realizem a notificação de qualquer incidente observado, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erros de medição;</li> <li>• Quedas;</li> <li>• Falhas de comunicação;</li> <li>• Identificação incorreta do paciente;</li> <li>• Quaisquer falhas;</li> </ul> <p>Reforçado novamente que as notificações não são de cunho punitivo mas preventivo, com foco na melhoria dos processos.</p>	
<b>5. Principais incidentes notificados:</b> <p>Foram apresentados os casos e respeito ao aumento da recolha do exame de escarro, realizado na hidroterapia na unidade dos quais ocorreu o vazamento de material e também o agendamento de consultas incorretamente.</p>	
<b>6. Consultas agendadas incorretamente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificou-se um número elevado de consultas agendadas para médicos fora da área de abrangência do paciente, ocorrendo transtornos, falta de vagas para o atendimento médico e necessidade de reagendamentos.</li> <li>• O problema tem ocorrido principalmente devido a falha no processo de agendamento, o desconhecimento da área de abrangência de cada médico por área.</li> </ul>	
<small>Classificação de Informação: Uso Interno CÓDIGO DA TECNOLOGIA: 001 PÁGINA 1 DE 4</small>	

## MANUTENÇÃO

### Manutenção - Resumo Executivo

Durante o período analisado, o Departamento de Gestão de Infraestrutura através da equipe regional executou um conjunto de ações para garantir a manutenção e melhoria das instalações físicas e equipamentos. Destacamos:

**Manutenção Predial:** Realização de manutenção preventiva e corretiva através da implementação do Caderno de Inspeção, manutenção preventiva e corretiva, promovendo a segurança e funcionalidade do ambiente físico.

**Projetos Arquitetônicos:** Visitas técnicas para elaboração de projetos arquitetônicos visando reformas e adaptações, garantindo conformidade normativa e melhoria na estrutura física.

**Engenharia Clínica:** Manutenção regular de equipamentos de suporte à vida e sistemas médicos, assegurando a continuidade e qualidade dos serviços de saúde.

### Manutenção Preventiva

Foram realizadas ações programadas para manter sistemas e estruturas em perfeito funcionamento. Foram feitas inspeções e manutenções regulares nos sistemas elétricos, hidráulicos, de climatização, de acessibilidade e de emergência.

### Manutenção Corretiva

Durante o período, foram respondidas solicitações de manutenção corretiva, incluindo reparos emergenciais.

### Planejamento e Frequência

Adotamos um planejamento de manutenção preventiva com revisões mensais para sistemas críticos, revisões trimestrais para equipamentos de menor criticidade e revisões anuais em áreas de baixa utilização.

**Melhorias realizadas:**

- Cronograma de treinamento
- Fornecimento do sistema de engenharia clínica Arkmeds sem custo para a instituição
- Inventário cadastrado no sistema
- Calibrações e Testes de segurança elétrica executados
- Verificação metrológica (Inmetro) de esfigmos e balanças executada
- Criação de ronda de inspeção para as UBS semanalmente
- Criação do POP do CME, onde o documento atesta e valida os itens e equipamentos em uso no CME;
- Acordado com a gestão o fornecimento do QR CODE para cada equipamento, com a leitura do manual de uso.

**Melhorias em execução:**

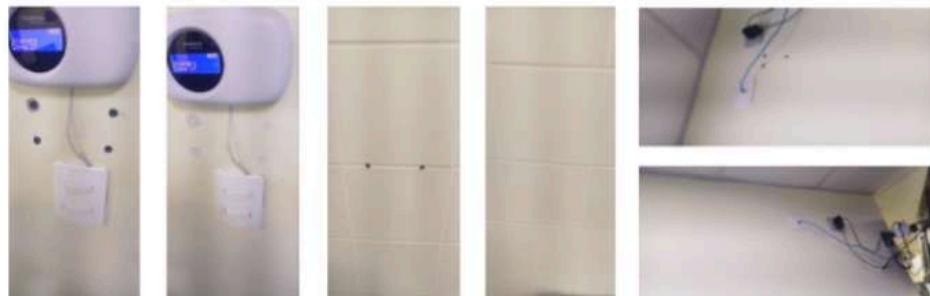
- Conclusão dos treinamentos das UBS com equipe de manutenção.

**Manutenção - UBS Alto da Ponte**

**Manutenção Predial**

**Ações realizadas em Novembro**

- Fechamento de buracos nas paredes
- Pintura Grade Farmácia;
- Conserto gaveta sala de odonto;
- Passagem de cabo de rede sala 11.



**Fechamento de buracos**



**Pintura balança adulto**



**Pintura grade farmácia**

## Projetos Arquitetônicos

Neste 2º semestre de 2025 as UBSs estão empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.

## Engenharia Clínica

Não houve manutenção corretiva no período

UBS ALTO DA PONTE			novembro-25
Item	Indicador	Objetivo	%
1	<b>% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)</b>	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	<b>100%</b>
2	<b>% de Equipamentos Críticos Operacionais</b>	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	<b>100%</b>
3	<b>% de Manutenções Preventivas Realizadas</b>	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	<b>100%</b>
4	<b>% de Equipamentos com Calibração em Dia</b>	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	<b>100%</b>
5	<b>% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)</b>	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	<b>100%</b>

## **Manutenção - UBS Altos de Santana**

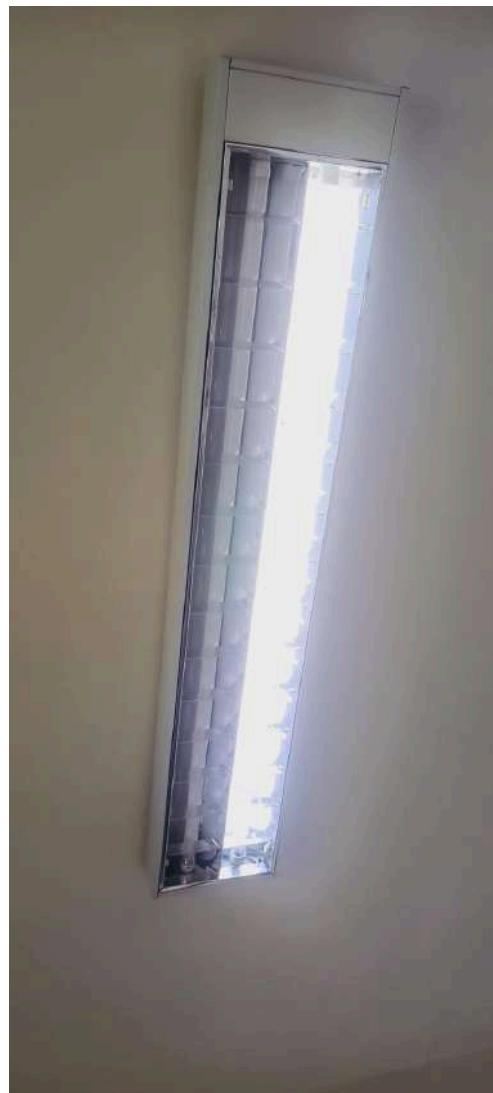
### **Manutenção Predial**

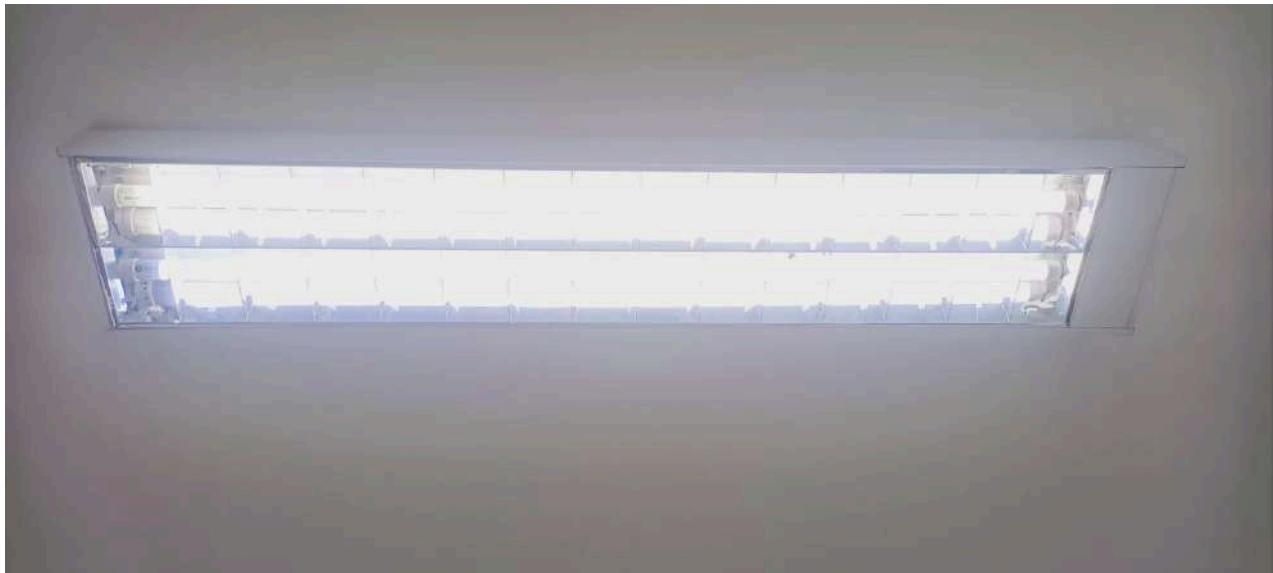
Ações realizadas no dia 11 de Novembro de 2025:

Ações realizadas:

- Troca de vidro sala 10 e curativo;
- Poda da grama;
- Fixação de vaso sanitário;
- Troca de lâmpadas de vários setores;
- Conserto das cadeiras da farmácia, vacina e odonto;









## Projetos Arquitetônicos

No dia 29/05/2025 foi protocolado via sistema informatizado sob número 57893/2025 o acervo contendo as documentações necessárias para obtenção do LTA da UBS Altos de Santana.

Em 06/10/2025 recebemos o deferimento do Laudo Técnico de Avaliação via comunicado da Vigilância Sanitária. Em seguida no dia 13/11/2025 recebemos o deferimento da Licença Sanitária da UBS Altos de Santana com validade até 13/11/2026.

## Engenharia Clínica

Ações realizadas no período de competência:

UBS ALTOS DE SANTANA				novembro-25
Equipamento	Serviço	Qde.	Peça (aplicada)	Status do Equipamento
AUTOCLAVE DIGITALE	TROCA DE PEÇA	1	AGUARDANDO PEÇA: RESISTENCIA	Em Manutenção

UBS ALTOS DE SANTANA			novembro-25
Item	Indicador	Objetivo	%
1	<b>% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)</b>	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	<b>% de Equipamentos Críticos Operacionais</b>	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	<b>% de Manutenções Preventivas Realizadas</b>	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	<b>% de Equipamentos com Calibração em Dia</b>	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	<b>% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)</b>	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

## Manutenção - UBS Jardim Telespark

### Manutenção Predial

Ações realizadas em Novembro de 2025:

**Manutenção**  
Troca de lâmpada, instalação de quadro de avisos, manutenção em cadeira, adequação de tomada, pintura lateral da geladeira e pintura base da mesa





## Projetos Arquitetônicos

Neste 2º semestre de 2025 as UBSs estão empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.

## Engenharia Clínica

Ações realizadas no período de competência:

UBS JARDIM TELESPARK				novembro-25
Equipamento	Serviço	Qde.	Peça (aplicada)	Status do Equipamento
ESFIGMOMANÔMETRO ANERÓIDE 5967625	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.
ESFIGMOMANÔMETRO ANERÓIDE 3818892	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.
ESFIGMOMANÔMETRO ANERÓIDE 7243341	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.
ECG BIONET CARDIOCARE EP0600484	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.
DOPLER FETAL MD MFD2B1506030432	REVISÃO LOCAL	-	SEM CONSENTO	Em Baixa Patrimonial

UBS JARDIM TELESPARK			novembro-25
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

## Manutenção - UBS Santana

### Manutenção Predial

- Reparo vasos sanitários
- Troca de dispenser de parede;
- Troca de fechadura;
- Conserto de banco metálico
- Troca de filtro do bebedouro- sala de espera
- Limpeza filtro da copa
- Troca de sifão dos banheiros





**Troca do filtro bebedouro  
Sala de Espera**



**Reparo em vaso sanitário vestiário feminino**



**Limpeza área externa**

**Projetos Arquitetônicos**

Neste 2º semestre de 2025 as UBSs estão empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.

**Engenharia Clínica**

Ações realizadas no período de competência:

UBS SANTANA				novembro-25
Equipamento	Serviço	Qde.	Peça (aplicada)	Status do Equipamento
ECG BIONET CARDIOCARE EP0200191	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.

UBS SANTANA			novembro-25
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

## PATRIMÔNIO

Não houve, neste período, aquisição de equipamentos.

### Patrimônio - UBS Alto da Ponte

Não constam equipamentos em manutenção.

### Patrimônio - UBS Santana

Não constam equipamentos em manutenção.

### Patrimônio - UBS Alto de Santana

Não constam equipamentos em manutenção.

## Patrimônio - UBS Telespark

### ABASTECIMENTO

Sistema SALUTEM em funcionamento fazendo a gestão de suprimentos nas Unidades Básicas de Saúde. Desta forma, o CEJAM e os serviços acompanham o uso/estoque de insumos e medicamentos por centro de custo e os gestores dos serviços, poderão mensurar o consumo local.

Cordialmente,



Thalita Ruiz Lemos da Rocha  
Gerente Técnica - CEJAM  
COREN: 217175

**THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA**  
**Gerente Técnico Regional**



# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**PRONTO ATENDIMENTO**

**UPA 24H PORTE II ALTO DA PONTE**

**Contrato de Gestão nº408/2024**

**SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**Novembro**

**2025**



**Prefeitura Municipal de São José dos Campos**

**DIRETOR DEPARTAMENTO HOSPITALAR E EMERGÊNCIAS**  
Wagner Marques

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**  
George Zenha

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR. JOÃO AMORIM”**



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**  
Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**  
Renato Tardelli

**GERENTE TÉCNICO REGIONAL**  
Thalita Ruiz Lemos da Rocha

## SUMÁRIO

<b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>	<b>7</b>
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	7
1.2 Contrato de Gestão nº 408/2024	8
<b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>	<b>9</b>
<b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>9</b>
<b>TABELA ANEXO IIB</b>	<b>10</b>
<b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>	<b>11</b>
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT e PJ (item 1.2 anexo II B )	11
4.1.1 Dimensionamento colaboradores CLT	11
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	13
4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais	13
4.2.2 Absenteísmo	15
4.2.3 Turnover	18
4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	20
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>22</b>
5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial - UPA ALTO DA PONTE	22
5.1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo em 2 horas	22
1. Mão de Obra – Fator Pessoal	23
2. Sistema – Fator Sistêmico	23
5.1.2 Percentual de número de leitos	27
5.1.3 Taxa de Mortalidade < de 24H	40
5.1.4 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidado AVC	43
5.1.5 Percentual de pacientes trombolizados +percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidado do IAM	44
5.1.6 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma	48
5.1.7 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo	58
5.1.8 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE	60
5.1.9 Adesão ao protocolo de SEPSE	63
5.1.10 Manejo da Coordenação do Cuidado	71
5.1.10.1 Coordenação do Cuidado IAM	71
5.1.10.2 Linha de Cuidado AVC	75
5.1.10.3 Linha de Cuidado SEPSE	79
5.1.10.4 Linha de Cuidado TRAUMA	83
5.1.11 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS	88
5.1.11 Atendimentos na classificação de risco azul por motivos e sexo	89
5.1.12 Perfil da classificação de risco azul por sexo	92
5.1.13 Perfil da classificação de risco azul por faixa etária	94
5.1.14 Desfecho de atendimento por classificação de risco azul	95
5.1.15 Direcionamentos e orientações realizados por setores na classificação de	

risco azul	98
5.1.16 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - com doenças crônicas - MICRORREGIÃO NORTE	102
5.1.17 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - Notificação SINAN - MICRORREGIÃO NORTE	114
5.1.18 Percentual de pacientes encaminhados pelo serviço de atendimento pré-hospitalar	117
Classificação de Risco – Novembro	118
<b>TOP 5 CIDs MAIS FREQUENTES – NOVEMBRO</b>	<b>118</b>
1 R06.0 – Dispneia (6 ocorrências)	118
2 R52.0 – Dor aguda (5 ocorrências)	119
3 F10.0 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool – intoxicação aguda (3 ocorrências)	119
4 R56.8 – Outras convulsões e as não especificadas (3 ocorrências)	119
<b>Comparativo Outubro x Novembro</b>	<b>119</b>
1. Predominância de urgências moderadas (amarelos)	120
2. Relevância dos quadros respiratórios e convulsivos	120
3. Persistência de agravos relacionados ao álcool	120
4. Aumento de casos verdes	120
<b>Conclusão</b>	<b>121</b>
5.1.19 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco	121
5.1.20 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória	123
5.1.21 Pacientes atendidos pela mesma queixa ≤ 24h	141
<b>6. INDICADORE</b>	<b>143</b>
6.1 Produção - UPA ALTO DA PONTE	143
6.1.1 Consultas em clínica médica	143
<b>Perfil Epidemiológico – Novembro</b>	<b>144</b>
1. A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível → 949 casos	144
2. J00 – Resfriado Comum → 876 casos	144
3. J03.9 – Amigdalite aguda não especificada → 558 casos	144
4. Z76.0 – Emissão de prescrição de repetição → 551 casos	144
5. M54.5 – Dor lombar baixa → 536 casos	144
6. R05 – Tosse → 460 casos	145
7. R52.0 – Dor aguda → 449 casos	145
8. R11 – Náuseas e vômitos → 420 casos	145
9. J06.9 – Infecção aguda de vias aéreas superiores não especificada → 393 casos	145
10. M79.6 – Dor em membro → 350 casos	145
<b>Interpretação Crítica – Novembro</b>	<b>146</b>
1. Gastrointestinais em alta	146
2. Respiratórios permanecem relevantes	146
3. Aumento da complexidade da demanda	146

4. Prescrição de repetição (Z76.0) em evidência	146
<b>Síntese Final</b>	<b>147</b>
6.1.2 Consultas em pediatria	148
6.1.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação <1h	149
<b>Vias de Administração – Novembro</b>	<b>149</b>
Intravenosa (IV)	150
Intramuscular (IM)	150
Oral	150
Bolus	150
Subcutânea	150
Demais vias de administração	150
<b>Comparativo com Outubro</b>	<b>151</b>
Intravenosa	151
Intramuscular	151
Oral	151
Bolus	152
Subcutânea	152
<b>Estabilidade Assistencial</b>	<b>152</b>
<b>Predomínio da Via Intravenosa</b>	<b>152</b>
<b>Equilíbrio da Via Intramuscular</b>	<b>152</b>
<b>Crescimento da Via Oral</b>	<b>153</b>
<b>Bolus e Subcutânea</b>	<b>153</b>
<b>Conclusão Geral</b>	<b>153</b>
<b>7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE</b>	<b>154</b>
7.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período	154
7.2 Percentual de Atendimento a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade	156
7.3 Percentual de comissões atuantes e regulares	159
<b>8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>	<b>165</b>
8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	166
8.1.1 Avaliação do Atendimento	166
8.1.2 Ouvidoria Municipal - 156	167
<b>9. COMISSÕES E COMITÊS</b>	<b>170</b>
9.1 Comissão de Ética de Enfermagem	170
9.2 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA-A)	172
9.3 Comissão Núcleo de Segurança do Paciente	174
9.4 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	177
9.5 Comissão de Farmácia e Terapêutica	181
9.6 Reunião Clínica	184
9.7 Reunião Técnica	186
9.8 Comissão de Humanização	187

9.9 Comissão de Verificação de Óbitos	189
9.10 Comissão de Bioética	192
9.11 Comissão de Ética Médica	192
9.12 Comissão de Radioproteção	192
9.13 Comissão de Revisão de Prontuário	193
<b>10. EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	<b>203</b>
10.1 Indicador sobre participação em treinamentos / hora homem	203
<b>11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE</b>	<b>206</b>
<b>11.1 MELHORIAS E MANUTENÇÕES</b>	<b>224</b>

## 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, Cajamar e Campinas, 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 Contrato de Gestão nº 408/2024**

Em 01/10/2024 iniciou o novo Contrato de Gestão nº 408/2024 , o referido contrato visa a implantação e o gerenciamento técnico para a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H PORTE II – ALTO DA PONTE E UNIDADES DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL: UBS ALTO DA PONTE, UBS ALTOS DE SANTANA, UBS JD. TELESPARK E UBS SANTANA**, este contrato tem como principal objetivo fortalecer a saúde local. Com esta interação será possível realizar planejamento regionalizado, gestão eficiente, integração entre a UPA e as UBSs, resposta rápida às necessidades e participação comunitária.

A UPA ALTO DA PONTE realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em Pediatria e Clínica Médica. Disponibilizará os atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não

programados. Será unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada via APH.

A UPA ALTO DA PONTE referenciam pacientes após estabilização das condições clínicas, para internação em unidades hospitalares com pontuação municipal.

A UPA ALTO DA PONTE tem 02 leitos de sala vermelha, 04 sala amarela, e 06 leitos de observação adultos sendo 03 femininos e 03 masculinos, 06 leitos infantis e 02 leitos de isolamento (01 adulto e 01 infantil), em consequência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24h (não caracterizando internação hospitalar);

## 2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado SALUTEM e ao fim de cada mês, compilados em gráficos seguidos de análises críticas, visando o aprimoramento dos processos.

## 3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de avaliação e acompanhamento dos serviços de saúde são realizados através de **relatório mensal** e a cada 04 meses realizado o **relatório quadrimestral** e o **anual**.

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 30 de novembro de 2025**.

**TABELA ANEXO IIB**

	<b>Meta</b>	<b>2025</b>
		<b>Nov</b>
1.1 Percentual do número de leitos	100%	100%
1.2 Equipe Mínima de Profissionais	100%	100%
2.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo definido em, no máximo, 2 horas	90%	94%
2.2 Taxa de Mortalidade na unidade de emergência ≤ 24h	4%	1,33%
2.3 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidados do AVC	100%	100%
2.4 Percentual de pacientes trombolizados + percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidados do IAM	100%	100%
2.5 Cumprimentos e metas dos indicadores de linha de cuidado TRAUMA	100%	100%
2.6; 2.7; e 2.8; Índice de suspeição de SEPSE e abertura do protocolo; Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE; Adesão ao protocolo.	100%	100%
2.9 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados para UBS	100%	100%
2.10 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU, bombeiros, etc.)	100%	100%
2.11 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco	100%	100%
2.12 Proporção de notificações de agravos de notificação compulsória	100%	100%
2.13 Nova consulta em menos de 24 horas	> 5%	0.66%
3.1 Consultas em clínica médica	8500	10464
3.2 Consultas em pediatria	3200	3242
3.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação menor que 1 hora	100%	100%
4.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período	70%	100%
4.2 Proporção de atendimento prioritário A pessoas vulneráveis	60% /100%	100%
4.3 Percentual de comissões atuantes e regulares	100%	100%
5.1 Monitoramento da manifestação do cliente, avaliação de reclamação e sugestões	100%	100%
5.2 Percentual de usuários satisfeitos/ muito satisfeitos	>80%	98,65%

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi de **203** colaboradores e **97** colaboradores PJ's. O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo.

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT e PJ (item 1.2 anexo II B )

#### 4.1.1 Dimensionamento colaboradores CLT

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	RT Médico	1	1	✓
	Coordenador Médico Clínico	1	1	✓
	Coordenador Médico Pediátrico	1	1	✓
	Enfermeiro	38	38	✓
	Técnico de Enfermagem	80	87	↑
	Enfermeiro RT	1	1	✓
	Enfermeiro de Educação Permanente	1	1	✓
	Enfermeiro da CCIH	1	1	✓
	Técnico de CME	1	1	✓
	Supervisor noturno (Enfermeiro)	2	2	✓
	Assistente Social	2	2	✓
	Farmacêutico	4	4	✓
	Farmacêutico Responsável Técnico	1	1	✓
	Nutricionista	1	1	✓
	Técnico de Radiologia	7	7	✓
	RT Radiologia	1	1	✓
	Auxiliar de Farmácia	4	6	↑
Administrativa	Engenharia Clínica	1	1	✓
	Auxiliar administrativo	3	3	✓
	Concierge	1	1	✓
	Recepção	10	11	↑
	Técnico de Informática	1	1	✓
	Técnico de Segurança do trabalho	1	1	✓
	Supervisor administrativo/recepção	1	0	↓
	Auxiliar de Almoxarifado	1	1	✓
	Auxiliar de arquivo	1	1	✓

	Auxiliar de Manutenção	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Copeira	4	4	<input checked="" type="checkbox"/>
	Vigilante	4	4	<input checked="" type="checkbox"/>
	Controlador de acesso	12	12	<input checked="" type="checkbox"/>
	Auxiliar de Higiene / Serviços Gerais	12	11	<input type="checkbox"/>
	Auxiliar Serviços Gerais	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Líder da Higiene	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Motorista/ ambulância	4	4	<input checked="" type="checkbox"/>

**Análise Crítica:** No mês de novembro, observa-se que a unidade conseguiu manter de forma eficaz a estratégia de gestão de pessoal adotada nos meses anteriores, apresentando um cenário organizacional estável e bem estruturado. A equipe demonstrou boa capacidade de adaptação, garantindo a continuidade das atividades e preservando a qualidade dos serviços prestados.

A equipe de Técnicos de Enfermagem mantém uma estrutura sólida, com um quadro atual de 87 colaboradores para os 80 previstos no plano de trabalho, sendo 7 afastados. Esse quantitativo ampliado continua cumprindo seu papel estratégico, assegurando a manutenção da assistência sem prejuízo à qualidade do atendimento. A presença de profissionais excedentes contribui diretamente para evitar riscos de subdimensionamento e garante estabilidade assistencial mesmo diante de demandas internas maiores ou situações inesperadas.

Na Farmácia, o setor segue operando com seis colaboradores, número acima dos quatro previstos inicialmente. Essa composição permanece essencial para garantir cobertura adequada de férias, folgas e afastamentos, além de oferecer suporte às unidades básicas de saúde da microrregião. A manutenção desse quadro reforça a importância de uma equipe ampliada para preservar a continuidade dos processos e a segurança operacional para a regularidade das rotinas administrativas. Na função de Repcionista permanece um profissional adicional dedicado à cobertura de férias, assegurando previsibilidade nas escalas e continuidade no atendimento ao público. De forma geral, o cenário de novembro permanece positivo, indicando que a unidade segue dentro dos

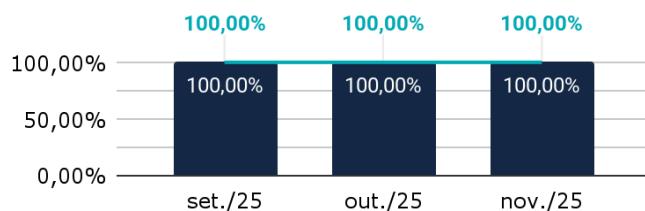
parâmetros de segurança assistencial planejados. A estratégia de manter quadros suplementares em áreas-chave, como Enfermagem e Farmácia, continua sendo um diferencial para garantir a continuidade operacional, a qualidade dos serviços e a prevenção de riscos relacionados ao subdimensionamento. A unidade demonstra uma gestão de pessoal eficiente e mecanismos de contingência bem estabelecidos, o que fortalece sua capacidade de responder às variações do quadro funcional sem comprometer a qualidade do atendimento.

## 4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais

#### Equipe Mínima de Profissionais

■ Resultado ■ Meta



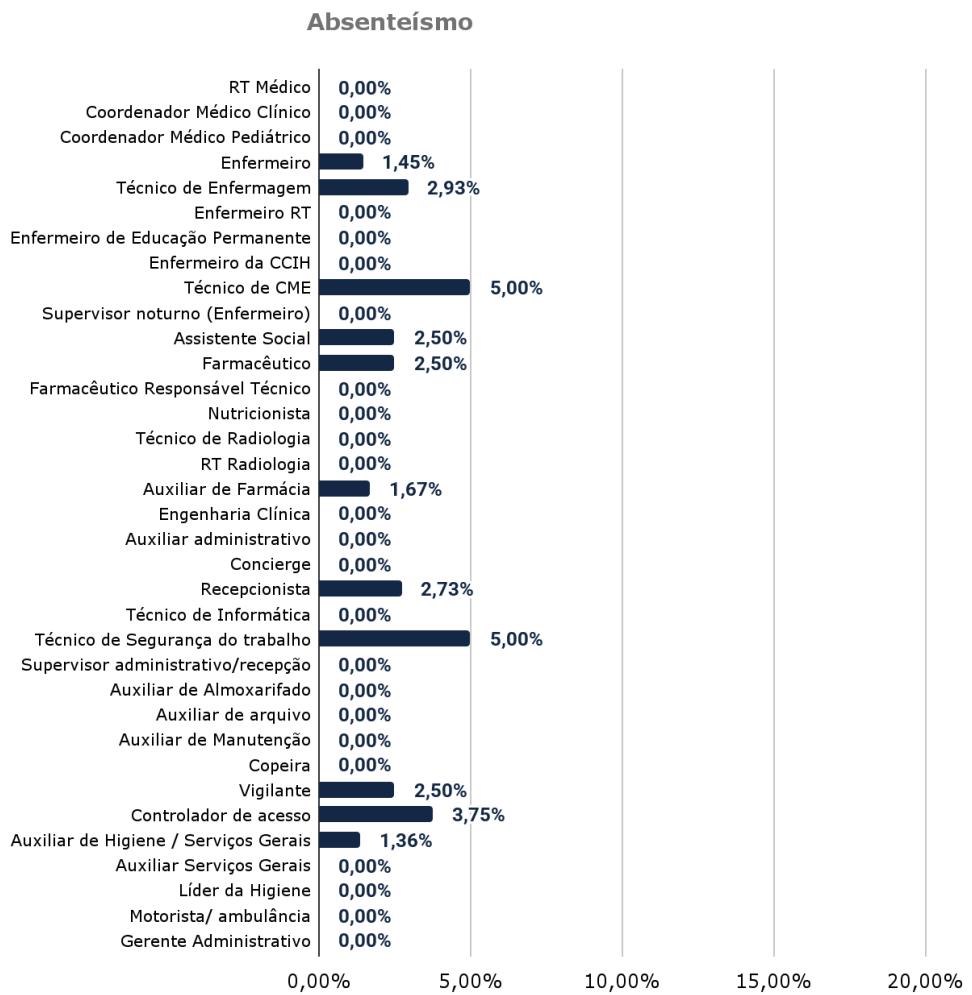
**Análise Crítica:** No mês de novembro, o dimensionamento de pessoal mostrou-se plenamente satisfatório, garantindo **total cobertura das necessidades da equipe**. Todas as funções essenciais permaneceram preenchidas, assegurando a continuidade das atividades assistenciais e administrativas sem interrupções.

O desempenho reflete a efetividade das ações de coordenação e planejamento realizadas pela gestão, evidenciando que admissões, remanejamentos e controle de afastamentos estão alinhados de forma consistente. As estratégias de reposição e realocação de profissionais têm se mostrado eficientes, contribuindo para a manutenção da estabilidade operacional da unidade.

O quadro completo de colaboradores reforça a solidez do processo de gestão de pessoal, garantindo que cada função estratégica seja atendida e que as atividades ocorram de maneira contínua e organizada. A atuação coordenada das áreas envolvidas assegura a regularidade das escalas e permite que todas as demandas da unidade sejam atendidas de forma eficiente.

De modo geral, o dimensionamento de pessoal em novembro apresenta resultado altamente positivo. A manutenção de todos os cargos essenciais assegura estabilidade, qualidade e segurança operacional, demonstrando a capacidade da unidade em sustentar padrões elevados de organização e cobertura de pessoal, mesmo diante das necessidades rotineiras de gestão.

#### 4.2.2 Absenteísmo



**Análise Crítica:** No mês de novembro, a análise dos índices de absenteísmo da unidade demonstra a manutenção de um cenário favorável, com resultados estáveis e dentro dos parâmetros esperados para a maioria das categorias. O comportamento geral reflete a continuidade das ações de monitoramento e acompanhamento próximo das equipes, evidenciando o compromisso da gestão com a prevenção de ausências e com a manutenção da regularidade operacional.

Entre os enfermeiros, registrou-se absenteísmo de 1,45%, representando um desempenho positivo e alinhado aos padrões de assiduidade observados nos

meses anteriores. O índice reforça a consistência da categoria e a efetividade das estratégias de acompanhamento já implementadas.

Os técnicos de enfermagem apresentaram taxa de 2,90%. O resultado demonstra estabilidade e contribui para a garantia da continuidade assistencial, sem gerar impactos significativos na rotina da unidade. Já o técnico de CME atingiu 5,00%, percentual que, embora elevado numericamente, é considerado pontual e proporcional ao fato de existir apenas um colaborador na função, o que faz com que qualquer ausência isolada impacte de forma expressiva.

A assistência social registrou absenteísmo de 2,50%, também influenciado pelo quadro reduzido de dois colaboradores. Apesar disso, o indicador permanece dentro de limites aceitáveis e não compromete a organização dos atendimentos.

Na área da farmácia, o farmacêutico apresentou taxa de 2,50%, enquanto o auxiliar de farmácia manteve índice de 1,67%, demonstrando constância e controle adequado das ausências. Esses resultados reforçam a estabilidade do setor e sua contribuição para a fluidez dos processos internos.

Entre as funções administrativas, os recepcionistas registraram absenteísmo de 2,72%, percentual compatível com a dinâmica da função e considerado satisfatório. O desempenho indica boa adesão às normas de assiduidade e apoio contínuo às rotinas de atendimento.

O cargo de técnico de segurança do trabalho apresentou índice de 5,00%, porém, assim como ocorre em funções unipessoais, o percentual deve ser interpretado com cautela, já que qualquer ausência individual impacta diretamente o total, sem representar tendência preocupante.

Os vigilantes apresentaram absenteísmo de 2,50%, permanecendo dentro de um intervalo estável e compatível com as demandas operacionais do setor. Já os auxiliares de higiene registraram 1,36%, reforçando a melhoria contínua no comportamento de assiduidade observada nessa categoria.

De forma geral, o mês de novembro apresenta um cenário positivo em relação ao absenteísmo, com a maioria das categorias mantendo índices controlados e dentro de padrões satisfatórios. As variações mais expressivas concentram-se em cargos com equipes reduzidas, o que era esperado devido à sensibilidade desses postos a ausências isoladas. A continuidade das ações de gestão ativa, aliada ao acompanhamento sistemático das ocorrências, segue contribuindo para a manutenção da estabilidade operacional e para o fortalecimento da cultura de assiduidade na unidade.

#### 4.2.3 Turnover



**Análise Crítica:** No setor assistencial, o mês de novembro apresentou continuidade nas ações estratégicas de fortalecimento da equipe e manutenção da operação da unidade. Durante o período, a equipe manteve cobertura adequada em todas as áreas essenciais, garantindo continuidade dos serviços assistenciais e administrativos com qualidade e segurança.

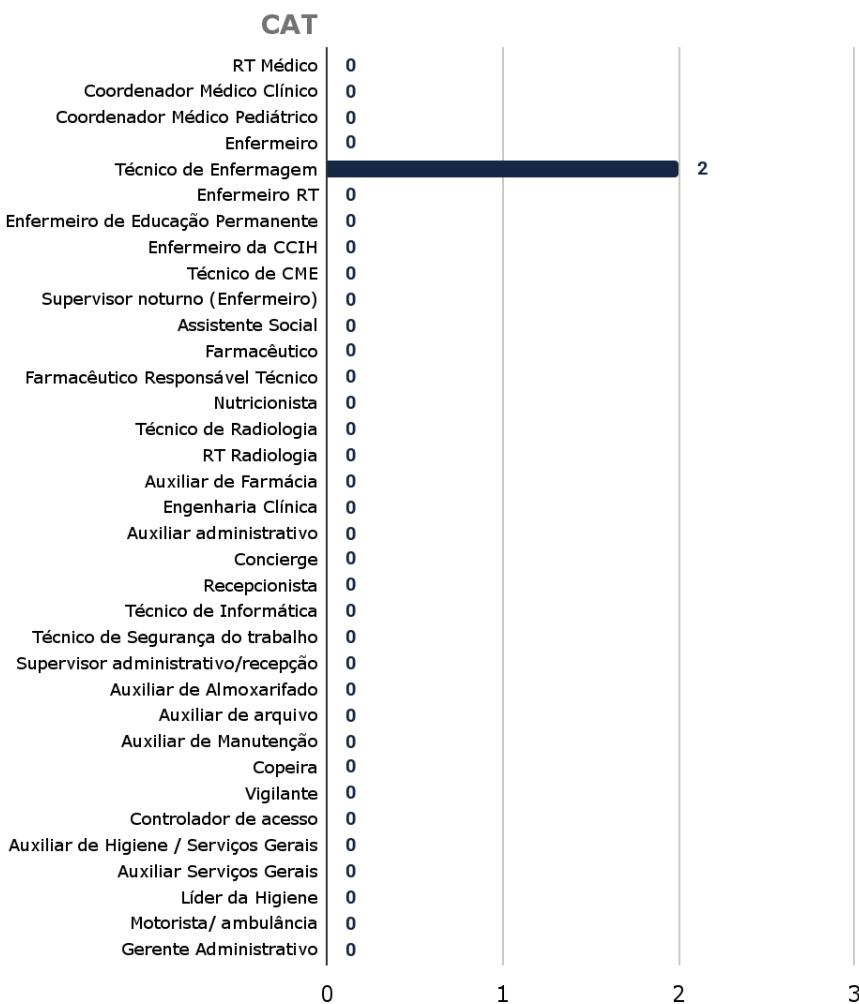
No quadro administrativo, a vaga de Auxiliar Técnico Administrativo foi preenchida por contratação externa, fortalecendo a equipe e contribuindo para a regularidade das rotinas internas. Em relação aos serviços de apoio, houve o registro de um pedido de demissão de Auxiliar de Limpeza, e o processo de

restituição já está em andamento, garantindo que a cobertura do setor seja restabelecida de forma rápida e organizada.

As ausências ao longo do mês permaneceram em níveis controlados e dentro dos parâmetros aceitáveis, distribuídas entre cargos assistenciais e administrativos, sem comprometer o funcionamento da unidade. A cobertura adequada foi garantida por estratégias de remanejamento de pessoal e planejamento de plantões, assegurando que as atividades fossem mantidas de forma contínua e eficiente.

De forma geral, os resultados de novembro evidenciam a eficiência e consistência na gestão de pessoas, com equilíbrio entre restituição rápida, monitoramento de ausências e manutenção da operação. Essas ações consolidam uma equipe estável e preparada para atender às demandas assistenciais e administrativas da unidade, mantendo padrões elevados de qualidade, segurança e organização.

#### 4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



**Análise crítica:** No mês de novembro de 2025, foram registrados dois acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem da UPA Alto da Ponte. No primeiro caso analisado, o acidente ocorreu na Avenida Sebastião Gualberto, S/N, sendo necessária a intervenção imediata da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros para atendimento. A situação apresentada indica um evento de maior gravidade, colisão, situação que exigiu abordagem pré-hospitalar completa. No local, o colaborador recebeu imobilização adequada, com utilização de prancha rígida e colar cervical, sendo posteriormente encaminhado ao Hospital Municipal para avaliações complementares. A necessidade de atendimento emergencial externo evidencia riscos relacionados ao deslocamento e à exposição do

trabalhador fora do ambiente institucional, reforçando a importância do monitoramento das condições de trajeto, orientação contínua sobre segurança viária e revisão dos protocolos internos de prevenção. Também se destaca a necessidade de acompanhamento clínico, registro formal e análise de possíveis afastamentos, garantindo cumprimento das diretrizes de segurança e saúde ocupacional.

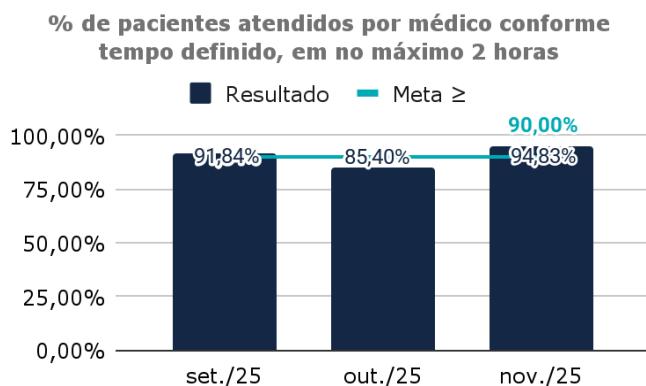
No segundo caso, ocorrido no setor de Hipodermia, a colaboradora realizava procedimento de punção para administração de medicação quando, ao finalizar a técnica e retirar o scalp utilizado, houve falha no dispositivo de segurança, resultando em acidente perfurocortante. Trata-se de um evento atípico em ambiente assistencial, relacionado tanto ao risco biológico quanto à confiabilidade dos dispositivos utilizados. A ocorrência aponta para necessidade de reavaliação dos materiais perfurocortantes fornecidos, análise do lote e verificação do funcionamento dos mecanismos de proteção. Além disso, reforça-se a relevância de treinamentos contínuos sobre técnicas seguras de punção, manipulação e descarte de dispositivos, conforme as diretrizes de biossegurança. O registro do evento deve seguir o fluxo institucional de acidentes com exposição a material biológico, garantindo atendimento imediato, profilaxias indicadas e acompanhamento laboral.

De forma geral, ambos os acidentes demonstram fragilidades distintas no processo de trabalho: o primeiro relacionado aos riscos externos e de trajeto, e o segundo diretamente relacionado aos riscos assistenciais e perfurocortantes. A análise conjunta reforça a importância do fortalecimento das medidas preventivas, da revisão de práticas e materiais utilizados e da promoção contínua da cultura de segurança entre os colaboradores. Essas ações são essenciais para reduzir a probabilidade de recorrências e garantir proteção efetiva aos trabalhadores.

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade. Estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H PORTE II -ALTO DA PONTE.**

## 5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial - UPA ALTO DA PONTE

### 5.1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo em 2 horas



**Análise crítica:** No mês de novembro, a unidade registrou 13.702 atendimentos, superando novamente a meta contratual de 11.700. Desse total, 12.993 (94%) foram concluídos em até duas horas, resultado 4.83 pontos percentuais acima da meta de 90% e superior ao desempenho observado em outubro.

Com o objetivo de compreender a origem dos atrasos no encerramento dos atendimentos médicos e qualificar o fluxo assistencial, foi aplicada a Ferramenta de Ishikawa (Diagrama de Causa e Efeito). A análise evidenciou que os principais fatores que influenciavam negativamente o tempo de espera estavam

concentrados em dois eixos principais: (1) Mão de Obra e (2) Sistema. A seguir, detalha-se cada eixo.

### **1. Mão de Obra – Fator Pessoal**

O estudo apontou que parte dos atrasos estava diretamente relacionada à demora de alguns médicos para encerrar os atendimentos no sistema, mesmo após a conclusão clínica. Esse comportamento ampliava artificialmente o tempo médio de espera e impactava o indicador de finalização em até duas horas.

Para corrigir essa causa, foi elaborado um ranking de tempo de atendimento por profissional, permitindo identificar médicos que estavam acima da média. Em seguida, foram realizadas orientações individuais, com reforço das boas práticas e da importância do encerramento tempestivo. Além disso, houve acompanhamento diário dos atendimentos não finalizados, garantindo maior controle e padronização da conduta.

### **2. Sistema – Fator Sistêmico**

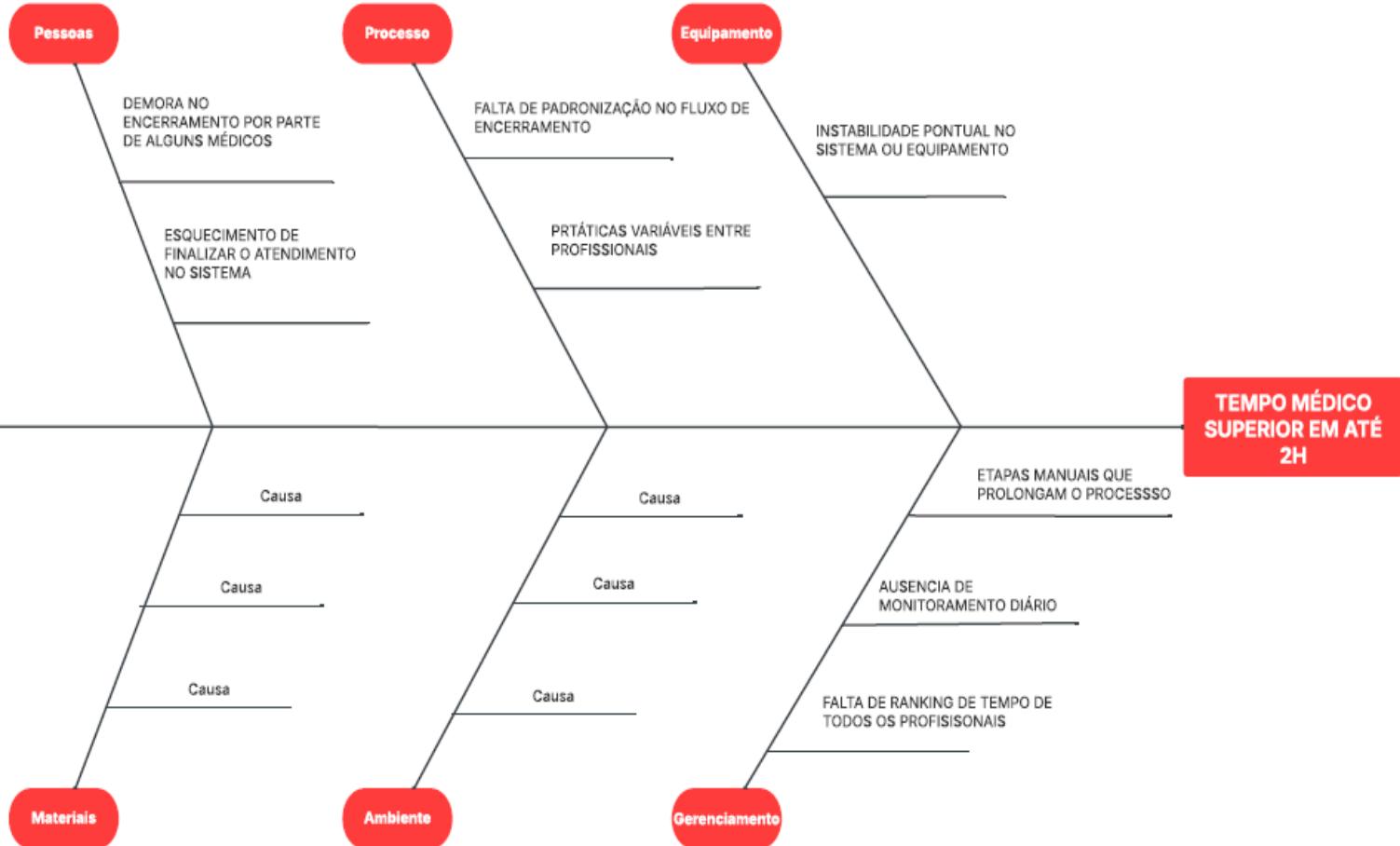
Paralelamente ao fator humano, foram identificados elementos sistêmicos que contribuem para atrasos, como etapas manuais, inconsistências de registro, necessidade de retrabalho e fluxo pouco padronizado dentro da plataforma.

Como resposta, foram adotadas medidas de simplificação das etapas de registro, com redução de processos desnecessários, além de reforço das orientações sobre o uso correto do sistema. Correções operacionais também foram realizadas para diminuir gargalos e melhorar a fluidez no encerramento das fichas.

**ATRASO NO ENCERRAMENTO  
DO ATENDIMENTO MÉDICO**

**DIAGRAMA DE ISHIKAWA – ATRASO NO ENCERRAMENTO  
DO ATENDIMENTO MÉDICO**

<b>Categoria</b>	<b>Causas Identificadas</b>
<b>Mão de Obra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demora no encerramento por parte de alguns médicos</li> <li>• Esquecimento de finalizar o atendimento no sistema</li> </ul>
<b>Método</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de padronização do fluxo de encerramento</li> <li>• Práticas variáveis entre profissionais</li> <li>• Ausência de rotina única</li> </ul>
<b>Sistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapas manuais que prolongam o processo</li> <li>• Inconsistências de registro</li> <li>• Necessidade de retrabalho devido a falhas ou campos incompletos</li> </ul>
<b>Equipamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilidade pontual do sistema ou equipamentos</li> </ul>
<b>Gestão / Fluxo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de monitoramento contínuo dos atendimentos pendentes</li> <li>• Falta de ranking de desempenho para identificar atrasos individuais</li> </ul>



Com a implantação do Fast Track, espera-se uma melhora progressiva nos indicadores de tempo de espera, principalmente entre os pacientes classificados como verde, contribuindo para recuperar o patamar de excelência e atingir novamente a meta de 90% de atendimentos concluídos em até duas horas.

Durante o período avaliado, o fluxo de Fast Track atendeu 965 pacientes, apresentando tempo médio de 00:37:34, demonstrando agilidade no atendimento de baixa complexidade e reforçando o potencial do protocolo para reduzir a pressão sobre o fluxo geral da unidade.

## Conclusão

A aplicação da ferramenta de Ishikawa permitiu identificar de forma objetiva as causas que impactam o tempo de encerramento dos atendimentos médicos. As intervenções direcionadas tanto ao comportamento profissional quanto aos fluxos sistêmicos promoveram melhora imediata e consistente, refletida no alcance de 94% de atendimentos finalizados em até duas horas, desempenho superior ao mês anterior e acima da meta contratual.

## Fast Track

**Análise Crítica:** Em novembro, o Fast Track apresentou **um fechamento completo e consistente de atendimento**, registrando **1390 pacientes atendidos**, o que representa **média de 58 atendimentos diários**. Considerando que o fluxo foi conduzido por **apenas um consultório médico**, o desempenho é expressivo e evidencia a eficiência operacional do modelo.

Do ponto de vista assistencial, o Fast Track contribuiu diretamente para a **redução do tempo médio de espera para atendimento médico da unidade**, que fechou o mês em **38 minutos**, refletindo impacto positivo na fluidez do atendimento e na experiência do paciente.

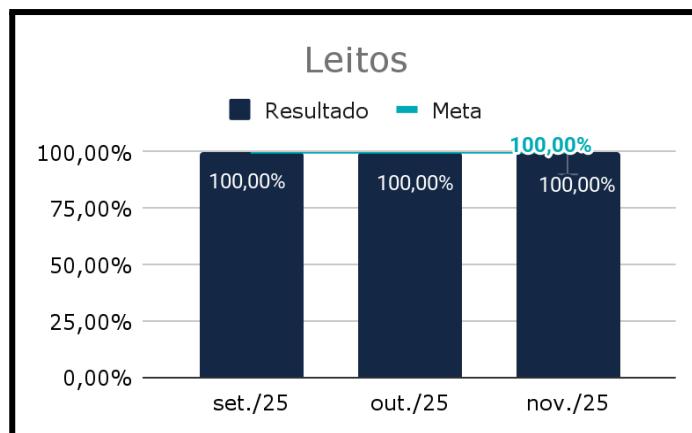
No aspecto financeiro, o custo do atendimento no Fast Track em novembro foi de **R\$1,88 por paciente em insumos**, enquanto o custo médio do paciente classificado como verde foi de **R\$3,54**. Esse comparativo demonstra uma **redução aproximada de 47% no custo por paciente**, reforçando a efetividade do modelo de atendimento rápido e direcionado, além da adequada alocação de recursos conforme a necessidade terapêutica de cada caso.

Dessa forma, os resultados apontam para a **solidez, efetividade e sustentabilidade do projeto**, tanto no âmbito assistencial quanto financeiro.

Por fim, destaca-se que a implantação da **pesquisa de satisfação digital via tablet** já está em fase de desenvolvimento, o que fortalecerá a análise contínua da experiência do usuário e permitirá aprimoramentos com maior precisão e agilidade.



### 5.1.2 Percentual de número de leitos



**Análise crítica:** No mês de novembro, a unidade hospitalar registrou 432 atendimentos distribuídos entre os setores de Observação Clínica Adulta,

Observação Pediátrica, Sala Amarela e Sala Vermelha, componentes centrais do macroprocesso assistencial e responsáveis pela estratificação de risco, estabilização clínica e resposta imediata às intercorrências.

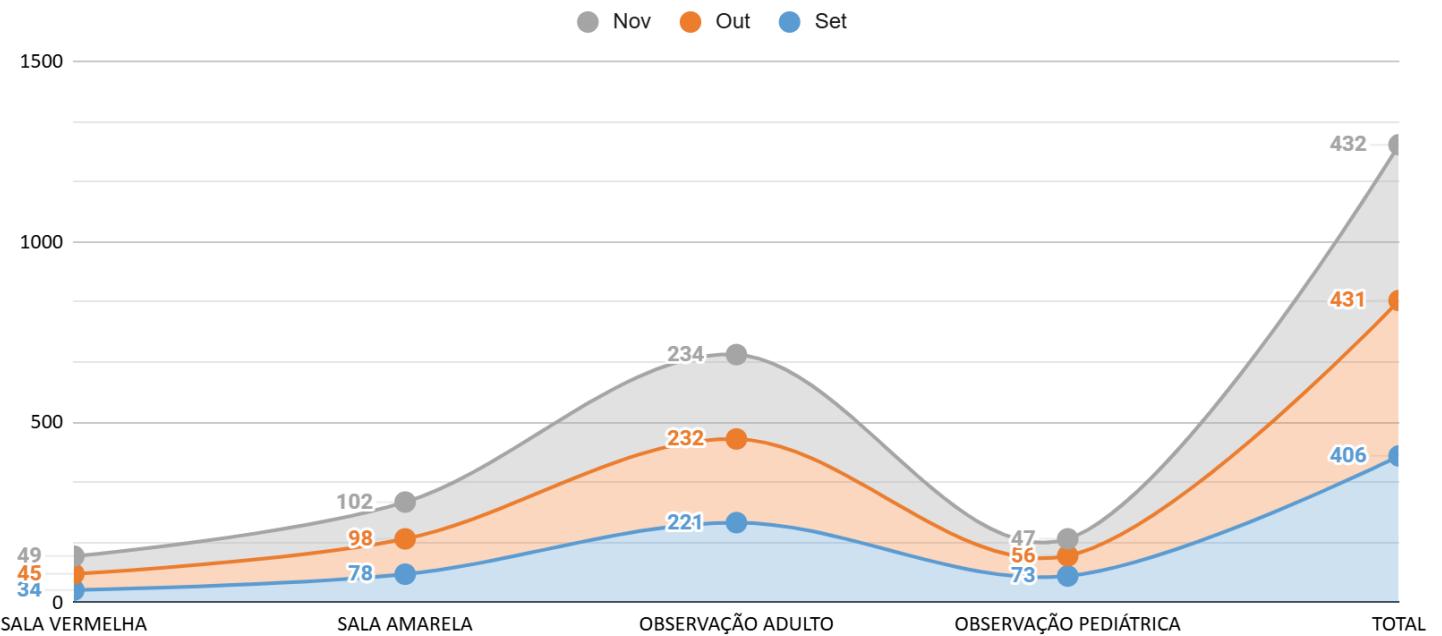
A Observação Clínica Adulta concentrou 234 atendimentos, evidenciando elevada demanda por casos que, embora de menor complexidade, requerem monitorização contínua e vigilância clínica ampliada. A Observação Pediátrica recebeu 47 pacientes, reforçando seu papel estratégico na estabilização de agravos agudos em crianças e adolescentes.

A Sala Amarela registrou 102 atendimentos, configurando-se como área de suporte intermediário para pacientes com risco potencial de agravamento e necessidade de intervenções frequentes. A Sala Vermelha contabilizou 49 atendimentos, concentrando casos críticos com necessidade imediata de suporte avançado à vida.

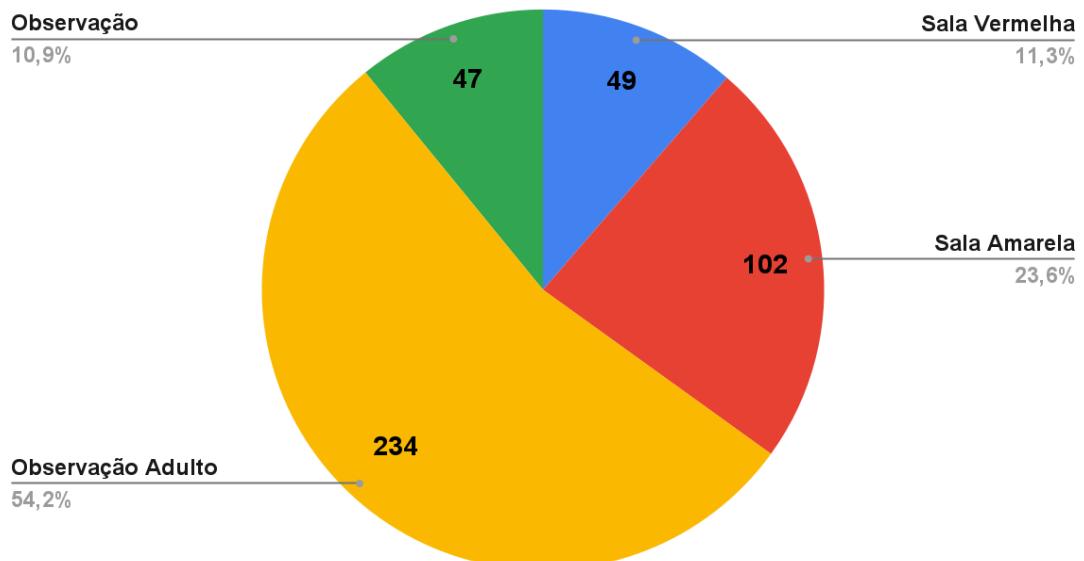
A distribuição dos atendimentos evidencia uma pressão assistencial significativa sobre a unidade, especialmente na Observação Clínica Adulta e nos setores de maior complexidade. Esse cenário reforça a necessidade de dimensionamento adequado de recursos humanos e materiais, garantindo cobertura segura frente ao volume e à gravidade dos casos.

Além disso, torna-se essencial aprimorar os fluxos assistenciais entre observação, estabilização e emergência, de modo a reduzir gargalos, otimizar tempos de resposta e assegurar maior rotatividade de leitos. O fortalecimento desses processos contribui diretamente para a eficiência operacional da unidade e para a manutenção de um cuidado contínuo, seguro e de qualidade.

Do ponto de vista gerencial, os dados reforçam a importância do monitoramento sistemático dos indicadores de ocupação e tempo de permanência, da padronização dos protocolos clínico-operacionais e do fortalecimento da articulação multiprofissional, assegurando eficiência operacional, maior resolutividade e manutenção da qualidade e segurança do cuidado.

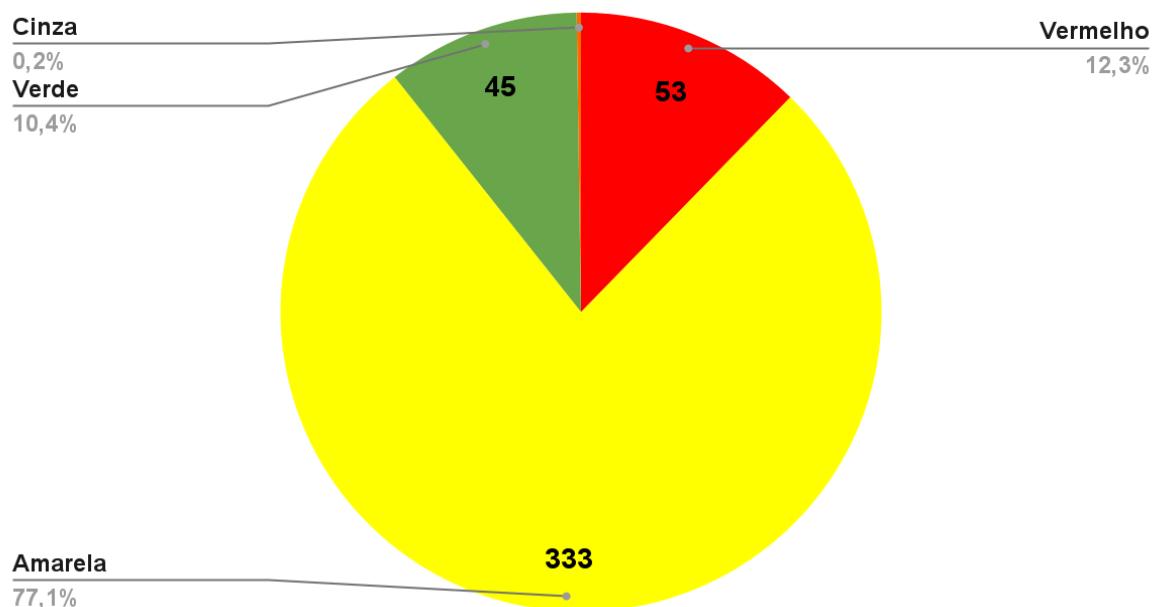


A seguir, apresenta-se um gráfico com a proporção percentual dos atendimentos por setor, permitindo análise objetiva da distribuição da demanda ao longo do período.

**Setores de admissão****Setores de Admissão**

## Perfil de Classificação de Risco dos Pacientes Admitidos

### Classificação de Risco



No mês de novembro, os pacientes em regime de observação foram avaliados conforme a Classificação de Risco da PNH, assegurando priorização assistencial proporcional à gravidade clínica.

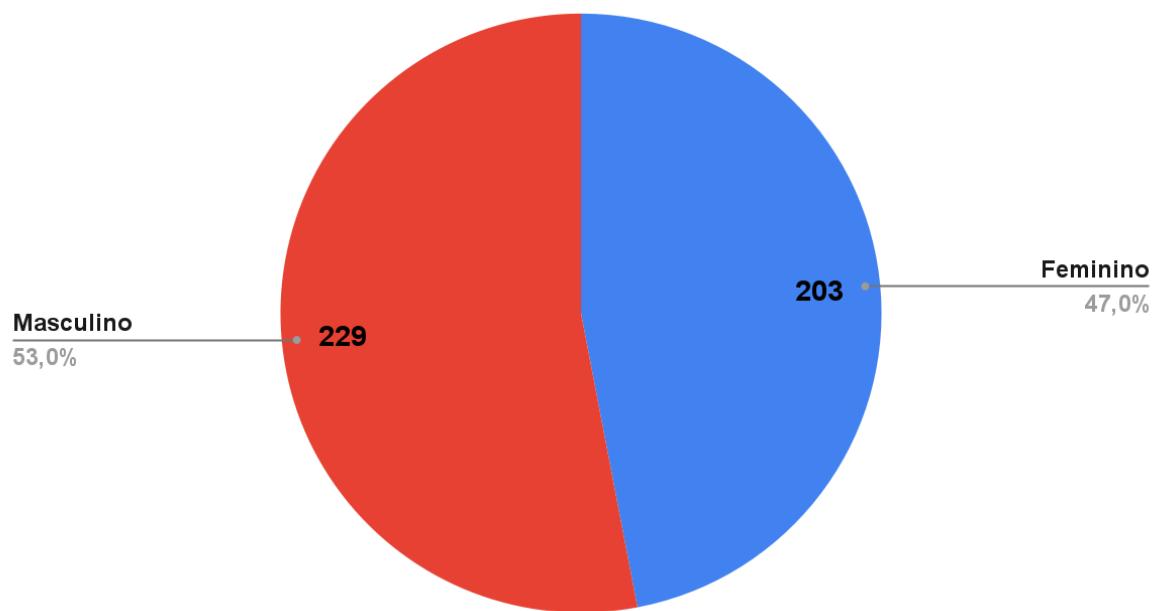
Dos avaliados, 53 (12,3%) foram classificados como vermelho (quadros críticos com necessidade de intervenção imediata), 333 (77,1%) como amarelo (risco intermediário e necessidade de monitorização contínua), 45 (10,4%) como verde (baixa complexidade e estabilidade clínica) e estava na fila dedicada de cinza, 01 (0,2%) este paciente foi admitido em leito de observação para avaliação de exames laboratoriais, a fim de confirmar se a clínica do paciente estava compatível com a terapia medicamentosa utilizada até o momento pelo mesmo.

A predominância da classificação amarela evidencia elevada demanda por vigilância clínica e recursos de média complexidade. Esse perfil reforça a importância da estratificação de risco na organização do cuidado, na otimização de

recursos e na agilidade da resposta assistencial, contribuindo para maior segurança e qualidade no atendimento.

### **Perfil de Sexo dos Pacientes Admitidos**

#### **Perfil Sexo**



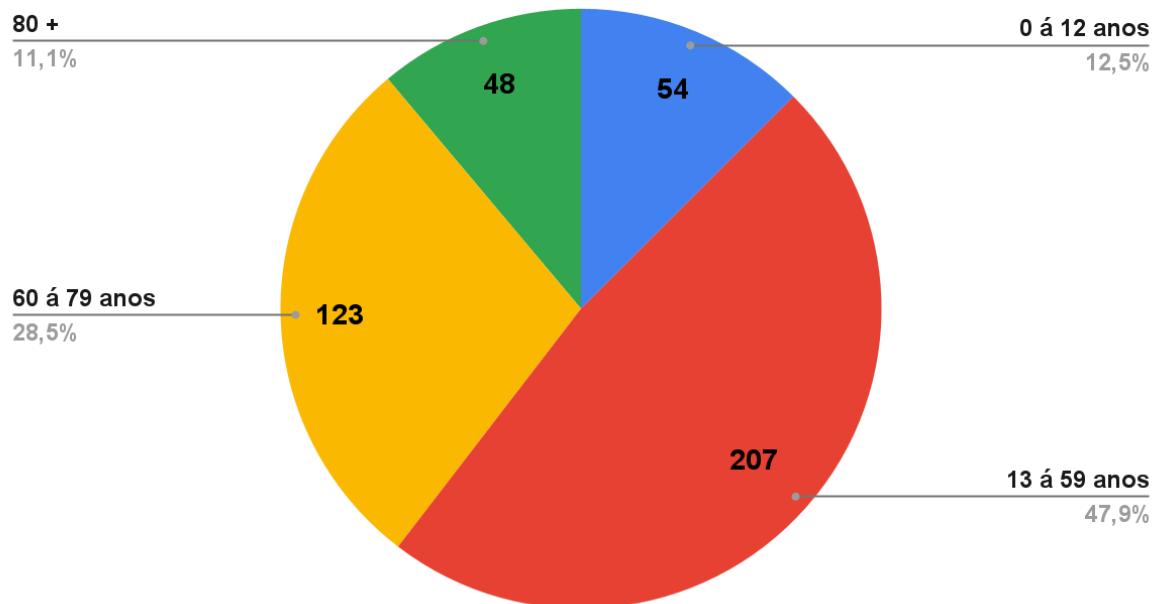
**Análise Crítica:** Em Novembro, a distribuição por sexo dos pacientes em observação mostrou discreta predominância masculina (229 pacientes - 53,0%) frente ao feminino (203 pacientes - 47,0%). Essa composição orienta o planejamento assistencial e a alocação de recursos.

A maior demanda masculina pode refletir maior exposição a riscos e agravos agudos, reforçando o papel da UPA como porta de entrada estratégica para urgência e emergência. A unidade demonstra capacidade de triagem qualificada, estabilização e encaminhamento seguro, apoiada por protocolos clínicos estruturados.

A integração com a Atenção Primária aumenta a resolutividade da rede, evita sobrecarga e garante continuidade do cuidado, consolidando eficiência, segurança e qualidade assistencial.

### Perfil Etário dos Pacientes Admitidos

#### Perfil Etário



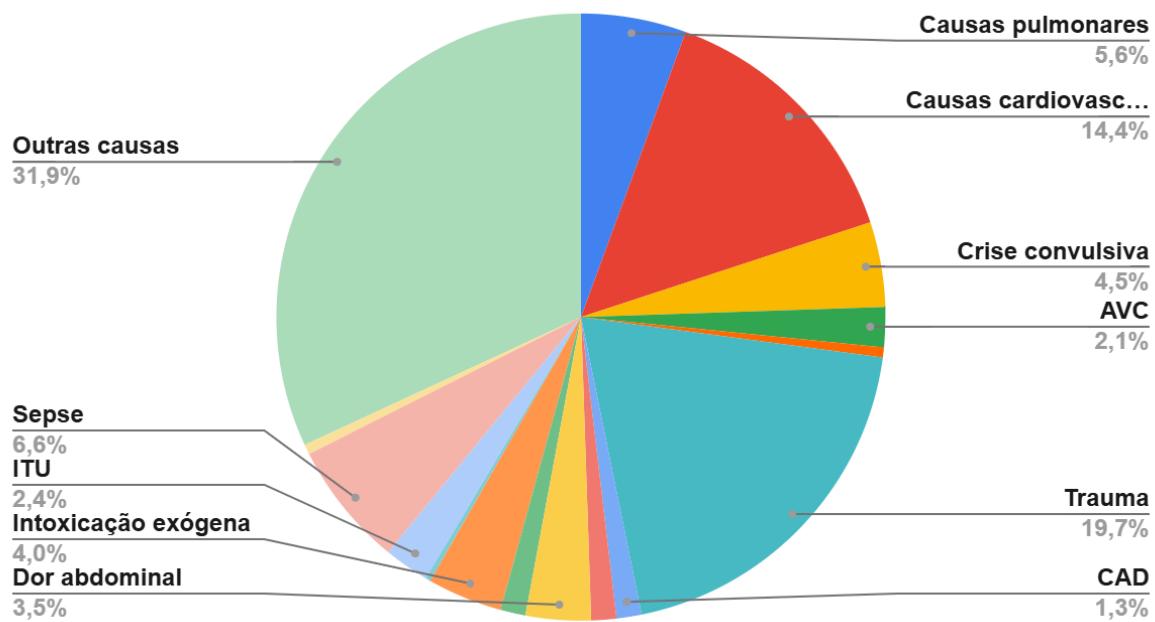
**Análise Crítica:** No mês de novembro, os 432 pacientes admitidos nos setores de observação da unidade apresentaram ampla diversidade etária, evidenciando o papel estratégico e resolutivo da UPA dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A maior concentração de atendimentos ocorreu na faixa etária de 13 a 59 anos, que representou 207 pacientes (47,9%). Em seguida, destacam-se os grupos de 60 a 79 anos (123 pacientes – 28,5%), 0 a 12 anos (54 pacientes 12,5%) e 80 anos ou mais (48 – 11,1%).

Essa distribuição reforça a capacidade da unidade em responder de forma integral às demandas de crianças, adultos e idosos, demonstrando organização eficiente dos fluxos assistenciais e adequada alocação dos recursos. Além disso, evidencia

que a equipe mantém atuação consistente frente ao perfil epidemiológico local, garantindo cuidado oportuno, continuidade assistencial e qualidade no atendimento à população.

### Perfil Hipótese Diagnóstica dos Adultos

#### Hipótese Diagnóstica Adulto



**Análise Crítica:** No período analisado, os atendimentos de pacientes adultos evidenciaram ampla diversidade clínica e elevada complexidade assistencial, reforçando o papel estratégico da unidade dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os traumas foram predominantes com (74 casos), que envolveram quedas, fraturas e traumatismos cranioencefálicos, em seguida ficaram as condições cardiovasculares com 54 atendimentos. As afecções pulmonares somaram 21 registros, incluindo DPOC, pneumonia e broncoespasmo.

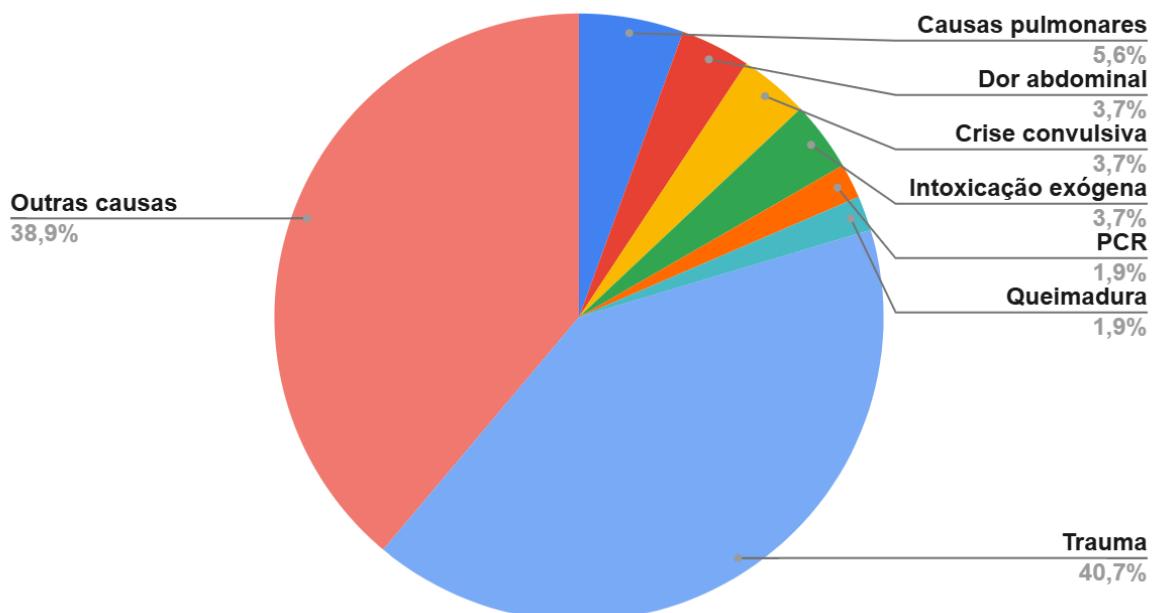
Também se destacaram casos de sepse (25), intoxicação exógena (15) e crises convulsivas (17), todos exigindo monitoramento contínuo e execução rigorosa dos protocolos institucionais. Outras condições de relevância incluíram AVC (8), dor abdominal (13), cetoacidose diabética (5), distúrbios eletrolíticos (5), ideação suicida (5), ITU (9), TVP (2), dengue (2) e ocorrência de acidente com animal peçonhento (1), manejadas conforme diretrizes clínicas específicas.

O grupo classificado como “outras causas” totalizou 120 atendimentos, evidenciando a heterogeneidade do perfil clínico que chega à unidade e a necessidade de equipes preparadas para responder a múltiplos agravos.

Esse conjunto de dados reforça a capacidade da unidade em avaliar, estabilizar e direcionar casos de diferentes níveis de complexidade, demonstrando maturidade organizacional, efetividade dos fluxos assistenciais e integração qualificada com a Atenção Primária à Saúde (APS). Tais elementos contribuem diretamente para a continuidade, integralidade e segurança do cuidado ofertado à população.

## Perfil Hipótese Diagnóstica da Pediatria

### Hipótese Diagnóstica 0 á 12 anos



**Análise Crítica:** No período analisado, os atendimentos pediátricos evidenciaram ampla diversidade clínica, reforçando a atuação da unidade no manejo de casos de urgência e emergência infantil.

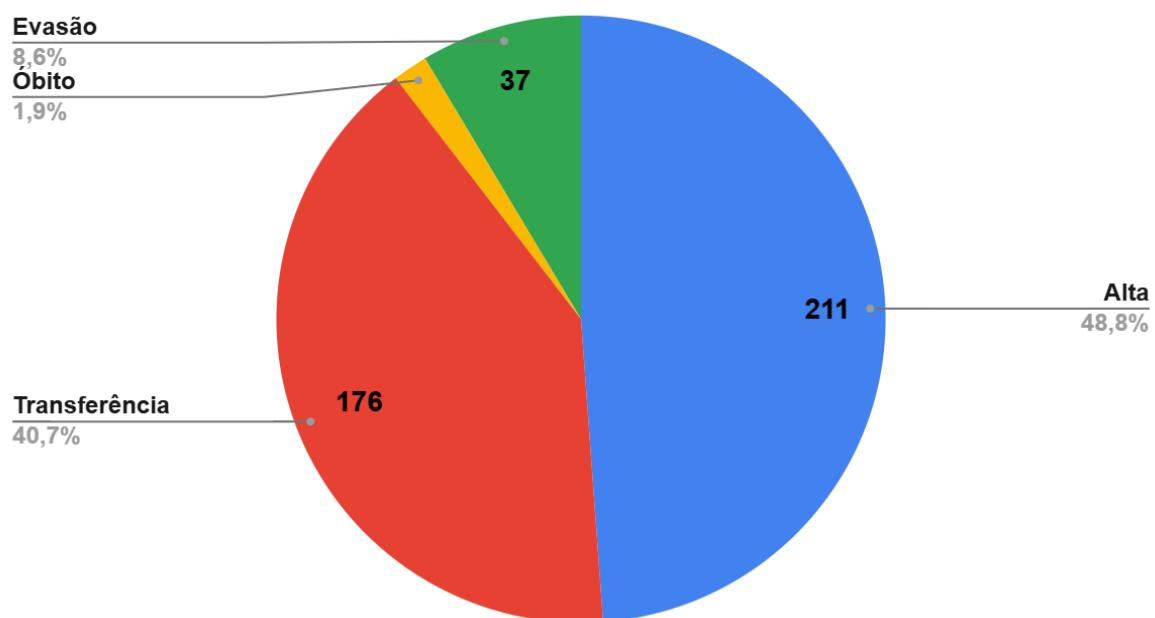
Os traumas foram predominantes, totalizando 22 atendimentos, incluindo quedas e acidentes domésticos. As outras causas corresponderam a 21 casos, evidenciando a heterogeneidade da demanda.

As condições clínicas incluíram causas pulmonares (3), dor abdominal (2), crises convulsivas (2), intoxicação exógena (2), PCR (1) e queimadura (1), todas manejadas conforme protocolos institucionais com monitoramento adequado.

Esses dados reforçam a capacidade da unidade em avaliar, estabilizar e encaminhar pacientes pediátricos, garantindo segurança, integralidade e continuidade do cuidado dentro da rede de atenção à saúde.

## Desfecho dos Pacientes Admitidos

### Desfecho



### Análise Crítica:

No período analisado, dos 432 atendimentos, os desfechos registraram-se da seguinte forma: alta médica: 211 pacientes (48,8%), transferência para outros serviços: 176 (40,7%), óbitos: 8 (1,9%) e evasões: 37 (8,6%).

A predominância de altas e transferências evidencia a capacidade resolutiva da unidade, garantindo estabilização clínica eficaz e encaminhamento seguro dentro da rede de atenção. A ocorrência de óbitos e evasões ressalta a importância do monitoramento contínuo, aplicação rigorosa de protocolos clínicos e articulação efetiva com os serviços de referência, assegurando qualidade, segurança e integralidade do cuidado.

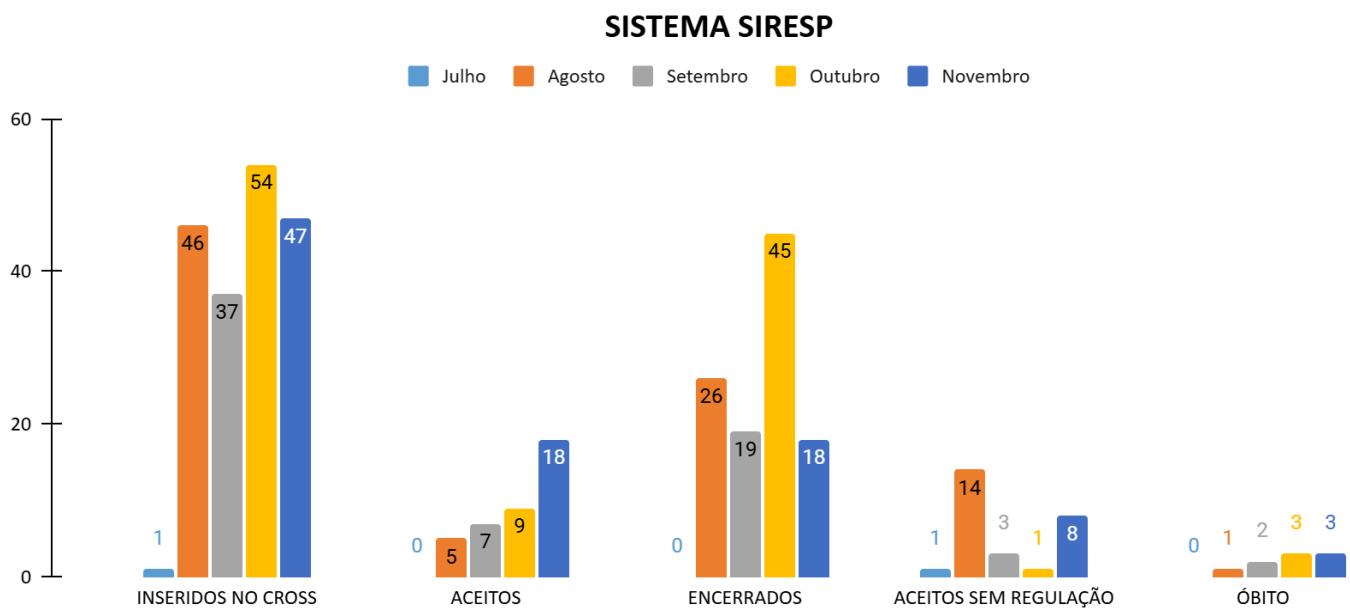
Tempo de Permanência	
<b>Máximo</b>	<b>191:40:00</b>
<b>Médio</b>	<b>13:49:00</b>
<b>Minímo</b>	<b>00:39:00</b>

No período analisado, o tempo de permanência dos pacientes na unidade variou significativamente: máximo de 191h40min, mínimo de 39min (aproximadamente 08 dias) e tempo médio de 12h48min.

O valor médio reflete a capacidade da unidade em realizar observação clínica adequada e estabilização eficiente, enquanto os extremos indicam a diversidade de complexidade assistencial, abrangendo desde casos de baixa gravidade até pacientes que exigiram monitoramento prolongado ou transferência para serviços de maior complexidade.

O monitoramento contínuo desses indicadores é essencial para otimizar a alocação de recursos, planejar fluxos assistenciais e aprimorar a eficiência operacional, garantindo segurança e qualidade na assistência.

## Pacientes Regulados via SIRESP



**Análise Crítica:** No período analisado, 47 pacientes foram cadastrados no sistema SIRESP. Destes, 18 receberam aceite para referência intermunicipal, distribuídos da seguinte forma: 14 para o Hospital Municipal de São José dos Campos, 2 para o Hospital Regional de São José dos Campos e 2 para o Hospital de PIO XII.

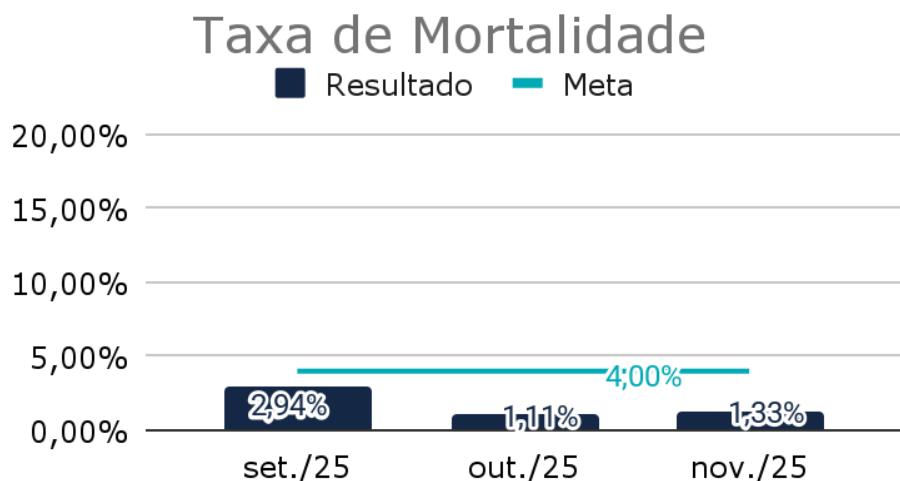
Os demais 29 casos foram encerrados no sistema, enquanto 8 pacientes obtiveram aceite sem mediação direta do SIRESP, por meio de fluxos alternativos previamente estabelecidos, como e-mails institucionais e formulários eletrônicos, garantindo continuidade e segurança no processo regulatório.

Durante o período, dos pacientes que aguardavam vaga ocorreram 3 óbitos, ambos em pacientes com limitação terapêutica previamente definida, caracterizando eventos não evitáveis.

O cenário evidencia a integração eficaz do SIRESP ao processo de regulação, aliada à manutenção de mecanismos complementares que asseguram continuidade assistencial, otimização de recursos e atendimento oportuno. Estes

dados consolidam a unidade como elo estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com capacidade de articular fluxos de referência de forma segura, eficiente e resolutiva.

#### 5.1.3 Taxa de Mortalidade < de 24H



**Análise crítica:** No período em análise, foram registrados oito (08) óbitos na unidade. Desses, três (3) ocorreram após 24 horas de permanência e cinco (05) em período inferior a 24 horas. Todos os casos foram classificados como não evitáveis.

Em relação à taxa de mortalidade dos pacientes com tempo de permanência inferior a 24 horas, o indicador apresentou resultado de 1,33%, mantendo-se abaixo da meta institucional estabelecida de 4%, o que demonstra a efetividade das condutas clínicas, o cumprimento dos protocolos assistenciais e a agilidade nas tomadas de decisão por parte da equipe multiprofissional.

Ressalta-se que a unidade segue empenhada na qualificação contínua dos processos de atendimento e estratificação de risco, assegurando que todos os pacientes recebam avaliação precoce, intervenções oportunas e monitoramento adequado durante todo o período de permanência. Essa atuação reflete o

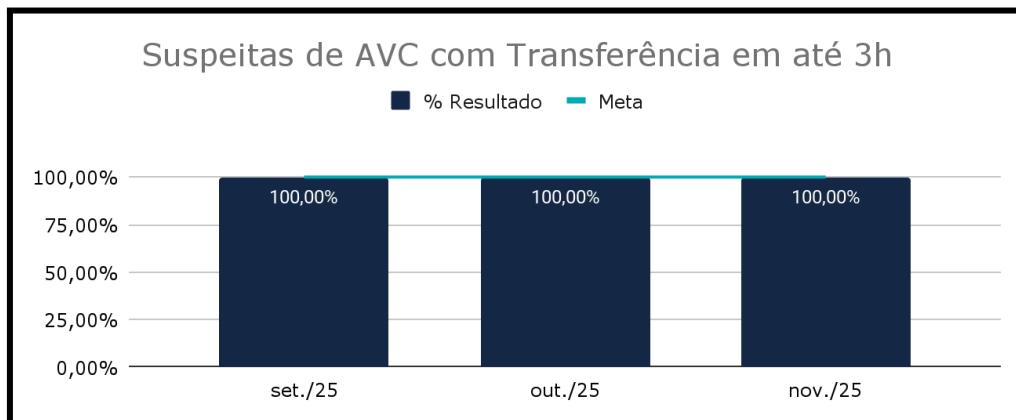
compromisso da equipe com a segurança do paciente, a qualidade da assistência e o fortalecimento da linha de cuidado nas situações de urgência e emergência.

Segue abaixo um breve relato dos óbitos ocorridos:

- 1. Paciente S.M.P, 61 anos, sexo feminino, FA 1308017**, trazido pelo SAMU em 22/11/2025 com relato de dessaturação e queda do estado geral. paciente com cardiopatia e pneumopatia exacerbada. Evoluiu para parada cardiorrespiratória. declarado óbito às 18:11 do dia 21/11/2025.
- 2. Paciente S.F, 80 anos, sexo masculino, FA 1244682**, trazido por SAMU, com relato de queda do estado geral, dessaturação e cianose de extremidades. Paciente com diagnóstico prévio de neoplasia de próstata, já instituído cuidados proporcionados previamente ao atendimento, apresentando piora clínica, evoluindo para PCR, sendo constatado óbito às 17:16 horas do dia 16/11/2025.
- 3. Paciente A.A.C, 82 anos, sexo feminino, FA 146641**, trazida pelo SAMU, com quadro de dispneia com esforço respiratório. apresentando hipótese diagnóstica de edema agudo de pulmão e cardiopatia. Apresentando piora clínica, evoluindo para PCR, sendo constatado óbito às 00:11 horas do dia 15/11/2025.
- 4. Paciente E.G.L, 81 anos, sexo masculino, FA 1315309**, trazido via SAMU, com dispneia e rebaixamento do nível de consciência. com hipótese diagnóstica de insuficiencia respiratória aguda devido descompensação de insuficiencia cardiaca e edema agudo de pulmão. Apresentando piora clínica, evoluindo para PCR, sendo constatado óbito às 23:00 horas do dia 12/11/2025.

5. **Paciente T.F, 69 anos, sexo feminino, FA 88399**, trazida por meios próprios em carro particular, não responiva com hipótese diagnóstica de BAVT, evoluindo para PCR, sendo constatado óbito às 23:30 horas do dia 08/11/2025.
6. **Paciente A.O.C, 84 anos, sexo masculino , FA 85413**, trazido por meios próprios, já em PCR, apresentando cianose central, midriase pupilar e livedo. constatado óbito às 15:20 horas e encaminhamento para IML.
7. **Paciente B.R.B.P, 92 anos , sexo feminino, FA 4522**, trazido pelo SAMU, com quadro de dor em MID, dispneia, e uso de musculatura acessória. Aberto protocolo de sepse para paciente. paciente apresentando piora clínica, evoluindo para PCR, sendo constatado óbito às 19:56 horas do dia 04/11/2025.
8. **Paciente C.F.M.S., 69 anos, feminino, FA 1303338**, deu entrada na unidade dia 03/11/2025 às 21:07, via SAMU, com quadro de dessaturação, queda do estado geral e dispneia. Paciente admitida na unidade e mantida sob observação, com suporte clínico, paciente em cuidados proporcionais, com respiração agônica, entrou em PCR, declarado óbito às 23:00 do dia 03/11/2025.

#### 5.1.4 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidado AVC



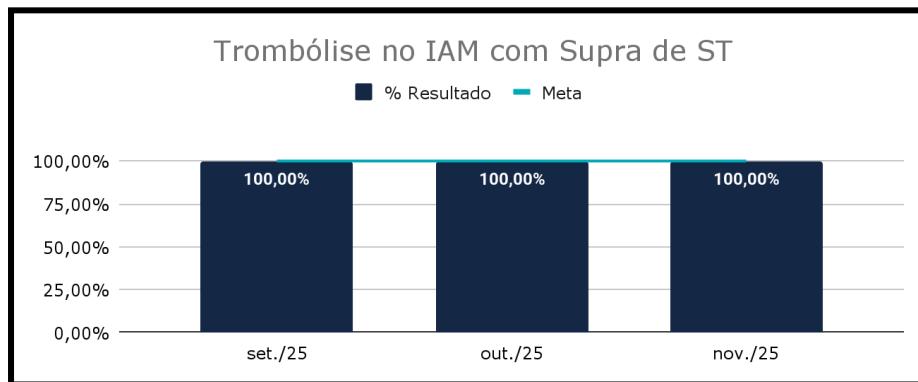
**Análise crítica:** Durante o período analisado, foram abertos treze (13) protocolos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) na unidade. Dentre esses, cinco (05) pacientes encontravam-se dentro do tempo de janela terapêutica, o que permitiu o manejo alinhado às diretrizes institucionais e ao protocolo da linha de cuidado do AVC. Esse resultado evidencia a capacidade da equipe em identificar precocemente sinais neurológicos e acionar o fluxo adequado em tempo oportuno, demonstrando atenção, sensibilidade clínica e prontidão assistencial.

Dos treze protocolos inicialmente abertos, oito (08) foram posteriormente descartados após avaliação minuciosa e exames complementares que afastaram o diagnóstico de AVC. Esse fato também deve ser compreendido como um aspecto positivo do processo, pois demonstra assertividade na condução clínica, qualidade na investigação diagnóstica e tomada de decisão segura. A abertura do protocolo, mesmo quando não confirmada, reforça a postura vigilante da equipe, alinhada à premissa de que a suspeita deve ser sempre valorizada para garantir segurança ao paciente e agilidade no atendimento.

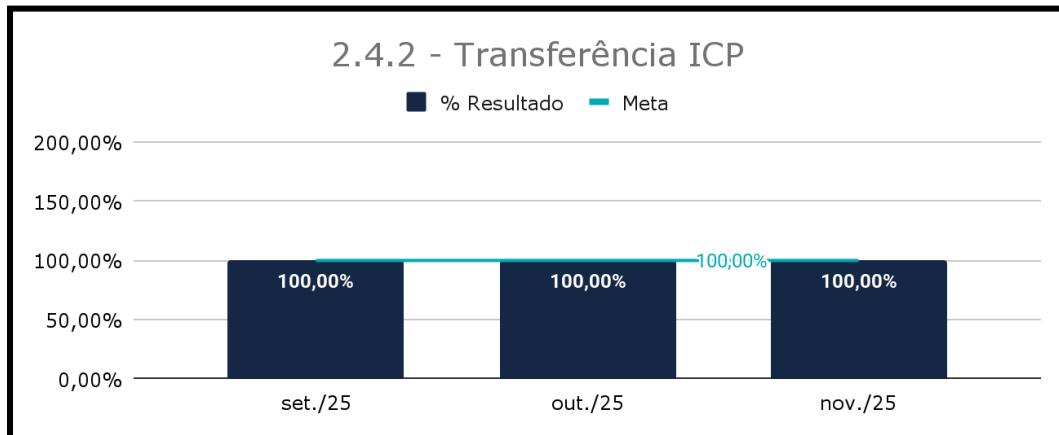
De forma geral, os dados demonstram que a unidade possui profissionais atentos e que a linha de cuidado do AVC está sendo devidamente acionada diante de sinais de alerta. O cenário aponta para oportunidades de aprimoramento no aumento do número de casos elegíveis dentro da janela terapêutica, mas,

sobretudo, evidencia um fluxo assistencial que vem garantindo resposta rápida, avaliação criteriosa e tomada de decisão baseada em protocolos e evidências.

#### **5.1.5 Percentual de pacientes trombolisados +percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidado do IAM**



**Análise crítica:** Durante o período analisado, observou-se que a série histórica permaneceu estável em todas as ROTAS estabelecidas na linha de cuidado, evidenciando a consistência dos resultados assistenciais e a efetividade das ações executadas pela equipe. Esse cenário reforça a maturidade dos processos de trabalho, a aderência aos protocolos institucionais e o comprometimento da unidade com a qualidade, a vigilância clínica e a integralidade do cuidado prestado aos usuários.



**Análise crítica:** Tivemos quatro (04) pacientes que seguiram a **ROTA 1** no período analisado, todos devidamente referenciados ao Hospital PIO XII e inseridos na coordenação do cuidado junto à Atenção Primária. Conforme mencionado anteriormente, em dois (02) casos foi realizada trombólise na própria unidade e os demais foram encaminhados para ICP de urgência, considerando a disponibilidade da sala de hemodinâmica.

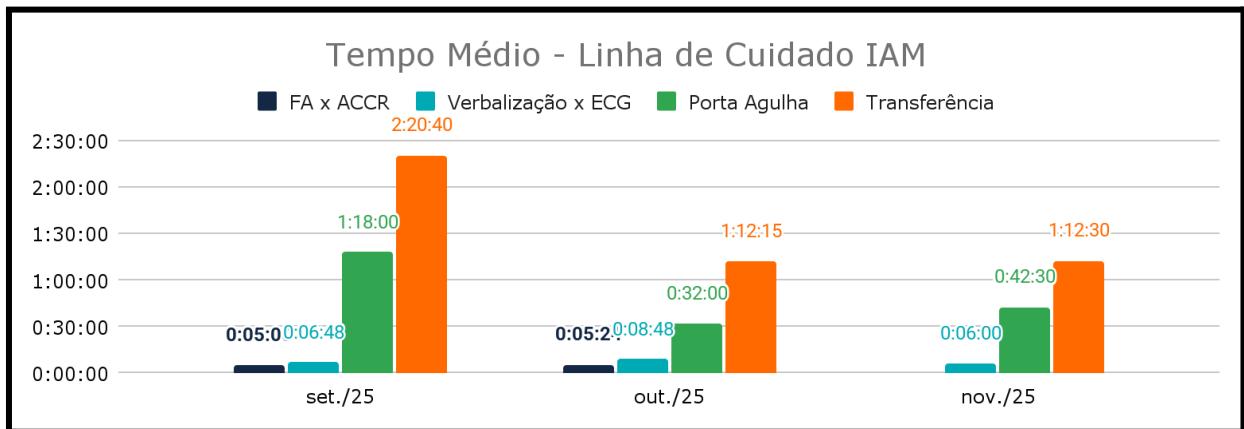
A seguir, apresentamos um breve relato dos casos:

**1. Paciente L.C.C., 63 anos, sexo masculino, FA 52846**, deu entrada na unidade de meios próprios no dia 01/11/2025 às 06:23, referindo dor torácica retroesternal em aperto com irradiação para dorso de início há 3 dias. Paciente renal crônico, diabético, com insuficiência cardíaca e hipertensão. Deu início ao protocolo de dor torácica, seguindo a linha de cuidado, não sendo evidenciado supra do segmento S-T perante ECG, porém com hipótese diagnóstica de IAMSSST, associado a urgência dialítica, com troponinas positivas. Devido ao alto risco cardiológico, paciente foi eleito ao cateterismo cardíaco de forma eletiva e transferido para o Centro de Hemodinâmica no dia 02/11/2025 às 14:55.

**2. Paciente M.A.P., 61 anos, sexo masculino, FA 97309**, deu entrada na unidade de meios próprios no dia 01/11/2025 às 03:55 referindo dor epigástrica em aperto de forte intensidade de início no dia do atendimento.

Paciente inserido no protocolo de dor torácica, seguindo a linha de cuidado, sendo evidenciado pelo ECG (IAM EVOLUÍDO), não sendo indicado cateterismo primário. Paciente sofreu PCR no dia 01/11/2025 às 13:56, sendo realizado IOT e obtendo retorno da circulação espontânea após medidas de ressuscitação. Paciente transferido para o Centro de Hemodinâmica às 15:36, devido deterioração clínica, dando continuidade ao tratamento.

- 3. Paciente B.G.O., 64 anos, sexo masculino, FA 1344876**, deu entrada na unidade de meios próprios dia 02/11/2025 às 13:36, referindo dor retroesternal do tipo aperto com irradiação para dorso de início há 1 hora. Paciente inserido no protocolo de dor torácica e sendo evidenciado IAMCSST, paciente eleito a trombólise na unidade devido superlotação de leitos no centro de hemodinâmica. Com tempo porta-agulha de 40 minutos, sendo então transferido para o centro de hemodinâmica no dia 03/11/2025 às 00:48, dando continuidade ao tratamento.
  
- 4. Paciente L.A., 57 anos, sexo feminino, FA 1294770**, deu entrada na unidade via SAMU no dia 24/11/2025 às 16:45, com relato de que teve uma pré-síncope e mal estar geral de início súbito na UBS, sendo realizado ECG na UBS com evidencia de IAMCSST, sendo então transferido para UPA para investigação. Paciente deu entrada com sinais vitais estáveis, porém referindo discreta dor epigástrica. Paciente inserido no protocolo de dor torácica, sendo evidenciado pelo ECG da UPA (SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST EM DII, DIII e AVF). Paciente eleito a trombolítico na unidade devido lotação em sala de hemodinâmica. Tempo porta-agulha de 45 minutos. Sendo então transferido no dia 25/11/2025 às 14:15, dando continuidade ao tratamento no PIO XII.

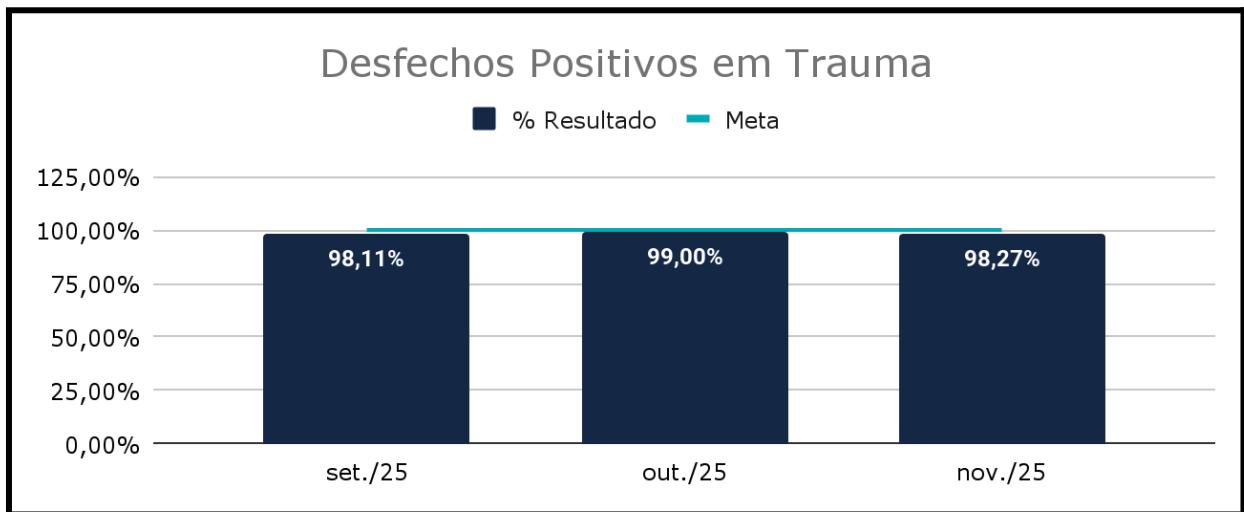


**Análise crítica:** Durante o período analisado, a unidade apresentou os seguintes tempos assistenciais: 00:05:24 para abertura da ficha de atendimento, 00:06:45 para realização do eletrocardiograma (ECG), 00:42 para o tempo porta-agulha e 01:12:15 entre a verbalização e a transferência.

Destaca-se uma melhora significativa nos tempos de porta-agulha e transferência em relação ao mês anterior, evidenciando a efetividade das ações de sensibilização, capacitação e alinhamento realizadas junto à equipe assistencial. Esse desempenho traduz o comprometimento e a agilidade da equipe multiprofissional, refletindo diretamente na qualidade do atendimento prestado e na segurança do paciente.

A manutenção dos tempos dentro dos parâmetros recomendados reforça o amadurecimento da linha de cuidado cardiovascular na unidade, bem como a adesão às boas práticas institucionais e às diretrizes da Rede de Urgência e Emergência, fortalecendo a eficiência do fluxo assistencial.

### 5.1.6 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma



**Análise crítica:** Durante o período analisado, foram registrados aproximadamente 346 atendimentos relacionados a casos de trauma, número que, embora expressivo, evidencia a capacidade da unidade em absorver uma demanda significativa e atuar como ponto estratégico na rede de urgência do território. Esse volume reforça um aspecto positivo importante: a unidade demonstra estrutura funcional para responder a diferentes níveis de complexidade, acolhendo desde casos leves até situações que exigem ações emergenciais com rapidez e precisão.

A elevada procura também indica confiança da população no serviço e consolida a unidade como referência na região, o que ressalta a efetividade das equipes de acolhimento e triagem, capazes de organizar o fluxo assistencial mesmo diante de cenários de grande movimentação. Além disso, a recorrência de atendimentos por trauma oferece a oportunidade de aprimorar continuamente competências clínicas da equipe multiprofissional, fortalecendo a expertise da unidade no manejo de urgências traumáticas.

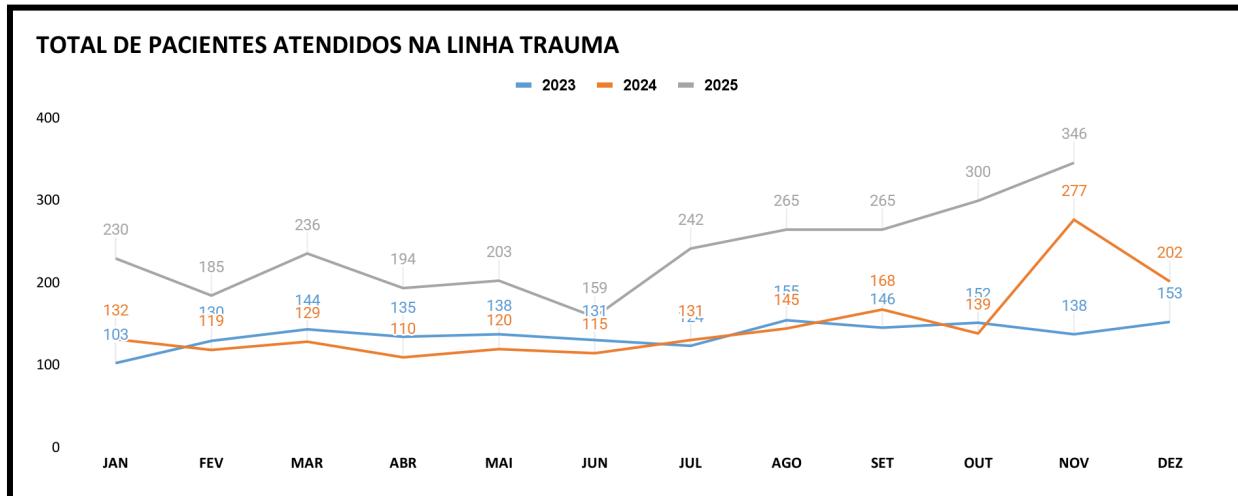
Embora a análise quantitativa não detalhe a gravidade dos casos, o registro sistemático desses atendimentos já se configura como um avanço, pois permite monitorar tendências e dimensionar a importância do serviço na resposta rápida a acidentes domésticos, quedas, ocorrências de trânsito e episódios relacionados à

violência — problemas comuns em áreas urbanas e periurbanas. Esses dados iniciais reforçam a relevância do serviço e abrem espaço para ampliar a qualificação das informações, potencializando ainda mais o planejamento em saúde.

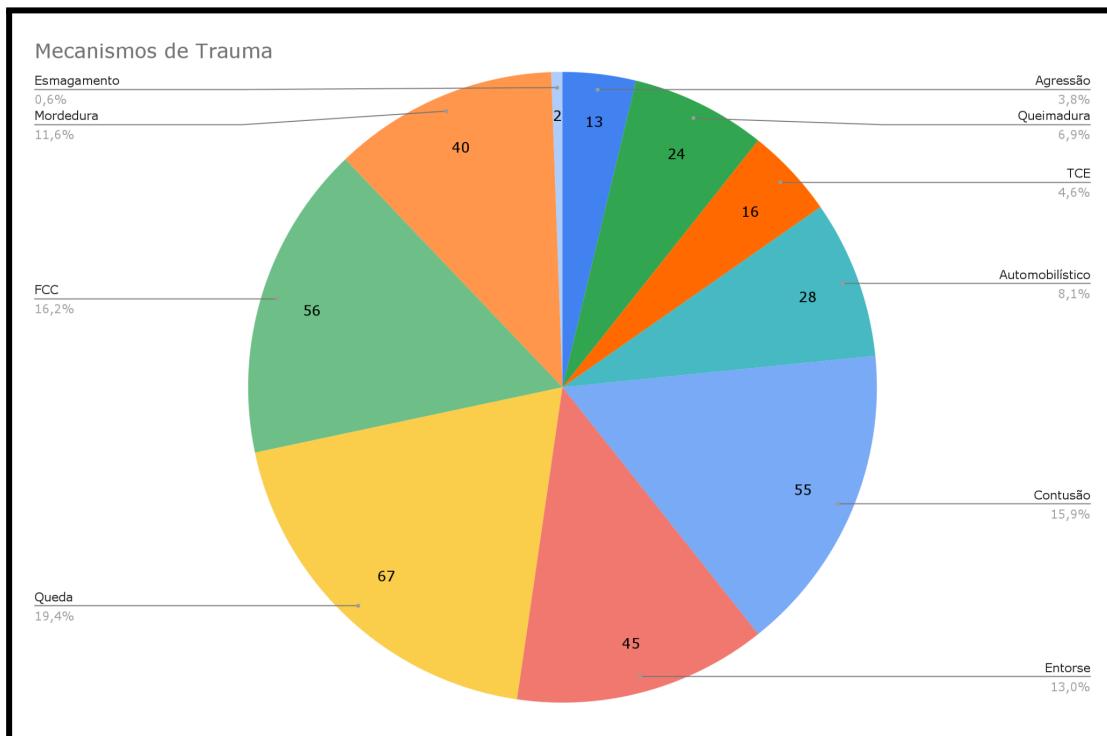
Outro ponto positivo é a capacidade operacional da unidade frente a um volume tão elevado. Mesmo diante da alta demanda, o serviço mantém suas atividades essenciais, indicando boa organização interna, protocolos claros e comprometimento da equipe. Isso se torna especialmente relevante ao considerar os riscos de sobrecarga assistencial, que, apesar de existirem, são mitigados pelo esforço contínuo em manter fluxos estáveis e atendimento seguro.

A ausência de dados mais detalhados sobre perfil epidemiológico e gravidade dos traumas se apresenta como oportunidade de melhoria, e não apenas como limitação. A consolidação de registros mais completos poderá fortalecer ainda mais os resultados já alcançados, permitindo ações preventivas direcionadas, como campanhas educativas, intervenções no território e articulação com políticas públicas de segurança e prevenção à violência.

Em síntese, embora o alto número de atendimentos por trauma represente um desafio, ele também revela aspectos positivos essenciais: a robustez da unidade, a capacidade de resposta, a confiança da população e o comprometimento da equipe. O aprimoramento dos registros e da análise epidemiológica permitirá, futuramente, expandir esses resultados positivos e qualificar as estratégias de prevenção e cuidado, beneficiando diretamente os usuários e fortalecendo toda a rede assistencial.



## Mecanismo de Trauma dos Todos os Pacientes Atendidos na Unidade



**Análise crítica:** No mês de novembro, foram registrados 346 atendimentos relacionados a traumas na unidade, distribuídos segundo diferentes mecanismos de lesão. A análise detalhada desses dados é essencial para delinejar o perfil epidemiológico dos usuários, identificar as principais demandas clínicas e avaliar a

efetividade da resposta da rede de urgência e emergência, especialmente nos casos de maior complexidade.

A estratificação dos atendimentos por tipo de trauma — quedas, acidentes de trânsito, agressões físicas e ferimentos diversos — configura uma ferramenta estratégica, pois permite direcionar ações de prevenção, ajustar a alocação de recursos e aprimorar a capacidade de resposta da equipe assistencial, sobretudo nas situações que exigem suporte avançado ou transferência para serviços de maior porte.

O elevado volume de ocorrências reforça a necessidade de manter equipes qualificadas, protocolos assistenciais bem estruturados e fluxos ágeis, assegurando atendimento seguro e resolutivo diante da diversidade e gravidade dos casos. Também evidencia a importância de uma atuação integrada com outros setores — como segurança pública, educação, mobilidade urbana e assistência social — visando mitigar fatores de risco sociais, comportamentais e ambientais que impactam diretamente na incidência e recorrência de traumas na comunidade.

Assim, a interpretação desses dados transcende a dimensão estritamente assistencial e oferece subsídios relevantes para o planejamento e aprimoramento de políticas públicas de saúde, voltadas à promoção da segurança, prevenção de lesões e redução da sobrecarga sobre os serviços de urgência e emergência.

A seguir, apresenta-se a distribuição percentual dos principais mecanismos de lesão identificados no período.

- Queda: 19,4%
- FCC: 16,2%
- Contusão: 15,9%
- Acidente automobilístico: 8,1%
- Mordedura: 11,6%
- Traumatismo craneoencefálico (TCE): 4,6%
- Queimadura: 6,9%
- Entorse: 13%

- Agressão física: 3,8%
- Ferimento por arma branca (FAB): 0%
- Ferimento por arma de fogo (FAF): 0%
- Amputação: 0%
- Esmagamento: 0,6%

A análise dos dados evidencia um panorama relevante sobre o perfil dos traumas atendidos na unidade, com destaque para a predominância das quedas, responsáveis por aproximadamente 19,4% dos atendimentos. Esse cenário reafirma uma tendência recorrente nos serviços de urgência e emergência, sobretudo em populações mais envelhecidas, nas quais as quedas constituem importante causa de morbidade, perda funcional e internações hospitalares. A elevada frequência desse mecanismo reforça a necessidade de estratégias preventivas mais efetivas, com foco na segurança do ambiente domiciliar, revisão de medicações potencialmente associadas ao risco de queda e promoção de mobilidade segura.

As feridas cortantes e contusas (FCC), que representam 16,2% dos casos, e as contusões (15,9%) evidenciam uma carga importante de traumas de menor a moderada complexidade, geralmente vinculados a acidentes cotidianos, eventos ocupacionais e situações de violência. Embora nem sempre críticos, esses quadros demandam recursos assistenciais constantes, como materiais específicos, suturas, analgesia, curativos e observação clínica, impactando diretamente o tempo de permanência, a rotatividade de leitos e a dinâmica operacional da unidade.

Os acidentes automobilísticos, que constituem 8,1% dos atendimentos, exigem atenção especial devido ao seu potencial de gravidade e associação com politraumatismos e intervenções especializadas. Este dado reforça a importância de políticas públicas voltadas para a segurança viária, incluindo fiscalização efetiva, ações educativas e melhorias nas condições de trânsito e mobilidade urbana.

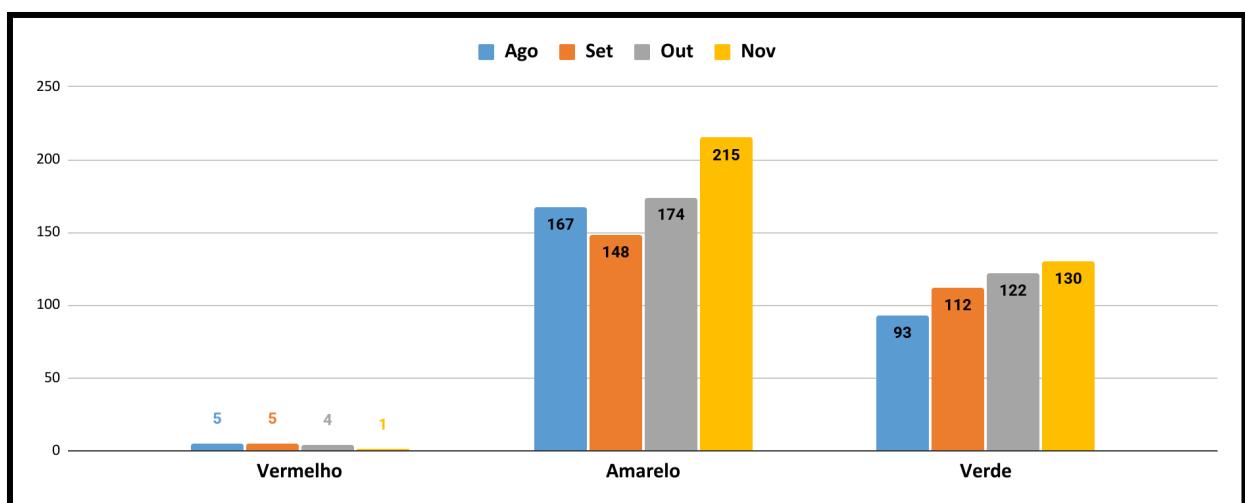
O traumatismo crânioencefálico (TCE), responsável por 4,6% dos atendimentos, apesar de menos prevalente, configura um dos traumas com maior risco de

sequelas permanentes e mortalidade. A presença desse perfil na unidade evidencia a necessidade de equipes continuamente preparadas para avaliação neurológica rápida, manejo adequado da via aérea, decisão clínica qualificada e fluxos assistenciais bem estruturados para encaminhamento aos serviços de referência.

Em conjunto, esses mecanismos totalizam mais de dois terços dos atendimentos por trauma, demonstrando não apenas a alta demanda assistencial, mas também a diversidade e complexidade clínica envolvidas. Esse panorama impõe desafios importantes à gestão da unidade, que precisa manter estrutura física adequada, escalas de trabalho compatíveis com o fluxo, protocolos assistenciais consolidados e capacidade de adaptação frente às variações de demanda.

De forma integrada, a interpretação desses dados aponta para a necessidade de ações combinadas de prevenção, qualificação da assistência e fortalecimento da rede de cuidado, com foco na redução de riscos evitáveis e na ampliação da resolutividade do atendimento. O conhecimento detalhado do perfil epidemiológico dos traumas deve orientar decisões estratégicas e subsidiar políticas locais de saúde, contribuindo para uma resposta assistencial mais eficiente, segura e alinhada às necessidades da população.

### **Monitoramento do Trauma por Classificação de Risco**



**Análise crítica:** A análise da classificação de risco dos pacientes atendidos na linha de cuidado ao trauma no mês de novembro evidencia um panorama clínico relevante para o planejamento assistencial e para a gestão de recursos da unidade. A predominância de pacientes classificados como prioridade amarela (aproximadamente 62%) demonstra que mais da metade dos atendimentos envolveu algum grau de instabilidade clínica ou risco potencial de agravamento, exigindo vigilância contínua, reavaliações sistemáticas e possibilidade de intervenção rápida. Esse cenário reforça a necessidade de equipes bem preparadas, com domínio dos protocolos de urgência e capacidade de decisão frente a casos de complexidade intermediária, além de demandar atenção gerencial permanente para evitar evolução desfavorável.

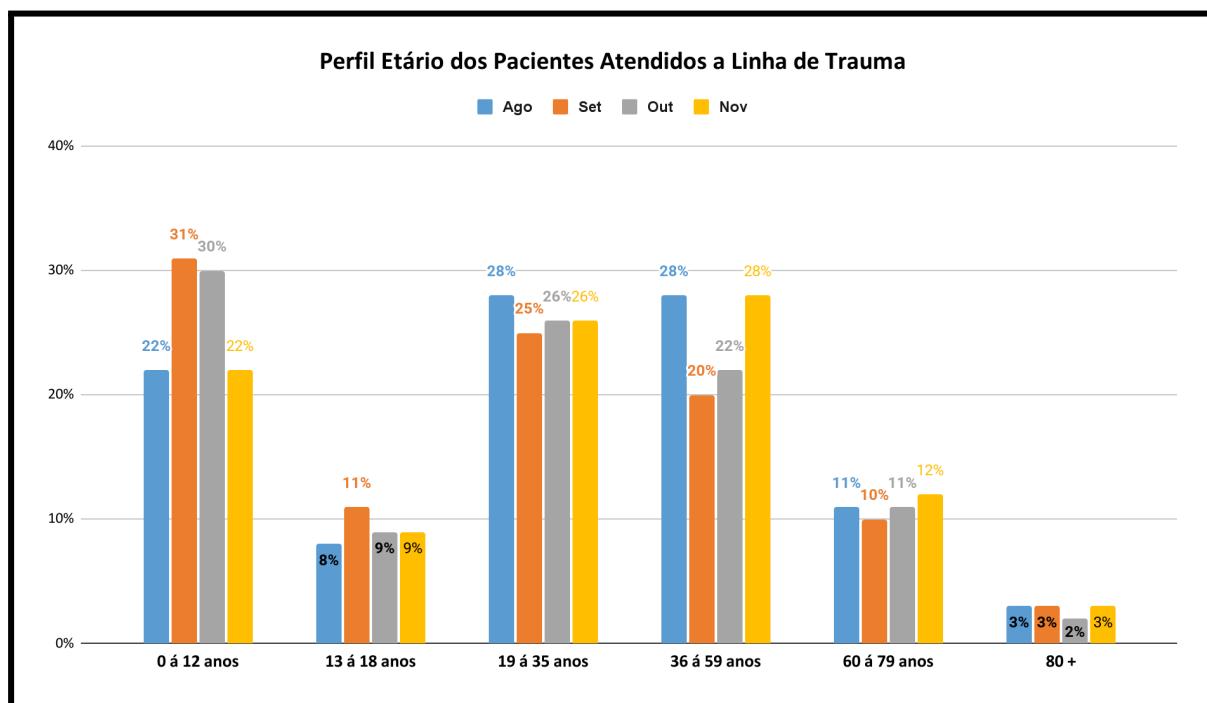
Os pacientes classificados como prioridade verde corresponderam a 37,72% dos atendimentos. Embora representem menor risco imediato, ainda exigem estrutura, tempo assistencial e ocupação de recursos, sobretudo considerando o volume absoluto observado. Esse perfil pode estar relacionado à busca espontânea por traumas de baixa complexidade e aponta para a importância de estratégias de orientação à população, ampliação de alternativas de atendimento em níveis primários e racionalização dos fluxos de acesso às portas de urgência.

Já os casos classificados como prioridade vermelha, apesar de representarem apenas 0,28% dos atendimentos (um paciente), concentram o maior potencial de gravidade e impactam diretamente na dinâmica operacional da unidade, pois demandam mobilização imediata de equipe, equipamentos e condutas intensivas. Mesmo em número reduzido, esses casos reforçam a necessidade de retaguarda estruturada e de protocolos assistenciais consolidados para garantir respostas rápidas e seguras.

De maneira geral, a distribuição das classificações revela um perfil assistencial predominantemente de média complexidade, mas com impacto significativo de pacientes de menor risco que, potencialmente, poderiam ser absorvidos por outros pontos da rede. Esse cenário reforça a necessidade de aprimorar mecanismos de regulação do acesso, fortalecer a atenção primária e qualificar continuamente o processo de triagem e acolhimento.

Em síntese, os dados apontam para uma unidade que opera sob alta demanda e necessidade de respostas assistenciais ágeis e bem estruturadas. Investir na qualificação da triagem, no fortalecimento da retaguarda e na articulação com outros níveis de cuidado constitui estratégia fundamental para ampliar a resolutividade, a segurança do paciente e a sustentabilidade do serviço no manejo dos casos de trauma.

### Perfil Etário dos Paciente na Linha de Trauma



**Análise crítica:** A análise do perfil etário dos pacientes atendidos por trauma na UPA durante o mês de novembro revela elementos importantes para compreensão do comportamento da demanda e para o planejamento das ações assistenciais e preventivas. A redução proporcional dos atendimentos pediátricos, de 30% para 22%, constitui-se em um dado relevante. Esse movimento pode indicar menor exposição das crianças a situações de risco — como quedas e acidentes domésticos — ou refletir características sazonais do período. Trata-se de um ponto positivo do ponto de vista epidemiológico, mas que exige atenção contínua,

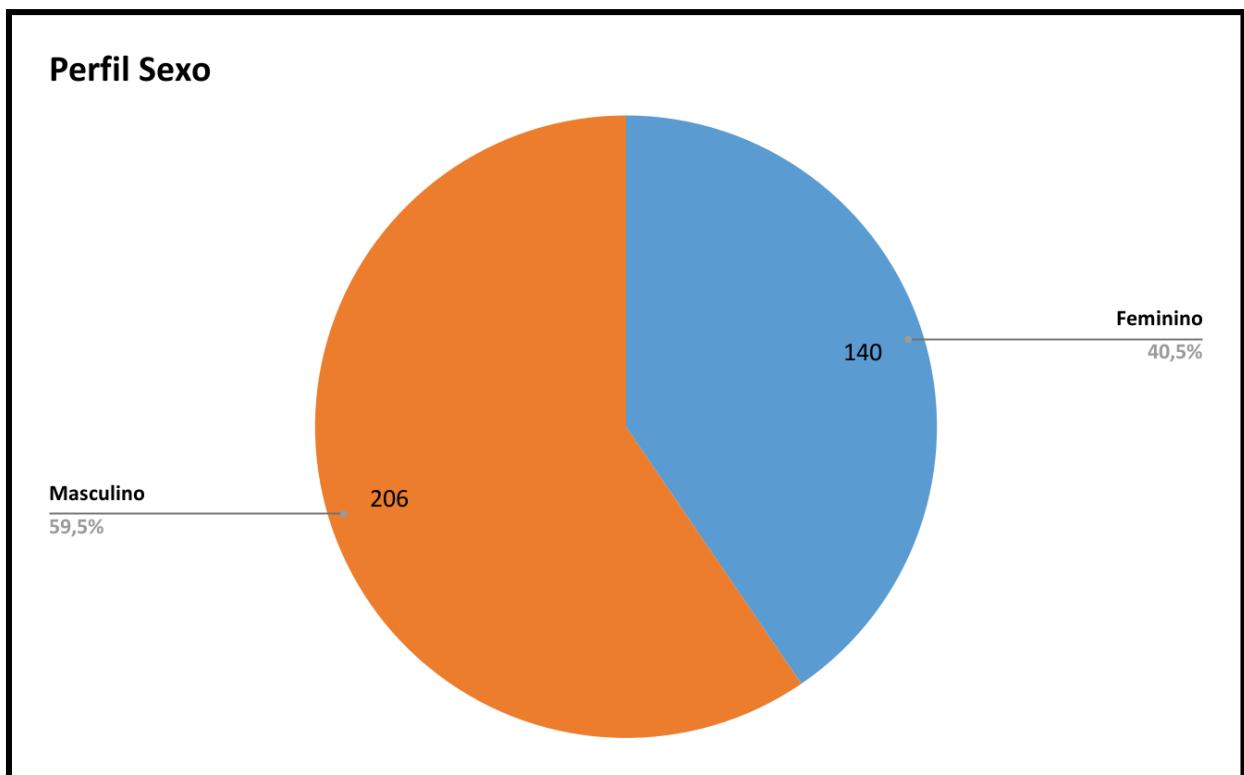
considerando que a faixa pediátrica demanda protocolos específicos de atendimento, comunicação diferenciada e orientação sistemática aos familiares. Neste sentido, ações educativas voltadas para segurança no domicílio e prevenção de acidentes infantis permanecem essenciais para consolidar essa tendência de redução.

Entre adultos jovens (19 a 35 anos) e indivíduos de meia-idade (36 a 59 anos), observa-se estabilidade nas taxas de atendimento, representando 26% e 28%, respectivamente. Esse padrão sugere que esses grupos seguem sendo os mais expostos aos principais mecanismos de trauma — como acidentes de trânsito, atividades laborais e situações de violência — o que reforça a necessidade de estratégias intersetoriais mais robustas de prevenção. A manutenção desses índices evidencia, por outro lado, a capacidade da unidade de responder de forma contínua e resolutiva a esse perfil predominante de demandas traumáticas.

Em relação à população idosa, mantém-se uma proporção constante de atendimentos nas faixas de 60 a 79 anos e 80 anos ou mais. Ainda que correspondam a uma parcela menor do total, esses pacientes concentram maior risco de complicações e desfechos graves, sobretudo relacionados a quedas e fragilidades associadas a comorbidades. A preservação desse volume de atendimentos destaca a importância de manter ações permanentes voltadas para prevenção de quedas, revisão medicamentosa, reabilitação e adequação ambiental, aliadas à qualificação contínua da equipe para o manejo de traumas em idosos, que frequentemente exigem cuidados diferenciados.

De forma geral, os dados sugerem que, embora existam variações entre as faixas etárias, prevalece um padrão de demanda que se mantém relativamente estável nos grupos adultos e idosos, ao passo que a redução no público pediátrico aponta para possíveis impactos positivos de ações preventivas, ainda que necessitem de monitoramento. A análise crítica ressalta, portanto, a necessidade de fortalecer estratégias específicas para cada grupo etário, aprimorar os registros epidemiológicos e ampliar o diálogo com a Atenção Primária e demais setores da rede para implementação de intervenções preventivas mais efetivas.

### Perfil Sexo dos Paciente na Linha de Trauma



**Análise crítica:** A análise da distribuição dos atendimentos por sexo na linha de cuidado ao trauma no mês de novembro evidencia um padrão alinhado à literatura epidemiológica, com predominância significativa do sexo masculino, que representa 59,5% dos casos. Esse cenário pode ser explicado pela maior exposição dos homens a fatores de risco relacionados ao trauma, como acidentes de trânsito, atividades laborais de maior periculosidade e envolvimento em situações de violência interpessoal. Essa informação reforça a necessidade de estratégias assistenciais e preventivas direcionadas, com ênfase em educação em saúde, segurança viária, fortalecimento de medidas protetivas no ambiente de trabalho e ações voltadas à redução da violência.

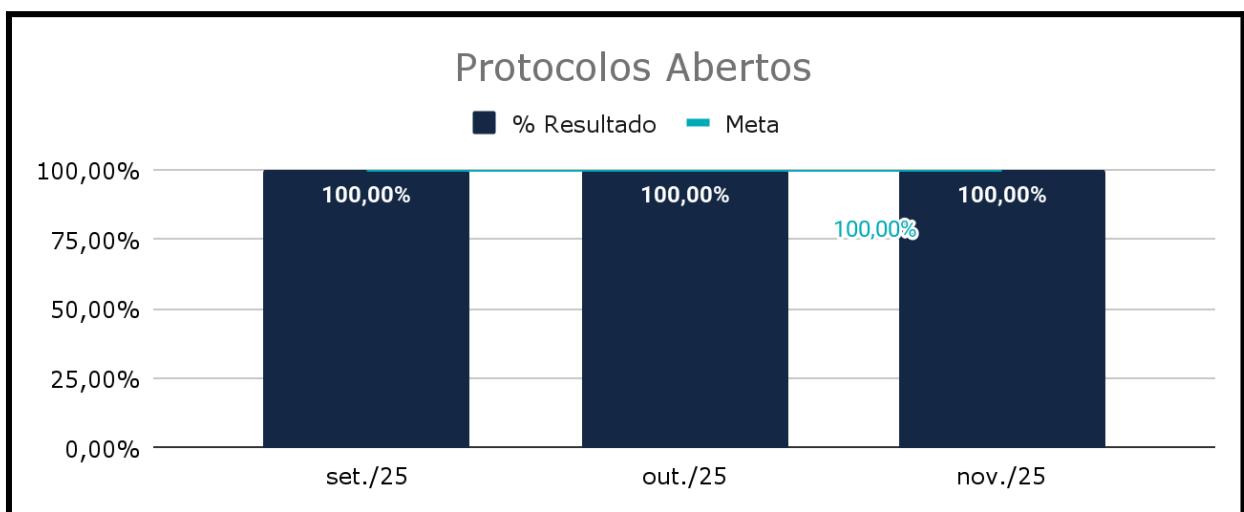
A participação feminina, embora menor (40,5%), deve ser analisada sob a perspectiva de vulnerabilidades específicas. As mulheres apresentam exposição diferenciada a situações de risco, como violência doméstica, acidentes em ambiente domiciliar e sobrecarga de tarefas cotidianas. Por esse motivo, a gestão

clínica deve assegurar acolhimento qualificado, fluxos claros e integração com a rede de proteção social, considerando as demandas particulares desse público.

É importante destacar que essa distribuição também pode refletir aspectos culturais e comportamentais que influenciam tanto a exposição ao risco quanto o acesso ao serviço. Nesse contexto, a atuação da unidade deve transcender a resposta imediata ao trauma e envolver ações estruturadas de prevenção e promoção da saúde, com articulação intersetorial e integração com políticas públicas de segurança, mobilidade e assistência social.

Em síntese, a predominância de atendimentos em pacientes do sexo masculino confirma tendências epidemiológicas já consolidadas, mas ao mesmo tempo reforça a necessidade de abordagens clínicas e gerenciais diferenciadas, com foco na prevenção e qualificação do cuidado para ambos os sexos. A compreensão desse perfil contribui diretamente para o planejamento de ações estratégicas, dimensionamento de recursos e ampliação da capacidade da unidade em responder de forma mais segura, efetiva e resolutiva aos eventos traumáticos.

### **5.1.7 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo**



**Análise crítica:** A análise do manejo da Sepse no mês de novembro revela resultados consistentes e vários pontos positivos que demonstram evolução dos

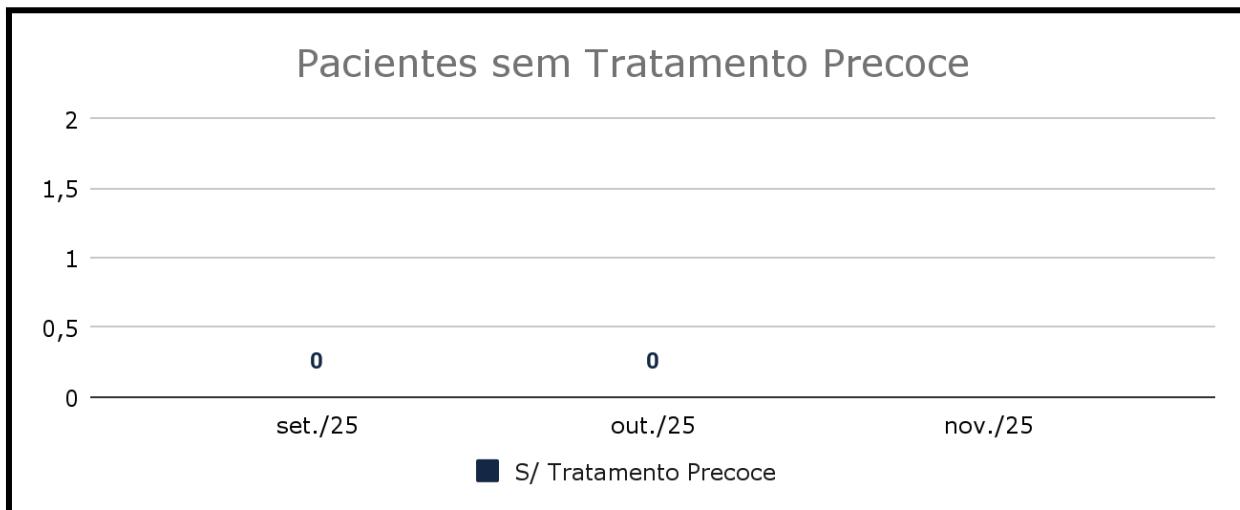
processos assistenciais. A abertura de 84 protocolos, volume alinhado à série histórica, indica estabilidade na vigilância clínica e reforça que a equipe mantém sensibilidade elevada para a identificação precoce de sinais sugestivos de Sepse. Esse comportamento é um destaque positivo, pois evidencia que o trabalho contínuo de capacitação e conscientização está consolidado e produzindo efeitos reais na prática assistencial.

Outro aspecto favorável é o restabelecimento efetivo da cultura de abertura imediata dos protocolos, resultado direto do engajamento da equipe multiprofissional e da valorização da segurança do paciente. Essa postura contribui para intervenções mais rápidas, reduz complicações graves e fortalece a qualidade do atendimento prestado.

Além disso, a integração de todos os pacientes acompanhados na linha de cuidado da Sepse com a Atenção Primária à Saúde (APS) representa um avanço relevante. Esse é um ponto altamente positivo, pois garante continuidade assistencial, possibilita o acompanhamento longitudinal e reduz riscos de reinternação. A articulação entre os níveis de atenção demonstra maturidade organizacional e reforça o papel estratégico da unidade na Rede de Urgência e Emergência.

Embora apenas 40% dos casos tenham seguido integralmente a linha de cuidado — aspecto que exige aprimoramento — os resultados positivos mostram que a instituição está no caminho correto. A manutenção da vigilância clínica, o engajamento crescente da equipe e a integração com a APS formam um conjunto de práticas que fortalecem o cuidado seguro, ampliam a resolutividade e reafirmam a importância das ações educativas e de sensibilização contínua.

### 5.1.8 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE



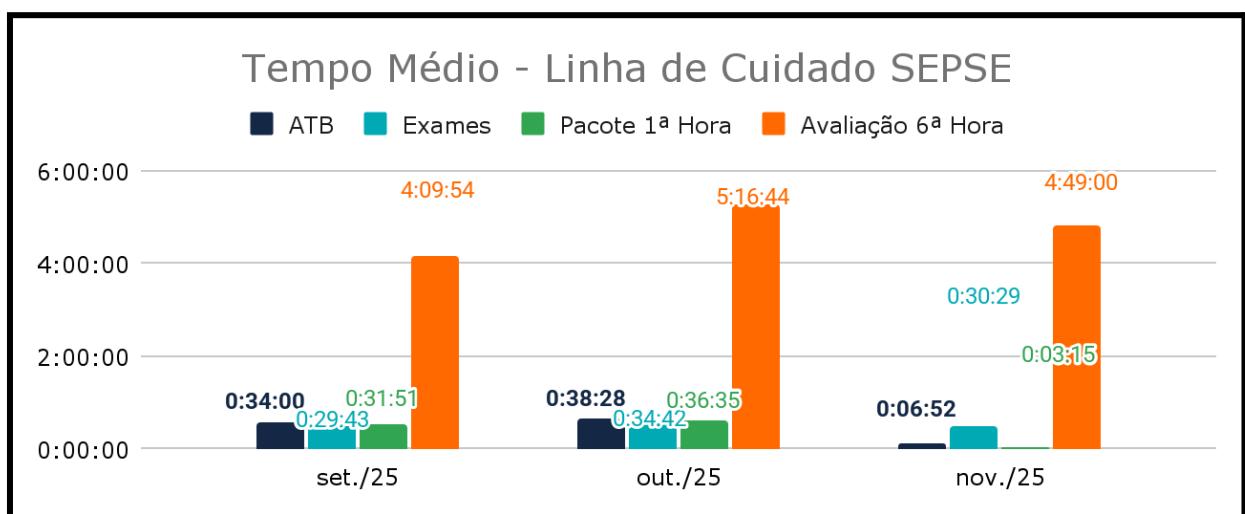
**Análise crítica:** A análise dos resultados referentes à aplicação do “Pacote 1ª Hora” durante o período avaliado evidencia avanços significativos na qualificação do atendimento ao paciente séptico. O cumprimento integral do pacote em todos os casos que tiveram o protocolo de Sepse aberto e continuidade de atendimento demonstra um alto nível de organização assistencial e forte comprometimento da equipe multiprofissional com as diretrizes institucionais. Esse é um ponto altamente positivo, pois revela maturidade dos processos, aderência aos protocolos e capacidade de resposta rápida — fatores determinantes para a redução de mortalidade e complicações graves.

A consolidação do “Kit Sepse” como parte do fluxo operacional é outro destaque relevante. Sua disponibilização imediata após a abertura do protocolo representa uma prática eficiente, que reduz barreiras logísticas, padroniza condutas e apoia a tomada de decisão clínica em tempo oportuno. Essa integração entre enfermagem, farmácia, laboratório e equipe médica fortalece a coordenação do cuidado e minimiza atrasos que poderiam comprometer o prognóstico.

O cumprimento sistemático da “hora ouro” destaca-se como um dos maiores indicadores de qualidade observados, refletindo não apenas treinamentos bem-sucedidos, mas também uma cultura institucional que prioriza a segurança

do paciente e a resposta ágil a quadros de gravidade. Trata-se de um resultado expressivo, que posiciona a unidade em um patamar elevado de eficiência assistencial.

Apesar dos importantes avanços, a análise crítica também aponta a necessidade de contínuo monitoramento dos tempos assistenciais, da adequação dos registros e da manutenção das ações de educação permanente — pilares essenciais para evitar retrocessos e sustentar os resultados ao longo do tempo. De modo geral, os achados demonstram uma operação alinhada às melhores práticas, com forte capacidade de articulação entre setores e excelente desempenho no manejo inicial da Sepse, reforçando o compromisso institucional com qualidade, segurança e cuidado integral.



**Análise crítica:** A avaliação dos tempos críticos de atendimento demonstra que a unidade alcançou um nível consistente de desempenho na condução dos casos de Sepse, mantendo médias expressivas de 30 minutos para o cumprimento da “Hora Ouro” e 4 horas e 49 minutos para a Sexta Hora. Esses resultados situam-se dentro dos parâmetros esperados pelas diretrizes institucionais e refletem a eficácia dos fluxos implementados. Trata-se de um ponto positivo de grande relevância, pois reforça a capacidade da equipe em realizar intervenções em

tempo oportuno — fator decisivo para evitar o agravamento do quadro séptico e melhorar o prognóstico clínico.

O desempenho observado evidencia um trabalho articulado entre enfermagem, equipe médica, farmácia e laboratório, indicando não apenas domínio técnico, mas também maturidade na integração dos processos assistenciais. Essa atuação conjunta demonstra que os protocolos não estão apenas formalizados, mas efetivamente incorporados à rotina, o que traduz um avanço importante na cultura de segurança e na qualidade do atendimento.

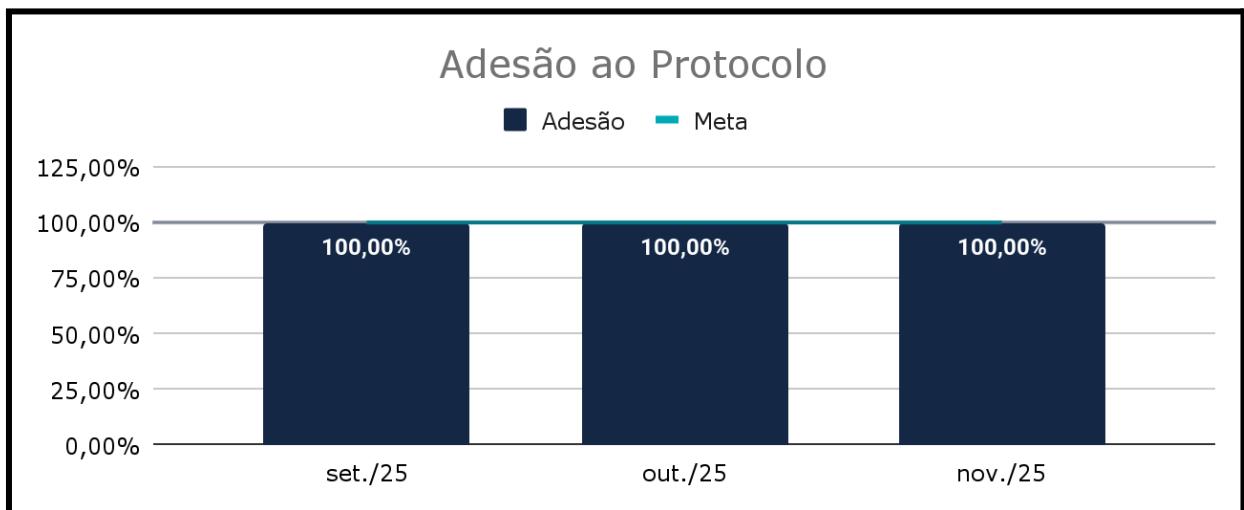
A colaboração permanente com a gestão médica contribui diretamente para a uniformização das condutas, qualificação dos fluxos e redução de variabilidades indesejadas. Tal alinhamento institucional fortalece a estrutura de governança clínica e reforça o compromisso da unidade com boas práticas e resultados mensuráveis.

Apesar dos progressos notáveis, a análise crítica aponta a importância de seguir monitorando indicadores sensíveis, como tempos de administração de antibióticos, intervalos laboratoriais e precisão dos registros, garantindo que o bom desempenho se mantenha sustentável ao longo do tempo. Também é essencial intensificar ciclos de capacitação e simulações, de modo a evitar quedas de desempenho diante de variações no quadro de colaboradores ou no volume de atendimentos.

De maneira geral, os resultados apresentados posicionam a unidade como referência na gestão do cuidado ao paciente com Sepse, demonstrando competência técnica, integração intersetorial e firme comprometimento com a segurança e a efetividade clínica.

ABERTURA DE PROTOCOLOS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2023	2	3	1	2	1	5	8	6	4	2	4	5
2024	1	7	4	7	1	4	3	8	9	17	10	16
2025	3	14	17	41	75	63	62	50	85	82	84	

### 5.1.9 Adesão ao protocolo de SEPSE



**Análise crítica:** A análise do período evidencia que 40% dos pacientes com protocolo de Sepse aberto — totalizando 34 casos — foram conduzidos integralmente pela linha de cuidado, o que representa um desempenho positivo dentro da realidade operacional da unidade. Embora haja espaço para ampliar ainda mais a adesão completa ao fluxo, esse índice demonstra um avanço consistente na organização assistencial e na efetividade das práticas adotadas. Entre os pontos positivos, destaca-se a capacidade da equipe multiprofissional em reconhecer rapidamente os casos suspeitos, acionar o protocolo de forma oportuna e seguir as condutas clínicas recomendadas, garantindo maior padronização e segurança no manejo.

Outro aspecto relevante é a demonstração de maturidade assistencial, refletida na aplicação correta das diretrizes institucionais e na integração entre os setores envolvidos, o que fortalece a agilidade e a continuidade do cuidado. A adoção adequada do protocolo evidencia não apenas conhecimento técnico, mas também maior sensibilidade das equipes sobre a gravidade da Sepse e a importância da resposta precoce para a redução de danos. Assim, o desempenho observado consolida a efetividade da linha de cuidado na unidade, reforçando o compromisso

institucional com práticas baseadas em evidências, qualificação constante da equipe e promoção de um cuidado seguro e resolutivo.

Segue abaixo um breve relato dos casos que seguiram a linha de cuidado:

- 1. Paciente B.R.B.P, 92 anos , sexo feminino, FA 4522**, trazido pelo SAMU, com quadro de dor em MID, dispneia,e uso de musculatura acessória. Aberto protocolo de sepse para paciente. paciente apresentando piora clínica, evoluindo para PCR, sendo constatado óbito às 19:56 horas do dia 04/11/2025.
- 2. Paciente A.S.N, 79 anos, sexo feminino, FA 24918**, admitido no dia 04/11/2025. Aberto protocolo de sepse de foco pulmonar no setor de classificação. Paciente com melhora clínica com desfecho de alta médica às 15:00 no dia 06/11/2025.
- 3. Paciente J.V.M.C, 29 anos, sexo masculino, FA 15545**, admitido no dia 11/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco cutâneo no setor de medicação. Paciente com melhora clínica com desfecho de alta médica no dia 11/11/2025.
- 4. Paciente B.R.O, 18 anos, sexo feminino, FA 1244519**, admitido no dia 11/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco urinário no setor de classificação. Paciente com melhora clínica com desfecho de alta médica no dia 11/11/2025.
- 5. Paciente J.S, 69 anos, sexo masculino, FA 160185**, admitido no dia 07/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco indeterminado no setor de

emergência, com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 09/11/2025.

- 6. Paciente G.C.R, 36 anos, sexo feminino , FA 4057**, admitido no dia 07/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco indeterminado no setor de consultório/ porta. Paciente com melhora clínica com desfecho de alta médica no dia 08/11/2025.
- 7. Paciente M.A.S, 91 anos, sexo feminino, FA 1178128**, admitido no dia 02/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco urinário no setor de observação. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 09/11/2025.
- 8. Paciente D.C.P, 96 anos, sexo masculino, FA 289972**, admitido no dia 05/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco pulmonar no setor de medicação. Paciente com melhora clínica e desfecho de alta médica no dia 05/11/2025.
- 9. Paciente P.M.E, 54 anos , sexo masculino , FA 32558**, admitido no dia 05/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco pulmonar no setor de observação. Paciente com melhora clínica e desfecho de alta médica no dia 06/11/2025.
- 10. Paciente A.H.S, 53 anos , sexo masculino, FA 8376**, admitido no dia 05/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco cutâneo no setor de observação. Paciente com desfecho de alta médica no dia 05/11/2025.

- 11. Paciente H.A.M., 53 anos, sexo feminino, FA 1205399**, deu entrada na unidade dia 09/11/2025 às 16:40, via SAMU, com quadro de febre, dor abdominal difusa, constipação e mal estar geral, sendo aberto protocolo de sepse na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado para sepse, obtendo melhora clínica após suporte e recebendo alta dia 11/11/2025 às 11:30, dando continuidade ao tratamento, com antibioticoterapia ambulatorial.
- 12. Paciente B.F., 71 anos, sexo feminino, FA 1305640**, deu entrada na unidade dia 09/11/2025 às 10:40, via SAMU, com quadro de queda da própria altura, adinamia, astenia, tosse e mal estar geral. Dando abertura ao protocolo de sepse e seguindo a linha de cuidado, recebendo suporte clínico. Recebendo alta após estabilização clínica no dia 11/11/2025 às 12:29.
- 13. Paciente M.M.M., 62 anos, sexo feminino, FA 1307244**, deu entrada na unidade via SAMU, no dia 08/11/2025 às 03:28, com quadro de dessaturação, tosse seca e febre. Ueda da própria altura, adinamia, astenia, tosse e mal estar geral. Dando abertura ao protocolo de sepse e seguindo a linha de cuidado, recebendo suporte clínico. Sendo transferida dia após estabilização clínica no dia 08/11/2025 às 19:00, dando continuidade a investigação e tratamento.
- 14. Paciente D.O., 69 anos sexo femino, FA 78486**, deu entrada na unidade dia 08/11/2025 às 02:51, de meios próprios, com quadro de dispneia, tosse, dessaturação, mal estar geral e febre. Dando abertura ao protocolo de sepse e seguindo a linha de cuidado, recebendo suporte clínico. Recebendo alta após estabilização clínica no dia 08/11/2025 às 10:35.

- 15. Paciente J.R.C, 67 anos, sexo masculino, FA 10997**, admitido no dia 13/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco cutâneo no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 14/11/2025.
- 16. Paciente A.D.C, 61 anos, sexo masculino, FA 32866**, admitido no dia 10/11/2025. Aberto protocolo de foco cutâneo no setor de emergência. Paciente com desfecho de evasão no dia 14/11/2025.
- 17. Paciente M.A.A, 73 anos , sexo masculino, FA 68935**, admitido no dia 14/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco urinário no setor de consultório/porta. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 14/11/2025.
- 18. Paciente A.F.N, 98 anos, sexo masculino, FA 1288170**, admitido no dia 11/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco urinário no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 12/11/2025.
- 19. Paciente M.S.F.M., 36 anos, sexo feminio, FA 36005**, admitido no dia 17/11/2025. Aberto protocolo sepse de foco abdominal no setor de medicação. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 17/11/2025.
- 20. Paciente M.R.J.S., 22 anos, sexo masculino, FA 105694**, deu entrada na unidade 30/11/2025 às 12:21, com quadro de tontura, mal estar geral e vômitos, sendo aberto protocolo de sepse em consultório após avaliação médica. Paciente com necrose em 3ºpododáctilo de mão

esquerda. Ficou em observação até o dia 30/11/2025 às 19:00 até a transferência para o Hospital Terciário, dando continuidade ao tratamento.

- 21. Paciente G.T.T., 18 anos, sexo masculino, FA 1303024**, deu entrada na unidade dia 30/11/2025 às 07:03, com quadro de febre, diarreia, dor abdominal e vômitos, de inicio há 1 dia. Mantido em observação e suporte clínico após abertura do protocolo de sepse, sendo transferido para hospital terciário dia 30/11/2025 às 19:50, por suspeita de apendicite, dando continuidade a investigação e tratamento.
- 22. Paciente N.F.A.M., 18 anos, sexo feminino, FA 1230759**, deu entrada na unidade dia 28/11/2025 às 12:34, com quadro de ter relatado síncope há 40 minutos da chegada a UPA, associado a mal estar geral e dor abdominal insespecífica há 2 meses. Paciente ficou observado na unidade, dando início ao protocolo de sepse, tendo melhora do quadro e recebendo alta após estabilização clínica dia 29/11/2025 às 18:00.
- 23. Paciente J.M.P.S., 73 anos, sexo masculino, FA 12482**, deu entrada na unidade via SAMU dia 27/11/2025 às 15:17, com quadro de dispneia e mal estar geral, apresentando taquicardia e taquipneia, sendo aberto protocolo de sepse e seguido a linha de cuidado. Paciente ficou observado, com suporte clínico e foi transferido para hospital de referência no dia 28/11/2025 às 22:39.
- 24. Paciente Z.B.A., 87 anos, sexo feminino, FA 1172576**, deu entrada na unidade dia 25/11/2025 às 19:17, de meios próprios referindo dispneia e tosse seca de início há 1 dia. Paciente com taquipneia e dessaturação, sendo aberto protocolo de sepse e paciente seguiu a linha de cuidado. Mantendo estabilização clínica, recebeu alta no dia 28/11/2025 às 10:00,

com antibioticoterapia domiciliar, dando continuidade ao tratamento, devido pneumonia.

- 25. Paciente M.G.S.S., 75 anos, sexo feminino FA 82500**, deu entrada na unidade dia 25/11/2025 às 17:22, de meios próprios com quadro de mal estar geral, hipotensão, inapetência e febre. Foi aberto protocolo de sepse na triagem, paciente seguiu a linha de cuidado após avaliação médica e foi transferido para hospital terciário dia 27/11/2025 às 19:37, dando continuidade a investigação e tratamento, devido pneumonia.
- 26. Paciente E.M., 72 anos, sexo masculino, FA 1347128**, deu entrada na unidade dia 27/11/2025 às 15:24, via SAMU, devido quadro de dessaturação, taquipneia e mal estar geral. Paciente seguiu a linha de cuidado para sepse, após a abertura do protocolo. Obteve melhora do quadro clínico e recebeu alta dia 28/11/2025 às 01:16, dando continuidade no tratamento ambulatorial com antibioticoterapia devido pneumonia.
- 27. Paciente C.A.B., 39 anos, sexo masculino, FA 1204685**, deu entrada na unidade dia 25/11/2025 às 16:30, com quadro de mal estar geral, edema em perna esquerda, taquicardia e taquipneia. Sendo aberto protocolo de sepse e dando continuidade a linha de cuidado. Recebeu alta dia 25/11/2025 às 18:50, após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento de erisipela a nível ambulatorial, com antibioticoterapia.
- 28. Paciente I.C.G., 58 anos, sexo feminino, FA 56781**, deu entrada na unidade dia 24/11/2025 às 11:08, com quadro de vômitos, diarreia, síncope e mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse e dando continuidade a linha de cuidado. Obteve melhora clínica e recebeu alta no dia 25/11/2025

às 11:30, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial com antibioticoterapia.

**29. Paciente T.S.F., 79 anos, sexo feminino, FA 32025**, deu entrada na unidade dia 23/11/2025 às 14:29, de meios próprios, referindo mal estar geral, febre, taquicardia, tosse e taquipneia. Sendo aberto protocolo de sepse e seguindo a linha de cuidado. Paciente dia 25/11/2025 às 09:30 recebeu alta após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento de pneumonia, com antibioticoterapia a nível domiciliar.

**30. Paciente M.S.F., 81 anos, sexo feminino, FA 40669**, deu entrada na unidade dia 13/11/2025 às 13:52, via SAMU, devido mal estar geral, hipotensão e hiperglicemia. Dando abertura ao protocolo de sepse após avaliação médica e seguido a linha de cuidado, identificado ITU perante exames complementares. Paciente ficou observado com suporte clínico, recebendo alta, após melhora clínica, dia 18/11/2025 às 15:30, dando continuidade ao tratamento com antibioticoterapia.

**31. Paciente J.A.M., 86 anos, sexo masculino, FA 12083**, deu entrada na unidade dia 18/11/2025 às 05:50, com quadro de febre, taquicardia, odinofagia e tosse. Sendo aberto protocolo de sepse e dando continuidade a linha de cuidado após avaliação médica. Paciente obteve melhora clínica após suporte clínico, recebendo alta dia 18/11/2025 às 10:00, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

**32. Paciente M.A.S., 64 anos, sexo feminino, FA 1235541**, deu entrada na unidade dia 17/11/2025 às 17:04, com quadro de dor abdominal, vômitos, tontura, hipotensão e mal estar geral. Paciente deu início ao protocolo de sepse, seguindo a linha de cuidado, sendo mantida em

observação com suporte clínico. Recebendo transferência para hospital terciário dia 18/11/2025 às 14:55, dando continuidade na investigação e tratamento.

**33. Paciente M.S., 56 anos, sexo masculino, FA 36005**, deu entrada na unidade dia 17/11/2025 às 07:22, de meios próprios, com quadro de tosse seca, dispneia e dor torácica de início há 1 dia. Dando abertura ao protocolo de sepse e seguindo a linha de cuidado. Recebendo suporte clínico, recebendo alta dia 18/11/2025 às 10:55, dando continuidade ao tratamento, com antibioticoterapia.

**34. Paciente Z.L., 66 anos, sexo feminino, FA 1299259**, deu entrada na unidade dia 17/11/2025 às 22:28, de meios próprios, com quadro de febre, vômitos e mal estar geral. Dando abertura ao protocolo de sepse e seguindo a linha de cuidado. Recebendo suporte clínico, recebendo alta dia 18/11/2025 às 10:00, dando continuidade ao tratamento, com antibioticoterapia.

### 5.1.10 Manejo da Coordenação do Cuidado

#### 5.1.10.1 Coordenação do Cuidado IAM

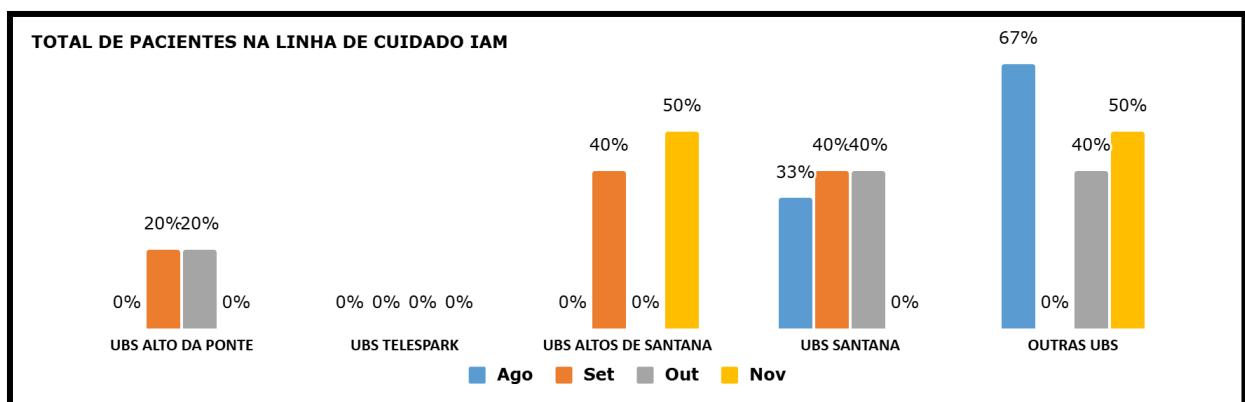
RESULTADOS											
TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO IAM											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
<b>TOTAL</b>					2	6	1	3	5	5	2

**Análise crítica:** No mês de maio, teve início a implantação do monitoramento sistemático dos pacientes inseridos na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na microrregião, contemplando tanto os casos de IAM com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST) quanto aqueles classificados como IAM sem supradesnívelamento do segmento ST (IAMSSST).

Todos os pacientes acompanhados foram devidamente encaminhados às respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), garantindo a continuidade do cuidado no território conforme os princípios de integralidade e longitudinalidade da atenção em saúde. Essa estratégia marca um avanço relevante na integração entre a UPA, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços hospitalares, favorecendo o seguimento clínico pós-evento e o acompanhamento multiprofissional voltado para a prevenção de complicações e a diminuição da recorrência de novos eventos cardiovasculares.

A iniciativa reforça a importância da articulação em rede e da comunicação efetiva entre os diferentes níveis de atenção, possibilitando não apenas o acompanhamento clínico sistematizado, mas também a inclusão dos pacientes em programas de reabilitação cardíaca, ações educativas e intervenções direcionadas ao controle de fatores de risco modificáveis.

A seguir, apresenta-se um gráfico demonstrativo com a distribuição territorial das UBSs responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes inseridos na linha de cuidado do IAM, evidenciando a capilaridade do cuidado e a eficiência da integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde.



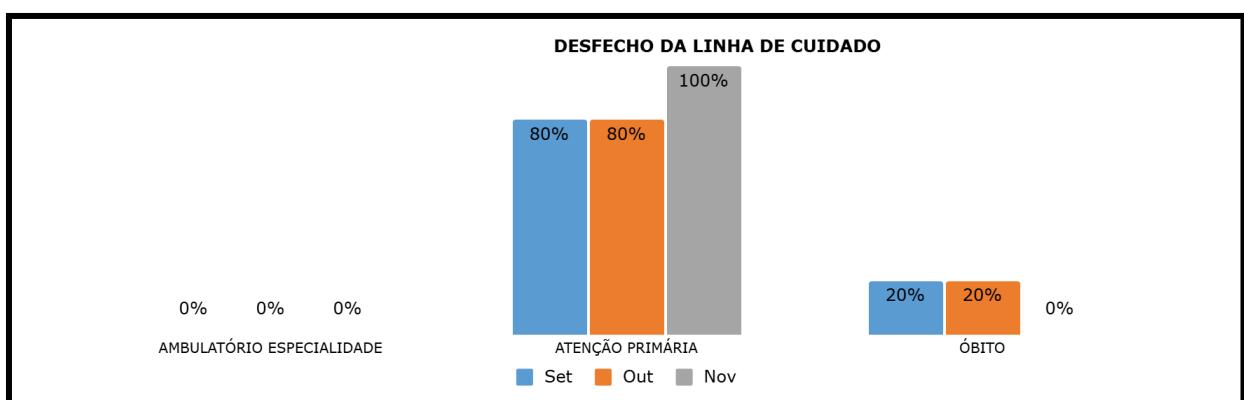
**Análise crítica:** A análise da distribuição dos dois pacientes acompanhados na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no mês de novembro evidencia que ambos foram corretamente direcionados para acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência conforme suas áreas de abrangência. Esse resultado demonstra que o fluxo de transição do cuidado está

funcionando de maneira adequada, garantindo que os pacientes sejam acolhidos pela Atenção Primária à Saúde (APS) após a fase aguda, etapa fundamental para a redução de riscos, o controle de comorbidades e a prevenção de novos eventos cardiovasculares.

O fato de 50% dos encaminhamentos terem sido absorvidos pela UBS Altos de Santana — pertencente à microrregião — reforça a integração interna e a coerência do processo de referência, indicando que a rede local está alinhada com os princípios de territorialidade e continuidade assistencial. Por outro lado, a proporção restante, direcionada a UBSs fora da microrregião, demonstra a capacidade da rede em articular cuidados de maneira interterritorial, ampliando o acesso e assegurando que o paciente receba acompanhamento no território mais adequado ao seu domicílio, independentemente da origem do atendimento inicial.

Embora o número de casos acompanhados ainda seja reduzido, a totalidade dos encaminhamentos corretos evidencia um fluxo organizado e efetivo, sugerindo maturidade crescente na implementação da linha de cuidado do IAM. Como oportunidade de aprimoramento, destaca-se a necessidade de ampliar o monitoramento sistemático e a comunicação entre os serviços para fortalecer o acompanhamento pós-evento e garantir maior rastreabilidade dos desfechos. Em síntese, os resultados refletem avanços consistentes na articulação entre os níveis de atenção, com impacto direto na continuidade, segurança e qualidade do cuidado ofertado aos pacientes com IAM.

### **Desfecho da Linha de Cuidado IAM**



**Análise crítica:** A análise dos desfechos da linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no mês de novembro revela um cenário favorável em relação à continuidade e integralidade da assistência, com 50% dos pacientes mantendo vínculo ativo com a rede após o atendimento da fase aguda. Esse desempenho é significativo, especialmente considerando o número reduzido de casos acompanhados, e demonstra que a microrregião apresenta capacidade consistente de articulação entre os níveis de atenção, assegurando seguimento clínico oportuno e prevenção de complicações cardiovasculares.

A manutenção do cuidado por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) ou de ambulatórios especializados reforça que os fluxos pós-alta estão estruturados e funcionando adequadamente. Isso evidencia uma rede organizada, que compreende a importância da longitudinalidade no manejo de condições crônicas e de alto risco, evitando descontinuidade assistencial e minimizando a possibilidade de agravos ou reinternações. Tal alinhamento também demonstra maturidade do processo de referência e contrarreferência, aspecto fundamental para o fortalecimento da linha de cuidado do IAM.

Por outro lado, o baixo número absoluto de pacientes acompanhados limita a possibilidade de traçar análises mais robustas sobre tendências, impacto assistencial ou variáveis associadas aos desfechos clínicos. Assim, torna-se essencial ampliar o monitoramento, qualificar o registro das informações e estabelecer um sistema analítico mais sensível, capaz de subsidiar intervenções estratégicas e aprimorar a vigilância de fatores de risco modificáveis.

Em síntese, os resultados observados são predominantemente positivos, indicando uma rede integrada, com fluxos efetivos e comprometida com a continuidade do cuidado. Contudo, reforça-se a necessidade de evoluir no monitoramento sistemático e na avaliação longitudinal dos casos, a fim de consolidar uma linha de cuidado mais robusta, resolutiva e orientada para resultados clínicos sustentáveis.

### 5.1.10.2 Linha de Cuidado AVC

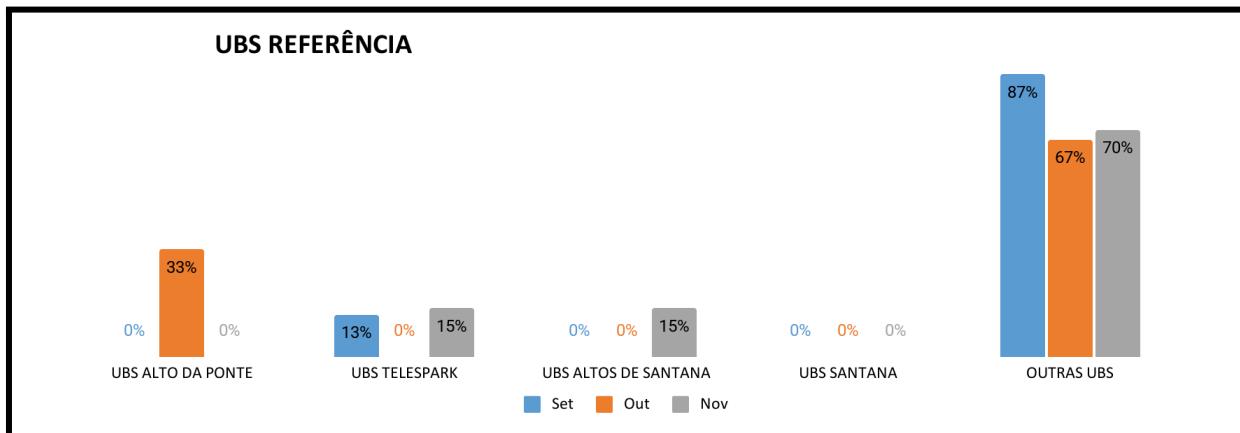
	RESULTADOS											
	TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO AVC DA MICRORREGIÃO											
TOTAL	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun *	Jul	Ago	Set	Out	Nov	
					10	8	5	6	8	3	4	

**Análise crítica:** A análise dos atendimentos de pacientes inseridos na linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no mês de novembro evidencia avanços consistentes na consolidação da continuidade assistencial, especialmente no que diz respeito à integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O encaminhamento de 100% dos pacientes para a Atenção Primária à Saúde (APS), prática mantida desde maio, representa um marco importante para a unidade, pois reflete um processo de trabalho maduro e alinhado às diretrizes de integralidade e longitudinalidade do cuidado. Esse desempenho reforça não apenas o compromisso institucional com a coordenação do cuidado, mas também a efetividade da APS enquanto ordenadora das ações de saúde, responsável por monitorar fatores de risco, garantir adesão terapêutica e prevenir recorrências.

Do ponto de vista crítico, ainda que os números indiquem uma boa articulação entre os níveis assistenciais, o baixo quantitativo de pacientes acompanhados limita análises mais profundas sobre tendências e impacto clínico. Assim, embora a taxa de encaminhamento seja extremamente positiva, recomenda-se o fortalecimento de indicadores que permitam monitorar, de forma mais robusta, o desfecho desses pacientes na APS e a efetividade das intervenções de acompanhamento. Além disso, é importante ampliar a retroalimentação entre UPA e APS, garantindo que informações sobre evolução clínica, adesão medicamentosa e reinternações retornem de forma sistemática ao serviço de origem.

Em síntese, os resultados demonstram um cenário amplamente favorável, sustentado por boas práticas de articulação em rede, encaminhamento qualificado e compromisso com a continuidade do cuidado. Contudo, a manutenção desse avanço depende do aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e da ampliação da análise dos desfechos, fatores essenciais para fortalecer ainda mais

a linha de cuidado do AVC e garantir impacto real na qualidade de vida dos pacientes.



**Análise crítica:** A análise dos encaminhamentos realizados no mês de novembro evidencia um desempenho bastante satisfatório no que diz respeito à articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. A utilização efetiva das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) como referência para o seguimento dos pacientes inseridos nas linhas de cuidado demonstra alinhamento com os princípios de integralidade, continuidade e coordenação do cuidado. Esse resultado reflete a maturidade dos fluxos assistenciais e o comprometimento da unidade com a garantia de acompanhamento adequado após o atendimento em ambiente de urgência.

Outro aspecto relevante é que 100% dos pacientes foram direcionados à Atenção Primária à Saúde (APS), reforçando o papel essencial das UBSs na condução dos cuidados de longo prazo, no monitoramento clínico, no controle dos fatores de risco e na prevenção de novos eventos, especialmente em condições sensíveis como AVC e Infarto Agudo do Miocárdio.

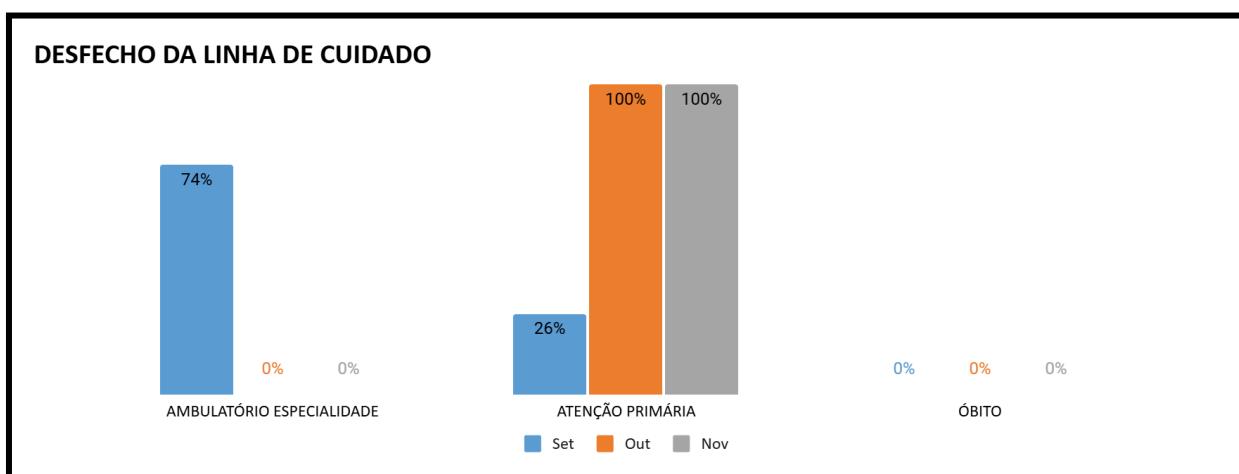
A distribuição dos encaminhamentos mostra que 15% foram destinados à UBS Telespark, 15% à UBS Altos de Santana e os demais 70% absorvidos por outras unidades fora da microrregião. Essa variação pode refletir características relacionadas à territorialização, ao perfil demográfico dos usuários ou à logística dos atendimentos. No entanto, também evidencia a necessidade de

acompanhamento mais minucioso da capacidade instalada de cada UBS e da fluidez dos fluxos entre os diferentes serviços.

Como oportunidade de aprimoramento, destaca-se a importância de uma análise mais específica dos critérios utilizados para direcionamento dos pacientes. Uma distribuição mais equilibrada da demanda pode prevenir sobrecargas, otimizar o uso dos recursos disponíveis e contribuir para a qualidade do cuidado contínuo. Além disso, detalhar o grupo classificado como “outras UBSs” ampliaria a rastreabilidade dos encaminhamentos e facilitaria a avaliação dos desfechos clínicos ao longo do tempo.

Em conclusão, o levantamento aponta um cenário favorável de integração entre urgência e APS, com encaminhamentos consistentes e aderentes às diretrizes da RAS. Ainda assim, há espaço para qualificar a gestão territorial dos fluxos, fortalecendo a equidade na distribuição dos casos e garantindo um acompanhamento cada vez mais efetivo e resolutivo.

### **Desfecho da Linha de Cuidado AVC**



**Análise crítica:** A avaliação dos desfechos dos pacientes acompanhados pela linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no mês de novembro evidencia progressos significativos na organização e na efetividade da Rede de Atenção à Saúde. Um dos aspectos mais positivos é a manutenção da continuidade assistencial, assegurando que o paciente transite de maneira

estruturada entre os diferentes pontos de cuidado. O encaminhamento predominante para o Ambulatório de Especialidades demonstra que há uma integração consistente entre os níveis de atenção, resultando em um cuidado mais seguro, qualificado e centrado nas necessidades do usuário.

Outro destaque relevante é a atuação da fisioterapia especializada, que tem desempenhado papel essencial na recuperação precoce dos pacientes pós-AVC. A oferta organizada de reabilitação contribui diretamente para a melhora funcional, a retomada gradual da autonomia e a redução de complicações decorrentes da limitação motora. Essa resposta especializada fortalece o potencial resolutivo da rede e complementa de maneira efetiva o acompanhamento ofertado pela Atenção Primária.

Além disso, a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) merece reconhecimento, especialmente pelo fato de ter absorvido 100% dos acompanhamentos subsequentes. Esse dado confirma a capacidade da APS em manter o cuidado contínuo, acompanhar casos complexos e promover intervenções voltadas à prevenção de recorrências e ao controle de fatores de risco. A presença da equipe multiprofissional no território favorece a adesão ao tratamento, a construção de vínculo e a melhoria dos desfechos clínicos.

Apesar dos avanços, ainda há oportunidades de aprimoramento, sobretudo no fortalecimento da resolutividade da APS. Expandir sua capacidade de acompanhamento pode reduzir a demanda sobre serviços especializados e promover maior equidade no acesso, alinhando-se aos princípios da territorialização e da integralidade.

Em síntese, os dados revelam uma rede bem integrada, com indicadores positivos de continuidade e qualidade assistencial, especialmente na articulação entre reabilitação, ambulatório de especialidades e atenção primária. Investir na qualificação permanente da APS e monitorar sistematicamente os desfechos em longo prazo são estratégias fundamentais para consolidar e aprimorar essa linha de cuidado.

### 5.1.10.3 Linha de Cuidado SEPSE

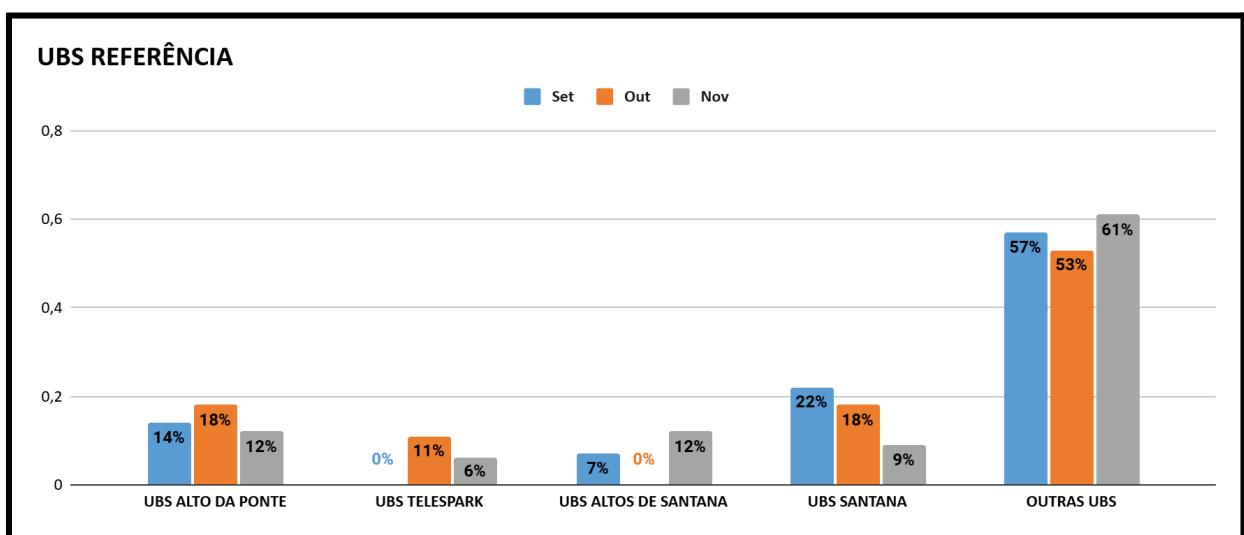
	RESULTADOS											
	TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO SEPSE DA MICRORREGIÃO											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	
<b>TOTAL</b>					<b>17</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	

**Análise crítica:** A análise dos desfechos dos 13 pacientes com sepse acompanhados no mês de novembro demonstra avanços relevantes na consolidação da linha de cuidado destinada a essa condição de alta gravidade. O acompanhamento integral de todos os casos pertencentes à microrregião, incluindo aqueles transferidos para hospitais de referência, reforça a continuidade assistencial e evidencia maior integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse cenário indica um compromisso institucional com a segurança do paciente, a rastreabilidade das informações e a eficiência das ações assistenciais — aspectos essenciais diante de uma patologia com elevada mortalidade.

Entre os destaques positivos, sobressai a estruturação de um modelo organizado de monitoramento pós-transferência, que se configura como um avanço expressivo na gestão clínica e na qualificação da linha de cuidado. Essa prática permite acompanhar de forma sistemática a evolução dos pacientes, ao mesmo tempo em que alimenta continuamente os processos internos, favorecendo a identificação de oportunidades de melhoria em todas as fases do atendimento — desde o reconhecimento inicial da sepse e a estabilização clínica até a condução terapêutica e a articulação com serviços de maior complexidade.

Esse formato de acompanhamento fortalece uma abordagem mais integrada e resolutiva, ampliando a comunicação entre os serviços e garantindo que o retorno das informações clínicas contribua para o aprendizado institucional e para decisões assistenciais mais assertivas. Além disso, reforça a relevância da vigilância ativa e da análise de indicadores de qualidade, elementos fundamentais para reduzir tempos de resposta, otimizar protocolos e melhorar a sobrevida dos pacientes sépticos.

De forma geral, os resultados de novembro refletem uma rede assistencial mais amadurecida, com equipes multiprofissionais comprometidas com a qualificação do cuidado e a segurança do paciente. A consolidação do monitoramento pós-transferência demonstra uma gestão orientada por resultados e aprendizado contínuo, fortalecendo o enfrentamento da sepse de maneira coordenada, segura e centrada nas necessidades do paciente.



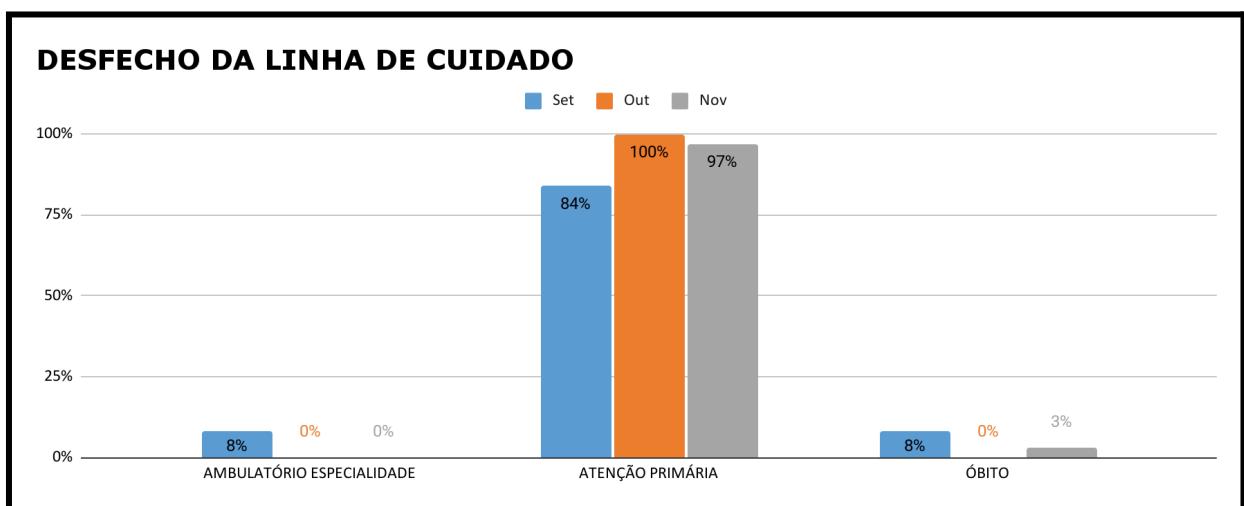
**Análise crítica:** No período avaliado, percebeu-se um progresso significativo na organização e integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no que se refere à continuidade do cuidado após a fase aguda. A distribuição dos encaminhamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) demonstra que a estratégia de transição do cuidado vem sendo implementada de maneira consistente, refletindo o aprimoramento dos fluxos assistenciais e o engajamento das equipes da microrregião em assegurar um acompanhamento integral aos pacientes.

Um dos pontos mais positivos é o desempenho resolutivo da Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciado pela capacidade de absorção de casos por unidades como a UBS Santana (9%), UBS Alto da Ponte (12%), UBS Altos de Santana (12%) e UBS Telespark (6%). Esses percentuais confirmam a atuação organizada e coordenada das equipes da APS, que vêm desempenhando seu papel essencial na linha de cuidado ao garantir acolhimento, monitoramento clínico e vigilância

dos fatores de risco em pacientes com condições de maior complexidade. Esse fortalecimento da atenção primária demonstra a maturidade do modelo assistencial e o alinhamento das práticas aos princípios de integralidade e longitudinalidade que norteiam o SUS.

Outro aspecto relevante é que 62% dos acompanhamentos envolveram pacientes residentes fora da microrregião. Longe de indicar fragilidade, esse dado revela a efetiva articulação interterritorial da rede, evidenciando uma gestão assistencial integrada e capaz de assegurar que o seguimento seja garantido independentemente do território de origem. Isso reforça o compromisso com a equidade e com a ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Em síntese, a análise do período aponta avanços consistentes na estruturação da transição do cuidado, destacando a eficiência da APS como coordenadora do acompanhamento e a solidez dos fluxos entre os diferentes níveis assistenciais. Os resultados demonstram uma rede mais integrada, colaborativa e centrada nas necessidades do paciente, com impactos positivos diretos na qualidade e continuidade da assistência.



**Análise crítica:** A análise dos dados evidencia que, embora apenas 13 casos tenham sido confirmados e incluídos na linha de cuidado, essa proporção demonstra uma triagem altamente qualificada, orientada por critérios bem definidos e aplicados de forma consistente pela equipe assistencial. O equilíbrio

entre sensibilidade e especificidade na identificação dos casos é um ponto forte do processo, pois evita tanto a subnotificação quanto a abertura excessiva de protocolos, garantindo que os recursos assistenciais sejam direcionados de maneira precisa e eficiente aos pacientes com maior risco clínico.

Outro indicador positivo é o seguimento efetivo de 38% dos pacientes elegíveis dentro da própria microrregião. Esse desempenho reforça a evolução da articulação entre os níveis de atenção, destacando um avanço significativo na comunicação entre os serviços e na organização dos fluxos de referência e contrarreferência. Além disso, demonstra capacidade da rede em manter o cuidado continuado após a estabilização inicial, um aspecto fundamental no manejo da sepse, dada sua alta complexidade e risco de desfechos graves.

Do ponto de vista crítico, embora haja potencial para ampliar o número de pacientes acompanhados integralmente dentro da linha de cuidado, os resultados atuais apontam para um processo assistencial que está se consolidando progressivamente. A equipe demonstra competência técnica, postura proativa e capacidade de resposta ágil, elementos essenciais para fortalecer a vigilância clínica, reduzir o tempo de intervenção e melhorar os desfechos dos pacientes sépticos.

Em síntese, os resultados de novembro refletem um cenário de evolução estruturada, no qual práticas de triagem apuradas, vigilância qualificada e coordenação eficaz do cuidado se destacam como pilares do desempenho positivo observado. O conjunto dos indicadores reafirma o compromisso institucional com a segurança do paciente, a precisão clínica e a excelência assistencial, consolidando uma linha de cuidado cada vez mais robusta e resolutiva.

### 5.1.10.4 Linha de Cuidado TRAUMA

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO TRAUMA DA MICRORREGIÃO												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	
<b>TRAUMA SALA VERMELHA &gt;14 ANOS</b>					<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	
<b>TRAUMA SALA VERMELHA 0 à 13</b>					<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	
<b>EVASÃO SALA VERMELHA E 0 à 13</b>					<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>TOTAL</b>					<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	

**Análise crítica:** A análise dos dados referentes aos cinco (5) pacientes acompanhados na linha de cuidado de trauma durante o período avaliado permite destacar aspectos importantes sob as perspectivas quantitativa e qualitativa.

Primeiramente, a total conformidade com os critérios de inclusão — todos os pacientes passaram pela sala vermelha e foram encaminhados adequadamente — configura um ponto positivo expressivo. Esse resultado indica que há coerência entre o grau de gravidade apresentado e as condutas adotadas, evidenciando o bom funcionamento dos fluxos assistenciais e o alinhamento da equipe aos protocolos estabelecidos pela rede de urgência e emergência.

Por outro lado, o número reduzido de pacientes incluídos na linha de cuidado (5 casos), quando comparado ao volume geral de atendimentos por trauma no período, sugere a necessidade de ampliar a sensibilidade da vigilância e de fortalecer a identificação oportuna de situações que requerem acompanhamento sistematizado.

Quanto ao perfil etário, observa-se maior concentração de casos entre adolescentes e adultos jovens ( $\geq 14$  anos), possivelmente refletindo o padrão epidemiológico dos mecanismos de trauma predominantes nessa população, como colisões automobilísticas, quedas de maior impacto e violência interpessoal.

De forma geral, embora a execução dos protocolos seja um ponto robusto, a análise crítica aponta oportunidades de aprimoramento relacionadas ao refinamento dos critérios de inclusão e ao incremento da vigilância ativa, particularmente entre crianças e menores de 14 anos. Esse movimento contribuirá

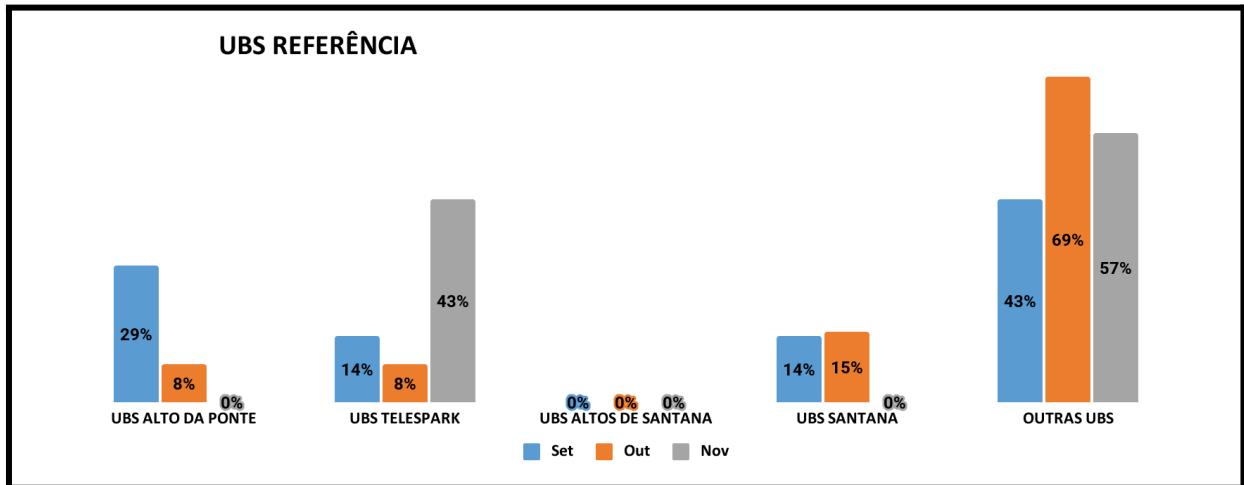
para uma rede mais sensível às especificidades dos diferentes grupos populacionais, ampliando a equidade e a resolutividade do cuidado ao trauma.

No que diz respeito aos fluxos assistenciais, a aplicação da linha de cuidado demonstra eficiência tanto na organização dos encaminhamentos quanto na contrarreferência para unidades de maior complexidade, assegurando que pacientes graves sejam transferidos de forma célere e segura para os hospitais de referência.

Um dado particularmente positivo é a ausência de registros de evasão na sala vermelha durante o período, indicando que todos os pacientes permaneceram sob observação até a conclusão das condutas necessárias, sem prejuízo à continuidade do atendimento em situações críticas.

Também merece destaque o uso qualificado da linha de cuidado como ferramenta de acompanhamento pós-agudo e de reabilitação, permitindo à gestão monitorar os desfechos clínicos e analisar a eficácia das rotas de referência e contrarreferência estabelecidas.

Em síntese, os dados analisados confirmam que os critérios de inclusão foram aplicados corretamente, os encaminhamentos seguiram as diretrizes preconizadas e não houve intercorrências relevantes no processo. Esses resultados refletem a organização dos fluxos assistenciais e o comprometimento da equipe multiprofissional com a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada nas situações de urgência e emergência.



**Análise crítica:** A distribuição territorial dos sete casos graves de trauma atendidos na sala vermelha no período analisado evidencia uma dispersão relevante entre os territórios de origem, com presença de pacientes tanto da microrregião quanto de outras áreas. Especificamente, três eram vinculados à UBS Telespark e quatro pertenciam a unidades situadas fora da microrregião.

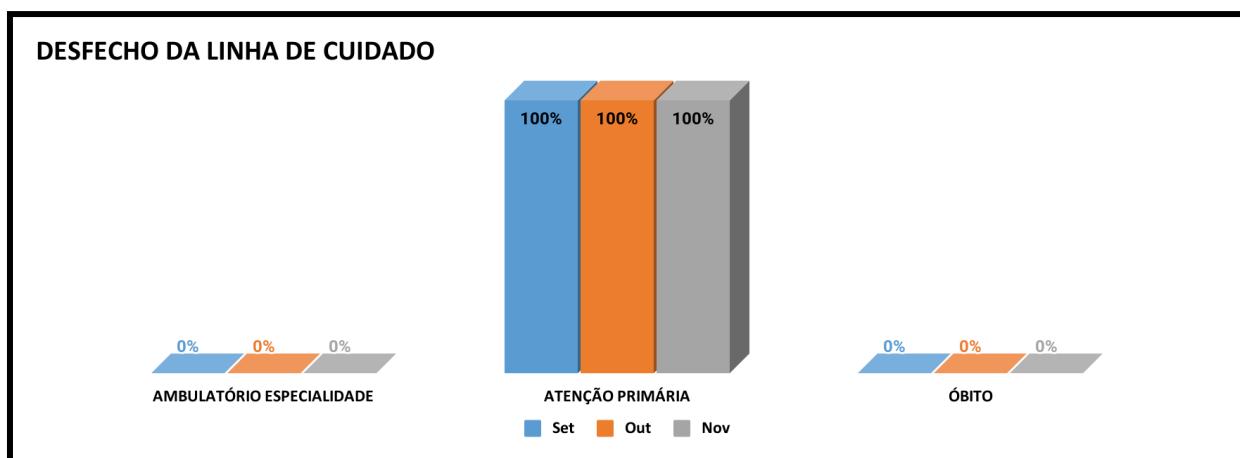
Esse panorama demonstra, de forma positiva, a capacidade da unidade em acolher e manejar casos de alta complexidade independentemente da procedência, reafirmando seu papel estratégico dentro da rede de urgência e emergência. A presença significativa de pacientes de outros territórios reforça ainda mais a função da unidade como referência para uma área ampliada, o que demanda atenção constante da gestão no que se refere à disponibilidade de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura para manter a qualidade da resposta assistencial frente à demanda espontânea e regulada.

O fato de a maioria dos casos (57%) ter origem fora da microrregião também sinaliza a necessidade de fortalecer os processos de regulação e aprimorar o acesso nos demais pontos da rede, a fim de promover melhor distribuição da demanda e maior equilíbrio territorial. Além disso, esse cenário ressalta a importância de articulação permanente entre as regiões, especialmente no que se

refere ao seguimento pós-alta, garantindo que o cuidado seja retomado e mantido de forma adequada nos territórios de origem dos pacientes.

Em resumo, a análise da distribuição territorial dos casos evidencia que a unidade se consolida como uma porta de entrada qualificada para situações críticas, ao mesmo tempo em que expõe desafios relacionados à integração regional, ao ajuste dos fluxos assistenciais e ao equilíbrio da demanda entre os diferentes territórios.

### Desfecho da Linha de Cuidado trauma



**Análise crítica:** A análise dos atendimentos por trauma realizados na unidade no mês de novembro de 2025 evidencia avanços significativos na articulação entre os diferentes níveis de atenção e na efetividade dos fluxos assistenciais. Dos 165 pacientes atendidos por causas traumáticas, sete (07) apresentaram quadros de maior gravidade e foram encaminhados à sala vermelha, representando cerca de 4% do total — um indicador que reflete a boa qualidade da triagem inicial e da estratificação de risco realizada pela equipe.

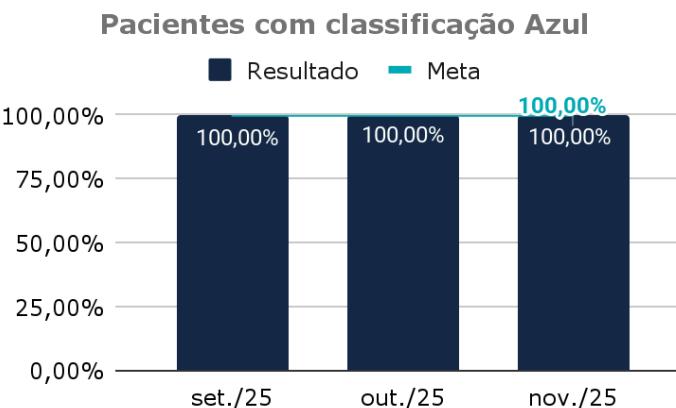
A origem territorial dos casos graves revela que uma parte importante dos pacientes atendidos na sala vermelha pertence à microrregião, sendo três vinculados à UBS Telespark. Entretanto, observa-se também o atendimento de quatro (04) pacientes provenientes de UBSs localizadas fora da microrregião, o que reforça o papel da unidade como referência regional para situações de alta complexidade. Esse cenário demanda atenção contínua da gestão quanto à

disponibilidade de recursos assistenciais e ao aprimoramento do fluxo interterritorial, garantindo resposta adequada, equidade e continuidade do cuidado.

Entre os aspectos mais positivos identificados, destaca-se que 100% dos pacientes por trauma pertencentes à microrregião encontram-se em acompanhamento ativo pela Atenção Primária à Saúde (APS). Esse resultado demonstra a efetividade da contrarreferência e a consolidação dos vínculos entre a UPA e os territórios de origem, assegurando seguimento clínico adequado após a fase aguda. O acompanhamento na APS favorece ações de reabilitação, monitoramento de possíveis sequelas, educação em saúde e estratégias de prevenção de novos agravos, fortalecendo os princípios de integralidade e longitudinalidade do cuidado.

De forma geral, os dados revelam que a unidade apresenta boa capacidade de resposta aos diferentes níveis de complexidade relacionados ao trauma, com destaque para o manejo eficiente dos casos graves e para a articulação consistente com a APS na continuidade do cuidado. Como recomendação, sugere-se manter a vigilância sobre os fluxos interterritoriais e intensificar os mecanismos de comunicação entre a urgência e os serviços de atenção básica, especialmente no acompanhamento dos pacientes oriundos de áreas externas à microrregião.

### 5.1.11 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS



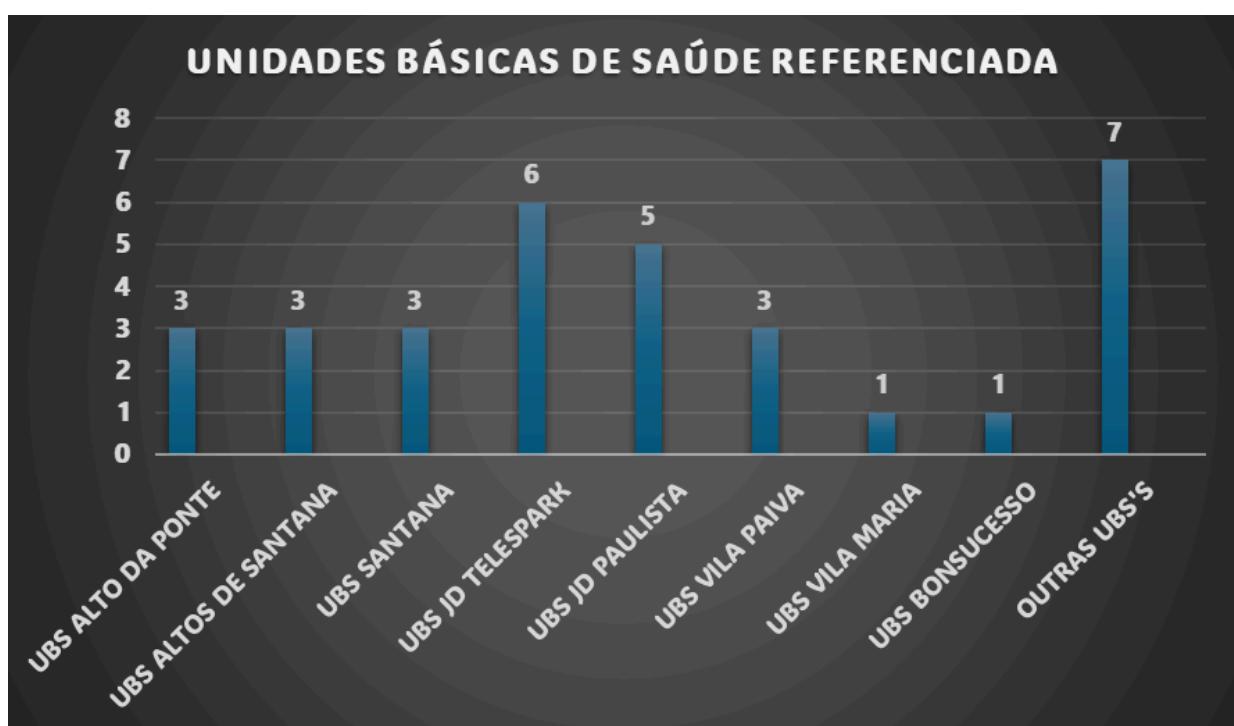
**Análise crítica:** No mês de novembro de 2025, esta Unidade de Pronto Atendimento realizou o atendimento de 32 pacientes classificados com a cor azul no protocolo de triagem, correspondendo a casos de baixa gravidade. Os usuários atendidos apresentavam ausência de sintomas relevantes ou manifestações clínicas leves, não caracterizando situações de urgência ou emergência que demandassem intervenção imediata.

Após o acolhimento e as orientações pertinentes, todos os pacientes foram encaminhados às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência do município de São José dos Campos, garantindo a continuidade da assistência e o acompanhamento adequado pela Atenção Primária à Saúde (APS), em conformidade com as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde.

A distribuição dos encaminhamentos por UBS foi a seguinte:

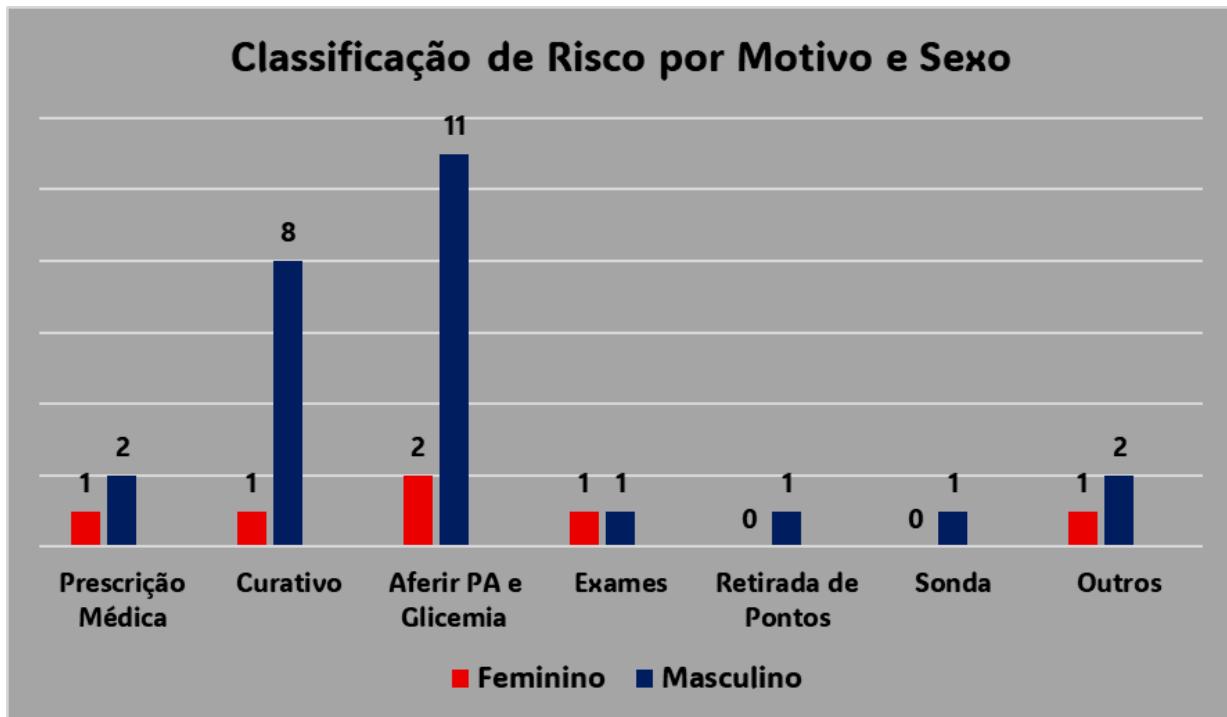
- UBS Alto da Ponte: 3 pacientes
- UBS Altos de Santana: 3 pacientes
- UBS Santana: 3 pacientes
- UBS Jardim Telespark: 6 pacientes
- UBS Bonsucesso: 1 paciente
- UBS Jardim Paulista: 5 pacientes
- UBS Vila Paiva: 3 pacientes
- UBS Vila Maria: 1 paciente
- Outras UBSs: 7 pacientes

No mês analisado, a atuação desta unidade manteve-se alinhada aos protocolos e diretrizes da Rede de Atenção à Saúde, assegurando o encaminhamento adequado dos casos de baixa complexidade à APS. Essa conduta reforça o compromisso com o uso racional dos recursos públicos e com a organização eficiente das linhas de cuidado, contribuindo para a integralidade e continuidade da assistência prestada.



#### **5.1.11 Atendimentos na classificação de risco azul por motivos e sexo**

O gráfico apresenta o comparativo dos motivos relatados na triagem, classificados como azul, separados por sexo (masculino e feminino).



**Análise por Tipo de Atendimento e Distribuição por Sexo – Novembro de 2025**

1. Curativos: Foram realizados 9 atendimentos, 1 do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Essa predominância pode estar relacionada à maior exposição a traumas e ferimentos, especialmente em ambientes laborais ou em atividades com risco físico elevado.
2. Aferição de Dextro e Pressão Arterial (PA): Foram realizados 13 atendimentos, sendo 2 pacientes do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Apesar do maior número de atendimentos entre homens, observa-se que as mulheres têm realizado o acompanhamento de forma mais regular, demonstrando maior adesão ao cuidado em saúde. Tal comportamento evidencia atenção semelhante aos fatores de risco cardiovascular e metabólico, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.
3. Sonda: Foi registrado 1 atendimento, referente a paciente do sexo masculino. Observa-se maior prevalência desse tipo de procedimento entre homens, possivelmente associada ao perfil clínico e à necessidade de acompanhamento urológico mais frequente.

4. Retirada de Pontos: Foram realizados 1 atendimento do sexo masculino, indicando maior incidência de procedimentos cirúrgicos prévios ou suturas decorrentes de traumas, o que reforça o padrão de maior exposição masculina a situações de risco físico.
5. Exames: Foram registrados 2 atendimentos, sendo 1 paciente do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Nota-se igualdade em ambos os sexos.
6. Prescrição Médica: Foram registrados 3 atendimentos, 1 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, demonstrando uma predominância entre os homens em buscar atestado médico e renovação de receitas.
7. Outros: Foram registrados 3 atendimentos, sendo 1 paciente do sexo feminino e 2 do sexo masculino, evidenciando predominância masculina também nessa categoria, o que mantém o padrão observado em outros tipos de atendimento.

**Análise Crítica:** A análise dos atendimentos realizados em novembro de 2025 evidencia uma predominância do sexo masculino na maioria dos procedimentos registrados, especialmente nas categorias curativos, aferição de pressão arterial e glicemia, prescrição médica, retirada de pontos e outros atendimentos. Esse padrão sugere que os homens permanecem mais expostos a situações de risco físico e acidentes, possivelmente associados a atividades laborais e a menor adesão às práticas de prevenção e promoção da saúde.

Por outro lado, na categoria exames, observa-se uma participação mais equilibrada entre os sexos, demonstrando preocupação semelhante com o acompanhamento de rotina e o controle de fatores de risco para doenças crônicas. O número reduzido de procedimentos em algumas categorias — como troca de sonda, prescrição médica, retirada de pontos e outros procedimentos — indica a utilização adequada dos serviços de urgência e emergência, evidenciando que não há sobrecarga por demandas que poderiam ser absorvidas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Esse cenário reforça a efetividade do processo de triagem e encaminhamento realizado pela unidade.

Entretanto, a maior incidência de atendimentos masculinos relacionados a traumas e ferimentos evidencia a necessidade de ações intersetoriais e educativas voltadas à promoção da saúde do homem, com ênfase na prevenção de acidentes, no

estímulo ao autocuidado e na ampliação da adesão ao acompanhamento regular nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Em síntese, os dados analisados refletem um perfil assistencial alinhado às diretrizes da Rede de Atenção à Saúde, demonstrando organização e resolutividade no atendimento. Contudo, revelam também desafios persistentes relacionados à equidade de gênero na busca por cuidados preventivos, reforçando a importância de fortalecer estratégias de educação em saúde e promoção do autocuidado — especialmente entre o público masculino.

#### **5.1.12 Perfil da classificação de risco azul por sexo**

O gráfico "Perfil da Classificação Azul por Sexo" apresenta uma comparação entre os sexos masculino e feminino, evidenciando a frequência com que cada um busca ou é classificado dentro do sistema azul.



**Principais Observações:** Verificou-se maior frequência de atendimentos classificados como “azul” — correspondentes a casos de baixa complexidade — entre usuários do sexo masculino. Esse dado sugere uma tendência desse grupo a procurar os serviços de saúde, especialmente os de urgência, para situações de menor gravidade e caráter pontual.

Embora a diferença entre os gêneros seja expressiva, os resultados apresentam relevância analítica, ao evidenciarem um padrão comportamental recorrente entre os homens na busca por atendimentos não urgentes. Esse perfil pode indicar uma relação menos contínua e sistemática com a Atenção Primária à Saúde (APS), resultando em um uso eventual e reativo dos serviços de pronto atendimento — muitas vezes para demandas que poderiam ser resolvidas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

**Possíveis Motivações:** A maior presença masculina nos atendimentos de baixa complexidade pode estar relacionada a demandas pontuais de natureza técnica, como prescrição médica, curativos, aferir PA e glicemia, troca de sonda, retirada de pontos e outros procedimentos, conforme demonstrado no gráfico apresentado anteriormente.

Por outro lado, a menor participação feminina nesse tipo de atendimento sugere uma maior inserção das mulheres em processos regulares de acompanhamento pela APS, o que reduz a necessidade de recorrer aos serviços de pronto atendimento para a resolução de situações imediatas ou isoladas.

Essa diferença de comportamento reforça a ideia de que as mulheres apresentam uma integração mais efetiva à lógica do cuidado contínuo, aspecto essencial para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e para a promoção de melhores desfechos clínicos e preventivos na população.

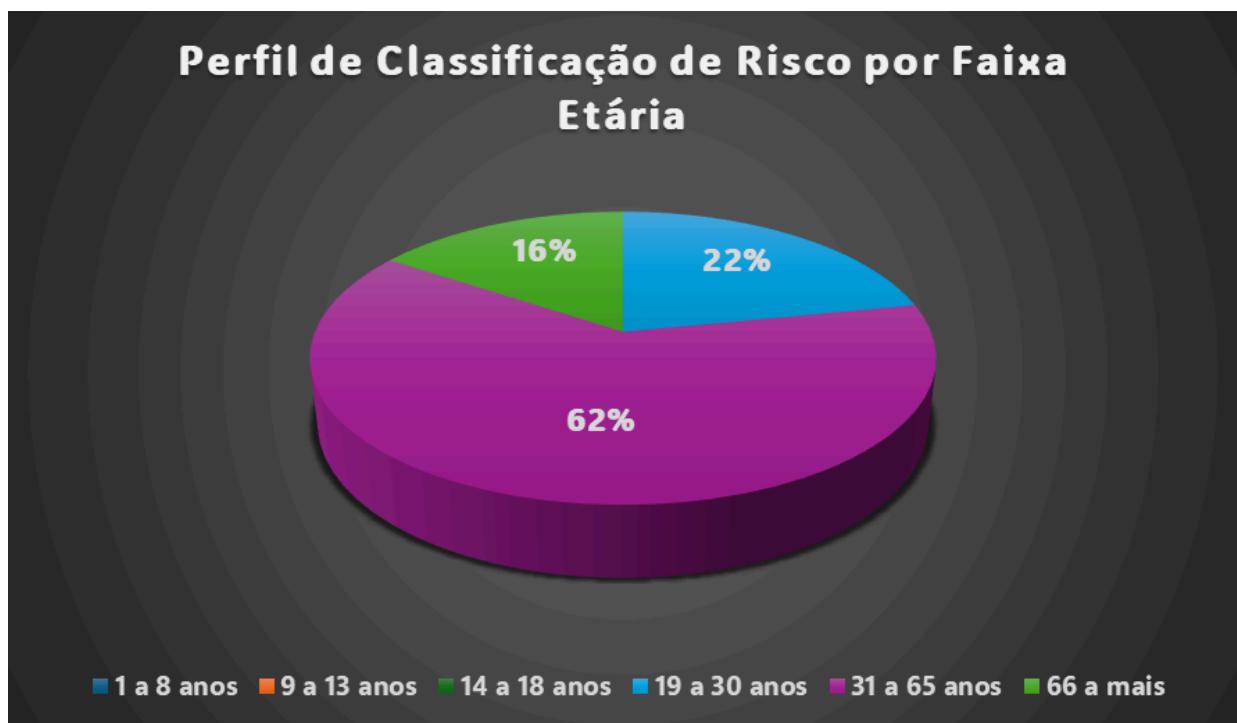
**Considerações Finais:** As informações levantadas constituem instrumentos relevantes para compreender os diferentes padrões de utilização dos serviços de saúde sob a perspectiva de gênero. Ao evidenciar formas distintas de acesso e perfis de demanda entre homens e mulheres, os dados contribuem para a formulação de estratégias mais qualificadas, equitativas e adequadas às especificidades de cada grupo populacional.

Tais resultados reforçam a importância do planejamento de ações direcionadas, tanto na alocação de recursos e organização dos fluxos assistenciais, quanto na implementação de iniciativas educativas e preventivas. Medidas dessa natureza

são essenciais para promover uma atenção à saúde mais efetiva, resolutiva e alinhada às necessidades reais da comunidade, fortalecendo os princípios de integralidade e equidade que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **5.1.13 Perfil da classificação de risco azul por faixa etária**

O gráfico apresenta o Perfil da Classificação Azul por Faixa Etária, que possivelmente indica a distribuição de pacientes classificados como azul (geralmente casos de menor gravidade) em diferentes grupos etários.



**Análise Crítica:** A distribuição dos atendimentos classificados como “azul”, correspondentes a casos de baixa complexidade, revela um padrão importante no perfil de utilização da unidade.

- ❖ A **faixa etária de 31 a 65 anos**, responsável por **20 registros**, concentra a maior demanda. Esse resultado sugere que adultos em idade produtiva recorrem com frequência ao serviço de urgência mesmo para situações que, em grande parte, poderiam ser resolvidas em atenção primária. Tal comportamento pode estar relacionado a fatores como dificuldade de

acesso às UBSs em horários compatíveis com a rotina de trabalho, busca por resolutividade imediata ou percepção equivocada quanto à gravidade do quadro apresentado.

- ❖ Na sequência, a **faixa de 19 a 30 anos** contabiliza **7 atendimentos**, indicando que jovens adultos também apresentam tendência a utilizar a UPA para demandas de menor complexidade, possivelmente motivados pela praticidade oferecida pelo serviço de urgência.
- ❖ Por fim, a **faixa de 66 anos ou mais**, com **5 registros**, embora represente o menor volume, exige atenção por envolver um grupo etário que, em geral, possui maior prevalência de condições crônicas. A presença dessa população em atendimentos classificados como “azul” pode sinalizar tanto dificuldades na continuidade do cuidado na rede básica quanto a necessidade de reforçar estratégias educativas e de acompanhamento desse público.

De maneira geral, os dados evidenciam um uso expressivo da UPA para questões não urgentes, especialmente entre adultos, reforçando a importância de ações articuladas com a Atenção Básica, educação em saúde e aprimoramento dos fluxos de acolhimento e orientação ao usuário.

#### 5.1.14 Desfecho de atendimento por classificação de risco azul

O gráfico mostra como os pacientes decidiram proceder após receberem orientações sobre o fluxo da rede.



**Análise Crítica:** A partir dos dados levantados, observou-se que 30 pacientes (93,75%) optaram por permanecer em atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), enquanto apenas 2 pacientes (6,25%) aceitaram o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência no primeiro dia útil subsequente.

Um ponto relevante é que grande parte desses atendimentos ocorreu fora do horário de funcionamento das UBSs, o que provavelmente influenciou a decisão de permanecer na UPA, mesmo em se tratando de casos de baixa complexidade.

**Interpretação dos Resultados:** A expressiva permanência na UPA evidencia uma percepção de maior resolutividade, segurança e comodidade associada ao serviço de urgência e emergência. Esse comportamento pode refletir:

- Desconhecimento sobre o papel da rede de atenção e dos fluxos assistenciais;
- Ausência de vínculo ou baixa familiaridade com a UBS de referência;
- Busca por atendimento imediato, independentemente da gravidade do quadro.

Esses aspectos demonstram a necessidade de fortalecer a comunicação com os usuários, aprimorar estratégias educativas e orientar sobre o uso adequado dos serviços, favorecendo uma utilização mais racional dos recursos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

**Encaminhamentos para a UBS:** Embora em menor número, os 6,25% de usuários que aceitaram o redirecionamento mostraram receptividade às orientações da equipe multiprofissional e reconheceram a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS).

Esse dado reforça que, quando informada de forma clara e humanizada, parte da população adere espontaneamente ao fluxo recomendado, contribuindo para consolidar a APS como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS) e promovendo maior integração da rede assistencial.

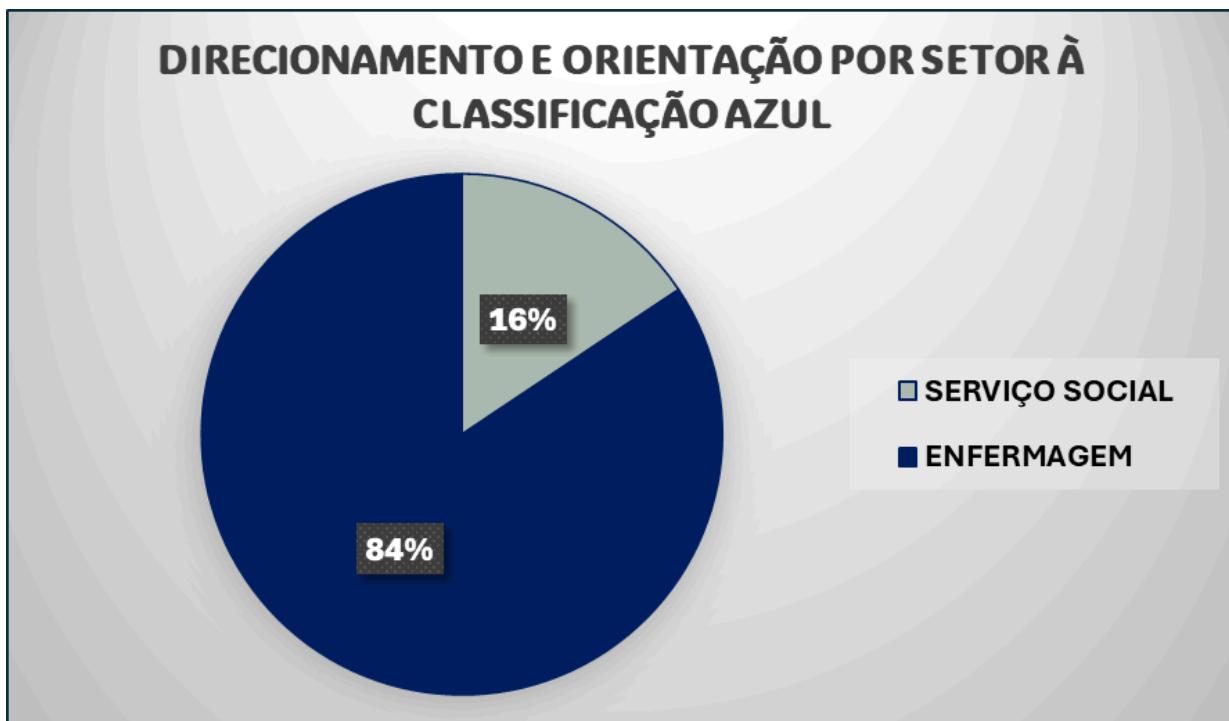
**Considerações Finais:** As intervenções das equipes de Enfermagem e Serviço Social mostraram-se fundamentais para qualificar o processo de acolhimento,

orientar adequadamente os usuários e reorganizar o fluxo assistencial. A atuação articulada desses profissionais contribuiu para:

- Incentivar o uso consciente dos diferentes pontos da rede;
- Minimizar a sobrecarga da UPA com demandas de baixa complexidade;
- Reforçar o papel estratégico das UBSs na coordenação do cuidado.

Esses resultados demonstram a relevância da educação em saúde, da humanização do atendimento e da comunicação efetiva como ferramentas essenciais para promover o cuidado integral, fortalecer a APS e otimizar a gestão dos recursos públicos no âmbito da RAS.

### 5.1.15 Direcionamentos e orientações realizados por setores na classificação de risco azul



**Análise Crítica:** No contexto dos atendimentos classificados como risco azul — situações de baixa complexidade que não demandam intervenção imediata — observou-se uma atuação articulada e eficaz entre a Triagem/Enfermagem e o Serviço Social. Essa integração mostrou-se fundamental para o fornecimento de orientações qualificadas e para o encaminhamento adequado das demandas, assegurando que os usuários fossem direcionados de acordo com o nível real de complexidade clínica.

**Contribuições da Atuação Integrada:** A cooperação entre os setores teve como objetivos centrais:

- Garantir direcionamentos compatíveis com a complexidade dos casos;
- Esclarecer dúvidas recorrentes sobre o percurso assistencial e os diferentes níveis de atenção da rede;
- Fortalecer o vínculo dos usuários com a Atenção Primária à Saúde (APS), estimulando seu papel como porta de entrada preferencial do SUS.

Essa abordagem intersetorial demonstrou grande efetividade no manejo das demandas não urgentes, contribuindo para:

- Redistribuir casos de baixa complexidade para dispositivos mais adequados fora da UPA;
- Melhorar o fluxo interno, otimizando recursos técnicos e humanos;
- Reduzir a sobrecarga na urgência, permitindo foco nos casos que realmente exigem cuidados imediatos.

Além dos ganhos operacionais, a prática reafirma princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), como integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado, ao promover um uso mais racional e qualificado da rede.

**Triagem/Enfermagem:** A equipe de Enfermagem desempenhou papel decisivo no acolhimento inicial. Um total de 27 pacientes recebeu orientações durante a triagem, sendo informados sobre a continuidade do cuidado na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Esse momento inicial é estratégico, pois:

- Facilita o esclarecimento sobre o funcionamento da rede;
- Contribui para ajustar expectativas;
- Auxilia na redução de demandas de baixa complexidade dentro da UPA;
- Direciona os pacientes ao ponto de atenção mais apropriado.

**Serviço Social:** No mês de novembro, devido ao afastamento de uma assistente social por motivo de gestação, houve redução na carga horária de atendimento, sendo o Serviço Social ofertado de segunda a sexta-feira, das 10h às 16h. Nesse período, 5 pacientes foram atendidos diretamente, recebendo orientações individualizadas sobre o percurso adequado na rede.

Apesar da redução da equipe, o Serviço Social manteve uma atuação estratégica, utilizando ferramentas de gestão — como o sistema Salutem, planilha de Desfecho de pacientes e a planilha condições de saúde do paciente — para:

- Realizar encaminhamentos para as UBSs;
- Articular o cuidado com as equipes da APS;

- Garantir continuidade assistencial;
- Monitorar e registrar os atendimentos.

Essa atuação reforça a integração entre os níveis de atenção e contribui para um fluxo assistencial mais eficiente, sobretudo nos casos de risco azul. Trata-se de uma prática alinhada aos princípios de equidade, integralidade e coordenação do cuidado, essenciais para a organização da rede.

As Unidades Básicas de Saúde, por sua vez, têm papel estratégico no seguimento clínico após a passagem pela UPA, sendo responsáveis pela continuidade do plano terapêutico e pelo acompanhamento evolutivo do paciente.

O Serviço Social, atuando como elo entre a UPA e a APS, qualificou o processo de contrarreferência, realizando contatos prévios com as UBSs por e-mail e telefone. Essa comunicação antecipada:

- Facilita o acolhimento planejado na APS;
- Evita rupturas na linha de cuidado;
- Promove uma transição mais humana e coordenada entre os serviços.

**Conclusão:** A integração entre a UPA e as UBSs configura-se como elemento essencial para a efetividade do cuidado aos pacientes de risco azul. A articulação intersetorial:

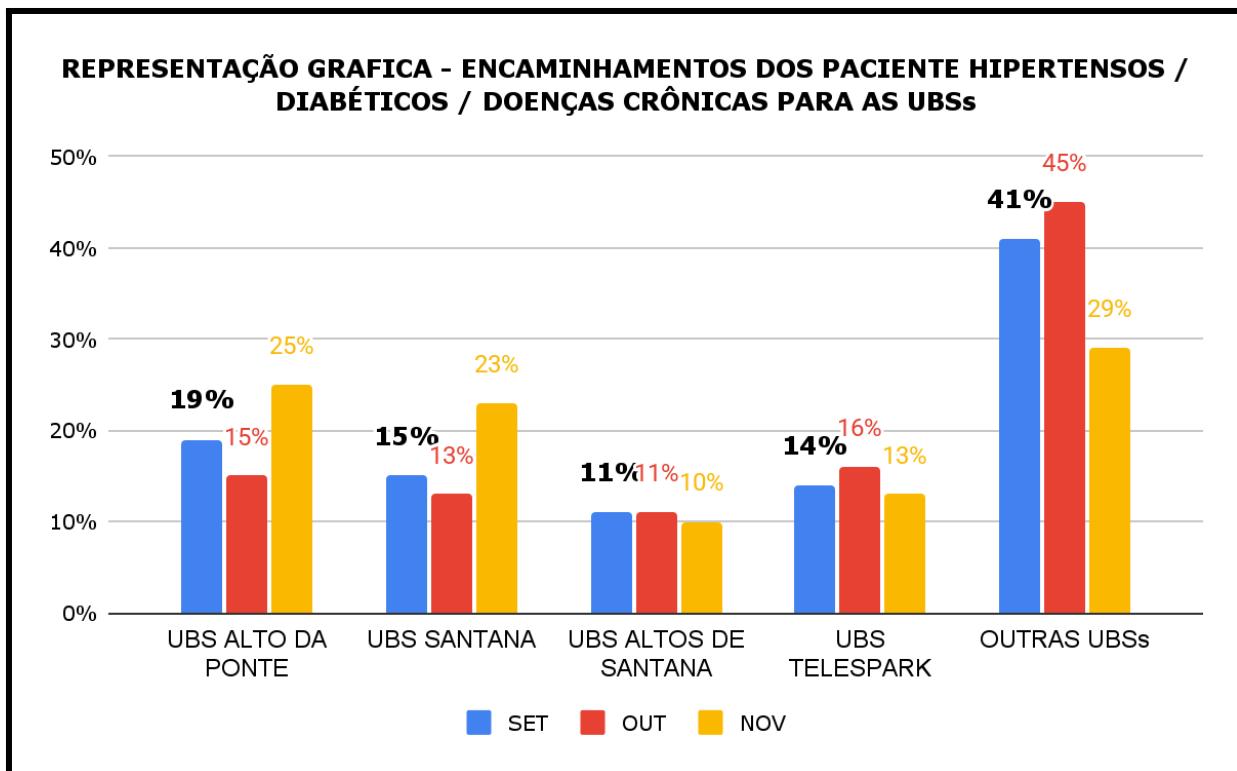
- Assegura resolutividade para além do atendimento imediato;
- Qualifica a comunicação entre os níveis de atenção;
- Promove acompanhamento adequado e continuidade do cuidado;
- Contribui para o uso racional dos recursos públicos;
- Fortalece a organização de uma rede integrada e centrada no usuário.

Assim, a prática intersetorial não apenas otimiza o fluxo assistencial, mas reafirma a importância da APS como eixo estruturante da rede, consolidando um modelo de atenção orientado pela integralidade e pela eficiência, conforme preconizado pelos princípios do Sistema Único de Saúde.

A seguir, seguem as tabelas de apresentação das UBSs Microrregião:

<b>DATA</b>	<b>UBS</b>	<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>CID</b>	<b>CLASSIF.</b>	<b>DESFECHO</b>
03/11/2025 10:46	UBS ALTO DA PONTE	V. S. C.	21	F	VILA VENEZIANI	PRESCRIÇÃO MÉDICA	AZUL	SEM INFORMAÇÃO
05/11/2025 20:55	UBS ALTO DA PONTE	P. N. DE V.	47	F	AGUAS DE CANINDU	CURATIVO	AZUL	CONSULTA AGENDADA 06/11/2025
21/11/2025 11:06:00	UBS ALTO DA PONTE	E. R. M.	63	F	CHÁCARAS HAVAÍ	AFERIR PA	AZUL	SEM INFORMAÇÃO
03/11/2025 12:44	UBS ALTOS DE SANTANA	A. A. R. C	23	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	AZUL	VISITA DOMICILIAR REALIZADA NO DIA 18/11
11/11/2025 07:16:00	UBS ALTOS DE SANTANA	I. R. DOS S.	44	M	VILA SÃO GERALDO	EXAME	AZUL	EXAMES REALIZADO NO DIA 18/11
27/11/2025 07:15:00	UBS ALTOS DE SANTANA	F. R. A.	23	M	CONDOMINIO RESIDENCIAL JAGUARI	RETIRADA DE PONTOS	AZUL	PACIENTE PERTENCE A ABRANGÊNCIA DA UBS PARQUE NOVO HORIZONTE
07/11/2025 19:34	UBS SANTANA	L. M. P.	68	F	SANTANA	AFERIR PA E GLICEMIA	AZUL	Efetuada tentativa de contato telefônico sem sucesso. Ativo na unidade, realizada última consulta em 05/11/2025
24/11/2025 07:04:00	UBS SANTANA	J. A. N.	26	F	VILA RANGEL	EXAMES	AZUL	AGENDAMENTO DE CONSULTA DIA 18/11
24/11/2025 10:08:00	UBS SANTANA	J. L. DA S.	75	M	VILA RANGEL	TROCA DE SONDA	AZUL	CONSULTA AGENDADA NO DIA 17/12
08/11/2025 13:15	UBS JD TELESPARK	M. S. DA M.	52	M	JARDIM MINAS GERAIS	CURATIVO	AZUL	PERTENCE A UBS ALTOS DE SANTANA
16/11/2025 09:09:00	UBS JD TELESPARK	M. S. DA M.	52	M	JARDIM MINAS GERAIS	CURATIVO	AZUL	PERTENCE A UBS ALTOS DE SANTANA
23/11/2025 08:26:00	UBS JD TELESPARK	J. C. R. DA C.	65	M	VILA SINHÁ	AFERIR PA E GLICOSE	AZUL	EM ACOMPANHAMENTO
23/11/2025 08:46:00	UBS JD TELESPARK	A. DE S. DA S.	25	M	JARDIM GUIMARÃES	DOCUMENTAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO	AZUL	SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR
24/11/2025 03:02:00	UBS JD TELESPARK	K. S. R. DA S.	21	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	EDEMA NOS OLHOS	AZUL	SOLICITAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR
30/11/2025 07:28:00	UBS JD TELESPARK	J. C. R. DA C.	65	M	VILA SINHÁ	AFERIR PA E GLICOSE	AZUL	EM ACOMPANHAMENTO

### 5.1.16 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - com doenças crônicas - MICRORREGIÃO NORTE



Análise crítica: No mês de novembro, a unidade registrou o atendimento de 132 pacientes portadores de hipertensão, diabetes e demais condições crônicas ou infectocontagiosas (como tuberculose e sífilis), evidenciando a permanência desses agravos entre os principais motivos de busca espontânea pelos serviços de urgência. A avaliação do território de procedência desses usuários demonstra uma concentração significativa vinculada a quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se destacam como principais áreas de origem da demanda.

- UBS Altos de Santana: 13 pacientes (10%)
- UBS Alto da Ponte: 33 pacientes (25%)
- UBS Telespark: 17 pacientes (13%)
- UBS Santana: 31 pacientes (23%)
- Demais UBS: 38 pacientes (29%)

Essa distribuição territorial indica que existem áreas específicas do território onde a demanda por atendimento de condições crônicas é mais elevada. Esse padrão pode refletir diversos fatores, como barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), fragilidades no acompanhamento clínico regular, falhas na continuidade dos planos terapêuticos ou ainda baixa adesão dos usuários às orientações de cuidado.

A presença recorrente de pacientes com doenças crônicas em um serviço de urgência — um perfil que deveria ser acompanhado de forma sistemática e preventiva pela APS — revela possíveis limitações na resolutividade da atenção básica em determinados pontos do território. Esse cenário reforça a importância de aprimorar a comunicação e a integração entre os serviços, em especial entre a unidade de urgência e as UBS às quais esses usuários estão vinculados.

Outro aspecto relevante é que 29% dos atendimentos referem-se a pacientes de UBS situadas fora da microrregião de referência, evidenciando o papel ampliado da unidade como ponto estratégico para um território mais abrangente do que sua área habitual de cobertura. Tal situação exige o fortalecimento dos fluxos de contrarreferência, de modo que, após o atendimento imediato, esses usuários retomem o acompanhamento adequado na APS, evitando interrupções no cuidado.

Em síntese, os dados demonstram a necessidade de intensificar a integração entre a urgência e a APS, priorizando o aprimoramento da gestão do cuidado crônico, o fortalecimento das redes de apoio territorial e a implementação de estratégias que ampliem o acesso, a adesão e o vínculo dos usuários com os serviços responsáveis pelo acompanhamento longitudinal.

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
04/11/2025 20:43:00	ALTOS DE SANTANA	J. A. C	63	F	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
05/11/2025 20:31:00	ALTOS DE SANTANA	J. A. S	53	M	CONDOMINIO RESIDENCIAL JAGUARI - AREA 5	HIPERTE NSÃO	AMARELO

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
12/11/2025 22:26:00	ALTOS DE SANTANA	B. A. O	54	F	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
14/11/2025 08:56:00	ALTOS DE SANTANA	M. A. S	51	F	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
15/11/2025 08:18:00	ALTOS DE SANTANA	C. A. S	64	M	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	VERDE
16/11/2025 13:02:00	ALTOS DE SANTANA	S. S	63	M	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
20/11/2025 00:39:00	ALTOS DE SANTANA	T. B. B	39	M	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
22/11/2025 06:49:00	ALTOS DE SANTANA	A. P. M	39	F	JARDIM SANTA MATILDE	HIPERTE NSÃO	AMARELO
23/11/2025 02:26:00	ALTOS DE SANTANA	T. B. B	39	M	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
24/11/2025 20:53:00	ALTOS DE SANTANA	D. F. L.	35	F	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	DIABETES	AMARELO
23/11/2025	ALTOS DE	W. L. P.	23	M	CONDOMINIO RESIDE	SÍFILIS	VERDE

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
11:33:00	SANTANA				NCIAL JAGUARI		
27/11/2025 06:54:00	ALTOS DE SANTANA	L. A. M	61	M	VILA SINHÁ	HIPERTE NSÃO	AMARELO
28/11/2025 08:50:00	ALTOS DE SANTANA	M. B. F. S	52	F	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
01/11/2025 06:04:00	ALTO DA PONTE	L. S	52	3	AGUAS DE CANINDU	HIPERTE NSÃO	AMARELO
01/11/2025 20:35:00	ALTO DA PONTE	L. L. S.S	33	M	VILA CANDIDA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
01/11/2025 22:03:00	ALTO DA PONTE	G. E. A. P	25	F	VILA UNIDOS	HIPERTE NSÃO	AMARELO
03/11/2025 07:41:00	ALTO DA PONTE	E. M. L. A	63	F	JARDIM SANTA MATILDE	HIPERTE NSÃO	AMARELO
04/11/2025 08:08:00	ALTO DA PONTE	M. A. G	64	F	VILA VENEZIANI	HIPERTE NSÃO	AMARELO
04/11/2025 11:13:00	ALTO DA PONTE	E. N. B. R	29	M	VILA CÂNDIDA	HIPERTE NSÃO	AMARELO

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
05/11/2025 20:31:00	ALTO DA PONTE	V. M. R	58	F	VILA CÂNDIDA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
06/11/2025 13:42:00	ALTO DA PONTE	S. C. J. S	55	F	AGUAS DE CANINDU	HIPERTE NSÃO	AMARELO
08/11/2025 15:38:00	ALTO DA PONTE	R. C. R	35	M	ALTO DA PONTE	HIPERTE NSÃO	AMARELO
08/11/2025 20:46:00	ALTO DA PONTE	C. A. B. H	54	F	VILA VENEZIANI	HIPERTE NSÃO	AMARELO
10/11/2025 16:39:00	ALTO DA PONTE	R. S. N. S	44	F	AGUAS DE CANINDU	HIPERTE NSÃO	VERDE - FAST TRACK
11/11/2025 14:32:00	ALTO DA PONTE	S. A. L	53	F	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
05/11/2025 08:10:00	ALTO DA PONTE	J. J. N. F	15	M	ALTO DA PONTE	TUBERCULOSE	VERDE
11/11/2025 14:32:00	ALTO DA PONTE	S. A. L	53	F	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
14/11/2025 18:37:00	ALTO DA PONTE	H. S	57	F	AGUAS DE CANINDU	HIPERTE NSÃO	AMARELO
15/11/2025 07:58:00	ALTO DA PONTE	R. F. C	61	M	ALTO DA PONTE	HIPERTE NSÃO	AMARELO

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
15/11/2025 08:10:00	ALTO DA PONTE	L. S	52	F	AGUAS DE CANINDU	HIPERTE NSÃO	AMARELO
13/11/2025 14:20:00	ALTO DA PONTE	J. R. S	67	M	VILA SINHÁ	DIABETE S	AMARELO
14/11/2025 14:20:00	ALTO DA PONTE	J. R. S	67	M	VILA SINHÁ	DIABETE S	AMARELO
05/11/2025 08:10:00	ALTO DA PONTE	J. J. N. F	15	M	ALTO DA PONTE	TB	VERDE
11/11/2025 20:27:00	ALTO DA PONTE	E. E. S	43	M	VILA RANGEL	TB	VERDE
18/11/2025 21:58:00	ALTO DA PONTE	A. N. F. O	42	F	CHÁCARAS OLIVEIRA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
20/11/2025 10:12:00	ALTO DA PONTE	E. M. A	63	F	JARDIM SANTA MATILDE	HIPERTE NSÃO	AMARELO
21/11/2025 18:10:00	ALTO DA PONTE	J. Q. S	71	M	CHÁCARAS HAVAÍ	HIPERTE NSÃO	AMARELO
22/11/2025 11:45:00	ALTO DA PONTE	D. P. S	50	F	JARDIM SANTA MATILDE	HIPERTE NSÃO	AMARELO
20/11/2025 13:09:00	ALTO DA PONTE	J. R. S	68	M	VILA SINHÁ	DIABETE S	AMARELO

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
20/11/2025 21:49:00	ALTO DA PONTE	R. S. M	35	F	AGUAS DE CANINDU	TB	VERDE
26/11/2025 14:29:00	ALTO DA PONTE	J. P. S. L	26	M	AGUAS DE CANINDU	HIPERTE NSÃO	AMARELO
26/11/2025 20:03:00	ALTO DA PONTE	L. C. F	35	F	VILA VENEZIANI	HIPERTE NSÃO	VERDE
26/11/2025 22:26:00	ALTO DA PONTE	L. C. F	42	M	CH HAVAÍ	HIPERTE NSÃO	VERDE
27/11/2025 13:21:00	ALTO DA PONTE	J. A. P	55	M	CHÁCARAS HAVAÍ	HIPERTE NSÃO	AMARELO
28/11/2025 08:17:00	ALTO DA PONTE	A. M. S	52	F	VILA CÂNDIDA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
28/11/2025 14:20:00	ALTO DA PONTE	C. D. C	44	M	ALTO DA PONTE	HIPERTE NSÃO	AMARELO
03/11/2025 12:25:00	SANTANA	D. F. C	80	M	VILA ROSSI	HIPERTE NSÃO	AMARELO
03/11/2025 13:35:00	SANTANA	C. J. P	52	M	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
04/11/2025 02:17:00	SANTANA	L. F. A	63	F	JAGUARI	HIPERTE NSÃO	AMARELO

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
06/11/2025 09:03:00	SANTANA	R. C. O. S	37	F	VILA ROSSI	HIPERTE NSÃO	AMARELO
06/11/2025 23:59:00	SANTANA	C. A. S	72	M	VILA CRISTINA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
09/11/2025 13:48:00	SANTANA	M. P. B	81	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
10/11/2025 01:27:00	SANTANA	J. P. C. P	42	M	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
10/11/2025 03:13:00	SANTANA	N. M. E. K	88	F	JARDIM BELA VISTA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
10/11/2025 08:28:00	SANTANA	A. A	50	M	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
10/11/2025 10:56:00	SANTANA	S. M	69	M	VILA NOVA CRISTINA	HIPERTE NSÃO	VERDE - FAST TRACK
12/11/2025 17:44:00	SANTANA	J. A. S. N	31	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
13/11/2025 20:33:00	SANTANA	R. M. B. S	64	F	VILA ROSSI	HIPERTE NSÃO	VERDE
16/11/2025 09:42:00	SANTANA	J. J. N	41	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	VERDE

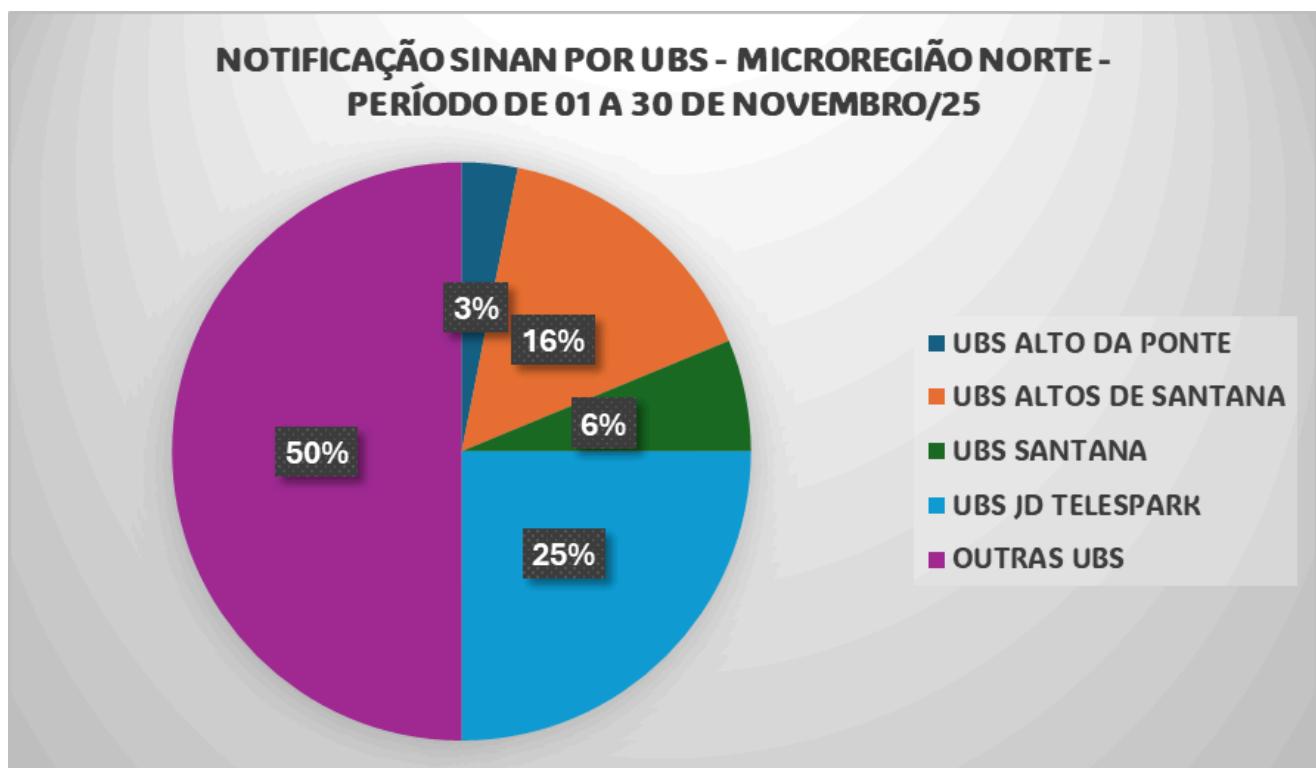
DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
17/11/2025 02:23:00	SANTANA	R. A. S	79	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
17/11/2025 12:47:00	SANTANA	G. F. S	77	F	AREA RURAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPO S	HIPERTE NSÃO	VERDE
17/11/2025 20:22:00	SANTANA	V. L. B. C	79	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
18/11/2025 20:34:00	SANTANA	E. L. S	74	F	VILA UNIDO S	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
19/11/2025 13:36:00	SANTANA	R. S	62	M	VILA ALEXAN DRINA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
20/11/2025 07:02:00	SANTANA	V. L. S. S	65	F	VILA DIRCE	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
20/11/2025 09:07:00	SANTANA	A. M	63	M	VILA RANGEL	HIPERTE NSÃO	VERDE
20/11/2025 18:49:00	SANTANA	E. A. M	85	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
22/11/2025 00:18:00	SANTANA	G. M. V. G	70	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
22/11/2025	SANTANA	J. D. M. F	68	F	JAGUAR I	HIPERTE NSÃO	AMARE LO

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
10:28:00							
22/11/2025 17:10:00	SANTANA	M. J. O	66	M	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
24/11/2025 10:40:00	SANTANA	D. R. M. F	69	M	VILA JACI	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
25/11/2025 00:24:00	SANTANA	A. S. L. S	65	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
25/11/2025 09:23:00	SANTANA	R. S	62	M	VILA ALEXANDRINA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
25/11/2025 15:42:00	SANTANA	V. J. V. P	64	M	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
28/11/2025 05:06:00	SANTANA	D. R. F. D	59	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
28/11/2025 11:30:00	SANTANA	Y. E. R. O	20	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
28/11/2025 20:58:00	SANTANA	D. R. F. D	59	F	SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
01/11/2025 12:13:00	TELESPARK	S. B	82	M	VILA SINHÁ	HIPERTE NSÃO	AMARE LO
04/11/2025	TELESPARK	M. N. F. R	70	F	JARDIM TELESPARK	HIPERTE NSÃO	VERDE

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
16:28:00							
06/11/2025 06:16:00	TELESPARK	M. A. S	80	F	JARDIM TELESPARK	HIPERTE NSÃO	VERDE
09/11/2025 13:42:00	TELESPARK	S. A. A	59	F	JARDIM TELESPARK	HIPERTE NSÃO	AMARELO
01/11/2025 15:17:00	TELESPARK	L. F. M	28	M	JARDIM TELESPARK	SÍFILIS	VERDE
12/11/2025 04:32:00	TELESPARK	M. A. S	80	F	JARDIM TELESPARK	HIPERTE NSÃO	AMARELO
12/11/2025 08:29:00	TELESPARK	M. J. S	61	M	JARDIM MINAS GERAIS	HIPERTE NSÃO	AMARELO
14/11/2025 06:03:00	TELESPARK	A. C. P	45	F	VILA UNIDOS	HIPERTE NSÃO	CINZA
14/11/2025 08:10:00	TELESPARK	S. B. O	36	F	JARDIM TELESPARK	HIPERTE NSÃO	AMARELO
15/11/2025 08:31:00	TELESPARK	R. F. S	41	M	JARDIM TELESPARK	HIPERTE NSÃO	VERDE
16/11/2025 16:24:00	TELESPARK	M. J. C	83	F	JARDIM TELESPARK	HIPERTE NSÃO	AMARELO
14/11/2025	TELESPARK	M. C. V. R	53	F	VILA UNIDOS	DIABETE S	AMARELO

DATA	UBS	NOME	ID	SEXO	Bairro	CID	CLASSIF
11:01:00							
01/11/2025 15:17:00	TELESPARK	L. F. M	28	M	JARDIM TELESPARK	SÍFILIS	VERDE
24/11/2025 18:46:00	TELESPARK	S. A. S	56	F	VILA SINHÁ	DIABETE S	AMARELO
25/11/2025 11:24:00	TELESPARK	J. C. S	41	F	JARDIM ALTOS DE SANTA NA	HIPERTE NSÃO	AMARELO
27/11/2025 01:11:00	TELESPARK	F. C	40	M	JARDIM SANTAR EM	HIPERTE NSÃO	VERDE
28/11/2025 23:09:00	TELESPARK	L. A. F	60	M	VILA DIRCE	HIPERTE NSÃO	VERDE

### 5.1.17 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - Notificação SINAN - MICRORREGIÃO NORTE



**Análise Crítica:** No mês de novembro, foram registradas 32 notificações de violência no município. A distribuição por Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Microrregião Norte revela importantes diferenças territoriais, que possibilitam reflexões sobre fatores estruturais, institucionais e socioculturais relacionados ao fenômeno.

#### 1. Distribuição das Notificações por UBS da Microrregião Norte:

- UBS Alto da Ponte: 1 caso (3%) - A UBS Alto da Ponte registrou um caso notificado no período. Embora represente o menor volume numérico absoluto, esse dado pode sinalizar capacidade de identificação qualificada por parte da equipe, considerando o perfil heterogêneo do território e a complexidade das situações atendidas. A ocorrência de notificação demonstra que existem mecanismos de acolhimento sensível, escuta ativa e

manejo adequado das situações de violência, ainda que o quantitativo registrado seja baixo. Contudo, a baixa frequência também pode refletir subnotificação, barreiras de acesso ou dificuldades estruturais relacionadas ao fluxo de usuários, exigindo monitoramento contínuo.

- UBS Altos de Santana: 5 casos (16%) - Com cinco notificações, a UBS Altos de Santana apresenta o maior volume da microrregião, o que pode indicar maior capilaridade das ações de vigilância, qualificação da equipe e efetividade das rotinas de identificação de risco. O quantitativo pode estar associado a características do território, como maior densidade populacional ou maior exposição a determinantes sociais da violência. O padrão observado sugere processos de trabalho consolidados, compatíveis com uma equipe sensível às situações de vulnerabilidade, com protocolos bem estabelecidos para acolhimento e notificação.
- UBS Jardim Telespark: 8 casos (25%) - Com o segundo maior número de notificações, a UBS Jardim Telespark levanta hipóteses importantes a serem consideradas. A menor incidência pode estar associada a uma demanda efetivamente reduzida, à subnotificação ou a possíveis barreiras de acesso aos serviços. Além disso, fatores socioeconômicos e culturais devem ser analisados, pois influenciam tanto a ocorrência de situações de violência quanto a disposição da comunidade em buscar apoio ou formalizar denúncias.
- UBS Santana: 2 casos (6%) - Com o segundo menor número de notificações da microrregião, a UBS Santana evidencia, ainda assim, importante engajamento no enfrentamento da violência. Esse cenário pode refletir tanto aspectos de vulnerabilidade social presentes no território quanto a construção de vínculos de confiança entre a equipe e a comunidade, o que favorece a cultura da denúncia e contribui para o fortalecimento da rede de proteção.

2. Notificações Procedentes das Demais Unidades do Município: 16 casos (50%) - A dispersão dos registros demonstra que a violência possui caráter transversal e capilar no território, não se concentrando exclusivamente em áreas com maior volume de notificações. Esse panorama reforça a necessidade de manutenção de vigilância contínua e qualificada em todas as unidades da rede.

3. Monitoramento e Continuidade do Cuidado: O Serviço Social tem encaminhado sistematicamente todas as notificações às respectivas UBS de referência, acompanhando os retornos por meio da Planilha de Condições de Saúde e Desfecho de pacientes, instrumento consolidado de gestão do cuidado.

4. Fatores Condicionantes para o Volume de Notificações: A quantificação de notificações está associada a múltiplos fatores interdependentes, e não apenas à ocorrência objetiva dos episódios de violência. Destacam-se:

a) Vulnerabilidade Social e Determinantes Sociais da Saúde: Territórios marcados por maior desigualdade socioeconômica tendem a apresentar maior incidência de violências domésticas, negligência e violências autoprovocadas. Aspectos como desemprego, insegurança alimentar, baixa escolaridade e fragilidade de redes de apoio ampliam o risco e dificultam a ruptura dos ciclos de violência. A naturalização de práticas violentas nesses contextos pode reduzir a probabilidade de denúncia ou procura espontânea por cuidado.

b) Capacidade Técnica e Sensibilidade das Equipes de Saúde: A qualificação profissional é determinante para a correta identificação e notificação. Equipes com maior experiência em vigilância, acolhimento e abordagem de situações de violência tendem a reconhecer sinais precoces, realizar escuta qualificada e registrar adequadamente no sistema de informação. A ausência de capacitação pode resultar em subnotificação, invisibilizando a real magnitude do problema.

c) Cultura de Denúncia e Relação de Confiança com os Serviços: A decisão da vítima de relatar a violência depende da percepção de segurança, da existência de vínculos estabelecidos com a rede de saúde e da confiança na resposta institucional. Medo de represálias, dependência econômica, barreiras culturais e desconhecimento de direitos influenciam diretamente o comportamento de

denúncia. Quando a unidade de saúde é percebida como espaço acolhedor e protegido, tende-se ao aumento da procura e à formalização das notificações.

**Considerações Finais:** A análise dos dados referentes ao mês de novembro evidencia não apenas a importância da vigilância ativa na identificação e notificação dos casos de violência, mas também a necessidade de implementação de ações estruturantes no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Destacam-se, de forma especial, o investimento contínuo na capacitação das equipes, o fortalecimento dos vínculos de confiança com a comunidade e a integração efetiva entre os serviços que compõem a rede de proteção. A manutenção e o aperfeiçoamento do uso de instrumentos como a Planilha de Condições de Saúde e a Sala Lilás, aliados a uma atuação intersetorial coordenada, constituem estratégias essenciais para assegurar que as vítimas sejam acolhidas com segurança, efetividade e abordagem humanizada.

Tais medidas contribuem para a consolidação de uma rede sensível, tecnicamente preparada e responsável às diversas manifestações de violência, promovendo o cuidado integral e a garantia dos direitos humanos.

### 5.1.18 Percentual de pacientes encaminhados pelo serviço de atendimento pré-hospitalar

**Serviços de atendimento pré-hospitalar**



**Análise crítica:**

No mês de novembro, a UPA Alto da Ponte registrou **201 atendimentos**, mantendo-se como referência para atendimento de urgências de média complexidade. Observou-se uma leve redução em relação ao mês de outubro (215 atendimentos), porém **o perfil clínico manteve predominância de casos classificados como amarelos**, indicando pressão assistencial contínua e demanda por resposta rápida na triagem e estabilização.

**Classificação de Risco – Novembro**

- **Total de atendimentos:** 201
- **Amarelo (Urgência moderada):** 183 (91,0%)
- **Vermelho (Emergência imediata):** 8 (4,0%)
- **Verde (Baixa complexidade):** 13 (6,4%)

A predominância elevada de atendimentos amarelos reforça o perfil de média complexidade da unidade. O número de casos vermelhos se manteve dentro do padrão habitual, exigindo prontidão contínua para manejo de emergências críticas. A leve presença de casos verdes segue indicando que a porta da UPA continua sendo utilizada, em parte, para situações que poderiam ser absorvidas pela Atenção Básica.

**TOP 5 CIDs MAIS FREQUENTES – NOVEMBRO**

- 1 R06.0 – Dispneia (6 ocorrências)

Principal motivo clínico do mês. Indica aumento de quadros respiratórios e cardiológicos, exigindo avaliação criteriosa, diagnóstico rápido e suporte ventilatório imediato quando necessário.

**2 R52.0 – Dor aguda (5 ocorrências)**

Motivo recorrente na urgência. Abrange dores musculoesqueléticas, abdominais e pós-traumáticas, demandando boa acurácia clínica para diferenciação entre quadros simples e manifestações de patologias graves.

**3 F10.0 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool – intoxicação aguda (3 ocorrências)**

Mantém-se entre os principais agravos, exigindo acolhimento qualificado, suporte clínico e articulação com a rede de saúde mental e assistência social.

**4 R56.8 – Outras convulsões e as não especificadas (3 ocorrências)**

Demandam intervenção rápida, investigação de etiologia e monitoramento rigoroso. Permanecem como um dos perfis de maior risco clínico da unidade.

**Comparativo Outubro x Novembro**

<b>Indicador</b>	<b>Outubro</b>	<b>Novembro</b>	<b>Variação</b>
Total de atendimentos	215	201	↓ 6,5%
Casos Amarelos	196 (91,2%)	183 (91,0%)	Estável
Casos Vermelhos	12 (5,6%)	8 (4,0%)	↓ leve redução

Casos Verdes	7 (3,2%)	13 (6,4%)	↑ aumento relevante
--------------	----------	-----------	---------------------

A análise demonstra que, embora tenha havido pequena redução do total de atendimentos, **a gravidade manteve padrão similar ao mês anterior**, com forte predominância de amarelos.

### **Síntese Analítica – Novembro**

O mês de novembro caracterizou-se por:

#### **1. Predominância de urgências moderadas (amarelos)**

O volume expressivo desse grupo mantém pressão assistencial constante e reforça a necessidade de equipe capacitada para estabilização de quadros respiratórios, dores agudas e distúrbios neurológicos.

#### **2. Relevância dos quadros respiratórios e convulsivos**

A presença da dispneia como CID mais frequente e o registro de convulsões indicam a necessidade de vigilância clínica ampliada, suporte ventilatório sempre pronto e protocolos neurológicos bem alinhados.

#### **3. Persistência de agravos relacionados ao álcool**

Os casos de intoxicação alcoólica mostram a importância da articulação com a rede de saúde mental para reduzir reincidência e garantir continuidade de cuidado.

#### **4. Aumento de casos verdes**

O crescimento deste grupo aponta possível desvio de demanda para a urgência, reforçando a necessidade de alinhamento contínuo com a rede básica e ações educativas para a população.

## Conclusão

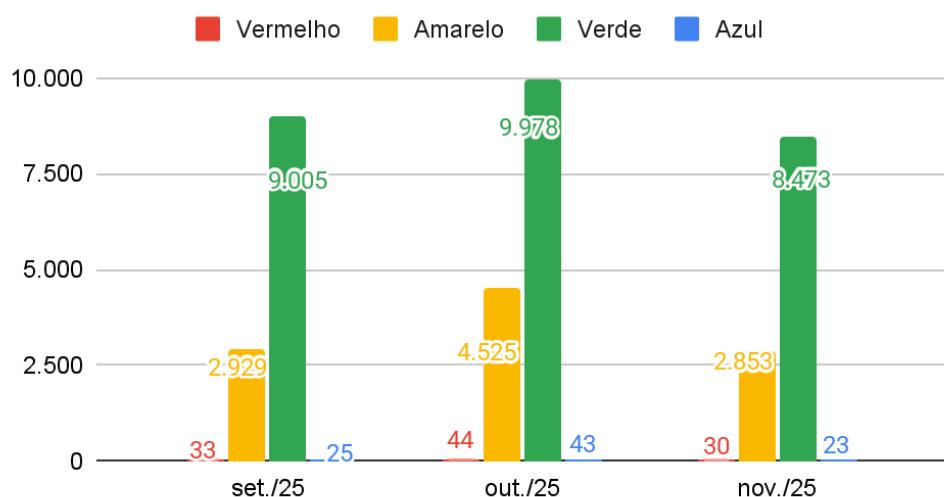
Novembro manteve o padrão assistencial da unidade, com demanda centrada em média complexidade e casos que exigem resposta ágil e protocolos bem definidos. A análise destaca a importância:

- Da prontidão na triagem e estabilização clínica;
- Do fortalecimento das linhas de cuidado respiratório, neurológico e saúde mental;
- Da integração com a atenção primária para diminuir ocorrências de baixa complexidade.

Permanece evidente a necessidade de vigilância contínua, equipe preparada e integração intersetorial para garantir assistência segura, eficaz e resolutiva.

### **5.1.19 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco**

## Classificação de Risco



**Análise crítica:** No período analisado, a unidade registrou um total de 14.138 atendimentos. Unidade ficou acima da meta de atendimentos conforme anexo IIB que é de 11.700

Ao analisar a distribuição dos atendimentos segundo a Classificação de Risco do PNH, observa-se que 30 pacientes (0,21%) foram classificados como vermelho (emergência), 2.853 (20,17%) como amarelo (urgência moderada), 8473 (59,93%) como verde (baixa complexidade) e 23 (0,16%) como azul (não urgente).

A maior concentração de atendimentos classificados como verde confirma o perfil de baixa complexidade da assistência, algo comumente encontrado nas Unidades de Pronto Atendimento. Grande parte dessa demanda poderia ser absorvida pela Atenção Primária à Saúde (APS), ressaltando a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de cuidado. Esse contexto evidencia a relevância de um sistema integrado, capaz de direcionar adequadamente os usuários e garantir o uso eficiente dos recursos disponíveis na rede.

Mesmo assim, sobressai a eficácia da equipe multiprofissional em manter a agilidade dos atendimentos, realizar corretamente a estratificação de risco e cumprir os tempos de resposta, apesar do aumento no volume de pacientes. Esses

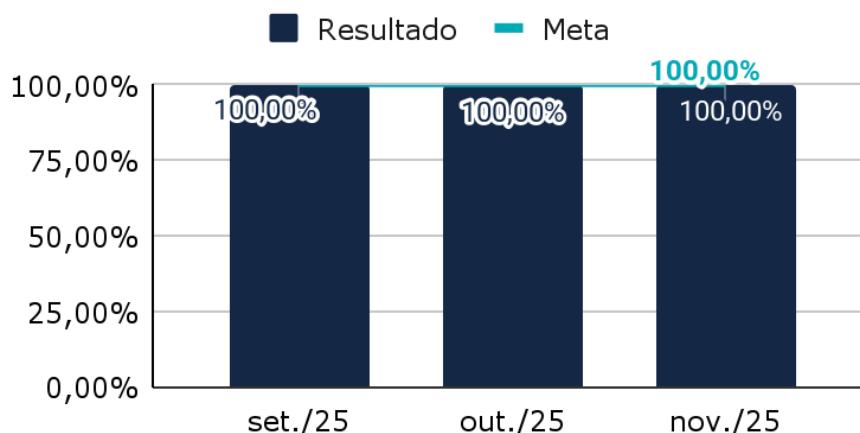
resultados demonstram o comprometimento da unidade com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a organização dos fluxos de cuidado, assegurando que os casos mais graves sejam identificados, priorizados e conduzidos de acordo com os protocolos institucionais.

Categoria	Quantidade Pacientes	Porcentagem (%)
<b>Vermelho (emergência)</b>	<b>30</b>	<b>0,21%</b>
<b>Amarelo (urgência moderada)</b>	<b>2.853</b>	<b>20,17%</b>
<b>Verde (baixa complexidade)</b>	<b>8.473</b>	<b>59,93%</b>
<b>Azul (não urgente)</b>	<b>23</b>	<b>0,16%</b>

**Observação:** Os demais pacientes que não foram classificados entraram na fila dedicada ao cinza para medicação externa.

#### **5.1.20 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória**

## Notificação compulsória



**Análise crítica:** No mês de novembro, a unidade registrou 1.923 notificações, distribuídas entre diversos agravos de relevância epidemiológica. Embora os maiores volumes estejam concentrados em diarreia (954 casos), COVID-19 (403) e dengue (235), eventos que já contam com monitoramento específico e acompanhamento sistematizado, a presença de outros agravos merece destaque por refletir o comportamento epidemiológico do território.

A conjuntivite, com 265 notificações, representou o principal agravão entre aqueles que não possuem sistema próprio de vigilância. Esse número expressivo indica um cenário de alta transmissão, sugerindo possível surto ou aumento sazonal significativo. A situação demanda reforço nas ações educativas, intensificação das orientações de higiene e monitoramento da evolução dos casos para identificação precoce de clusters.

Os acidentes por animais peçonhentos (3) e os casos de febre maculosa (3), ainda que numericamente baixos, permanecem como eventos prioritários por seu potencial de gravidade, exigindo manutenção das ações de prevenção, orientação comunitária e vigilância ambiental.

A ocorrência de mordeduras (26) e intoxicações exógenas (10) evidencia a necessidade de vigilância contínua sobre acidentes e exposições evitáveis,

reforçando a importância da educação em saúde, identificação de fatores de risco e articulação com serviços de apoio.

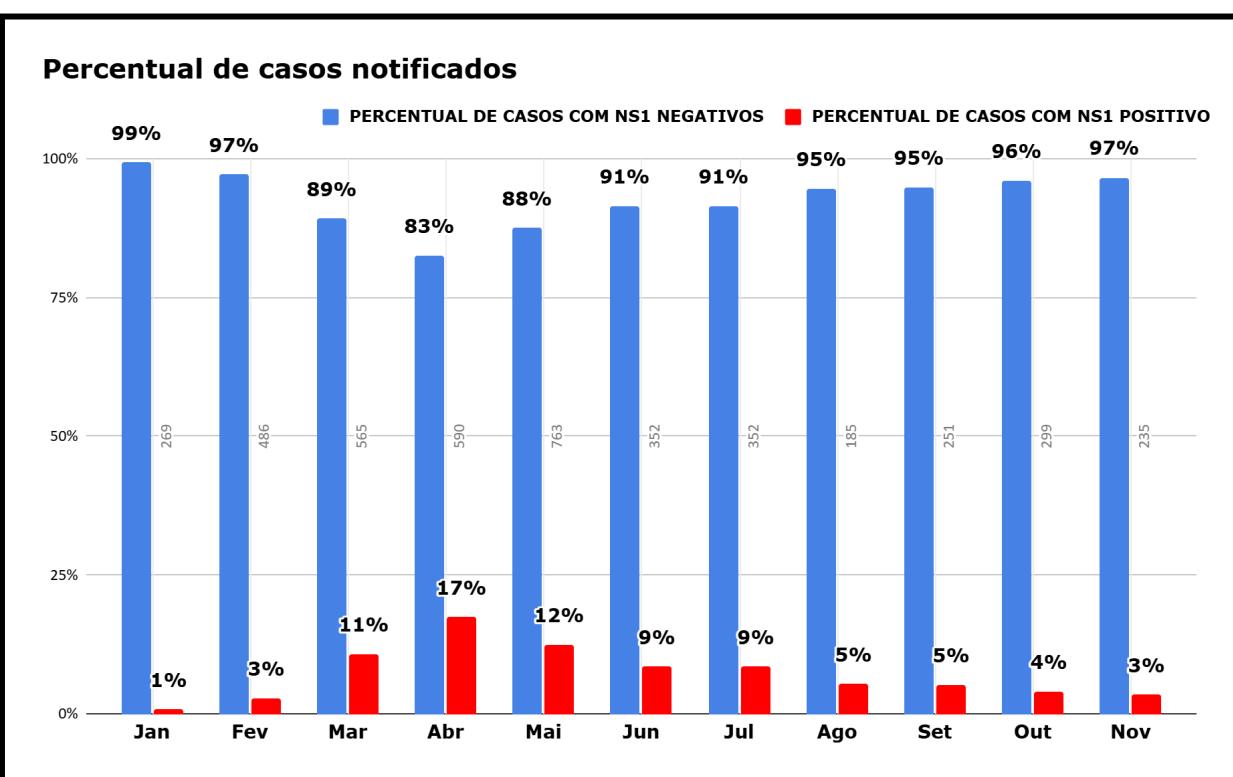
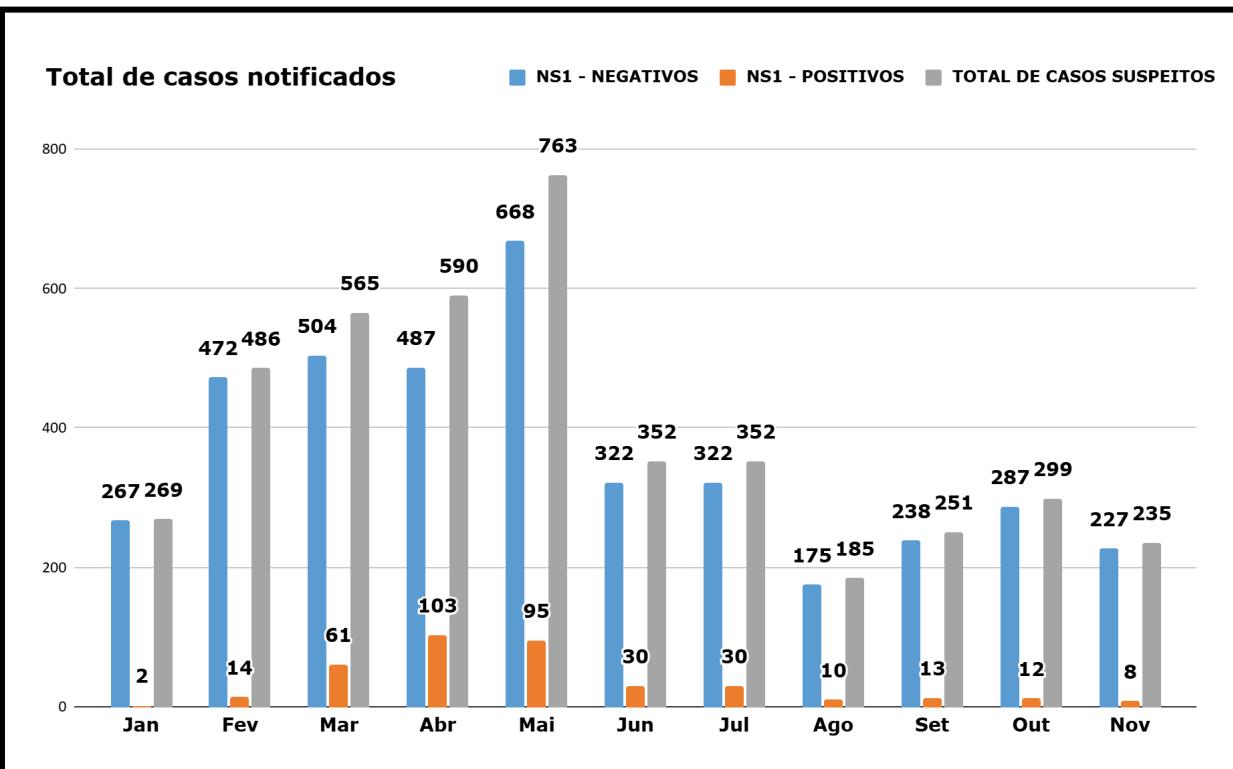
Entre os agravos de transmissão direta, registraram-se 4 casos de caxumba, 5 de escarlatina, 7 de sífilis, 7 de tuberculose e 1 caso de HIV, dados que, embora relativamente estáveis, reforçam a necessidade de manter a busca ativa, a investigação dos contatos, a testagem e a ampliação das estratégias de prevenção e diagnóstico precoce.

De forma geral, o conjunto das notificações demonstra um cenário epidemiológico complexo, com coexistência de agravos sazonais, doenças imunopreveníveis, transmissões comunitárias ativas e eventos ambientais. A manutenção de um sistema de vigilância sensível e ágil permanece essencial para identificar mudanças no perfil de morbidade, orientar ações especializadas e garantir respostas rápidas às demandas emergentes do território.

ACIDENTE POR ANIMAL PECONHENTO	13	4	7	8	5	1	4	2	5	10	3
CAXUMBA	1	1	2	1	4	3	3	3	3	2	4
CHIKUNGUNYA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONJUNTIVITE	95	106	77	62	131	147	182	178	226	316	265
COQUELUCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Covid-19	546	508	390	394	499	362	300	307	395	486	403

LEPTOSPIROSE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
MENINGITE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
MONKEYPOX	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MORDEDURA	34	22	24	18	19	31	19	35	19	21	26
SARAMPO	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
SIFILIS	9	0	3	0	1	5	4	2	5	5	7
TB	6	1	6	3	6	4	6	8	8	3	7
VARICELA	0	0	1	1	0	1	0	4	4	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>2.068</b>	<b>2.060</b>	<b>2.258</b>	<b>2.091</b>	<b>2.233</b>	<b>1.642</b>	<b>1.331</b>	<b>1.622</b>	<b>1.940</b>	<b>2.226</b>	<b>1.923</b>

**Casos suspeitos ou confirmados de Dengue**



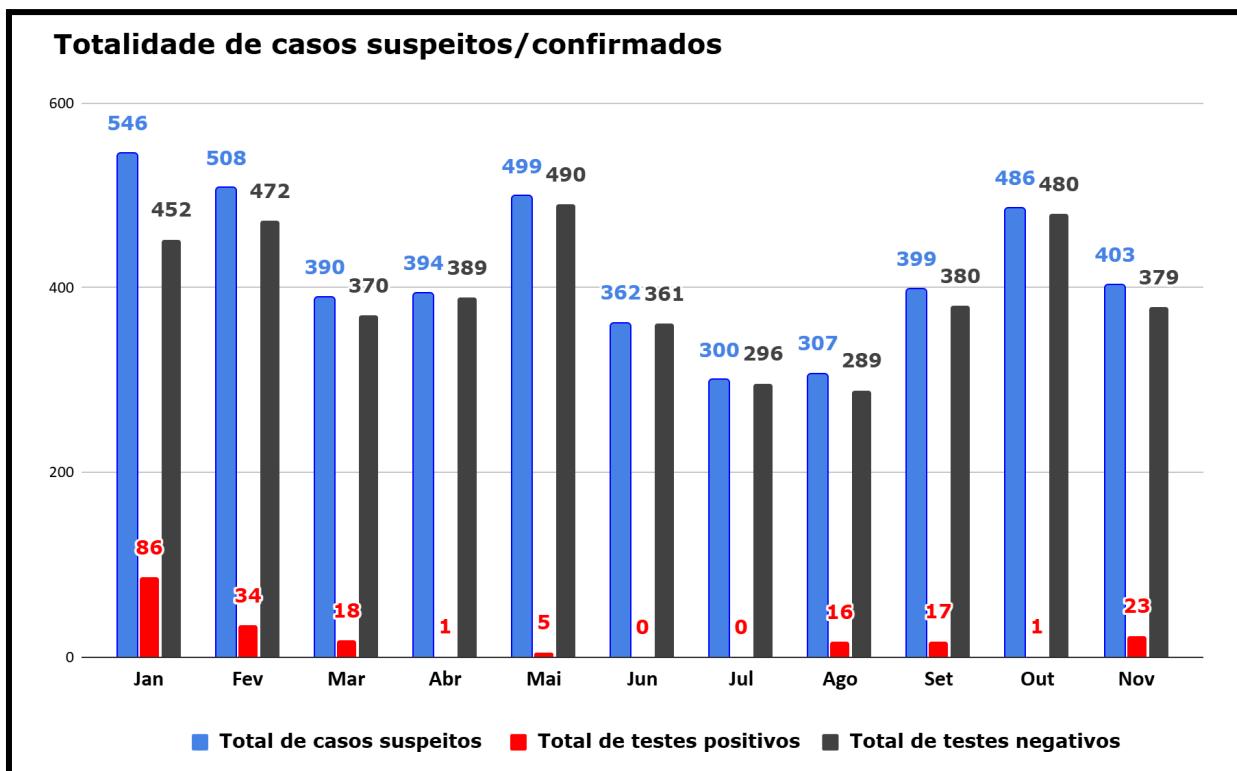
**Análise crítica:** No período analisado, a unidade registrou 235 notificações por suspeita de dengue. Desses atendimentos, 227 apresentaram resultado negativo e apenas 8 casos foram confirmados, revelando um baixo índice de positividade em relação ao total de notificações. Esse cenário indica que, embora a procura por atendimento com sintomas compatíveis com dengue permaneça elevada, grande parte dos quadros pode estar associada a outras infecções virais ou síndromes febris inespecíficas que também circulam no território, especialmente em períodos de maior sazonalidade.

Foram realizadas 65 coletas de RT-PCR, evidenciando adesão adequada aos fluxos de investigação laboratorial. A utilização desse exame é fundamental para a detecção precoce do vírus e para o monitoramento da circulação viral no município, contribuindo para o entendimento da real situação epidemiológica. A proporção entre o número de coletas e o total de notificações demonstra um esforço constante da equipe em qualificar o diagnóstico e evitar subnotificações.

Além disso, foram solicitados 2 eventos sentinelas, ambos devidamente encaminhados para a referência UPA Campo dos Alemães, garantindo a condução adequada dos casos de maior complexidade e reforçando a articulação entre a unidade e a rede de vigilância epidemiológica.

De forma geral, mesmo diante da baixa confirmação laboratorial, o número expressivo de notificações reforça a importância da manutenção das ações de vigilância, da orientação à população sobre sinais de alarme e da continuidade das estratégias de prevenção, especialmente no controle de focos de *Aedes aegypti*. O acompanhamento contínuo desses indicadores permite identificar mudanças no padrão epidemiológico e agir de forma antecipada frente a possíveis aumentos de transmissão.

## Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados COVID-19



**Análise crítica:** No período analisado, a unidade registrou 403 suspeitas de COVID-19, das quais 23 foram confirmadas, 379 apresentaram resultado negativo e 1 paciente recusou a realização do exame. A taxa de positividade, embora relativamente baixa diante do volume total de atendimentos, demonstra que o vírus continua em circulação no território, mantendo a necessidade de vigilância ativa e orientação contínua à população.

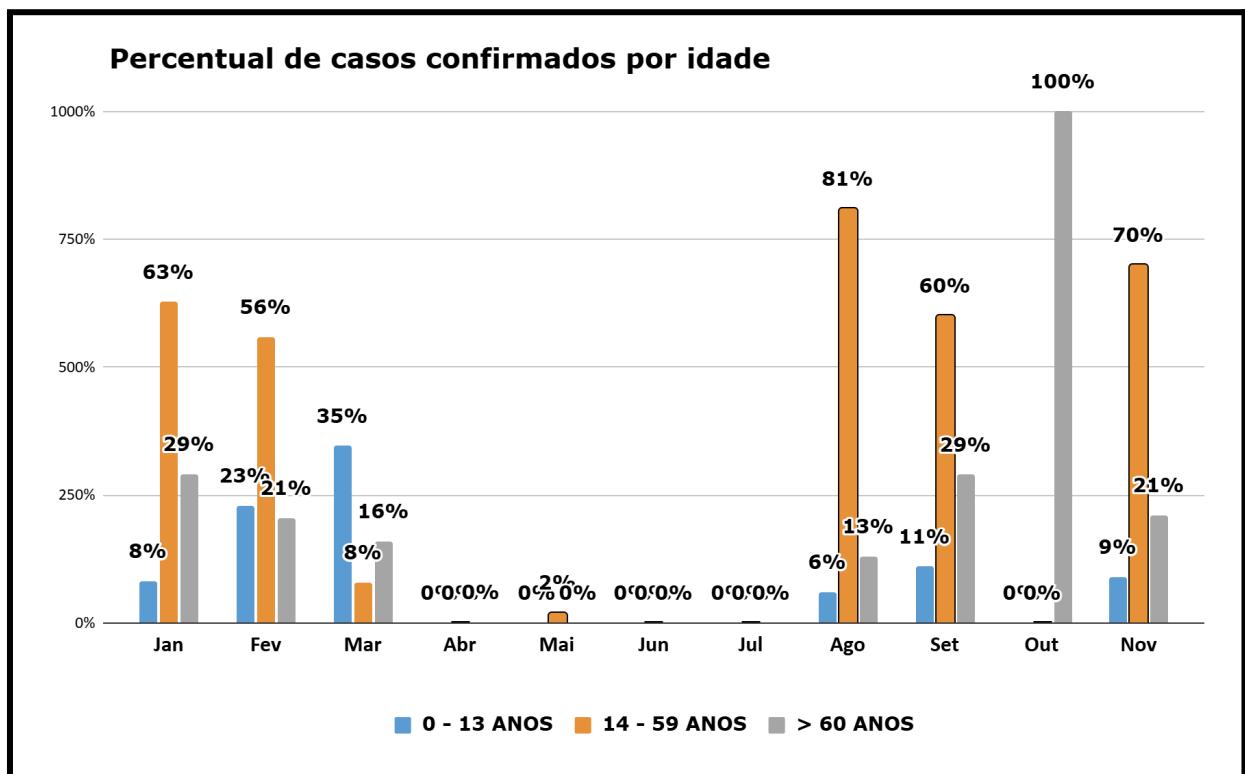
Destaca-se a ocorrência de uma internação por COVID-19, caso em que o paciente apresentou melhora clínica e recebeu alta hospitalar após estabilização do quadro. Esse episódio reforça que, embora a maioria dos casos atuais tende a ser leve, ainda há risco de evolução para formas moderadas ou graves, especialmente em indivíduos com fatores de risco.

No período, foi realizada 1 coleta de RT-PCR, exame considerado padrão-ouro para diagnóstico laboratorial. A baixa quantidade de coletas pode estar relacionada ao predomínio de quadros leves, ao uso ampliado de testes rápidos ou à sazonalidade

da circulação viral. Ainda assim, o RT-PCR permanece importante para qualificar o diagnóstico em situações específicas, como internações, agravamento clínico e casos de interesse epidemiológico.

De forma geral, o cenário demonstra um volume elevado de atendimentos suspeitos, mas com baixa confirmação laboratorial, indicando possível presença de outras infecções respiratórias concomitantes no território. A manutenção da vigilância, a estratificação adequada dos casos e a orientação sobre sinais de alerta permanecem essenciais para garantir respostas rápidas e efetivas frente às variações do padrão epidemiológico da COVID-19.

### **Faixa etária dos casos confirmados COVID-19**



**Análise crítica:** A análise dos atendimentos demonstra a predominância expressiva de casos negativos, o que indica que, embora haja grande demanda por avaliação de síndromes respiratórias, a maioria dos quadros não corresponde à COVID-19. Esse comportamento reforça a circulação simultânea de outros vírus respiratórios na comunidade, característica comum dos períodos sazonais, e

evidencia a importância de uma triagem clínica bem estruturada para qualificar as notificações e orientar adequadamente o fluxo de testagem.

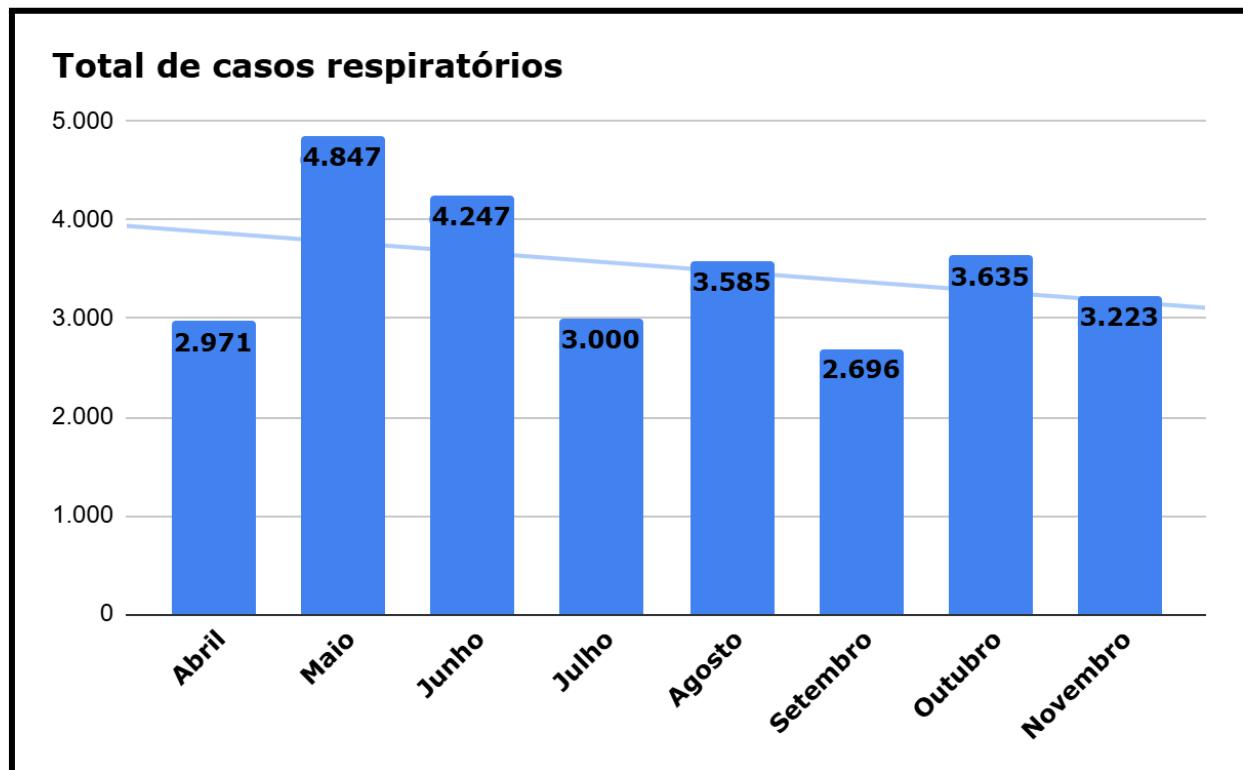
Entre os casos confirmados, a distribuição etária revela nuances importantes. Na faixa de 0 a 13 anos, foram identificados 2 casos positivos, número baixo e compatível com o padrão observado nacionalmente, no qual crianças tendem a apresentar quadros mais leves e menor taxa de detecção. Ainda assim, a presença de confirmações nesse grupo ressalta que a transmissão permanece ativa e que medidas preventivas devem ser reforçadas em ambientes escolares e domiciliares.

A maior concentração de casos ocorreu entre 14 e 59 anos, totalizando 16 confirmações. Esse grupo, composto majoritariamente por adultos jovens e indivíduos em idade produtiva, costuma apresentar maior exposição devido à circulação diária em ambientes de trabalho, estudo, transporte coletivo e atividades sociais. A predominância nessa faixa etária reforça a necessidade de ações educativas contínuas, especialmente sobre a adoção de medidas de autoproteção e identificação precoce de sinais de agravamento.

Já entre os idosos acima de 60 anos, foram registrados 5 casos positivos. Apesar de numericamente inferiores, esses casos merecem atenção prioritária devido ao maior risco de evolução desfavorável, necessidade de internação e possibilidade de desfechos mais graves. A ocorrência de casos nessa faixa etária requer vigilância próxima, reforço das orientações preventivas e monitoramento intensificado de comorbidades associadas.

No conjunto, o cenário indica uma baixa positividade, porém com circulação viral contínua e disseminada entre diferentes faixas etárias. Esses achados ressaltam a importância de manter a vigilância ativa, garantir o acesso oportuno aos testes quando clinicamente indicados, aprimorar a estratificação dos casos e reforçar a sensibilização dos profissionais para avaliação qualificada de sintomas respiratórios. A manutenção dessas estratégias é fundamental para antecipar mudanças no padrão epidemiológico e garantir respostas oportunas e eficazes à população.

## Monitoramento dos casos de Síndrome Respiratória aguda



**Análise crítica:** No período analisado, a unidade registrou 3.223 atendimentos respiratórios, número inferior aos 3.635 atendimentos do mês anterior, representando uma redução discreta, porém significativa, da demanda. Essa queda pode indicar uma diminuição momentânea da circulação de agentes respiratórios, especialmente quando comparada ao pico observado anteriormente.

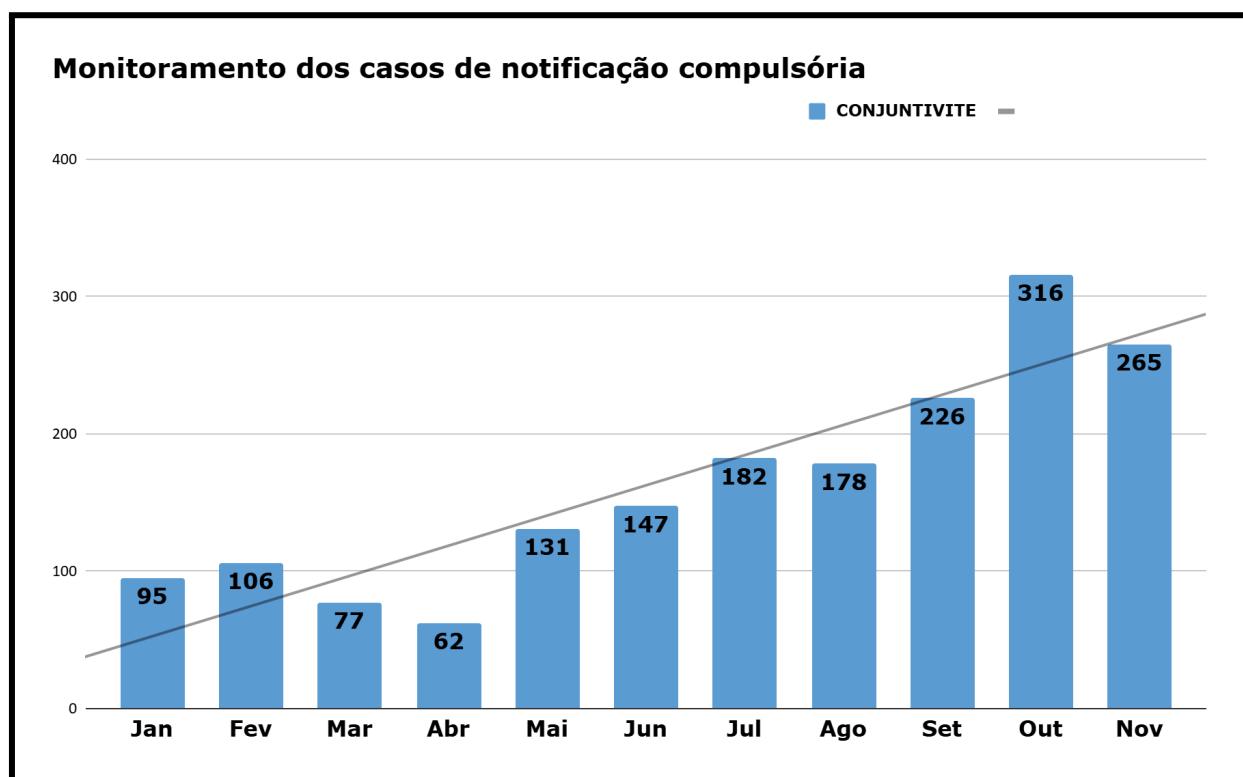
Apesar da redução, o volume de atendimentos ainda permanece elevado, demonstrando que os agravos respiratórios continuam sendo uma das principais causas de procura por assistência na unidade. Essa persistência sugere que diferentes vírus podem estar coexistindo no território, como influenza, rinovírus e outros agentes que tipicamente se intensificam em períodos de sazonalidade.

A diminuição no número total de atendimentos não necessariamente reflete menor gravidade dos quadros, mas sim uma possível redução na transmissão comunitária ou maior estabilidade clínica dos pacientes. Ainda assim, o cenário exige manutenção das estratégias de vigilância e monitoramento, especialmente para

identificação precoce de surtos, mudanças no comportamento epidemiológico e possíveis recrudescências.

De forma geral, mesmo com a redução observada, a carga assistencial permanece expressiva, reforçando a importância da organização dos fluxos de atendimento, da triagem qualificada e da adoção de medidas contínuas de prevenção e educação em saúde. Essa análise permite subsidiar decisões sobre dimensionamento de equipe, planejamento operacional e ações de enfrentamento às síndromes respiratórias na unidade.

### **Monitoramento dos casos de notificação compulsória**



**Análise crítica:** No período analisado, a unidade contabilizou 1.923 notificações compulsórias, número que demonstra a elevada demanda por vigilância epidemiológica e o intenso fluxo assistencial relacionado a agravos de notificação. Dentro desse total, é importante considerar que dengue, COVID-19 e diarreia possuem sistemas de monitoramento próprios, com linhas específicas de

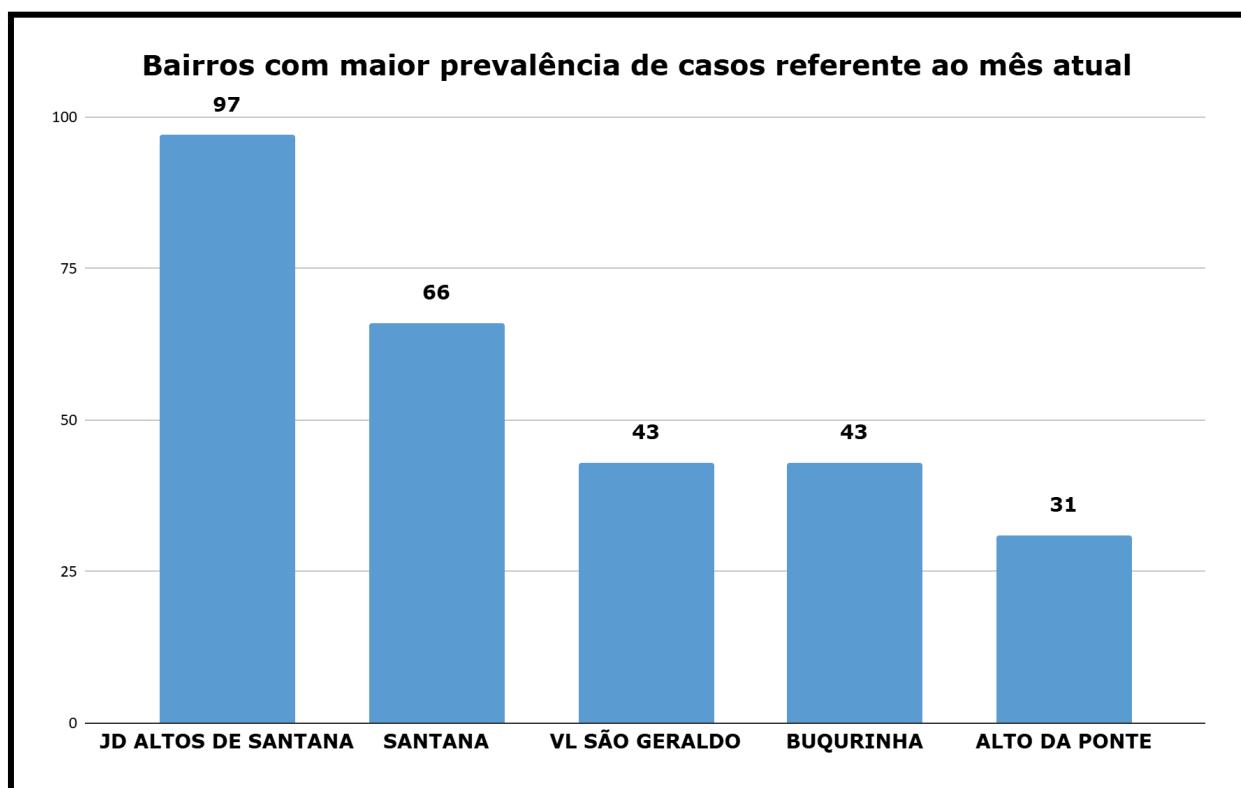
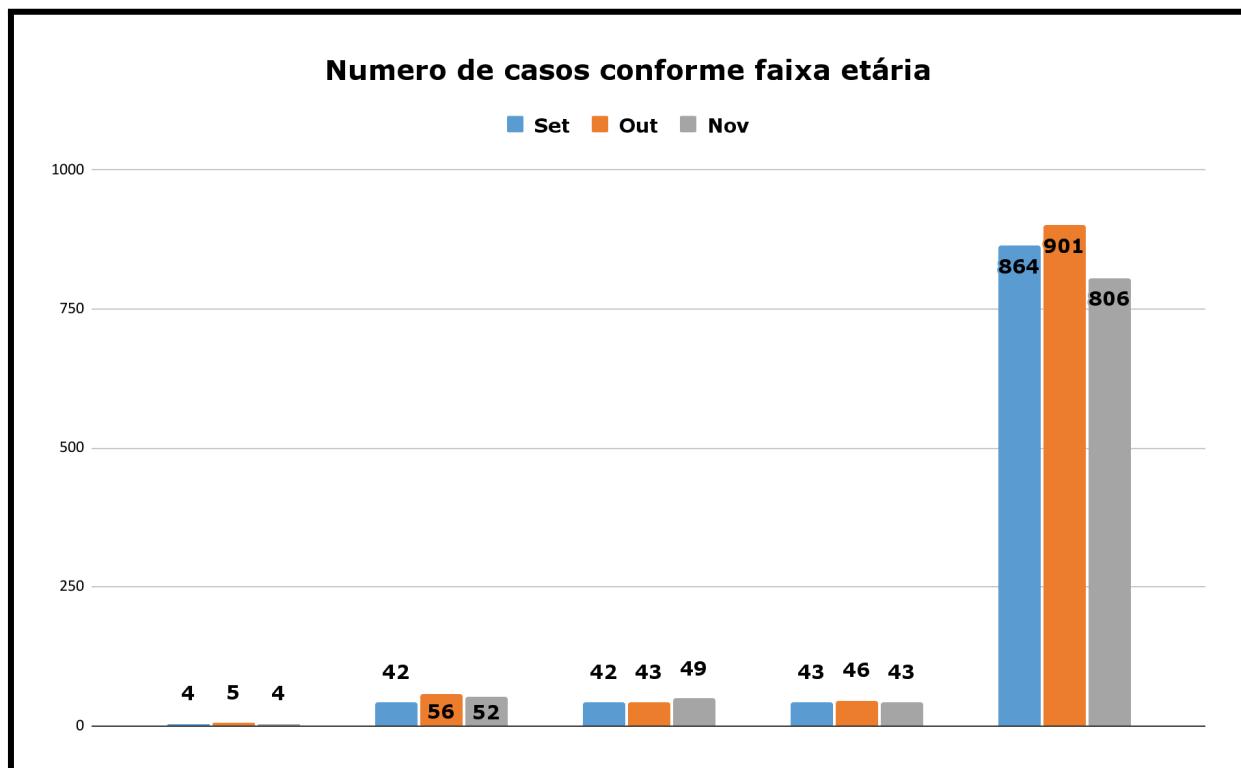
investigação e acompanhamento contínuo, o que já direciona grande parte do trabalho das equipes de vigilância.

Quando excluímos esses agravos de monitoramento específico, o destaque epidemiológico do mês passa a ser a conjuntivite, que apresentou 265 notificações. Esse quantitativo expressivo evidencia um aumento significativo da circulação de agentes etiológicos relacionados à conjuntivite, possivelmente associado a fatores sazonais, maior exposição em ambientes coletivos ou mudanças nos padrões de transmissibilidade.

Esse cenário reforça a necessidade de intensificar ações educativas voltadas à prevenção da transmissão, como higienização das mãos, cuidados com objetos de uso pessoal, limpeza de superfícies e orientações para ambientes escolares e unidades de acolhimento, onde a disseminação costuma ser mais rápida. Além disso, a análise sistemática dos dados possibilita avaliar a evolução dos casos, identificar áreas de maior concentração e orientar medidas específicas de controle.

De forma geral, o conjunto das notificações evidencia um perfil epidemiológico diversificado, no qual a conjuntivite se destaca como principal agravão entre aqueles sem monitoramento próprio. Esse comportamento demanda vigilância contínua, atuação integrada entre assistência e vigilância epidemiológica e reforço das estratégias preventivas, a fim de reduzir a transmissão e responder de forma ágil às demandas sanitárias do território.

## Monitoramento dos casos de Doenças Diarreicas Aguda (DDA)



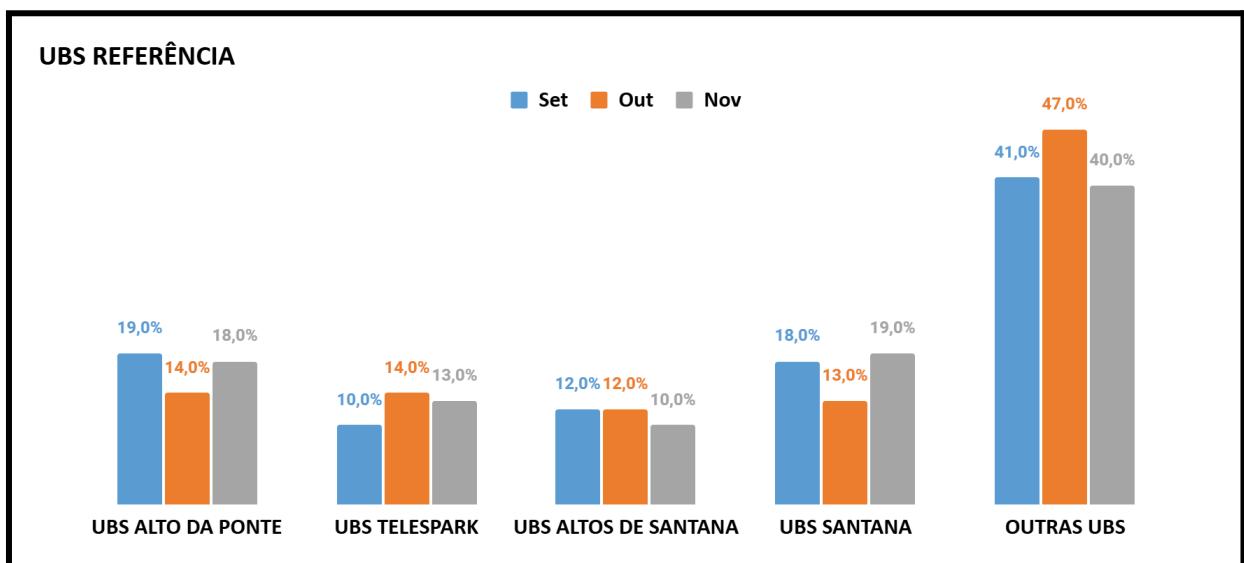
**Análise crítica:** No período analisado, a unidade registrou 954 casos de diarreia, demonstrando um volume expressivo de atendimentos e evidenciando a relevância desse agravio no perfil epidemiológico local. A distribuição por faixa etária mostra que, embora crianças e adolescentes apresentem risco aumentado para desidratação e complicações, a maior concentração de casos ocorreu em indivíduos acima de 15 anos, totalizando 806 atendimentos. Esse dado sugere ampla circulação de agentes infecciosos entre adultos, possivelmente relacionados a fatores ambientais, hábitos alimentares, condições de higiene ou maior exposição em ambientes coletivos.

Nas faixas etárias pediátricas, foram registrados 4 casos em menores de 1 ano, 52 casos entre 1 e 4 anos, 49 casos entre 5 e 9 anos e 43 casos entre 10 e 14 anos, o que demonstra que a diarreia permanece presente em todas as etapas da infância e adolescência. Embora os números sejam menores que os observados em adultos, exigem atenção contínua por se tratar de um grupo mais vulnerável e suscetível à desidratação rápida.

A análise da distribuição geográfica revela maior concentração de casos em áreas específicas do território. O Jardim Altos de Santana apresentou 97 registros, seguido por Santana, com 66 casos. As regiões da Vila São Geraldo e Buquirinha contabilizaram 43 ocorrências, enquanto o Alto da Ponte registrou 31 casos. Essa concentração territorial pode refletir condições sanitárias locais, padrões de abastecimento de água, preparo e armazenamento de alimentos ou maior circulação de pessoas em ambientes comunitários, sendo pontos que merecem atenção e investigação mais detalhada.

De forma geral, o cenário evidenciado aponta para a necessidade de fortalecer ações educativas voltadas à higienização das mãos, manipulação adequada de alimentos, cuidados com a água consumida e orientação sobre hidratação oral. O monitoramento constante desses indicadores permite identificar áreas prioritárias, orientar intervenções preventivas e garantir resposta rápida frente ao aumento de casos no território, contribuindo para a redução do impacto da doença na população atendida.

## Monitoramento dos casos de Doenças Diarreicas Aguda (DDA) - Desfecho UBSs Referente ao mês de Setembro



### UBS Alto da Ponte

**Análise crítica:** Em novembro de 2025, o município registrou 954 notificações de casos de diarreia, evidenciando a necessidade de atenção contínua dos serviços de saúde, especialmente no monitoramento dos grupos prioritários. Entre os registros, foi realizada triagem específica para crianças de 0 a 13 anos, idosos acima de 60 anos e pacientes classificados no plano de tratamento C, por apresentarem maior risco de complicações clínicas.

No território da Unidade de Saúde Alto da Ponte, foram contabilizados 36 casos, com um resultado expressivo: 100% dos pacientes tiveram seus desfechos acompanhados, demonstrando a eficiência das ações de vigilância em saúde no monitoramento pós-notificação.

Ao analisar a natureza desses desfechos, observam-se pontos importantes para qualificar ainda mais a gestão do cuidado:

- 47% dos pacientes foram acompanhados por visita domiciliar, evidenciando a atuação proativa da equipe — especialmente relevante para usuários com limitações de mobilidade ou inseridos em contextos de vulnerabilidade

social.

- 19% retornaram para atendimento médico na unidade, reforçando a continuidade do cuidado e a importância da reavaliação clínica para ajustes terapêuticos.
- 34% são frequentadores regulares da unidade, o que favorece a vinculação, a condução do cuidado longitudinal e a atualização permanente das informações territoriais.

Essa análise evidencia a importância do acompanhamento ativo dos casos notificados, associado à manutenção de dados territoriais atualizados e à integração efetiva entre vigilância em saúde e atenção primária. Tais elementos são fundamentais para o enfrentamento qualificado de agravos coletivos, como os quadros de diarreia, e para o fortalecimento das estratégias de gestão centradas em prevenção, monitoramento e resposta rápida às demandas do território.

### **UBS Telespark**

**Análise crítica:** Na área de atuação da Unidade de Saúde Telespark, foram contabilizados 25 casos, com destaque para o fato de que todos apresentaram retorno com desfecho devidamente registrado — um indicativo de efetividade no monitoramento e acompanhamento conduzido pela equipe de saúde local.

A distribuição dos desfechos revela os seguintes dados:

- 60% dos pacientes foram acompanhados por meio de visita domiciliar, o que demonstra uma ação ativa por parte da equipe de saúde, com foco na avaliação de aspectos como moradia, saneamento básico e condições de higiene. Apesar de ser uma prática relevante, especialmente em grupos

vulneráveis, o percentual poderia ser aumentado, com vistas a qualificar ainda mais a atenção e o cuidado prestados.

- 28% retornaram para atendimento médico na unidade, reforçando a continuidade do cuidado, a reavaliação clínica e os ajustes necessários na conduta terapêutica.
- 12% são frequentadores regulares da unidade, fator que favorece o vínculo, o cuidado longitudinal e a atualização constante das informações do território.

### **UBS Altos de Santana**

**Análise crítica:** Na área de cobertura da Unidade de Saúde Altos de Santana, foram identificados 20 casos de diarreia, com um destaque positivo: 100% dos pacientes tiveram seus desfechos monitorados. Esse resultado demonstra a eficiência da equipe local no acompanhamento pós-notificação, etapa fundamental para interromper possíveis cadeias de transmissão e prevenir complicações associadas ao agravo.

A análise dos desfechos aponta elementos importantes para o aprimoramento da gestão do cuidado:

- 47% dos pacientes foram acompanhados por visita domiciliar, o que evidencia a postura proativa da equipe, especialmente necessária para usuários com mobilidade reduzida ou em situação de vulnerabilidade social.
- 40% retornaram para atendimento médico na unidade, reforçando a continuidade do cuidado, a reavaliação clínica e os ajustes necessários na conduta terapêutica.
- 13% são frequentadores regulares da unidade, fator que favorece o vínculo, o cuidado longitudinal e a atualização constante das informações do território.

Esses indicadores reforçam a importância de manter estratégias de acompanhamento ativo, fortalecer a integração entre vigilância em saúde e atenção primária e utilizar os dados territoriais como ferramenta de gestão. A consolidação dessas práticas contribui para respostas mais rápidas, qualificadas e efetivas diante de agravos de natureza coletiva, como os casos de diarreia.

### **UBS Santana**

**Análise crítica:** No mês de novembro de 2025, o município registrou 954 notificações de casos de diarreia, com análise direcionada aos grupos prioritários definidos pelas diretrizes de saúde pública: crianças de 0 a 13 anos, idosos acima de 60 anos e pacientes classificados no plano de tratamento C, por apresentarem maior vulnerabilidade a complicações clínicas.

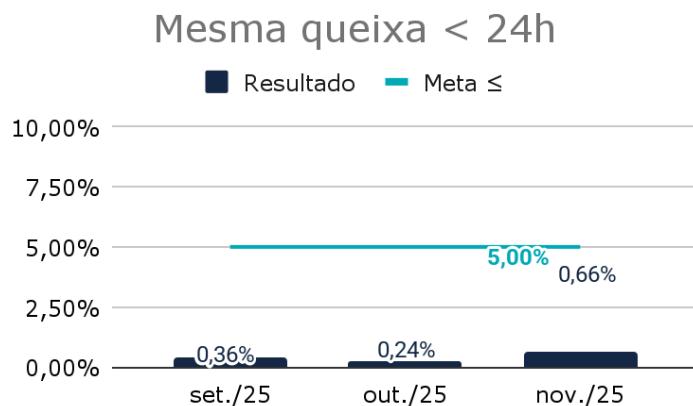
Na área de cobertura da Unidade de Saúde Santana, foram identificados 38 casos, com um resultado expressivo: 100% dos pacientes tiveram seus desfechos acompanhados, evidenciando o comprometimento da equipe local com as ações de vigilância e a efetividade da resposta no âmbito da Atenção Primária:

- 42% dos casos foram acompanhados por visita domiciliar, demonstrando uma postura proativa da equipe. As visitas domiciliares permitem avaliar condições ambientais, práticas de higiene, acesso à água e saneamento, além de possibilitar ações educativas e preventivas diretamente no domicílio.
- 50% dos pacientes retornaram para atendimento médico na unidade, reforçando a continuidade do cuidado, a reavaliação clínica e a realização de ajustes terapêuticos quando necessários.
- 8% são frequentadores regulares da unidade, o que contribui para o fortalecimento do vínculo, o cuidado longitudinal e a manutenção de informações territoriais atualizadas.

Os resultados reforçam a importância de manter e fortalecer estratégias de acompanhamento ativo dos casos, aprimorar a integração entre vigilância

epidemiológica e atenção primária, e utilizar as informações territoriais como ferramenta de planejamento. Ampliar o alcance das ações no território, sobretudo das visitas domiciliares, pode intensificar o impacto das intervenções preventivas e contribuir para a redução de novos casos, especialmente entre grupos mais vulneráveis.

### 5.1.21 Pacientes atendidos pela mesma queixa ≤ 24h



**Análise crítica:** No mês de **novembro**, a unidade registrou **0,66% de pacientes que retornaram para nova consulta em até 24 horas pela mesma queixa**. Apesar de representar aumento em relação a outubro (0,24%), o resultado **permanece amplamente dentro da meta contratual**, que estabelece limite máximo de **5%**, mantendo a unidade em patamar de excelência e segurança assistencial.

O percentual, ainda que ligeiramente superior ao observado no mês anterior, **não configura tendência de aumento** e permanece compatível com o perfil assistencial, especialmente considerando períodos de maior variabilidade clínica, como aumento de quadros respiratórios e neurológicos registrados neste mês.

Destaca-se que o protocolo de **Fast Track**, implantado recentemente e voltado para casos de baixa complexidade, continua mostrando boa efetividade. Apesar

de, muitas vezes, não demandar emissão de atestados — fator que poderia gerar retorno espontâneo — **não se observou impacto significativo no indicador**, reforçando a resolutividade do atendimento inicial e a adequação do fluxo implementado.

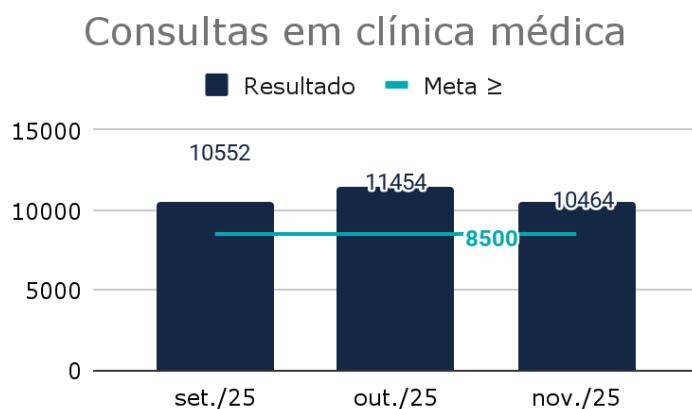
As ações estruturantes mantidas pela unidade seguem contribuindo diretamente para a estabilidade do indicador, incluindo:

- **Reuniões semanais de discussão de casos clínicos e técnicos**, promovendo alinhamento e melhoria contínua da prática assistencial.
- **Integração entre coordenações e equipes multiprofissionais**, garantindo uniformidade nas condutas.
- **Uso otimizado do prontuário eletrônico**, agregando segurança e facilitando decisões respaldadas em histórico e protocolos.
- **Flags de hiperutilizadores** e encaminhamento ágil à **microrregião Norte**, reduzindo retornos desnecessários e promovendo a continuidade do cuidado fora da urgência.

Assim, o mês de novembro mantém a **consistência e eficiência** da linha de cuidado, apresentando índice de reconsulta muito inferior ao limite estabelecido, reforçando a qualidade do primeiro atendimento e a maturidade do modelo assistencial adotado pela unidade.

## 6.1 Produção - UPA ALTO DA PONTE

### 6.1.1 Consultas em clínica médica



**Análise crítica:** No mês de **novembro**, a unidade registrou **10.464 atendimentos** na ala clínica, número ligeiramente inferior ao observado em outubro (11.454 atendimentos), representando uma **redução de 8,6%** no volume total. Apesar dessa queda, o fluxo permanece elevado e contínuo, mantendo a pressão assistencial sobre as equipes e exigindo organização constante de escala, gestão de sala vermelha e rápida rotatividade de leitos.

O mês apresentou comportamento relativamente estável, sem grandes picos abruptos, mas com dias de maior demanda que reforçam a necessidade de prontidão operacional. Ainda assim, o volume se mantém acima do parâmetro estrutural da unidade, o que evidencia a forte procura e a relevância assistencial do serviço.

## **Perfil Epidemiológico – Novembro**

A análise dos **CIDs mais emitidos no período** demonstra um cenário de diversificação clínica, com predominância de quadros respiratórios, gastrointestinais e síndromes dolorosas.

### **1. A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível → 949 casos**

Permanece como o CID mais frequente em novembro, seguindo a tendência observada nos meses anteriores. O volume elevado reforça a continuidade da circulação de patógenos gastrointestinais, aumentando o consumo de insumos de hidratação, antieméticos e demanda por observação prolongada.

### **2. J00 – Resfriado Comum → 876 casos**

Os respiratórios seguem relevantes, apesar da redução natural da sazonalidade. O J00 ocupa posição de destaque e exige manutenção de fluxos ágeis de acolhimento para evitar sobrecarga de leitos e garantir tempo-resposta adequado.

### **3. J03.9 – Amigdalite aguda não especificada → 558 casos**

Aparece com força entre os principais diagnósticos do mês, reforçando a persistência das infecções de vias aéreas superiores. Esse comportamento sugere que, mesmo com o declínio dos quadros gripais clássicos, a demanda infecciosa aguda se mantém alta.

### **4. Z76.0 – Emissão de prescrição de repetição → 551 casos**

Indica uma parcela significativa de pacientes que buscam renovação terapêutica em contexto de urgência, reforçando a necessidade de triagem rigorosa para diferenciar demandas críticas de demandas administrativas/ambulatoriais.

### **5. M54.5 – Dor lombar baixa → 536 casos**

Principal condição musculoesquelética do mês. Assim como nos meses anteriores, mantém alta prevalência, ampliando o espectro clínico atendido pela unidade e

exigindo protocolos consolidados para manejo de dor e encaminhamentos adequados.

**6. R05 – Tosse → 460 casos**

Se mantém entre os principais motivos de procura, frequentemente associado a quadros respiratórios virais. Apesar da redução sazonal, continua sendo demanda relevante da clínica médica.

**7. R52.0 – Dor aguda → 449 casos**

Demonstra o volume expressivo de queixas dolorosas gerais, exigindo avaliação criteriosa e uso racional de analgesia e exames complementares.

**8. R11 – Náuseas e vômitos → 420 casos**

Quadro frequentemente relacionado às síndromes gastrointestinais dominantes no mês, reforçando a relação com o elevado número de A09.

**9. J06.9 – Infecção aguda de vias aéreas superiores não especificada → 393 casos**

Confirma que, embora o pico respiratório tenha diminuído, ainda há circulação importante de agentes virais que mantêm a unidade sob demanda elevada.

**10. M79.6 – Dor em membro → 350 casos**

Compõe o grupo de queixas musculoesqueléticas de alta prevalência, contribuindo para a diversidade de casos avaliados pela equipe.

## **Interpretação Crítica – Novembro**

O perfil epidemiológico de novembro revela um cenário semelhante ao observado em outubro:

**redução moderada do volume total,**  
**manutenção de alta diversidade clínica**  
**forte pressão assistencial contínua.**

Principais pontos de destaque:

### **1. Gastrointestinais em alta**

O A09 lidera o ranking com folga, reforçando um ciclo prolongado de síndromes diarreicas e exigindo atenção redobrada quanto a hidratação, antibióticos quando indicados e vigilância para possíveis surtos.

### **2. Respiratórios permanecem relevantes**

Mesmo com queda da sazonalidade, os CIDs J00, J03.9, J06.9 e o sintoma R05 mostram que a demanda respiratória ainda é significativa e continua ocupando parte importante da capacidade assistencial.

### **3. Aumento da complexidade da demanda**

Quadros não infecciosos — como dor lombar, dor aguda e dor em membros — tornam a gestão mais desafiadora, pois ampliam a necessidade de avaliação clínica detalhada, analgesia, exames e protocolos específicos.

### **4. Prescrição de repetição (Z76.0) em evidência**

O volume elevado desse CID evidencia que parte da população utiliza a unidade como referência para continuidade terapêutica, aumentando o fluxo e exigindo triagem eficiente.

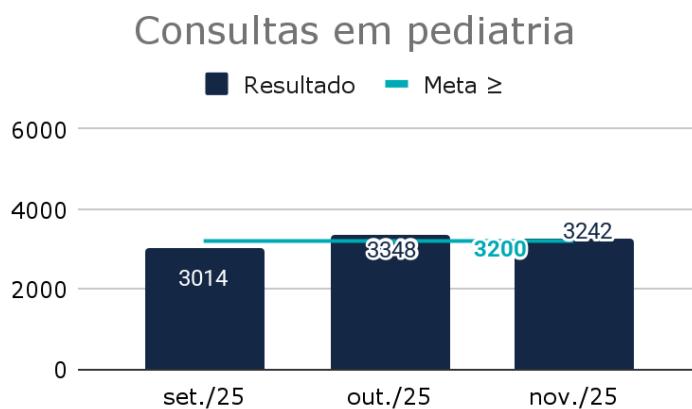
## **Síntese Final**

Novembro apresentou **redução no volume de atendimentos**, mas manteve uma **alta variedade de diagnósticos**, com predomínio de:

- gastrointestinais,
- respiratórios,
- síndromes dolorosas,
- e demandas administrativas de prescrição.

O conjunto dos dados reforça a necessidade de organização flexível, boa gestão de fluxo e aderência aos protocolos clínicos para garantir resolutividade, segurança e agilidade diante de um perfil epidemiológico dinâmico e continuamente desafiador.

### 6.1.2 Consultas em pediatria



**Análise crítica:** No mês de **novembro**, a pediatria registrou **3.242 atendimentos**, ultrapassando a meta contratual de 3.200 em **42 atendimentos**, o que representa um acréscimo de **1,31%** acima do previsto.

Ao comparar com **outubro**, quando foram contabilizados **3.348 atendimentos**, observa-se uma **redução de 106 atendimentos** no mês de novembro, indicando leve desaceleração da demanda. Apesar da queda, o setor permanece operando **acima da capacidade contratual** pelo segundo mês consecutivo, demonstrando que o volume de procura continua elevado.

Essa redução, ainda que moderada, pode refletir variações sazonais e mudanças no comportamento da população usuária. No entanto, o fato de ambos os meses terem excedido a meta reforça a necessidade de acompanhamento pela Secretaria de Saúde, especialmente no que diz respeito ao impacto sobre o dimensionamento das equipes, uso de insumos e manutenção da capacidade operacional.

Mesmo diante desse cenário, a unidade mantém a **qualidade técnica, a segurança do cuidado e a resolutividade assistencial**, com a equipe multiprofissional atuando de forma integrada e alinhada aos protocolos institucionais. Isso evidencia a capacidade do serviço em responder de maneira

efetiva às demandas pediátricas, mesmo quando o volume ultrapassa o previsto em contrato.

### **6.1.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação <1h**

#### **Procedimentos de enfermagem na medicação**



**Análise crítica:** Em novembro, a unidade registrou **10.889 pacientes atendidos**. Assim como no mês anterior, o desempenho operacional manteve-se dentro dos padrões de excelência em 100%, com os fluxos de atendimento consolidados e a equipe atuando de forma eficiente e integrada.

#### **Vias de Administração – Novembro**

No total, foram realizados **27.687 procedimentos** distribuídos entre as diversas vias de administração. As principais vias apresentaram o seguinte comportamento:

## **Intravenosa (IV)**

### **9.452 procedimentos (34,14%)**

Permanece como a via predominante, essencial para casos de maior complexidade clínica e intervenções que exigem rápida ação terapêutica.

## **Intramuscular (IM)**

### **7.733 procedimentos (27,93%)**

Mantém-se como segunda via mais utilizada, reforçando seu papel no manejo de medicações de efeito rápido e seguro.

## **Oral**

### **7.345 procedimentos (26,53%)**

Apresenta estabilidade e segue representando grande parte das condutas de baixa e média complexidade.

## **Bolus**

### **1.270 procedimentos (4,59%)**

Continua como via de destaque para intervenções específicas que demandam ação imediata.

## **Subcutânea**

### **961 procedimentos (3,47%)**

Segue relevante no manejo de determinados protocolos terapêuticos, especialmente em pacientes crônicos.

## **Demais vias de administração**

As vias inalatórias, ocular, retal, intranasal, sonda gástrica, tópica e vaginal, somadas, corresponderam a **3,34%** do total de procedimentos, mantendo baixa representatividade dentro do perfil terapêutico global.

### **Comparativo com Outubro**

A seguir, a análise comparativa entre novembro e outubro, considerando o comportamento das principais vias:

#### **Intravenosa**

- Outubro: **39,63%**
- Novembro: **34,14%**

Houve **redução** na representatividade, embora a via permaneça líder, refletindo possível diminuição de casos de maior complexidade clínica.

#### **Intramuscular**

- Outubro: **32,22%**
  - Novembro: **27,93%**
- Apresentou **redução**, mas mantém papel fundamental como segunda via mais utilizada.

#### **Oral**

- Outubro: **14,54%**
  - Novembro: **26,53%**
- Registrhou **crescimento expressivo**, sugerindo aumento de tratamentos ambulatoriais e de menor complexidade, presença do fast track nos indicadores.

## Bolus

- Outubro: **6,15%**
- Novembro: **4,59%**

Houve redução, porém a via segue entre as principais, com uso indicado em demandas específicas de urgência, porém em breve será nossa meta trabalhar mais essa via

## Subcutânea

- Outubro: **5,21%**
- Novembro: **3,47%**  
Apresentou queda, mas mantém sua relevância em protocolos específicos (ex.: insulinas, anticoagulantes).

## Estabilidade Assistencial

Mesmo com redução no total de procedimentos em relação a outubro, a unidade **manteve eficiência nos fluxos e estabilidade operacional**, sem prejuízo ao tempo de espera e à qualidade do cuidado.

## Predomínio da Via Intravenosa

A via IV permanece como a mais utilizada, embora com redução no percentual, indicando possível mudança no perfil de gravidade dos atendimentos no mês.

## Equilíbrio da Via Intramuscular

Apesar da queda, a via IM continua consolidada como componente essencial na administração de medicações rápidas e de fácil manejo.

### **Crescimento da Via Oral**

A expressiva elevação reforça o cenário de maior proporção de atendimentos e condutas de baixa complexidade durante o mês, o fastrack tem mostrado resultado e saúde financeira e assertividade na conduta.

### **Bolus e Subcutânea**

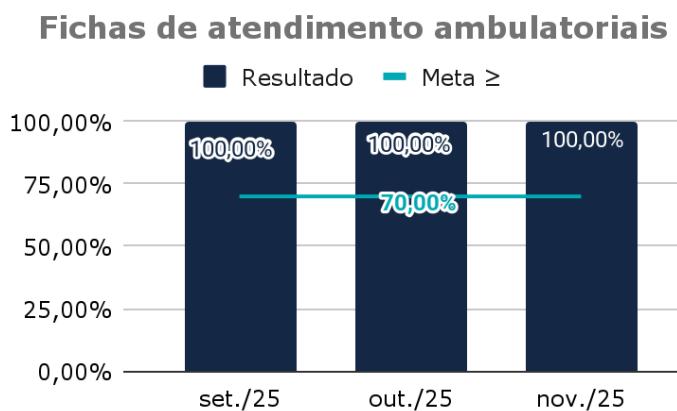
Ambas apresentaram redução percentual, mas seguem com participação consistente e alinhada às necessidades terapêuticas específicas da unidade.

### **Conclusão Geral**

Novembro apresentou **redução no volume total de procedimentos** e mudança no perfil terapêutico, com **maior concentração de via oral** e **redução das vias intravenosa e intramuscular**, sugerindo leve alteração no padrão de gravidade dos atendimentos.

A estabilidade operacional, a manutenção da qualidade assistencial e a consistência dos protocolos evidenciam a maturidade do modelo de cuidado e a capacidade de resposta da equipe frente às oscilações de demanda.

## 7.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período



**Análise crítica:** No mês de novembro, a unidade registrou **13.906 fichas de atendimento faturadas**, mantendo **100% de conformidade** no processo de faturamento e preservando o padrão de excelência observado nos meses anteriores. Apesar da leve redução em relação a outubro (14.802 fichas), o desempenho permanece estável, demonstrando a robustez e maturidade do fluxo operacional, mesmo diante de variações na demanda assistencial.

A **plataforma de faturamento** continua sendo um diferencial estratégico para o setor, permitindo a **exportação diária do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)** e garantindo agilidade, automação e confiabilidade em todas as etapas. Esse modelo reduz falhas manuais, assegura maior rastreabilidade dos registros e sustenta a integridade dos lotes enviados.

As **auditorias de prontuários**, realizadas em alinhamento direto com o setor de faturamento, permanecem como uma etapa fundamental para garantir que todos os procedimentos realizados sejam devidamente contabilizados. Essa prática reforça a segurança das informações, contribui para a precisão dos dados e evita glosas ou inconsistências.

A **Comissão de Revisão de Prontuários** segue desempenhando papel relevante, identificando divergências entre registros físicos e o sistema, e apontando oportunidades contínuas de melhoria. Essa atuação fortalece a integração entre as áreas assistenciais, auditoria e faturamento, aumentando a confiabilidade das informações e a consistência dos processos.

Além disso, destaca-se que **está em fase avançada de desenvolvimento o prontuário completamente eletrônico**, que permitirá aos profissionais **registrar e assinar todas as anotações assistenciais diretamente no sistema Salutem**. Essa modernização representa um avanço significativo, com impactos positivos como:

- Redução do uso de papel;
- Elevação da segurança e integridade das informações;
- Padronização dos registros assistenciais;
- Maior eficiência entre assistência, auditoria e faturamento;
- Otimização do fluxo e rastreabilidade dos dados que compõem os lotes BPA.

O desempenho de novembro confirma que a unidade mantém um processo de faturamento **confiável, ágil e tecnicamente consistente**, sustentado por tecnologia, auditoria integrada e revisão sistemática da qualidade documental — consolidando a maturidade e estabilidade do modelo adotado.

## 7.2 Percentual de Atendimento a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade

### Atendimento a pessoas vulneráveis



**Análise Crítica:** Em novembro, a unidade novamente evidenciou **100% de conformidade** no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, mantendo a excelência demonstrada no mês anterior. Todos os requisitos avaliados foram plenamente atendidos, conforme detalhado a seguir:

#### Atendimento diferenciado às pessoas vulneráveis (AVD)

A identificação automática da pessoa em situação de vulnerabilidade permanece sendo realizada diretamente no sistema após a abertura da ficha de atendimento, assegurando prioridade e reorganização imediata do fluxo conforme a necessidade do paciente. A unidade continua dispondo de espaços específicos e preparados para acolhimento diferenciado, como:

- atendimento do Serviço Social;
- profissionais capacitados e direcionados ao suporte especializado;
- encaminhamentos à rede de referência;
- acolhimento em saúde realizado de forma humanizada e integrada.

**Disponibilização do nome social e sinalização (flag) no sistema – 1 ponto**

O sistema segue apresentando o campo de nome social e a sinalização de vulnerabilidade (flag), permitindo que todos os profissionais identifiquem e garantam o atendimento adequado e respeitoso desde o primeiro contato.

**Sinalização indicativa de atendimento preferencial (SAI) – 1 ponto**

As placas de sinalização permanecem posicionadas em diversos pontos estratégicos da unidade, orientando sobre o direito ao atendimento preferencial. As estruturas foram mantidas e continuam adequadas ao fluxo de usuários.

**Local específico para atendimento prioritário, com garantia de livre escolha (LEP) – 1 ponto**

A unidade mantém múltiplos espaços destinados ao atendimento de pessoas vulneráveis, incluindo:

- **Sala Lilás**, para acolhimento de mulheres vítimas de violência;
- **Sala do Afeto**, destinada ao atendimento de pessoas com TEA;
- **Sala do Serviço Social**, para suporte especializado e acolhimento ampliado.

Esses ambientes reforçam o compromisso com a privacidade, dignidade e livre escolha do paciente.

**Capacitação de pessoal para atendimento às pessoas vulneráveis (CAP) – 1 ponto**

A unidade deu continuidade às capacitações periódicas da equipe, reforçando boas práticas, atendimento humanizado e protocolos relacionados ao acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade. As listas de presença seguem registradas no drive institucional, garantindo rastreabilidade e comprovação.

**Divulgação do direito de atendimento prioritário (DIV) – 1 ponto**

Além das placas informativas, a unidade mantém **cadeiras específicas**

**reservadas** para pessoas com prioridade de atendimento, reforçando a divulgação e o respeito aos seus direitos.

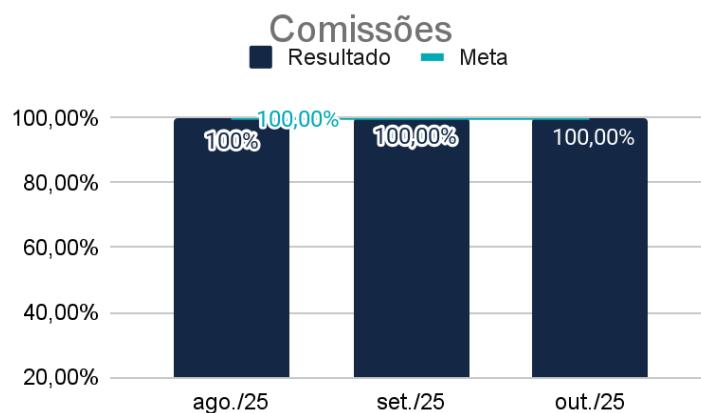
### **Cálculo final da conformidade**

Aplicando a fórmula:

$$(AVD + SAI + LEP + CAP + DIV) \div 5 \times 100$$

$$(1 + 1 + 1 + 1 + 1) \div 5 \times 100 = \mathbf{100\%}$$

### 7.3 Percentual de comissões atuantes e regulares



**Análise crítica:** Segue abaixo um breve relato da atuação das comissões na unidade:

**Comissão Revisão de Prontuários:** A reunião foi conduzida pelo Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, que abriu os trabalhos agradecendo a presença de todos. Em seguida, foram apresentados os dados referentes aos meses de outubro e novembro de 2025, contemplando a análise de 198 prontuários. Durante a avaliação desse período, evidenciou-se como principal ponto de atenção a ausência de assinatura e carimbo em diversos registros, aspecto que requer reforço junto às equipes.

**Comissão de Ética de Enfermagem:** Durante a reunião da comissão foi discutida a necessidade de melhoria no preenchimento do protocolo, com destaque para falhas de registro observadas em alguns prontuários. Foram sugeridas ações educativas e reforço do fluxo assistencial.

A comissão reforçou a importância do cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando postura, sigilo e responsabilidade profissional.

**Comissão da Farmácia Terapêutica:** Durante a reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), foi apresentada a ficha de acompanhamento de antibioticoterapia que será implantada na unidade. O documento tem como objetivo monitorar o uso de antimicrobianos, garantindo a adequação da escolha, dose, via de administração e intervalo terapêutico, bem como a conformidade com os protocolos institucionais e diretrizes vigentes. Ficha permite registrar dados clínicos relevantes, resultados laboratoriais e sensibilidade, além de possibilitar a avaliação da necessidade de manutenção, ajuste ou suspensão da terapia. A equipe destacou a importância do monitoramento diário para otimizar os tratamentos, reduzir riscos de resistência bacteriana e promover o uso racional de antibióticos.

Ficou definido que os registros devem ser padronizados e revisados periodicamente pela farmácia clínica e equipe médica, com apresentação de indicadores na próxima reunião da CFT.

**Comissão Núcleo segurança do Paciente (NSP):** No dia 26/11/2025, foi realizada a reunião da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente, iniciada com agradecimentos aos membros presentes. Em seguida, apresentou-se o evento adverso nº 20251114102871, previamente discutido na reunião clínica e já registrado conforme os protocolos institucionais. Também foi exposto o cronograma de atividades referente ao mês de outubro.

**Comissão de Verificação de Óbito:** A comissão de verificação de óbitos foi realizada dia 12/11/2025, onde foram analisados todos os óbitos dos meses de setembro e outubro. O número total de óbitos avaliados referente ao mês de setembro foram oito (08) e do mês de outubro foram nove (09). Apenas no mês de outubro apenas um óbito foi encaminhado ao IML. Em ambos os meses o percentual de óbitos em pacientes observados com menos de 24 horas se encontra abaixo da meta estabelecida de 4%, o que mostra um excelente trabalho de toda a equipe atuante, ressaltando também que não houve nenhum óbito evitável durante o período analisado. Próxima reunião agendada para Janeiro, por ser caráter bimestral.

**Comissão de Ética Médica:** No mês de novembro, não foi realizada a comissão de ética médica, por ela ser de caráter bimestral. A penúltima reunião foi realizada dia 29/10/2025, já a próxima reunião está agendada para o dia 17/12/2025.

**Reunião Técnica:** Na reunião técnica realizada no dia 27 de novembro, foram discutidos temas relevantes para o aprimoramento dos processos assistenciais da unidade. Inicialmente, tratou-se da implantação do monitoramento da administração de antimicrobianos nos setores de Observação e Emergência, medida que tem como objetivo fortalecer a segurança do paciente, garantir a correta administração das terapias e padronizar registros, permitindo melhor acompanhamento pelos profissionais de saúde.

Também foi debatida a padronização dos horários de administração de medicamentos, considerando a necessidade de alinhamento entre equipe médica e enfermagem para evitar atrasos, falhas ou duplicidades no tratamento dos pacientes.

Outro ponto abordado foi a possibilidade de continuidade da prescrição médica, visando melhorar o fluxo assistencial e assegurar que o tratamento seja mantido sem interrupções, especialmente nos períodos de troca de plantão ou alta demanda.

**Reunião Clínica:** Na reunião realizada no dia 27 de novembro foi discutido o caso da paciente Libertina, que havia sido aceita via CROSS para transferência ao Hospital Municipal. Entretanto, a paciente retornou à unidade relatando que não havia leitos disponíveis para recebê-la. Diante dessa situação, foi reforçado à equipe que, antes de encaminhar qualquer paciente ao hospital de referência, é indispensável realizar contato telefônico prévio para confirmar a disponibilidade de leito e garantir que o serviço esteja preparado para acolher o caso. Além disso, destacou-se a importância de formalizar essa comunicação também por e-mail, a fim de registrar oficialmente o encaminhamento e evitar falhas de comunicação entre as instituições. Essas medidas visam assegurar maior segurança ao paciente e um fluxo mais eficiente entre a unidade e o hospital de referência.

**Comissão de Bioética:** No mês de novembro, não foi realizada a comissão de bioética, por ela ser de caráter trimestral. A penúltima reunião foi realizada dia 17/09/2025, já a próxima reunião está agendada para o dia 17/12/2025.

**Comissão de Radioproteção:** Por se tratar de uma Comissão Trimestral , não tivemos reunião esse mês, portanto, nossa próxima reunião é dia 21/12/2025.

**Comissão de Humanização:** A reunião da Comissão de Humanização foi realizada no dia 17 de novembro, ocasião em que foi informado o afastamento da assistente social Thais de Paula e discutidas as ações previstas para o mês de dezembro. Durante o encontro, os integrantes participaram de uma conversa aberta, na qual todos puderam expor suas ideias e contribuições.

Também foi elaborada uma atividade que será realizada entre os colaboradores, que incluiu uma dinâmica integrativa, além da apresentação de sugestões de modelos de decoração para os diversos setores da unidade.

A próxima reunião está agendada para o dia 17 de dezembro.

**Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:** A reunião da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) foi realizada no dia 19 de novembro, ocasião em que foram apresentados os indicadores e monitoramentos referentes ao mês de outubro. Durante o encontro, ocorreu a apresentação da capacitação sobre notificação compulsória, com destaque para os casos de intoxicação exógena por metanol e para o fechamento dos casos de dengue no período.

Também foi desenvolvida uma ação de conscientização sobre o combate à sífilis, além da realização de uma dinâmica de higienização das mãos com os colaboradores, reforçando a importância das boas práticas de prevenção e controle de infecções. Relatou-se também a realização de uma campanha de vacinação para os colaboradores da unidade, reforçando a importância da atualização do calendário vacinal.

Além disso, foi discutida a implementação do monitoramento de antimicrobianos, que tem como objetivo aprimorar o uso racional de antibióticos e fortalecer as estratégias de segurança do paciente.

Foi mencionado que, nos dias 1 e 2 de dezembro, será realizada junto aos munícipes uma ação de conscientização sobre o combate ao HIV, em alusão ao Dezembro Vermelho. Nos dias 8 e 9 de dezembro, será promovida aos colaboradores uma capacitação sobre o preenchimento do protocolo de sepse, visando qualificar a identificação precoce e o manejo adequado dos casos suspeitos.

A próxima reunião está programada para o dia 17 de dezembro.

**Programa de Prevenção de Risco de Acidente com Materiais de Perfurocortantes (PPRAMP):** A análise consolidada dos registros mensais demonstra um cenário de baixa incidência de acidentes perfurocortantes, com meses consecutivos sem ocorrências e episódios pontuais devidamente tratados conforme os protocolos institucionais. Apesar do bom desempenho, observa-se a necessidade de reforçar ações preventivas, especialmente diante dos meses com aumento de casos (março, julho, agosto e novembro), indicando possíveis falhas operacionais e variações no cumprimento das práticas seguras.

As pautas abordadas apontam avanços importantes, como a revisão do PGRSS, avaliação do armazenamento temporário de perfurocortantes e teste de novos coletores, o que demonstra uma gestão ativa do risco. Entretanto, ainda são necessárias melhorias na padronização do uso de dispositivos de segurança, fortalecimento da cultura de segurança e maior atenção à possível subnotificação, considerando que a ausência prolongada de registros pode mascarar riscos não declarados.

O cronograma de capacitações está bem estruturado, priorizando temas diretamente relacionados às causas predominantes de acidentes, como técnicas de punção e uso de dispositivos de segurança. Recomenda-se garantir a participação

efetiva de todos os setores, aplicar avaliações pós-treinamento e realizar observações práticas em campo para validar a eficácia das capacitações.

Conclui-se que a instituição mantém um bom desempenho global em prevenção, mas deve intensificar ações educativas, acompanhar a efetividade dos novos coletores, revisar rotinas de descarte e reforçar a vigilância para evitar recorrências. A próxima reunião, agendada para 23/01/2026, será fundamental para avaliar o impacto das ações implementadas e planejar ajustes necessários.

**Comissão Interna de Prevenção de Acidente e Assédio (CIPA+A):** A reunião da CIPA apresentou uma estrutura sólida e alinhada às exigências da NR-05, abordando temas essenciais para o ciclo de gestão preventiva de 2026. A assinatura do Termo de Responsabilidade pelos membros demonstra maturidade institucional e compromisso formal com a atuação preventiva. Esse ponto é positivo, pois reforça responsabilidade, disciplina e participação ativa dos representantes, porém também evidencia a necessidade de acompanhamento contínuo da presença, conduta e engajamento dos membros ao longo do mandato — algo que muitas CIPAs não sustentam após a formalização inicial.

A apresentação do Plano de Trabalho 2026 mostrou clareza estratégica, com atividades consistentes, metas definidas e direcionamento alinhado às necessidades da instituição. O ponto crítico aqui é garantir que o plano seja realmente executado, não apenas estruturado. Portanto, a definição de prazos, responsáveis e indicadores, como mostrado no plano de ação, é um elemento positivo que reduz esse risco.

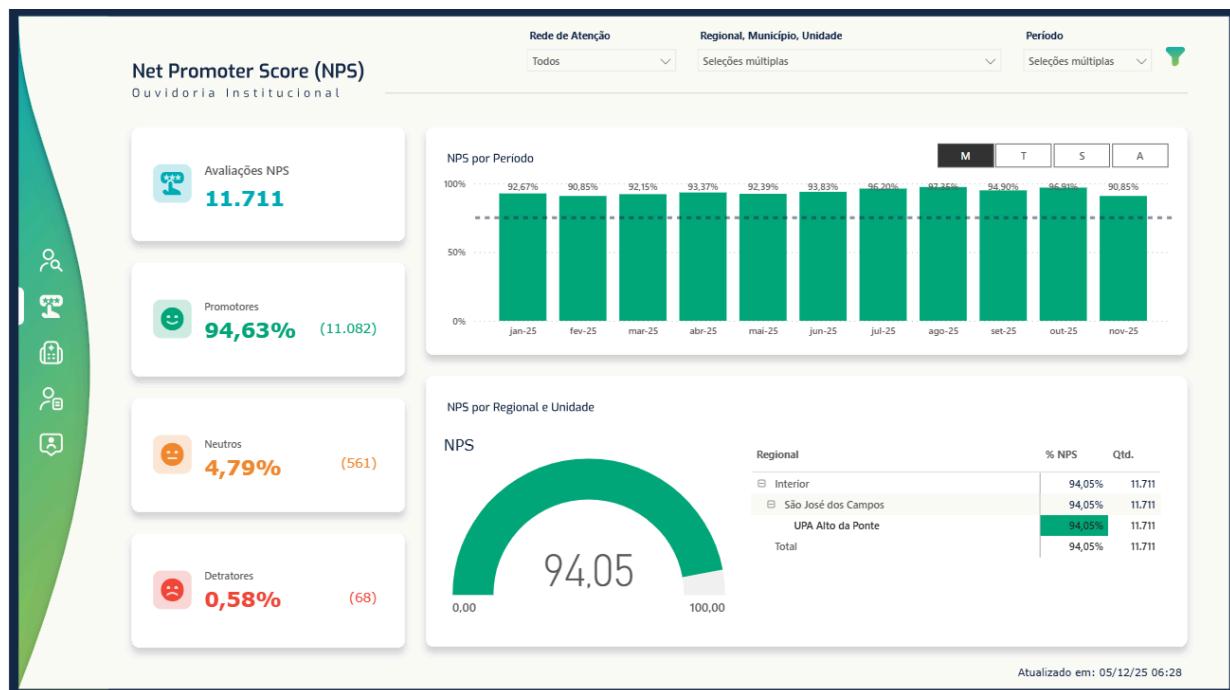
A discussão sobre o Diagnóstico Institucional foi outro acerto relevante, já que o diagnóstico é a espinha dorsal para decisões preventivas realistas. Contudo, sua efetividade dependerá da qualidade das visitas técnicas, da participação dos colaboradores e da capacidade da CIPA de transformar os achados em melhorias práticas — e não apenas relatórios arquivados. Esse ponto exige atenção: sem rigor na coleta e nas análises, o diagnóstico perde valor.

A implementação do checklist para Auditoria de 3 Níveis é, possivelmente, o avanço mais estruturante discutido na reunião. A adoção desse modelo demonstra maturidade na gestão de segurança, pois cria camadas de verificação que distribuem responsabilidades e geram rastreabilidade contínua. O ponto crítico será garantir que os setores realmente executem as auditorias de 1º e 2º níveis, pois são nessas etapas que normalmente ocorrem falhas de preenchimento, atrasos ou registros superficiais. A CIPA e o SESMT precisarão manter vigilância sobre a qualidade desses dados, evitando que o checklist se torne burocrático e sem impacto.

No conjunto, as decisões tomadas são coerentes e abrangentes, abordando desde formalização, planejamento, diagnóstico e controle operacional. O plano de ação apresentado mantém boa estrutura, com responsáveis definidos, prazos claros e indicadores mensuráveis, fortalecendo a capacidade de acompanhamento. O desafio real será a manutenção do ritmo de execução, o alinhamento com as lideranças dos setores e o monitoramento contínuo dos resultados. A reunião demonstra avanço na organização da CIPA, mas a efetividade dependerá da disciplina e envolvimento de todos os atores ao longo do ano.

## 8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

### 8.1.1 Avaliação do Atendimento



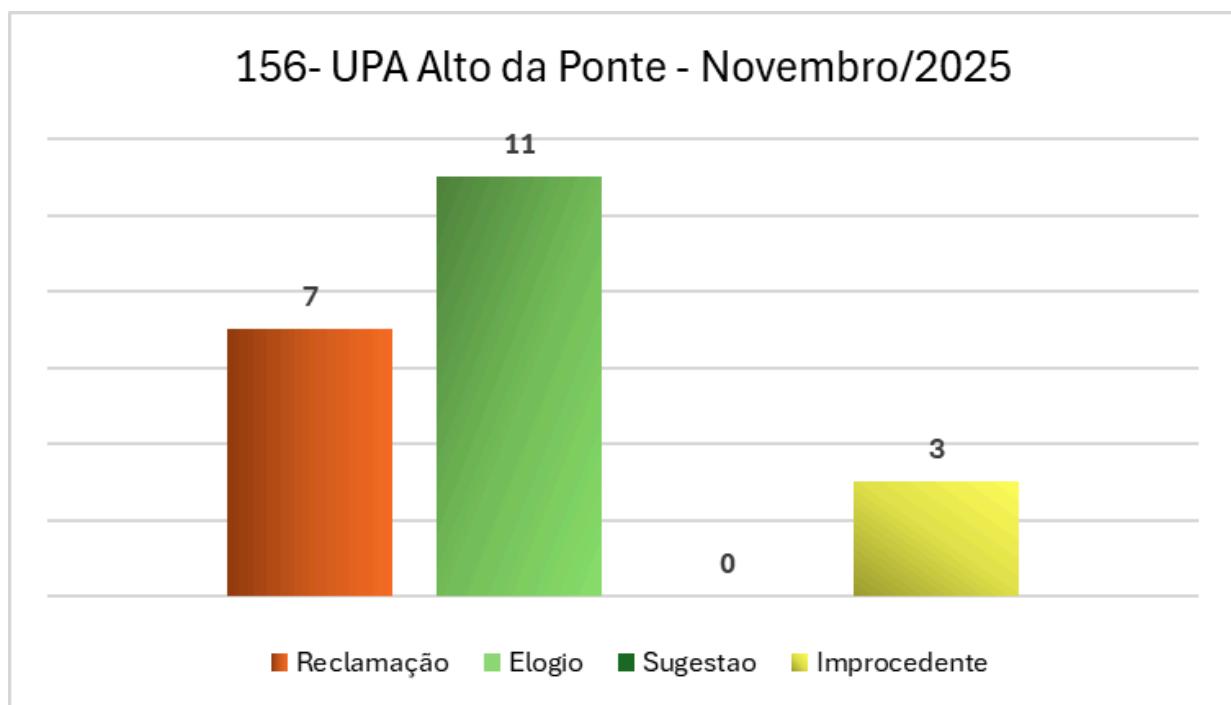
**Análise crítica:** O NPS de 94,05% geral, com 94,6% dos usuários aparecendo como promotores, demonstra que a unidade entrega experiência de excelência, com forte reconhecimento dos usuários. A estabilidade entre os meses, a baixíssima taxa de detratores (menor de 1%) e o alto volume de avaliações consolidam a percepção de um serviço maduro, organizado e centrado no paciente.

A unidade está acima da média de serviços de saúde brasileiros, onde NPS entre 70% e 80% já é considerado excelente, posicionando a UPA entre as melhores performances possíveis para a área pública.

Recomenda-se manter o monitoramento contínuo e atuar preventivamente nos pontos críticos identificados pelos poucos detratores, garantindo a sustentabilidade desse desempenho.

A consistência dos resultados demonstra maturidade da equipe no trato humanizado e aderência aos princípios de qualidade do CEJAM, especialmente no Critério comunicação e humanização.

### **8.1.2 Ouvidoria Municipal - 156**



**Análise crítica:** No mês de **novembro**, a unidade registrou **21 manifestações** por meio do serviço 156, sendo **11 elogios (52%)**, **7 reclamações (33%)** e **3 improcedentes (15%)**. O volume total segue alinhado ao padrão dos meses anteriores, mantendo uma percepção de equilíbrio e leve predominância de manifestações positivas, o que reforça a estabilidade da qualidade percebida pelos usuários.

Os **elogios** voltaram a se concentrar majoritariamente na **equipe médica**, reconhecida pela agilidade das condutas, postura humanizada, clareza nas explicações e capacidade de resolver os casos com segurança e atenção. A recorrência desse reconhecimento demonstra um avanço consistente na relação de confiança estabelecida entre corpo clínico e população usuária, refletindo não

apenas competência técnica, mas também a evolução das práticas comunicacionais da equipe.

O **setor de observação** também recebeu destaque relevante. Os pacientes que permaneceram em monitoramento elogiaram a organização do setor, o acompanhamento frequente e a atenção contínua prestada pelas equipes de enfermagem, médicos e apoio. O cuidado humanizado, a vigilância rigorosa e o alinhamento entre turnos foram fatores citados como determinantes para a sensação de segurança e conforto durante a permanência. Esses relatos confirmam a efetividade do fluxo assistencial e a maturidade operacional construída nos últimos meses.

Embora de forma complementar, houve também elogios relacionados ao acolhimento na **classificação de risco**, além do comportamento cordial e respeitoso das equipes de **recepção e controle de acesso**, reforçando a importância da abordagem humanizada desde a chegada do usuário.

As **7 reclamações** recebidas foram analisadas caso a caso pelo SAU, com retorno formalizado a todos os demandantes. Os principais temas envolveram percepções sobre **tempo de espera**, dúvidas sobre orientações de fluxo e situações pontuais relacionadas à comunicação entre etapas do atendimento. Embora pontuais, tais registros continuam oferecendo subsídios para ajustes internos e reforço dos protocolos assistenciais.

As **3 manifestações improcedentes** foram devidamente apuradas e esclarecidas aos usuários. Todas foram motivadas por interpretações equivocadas do fluxo assistencial, sendo:

1. **duas reclamações referentes a tempo de espera**, nas quais os pacientes foram atendidos em tempo **inferior a 45 minutos na classificação verde**, dentro do protocolo estabelecido.
2. **um pedido de emissão de atestado de 7 dias para acompanhante**, solicitado com a justificativa de acompanhar a administração de antibiótico

em domicílio — situação que não se enquadra nas diretrizes legais para concessão de atestados, motivo pelo qual a manifestação foi considerada improcedente.

Esses casos reforçam a importância da comunicação clara com o usuário sobre critérios de priorização, classificação de risco e limites legais relacionados a documentos administrativos.

No comparativo com outubro, observa-se manutenção do padrão equilibrado entre elogios e reclamações, com leve redução do volume total de manifestações e maior concentração de elogios direcionados à equipe médica e ao setor de observação. Essa tendência demonstra evolução da qualidade assistencial e consolidação das boas práticas implementadas pela unidade.

Conclui-se que novembro confirma o avanço da unidade na relação com os usuários, fortalecendo o serviço 156 como instrumento de transparência, diálogo e melhoria contínua. A predominância de manifestações positivas — especialmente em setores assistenciais críticos — reafirma o compromisso institucional com um atendimento seguro, humanizado e de excelência. O desafio permanente é sustentar essa trajetória, transformando cada manifestação em oportunidade de aprimoramento dos fluxos e valorização das equipes envolvidas.

## **9.1 Comissão de Ética de Enfermagem**

Para o cumprimento da seguinte Pauta:

1. Comunicações gerais ( informes institucionais pertinentes e comunicado oficial a realização das atividades presenciais do COREN, agendada para o dia 26 de novembro de 2025, no município de Nova Odessa- SP. Foram repassadas orientações sobre participação, objetivos e importância desse evento para o aprimoramento ético e técnico da equipe de enfermagem) ;

### **2. Temas técnicos e Protocolos Assistenciais**

#### **2.1. Preenchimento do Protocolo de Sepse**

Foi discutida a necessidade de melhoria no preenchimento do protocolo, com destaque para falhas de registro observadas em alguns prontuários. Foram sugeridas ações educativas e reforço do fluxo assistencial.

### **3. Conduta e postura profissional**

A comissão reforçou a importância do cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando postura, sigilo e responsabilidade profissional.

### **4. Educação Permanente**

Foram discutidas ações educativas internas, incluindo temas como segurança do paciente, postura profissional, registro em prontuário e comunicação segura. Ficou acordado que a comissão participará em conjunto com a equipe de educação permanente nos planos de capacitações a serem executados ao longo dos próximos meses.



##### 5. Demandas Administrativas da comissão

Foram atualizados os registros da CEE, revisada a organização documental e discutidos o planejamento das próximas reuniões. Também foram distribuídas responsabilidades entre os membros presentes, visando otimizar a atuação da comissão.

Nada a mais havendo a tratar a secretaria agradeceu a presença dos membros e encerrou a reunião às 08 horas. Eu Valdirene Ribeiro da Silva, lavrei a presente ata, que será assinada por mim e pelos demais presentes

## 9.2 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA-A)



### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	14/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	08:00
<b>LOCAL</b>	UPA Alto da Ponte		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Ordinária da CIPA		

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

- a. Assinatura do termo de responsabilidade dos membros da CIPA;
- b. Apresentação do plano de trabalho da CIPA para 2026;
- c. Elaboração do diagnóstico institucional pela CIPA;
- d. Implementação de check list para Auditoria de 3 Níveis.

#### Desenvolvimento:

Durante a reunião, foram tratadas pautas fundamentais para o fortalecimento das ações de prevenção e aprimoramento das práticas de segurança no trabalho. Inicialmente, realizou-se a assinatura do Termo de Responsabilidade pelos novos membros da CIPA, formalizando o compromisso individual e coletivo com a prevenção de acidentes, a participação ativa nas reuniões, inspeções e demais atividades previstas pela NR-05. Este ato simboliza a importância da conduta ética e da atuação consciente dos representantes eleitos e indicados.

Na sequência, foi apresentado o Plano de Trabalho da CIPA para o ano de 2026, estruturado com metas, diretrizes e um cronograma de atividades preventivas. O plano contempla inspeções periódicas nos setores, análises críticas de acidentes e incidentes, realização de campanhas educativas sobre o uso correto de EPIs, treinamentos específicos alinhados às necessidades institucionais e ações integradas com o SESMT e a gestão. Esta apresentação permitiu que todos os membros compreendessem a organização estratégica das atividades e o alinhamento com os objetivos institucionais de promoção da segurança.

Outro ponto discutido foi o início da elaboração do Diagnóstico Institucional, que servirá como base para a priorização das ações preventivas no decorrer do ano. A CIPA realizará visitas técnicas, entrevistas com colaboradores e avaliações estruturadas dos ambientes de trabalho, buscando identificar riscos, falhas operacionais, condições inseguras e oportunidades de melhorias. O diagnóstico é considerado etapa essencial para subsidiar decisões e orientar o direcionamento das ações previstas no Plano de Trabalho.

Por fim, deliberou-se sobre a implementação de um checklist padronizado para Auditoria de 3 Níveis. Essa ferramenta permitirá uma avaliação contínua e mais precisa das condições de segurança e da conformidade operacional. O primeiro nível será realizado rotineiramente pelos próprios colaboradores e lideranças, o segundo nível ficará sob responsabilidade dos gestores dos setores, com enfoque em verificações semanais, e o terceiro nível será conduzido mensalmente pelo núcleo gerencial, garantindo uma avaliação sistemática e completa. A adoção deste modelo possibilita maior rastreabilidade, identificação de não conformidades e maior agilidade na proposição de ações corretivas e preventivas.


**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	14/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	08:00
<b>LOCAL</b>	UPA Alto da Ponte		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Ordinária da CIPA		

**DECISÕES**

- e. Assinatura do Termo de Responsabilidade;
- f. Apresentação do Plano de Trabalho da CIPA – 2026;
- g. Elaboração do Diagnóstico Institucional;
- h. Implementação do Checklist para Auditoria de 3 Níveis.

**2. PLANO DE AÇÃO**

<b>Ação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Indicador de Sucesso</b>
Formalizar assinatura de todos os Termos de Responsabilidade	Presidente e Vice da CIPA	Imediato	Registrar e arquivar todos os termos assinados	100% dos membros com termo arquivado
Consolidar e divulgar o Plano de Trabalho 2026	CIPA / SESMT	Até 15 dias	Apresentar plano em todos os setores e alinhar com gestores	Plano apresentado → confirmação em 100% dos setores
Elaborar Diagnóstico Institucional	Membros da CIPA	60 dias	Realizar visitas técnicas, entrevistas e análise de dados	Diagnóstico final entregue e aprovado
Implementar Checklist de Auditoria de 3 Níveis	Segurança do Trabalho + CIPA	30 dias	Criar documento padrão, capacitar equipes e iniciar uso	Cumprimento de 90% das auditorias mensais
Realizar Auditorias de 1º, 2º e 3º Níveis	Equipes, gestores e CIPA	Contínuo	Avaliação estruturada das condições de segurança	Redução de não conformidades e atos inseguros
Campanha educativa sobre cultura de segurança	CIPA + Comunicação	Trimestral	Ações de sensibilização, cartazes e palestras	Engajamento e redução de eventos adversos

### 9.3 Comissão Núcleo de Segurança do Paciente

1. Na reunião da Comissão NSP, conduzida pelo Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, foi realizada a abertura com agradecimentos pela presença de todos e a declaração formal de início da reunião.
2. Apresentado o Medicsys de nº20251114102871, segue o caso: Durante a organização do prontuário para continuidade da assistência no período noturno, identificou-se falha na coleta de exames laboratoriais: a 2ª amostra de lactato, necessária para a sequência do protocolo de sepse, não foi coletada no horário previsto (18h40). Constatou-se também que a paciente estava com protocolo de cetoacidose diabética aberto, porém sem registros de controles de sinais vitais e controle hídrico desde 15h18, o que compromete o monitoramento adequado do quadro clínico.

O caso foi notificado via sistema Medicsys e avaliado pela enfermeira Juliana Ferreira, responsável pela Educação Continuada, que informou que a situação analisada e todos os envolvidos foram capacitadas quanto ao devido preenchimento dos protocolos da unidade.

#### 3. Cronograma de capacitação referente ao mês de novembro

- Integração de novos colaboradores;
- Palestras sobre o novembro azul;
- Capacitação sobre o Dia mundial da higienização das mãos;
- Capacitação sobre o Uso de EPIs e tabagismo;
- Capacitação sobre o Câncer de próstata;
- Capacitação sobre protocolo de crises convulsivas em pediatria;
- Capacitação sobre Protocolo de PCR em crianças;
- Capacitação Apresentação dos protocolos das metas internacionais de segurança do paciente;
- Capacitação sobre o Dia do uso racional de antimicrobianos.

- a) Encerramento da reunião com data agendada da próxima para o dia 10/12/2025.

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR-DE-QA-TR-004-003

Pág. 1 de 3

**1. PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Capacitação Sobre o dia mundial contra AIDS	Enfermeiros Assistenciais	30 Dias	
Capacitação sobre Atendimento a pacientes vulneráveis	Assistente social Ana Caroline	30 Dias	
Capacitação sobre protocolo de SEPSE	Enfermeira Patricia Freire	30 Dias	
Capacitação sobre Uso adequado do ECG	Enf. Ed. Cont. Juliana Ferreira	30 Dias	
Capacitação sobre protocolo de SCA	Enfermeira Patricia Freire	30 Dias	
Capacitação sobre Anotação e evolução de enfermagem	Enf. Ed. Cont. Juliana Ferreira	30 Dias	
Capacitação sobre Protocolo de AVC	Enf. Ed. Cont. Juliana Ferreira	30 Dias	

 Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOR,DE,QA,TR,004,001

Pág. 2 de 3

Relatório de Atividades			
Capacitação sobre MAV	RT Farm. Carolina Ferreira	30 Dias	

## 9.4 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

### 1. PAUTAS ABORDADAS

- a) Abertura da reunião com o Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos agradecendo a presença de todos, declarando aberta a reunião.
- b) Fica comunicado o ingresso do Sr Dyogo de Souza Bezerra, gerente Administrativo da Unidade, o qual passa a compor, juntamente com os demais membros já designados, a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS desta Unidade.
- c) Apresentação dos indicadores e monitoramentos referente ao mês de Outubro.
  - Consumo de produtos para higienização das mãos;
  - Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - 5 momentos;
  - Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - categoria profissional;
  - Percentual de cumprimento ao protocolo da meta 5;
  - Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de ITU;
  - Percentual de adesão ao protocolo de infecção da corrente sanguínea;
  - Percentual de reprocessamento de PPS -
  - Percentual de recoletas de material biológico;
  - Cobertura vacinal de profilaxia antirrábica humana pós exposição;
  - Cobertura vacinal de dupla Adulto pós trauma;
  - Monitoramento do percentual de casos suspeitos de dengue de acordo com resultado do NS1;
  - Monitoramento de casos suspeitos/confirmados de Covid-19;

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR-DE-QA-TP-004-001

Pág. 1 de 5

- Monitoramento de notificações compulsórias e notificações de agravos de interesse municipal;
- Monitoramento de casos de DDA - Doenças Diarréicas Agudas;
- Percentual de recoletas de material biológicos;
- Percentual de adesão ao protocolo de antibioticoterapia;
- Monitoramento de casos de DIDA - Desfecho UBS.

- d) Aguardando aprovação da sede quanto ao Protocolo do fluxo de RT PCR sorologia para confirmação de exames de arbovíroses;
- e) Aguardando aprovação da sede quanto ao protocolo de Antimicrobianos da unidade, pelo RT médico, RT farmacia e SCIRAS, conforme o Remume do município;
- f) Realizada capacitação breve com os colaboradores da unidade sobre Intoxicação Exógena por Metanol, abordando o manejo dos casos suspeitos, coleta de exames e procedimentos de notificação;
- g) Foi realizada apresentação e capacitação referente ao Protocolo de Notificação Compulsória do Município de São José dos Campos, visando padronizar o fluxo e aprimorar a qualidade das notificações realizadas pela unidade;
- h) Foi desenvolvida uma atividade de conscientização ao combate à sífilis, reforçando a importância da prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado dos casos, conforme diretrizes vigentes;
- i) Realizou-se uma dinâmica educativa com os colaboradores da unidade sobre a prática correta da higienização das mãos, reforçando os Cinco Momentos e a relevância da medida para prevenção de infecções;

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR.004.QA.TR004.001

Pág. 2 de 5

- j) Foi discutida, em reunião prévia com a sede, a gestão de indicadores assistenciais e operacionais, bem como as estratégias relacionadas ao Programa de Desenvolvimento Contínuo, destacando a necessidade de monitoramento sistemático e aprimoramento das ações;
- k) Realização da campanha de vacinação dos colaboradores da unidade, reforçando a importância da atualização do calendário vacinal;
- l) Declaramos a reunião encerrada e informamos que a próxima data da reunião conforme cronograma será 17/12/2025.

## 2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Protocolo de fluxo de exames de RT PCR e sorologia para confirmação de exames de arbovíroses.	Enf. Joseane Villas Boas França Rodrigues SCIRAS	Concluído	Aguardando aprovação da sede
Protocolo de antibioticoterapia	Dr Rodrigo	Concluído	Aguardando aprovação da sede
Troca dos dispensers de álcool em gel e sabão	Supervisor Manutenção Adriano		Concluído
Protocolo de Vacina	SCIRAS Joseane		Em andamento
Dinâmica sobre a higienização das mãos	SCIRAS Joseane	04 e 05 de Novembro	Concluído <input checked="" type="checkbox"/>

Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOR. DE.QA.TP004.001

Pág. 3 de 5

Capacitação Sobre Notificação Compulsória do Município de São José dos Campos	SCIRAS Joseane	30 e 31 de Outubro	Concluído
Conscientização sobre a sífilis e sífilis congênita	SCIRAS Joseane	18 de Outubro	Concluído
Capacitação sobre EPIs e tabagismo	T.S.T Gabriel	6 e 7 de Novembro	
Capacitação sobre uso racional de antimicrobiano	RT Farmacia Carolina	26 e 27 de Novembro	
Conscientização sobre a luta contra AIDS	Enfermeiros Assistenciais	01 e 02 de Dezembro	
Capacitação do preenchimento do protocolo de sepse	Enfermeira clínica Patricia Freire	08 e 09 de Dezembro	
Aplicação do monitoramento de antimicrobianos	SCIRAS Joseane	30 dias	
Realização da campanha de vacinação dos colaboradores da unidade	SCIRAS Joseane	18 e 19 de Novembro	Concluído

 Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOU.DE.QA.TR004.001

Pág. 4 de 5

## 9.5 Comissão de Farmácia e Terapêutica

**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	26/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	10h00 às 11h30
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO DE FARMACIA E TERAPÉUTICA – CFT		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

1. Apresentação e validação do Fluxograma e Rotina da Ficha de Acompanhamento de Antibioticoterapia;
2. Verificação da Ficha de Acompanhamento de Antibioticoterapia utilizada nos setores de Observação e Emergência.
3. Avaliação das informações preenchidas pelos profissionais.
4. Identificação de falhas e oportunidades de melhoria no processo de registro e acompanhamento.

**2. DISCUSSÕES**

**Fluxograma e Rotina – Ficha de Acompanhamento de Antibioticoterapia**

Foi apresentada à comissão a proposta de padronização do fluxograma e rotina operacional referente à Ficha de Acompanhamento de Antibioticoterapia, com o objetivo de otimizar o processo de prescrição, avaliação farmacêutica e acompanhamento clínico dos pacientes em uso de antimicrobianos.

O documento contempla as etapas desde a prescrição médica, análise farmacêutica, autorização e dispensação, até o seguimento clínico e reavaliação da terapia.

Após apreciação, a comissão deliberou pela aprovação do modelo proposto, com ajustes pontuais quanto à inclusão de prazos para reavaliação clínica e registro em prontuário.

**3. PLANO DE AÇÃO:**

**A. Revisão dos critérios de preenchimento da ficha**

Pág. 1 de 3

UPA Alto da Ponte      Rua Alzir Lebrão, 76 - Alto da Ponte,  
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531      (12) 3931-5213  
upaaaltodaponte.sjc@cejam.org.br      cejam.org.br


**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	26/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	10h00 às 11h30
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO DE FARMACIA E TERAPÊUTICA – CFT		

- Necessidade de preenchimento completo e padronizado.
- Revisão dos campos obrigatórios (data de início, dose, via, horário, diagnóstico, médico prescritor, reavaliação).

**B. Avaliação dos registros atuais**

- Foram encontradas fichas com informações incompletas ou divergentes.
- Sugerida revisão dos fluxos de preenchimento pelos setores envolvidos.

**C. Acompanhamento da antibioticoterapia**

- Reforçado o registro de reavaliações após 72 horas de início do tratamento.
- Definir responsabilidade do profissional pelo acompanhamento atualizado.

**D. Proposta de melhoria nos formulários**

- Revisão do layout para facilitar preenchimento.
- Inclusão de campo para justificativa clínica e resultado de exames laboratoriais.

**E. Capacitação da equipe**

- Será programada orientação interna sobre a importância da ficha para segurança do paciente e controle de antibioticoterapia.

**Indicadores de Avaliação:**

- Percentual de prescrições acompanhadas com ficha padronizada;
- Percentual de conformidade no aprazamento de antimicrobianos;
- Redução de falhas na administração e de divergências de horários;
- Satisfação da equipe quanto à clareza dos fluxos e rotinas.

**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	26/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	10h00 às 11h30
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO DE FARMACIA E TERAPÉUTICA – CFT		

**4. PARTICIPANTES**

<b>NOME</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>ASSINATURA</b>
Dyogo Bezerra	Gerente Administrativo	
Dra. Alessandra de Oliveira	Médica Coordenadora	
Dr. Rodrigo Bicalho	RT Médico	
Carolina de F. Ferreira	RT de farmácia	
Eliane Alves Vitório	RT de enfermagem	
Joseane Vilas Boas	Enfermeira SCIRAS	

Pág. 3 de 3

## 9.6 Reunião Clínica

### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	27/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	11h00 às 12h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Clínica		

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

- a) Declarando aberta reunião, iniciamos a reunião.
- b) Na reunião foi discutido o caso da paciente Libertina, que havia sido aceita via CROSS para transferência ao Hospital Municipal. Entretanto, a paciente retornou à unidade relatando que não havia leitos disponíveis para recebê-la. Diante dessa situação, foi reforçado à equipe que, antes de encaminhar qualquer paciente ao hospital de referência, é indispensável realizar contato telefônico prévio para confirmar a disponibilidade de leito e garantir que o serviço esteja preparado para acolher o caso. Além disso, destacou-se a importância de formalizar essa comunicação também por e-mail, a fim de registrar oficialmente o encaminhamento e evitar falhas de comunicação entre as instituições. Essas medidas visam assegurar maior segurança ao paciente e um fluxo mais eficiente entre a unidade e o hospital de referência.
- c) Declaramos a reunião encerrada.

#### 2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PERÍODO	COMENTÁRIOS
Tempo de espera médio para atendimento no Fast Track	RT Médico	7 dias	Concluído
Taxa de retorno dos pacientes por complicações	RT Médico	7 dias	Concluído
Satisfação dos pacientes	Gerente administrativo	30 dias	
Monitoramento do quantitativo de pacientes atendido	RT Médico	7 dias	Concluído

Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOR.05.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 3

**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	27/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	11h00 às 12h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Clínica		
Tempo médio de permanência na sala para atendimento	RT Médico	7 dias	Concluído
Indicador de custo do paciente	RT Farmácia	7 dias	Concluído
Indicador de comparativo do custo verde <u>comum</u> x verde fast	RT Farmácia	7 dias	Concluído
Mapeamento da via de administração da medicação	RT Farmácia	7 dias	Concluído

## 9.7 Reunião Técnica

		<b>UPA 24h</b> UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO			PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>					
DATA	27/11/2025	HORÁRIO	09h00 às 10h00		
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE				
ASSUNTO	Reunião Técnica				
<b>1. PAUTAS ABORDADAS</b>					
<p>a) Declarando aberta reunião, iniciamos a reunião.</p> <p>b) Na reunião técnica, foram discutidos temas relevantes para o aprimoramento dos processos assistenciais da unidade. Inicialmente, tratou-se da implantação do monitoramento da administração de antimicrobianos nos setores de Observação e Emergência, medida que tem como objetivo fortalecer a segurança do paciente, garantir a correta administração das terapias e padronizar registros, permitindo melhor acompanhamento pelos profissionais de saúde. Também foi debatida a padronização dos horários de administração de medicamentos, considerando a necessidade de alinhamento entre equipe médica e enfermagem para evitar atrasos, falhas ou duplicidades no tratamento dos pacientes. Outro ponto abordado foi a possibilidade de continuidade da prescrição médica, visando melhorar o fluxo assistencial e assegurar que o tratamento seja mantido sem interrupções, especialmente nos períodos de troca de plantão ou alta demanda.</p> <p>c) Agradecendo a presença de todos, finalizamos a reunião.</p>					
<b>2. PLANO DE AÇÃO</b>					
AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS		
Implantação do Monitoramento da administração de antimicrobianos	CCIRAS	30 dias			
Padronização dos horários no sistema salutem e a continuidade da prescrição médica.	T.I Adriano	30 dias			
<small>Classificação de Informações: Uso Interno    FOR.JEF.QA.TP.004.001</small>					

## 9.8 Comissão de Humanização





PREFEITURA  
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	17/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	09h00 às 10h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
<b>ASSUNTO</b>	ATA de humanização N° 08.		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

- A assistente social Ana Carolina inicia a reunião agradecendo a presença de todos e comunica que a assistente social Thaís de Paula está afastada da UPA devido sua gestação.
- Foi comunicada a saída da membro Cristiane Faria Santos da Comissão, sendo registrados agradecimentos pelas contribuições prestadas durante o período em que atuaram.
- A pauta da reunião incluiu o planejamento e a avaliação das ações realizadas durante o mês de Dezembro, destacando-se os seguintes pontos:
  - a) Decoração do Painel de Humanização: painel com uma retrospectiva do ano, com fotos selecionadas dos melhores momentos.
  - b) Atividade de votação do melhor: Humanizado e Divertido, será realizado em todos os plantões. Após a votação a comissão gravará um vídeo com a contagem dos votos, o mais votado receberá um Certificado com uma barra de chocolate.
  - c) Decoração no corredor da pediatria e próximo a triagem: Árvore de Natal em EVA.
  - d) Decoração Observação com luzes.
  - e) Montagem da Guirlanda de Natal - fotos dos funcionários.
- Decidido que a reunião será intercalada mensalmente entre os plantões, para que todos possam participar.
- Atualização de membros:
  1. Entrada: Adriana Marques.

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 6

UPA Alto da Ponte

Rua Alziró Lebrão, 76 - Alto da Ponte,  
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213  
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

**cejam.org.br**


**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	17/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	09h00 às 10h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
<b>ASSUNTO</b>	ATA de humanização Nº 08.		

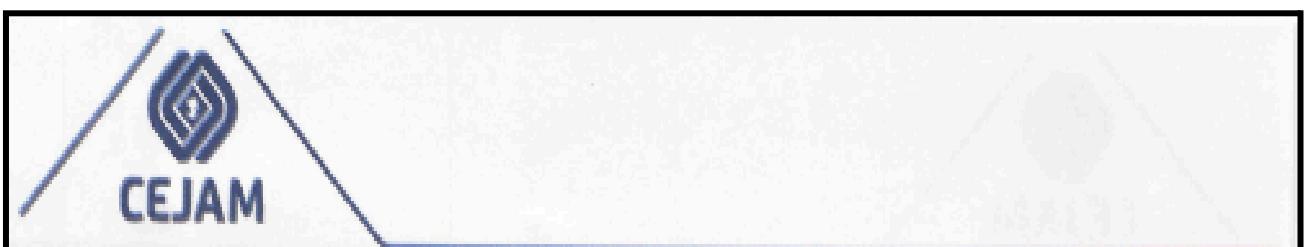
**PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Implantação da sala do afeto	Gerente Dyogo Bezerra	120 dias	Pendente
Decoração de Natal	Ana Carolina/ Bruna/ Fabilene	01/12/2025	Concluído
Atividade de interação da equipe - votação do melhor	Ana Carolina/ Valdirene/ Jaqueline	17/12/2025	Pendente

 Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOR.DE.QA.TP.004.001

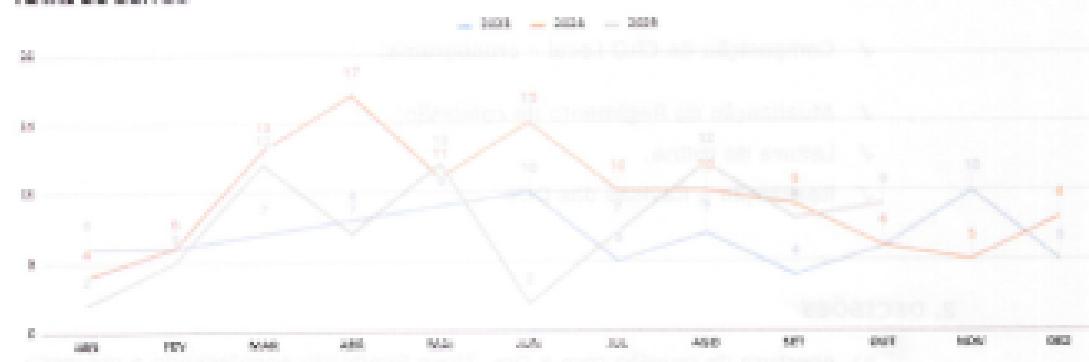
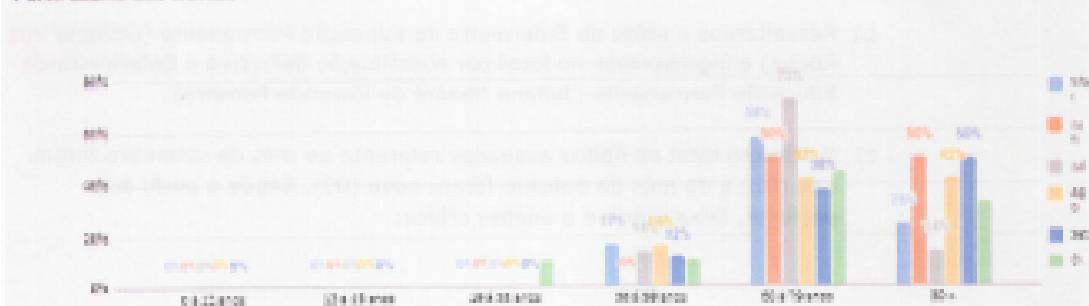
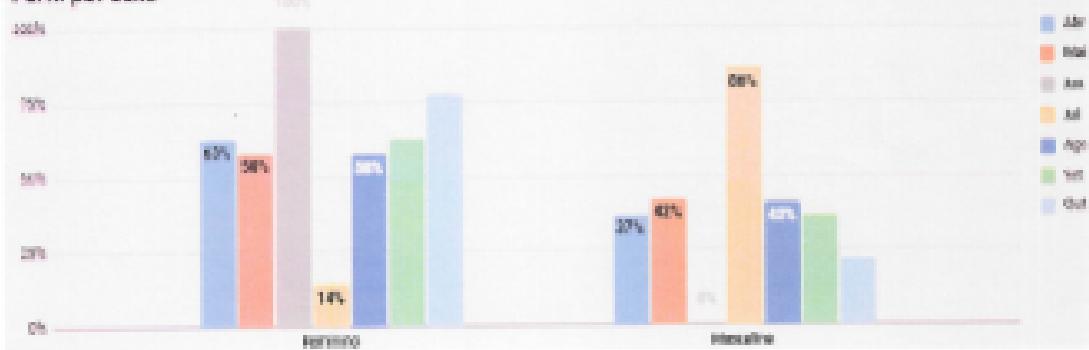
Pág. 2 de 6

## 9.9 Comissão de Verificação de Óbitos

 <b>CEJAM</b>		
<b>PRÓ MEMÓRIA CRO</b>		
<b>DATA</b>	12/11/2025	
<b>HORÁRIO</b>	16:00 às 17:00	
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos	
<b>ASSUNTO</b>	Reunião CRO - Integrantes: Dra Alessandra de Oliveira / Dra Thais Sentinello / Dr Rafael Lagoudakis Guerin Reis / Enf Eliane Alves Vittório/ Enf Gislaine Vaz Rocha	
<b>1. PAUTAS ABORDADAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Composição da CRO Local e cronograma;</li><li>✓ Atualização do Regimento da comissão;</li><li>✓ Leitura da rotina;</li><li>✓ Realização e Revisão das DOs</li></ul>		
<b>2. DECISÕES</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>a) Abertura da reunião com a Dra. Thais Sentinello agradecendo a presença de todos, declarando aberta a reunião.</li><li>b) Ressaltamos a saída da Enfermeira da Educação Permanente (Gislaine Vaz Rocha) e ingressamos no local por substituição definitiva a Enfermeira da Educação Permanente (Juliana Nazaré de Rezende Ferreira).</li><li>c) O número total de óbitos avaliados referente ao mês de setembro foram oito (08) e do mês de outubro foram nove (09). Segue o perfil dos paciente, faixa etária e a análise crítica:</li></ul>		

**CEJAM**
**PRÓ MEMÓRIA CRO**

<b>DATA</b>	12/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	16:00 às 17:00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião CRO - Integrantes: Dra Alessandra de Oliveira / Dra Thais Sentinello / Dr Rafael Lagoudakis Guerin Reis / Enf Eliane Alves Vitório/ Enf Gislaine Vaz Rocha		

**TOTAL DE ÓBITOS**

**Perfil Etário dos Óbitos**

**Perfil por Sexo**



**PRÓ MEMÓRIA CRO**

<b>DATA</b>	12/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	16:00 às 17:00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião CRO - Integrantes: Dra Alessandra de Oliveira / Dra Thais Sentinello / Dr Rafael Lagoudakis Guérin Reis / Enf Eliane Alves Vittiário/ Enf Gislaine Vaz Rocha		

- d) No mês de setembro período tivemos cerca de oito (8) óbitos, sendo eles dois (2) menores que 24h e seis (6) maior que 24h. Ficamos com 2,94% relacionado à taxa de mortalidade, por tanto abaixo da meta estipulada de 4%. Nenhum óbito de causa evitável. Em suma maioria, 50% dos pacientes tinham mais de 80 anos e prevalecendo o sexo feminino. Nenhum desses casos foi encaminhado ao IML.
- e) Ressalta-se ainda a ocorrência de dois (2) óbitos no mês de setembro, ambos em pacientes com limitação terapêutica previamente definida, caracterizando-se como eventos não evitáveis.
- f) No mês de outubro em análise, foram registrados nove (09) óbitos na unidade. Desses, cinco (05) ocorreram após 24 horas de permanência e quatro (04) em período inferior a 24 horas. Entre os casos registrados, um (01) paciente foi encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML) para os devidos procedimentos legais e elucidação diagnóstica. Nenhum óbito foi classificado como evitável. Em relação à taxa de mortalidade dos pacientes com tempo de permanência inferior a 24 horas, o indicador apresentou resultado de 1,11%, mantendo-se abaixo da meta institucional estabelecida de 4%, o que demonstra a efetividade das condutas clínicas, o cumprimento dos protocolos assistenciais e a agilidade nas tomadas de decisão por parte da equipe multiprofissional.
- g) No mês de outubro, foram registrados dois (02) óbitos na unidade em pacientes que seguiram a linha de cuidado da Sepse. Deste, apenas um (01) caso apresentou a septicemia como causa provável do óbito, enquanto o outro paciente teve o desfecho associado à insuficiência respiratória aguda, relacionada a um quadro respiratório crônico de maior gravidade.
- h) Declaramos a reunião encerrada e informamos que a próxima data da reunião conforme cronograma será 12/01/2026.

## **9.10 Comissão de Bioética**

---

No mês de novembro, não foi realizada a comissão de bioética, por ela ser de caráter trimestral. A penúltima reunião foi realizada dia 17/09/2025, já a próxima reunião está agendada para o dia 17/12/2025.

## **9.11 Comissão de Ética Médica**

---

No mês de novembro, não foi realizada a comissão de ética médica, por ela ser de caráter bimestral. A penúltima reunião foi realizada dia 29/10/2025, já a próxima reunião está agendada para o dia 17/12/2025.

## **9.12 Comissão de Radioproteção**

---

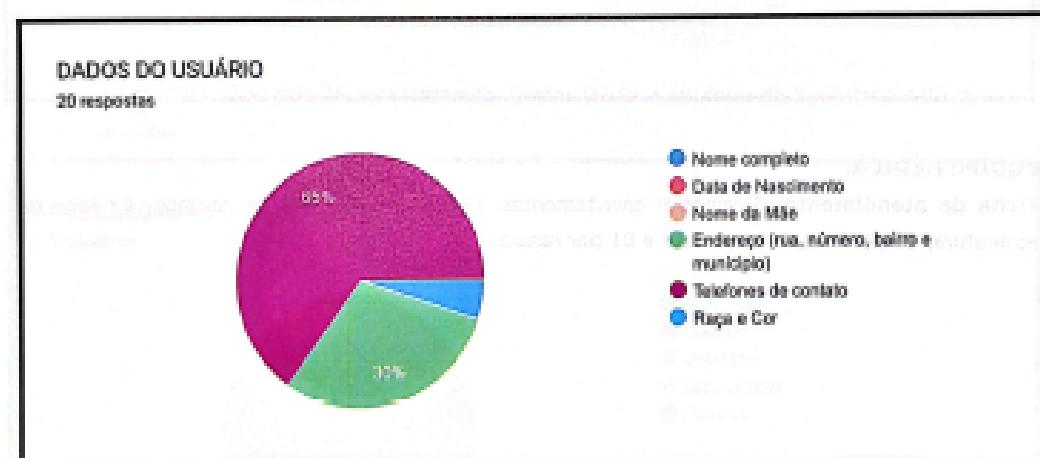
Por se tratar de uma Comissão Trimestral , não tivemos reunião esse mês, portanto, nossa próxima reunião é dia 21/12/2025 .

## 9.13 Comissão de Revisão de Prontuário

### 1. PAUTAS ABORDADAS

- Abertura da reunião com Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos. O mesmo agradece a presença de todos e declara aberta a reunião;
- Apresentação dos dados referente outubro e novembro 2025;
- Analizados o total de 198 prontuários.

**Recepção:** Tivemos 20 apontamentos, sendo eles: 13 ausência de telefone de contato, 01 nome completo, 06 falta por falta de endereço(rua,número,bairro,e município).



Classificação da Informação: Uso Interno  
 PDR-DE-QA-TR-004-001

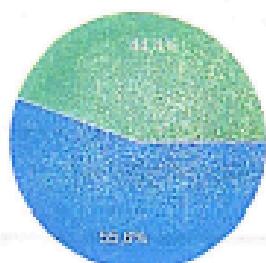
CEJAM - 2025

Pág. 1 de 11

**Classificação de risco:** Tivemos 9 apontamentos. Destes 05 se tratava de queixa descrita de forma incorreta, 04 não possuem inconformidades.

**DESCRIÇÃO**

9 respostas



- Queixa descrita de forma incorreta (contendo tempo da queixa, alergias e comorbidades)
- 88VV anotados (em caso de pediatria se tem peso anotado, e em caso de DM se tem glicemia capilar)
- Classificação não realizada de acordo (se concorda com SSVV e queixas)
- Não possui

**EQUIPE MÉDICA:**

**Ficha de atendimento:** Tivemos 9 apontamentos. Destes 04 por falta de carimbo, 03 falta de assinatura, 01 por falta de anamnese e 01 por rasuras.

 Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOR.06/QA.79.004.001

Pág. 2 de 11

UPA Alto da Ponta

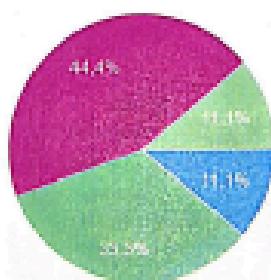
 Rua Alain Lechten, 76 - Alto da Ponta,  
 São José dos Campos/SP - CEP: 12290-530

 (12) 3931-5219  
 upaaltodaponta@cejam.org.br

cejam.org.br

**FICHA DE ATENDIMENTO**

9 respostas

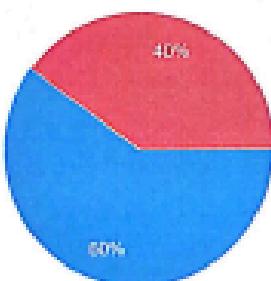


- Anamnese e Exame Físico
- HD
- Conduta
- Assinatura
- Carimbo
- Data/Hora
- Letra Legível
- Reservas

**Prescrição médica:** Tivemos 05 apontamentos. Destes 03 foi a ausência da assinatura e 02 por falta do carimbo.

**PREScrição MÉDICA**

5 respostas



- Assinatura
- Carimbo
- Data/Hora
- Letra Legível
- Reservas

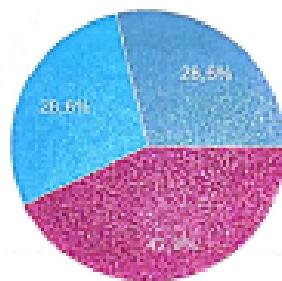
Classificação da Informação: Uso Interno  
 F08.DE.QA.TP.004.001

Pág. 3 de 11

**Evolução médica:** Tivemos 7 apontamentos. Deste 03 por falta de assinatura, 02 por falta de carimbo, 02 não possuem evolução.

**EVOLUÇÃO (se Observação e/ou Emergência)**

7 respostas



- HD
- Exame Físico
- Exames Complementares
- Consulta
- Assinatura
- Carimbo
- Data/Hora
- Letra Legível

12 ▲ ▼

**ENFERMAGEM**

**Ficha de atendimento:** Não tivemos apontamentos.

Classificação da Informação: Uso Interno  
PDR.DE.QA.TP.004.001

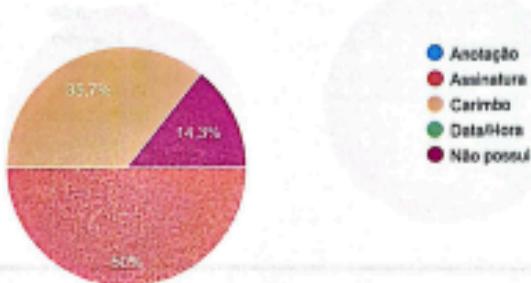
Pág. 4 de 11

**UPA Alto da Ponte**Rua Alvaro Lebrão, 76 - Alto da Ponte,  
São José dos Campos/SP - CEP: 12220-521(12) 3931-5210  
upaaaltodaponte@cejam.org.br**cejam.org.br**

**Evolução:** Tivemos 14 apontamentos, sendo eles 07 por falta de assinatura, 05 por falta de carimbo e 02 não possuíam.

**EVOLUÇÃO**

14 respostas



**SAE:** Tivemos 36 apontamentos. Sendo eles 17 ausência de carimbo, 12 ausência da assinatura e 07 não possuíam.

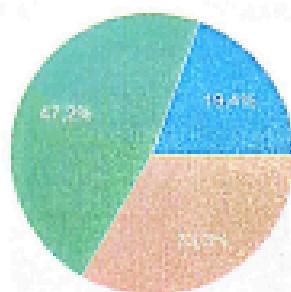
Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR/DE/QA/TP.004.001

Pág. 5 de 11

UPA Alto da Ponte

Rua Alípio Lebrão, 76 - Alto da Ponte,  
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531(011) 3931-5219  
upa@redesporte.sjcejam.org.br

cejam.org.br

**SAE**  
36 respostas

- Exame Físico
- Prescrição
- Assinatura
- Carimbo
- Data/Hora
- Não possui

**Prescrição médica:** Tivemos nenhum apontamento.**PREScrição MÉDICA**  
6 respostas

- Checada e/ou Justificada

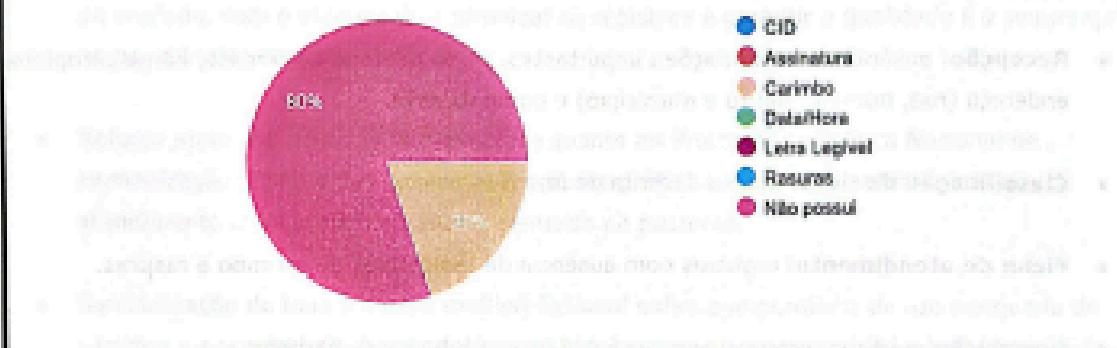
**ALTA**Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR/DE/QA/TR/004,001

Pág. 6 de 11

**Resumo médico:** Tivemos 5 apontamentos. Sendo eles 04 não possui e 01 por falta de carimbo.

#### RESUMO MÉDICO

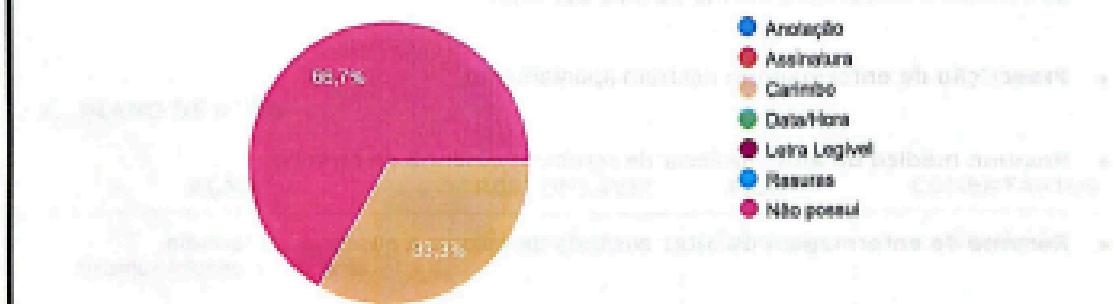
5 respostas



**Resumo enfermagem:** Foram encontradas 03 pontuações. Sendo elas: 02 não possui e 01 sem carimbo.

#### RESUMO ENFERMAGEM

3 respostas



Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOL.DE.QA.TP.004.001

Pág. 7 de 11

## ANÁLISE CRÍTICA

Apontamentos identificados nos meses de agosto e setembro, durante a análise dos prontuários e registros assistenciais:

- **Recepção:** ausência de informações importantes, como telefone de contato, nome completo, endereço (rua, número, bairro e município) e nome da mãe.
- **Classificação de risco:** queixa descrita de forma incorreta.
- **Ficha de atendimento:** registros com ausência de assinatura, de carimbo e rasuras.
- **Prescrição médica:** registros com ausência de assinatura e de carimbo.
- **Evolução médica:** registros com ausência de assinatura, ausência de carimbo e não possui.
- **Evolução de enfermagem:** registros com ausência de assinatura, de carimbo e não possui.
- **SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem):** ausência de assinatura, ausência de carimbo e sem preenchimento de uma das SAE.
- **Prescrição de enfermagem:** nenhum apontamento.
- **Resumo médico de alta:** ausência de resumo e ausência de carimbo.
- **Resumo de enfermagem de alta:** ausência de resumo e ausência de carimbo.

Classificação da Informação: Uso Interno  
F09.0E.QA.TP.004.001

Pág. 8 de 11

**PLANO DE AÇÃO:**

Como medidas corretivas e preventivas, foram definidas as seguintes ações:

- Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no sistema eletrônico da unidade, com o objetivo de padronizar os registros e garantir a qualidade e a segurança na assistência prestada.
- Reforço junto aos novos enfermeiros(as) quanto ao Protocolo da Política Nacional de Humanização (PNH) e sua correta aplicação na prática assistencial, promovendo um atendimento mais acolhedor, ético e centrado no paciente.
- Sensibilização de toda a equipe multiprofissional sobre a importância do uso adequado do carimbo juntamente com a assinatura em todos os registros, garantindo a identificação do profissional e a validade dos documentos.
- Reforçar com toda a equipe que não é permitido o uso de rasuras nos registros, assegurando a integridade, a confiabilidade e a legalidade das informações documentadas.
- Encerramento da reunião é agendada a próxima para 28/01/2026.

**2. PLANO DE AÇÃO**

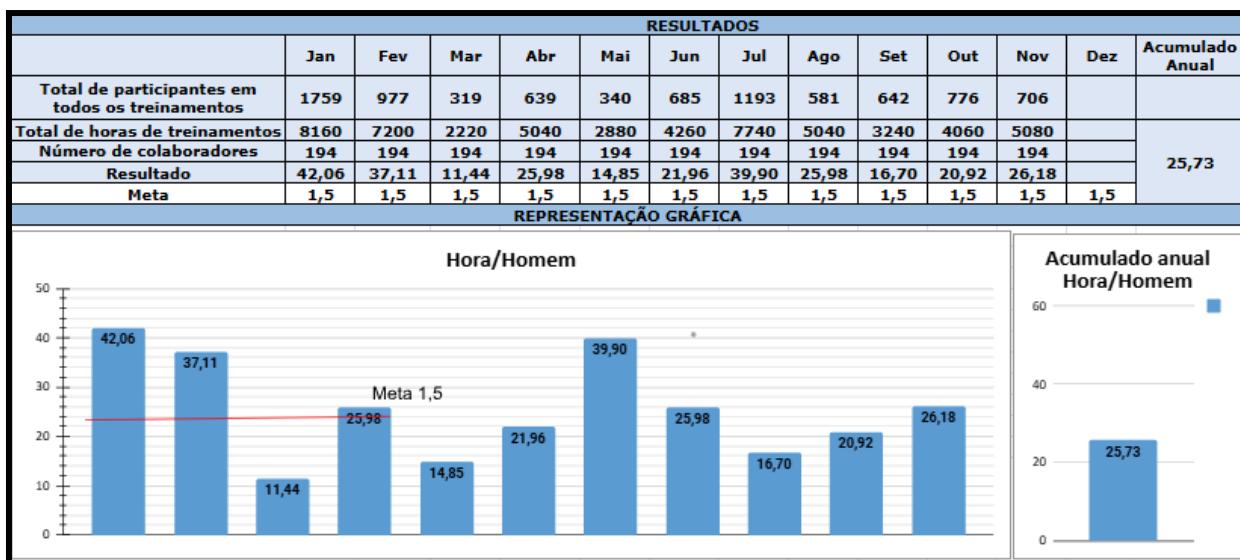
AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Grampeadores no setores	Dyogo Bezerra	Concluído	Concluída

Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOR.0E.QA.TP.004/001

Pág. 9 de 11

Proposta da implantação do PEP	Responsável	Estado	Observação
Proposta da implantação do PEP	Dyogo Bezerra	Pendente	Necessário programação do prazo devido a questões contratuais
Orientação IN-LOCO referente aos apontamentos relacionados a equipe médica	Dra Alessandra de Oliveira	Concluído	Concluída
Orientação IN-LOCO para equipe da recepção referente ao preenchimento do cadastro do paciente	Dyogo de Souza Bezerra	Concluído	Concluída
Implantação da assinatura digital para toda a equipe de enfermagem	Enf <sup>a</sup> RT Eliane Vitório	120 dias	Pendente
Orientação IN-LOCO referente aos apontamentos relacionados à enfermagem	Juliana Ferreira	Concluído	Concluída

## 10.1 Indicador sobre participação em treinamentos / hora homem



**Análise Crítica:** A análise das ações educativas desenvolvidas no mês de novembro de 2025 evidencia um desempenho bastante positivo, refletindo avanços consistentes no fortalecimento da educação permanente em saúde como prática estruturante da instituição.

O envolvimento de 706 colaboradores demonstra não apenas ampla adesão, mas também um elevado nível de engajamento das equipes, revelando maturidade organizacional e compromisso coletivo com a qualificação profissional, a segurança do paciente e a melhoria contínua da assistência.

Outro ponto positivo é a diversidade e a abrangência das 33 ações realizadas, que contemplaram desde temas clínicos e procedimentais até discussões voltadas à humanização, prevenção e promoção da saúde. Iniciativas como a conscientização sobre higienização das mãos, o uso adequado de EPIs, a abordagem do tabagismo, o manejo do marca-passo transcutâneo, a integração institucional, a discussão sobre câncer de próstata e a promoção do uso racional de antimicrobianos evidenciam coerência com as demandas reais do serviço e com diretrizes de segurança do paciente.

Além disso, a realização de capacitações in loco nos setores reforça a aproximação entre teoria e prática, favorecendo a aplicabilidade imediata do conteúdo e ampliando o alcance pedagógico. De modo geral, os resultados apresentados confirmam que a instituição avança de forma sólida na consolidação de uma cultura de aprendizado contínuo, pautada na qualificação técnica, na responsabilidade ética e na integração entre profissionais e processos de trabalho.

De forma abrangente, as ações realizadas ao longo do mês refletem uma gestão consistente, engajada e focada em desempenho, que reconhece o desenvolvimento dos profissionais como elemento central para a evolução da instituição. A variedade de temas abordados, a ampla adesão das equipes e os resultados que superam as metas propostas reforçam a relevância da educação permanente como ferramenta essencial para elevar a qualidade assistencial, fortalecer a cultura de segurança e promover um ambiente de trabalho mais integrado, colaborativo e tecnicamente qualificado.

**RESULTADOS**

	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	Mai	%	Jun	%	Jul	%	Ago	%	Set	%	Out	%	Nov	%
<b>ADMINISTRATIVO</b>	45%	3	60%	9	100%	0	0%	6	60%	10	83,33%	6	60,00%	7	70%	21	87,50%	18	80%	5	45%
<b>CONTROLADORES DE ACESSO</b>	55%	8	66,66%	10	62,50%	9	37,50%	10	50%	10	66,66%	47	78,33%	20	83,33%	17	40,47%	15	83%	15	94%
<b>ENFERMAGEM 35 ENF /78 TÉC</b>	71%	80	70,79%	209	67,55%	576	81,35%	245	69,20%	524	85,71%	1193	81,21%	475	89,96%	551	84,76%	629	92%	550	83%
<b>FARMÁCIA</b>	50%	8	80%	17	62,50%	10	50,00%	15	57,69%	19	80,00%	48	61,53%	28	77,77%	19	73,07%	20	75%	22	50%
<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>	0%	1	50%	2	50%	1	25%	1	25%	2	50%	5	50%	6	100%	15	87,05%	6	51%	3	100%
<b>HIGIENE</b>	41%	8	72,72%	10	62,50%	4	18,18%	22	100%	7	50%	41	93,18%	11	50%	6	50%	20	86%	14	100%
<b>LABORATÓRIO</b>	45%	5	56%	4	44,44%	6	33,33%	6	33,33%	9	50%	19	70,37%	7	77,77%	2	66,66%	6	68%	5	56%
<b>CONCIERGE</b>	0%	1	100%	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	0	0%	2	100%	3	100%	1	100%
<b>RADIOLOGIA</b>	33%	2	25%	3	38%	2	12,50%	3	18,75%	0	0%	14	58,33%	1	12,50%	2	25%	5	71%	4	57%
<b>MÉDICOS</b>	36%	16	23,88%	9	13,23	3	100%	4	100%	17	82,35%	17	100%	5	71,42%	2	25%	22	82%	3	19%
<b>SEGURANÇA DO TRABALHO</b>	0%	1	100%	3	100%	1	100%	1	100%	0	0%	3	75%	1	100%	4	100%	3	100%	3	100%
<b>VIGILANTE</b>	0%	4	100%	4	50%	3	37,5	0	0%	2	66,66%	5	41,66%	1	25%	5	62,50%	4	59%	3	75%
<b>T.I</b>	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	1	100%	0	0%
<b>RECEPÇÃO</b>	53%	8	72,72%	10	76,92	4	18,18%	14	63,63%	9	69,23%	33	75%	11	50%	18	69,23%	16	52%	9	82%
<b>INTEGRAÇÃO</b>	100%	2	100%	5	100%	17	100%	7	100%	4	100%	6	100%	8	100%	4	100%	3	100%	3	100%

**Análise Crítica:** A análise das 33 ações educativas realizadas no período evidencia um esforço consistente da instituição em fortalecer a educação permanente como ferramenta estratégica para qualificar o cuidado e consolidar a cultura de segurança. A variedade de formatos — palestras, rodas de conversa e capacitações técnicas — demonstra uma abordagem pedagógica diversificada, capaz de atender diferentes perfis profissionais e necessidades específicas dos setores.

Os temas trabalhados apresentam alta pertinência para o contexto assistencial, contemplando tanto aspectos técnicos quanto dimensões preventivas e de conscientização. A inclusão de conteúdos como higienização das mãos, uso adequado de EPIs, segurança do paciente, farmacovigilância e manejo clínico mostra um alinhamento claro às diretrizes nacionais e às demandas do cotidiano dos serviços de saúde. Da mesma forma, ações voltadas à saúde do homem, ao uso racional de antimicrobianos e à integração institucional ampliam o alcance educativo, favorecendo uma visão mais completa e humanizada do cuidado.

Outro ponto positivo é a execução de capacitações diretamente nos setores, o que aproxima a prática educativa da realidade do trabalho, melhora a adesão e favorece a aplicação imediata dos conhecimentos. Esse modelo demonstra sensibilidade às dinâmicas da rotina assistencial e contribui para a efetividade dos processos de ensino-aprendizagem.

Em síntese, o conjunto das ações revela um planejamento robusto, coerente com as necessidades da unidade e alinhado às metas institucionais. O volume expressivo de atividades e a pertinência dos temas reforçam o compromisso da instituição com a qualificação contínua das equipes, o aprimoramento da assistência e o fortalecimento de uma cultura organizacional orientada à segurança, à prevenção e à excelência no cuidado ao paciente.

Os índices de participação dos colaboradores apresentaram variações conforme o público-alvo e os setores contemplados nas ações educativas. Entre os resultados mais expressivos, destacaram-se: Controlador de acesso (94%), Enfermagem (83%) e Recepção (82%). Já as equipes de Segurança do Trabalho, Serviço Social, Concierge e Integração alcançaram adesão integral, com 100% de participação.

A meta institucional estabelece um mínimo de 80% de engajamento por departamento nas capacitações. De maneira geral, os números alcançados foram satisfatórios, com vários setores superando o percentual previsto. Outros, como Vigilante (75%) e Radiologia (57%), embora não tenham atingido o índice esperado, demonstraram resultados próximos da meta, indicando avanço progressivo e alinhamento com as diretrizes da instituição.

É importante considerar que fatores operacionais, como folgas programadas, afastamentos médicos e períodos de férias, interferiram de forma pontual nos percentuais de participação e devem ser ponderados na avaliação global do desempenho.

De forma geral, os dados evidenciam o fortalecimento do engajamento das equipes nos processos formativos, reforçando a importância das ações educativas para o aprimoramento das práticas institucionais e para a qualificação contínua da assistência prestada.

## **11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE**





*Capacitação: Dia mundial de higienização das mãos. Noturno A*



*Capacitação: Protocolo de Crises Convulsivas em Pediatria  
Colaboradores Diurno A*



*Capacitação: Protocolo de Crises Convulsivas em Pediatria  
Colaboradores Noturno A*



*Capacitação: Protocolo de Crises Convulsivas em Pediatria  
Colaboradores Noturno A*



Palhaçaria



Palhaçaria



*Apresentação dos protocolos das Metas Internacionais de Segurança do Paciente  
Colaboradores Diurno B*



*Apresentação dos protocolos das Metas Internacionais de Segurança do Paciente  
Colaboradores Noturno A*



*Capacitação:Protocolo De PCR em crianças  
Colaboradores Noturno B*



*Capacitação:Protocolo De PCR em crianças  
Colaboradores Diurno B*



*Roda de conversa: Informação, prevenção e cuidados com a saúde do homem*



*Em Comemoração do Novembro Azul houve momento de descompressão, oferecendo aos colaboradores homens da unidade Momento do cuidado, no qual foi sorteado massagem com ventosa terapia integrativa para eles.*

	
<i>Massagem com pedras quente</i>	<i>Massagem com pedras quente</i>



*Capacitação: Protocolos metas internacionais segurança do paciente*



*Capacitação : Mitos e verdades sobre o câncer de próstata*



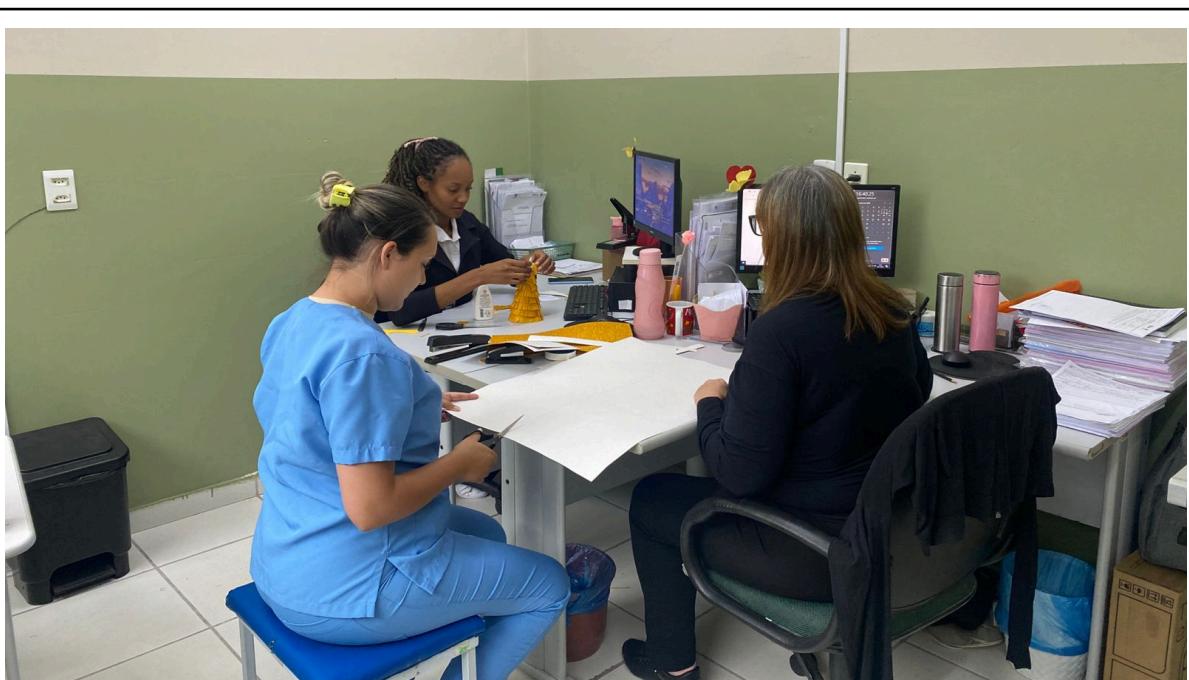
Capacitação: Prevenção do Câncer de Próstata



Reunião da Comissão de Humanização



*Preparação dos enfeites de Natal*



*Preparação dos enfeites de Natal*



Painel do corredor decorado



Integração com a nova Colaboradora

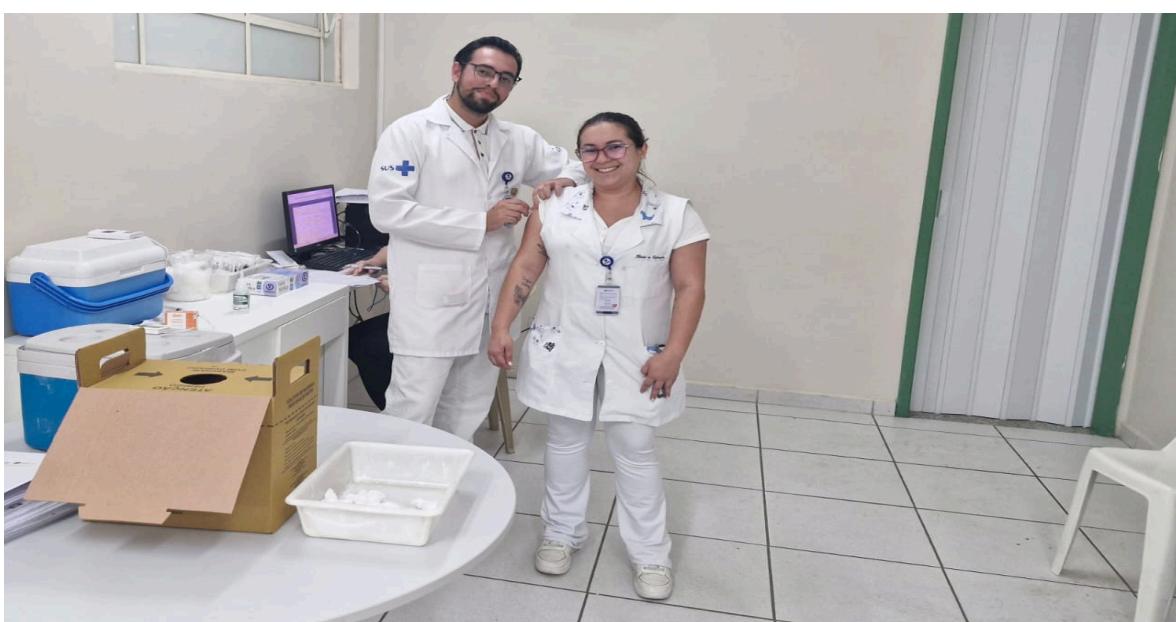
*"Foi realizada uma campanha de vacinação na unidade, voltada aos colaboradores que quisessem atualizar sua Carteira de Vacinação.*



*Campanha de Vacinação*



*Campanha de Vacinação*



*Campanha de Vacinação*

**11.1 - MELHORIAS E MANUTENÇÕES**

	
Manutenção da porta RH - antes	depois





*Antes*



*Depois*



*Antes*



*Depois*



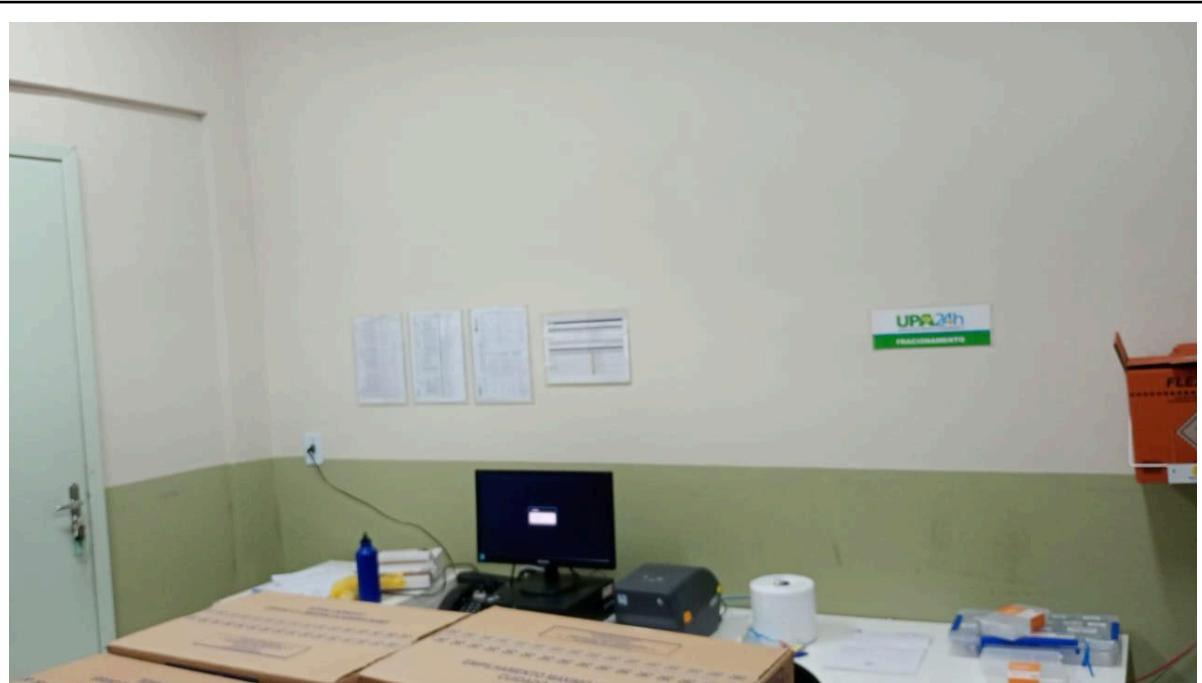
*Dedetização*



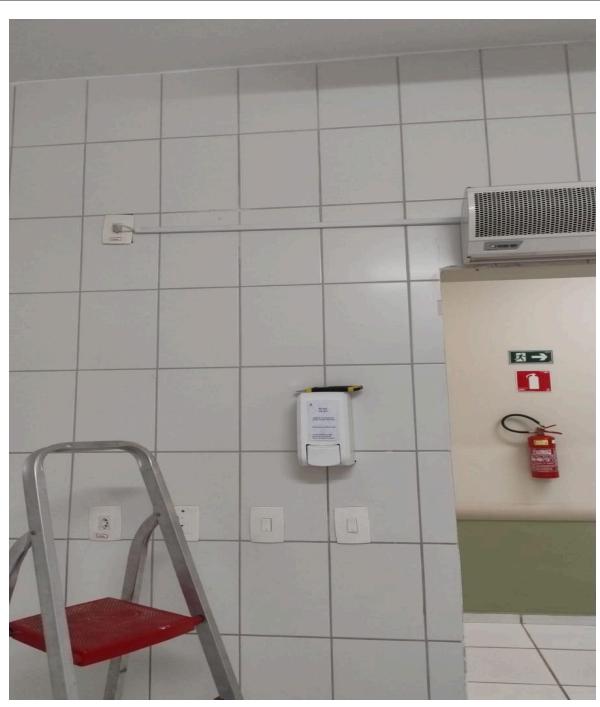


*Restauração da Parede - antes*





*Pintura da Farmácia*



*Organização de toda fiação da unidade*

**Cordialmente,**

Thalita Ruiz Lemos da Rocha  
Gerente Técnica - CEJAM  
COREN: 217175

**THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA**  
**Gerente Técnico Regional**