

Relatório de Atividades Assistenciais

PRONTO ATENDIMENTO
UPA 24H PORTE II ALTO DA PONTE
Contrato de Gestão nº408/2024

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Julho
2026



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

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	5
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	7
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	7
4. FORÇA DE TRABALHO	9
5. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL	19
6. INDICADORES DE PRODUÇÃO	144
7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE	160
8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	172
9. COMISSÕES E COMITÊS	180
10. EDUCAÇÃO EM PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	215
11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE	220
12. MANUTENÇÃO	227
13. CONCLUSÃO	256

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 Julho 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 pactuação 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 Julho de 2026**.

TABELA ANEXO IIB

	Meta	2026
		Julho
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%	92,41%
2.2 Taxa de Mortalidade na unidade de emergência $\leq$ 24h	4%	0,04%
2.3 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidados do AVC	100%	100%
2.4 Percentual de pacientes trombolisados + 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%	94,38%
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%	0,38%
3.1 Consultas em clínica médica	8500	9609
3.2 Consultas em pediatria	3200	1840
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%
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%

85,10%

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi de **206** colaboradores CLT e **97** colaboradores PJs . 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
Assistencial	RT Médico	1
	Coordenador Médico Clínico	1
	Coordenador Médico Pediátrico	1
	Enfermeiro RT	1
	Enfermeiro de Educação Permanente	1
	Enfermeiro da CCIH	1
	Técnico de CME	1
	Gerente Administrativo	1
	Supervisor noturno (Enfermeiro)	2
	Assistente Social	2
	Farmacêutico	4
	Farmacêutico Responsável Técnico	1
	Nutricionista	1
	Auxiliar administrativo	3
	Recepcionista	10
	Técnico de Informática	1
	Técnico de Segurança do trabalho	1
	Supervisor administrativo/recepção	1

Administrativa	Motorista/ ambulância	4
	Técnico de Radiologia	7
	RT Radiologia	1
	Auxiliar de Farmácia	4
	Auxiliar de Almoxarifado	1
	Auxiliar de arquivo	1
	Auxiliar de Manutenção	2
	Copeira	4
	Vigilante	4
	Controlador de acesso	12
	Auxiliar de Higiene / Serviços Gerais	12
	Auxiliar Serviços Gerais	1
	Líder da Higiene	1
	Engenharia Clínica	1
	Enfermeiro	38
	Técnico de Enfermagem	80
	Concierge	1
Total		206

Análise Crítica: No mês de julho, a unidade manteve o gerenciamento contínuo do quadro de colaboradores, priorizando o equilíbrio das equipes e a continuidade das atividades assistenciais e administrativas. O acompanhamento sistemático das movimentações de pessoal permitiu uma adequada distribuição dos recursos humanos, garantindo a manutenção da assistência prestada e o atendimento às demandas operacionais da unidade.

A equipe de Técnicos de Enfermagem permaneceu dimensionada de acordo com as necessidades do serviço. Mesmo com afastamentos pontuais, a reorganização das escalas e o monitoramento diário das equipes possibilitaram a continuidade das atividades, preservando a qualidade do atendimento e a segurança assistencial.

No setor de Recepção, foi mantida a estratégia de cobertura para férias, folgas programadas e demais ausências, assegurando a continuidade do atendimento aos usuários e proporcionando maior estabilidade na rotina operacional do setor.

O setor de Auxiliar de Farmácia também apresentou quadro funcional compatível com a demanda da unidade, permitindo maior flexibilidade na composição das escalas e cobertura eficiente das necessidades operacionais, sem impactos no fluxo das atividades.

Os demais setores seguiram desempenhando suas funções dentro da normalidade, com acompanhamento permanente das demandas de pessoal e adoção de medidas preventivas sempre que necessário. O monitoramento constante favoreceu uma distribuição equilibrada das atividades e contribuiu para a manutenção da produtividade, da organização e da eficiência dos processos internos.

De forma geral, os resultados observados no mês de julho demonstram que o planejamento das escalas, o acompanhamento contínuo das equipes e as estratégias adotadas pela Gestão de Pessoas foram eficazes para manter a estabilidade operacional da unidade. As ações implementadas contribuíram para assegurar a continuidade dos serviços, fortalecer a organização das equipes e manter a qualidade da assistência prestada aos usuários.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais



Análise Crítica: No mês de julho, a unidade manteve 100% de cobertura da equipe mínima em todos os setores, garantindo a continuidade das atividades assistenciais e administrativas sem intercorrências relacionadas ao dimensionamento de pessoal. O acompanhamento permanente das escalas e o planejamento antecipado das substituições permitiram atender às demandas da unidade de forma organizada e eficiente.

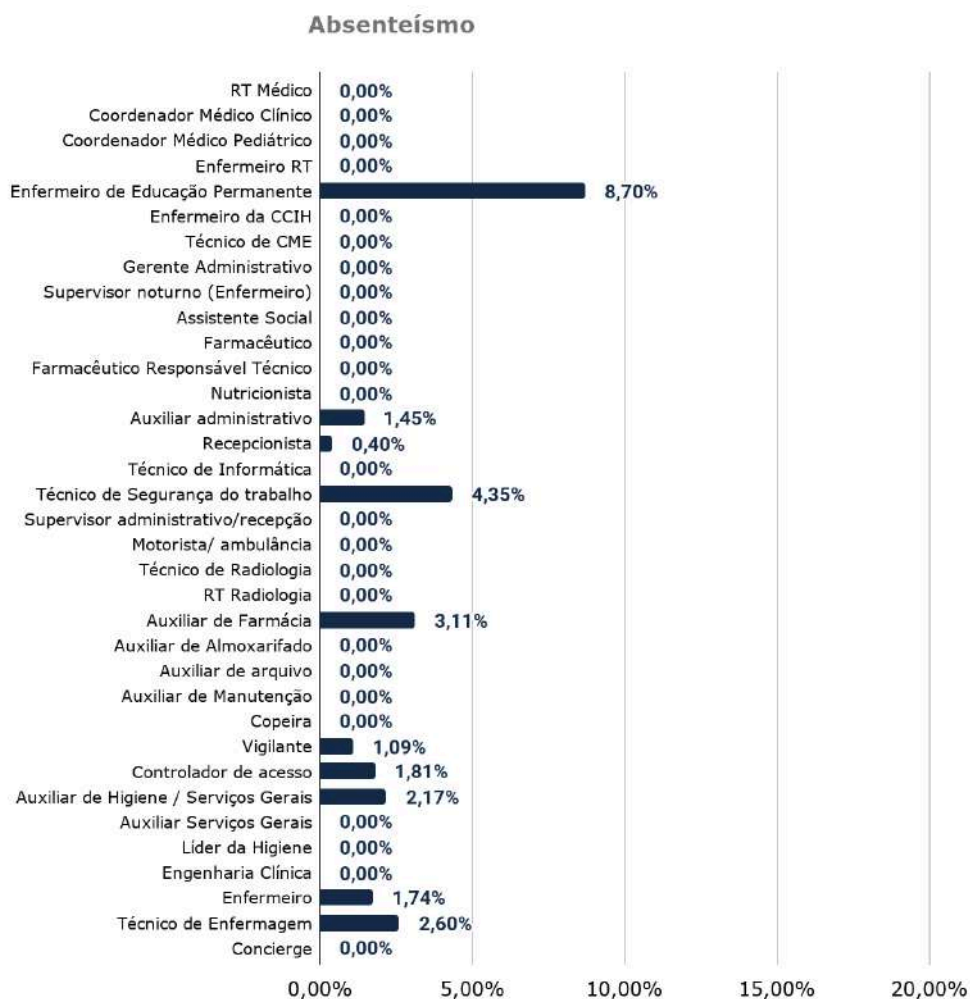
As estratégias adotadas para gerenciamento do quadro funcional possibilitaram a adequada recomposição das equipes diante de férias, folgas e afastamentos programados, preservando o equilíbrio na distribuição dos profissionais e assegurando o pleno funcionamento dos serviços durante todo o período.

O monitoramento diário das necessidades de cada setor, aliado à atuação integrada das lideranças e da Gestão de Pessoas, favoreceu a realização de ajustes operacionais sempre que necessários, garantindo agilidade na tomada de decisões e evitando impactos na assistência prestada aos usuários.

Dessa forma, a unidade encerrou o mês de julho mantendo 100% de cobertura da equipe mínima, resultado que evidencia a efetividade do planejamento das

escalas, a organização dos processos internos e o compromisso da gestão com a manutenção de uma assistência segura, contínua e de qualidade.

4.2.2 Absenteísmo



Análise Crítica: No mês de julho, os indicadores de absenteísmo permaneceram sob monitoramento contínuo, permitindo o acompanhamento das ausências e a adoção de ações preventivas para assegurar a continuidade das atividades da unidade. Em comparação ao mês de junho, observa-se, de maneira geral, a manutenção de um cenário estável, com redução dos índices em setores estratégicos e controle efetivo das ausências, sem impactos significativos na assistência ou na rotina operacional.

A equipe de Enfermeiros apresentou índice de 1,74%, mantendo percentual compatível com a dinâmica do serviço e garantindo adequada cobertura das escalas. Entre os Técnicos de Enfermagem, o índice foi de 2,60%, representando uma redução em relação aos 4,20% registrados em junho, resultado que evidencia melhora na assiduidade da equipe e contribuiu para maior estabilidade na assistência prestada.

Os Auxiliares de Farmácia registraram índice de 3,11%, apresentando variação em relação ao mês anterior, porém sem comprometer o funcionamento do setor, uma vez que o planejamento das escalas garantiu a continuidade das atividades. O setor de Recepção apresentou 0,40%, reduzindo o índice em comparação aos 0,83% de junho, demonstrando excelente nível de assiduidade e estabilidade no atendimento aos usuários.

Os Controladores de Acesso registraram 1,81%, enquanto os Vigilantes apresentaram 1,09%, resultado inferior ao índice de 2,27% observado em junho, refletindo melhora na frequência da equipe. Os Auxiliares de Higiene alcançaram 2,17%, mantendo percentual administrável e compatível com a rotina operacional da unidade.

O setor de Auxiliar Administrativo apresentou índice de 1,45%, mantendo controle adequado das ausências e sem impactos nas atividades administrativas.

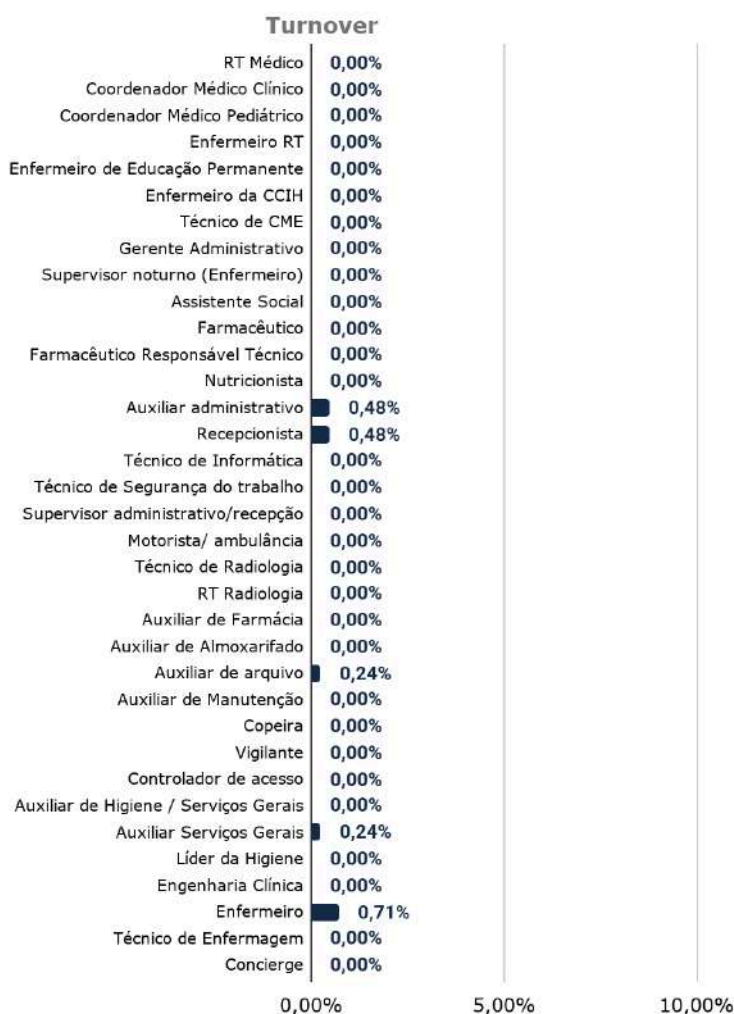
O Técnico de Segurança do Trabalho registrou 4,35%, percentual inferior aos 9,09% observados em junho. Ressalta-se que a função é exercida por apenas um

colaborador, de modo que qualquer período de ausência influencia diretamente o indicador percentual. Ainda assim, as atividades foram conduzidas de forma organizada, sem prejuízos às demandas da unidade.

Da mesma forma, o setor de Educação Permanente apresentou índice de 8,70%, representando redução significativa em comparação aos 27,27% registrados no mês anterior. Considerando que o setor conta com apenas um profissional, qualquer ausência possui elevado impacto percentual, porém a redução observada demonstra melhora importante na assiduidade e na continuidade das ações desenvolvidas.

De forma geral, os indicadores de absenteísmo do mês de julho evidenciam um cenário positivo, marcado pela redução dos índices em setores estratégicos, especialmente entre Técnicos de Enfermagem, Vigilância, Recepção, Técnico de Segurança do Trabalho e Educação Permanente. As variações observadas permaneceram dentro de níveis administráveis e foram adequadamente absorvidas pelo planejamento das escalas e pelo acompanhamento contínuo das equipes. Os resultados reforçam a efetividade das ações de Gestão de Pessoas, contribuindo para a manutenção da qualidade dos serviços, da eficiência operacional e da segurança assistencial prestada aos usuários.

4.2.3 Turnover



Análise Crítica: No mês de julho, o indicador de turnover permaneceu em níveis controlados, refletindo a condução estratégica da gestão de pessoas e a estabilidade do quadro funcional da unidade. As movimentações de pessoal ocorreram de forma planejada, atendendo às necessidades operacionais e contribuindo para o fortalecimento das equipes, sem impactos na continuidade da assistência e dos serviços administrativos.

Durante o período, foram registradas movimentações nos setores de Auxiliar Administrativo (0,48%), Recepção (0,48%), Auxiliar de Arquivo (0,24%), Auxiliar

de Serviços Gerais (0,24%) e Enfermagem (0,71%). As admissões e reposições realizadas tiveram como objetivo manter o adequado dimensionamento das equipes, assegurando a continuidade das atividades e a eficiência dos processos internos.

Destaca-se, ainda, a realização de processos seletivos internos, reafirmando o compromisso da unidade com a valorização e o desenvolvimento dos colaboradores. No período, um colaborador do setor de Recepção foi promovido para a função de Assistente Administrativo, e uma colaboradora do programa Jovem Aprendiz foi efetivada e promovida para o setor Administrativo, passando a atuar no Arquivo. Essas movimentações demonstram o incentivo ao crescimento profissional, o reconhecimento do desempenho dos colaboradores e o aproveitamento dos talentos internos, fortalecendo o engajamento das equipes e contribuindo para a retenção de profissionais.

As movimentações ocorridas durante o mês foram conduzidas de forma organizada e alinhadas ao planejamento institucional, permitindo a recomposição das equipes sem prejuízos ao funcionamento da unidade. O acompanhamento contínuo das necessidades de pessoal possibilitou respostas ágeis às demandas, garantindo a manutenção da qualidade dos serviços prestados.

De maneira geral, os resultados do mês de julho demonstram um cenário de estabilidade organizacional, com turnover dentro dos parâmetros esperados e movimentações realizadas de forma estratégica. As reposições planejadas, aliadas à valorização dos talentos internos por meio de promoções e oportunidades de desenvolvimento, reforçam o compromisso da unidade com a continuidade da assistência, a eficiência operacional e o fortalecimento das equipes.

4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

CAT			
RT Médico	0		
Coordenador Médico Clínico	0		
Coordenador Médico Pediátrico	0		
Enfermeiro RT	0		
Enfermeiro de Educação Permanente	0		
Enfermeiro da CCIH	0		
Técnico de CME	0		
Gerente Administrativo	0		
Supervisor noturno (Enfermeiro)	0		
Assistente Social	0		
Farmacêutico	0		
Farmacêutico Responsável Técnico	0		
Nutricionista	0		
Auxiliar administrativo	0		
Recepcionista	0		
Técnico de Informática	0		
Técnico de Segurança do trabalho	0		
Supervisor administrativo/recepção	0		
Motorista/ ambulância	0		
Técnico de Radiologia	0		
RT Radiologia	0		
Auxiliar de Farmácia	0		
Auxiliar de Almoxarifado	0		
Auxiliar de arquivo	0		
Auxiliar de Manutenção	0		
Copeira	0		
Vigilante	0		
Controlador de acesso	0		
Auxiliar de Higiene / Serviços Gerais	0		
Auxiliar Serviços Gerais	0		
Líder da Higiene	0		
Engenharia Clínica	0		
Enfermeiro	0		
Técnico de Enfermagem	0		
Concierge	0		
	0	1	2
			3

Análise crítica: Durante o mês de julho, a UPA manteve a marca de zero acidentes de trabalho registrados em todas as suas áreas assistenciais, setores administrativos e unidades de atendimento.

Esse resultado reforça o compromisso contínuo da instituição com a promoção da saúde e segurança dos colaboradores, bem como com a manutenção de um ambiente de trabalho seguro e alinhado às melhores práticas de gestão.

A manutenção desse indicador demonstra que o índice zero não foi um resultado pontual, mas sim reflexo da atuação preventiva e integrada das equipes. Esse desempenho é resultado do comprometimento diário de todos os colaboradores,

da liderança das equipes, do acompanhamento sistemático do SESMT e da participação ativa da CIPA na identificação e mitigação de riscos ocupacionais.

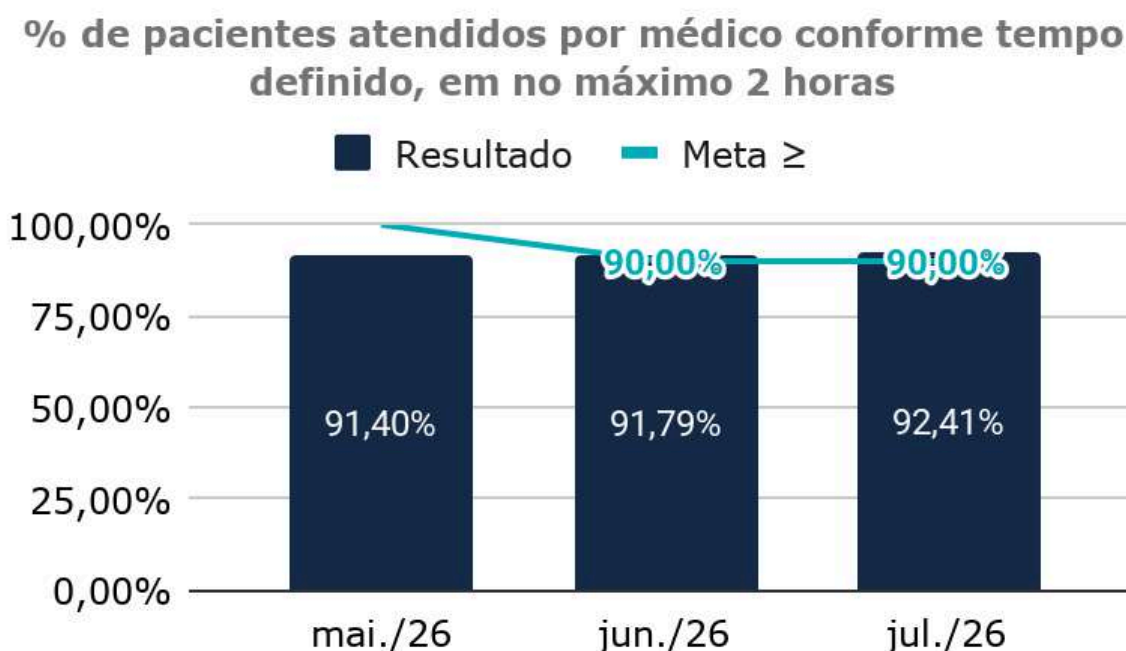
A continuidade desse desempenho evidencia o fortalecimento da cultura de segurança da UPA, reafirmando o compromisso institucional com a prevenção de acidentes, a proteção dos profissionais e a qualidade da assistência prestada à população.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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 Julho de 2026, a UPA Alto da Ponte manteve elevado desempenho assistencial, mesmo diante da continuidade da elevada demanda característica do período sazonal de doenças respiratórias e da crescente procura pelos serviços de urgência e emergência da microrregião norte do município. A unidade alcançou 92,41% dos atendimentos concluídos em até duas horas, resultado superior à meta contratual de 90%, reafirmando a capacidade institucional de garantir acesso oportuno e assistência de qualidade à população.

O desempenho observado demonstra que a unidade manteve estabilidade operacional ao longo do período, preservando a eficiência dos processos assistenciais e administrativos mesmo em cenário de elevada pressão sobre os serviços de urgência. O indicador evidencia que as estratégias de organização

dos fluxos, monitoramento contínuo da demanda e gestão integrada das equipes multiprofissionais permaneceram efetivas, permitindo absorver o volume assistencial sem impacto significativo sobre os tempos de atendimento.

A manutenção do indicador acima da meta contratual reflete o amadurecimento dos processos implantados na unidade, especialmente aqueles relacionados ao gerenciamento do fluxo de pacientes, à priorização clínica baseada na classificação de risco e ao acompanhamento em tempo real dos indicadores assistenciais. Esses fatores possibilitam intervenções rápidas diante de oscilações da demanda, reduzindo gargalos operacionais e preservando a qualidade do atendimento ofertado.

Os resultados obtidos reforçam ainda a adequada integração entre os setores administrativos e assistenciais, demonstrando que o planejamento operacional, o dimensionamento das equipes e a gestão dos recursos disponíveis permaneceram alinhados às necessidades da população atendida. A continuidade desse desempenho evidencia uma estrutura assistencial resiliente, capaz de responder às variações da demanda mantendo elevados padrões de eficiência, segurança e resolutividade.

FAST TRACK

O projeto Fast Track manteve-se como uma das principais estratégias de gestão dos atendimentos classificados como de baixa complexidade, consolidando sua importância para a organização do fluxo assistencial da unidade. Durante o mês de Julho foram realizados 1.390 atendimentos por meio desse modelo, mantendo elevada capacidade de absorção da demanda espontânea e contribuindo de forma significativa para a organização dos fluxos assistenciais.

O tempo médio entre a abertura da ficha e o primeiro atendimento médico foi de 43 minutos. Embora superior ao registrado no mês anterior, o resultado permaneceu compatível com o aumento da demanda observado no período,

preservando a efetividade do modelo e garantindo atendimento oportuno aos pacientes classificados como de menor complexidade, sem comprometer o fluxo destinado aos casos de maior gravidade.

O desempenho evidencia que o Fast Track permanece consolidado como ferramenta estratégica para a segregação adequada dos pacientes de baixa complexidade, permitindo maior disponibilidade dos consultórios médicos destinados aos atendimentos classificados como urgentes e potencialmente graves. Dessa forma, a unidade otimiza seus recursos, reduz pontos de congestionamento assistencial e amplia sua capacidade de resposta diante das variações de demanda.

Mesmo com o aumento do tempo médio de atendimento em relação ao mês anterior, o modelo demonstrou resiliência operacional, contribuindo diretamente para a manutenção do indicador institucional de oportunidade acima da meta contratual e assegurando maior racionalidade na utilização da capacidade instalada da unidade.

Entre os principais benefícios observados durante o período destacam-se:

- Redução do tempo de espera para pacientes classificados como baixa complexidade;
- Maior disponibilidade dos consultórios médicos para atendimento dos pacientes classificados como média e alta complexidade;
- Melhoria da fluidez operacional e redução dos pontos de congestionamento assistencial;
- Otimização da utilização dos recursos humanos, estruturais e tecnológicos disponíveis;
- Maior capacidade de organização da demanda espontânea, mesmo em períodos de maior procura;
- Contribuição direta para a manutenção do indicador de oportunidade acima da meta contratual;

- Fortalecimento da segurança assistencial por meio da adequada estratificação dos perfis clínicos atendidos.

Sob a perspectiva gerencial, o Fast Track continua demonstrando elevado potencial como ferramenta de gestão do fluxo assistencial, promovendo melhor aproveitamento da capacidade instalada, racionalização dos recursos disponíveis e maior organização dos processos internos, mantendo elevados padrões de qualidade e segurança do paciente.

ANÁLISE CRÍTICA

A análise consolidada dos indicadores de **Julho de 2026** evidencia que a UPA Alto da Ponte manteve desempenho assistencial consistente e sustentável, mesmo diante da elevada demanda observada no período. O alcance de **92,41% dos atendimentos concluídos em até duas horas**, superando a meta contratual de 90%, demonstra a efetividade das estratégias de gestão adotadas e a capacidade da unidade de manter elevado padrão de desempenho operacional.

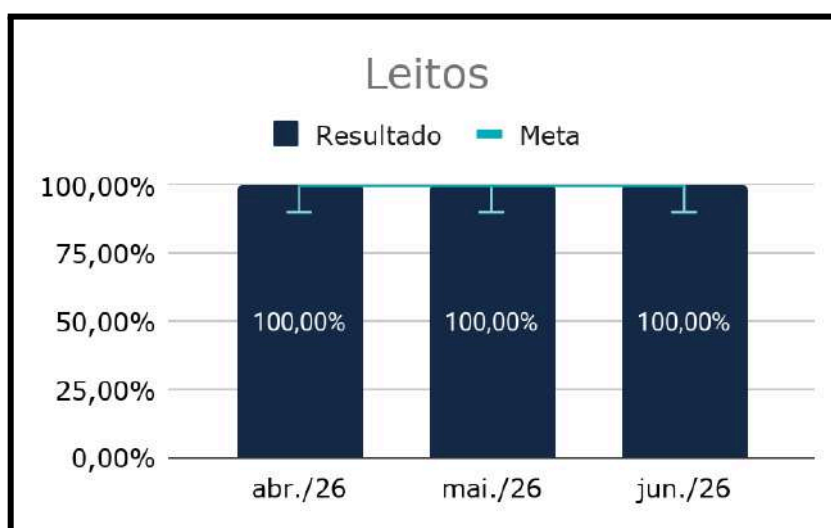
Os resultados confirmam que a integração entre gestão administrativa, equipes assistenciais e monitoramento contínuo dos indicadores tem possibilitado respostas rápidas às oscilações da demanda, preservando a qualidade do acesso, a segurança dos pacientes e a eficiência dos processos assistenciais.

Em relação ao Fast Track, embora tenha sido observado aumento do tempo médio para **43 minutos**, o modelo manteve sua efetividade como ferramenta estruturante da organização do fluxo assistencial. A realização de **1.390 atendimentos** evidencia sua importância na absorção da demanda de baixa complexidade, permitindo que os recursos destinados aos casos de maior gravidade permaneçam disponíveis e organizados ao longo do período.

Dessa forma, os resultados de Julho reforçam a consolidação de um modelo assistencial orientado por indicadores de desempenho, baseado na melhoria

continua dos processos, na utilização racional dos recursos institucionais e na busca permanente pela excelência operacional. A manutenção dos indicadores acima das metas contratuais evidencia que a UPA Alto da Ponte permanece preparada para enfrentar oscilações da demanda, assegurando acesso oportuno, eficiência operacional, segurança do paciente e qualidade assistencial à população atendida.

5.1.2 Percentual de número de leitos



Análise crítica: A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas Alto da Ponte dispõe de estrutura assistencial composta por 20 leitos, conforme previsto em edital de chamamento público, organizados de forma estratégica para o atendimento de pacientes em situações de urgência e emergência. A capacidade instalada encontra-se distribuída em 2 leitos de emergência (adulto e pediátrico), 4 leitos de Sala Amarela, 6 leitos de observação adulto, 1 leito de isolamento adulto, 6 leitos de observação pediátrica e 1 leito de isolamento pediátrico,

operando com plena utilização de sua capacidade assistencial ao longo do período analisado.

No mês de julho, a unidade registrou 403 atendimentos assistenciais nos setores de observação, emergência e Sala Amarela, evidenciando sua relevância no âmbito da Rede de Atenção à Saúde e a elevada demanda absorvida. Os atendimentos tiveram origem tanto na procura espontânea quanto por meio de encaminhamentos regulados, consolidando a UPA como importante porta de entrada do sistema e elemento organizador do cuidado em nível regional.

Sob a perspectiva gerencial, os resultados obtidos demonstram a consistência dos processos assistenciais e a capacidade da unidade em responder de forma eficiente e oportuna às necessidades da população, mesmo diante de cenários de alta demanda. A manutenção da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da resolutividade clínica reflete a atuação integrada das equipes multiprofissionais, aliada à adoção de fluxos de trabalho bem definidos e protocolos assistenciais estruturados.

O monitoramento contínuo dos atendimentos configura-se como instrumento estratégico para a análise do perfil epidemiológico e assistencial da unidade, subsidiando o planejamento gerencial e a tomada de decisões. Tal abordagem permite o adequado dimensionamento de equipes, a otimização da alocação de recursos e o aprimoramento permanente dos processos de trabalho.

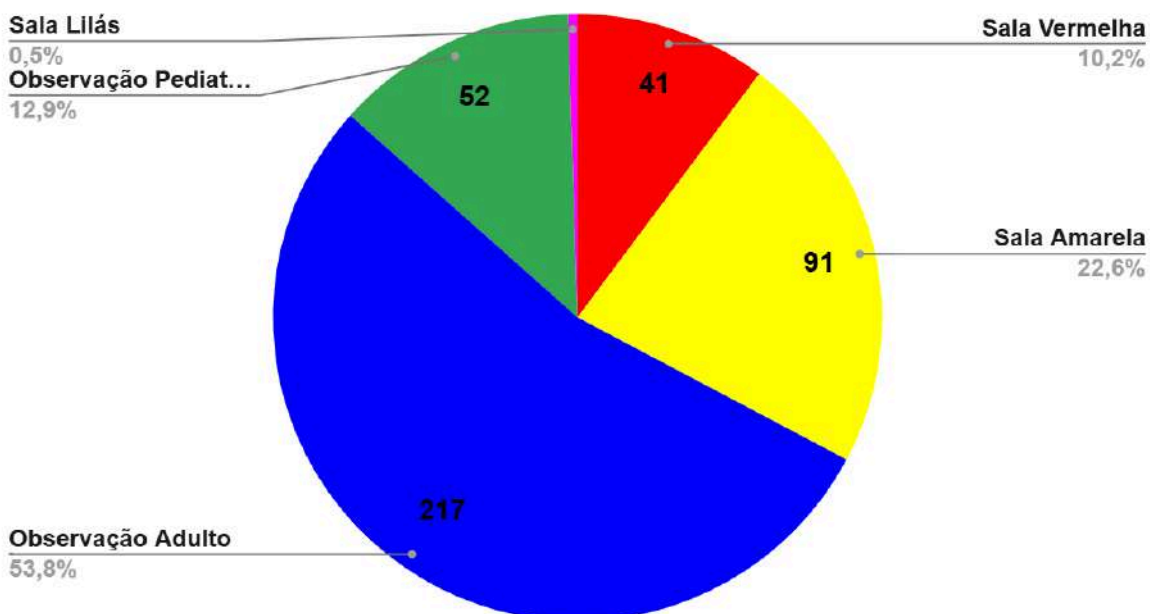
Adicionalmente, o acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais contribui para o fortalecimento da eficiência operacional, possibilitando a identificação precoce de variações na demanda, a detecção de oportunidades de melhoria e a implementação de ações voltadas à qualificação contínua dos serviços prestados.

Destaca-se, ainda, a importância da integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente no que se refere à qualificação dos fluxos de

referência e contrarreferência, ao uso racional dos recursos disponíveis e à ampliação da capacidade resolutiva da assistência.

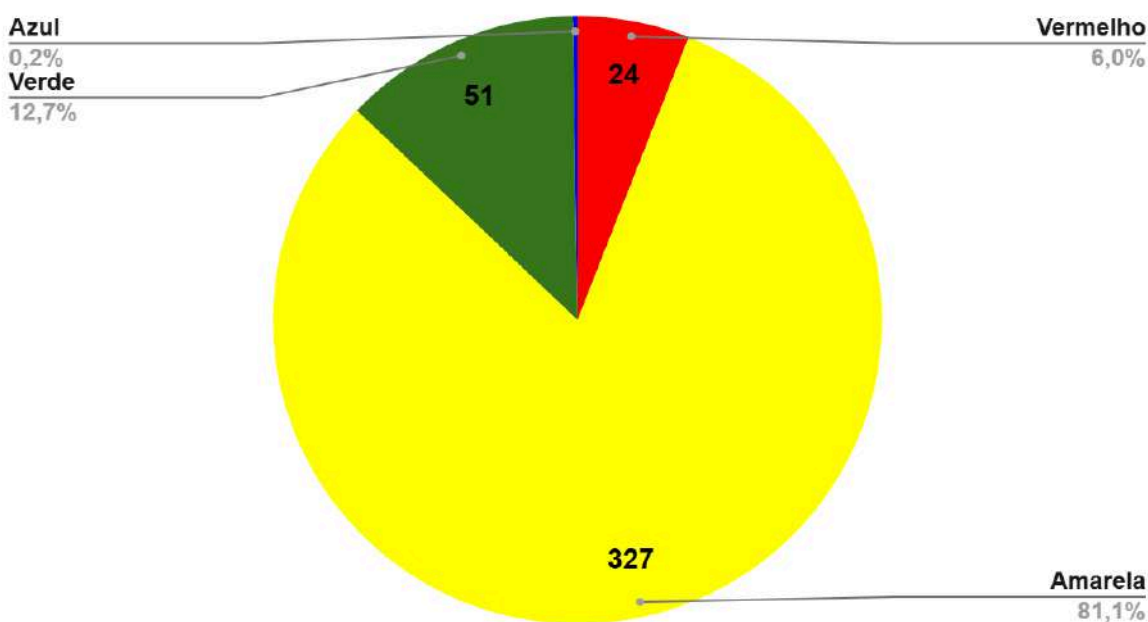
Nesse contexto, a adoção de práticas fundamentadas na qualidade assistencial, na segurança do paciente e na gestão eficiente do cuidado contribui diretamente para a sustentabilidade operacional da unidade, fortalecendo a rede de serviços e assegurando um atendimento integrado, resolutivo e centrado nas necessidades da população.

Setores de Admissão



Perfil de Classificação de Risco dos Pacientes Admitidos

Classificação de Risco



Análise crítica: No período analisado, a avaliação da classificação de risco revelou um perfil assistencial predominantemente composto por pacientes de complexidade intermediária, cenário que exerce impacto direto e significativo sobre a organização dos fluxos assistenciais, o dimensionamento das equipes e a gestão dos recursos disponíveis na unidade.

Foram registrados 24 pacientes classificados na categoria vermelha (6,0%), representando casos de elevada gravidade que demandaram atendimento imediato, suporte avançado de vida e rápida mobilização de equipes multiprofissionais, além da utilização de recursos tecnológicos e insumos especializados. Esse indicador reforça a imprescindibilidade da manutenção do serviço de urgência e emergência em estado contínuo de prontidão, assegurando resposta ágil, resolutiva e segura frente a situações críticas.

A maior concentração de atendimentos ocorreu na categoria amarela, com 327 registros (81,1%), evidenciando uma demanda expressiva por pacientes de risco intermediário. Esse perfil caracteriza-se pela necessidade de monitorização contínua, reavaliações clínicas sistemáticas, maior tempo de permanência em observação e uso intensivo de recursos diagnósticos e terapêuticos. Consequentemente, observa-se impacto relevante na dinâmica operacional da unidade, especialmente no que se refere à elevada taxa de ocupação dos leitos, redução da rotatividade e aumento da carga de trabalho das equipes assistenciais.

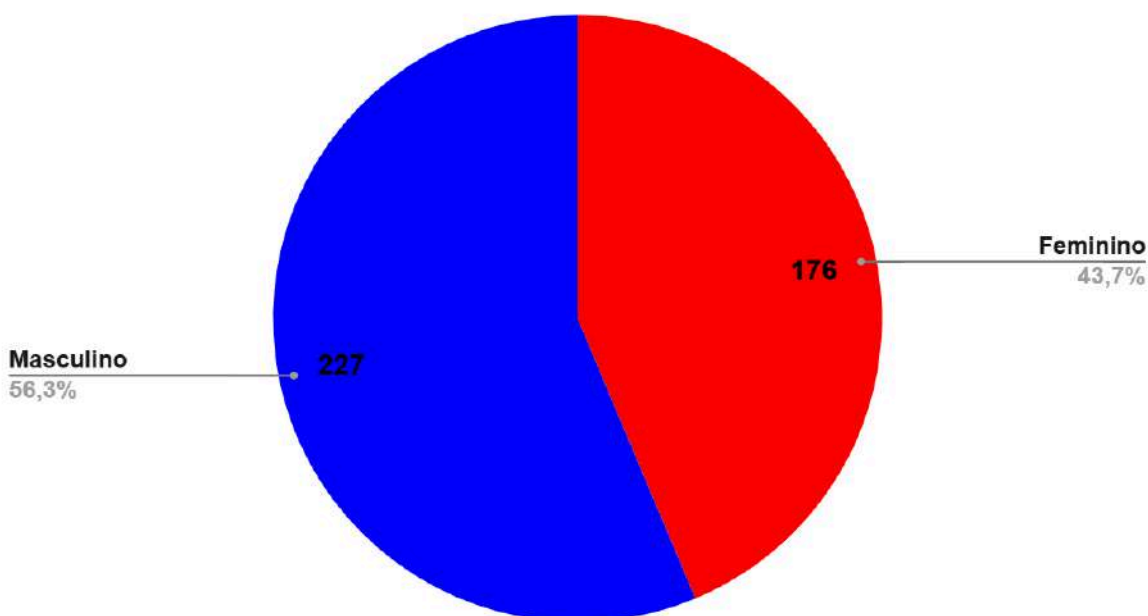
Os pacientes classificados na categoria verde totalizaram 51 atendimentos (12,7%), correspondendo a quadros de menor gravidade e maior estabilidade clínica. Em geral, esses casos demandam intervenções de menor complexidade e apresentam impacto reduzido sobre a estrutura física, insumos e recursos humanos, contribuindo para maior previsibilidade no fluxo assistencial.

Sob a perspectiva gerencial, o predomínio de pacientes classificados como amarelos configura um desafio operacional relevante, uma vez que está diretamente associado ao aumento do tempo médio de permanência, à pressão sobre a capacidade instalada e à intensificação da demanda assistencial. Esse cenário evidencia a necessidade de monitoramento contínuo e qualificado dos indicadores, bem como da análise sistemática da capacidade operacional da unidade, visando garantir alinhamento entre oferta de serviços e perfil da demanda atendida.

Diante desse contexto, torna-se estratégico o investimento em ações voltadas à otimização dos fluxos internos, padronização e adesão a protocolos assistenciais, fortalecimento dos processos de regulação do acesso e ampliação da integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Tais medidas são fundamentais para mitigar gargalos assistenciais, ampliar a capacidade resolutiva do serviço e promover maior eficiência na utilização dos recursos institucionais.

Nesse cenário, a classificação de risco consolida-se como instrumento essencial de gestão assistencial e governança clínica, subsidiando o planejamento estratégico, o dimensionamento adequado das equipes e a alocação racional de recursos materiais, tecnológicos e estruturais. O acompanhamento contínuo desses indicadores possibilita a implementação de melhorias baseadas em evidências, contribuindo para a qualificação da assistência, fortalecimento da segurança do paciente, otimização dos processos e excelência no desempenho institucional.

Perfil Sexo



Análise crítica: No mês de Julho, a análise do perfil epidemiológico dos pacientes admitidos em regime de observação evidenciou discreta predominância do sexo

masculino, com 227 atendimentos (56,3%), em comparação a 176 registros do sexo feminino (43,7%). Apesar dessa diferença, observa-se distribuição relativamente equilibrada entre os gêneros, refletindo uma demanda assistencial abrangente e heterogênea.

Esse indicador possui relevância estratégica, uma vez que subsidia o planejamento das ações assistenciais, o dimensionamento adequado das equipes, a organização dos fluxos de atendimento e a otimização da capacidade operacional da unidade. A maior representatividade do público masculino pode estar associada a fatores epidemiológicos descritos na literatura, como maior exposição a traumas, acidentes e agravos agudos relacionados a condições ocupacionais e comportamentais. Em contrapartida, a participação expressiva do público feminino reforça a diversidade do perfil assistencial, evidenciando a atuação da unidade frente a múltiplas demandas clínicas e diferentes grupos populacionais.

Nesse cenário, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) desempenha papel central na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, garantindo o acolhimento com classificação de risco, a avaliação clínica inicial, a estabilização dos pacientes e a definição de condutas terapêuticas oportunas. Quando necessário, realiza o encaminhamento regulado para outros níveis de atenção, em conformidade com os protocolos clínicos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a continuidade do cuidado e a adequada utilização dos recursos assistenciais.

Do ponto de vista gerencial, o monitoramento contínuo do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários constitui ferramenta essencial para a tomada de decisões estratégicas. A análise desses indicadores permite identificar tendências de demanda, variações sazonais e fatores de risco que impactam diretamente a dinâmica assistencial. Tais informações orientam o planejamento institucional, o dimensionamento das equipes multiprofissionais, a gestão de insumos e a organização da infraestrutura, promovendo maior eficiência e racionalidade na aplicação dos recursos públicos.

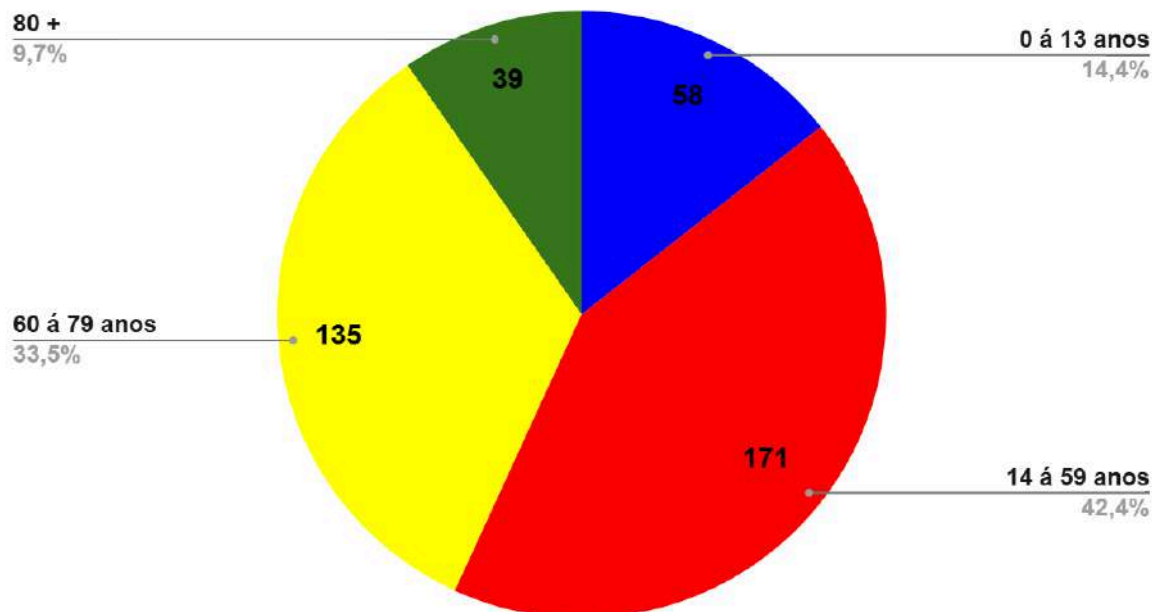
Adicionalmente, o acompanhamento sistemático desses dados fortalece as ações de vigilância em saúde, possibilita a avaliação permanente do desempenho institucional e direciona a implementação de estratégias voltadas à melhoria contínua da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da eficiência operacional.

Destaca-se, ainda, que a integração efetiva entre a UPA e a Atenção Primária à Saúde constitui elemento fundamental para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde. A consolidação dos fluxos de referência e contrarreferência favorece a continuidade do cuidado, amplia a resolutividade dos serviços e reduz a utilização inadequada da urgência para condições passíveis de manejo na atenção básica, contribuindo para a diminuição da sobrecarga nos serviços de maior complexidade.

Dessa forma, o acompanhamento sistemático do perfil epidemiológico transcende a análise descritiva, consolidando-se como instrumento estratégico de gestão e qualificação assistencial. Seus resultados sustentam decisões baseadas em evidências, fortalecem a governança clínica e contribuem para a oferta de um cuidado cada vez mais seguro, resolutivo, eficiente e alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Perfil Etário dos Pacientes Admitidos

Perfil Etário



Análise crítica: No mês de julho, foram admitidos 403 pacientes nos setores de observação e emergência, cuja distribuição etária revela um perfil assistencial amplo, heterogêneo e plenamente alinhado à missão da unidade de atender demandas de urgência e emergência em todas as fases do ciclo de vida. A análise desse indicador é fundamental para a compreensão do perfil epidemiológico da população atendida, subsidiando o planejamento estratégico, o dimensionamento adequado das equipes e a organização eficiente dos recursos assistenciais.

A maior concentração de atendimentos ocorreu na faixa etária de 14 a 59 anos, com 171 pacientes (42,4%). Esse resultado reflete o predomínio da população economicamente ativa, mais exposta a agravos decorrentes de acidentes, traumas, violências, atividades laborais e descompensações clínicas agudas. Trata-se de um grupo que, além do elevado volume de atendimentos,

frequentemente demanda suporte diagnóstico, estabilização clínica e permanência em observação, gerando impacto direto sobre a rotatividade de leitos, o consumo de recursos e a capacidade operacional da unidade.

Na sequência, a população entre 60 e 79 anos representou 135 atendimentos (33,5%), evidenciando o impacto crescente do envelhecimento populacional sobre os serviços de urgência. A elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, associada à multimorbidade e à fragilidade clínica, contribui para o aumento da complexidade assistencial. Nessa faixa etária, são frequentes descompensações cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e infecciosas, demandando monitorização contínua, maior tempo de permanência e atuação multiprofissional integrada.

Os pacientes com 80 anos ou mais totalizaram 39 atendimentos (9,7%), configurando um grupo de alta vulnerabilidade clínica. A presença de limitações funcionais, múltiplas comorbidades e maior risco de eventos adversos e desfechos desfavoráveis reforça a necessidade de uma assistência altamente especializada, centrada na segurança do paciente, com protocolos específicos e integração efetiva entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A população pediátrica (0 a 13 anos) correspondeu a 58 atendimentos (14,4%), demonstrando que a unidade também desempenha papel relevante no cuidado às urgências infantis. Esse perfil demanda estrutura física adequada, equipe capacitada e adoção de protocolos clínicos específicos, garantindo uma assistência humanizada, segura e compatível com as particularidades fisiológicas e clínicas desse grupo.

De forma geral, a distribuição etária observada evidencia a coexistência de diferentes perfis assistenciais e graus de complexidade, exigindo constante adaptação dos processos de trabalho, integração efetiva entre as equipes multiprofissionais e disponibilidade de recursos compatíveis com a demanda. Nesse contexto, a organização dos fluxos internos, a estratificação de risco e a

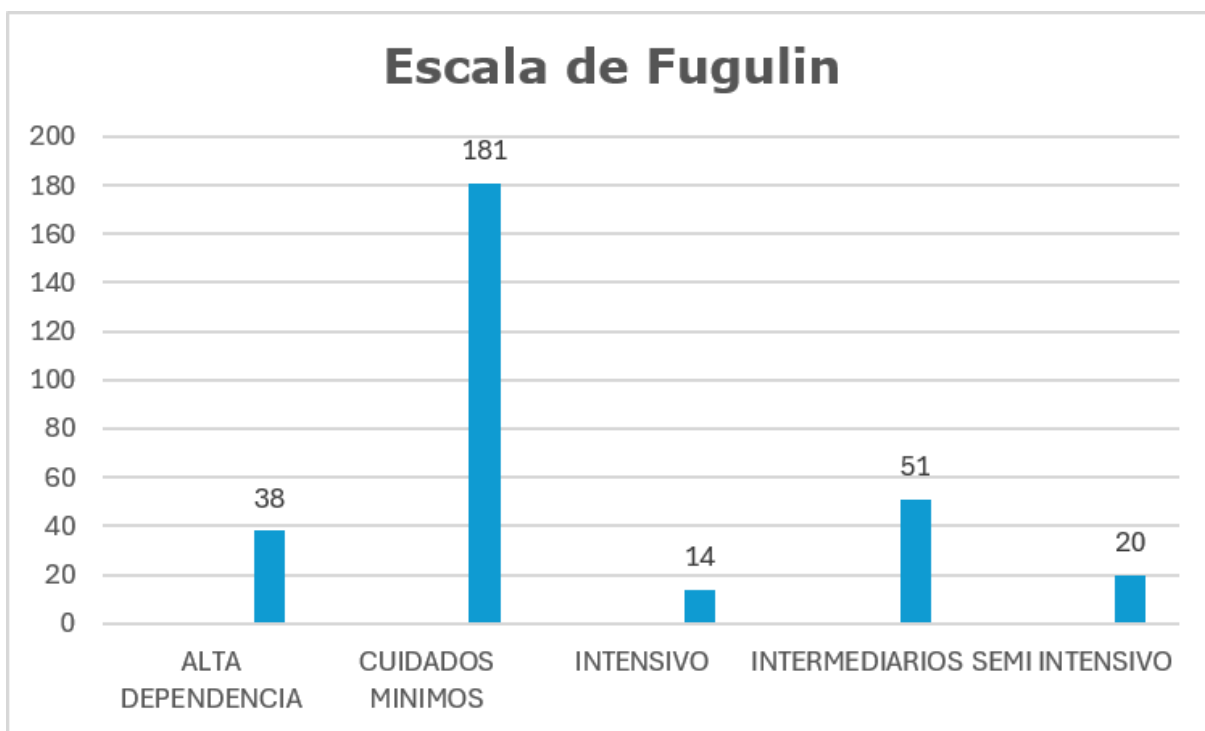
adoção de protocolos baseados em evidências são essenciais para assegurar eficiência operacional e segurança assistencial.

Sob a perspectiva gerencial, o monitoramento contínuo desse indicador configura-se como ferramenta estratégica para avaliação do comportamento da demanda e das tendências demográficas. Sua análise sistemática permite identificar mudanças no perfil epidemiológico, antecipar necessidades assistenciais e orientar decisões relacionadas ao dimensionamento de equipes, planejamento de infraestrutura, gestão de leitos e programação de insumos.

Adicionalmente, o conhecimento detalhado da distribuição etária fortalece a organização das linhas de cuidado e a articulação entre a Unidade de Pronto Atendimento, a Atenção Primária, os serviços especializados e a rede hospitalar. Essa integração favorece a continuidade do cuidado, otimiza os fluxos regulatórios, reduz internações evitáveis e amplia a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde.

Dessa forma, a análise da distribuição etária transcende o caráter meramente descritivo, consolidando-se como instrumento essencial para a gestão assistencial. Seu acompanhamento sistemático orienta o planejamento institucional, fortalece a governança clínica e sustenta a implementação de estratégias voltadas à melhoria contínua da qualidade da assistência, da segurança do paciente, da eficiência operacional e da sustentabilidade dos serviços de saúde.

Escala de Fugulin



Análise crítica:

No mês de julho, a classificação dos pacientes por meio da Escala de Fugulin demonstrou predominância de pacientes enquadrados na categoria de cuidados mínimos, correspondendo a 181 pacientes (59,54%) do total avaliado. Esse resultado evidencia um perfil assistencial caracterizado pela maior concentração de pacientes de menor complexidade, favorecendo a organização do fluxo assistencial, na maior rotatividade dos leitos de observação, na otimização dos recursos humanos e materiais e na manutenção da capacidade de atendimento às demandas espontâneas e de urgência, sem comprometer a qualidade e a segurança da assistência prestada.

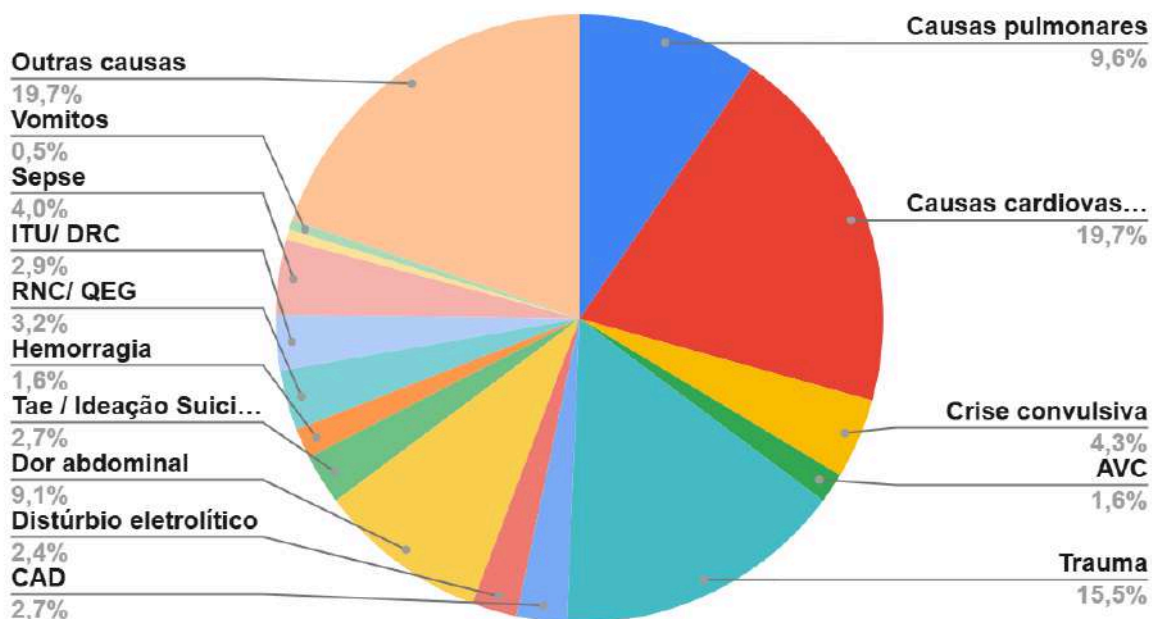
Observou-se ainda que 51 pacientes (16,78%) foram classificados como intermediários e 20 pacientes (6,58%) como semi-intensivos, representando, em conjunto, 23,36% dos pacientes avaliados. Embora a maior parte da demanda seja composta por pacientes de menor complexidade, esse quantitativo demonstra a necessidade de manter uma equipe preparada para oferecer assistência contínua e monitoramento clínico aos pacientes com maior necessidade de cuidados, assegurando a capacidade de resposta frente às variações do perfil assistencial.

Os pacientes classificados como alta dependência totalizaram 38 casos (12,50%), enquanto os pacientes intensivos corresponderam a 14 casos (4,61%). Apesar de apresentarem menor proporção da população assistida, esses pacientes demandam assistência altamente especializada, maior tempo de cuidado por profissional e vigilância clínica permanente, impactando diretamente o dimensionamento e a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

De forma geral, o perfil assistencial observado em julho manteve a predominância de pacientes classificados como cuidados mínimos, sem deixar de evidenciar uma parcela significativa de pacientes que necessitam de cuidados diferenciados. Esses resultados favorecem o planejamento estratégico, subsidiando o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem, a gestão eficiente dos recursos disponíveis e o fortalecimento da qualidade e da segurança assistencial, garantindo maior resolutividade no atendimento aos usuários e melhor desempenho operacional da unidade.

Perfil Hipótese Diagnóstica dos Adultos

Hipótese Diagnóstica Adulto



Análise crítica : No mês de Julho, foram registrados 375 atendimentos à população adulta, evidenciando um perfil assistencial diversificado, com predominância de condições agudas e potencialmente graves, que demandam resposta imediata, atuação multiprofissional integrada e aplicação sistemática de protocolos clínico-assistenciais.

As doenças cardiovasculares constituíram o principal grupo de atendimentos, com 74 casos (19,7%), refletindo a elevada demanda por cuidados em situações de urgência, como dor torácica, síndromes coronarianas agudas, arritmias e instabilidade hemodinâmica. Em seguida, os agravos traumáticos totalizaram 58 atendimentos (15,5%), mantendo-se como importante causa de procura aos serviços de urgência e emergência.

As doenças respiratórias corresponderam a 36 casos (9,6%), enquanto os quadros de dor abdominal somaram 34 atendimentos (9,1%), destacando-se

como manifestações clínicas frequentes que exigem investigação diagnóstica, monitoramento contínuo e, muitas vezes, avaliação especializada. Ressalta-se ainda a ocorrência de 15 casos de sepse (4,0%), condição de elevada gravidade, associada a risco significativo de deterioração clínica, cuja abordagem depende de reconhecimento precoce e intervenção terapêutica imediata.

No grupo das condições neurológicas e metabólicas, foram registrados 16 casos de crises convulsivas (4,3%), 10 casos de cetoacidose diabética (2,7%), 9 casos de distúrbios hidroeletrólíticos (2,4%) e 6 casos de acidente vascular cerebral (1,6%), evidenciando a complexidade dos atendimentos e a necessidade de monitorização rigorosa e manejo especializado.

Os agravos relacionados ao trato urinário e doença renal crônica descompensada totalizaram 11 casos (2,9%), reforçando a relevância das condições infecciosas e crônicas na demanda assistencial. Também foram registrados 12 casos de rebaixamento do nível de consciência e/ou queda do estado geral (3,2%), 6 casos de hemorragias (1,6%), 2 episódios de vômitos persistentes (0,5%) e 2 casos de trombose venosa profunda (0,5%).

No âmbito da saúde mental, foi registrado 1 atendimento relacionado a transtorno psiquiátrico agudo e/ou ideação suicida, condição de alta complexidade que exige acolhimento qualificado, manejo adequado e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), independentemente da baixa frequência absoluta.

As demais condições clínicas, agrupadas na categoria "Outras Causas", corresponderam a 74 atendimentos (19,7%), englobando agravos diversos de menor frequência individual, porém relevantes para a caracterização global da demanda assistencial.

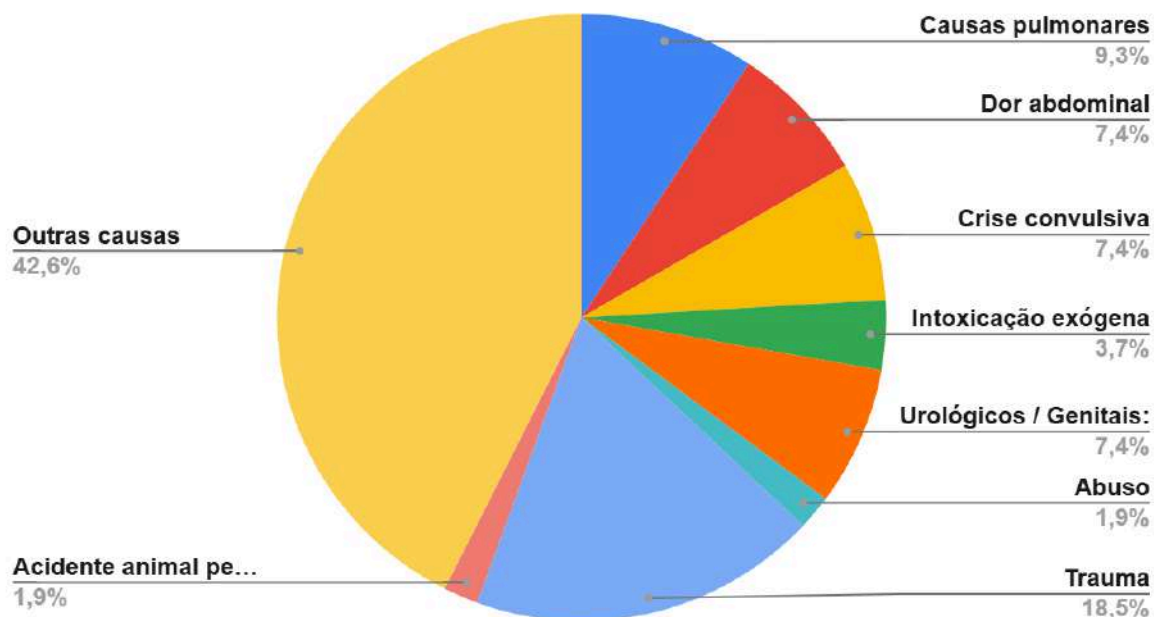
Destaca-se a ausência de registros de dengue no período analisado, o que pode refletir o cenário epidemiológico local, associado às ações de vigilância em saúde, controle vetorial e prevenção realizadas no território.

De maneira geral, observa-se predominância de condições cardiovasculares e traumáticas, seguidas por agravos infecciosos, respiratórios, neurológicos, metabólicos e cirúrgicos, evidenciando um cenário de alta complexidade assistencial. Esse perfil reforça a necessidade de manutenção de equipes qualificadas, disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos, e protocolos assistenciais bem estabelecidos, garantindo resposta oportuna e segura aos casos críticos.

Sob a perspectiva gerencial, o monitoramento contínuo desses indicadores constitui ferramenta essencial para o planejamento e a organização dos serviços, subsidiando o dimensionamento de equipes, a gestão de leitos, a programação de insumos, a qualificação dos fluxos assistenciais e o fortalecimento da capacidade operacional da unidade. Além disso, os dados reforçam a importância da integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente com a Atenção Primária e os serviços de regulação, promovendo continuidade do cuidado, maior resolutividade e uso mais eficiente dos recursos disponíveis.

Perfil Hipótese Diagnóstica da Pediatria

Hipótese Diagnóstica 0 á 12 anos



Análise crítica : No período analisado, foram realizados 54 atendimentos na população pediátrica, evidenciando a capacidade resolutive da unidade frente às demandas de urgência e emergência que acometem crianças e adolescentes. A distribuição dos agravos demonstra um perfil assistencial heterogêneo e compatível com a complexidade esperada para o nível de atenção, reforçando o papel estratégico da unidade no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ao garantir acesso oportuno, acolhimento qualificado e assistência segura e resolutive.

Os agravos traumáticos destacaram-se como a principal causa de atendimento, com 10 registros (18,5%), refletindo a elevada exposição da população pediátrica a acidentes em ambientes domiciliares, escolares e recreativos. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecimento de políticas públicas e ações intersectoriais voltadas à prevenção de acidentes, além de ressaltar a importância

da unidade na abordagem inicial, estabilização clínica e adequada definição de condutas.

As doenças respiratórias corresponderam a 5 atendimentos (9,3%), mantendo-se como causa relevante de procura por atendimento emergencial na infância, especialmente em períodos de sazonalidade viral. Tais condições demandam capacidade assistencial estruturada para avaliação clínica ágil, monitoramento contínuo e intervenção precoce, quando indicada.

As crises convulsivas totalizaram 4 casos (7,4%), configurando eventos de potencial gravidade que requerem abordagem imediata, suporte clínico oportuno e investigação diagnóstica criteriosa. De forma semelhante, os quadros de dor abdominal também representaram 4 atendimentos (7,4%), constituindo importante motivo de procura por atendimento, com ampla variabilidade etiológica e necessidade de avaliação clínica minuciosa.

Os casos de intoxicação exógena somaram 4 atendimentos (7,4%), evidenciando a relevância desse agravo na faixa etária pediátrica e reforçando a importância de estratégias preventivas, educação em saúde e vigilância contínua no ambiente domiciliar.

As demais condições, agrupadas como "outras causas", corresponderam a 27 atendimentos (50,0%), englobando agravos de menor frequência individual, porém relevantes para a composição global da demanda assistencial. A expressividade desse grupo evidencia a amplitude do espectro clínico atendido e reforça a necessidade de equipes multiprofissionais capacitadas para o manejo de situações diversas no contexto da urgência pediátrica.

Destaca-se a ausência de registros relacionados a suspeita ou confirmação de violência ou abuso infantil no período analisado. Embora esse dado possa refletir baixa incidência nos atendimentos, reforça-se a necessidade de vigilância ativa, qualificação das equipes e sensibilidade clínica para identificação precoce de

situações de vulnerabilidade, considerando seu relevante impacto social e sanitário.

De maneira geral, o perfil assistencial pediátrico evidencia predominância de agravos traumáticos e respiratórios, seguidos por condições neurológicas, tóxicas e clínicas diversas, refletindo a complexidade inerente ao cuidado infantil em serviços de urgência e emergência. Tal cenário exige respostas assistenciais rápidas, seguras e baseadas em protocolos clínicos atualizados, além da manutenção de competências técnicas específicas para o atendimento pediátrico.

Sob a perspectiva gerencial, o monitoramento sistemático desses indicadores configura-se como instrumento essencial para a análise do comportamento da demanda e para o planejamento dos serviços. A avaliação contínua do perfil epidemiológico subsidia o dimensionamento adequado das equipes, a organização dos fluxos assistenciais, a gestão eficiente de leitos e a programação de insumos, além de orientar ações de educação permanente e melhoria contínua dos processos de trabalho.

Adicionalmente, o conhecimento do perfil assistencial contribui para o fortalecimento das linhas de cuidado e da articulação entre a Unidade de Pronto Atendimento, a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados e a rede hospitalar. Essa integração favorece a continuidade do cuidado, otimiza os fluxos regulatórios e amplia a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde.

Dessa forma, a análise dos atendimentos pediátricos transcende o caráter descritivo e consolida-se como ferramenta estratégica para a gestão assistencial, orientando a tomada de decisão, promovendo a qualificação contínua da assistência e assegurando uma resposta cada vez mais efetiva às necessidades da população atendida.

Desfecho dos Pacientes Admitidos

Desfecho

Evasão

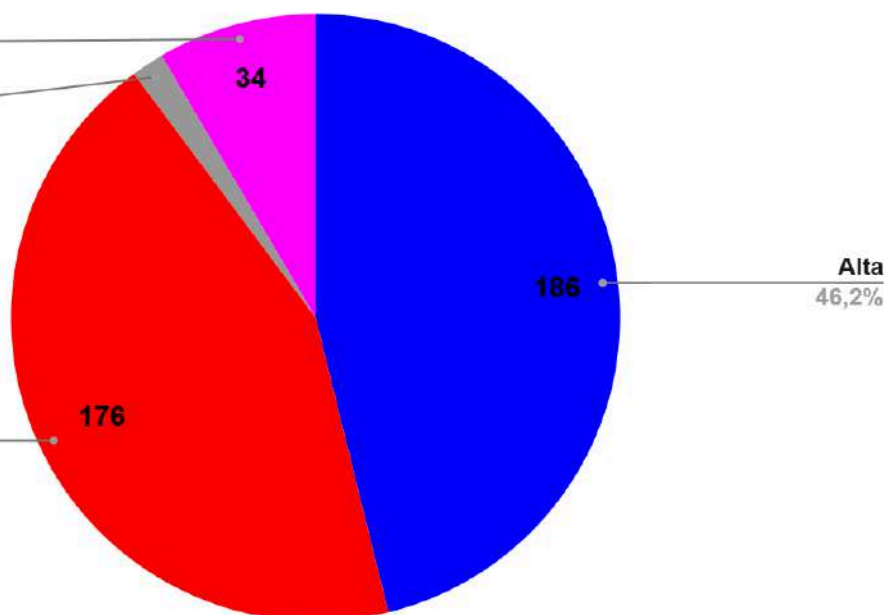
8,4%

Óbito

1,7%

Transferência

43,7%



Análise crítica : No período analisado, a unidade realizou 403 atendimentos, com desfechos distribuídos em 186 altas médicas (46,2%), 176 transferências para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (43,7%), 34 evasões (8,4%) e 7 óbitos (1,7%). A análise integrada desses indicadores permite avaliar, de forma consistente, a capacidade resolutiva do serviço, a eficiência dos processos assistenciais e o grau de articulação com os demais pontos da rede.

As altas médicas configuraram o principal desfecho, evidenciando elevada capacidade de resolução das demandas no próprio nível de atenção, por meio de avaliação clínica qualificada, estabilização e instituição de condutas terapêuticas oportunas. Esse resultado reforça o papel da unidade como importante porta de entrada resolutiva do sistema, contribuindo para a racionalização do uso de recursos hospitalares e redução de encaminhamentos desnecessários.

As transferências corresponderam a 43,7% dos atendimentos, refletindo a complexidade dos casos atendidos e a necessidade de continuidade assistencial em serviços de maior densidade tecnológica. Esse indicador evidencia o papel estratégico da unidade na estabilização inicial e no encaminhamento regulado dos pacientes, bem como a importância de fluxos regulatórios ágeis e efetivos para garantia de acesso oportuno à assistência especializada.

O registro de 34 evasões (8,4%) sinaliza um ponto de atenção na gestão do cuidado, podendo estar associado a fatores como tempo de espera, percepção de melhora clínica, falhas na comunicação ou fragilidades no processo de acolhimento. A análise sistemática desse indicador, aliada à implementação de estratégias de qualificação do acolhimento, humanização da assistência e otimização dos fluxos internos, é fundamental para sua redução e para o fortalecimento do vínculo com o usuário.

Os óbitos totalizaram 7 casos (1,7%), percentual compatível com o perfil de gravidade dos pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência. A avaliação contínua desse indicador, por meio de revisão de prontuários e discussão de casos, é essencial para o aprimoramento das práticas assistenciais, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e identificação de oportunidades de melhoria nos processos de cuidado.

De forma global, os resultados evidenciam um serviço com boa capacidade resolutiva, adequada articulação com a Rede de Atenção à Saúde e desempenho assistencial consistente frente à complexidade da demanda atendida. A análise sistemática desses desfechos constitui ferramenta estratégica para o monitoramento do desempenho institucional, subsidiando o planejamento gerencial, o dimensionamento de recursos e a qualificação contínua da assistência.

Nesse contexto, o uso desses indicadores como instrumentos de gestão favorece a tomada de decisão baseada em evidências, fortalece a governança clínica e

contribui para a implementação de estratégias voltadas à melhoria da qualidade assistencial, à segurança do paciente, à eficiência operacional e à sustentabilidade dos serviços de saúde.

Tempo de Permanência	
Máximo	311:50:00
Médio	17:09:00
Minímo	00:22:00

Análise crítica: A partir de 05 de janeiro de 2026, a unidade passou a realizar a regulação de 100% dos pacientes por meio do Sistema Estadual de Regulação (SIRESP), configurando um avanço estruturante na organização do processo assistencial, no fortalecimento da segurança do paciente e na integração efetiva com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A implantação integral do sistema promoveu significativa qualificação dos processos operacionais e gerenciais, especialmente pela padronização das informações clínicas e administrativas. Esse aprimoramento assegura maior consistência, completude e confiabilidade dos dados encaminhados à Central de Regulação, reduzindo a variabilidade informacional entre os diferentes pontos da rede. Como consequência, observa-se substancial melhoria na comunicação

interinstitucional, maior rastreabilidade das solicitações e incremento na qualidade e assertividade das decisões regulatórias.

Destaca-se, ainda, a ampliação da eficiência no processo de solicitação e obtenção de vagas, evidenciada pela redução do tempo de resposta regulatória, sobretudo nos casos de maior gravidade clínica. Tal avanço é particularmente relevante em condições tempo-dependentes, nas quais o acesso oportuno aos serviços de referência impacta diretamente o prognóstico e os desfechos clínicos, contribuindo para a redução de morbimortalidade evitável.

A adoção plena do SIRESP também resultou em aumento da efetividade das transferências interinstitucionais, com diminuição de recusas relacionadas a inconsistências de informações, falhas documentais ou inadequação dos dados encaminhados. Esse cenário evidencia não apenas a qualificação do processo regulatório, mas também o fortalecimento do alinhamento entre os serviços da RAS, a redução de retrabalho e a otimização do uso da capacidade instalada da rede, promovendo maior eficiência operacional.

Nos atendimentos de alta complexidade — com destaque para casos de acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse e outras condições críticas — a utilização integral do sistema proporcionou maior celeridade na regulação, melhor organização das informações clínicas e maior precisão na definição do destino assistencial. Dessa forma, contribui para minimizar atrasos evitáveis no acesso ao tratamento definitivo, fortalecendo a segurança do paciente e elevando o padrão de qualidade da assistência prestada.

Sob a perspectiva da gestão, a consolidação do SIRESP como ferramenta central do processo regulatório fortalece a governança ao ampliar a integração entre os níveis de atenção, padronizar fluxos assistenciais e disponibilizar dados qualificados para o monitoramento contínuo de indicadores assistenciais e operacionais. Ademais, favorece maior eficiência na alocação de recursos, amplia a previsibilidade dos fluxos assistenciais e subsidia o planejamento estratégico,

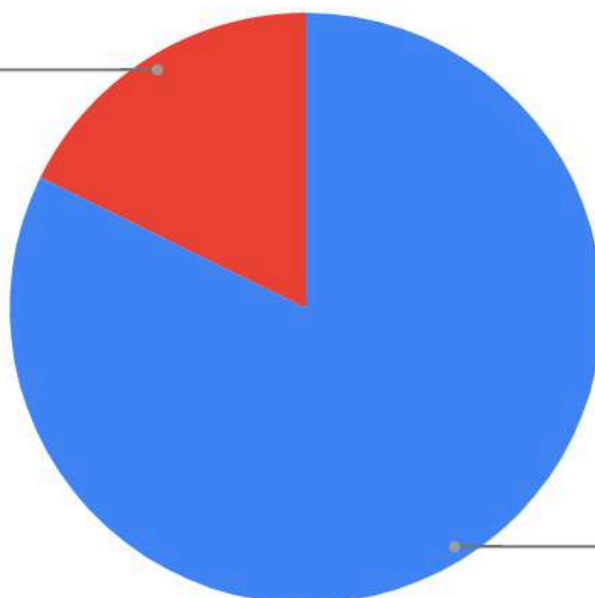
promovendo uma gestão mais responsiva, orientada por evidências e focada em resultados.

Nesse contexto, a consolidação desse modelo representa um avanço relevante na organização da rede assistencial, estruturando um processo regulatório mais ágil, seguro, transparente e resolutivo, centrado nas necessidades do usuário e alinhado aos princípios da integralidade, equidade, eficiência e coordenação do cuidado preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados observados reforçam o papel do SIRESP como instrumento estratégico para qualificar a assistência, fortalecer a articulação interinstitucional e ampliar a efetividade das ações de saúde ofertadas à população.

Monitoramento da Remoção Realizada na Unidade

Remoção

Avançada
17,7%



Básica
82,3%

Análise Crítica: No mês de julho, a unidade realizou 226 remoções de pacientes, sendo 186 (82,3%) por meio de transporte de suporte básico e 40

(17,7%) por suporte avançado. Essa distribuição demonstra adequada estratificação do risco clínico, com correta indicação da modalidade de transporte, em conformidade com protocolos assistenciais, critérios regulatórios e diretrizes de segurança do paciente, assegurando proporcionalidade entre a complexidade clínica e o nível de suporte disponibilizado.

O tempo médio entre a solicitação e a chegada das equipes de transporte manteve-se dentro dos parâmetros institucionais pactuados, com desempenho ainda mais favorável nos casos previamente regulados. Observou-se, ao longo do período, tendência consistente de redução do intervalo entre a solicitação e a efetivação das transferências, refletindo o aprimoramento contínuo dos fluxos assistenciais, o fortalecimento da integração entre a unidade, a Central de Regulação e os serviços de referência, além de ganhos sustentados em eficiência operacional e previsibilidade dos processos.

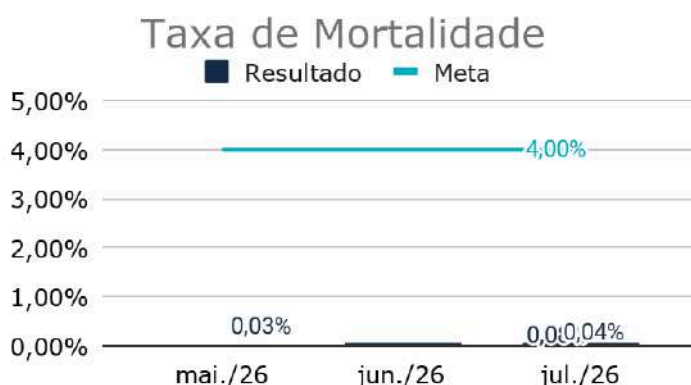
Os indicadores de efetividade apresentaram desempenho elevado, com a maior parte das remoções viabilizada na primeira solicitação, reduzindo tempos de espera e favorecendo a continuidade do cuidado em tempo oportuno. Evidenciou-se, ainda, alta concordância entre o perfil clínico dos pacientes e o tipo de suporte empregado, garantindo condições adequadas de monitorização, estabilidade clínica e segurança durante todo o transporte. Destaca-se, de forma relevante, a ausência de eventos adversos ou intercorrências relacionadas às remoções, o que reforça a robustez do planejamento logístico, a adequada coordenação entre as equipes envolvidas e a qualidade da execução assistencial.

Adicionalmente, ressalta-se a capacidade operacional da unidade no manejo de pacientes com elevado grau de dependência e maior complexidade assistencial, incluindo indivíduos acamados, em uso contínuo de oxigenoterapia, portadores de dispositivos invasivos e pacientes que demandam intervenções específicas e de caráter urgente, como a substituição de sondas nasoenterais. Tal desempenho evidencia a resolutividade da unidade e seu papel estratégico na garantia da continuidade do cuidado, favorecendo a articulação efetiva com a Rede de

Atenção à Saúde, os serviços de atenção domiciliar e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

De forma consolidada, os resultados do período evidenciam elevado grau de organização dos processos de remoção, eficiência operacional, segurança assistencial e integração efetiva com a Rede de Atenção à Saúde. Os indicadores analisados demonstram a capacidade da unidade em ofertar respostas ágeis, seguras e resolutivas, alinhadas às necessidades clínicas dos pacientes, contribuindo de maneira consistente para a continuidade do cuidado, a otimização dos recursos assistenciais e a qualificação contínua da atenção prestada.

5.1.3 Taxa de Mortalidade < de 24H



Análise crítica: No período avaliado, foram registrados oito (08) óbitos na unidade, sendo dois (2) com tempo de permanência superior a 24 horas e seis (6) com permanência inferior a esse intervalo. Sendo 2 encaminhados ao IML. Todos os casos passaram por análise da equipe técnica e foram classificados como não evitáveis, de acordo com os critérios institucionais e avaliação clínica individualizada.

A taxa de mortalidade entre pacientes com permanência superior a 24 horas foi de 0,04%, mantendo-se abaixo da meta institucional de 4%. Esse resultado reflete a efetividade da assistência prestada, com adequada adesão aos protocolos e atuação oportuna da equipe frente às demandas clínicas.

Ressalta-se que a unidade realiza acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais, aliado à revisão contínua dos fluxos e do processo de classificação de risco, garantindo agilidade na avaliação inicial, intervenções no tempo adequado e monitoramento contínuo dos pacientes.

Dessa forma, reafirma-se o compromisso institucional com a segurança do paciente, a qualidade da assistência e o aprimoramento constante dos processos no contexto da urgência e emergência.

Apresenta-se, a seguir, um breve relato dos óbitos ocorridos:

1. **Paciente M.L.V.S., 87 anos, sexo feminino, FA 32327**, deu entrada via SAMU, no dia 01/07/2026 às 13:30, com quadro de dispneia, hipotensão e queda do estado geral. Paciente já em cuidados proporcionais, foi admitida em leito de observação, sendo mantida em cuidados clínicos pela abordagem inicial. Porém no dia 02/07/2026 às 07:50, teve piora do quadro clínico e indo a óbito.
2. **Paciente T.P., 73 anos, sexo feminino, FA 1189642**, deu entrada na unidade via SAMU, por volta das 09:40 do dia 14/07/2026, sendo admitida em setor de emergência, devido deterioração clínica, dispneia, hipotensão e queda do estado geral. Paciente iniciou medidas clínicas, após abertura do protocolo de sepse. Paciente teve piora do quadro clínico no início da noite e indo

a óbito às 20:13, após ser refratária às medidas de RCP, devido à PCR.

3. **Paciente M.J.R., 64 anos, sexo masculino, FA 95116**, deu entrada na unidade dia 07/07/2026 às 15:05, de meios próprios, acompanhada de familiar. Com quadro de dor torácica de início há aproximadamente 10 minutos. Paciente admitido em sala de emergência, sendo aberto protocolo de SCA. Feito as medidas iniciais para suporte. Paciente referenciado ao Hospital de Referência PIO XII devido IAMCSST, porém o mesmo veio a ter deterioração clínica de forma súbita, entrando em PCR, sendo realizada IOT, tendo retorno da circulação espontânea, com tentativas de manter estabilidade clínica, porém após alguns minutos, sofreu uma nova PCR, sendo refratárias às medidas de RCP, indo a óbito dia 16:48.

4. **Paciente I.S., 69 anos, sexo masculino, FA 1212300**, deu entrada na unidade dia 12/07/2026 às 18:14, com quadro de dispneia em ar ambiente e queda do estado geral, via SAMU, sendo admitido em sala de emergência e iniciado protocolo de Sepse. Paciente manteve-se em cuidados clínicos, sendo realizada IOT para preservação de via aérea definitiva. Ficou admitido na unidade até o dia 17/07/2026, com antibioticoterapia e medidas clínicas, devido pneumonia. Paciente já em cuidados proporcionais, teve deterioração do quadro clínico pela madrugada do dia 17/07/2026 seguido de PCR, sendo declarado óbito às 05:48.

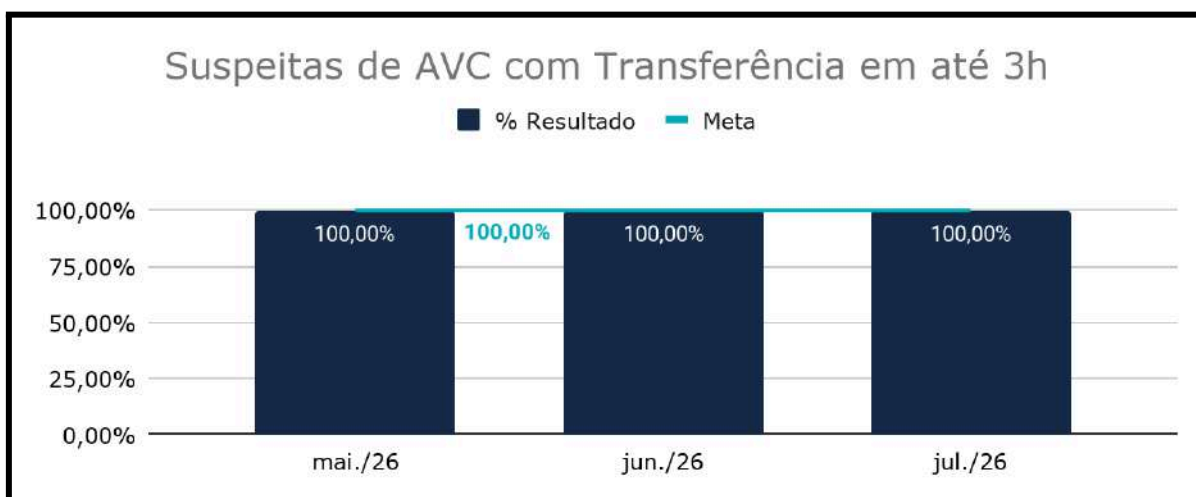
5. **Paciente A.M., 80 anos, sexo masculino, FA 1253479**, deu entrada na unidade, via SAMU, no dia 25/07/2026 às 22:23, com quadro de rebaixamento do nível de consciência, dispneia e broncoespasmo. Sendo admitido em sala de emergência, sendo aberto protocolo de sepse de foco pulmonar e urinário. Paciente já em cuidados proporcionais, teve deterioração do quadro clínico no dia 26/07/2026 às 21:31, evoluindo a óbito.

6. **Paciente E.P.P., 24 anos, sexo masculino, FA 135796**, deu entrada na unidade, trazido por familiares em carro privado no dia 28/07/2026 às 15:30, pela porta de emergência. Paciente admitido em sala de emergência já em PCR, com relatos prévios de familiares que o mesmo foi encontrado em via pública. Paciente com cianose central, livedo reticular, Glasgow 3 irresponsivo, sem pulso central e pupilas midriáticas. Sendo realizadas medidas para RCP, porém sendo refratário. Paciente encaminhado ao IML devido óbito de causa externa.

7. **Paciente J.E.M., 98 anos, sexo feminino, FA 1252551**, deu entrada na unidade dia 28/07/2026 às 20:25, trazida pelo SAMU, com cianose central e com respiração agônica. Paciente já em cuidados proporcionais admitida em leito de sala de emergência, sendo iniciado medidas clínicas para suporte e aberto protocolo de sepse. Porém no dia 29/07/2026 teve deterioração do quadro clínico, e indo a óbito às 03:06.

8. **Paciente S.T.S., 71 anos, sexo masculino, FA 1256183**, deu entrada na unidade dia 15/07/2026 às 13:51, via SAMU, com quadro de rebaixamento do nível de consciência e agitação psicomotora, com relatos de etilismo e possível TCE (encontrado ao solo em residência), com hematoma subgaleal em região temporal direita. Paciente admitido em leito de emergência, sendo aberto protocolo de Trauma. Paciente ficou em observação com suporte clínico, aguardando referência, porém no dia 17/07/2026, paciente teve deterioração do quadro clínico e indo a óbito às 05:00. Caso encaminhado ao IML, devido óbito de causa externa.

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



Análise crítica: No período avaliado, foram registradas cinco (05) aberturas do Protocolo Institucional de Acidente Vascular Cerebral (AVC), evidenciando a manutenção da vigilância assistencial e da capacidade da equipe em reconhecer precocemente pacientes com suspeita de evento neurológico agudo. Dentre os casos atendidos, três (03) pacientes encontravam-se dentro da janela terapêutica para tratamento de reperfusão, possibilitando o encaminhamento oportuno e em conformidade com os fluxos assistenciais estabelecidos.

Os demais casos foram encerrados após criteriosa avaliação clínica e neurológica, não sendo identificados elementos que justificassem a continuidade do protocolo. Nessas situações, os pacientes receberam alta de forma segura, acompanhada das orientações assistenciais pertinentes.

Em relação aos indicadores de desempenho, observou-se tempo médio de 2 (duas) horas e 13 (treze) minutos entre a identificação do quadro clínico e a transferência dos pacientes elegíveis para terapia trombolítica. Esse resultado evidencia a efetividade da articulação entre as equipes assistenciais, a Central de

Regulação e os serviços de referência, contribuindo para a condução oportuna dos casos tempo-dependentes.

Os resultados obtidos demonstram elevada adesão aos protocolos institucionais, refletindo a capacidade da equipe em reconhecer prontamente os sinais e sintomas sugestivos de AVC, realizar a abertura do protocolo em tempo oportuno e conduzir os casos de forma sistematizada, conforme as diretrizes vigentes. Tal desempenho favorece a redução de atrasos terapêuticos, fortalece a segurança do paciente e contribui para melhores desfechos clínicos.

Destaca-se, ainda, que a elevada sensibilidade na abertura do protocolo evidencia uma prática assistencial pautada na prevenção de falhas diagnósticas e na mitigação de riscos, assegurando que todo paciente com suspeita de AVC seja prontamente avaliado e investigado, em conformidade com os princípios da qualidade e da segurança assistencial.

De forma geral, os indicadores demonstram a consolidação da linha de cuidado do AVC na unidade, evidenciando integração entre as equipes multiprofissionais, conformidade com os fluxos institucionais e capacidade de resposta compatível com os padrões de qualidade esperados para o atendimento das emergências neurológicas.

Na sequência, apresenta-se um breve relato dos casos registrados dos AVC em Delta no período, com a finalidade de subsidiar a análise dos desfechos clínicos e da efetividade da linha de cuidado do AVC.

1. **Paciente I.A.F.S, 60 anos, sexo masculino, FA nº 1359041**, Paciente admitido na unidade por meios próprios em 08/07/2026, às 13h19, acompanhado por familiar. Apresentando afasia e rebaixamento súbito do nível de consciência. Diante do quadro clínico sugestivo de evento neurológico agudo e resultado positivo na Escala de Cincinnati, foi

realizada abertura imediata do protocolo de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo a paciente conduzida conforme fluxos assistenciais estabelecidos na unidade. Após estabilização clínica inicial, monitorização e investigação diagnóstica, a paciente foi encaminhada ao hospital de referência para continuidade da avaliação e do tratamento especializado. Com tempo total de transferência de 2 horas e 32 minutos desde o início dos sintomas.

2. **Paciente M.L.O., 75 anos, sexo feminino, FA nº 11968**, deu entrada na unidade por meios próprios no dia 14/07/2026, às 17h28, acompanhada por familiar. Apresentava déficit motor à esquerda, associado à afasia e ao desvio de rima labial para a esquerda. Diante do quadro clínico sugestivo de evento neurológico agudo e do resultado positivo na Escala de Cincinnati, foi realizada a abertura imediata do Protocolo de Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo a paciente conduzida conforme os fluxos assistenciais estabelecidos na unidade.

Após estabilização clínica inicial e investigação diagnóstica, a paciente foi encaminhada ao hospital de referência para continuidade da avaliação e do acompanhamento especializado. O intervalo entre o início dos sintomas e a transferência foi de 2 horas e 27 minutos.

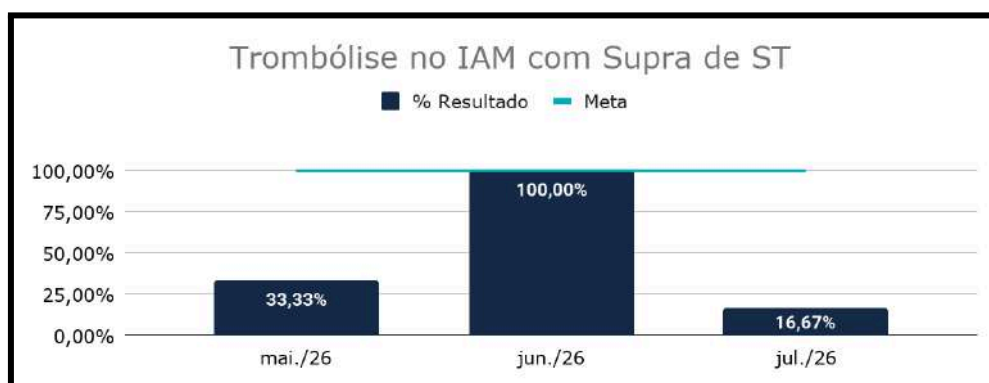
3. **Paciente A.C.C., 76 anos, sexo feminino, FA nº 1197338**, deu entrada na unidade por meios próprios no dia 23/07/2026, às 13h23, acompanhada por familiar, apresentando disartria, confusão mental e déficit motor no hemicorpo direito.

Diante do quadro clínico sugestivo de evento neurológico agudo e do resultado positivo na Escala de Cincinnati, a equipe realizou o pronto reconhecimento dos sinais e a abertura imediata do Protocolo Institucional

de Acidente Vascular Cerebral (AVC), conduzindo a paciente conforme os fluxos assistenciais estabelecidos na unidade.

Após estabilização clínica inicial, monitorização e investigação diagnóstica, a paciente foi encaminhada, em tempo oportuno, ao hospital de referência para continuidade da avaliação e do tratamento especializado. O intervalo entre o início dos sintomas e a transferência foi de 1 hora e 40 minutos, evidenciando agilidade na condução assistencial e na articulação com o serviço de referência.

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



Análise crítica: Durante o mês de Julho de 2026, os indicadores da Linha de Cuidado Cardiovascular mantiveram comportamento compatível com a série histórica da unidade, evidenciando estabilidade dos processos assistenciais e aderência aos fluxos institucionais estabelecidos. No período, foram registradas 142 (cento e quarenta e dois) ativações da Rota 3, 58 (cinquenta e oito) da Rota 2 e 3 (três) da Rota 1, demonstrando predominância de pacientes classificados em rotas de menor complexidade, sem variações expressivas no perfil epidemiológico e assistencial em relação aos meses anteriores.

Entre os pacientes acompanhados pela linha de cuidado, foi identificado 03 (três) caso de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST), condição clínica tempo-dependente que requer rápida definição terapêutica para redução da morbimortalidade. Em decorrência da indisponibilidade imediata de acesso ao serviço de hemodinâmica da unidade de referência, motivada pela elevada taxa de ocupação, 01 (um) paciente foi submetido à trombólise farmacológica na própria unidade, 01 (um) paciente veio a óbito e o outro foi transferido de imediato para cateterismo de emergência. A trombólise foi conduzida em conformidade com os critérios de elegibilidade clínica e as diretrizes institucionais, seguido de transferência para continuidade do tratamento especializado, garantindo a integralidade da assistência e a manutenção da linha de cuidado.

A distribuição dos atendimentos entre as diferentes rotas evidencia adequada estratificação de risco, utilização racional dos recursos assistenciais e efetividade na identificação precoce das condições cardiovasculares agudas. Os resultados refletem o alinhamento das equipes multiprofissionais aos protocolos vigentes, favorecendo a tomada de decisão em tempo oportuno e reduzindo o potencial de atrasos terapêuticos em condições críticas.

Sob a perspectiva gerencial, a estabilidade dos indicadores reforça a consolidação dos processos implantados, demonstrando maturidade organizacional, padronização das condutas assistenciais e capacidade da unidade em responder de forma eficiente às demandas cardiovasculares. O desempenho observado também evidencia adequada integração entre os diferentes setores envolvidos no atendimento, contribuindo para maior segurança do paciente, continuidade do cuidado e qualidade da assistência prestada.

De maneira geral, os indicadores analisados demonstram consistência operacional e elevada conformidade com as diretrizes clínicas e institucionais. O cenário observado evidencia uma linha de cuidado consolidada, sustentada por protocolos bem definidos, monitoramento sistemático dos indicadores e compromisso

permanente com a excelência assistencial, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos desfechos clínicos.



Análise crítica: No período analisado, 03 (três) pacientes foram classificados e conduzidos pela Rota 1 da Linha de Cuidado da Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Em razão da indisponibilidade imediata de acesso ao serviço de hemodinâmica da unidade de referência, 01 (um) paciente foi submetido à trombólise farmacológica na própria unidade, 01 (um) paciente veio a óbito e o outro foi transferido de imediato para cateterismo de emergência, após discussão do caso e alinhamento assistencial com o Hospital Pio XII, em conformidade com as diretrizes clínicas vigentes.

Todo o processo assistencial ocorreu em conformidade com os fluxos institucionais estabelecidos para a linha de cuidado da SCA, assegurando a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, a continuidade do cuidado e a adoção de condutas oportunas, seguras e baseadas em evidências.

Na sequência, apresenta-se a síntese do caso acompanhado, do paciente transferido para cateterismo de emergência, com a finalidade de subsidiar a análise dos desfechos clínicos, avaliar a efetividade do fluxo assistencial pactuado e verificar o desempenho da rede de atenção no manejo dos pacientes com suspeita ou confirmação de Síndrome Coronariana Aguda.

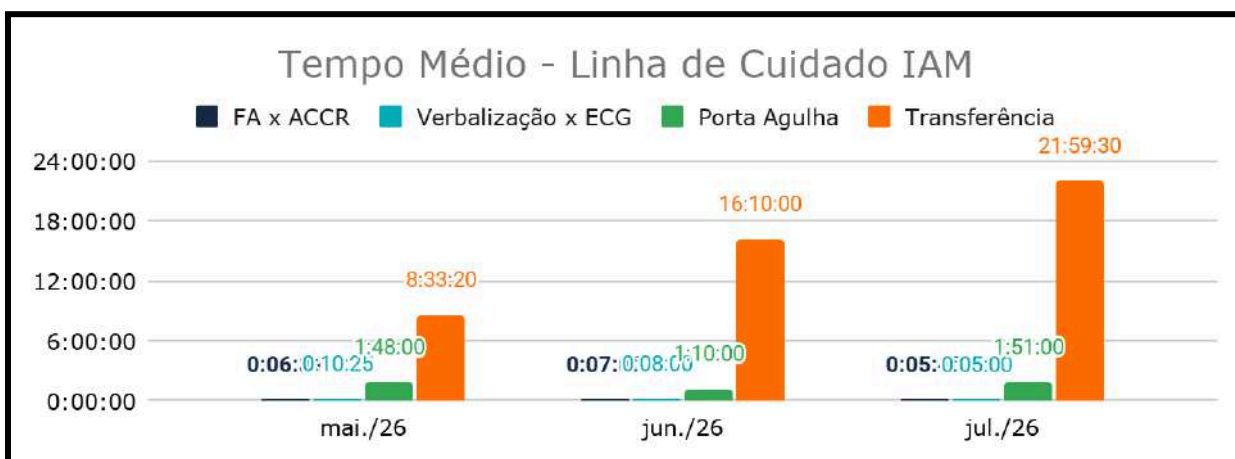
1. Paciente G.G., 70 anos, sexo masculino, FA nº 63191 Paciente

admitido na UPA trazido por meios próprios pelos familiares, apresentando dor precordial de forte intensidade (EVA 10/10), de início súbito há cerca de 15 minutos, associada à sudorese profusa, pele fria e pegajosa, irradiação para dorso, fala entrecortada pela dor e importante pico hipertensivo.

Diante do quadro clínico e das alterações eletrocardiográficas sugestivas de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), o paciente foi imediatamente encaminhado ao serviço de hemodinâmica para realização de cineangiocoronariografia.

Após o procedimento, retornou contra referenciado à UPA para observação clínica e controle pressórico. O exame angiográfico não evidenciou doença arterial coronariana obstrutiva ("cateterismo branco"). Segundo o relatório da equipe de referência, o quadro foi atribuído a uma urgência/emergência hipertensiva com alterações eletrocardiográficas transitórias, sem indicação de intervenção coronariana.

Na readmissão, encontrava-se consciente, orientado, hemodinamicamente estável, sem dor torácica ou equivalentes anginosos. Durante o período de observação na UPA, o paciente permaneceu hemodinamicamente estável, apresentando controle progressivo dos níveis pressóricos após ajuste da terapêutica anti-hipertensiva e retirada gradual da infusão intravenosa de nitroglicerina. Evoluiu sem recorrência de dor torácica, dispneia ou outros equivalentes anginosos. Os eletrocardiogramas seriados permaneceram sem alterações isquêmicas agudas, e não houve intercorrências durante a internação.



Análise crítica: Durante o período analisado, os indicadores de desempenho assistencial relacionados ao atendimento dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST) apresentaram tempo médio de 00:05:00 (cinco minutos) para abertura da ficha de atendimento, 00:05:00 (cinco minutos) para realização do eletrocardiograma (ECG) e 21:59:30 (vinte e uma horas e cinquenta e nove minutos) entre o início dos sintomas, conforme relato do paciente, e a transferência para o serviço de referência.

Em relação ao indicador porta-agulha, foi registrado tempo de 01:51:00 (uma hora e cinquenta e um minutos) para o paciente submetido à trombólise na unidade. Embora o resultado esteja acima do tempo de referência preconizado, a análise individual do caso evidenciou necessidade de estabilização clínica e adoção de medidas assistenciais prioritárias antes da administração do trombolítico, garantindo a segurança do paciente e a adequada condução terapêutica conforme avaliação médica.

Observa-se desempenho satisfatório nos tempos relacionados ao acolhimento e à realização do eletrocardiograma, demonstrando agilidade no reconhecimento do quadro clínico e adesão aos fluxos assistenciais instituídos. A condução do caso

ocorreu de forma integrada entre a equipe multiprofissional e o serviço de referência, assegurando a continuidade do cuidado e o cumprimento das diretrizes da linha de cuidado cardiovascular.

O monitoramento sistemático desses indicadores permanece como importante ferramenta para avaliação dos processos assistenciais, permitindo o aperfeiçoamento contínuo dos fluxos internos e o fortalecimento das estratégias voltadas à qualidade da assistência e à segurança do paciente.

De maneira geral, os resultados evidenciam o comprometimento da equipe com a assistência baseada em evidências, a adequada aplicação dos protocolos institucionais e a consolidação da linha de cuidado cardiovascular, reafirmando o compromisso da unidade com a melhoria contínua dos processos assistenciais e dos desfechos clínicos.

5.1.6 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma - Percentual de pacientes vitimados por Trauma atendidos na Sala Vermelha



Análise crítica: No período analisado, foram registrados 248 (duzentos e quarenta e oito) atendimentos relacionados ao trauma, evidenciando a expressiva demanda assistencial da unidade e seu papel estratégico na Rede de Atenção às Urgências. O volume de atendimentos demonstra capacidade operacional para o manejo de pacientes com diferentes níveis de gravidade, assegurando acolhimento oportuno, assistência qualificada e continuidade do cuidado em conformidade com os fluxos institucionais.

A manutenção desse desempenho está diretamente relacionada à organização dos processos assistenciais, ao adequado funcionamento do acolhimento com classificação de risco e à integração das equipes multiprofissionais, fatores que favorecem a priorização dos atendimentos conforme a gravidade clínica, a utilização racional dos recursos disponíveis e a segurança do paciente durante todo o percurso assistencial.

Sob a perspectiva gerencial, a elevada casuística representa importante fonte de monitoramento epidemiológico e avaliação dos processos de trabalho, permitindo identificar o perfil dos atendimentos, subsidiar o planejamento de ações e

direcionar estratégias voltadas ao aprimoramento contínuo da assistência. Além disso, contribui para o fortalecimento das competências técnicas da equipe, por meio da consolidação de práticas baseadas em protocolos institucionais e evidências científicas.

Em relação aos casos de maior complexidade, dez (10) pacientes necessitaram de atendimento na Sala Vermelha, porém 01 (um) paciente assinou o termo de evasão, refletindo em 94,38% de desfechos positivos.

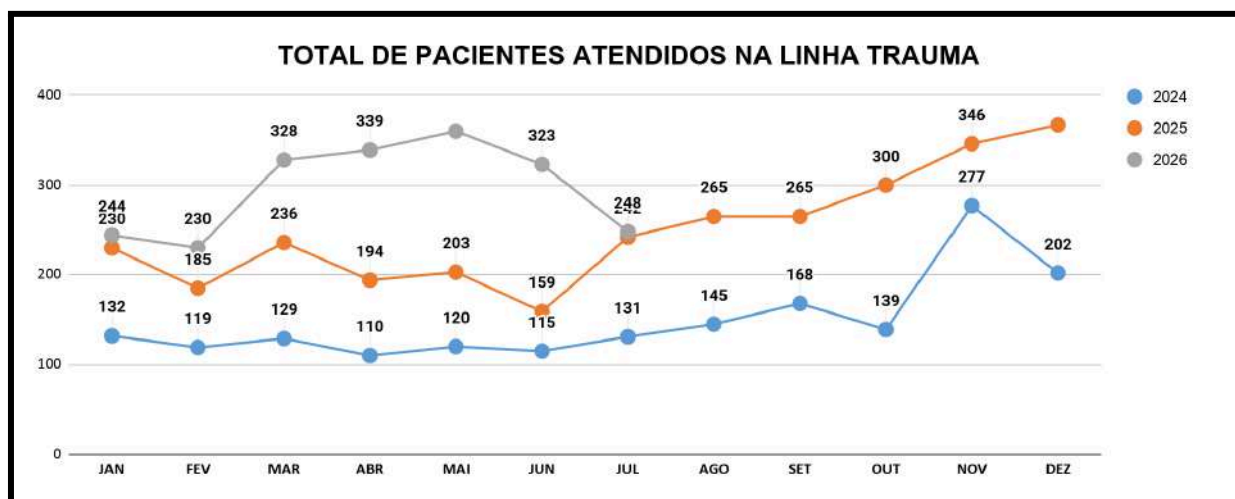
Os indicadores refletem uma adequada estratificação de risco e criteriosa indicação do suporte avançado à vida. Todos os pacientes foram estabilizados conforme suas necessidades clínicas e posteriormente transferidos aos serviços de referência para continuidade do tratamento especializado, em conformidade com os fluxos pactuados na rede de atenção.

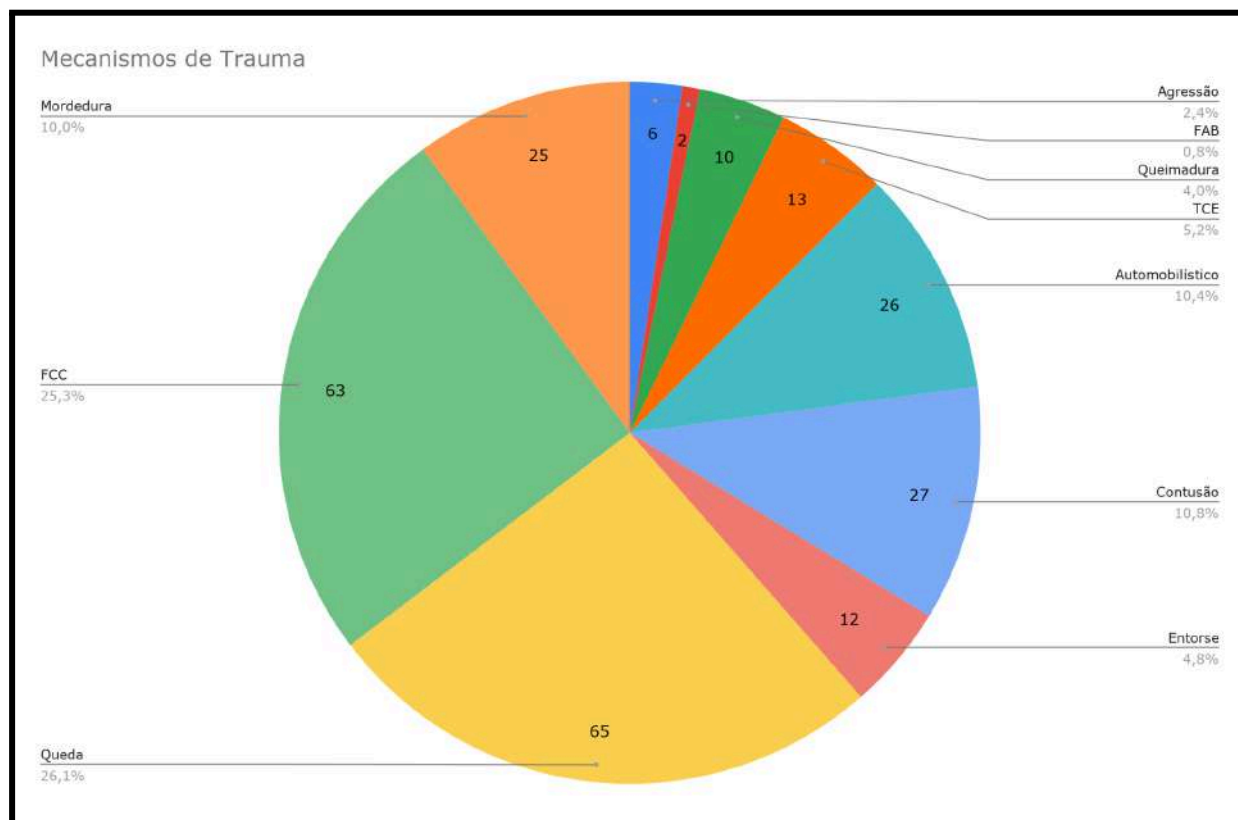
Destaca-se o papel da Sala Vermelha como ambiente destinado ao atendimento das emergências críticas, proporcionando condições adequadas para intervenções imediatas, monitorização contínua e atuação integrada da equipe multiprofissional, garantindo assistência segura e alinhada às diretrizes institucionais.

Ressalta-se, ainda, a adoção de estratégias de comunicação efetiva com pacientes e acompanhantes, especialmente nos casos que demandaram maior tempo de permanência na unidade. O fornecimento contínuo de informações acerca da evolução do atendimento contribuiu para maior transparência do processo assistencial, fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários e qualificação da experiência do paciente.

De maneira geral, os indicadores demonstram estabilidade dos processos assistenciais, adequada gestão dos recursos disponíveis e elevada adesão aos protocolos institucionais. Os resultados reforçam a capacidade da unidade em responder de forma eficiente às demandas relacionadas ao trauma, evidenciando organização assistencial, integração entre os serviços e compromisso permanente

com a qualidade, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos de cuidado.





Análise crítica: No mês de Julho de 2026, a unidade registrou 248 (duzentos e quarenta e oito) atendimentos relacionados a eventos traumáticos, contemplando diferentes mecanismos de lesão e níveis de gravidade. O monitoramento desses atendimentos constitui importante ferramenta de gestão, permitindo caracterizar o perfil epidemiológico da população assistida, subsidiar o planejamento das ações assistenciais e direcionar estratégias voltadas à qualificação do atendimento.

A distribuição dos mecanismos de trauma demonstrou predominância das quedas, responsáveis por 26,1% (vinte e seis vírgula um por cento) dos casos, seguidas pelas feridas corto contusas (25,3%), contusões (10,8%), acidentes automobilísticos (10,4%), mordeduras (10,0%), traumatismo cranioencefálico (5,2%), entorses (4,8%), queimaduras (4,0%), agressões físicas (2,4%) e ferimentos por arma de fogo (0,8%).

A predominância das quedas mantém o padrão epidemiológico observado na unidade e reforça a relevância desse mecanismo como importante demanda assistencial, especialmente entre pacientes com maior vulnerabilidade clínica. Esse perfil evidencia a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção, educação em saúde e articulação com a Rede de Atenção à Saúde, visando reduzir a ocorrência desses eventos e seus impactos assistenciais.

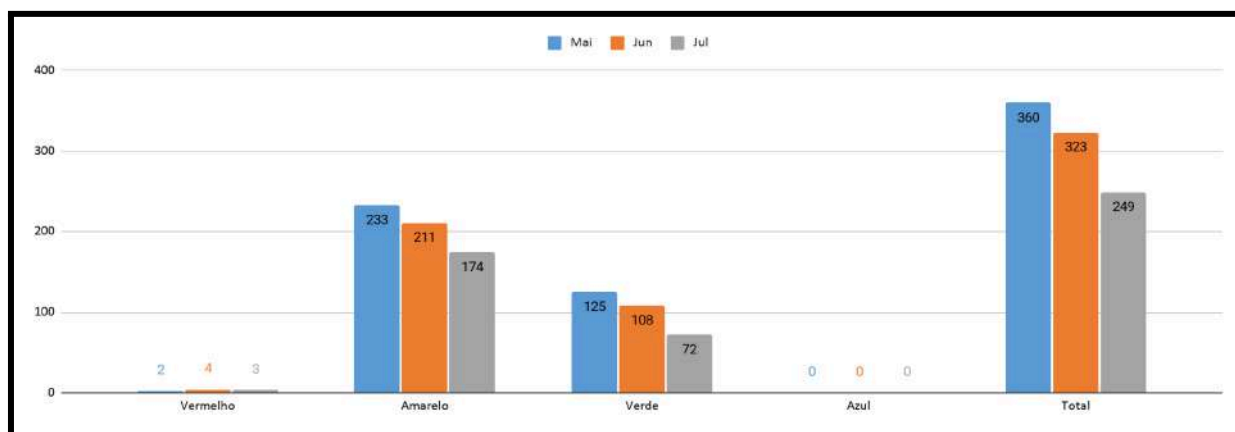
As lesões decorrentes de feridas corto contusas e contusões também representaram parcela expressiva dos atendimentos, refletindo a demanda contínua por procedimentos de urgência, manejo de lesões e utilização de recursos assistenciais. Embora, em sua maioria, correspondem a casos de menor complexidade, esses atendimentos exigem organização dos fluxos e adequada gestão dos recursos para garantir resolutividade e manutenção da capacidade operacional da unidade.

A condução sistematizada desses pacientes contribui para intervenções oportunas, maior segurança assistencial e adequada definição da continuidade do cuidado.

A análise dos indicadores demonstra que a unidade manteve capacidade operacional compatível com o perfil da demanda apresentada, sustentada por processos assistenciais estruturados, integração multiprofissional e observância dos fluxos institucionais. Esses fatores favoreceram a oferta de uma assistência segura, organizada e resolutiva, alinhada às diretrizes para o atendimento ao trauma.

De maneira geral, o monitoramento contínuo dos atendimentos traumáticos permanece como importante instrumento para avaliação do desempenho assistencial, permitindo identificar tendências epidemiológicas, subsidiar o planejamento gerencial e fortalecer estratégias voltadas à melhoria contínua da qualidade, da segurança do paciente e da eficiência dos processos assistenciais

Monitoramento do Trauma por Classificação de Risco



Análise crítica: A análise da classificação de risco dos pacientes atendidos por trauma no mês de Julho de 2026 evidenciou predominância de casos classificados como prioridade amarela, correspondendo a 69,88% (sessenta e nove vírgula oitenta e oito por cento) dos atendimentos. Esse resultado caracteriza um perfil assistencial composto, majoritariamente, por pacientes que demandam avaliação e intervenção em tempo oportuno, monitoramento clínico e reavaliações periódicas, em conformidade com os protocolos de classificação de risco.

A expressiva representatividade dessa categoria demonstra a efetividade do processo de acolhimento com classificação de risco, permitindo adequada priorização dos atendimentos conforme a gravidade clínica e favorecendo a utilização racional dos recursos assistenciais. Sob a perspectiva gerencial, esse cenário reforça a importância da manutenção de equipes capacitadas e de fluxos assistenciais bem definidos, assegurando resposta adequada à demanda e preservando a qualidade e a segurança da assistência.

Os atendimentos classificados como prioridade verde representaram 28,92% (vinte e oito vírgula noventa e dois por cento) dos casos analisados. Embora correspondam, em sua maioria, a situações de menor gravidade, esse grupo

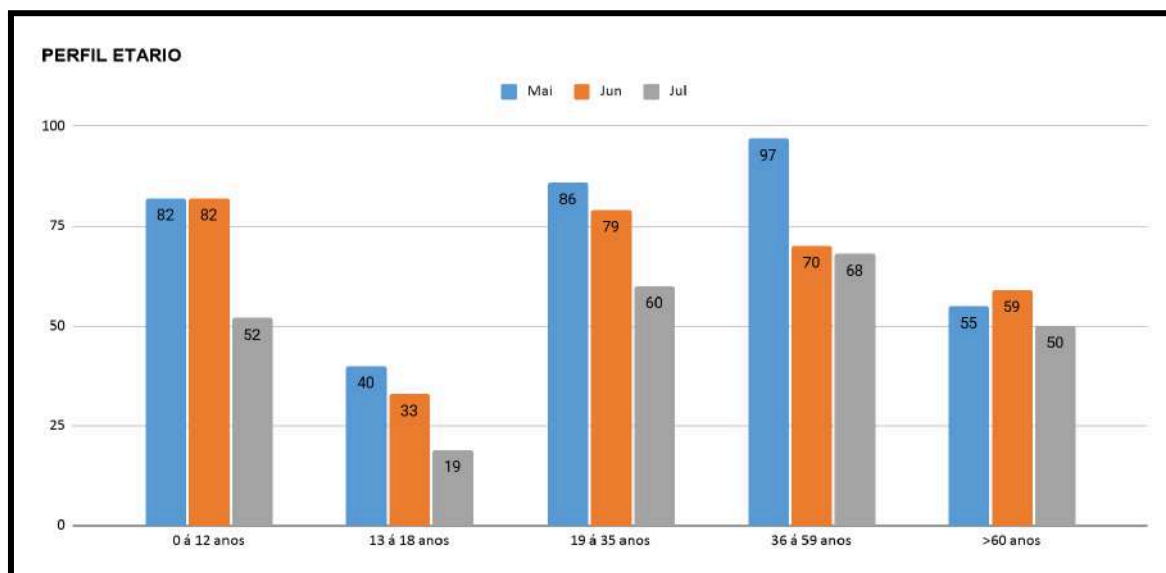
representa parcela significativa da demanda assistencial, exigindo organização dos processos de trabalho para garantir fluidez no atendimento, otimização dos recursos disponíveis e adequada experiência do paciente. Esse perfil também evidencia a importância da articulação com a Atenção Primária à Saúde e das ações de educação em saúde, fortalecendo a utilização adequada da Rede de Atenção à Saúde.

Os casos classificados como prioridade vermelha corresponderam a 1,20% (um vírgula vinte por cento) dos atendimentos, representando pacientes em situação crítica e com necessidade de intervenção imediata. Apesar da baixa frequência, esse indicador demonstra a necessidade de manutenção da prontidão operacional da equipe multiprofissional, da disponibilidade de recursos para suporte avançado à vida e da observância rigorosa dos protocolos institucionais para atendimento às emergências.

Nesse contexto, a Sala Vermelha manteve papel estratégico na assistência aos pacientes graves, oferecendo estrutura adequada para estabilização clínica, monitorização contínua e realização das intervenções necessárias até a definição do desfecho assistencial ou transferência para o serviço de referência, quando indicada.

De maneira geral, os indicadores demonstram equilíbrio no perfil de gravidade dos pacientes atendidos, com predominância de casos de média complexidade e adequada estratificação do risco desde o primeiro atendimento. Os resultados evidenciam a efetividade dos processos assistenciais, a integração entre as equipes multiprofissionais e o compromisso institucional com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a melhoria contínua da linha de cuidado ao trauma.

Perfil Etário dos Paciente na Linha de Trauma



Análise crítica: A análise da distribuição etária dos pacientes atendidos por trauma no mês de Julho de 2026 constitui importante instrumento para caracterização do perfil epidemiológico da demanda, subsidiando o planejamento das ações assistenciais, preventivas e gerenciais da unidade.

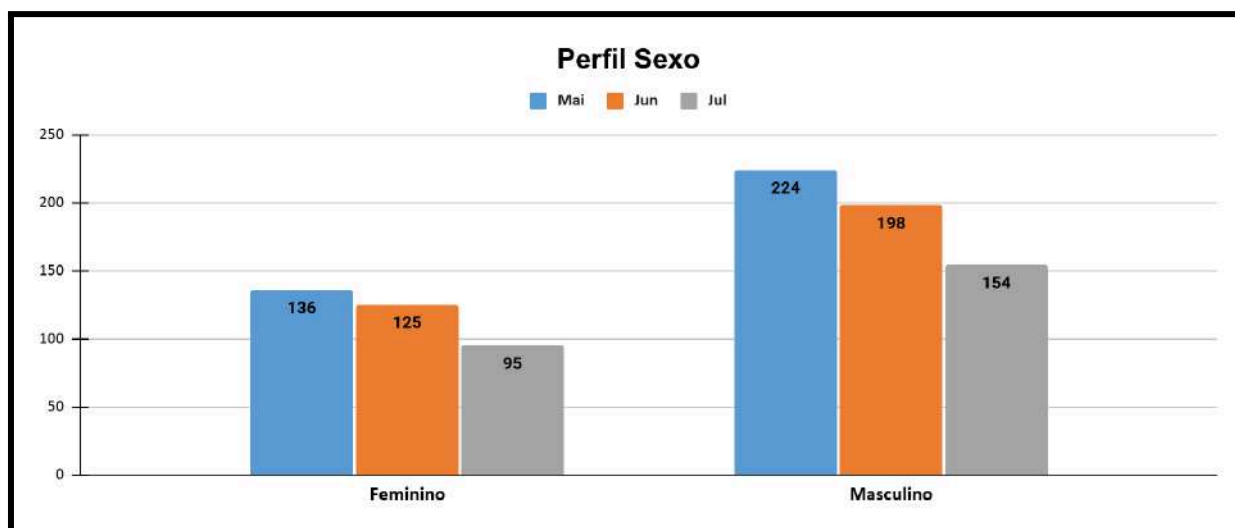
A faixa etária de 0 (zero) a 12 (doze) anos representou 23,18% (vinte e três vírgula dezoito por cento) dos atendimentos, seguida pelos pacientes de 13 (treze) a 18 (dezoito) anos, que corresponderam a 9,87% (nove vírgula oitenta e sete por cento). O grupo de 19 (dezenove) a 35 (trinta e cinco) anos totalizou 24,14% (vinte e quatro vírgula quatorze por cento), enquanto os pacientes entre 36 (trinta e seis) e 59 (cinquenta e nove) anos corresponderam a 25,21% (vinte e cinco vírgula vinte e um por cento), configurando-se como a faixa etária de maior demanda. Por fim, os pacientes com mais de 60 (sessenta) anos representaram 17,60% (dezessete vírgula sessenta por cento) dos atendimentos.

Esses dados evidenciam que os grupos de 19 a 35 anos e de 36 a 59 anos permaneceram como os principais responsáveis pela demanda relacionada ao trauma, refletindo o perfil epidemiológico habitualmente observado na população

economicamente ativa e reforçando a importância das ações de prevenção de acidentes e promoção da saúde desenvolvidas em articulação com a Rede de Atenção à Saúde.

De maneira geral, os indicadores demonstram comportamento compatível com o perfil epidemiológico da região e evidenciam a importância do monitoramento contínuo dos atendimentos por trauma como ferramenta de gestão. A análise sistemática desses dados fortalece o planejamento assistencial, subsidia ações preventivas e contribui para a utilização eficiente dos recursos disponíveis, reafirmando o compromisso institucional com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos.

Perfil Sexo dos Paciente na Linha de Trauma



Análise crítica: A análise da distribuição dos atendimentos por trauma segundo o sexo evidencia predominância de pacientes do sexo masculino, que corresponderam a 61,8% (sessenta e um vírgula oito por cento) dos casos registrados no período analisado (Julho). Esse resultado é compatível com o perfil

epidemiológico amplamente observado nos serviços de urgência e emergência, refletindo maior exposição desse grupo aos diferentes mecanismos de trauma.

Os atendimentos realizados em pacientes do sexo feminino representaram 38,2% (trinta e oito vírgula dois por cento) da demanda analisada, demonstrando participação significativa no perfil assistencial da unidade. A distribuição entre os sexos reforça a importância da manutenção de uma assistência integral e qualificada, capaz de atender às diferentes características clínicas e epidemiológicas da população assistida.

Sob a perspectiva da gestão, o acompanhamento desse indicador contribui para o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, subsidiando o planejamento das ações assistenciais, a organização dos fluxos de atendimento e o direcionamento de estratégias de prevenção e promoção da saúde. A análise sistemática desses dados também favorece o aperfeiçoamento das práticas assistenciais e fortalece a capacidade da unidade em responder às necessidades da população.

Destaca-se, ainda, a importância da manutenção de protocolos institucionais que assegurem o acolhimento qualificado, a adequada estratificação de risco e a identificação precoce de situações que demandem abordagem específica, garantindo atendimento seguro, humanizado e alinhado aos princípios da integralidade do cuidado.

De maneira geral, os indicadores demonstram perfil assistencial compatível com o esperado para serviços de urgência e emergência. O monitoramento contínuo desse comportamento epidemiológico fortalece o planejamento estratégico da unidade, contribui para a utilização eficiente dos recursos disponíveis e reafirma o compromisso institucional com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

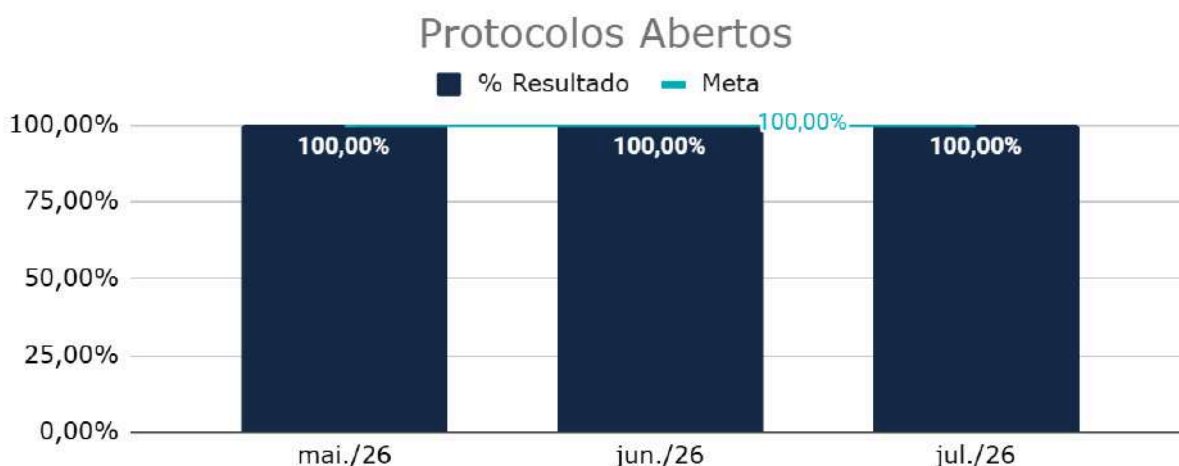
5.1.7 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo



Análise crítica: No mês de julho de 2026, foram registradas 87 (oitenta e sete) aberturas do Protocolo Institucional de Sepsis, resultado compatível com o comportamento histórico da unidade e que evidencia a manutenção da vigilância clínica para identificação precoce de pacientes com suspeita de infecção grave e risco de deterioração clínica. Esse cenário demonstra o comprometimento das equipes assistenciais com o reconhecimento oportuno dos sinais e sintomas sugestivos de sepse, favorecendo a adoção tempestiva das condutas preconizadas.

Das 87 aberturas de protocolo, 35 (trinta e cinco) casos tiveram confirmação dos critérios clínicos e laboratoriais para manutenção da linha de cuidado, enquanto 52 (cinquenta e dois) foram encerrados após investigação diagnóstica e exclusão da hipótese de sepse. Esse resultado reflete uma prática assistencial baseada na segurança do paciente, na qual a elevada sensibilidade para abertura do protocolo prioriza a identificação precoce dos casos suspeitos e assegura que nenhum paciente com potencial gravidade deixe de receber avaliação e acompanhamento adequados.

5.1.8 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE



Análise crítica: A avaliação dos indicadores referentes à execução do Pacote da 1ª Hora demonstra elevada conformidade com as diretrizes institucionais para o manejo inicial da sepse. O cumprimento integral das medidas preconizadas em todos os casos que permaneceram em protocolo evidencia a efetividade dos fluxos assistenciais, a padronização das condutas e a atuação integrada das equipes multiprofissionais, assegurando intervenções oportunas e alinhadas às melhores práticas assistenciais.

O desempenho observado reflete a consolidação da capacidade institucional para o reconhecimento precoce dos pacientes com suspeita de sepse e para a implementação tempestiva das medidas terapêuticas recomendadas. A elevada adesão ao protocolo fortalece a segurança do paciente, qualifica a assistência prestada e reafirma o compromisso da unidade com o cuidado baseado em evidências científicas.

Destaca-se, ainda, a efetividade do Kit Sepse como ferramenta estratégica para otimização do fluxo assistencial. Sua disponibilização imediata após a abertura do protocolo favorece a uniformização das condutas, reduz o tempo entre a suspeita clínica e o início das intervenções e promove maior integração entre enfermagem,

equipe médica, laboratório e farmácia, contribuindo para a eficiência operacional e para a continuidade do cuidado.

Outro aspecto relevante é a manutenção da execução das intervenções dentro do período considerado crítico para o manejo da sepse, demonstrando elevado grau de organização dos processos assistenciais e adequada capacidade de resposta da equipe frente às condições clínicas tempo-dependentes. Esse desempenho evidencia a incorporação de uma cultura institucional voltada à identificação precoce dos agravos e à rápida mobilização dos recursos necessários para o atendimento.

Os resultados observados também refletem o impacto positivo das ações de educação permanente, do monitoramento sistemático dos indicadores e do acompanhamento contínuo da linha de cuidado, estratégias que têm fortalecido a adesão aos protocolos institucionais e promovido maior uniformidade na prática assistencial.

Embora os indicadores apresentem desempenho altamente satisfatório, a manutenção do monitoramento contínuo dos processos assistenciais, da qualidade dos registros em prontuário e das ações de capacitação permanece essencial para sustentar os resultados alcançados, identificar oportunidades de aprimoramento e fortalecer a cultura de melhoria contínua.

De forma geral, os indicadores evidenciam uma linha de cuidado da sepse consolidada, sustentada por processos bem estruturados, integração multiprofissional e elevado comprometimento das equipes com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a excelência dos resultados assistenciais.

Tempo Médio - Linha de Cuidado SEPSE



Análise crítica: A análise dos indicadores relacionados aos tempos assistenciais da Linha de Cuidado da Sepsis evidencia desempenho satisfatório da unidade, com resultados compatíveis com as metas estabelecidas pelos protocolos institucionais e pelas diretrizes clínicas vigentes. Os indicadores demonstram processos assistenciais organizados, adequada integração entre as equipes multiprofissionais e capacidade de resposta oportuna frente aos pacientes com suspeita de sepsis.

O tempo médio para administração da antibioticoterapia foi de 00:43:22 (quarenta e três) minutos, permanecendo dentro do intervalo recomendado para o manejo inicial da sepsis. Esse resultado evidencia agilidade na identificação dos pacientes elegíveis, eficiência na operacionalização do fluxo assistencial e compromisso das equipes com a implementação precoce das medidas terapêuticas, reconhecidamente associadas à melhoria dos desfechos clínicos.

Quanto à coleta dos exames laboratoriais, observou-se tempo médio de aproximadamente 1 hora, refletindo a efetividade da articulação entre as equipes assistenciais, laboratório e demais setores de apoio diagnóstico. Esse desempenho contribui para maior celeridade na definição da conduta clínica, acompanhamento da evolução do paciente e monitoramento da resposta terapêutica, fortalecendo a segurança e a qualidade da assistência.

Em relação à reavaliação clínica, verificou-se tempo médio de 05 (cinco) horas, resultado inferior ao intervalo máximo de 06 (seis) horas preconizado pelas diretrizes assistenciais. Esse indicador demonstra monitoramento clínico precoce, vigilância contínua e capacidade da equipe em reavaliar oportunamente a resposta às intervenções instituídas, favorecendo a tomada de decisão baseada na evolução clínica do paciente.

Os resultados observados refletem elevada adesão aos protocolos institucionais, padronização das condutas assistenciais e fortalecimento da cultura de segurança do paciente. A manutenção dos tempos assistenciais dentro dos parâmetros recomendados evidencia a maturidade dos processos de trabalho, a integração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado e o compromisso institucional com a assistência baseada em evidências.

De maneira geral, os indicadores reforçam a efetividade da Linha de Cuidado da Sepse na unidade, demonstrando organização dos processos assistenciais, monitoramento sistemático dos pacientes e capacidade de resposta alinhada às melhores práticas clínicas. O desempenho alcançado contribui para a consolidação de uma assistência segura, resolutiva e orientada pela melhoria contínua da qualidade e dos desfechos clínicos.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2024	1	7	4	7	1	4	3	8	9	17	10	16	87
2025	3	14	17	41	75	63	62	50	85	82	84	79	655
2026	57	74	83	80	96	133	87						

5.1.9 Adesão ao protocolo de SEPSE



Análise crítica: No período analisado, foram registradas 87 (oitenta e sete) aberturas do Protocolo Institucional de Sepsis, das quais 35 (trinta e cinco) evoluíram com confirmação dos critérios clínicos e laboratoriais para manutenção da linha de cuidado, correspondendo a aproximadamente 40,23% (quarenta por cento) dos casos inicialmente suspeitos. Esse resultado evidencia elevada sensibilidade da equipe na identificação precoce de pacientes com suspeita de sepsis, priorizando a segurança assistencial por meio da abertura oportuna do protocolo diante de sinais clínicos sugestivos.

A proporção observada demonstra um processo assistencial estruturado, no qual a avaliação clínica, a investigação diagnóstica e a reavaliação contínua permitem confirmar ou excluir o diagnóstico de forma segura e fundamentada. Esse comportamento está alinhado às boas práticas assistenciais, privilegiando a identificação precoce dos casos potencialmente graves e reduzindo o risco de atraso no início das intervenções terapêuticas.

Os resultados evidenciam, ainda, adequada organização dos fluxos institucionais e integração efetiva entre os diferentes setores envolvidos no atendimento. A atuação coordenada entre recepção, enfermagem, equipe médica, laboratório e farmácia favoreceu a condução padronizada dos pacientes elegíveis, assegurando

a continuidade do cuidado e o cumprimento das medidas assistenciais recomendadas.

Outro aspecto de destaque foi a consistente aplicação das diretrizes institucionais para o manejo da sepse, evidenciando a capacidade das equipes em reconhecer precocemente sinais de gravidade, instituir as condutas terapêuticas indicadas e acompanhar sistematicamente a evolução clínica dos pacientes. Esse desempenho reflete a consolidação das práticas assistenciais e o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

A elevada adesão aos protocolos institucionais contribui para a padronização das condutas, qualificação da tomada de decisão clínica e fortalecimento da assistência baseada em evidências, promovendo maior segurança ao paciente e favorecendo melhores desfechos assistenciais.

De forma geral, os indicadores demonstram consistência na operacionalização da Linha de Cuidado da Sepse, evidenciando maturidade dos processos assistenciais, integração multiprofissional e compromisso permanente com a qualidade da assistência. Os resultados reforçam a efetividade das estratégias adotadas pela unidade, bem como o investimento contínuo em educação permanente, monitoramento dos indicadores e melhoria contínua dos processos de cuidado.

Na sequência, apresenta-se um breve relato dos casos que evoluíram conforme a linha de cuidado estabelecida.

1. Paciente R.M.M.S., 60 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1206360, deu entrada na unidade dia 01/07/2026 às 03h13. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco cutâneo, sendo aberto o Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos

estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de transferência em 02/07/2026 às 20:00, cliente acima inserida na planilha de monitoramento da linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

2. Paciente C.C.S., 71 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1194496, admitida na unidade no dia 01/07/2026 às 05h09. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 02/02/2026 às 10h00, cliente acima inserida na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

3. Paciente J.C.L., 64 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1235445, deu entrada na unidade dia 05/07/2026 às 12h29. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 09/07/2026 às 18h10, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

4. Paciente J.B.M., 84 anos, sexo masculino, Prontuário N° 119633 admitido na unidade dia 05/07/2026 às 21h40. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 08/07/2026 às

15h05, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

5. Paciente M.B.S., 87 anos, sexo feminino, Prontuário N° 142086 admitida na unidade dia 08/07/2026 às 12h51. Durante a avaliação em consultório, foram identificados critérios clínicos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Diante da necessidade de continuidade da assistência em serviço de maior complexidade, foi encaminhada ao hospital de referência no dia 09/07/2026 às 15h31, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

6. Paciente G.A.C., 19 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1301577 admitida na unidade dia 09/07/2026 às 16h21. Durante a avaliação em consultório, foram identificados critérios clínicos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 09/07/2026 às 19h41 cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

7. Paciente M.C.M.S, 75 anos, sexo feminino, Prontuário N° 252684 admitido na unidade dia 10/07/2026 às 14h50. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 11/07/2026 às

09h40, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

8. Paciente J.F.S., 65 anos, sexo masculino, Prontuário N° 49066 admitido na unidade dia 08/07/2026 às 13h14. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco misto, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente foi encaminhado ao hospital de referência no dia 13/07/2026 às 17h45 cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

9. Paciente V.B.C., 81 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1359344 foi admitido na unidade dia 14/07/2026 às 15h24. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco urinário, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 15/07/2026 às 06h35, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

10. Paciente B.J.P., 80 anos, sexo masculino, Prontuário N° 3639 admitido na unidade dia 16/07/2026 às 19h11. Durante a avaliação no setor de classificação foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, possibilitando a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e o direcionamento imediato do paciente para continuidade da assistência conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 16/07/2026 às 23h30, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

11. **Paciente L.J.R., 79 anos, sexo masculino, Prontuário N° 33045** admitido na unidade dia 16/07/2026 às 04h29. Durante a avaliação no setor de classificação foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, possibilitando a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e o direcionamento imediato do paciente para continuidade da assistência conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 16/07/2026 às 10h00, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

12. **Paciente R.C.R., 33 anos, sexo masculino, Prontuário N° 137725** admitido na unidade dia 16/07/2026 às 00h53. Durante a avaliação no setor de classificação foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, possibilitando a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e o direcionamento imediato do paciente para continuidade da assistência conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 16/07/2026 às 08h30, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

13. **Paciente A.M., 84 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1356945** admitido na unidade dia 19/07/2026 às 10:34. Durante a avaliação no setor de emergência foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, possibilitando a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e o direcionamento imediato do paciente para continuidade da assistência conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 20/07/2026 às 13h30, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

14. **Paciente L.P.S., 73 anos, sexo masculino, Prontuário N° 267573** admitido na unidade dia 20/07/2026 às 16h15. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco urinário, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de transferência em 21/07/2026 às 08h30, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.
15. **Paciente P.E.S.S., 31 anos, sexo feminino, Prontuário N° 35895** admitida na unidade dia 17/07/2026 às 14h23. Durante a avaliação no setor de classificação, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco abdominal, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 17/07/2026 às 17h17, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.
16. **Paciente V.F.S., 74 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1192197** admitido na unidade dia 16/07/2026 às 22h48. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 17/07/2026 às 17h30, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.
17. **Paciente J.B.T., 69 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1339818** admitido na unidade dia 22/07/2026 às 10h31. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco urinário, sendo realizada a abertura do Protocolo

Institucional de Seps e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 22/07/2026 às 23h12, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

18. Paciente R.C.R., 31 anos, sexo masculino, Prontuário N° 174356

deu entrada na unidade dia 17/07/2026 às 02h55. Durante a avaliação no setor de emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de seps de foco urinário, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Seps e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de transferência em 19/06/2026 às 14h00, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

19. Paciente J.F.C., 75 anos, sexo masculino, Prontuário N° 267724

admitido na unidade dia 21/07/2026 às 09h30. Durante a avaliação no setor da observação, foram identificados critérios clínicos sugestivos de seps de foco misto, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Seps e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 21/07/2026 às 22h00, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

20. Paciente O.V.F., 77 anos, sexo feminino, Prontuário N° 92452

admitida na unidade dia 22/07/2026 às 15h45. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de seps de foco misto, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Seps e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de transferência

em 27/07/2026 às 17h11, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

21. **Paciente I.S.N., 84 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1224354** admitida na unidade dia 24/07/2026 às 07h26. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco urinário, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 27/07/2026 às 11h54, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.
22. **Paciente K.R.S., 28 anos, sexo feminino, Prontuário N° 21357** admitida na unidade dia 24/07/2026 às 22h52. Durante a avaliação no setor da classificação, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco abdominal, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de transferência em 25/07/2026 às 08h05, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.
23. **Paciente R.L.N.J., 12 anos, sexo masculino, Prontuário N° 110532** admitido a na unidade dia 25/07/2026 às 09h36. Durante a avaliação no setor da classificação, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco abdominal, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de transferência em 27/07/2026 às 03h57, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.
24. **Paciente J.A.S., 70 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1192784** admitida na unidade dia 26/07/2026 às 02h09. Durante a avaliação no

setor da classificação, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 26/07/2026 às 08h40, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

25. **Paciente J.P.F., 84 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1189071** admitido na unidade dia 27/07/2026 às 05h28. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco urinário, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 27/07/2026 às 15h00, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

26. **Paciente V.M.C.S., 77 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1294089** admitida na unidade dia 23/07/2026 às 16h06. Durante a avaliação no setor da classificação, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco misto, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 24/07/2026 às 07h40, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

27. **Paciente M.B.R., 63 anos, sexo feminino, Prontuário N° 159579** admitida na unidade dia 27/07/2026 às 22h12. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de

sepsis de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepsis e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 28/07/2026 às 08h09, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

28. Paciente P.R.N.S., 35 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1204013 admitido na unidade dia 28/07/2026 às 23h01. Durante a avaliação no setor da classificação, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepsis de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepsis e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 29/07/2026 às 16h00, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

29. Paciente A.A.L.B, 40 anos, sexo feminino, Prontuário N° 34940 admitida na unidade dia 29/07/2026 às 09h15. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepsis de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepsis e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 30/07/2026 às 08h30, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

30. Paciente W.P.J., 58 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1360010 admitida na unidade dia 30/07/2026 às 05h16. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepsis de foco misto, sendo realizada a abertura do Protocolo

Institucional de Seps e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 30/07/2026 às 18h40, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

31. **Paciente I.M.B.C., 72 anos, sexo feminino, Prontuário N° 1322700** admitida na unidade dia 28/07/2026 às 17h36. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de seps de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Seps e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de transferência em 02/08/2026 às 12h40, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.
32. **Paciente A.G.S., 77 anos, sexo feminino, Prontuário N° 13353** admitida na unidade dia 31/07/2026 às 12h11. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de seps de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Seps e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 31/07/2026 às 21h20, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.
33. **Paciente J.B.S., 77 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1281708** admitido na unidade dia 31/07/2026 às 17h22. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de seps de foco urinário, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Seps e iniciada a condução assistencial conforme os

fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 02/08/2026 às 12h20, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

34. Paciente M.A.A.A., 71 anos, sexo feminino, Prontuário N° 141468

admitida na unidade dia 03/07/2026 às 17:03. Durante a avaliação no setor da classificação, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco misto, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 08/07/2026 às 12h41, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

35. Paciente J.A.M., 84 anos, sexo masculino, Prontuário N° 1359035

admitido na unidade dia 08/07/2026 às 11h30. Durante a avaliação no setor da emergência, foram identificados critérios clínicos sugestivos de sepse de foco pulmonar, sendo realizada a abertura do Protocolo Institucional de Sepse e iniciada a condução assistencial conforme os fluxos estabelecidos na unidade. Paciente com desfecho de alta em 08/07/2026 às 22h04, cliente acima inserido na planilha de linha de cuidado para melhor manejo da UBS de referência.

5.1.10 Manejo da Coordenação do Cuidado

5.1.10.1 Coordenação do Cuidado IAM

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO IAM DA MICRORREGIÃO												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
TOTAL	7	9	4	2	3	9	11					

Análise crítica: O acompanhamento sistemático dos pacientes inseridos na Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), incluindo os casos com e sem supradesnívelamento do segmento ST, evidencia a capacidade da unidade no reconhecimento oportuno das condições cardiovasculares agudas, na condução conforme os protocolos institucionais e na articulação com os diferentes níveis de atenção. Esse processo contribui para o fortalecimento dos fluxos assistenciais, a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

No período analisado, 100% (cem por cento) dos pacientes acompanhados pela linha de cuidado foram devidamente referenciados às respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), assegurando a continuidade do acompanhamento clínico após a alta ou conclusão do atendimento na urgência. Esse resultado demonstra a efetividade do processo de referência e contrarreferência, fortalecendo a coordenação do cuidado e a integração entre os serviços.

A articulação entre a unidade de urgência, a Atenção Primária à Saúde e os serviços hospitalares favorece o seguimento longitudinal dos pacientes, permitindo o acompanhamento da evolução clínica, o monitoramento da adesão ao tratamento e a implementação de estratégias de prevenção secundária das

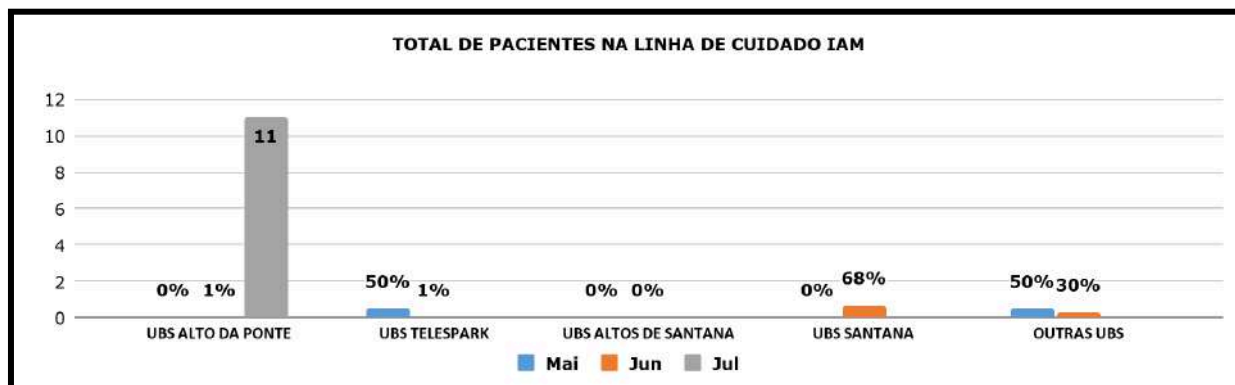
doenças cardiovasculares. Essa integração contribui para a continuidade da assistência e para a qualificação do cuidado em todos os níveis da rede.

Outro aspecto de destaque é a comunicação estruturada entre os diferentes pontos de atenção, que possibilita maior rastreabilidade dos casos, compartilhamento das informações assistenciais e acompanhamento territorial dos usuários. Esse fluxo favorece a continuidade do cuidado e amplia a capacidade da rede em responder de forma integrada às necessidades identificadas durante o seguimento dos pacientes.

A inserção dos pacientes na Atenção Primária também fortalece o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de novos eventos cardiovasculares, acompanhamento dos fatores de risco e educação em saúde, contribuindo para um cuidado contínuo e centrado nas necessidades do usuário.

De maneira geral, os indicadores demonstram a consolidação da Linha de Cuidado do IAM na unidade, evidenciando fluxos assistenciais bem estruturados, integração efetiva entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e elevada adesão aos processos de referência e contrarreferência. Esses resultados reforçam o compromisso institucional com a continuidade do cuidado, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Na sequência, apresenta-se a distribuição territorial das Unidades Básicas de Saúde responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes inseridos na Linha de Cuidado do IAM, permitindo visualizar a abrangência da assistência prestada e a efetividade da integração entre os diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde.



Análise crítica: A avaliação da distribuição dos pacientes inseridos na Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) durante o mês de Julho de 2026 evidencia a adequada operacionalização dos fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde. Todos os pacientes acompanhados no período foram devidamente encaminhados às respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência, assegurando a continuidade do acompanhamento clínico após a fase aguda do evento cardiovascular.

A inserção dos pacientes na Atenção Primária à Saúde representa etapa fundamental para o seguimento longitudinal, possibilitando o monitoramento dos fatores de risco cardiovasculares, o acompanhamento da adesão ao tratamento e o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção secundária e à promoção da saúde. Esse processo fortalece a coordenação do cuidado e contribui para a integralidade da assistência prestada.

No período analisado, observou-se que 9% (nove por cento) dos pacientes foram encaminhados para a UBS Santana, 73% (setenta e três por cento) para outras Unidades Básicas de Saúde da rede, 18% (dezoito por cento) para a UBS Alto da Ponte, para a UBS Telespark e a UBS Altos de Santana não houve encaminhamentos. Essa distribuição demonstra que os encaminhamentos ocorreram de acordo com a área de abrangência dos usuários, evidenciando a

efetividade dos fluxos de referência e contrarreferência e a adequada integração entre a unidade de urgência e a Atenção Primária à Saúde.

Embora o quantitativo de pacientes acompanhados no período tenha sido reduzido, observa-se que 100% dos encaminhamentos foram realizados de forma adequada, respeitando os critérios territoriais e garantindo o vínculo dos usuários com a equipe responsável pelo acompanhamento em seu território. Esse resultado reforça a organização dos processos assistenciais e a efetividade das estratégias adotadas para a coordenação do cuidado.

A integração entre a unidade de urgência e a Atenção Primária favorece o acompanhamento contínuo dos pacientes, o monitoramento das condições crônicas e o fortalecimento das ações de educação em saúde, contribuindo para um cuidado mais organizado, resolutivo e centrado nas necessidades dos usuários.

De maneira geral, os indicadores demonstram adequada consolidação da Linha de Cuidado do IAM, evidenciando integração efetiva entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, conformidade com os fluxos assistenciais estabelecidos e compromisso institucional com a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

5.1.10.2 Linha de Cuidado AVC

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO AVC DA MICRORREGIÃO												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
TOTAL	6	6	3	13	13	8	5					

Análise crítica: A avaliação dos pacientes inseridos na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) durante o mês de Julho de 2026 evidencia adequada articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde,

assegurando a continuidade do cuidado após o atendimento na unidade de urgência. No período analisado, 100% (cem por cento) dos pacientes foram devidamente encaminhados à Atenção Primária à Saúde, demonstrando efetividade dos fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos pela instituição.

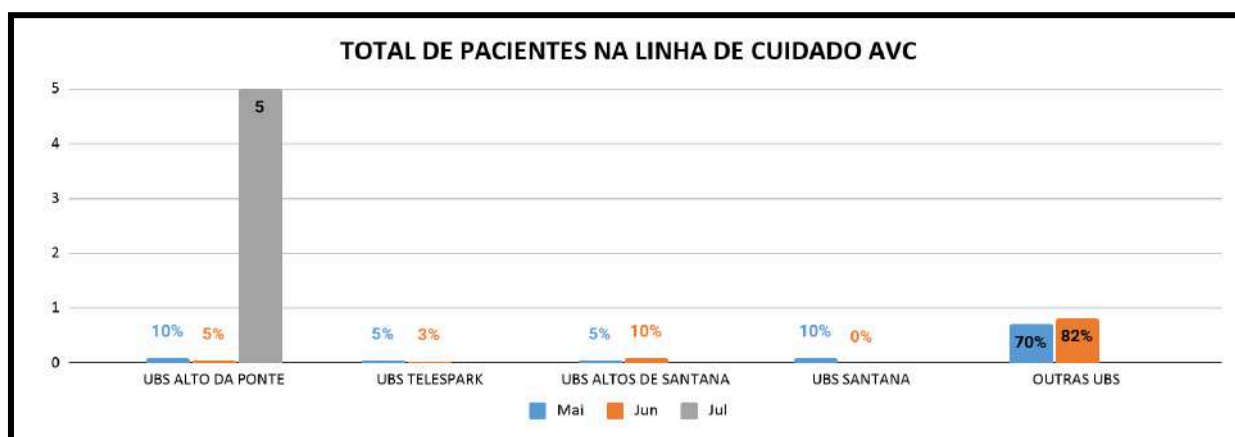
A inserção dos pacientes na Atenção Primária representa etapa essencial para o seguimento longitudinal, permitindo o monitoramento clínico, o acompanhamento da adesão ao tratamento, o controle dos fatores de risco cardiovasculares e a coordenação das necessidades assistenciais de forma integrada. Esse processo fortalece a continuidade do cuidado e evidencia a integração entre os diferentes níveis de atenção.

Além do acompanhamento clínico, a articulação com a rede territorial favorece o acesso às estratégias de reabilitação, às ações de educação em saúde e ao monitoramento contínuo dos pacientes, contribuindo para uma assistência organizada, integral e centrada nas necessidades dos usuários.

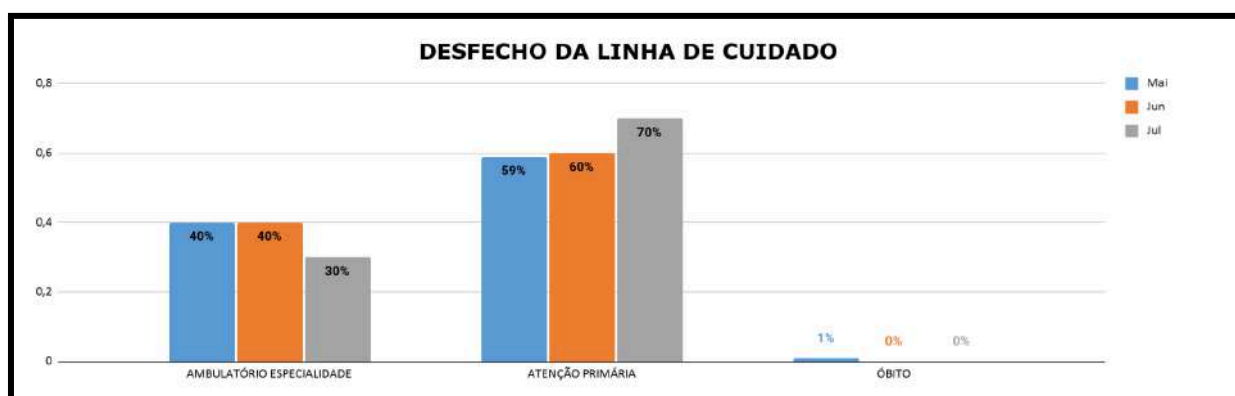
Sob a perspectiva gerencial, os resultados demonstram a consolidação dos processos relacionados à transição do cuidado, evidenciando comunicação efetiva entre os serviços, alinhamento das equipes multiprofissionais e adequada operacionalização dos fluxos assistenciais. A manutenção de 100% dos encaminhamentos para a Atenção Primária reforça o compromisso institucional com a coordenação do cuidado, a segurança do paciente e a integração da Rede de Atenção à Saúde.

O monitoramento sistemático deste indicador permanece como importante ferramenta para avaliação da efetividade da linha de cuidado, permitindo acompanhar a conformidade dos processos de referência e contrarreferência, identificar oportunidades de aprimoramento e fortalecer as estratégias voltadas à qualificação da assistência.

De maneira geral, os resultados evidenciam uma Linha de Cuidado do AVC bem estruturada, sustentada por processos assistenciais organizados, integração entre os diferentes níveis de atenção e elevada adesão aos fluxos institucionais. Esse cenário reafirma o compromisso da unidade com a continuidade do cuidado, a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos assistenciais.



5.1.10.3 Linha de Cuidado SEPSE.



Análise crítica: A avaliação dos indicadores assistenciais demonstra que 35 (trinta) pacientes preencheram os critérios clínicos e diagnósticos para

permanência na Linha de Cuidado da Sepsis. Embora esse quantitativo representa uma parcela dos protocolos inicialmente abertos, o resultado evidencia a efetividade do processo de triagem, da investigação diagnóstica e da vigilância clínica adotados pela unidade, permitindo a adequada identificação dos pacientes elegíveis para manutenção do protocolo.

A relação entre os casos suspeitos e aqueles confirmados demonstra adequada aplicação dos critérios institucionais para abertura e manutenção do protocolo, refletindo equilíbrio entre a sensibilidade necessária para o reconhecimento precoce da sepsis e a especificidade na condução dos casos. Esse comportamento está alinhado às boas práticas assistenciais, priorizando a identificação precoce dos pacientes com suspeita de sepsis e assegurando a utilização adequada dos recursos assistenciais.

Os resultados evidenciam a consolidação dos processos relacionados à linha de cuidado, demonstrando atuação integrada das equipes multiprofissionais e adequada aplicação dos protocolos institucionais. A padronização das condutas, associada ao reconhecimento precoce dos sinais clínicos sugestivos de infecção grave, favorece a organização dos fluxos assistenciais e a condução oportuna dos pacientes elegíveis.

Sob a perspectiva gerencial, os indicadores refletem a efetividade das estratégias implantadas para o manejo da sepsis, evidenciando integração entre os diferentes setores assistenciais e fortalecimento da cultura de segurança do paciente. A atuação coordenada entre enfermagem, equipe médica, laboratório e farmácia contribui para maior eficiência operacional e para a padronização das práticas assistenciais.

O monitoramento contínuo dos indicadores relacionados à Linha de Cuidado da Sepsis permanece como importante ferramenta de gestão, permitindo avaliar a conformidade dos processos, acompanhar o desempenho assistencial e identificar

oportunidades de aprimoramento, sempre com foco na qualificação da assistência e na melhoria contínua dos processos de trabalho.

De maneira geral, os resultados demonstram consistência na operacionalização da Linha de Cuidado da Sepse, evidenciando adequada assertividade na identificação dos casos, fortalecimento da vigilância clínica, integração multiprofissional e aderência aos protocolos institucionais. Esse cenário reafirma o compromisso da unidade com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

5.1.10.4 Linha de Cuidado TRAUMA



Análise crítica: A avaliação dos pacientes inseridos na Linha de Cuidado do Trauma no período analisado demonstra adequada conformidade com os critérios assistenciais estabelecidos, evidenciada pela inclusão de 10 (dez) pacientes elegíveis, todos atendidos em Sala Vermelha em razão da gravidade clínica apresentada. Esse resultado reflete a correta aplicação dos protocolos

institucionais, a adequada estratificação de risco e a utilização apropriada dos recursos destinados ao atendimento de pacientes críticos.

Todos os pacientes elegíveis foram inseridos na linha de cuidado e conduzidos conforme os fluxos assistenciais estabelecidos, demonstrando alinhamento entre a avaliação clínica, a tomada de decisão e a execução das condutas preconizadas. Esse desempenho evidencia a organização dos processos assistenciais e a efetividade da atuação multiprofissional no atendimento às urgências de maior complexidade.

Outro aspecto de destaque refere-se à articulação com os serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde. Após estabilização inicial na unidade, todos os pacientes foram transferidos para continuidade da assistência especializada, conforme a necessidade clínica e os fluxos pactuados, assegurando a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção.

Observou-se, ainda, permanência de 90% (noventa por cento) dos pacientes até a conclusão das condutas assistenciais e definição do desfecho, em um dos casos, correspondente a 10% (dez por cento), a paciente optou por deixar a unidade antes da finalização da assistência, após receber as devidas orientações quanto aos riscos relacionados à interrupção do cuidado, formalizando sua decisão mediante assinatura do Termo de Ciência e Responsabilidade. Com esse resultado reforça a adequada condução dos casos críticos e a efetividade dos processos assistenciais estabelecidos para a Linha de Cuidado do Trauma.

Sob a perspectiva gerencial, o monitoramento contínuo dos indicadores da Linha de Cuidado do Trauma permanece como importante ferramenta para avaliação do desempenho assistencial, permitindo acompanhar a conformidade dos processos, identificar oportunidades de aprimoramento e fortalecer a qualidade da assistência prestada.

De maneira geral, os resultados demonstram uma Linha de Cuidado do Trauma consolidada, sustentada por processos assistenciais estruturados, adequada

integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e elevada adesão aos protocolos institucionais. Esse cenário reafirma o compromisso da unidade com a segurança do paciente, a qualidade da assistência e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

5.1.11 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS



Análise crítica: No mês de julho de 2026, esta Unidade de Pronto Atendimento (UPA) registrou 29 atendimentos classificados como risco azul, conforme o Protocolo de Classificação de Risco, correspondendo a usuários com condições de baixa complexidade assistencial.

Os pacientes atendidos não apresentavam sinais ou sintomas de gravidade, predominando quadros clínicos leves e/ou inespecíficos, sem necessidade de intervenções imediatas no contexto da urgência e emergência. Esse perfil reforça a procura pela UPA para condições de saúde que poderiam ser resolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciando a importância do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da adequada utilização dos diferentes pontos de atenção.

Após o acolhimento e a avaliação inicial, todos os usuários receberam orientações quanto à continuidade do cuidado e foram encaminhados às respectivas Unidades

Básicas de Saúde (UBSs) de referência do município de São José dos Campos, assegurando o acompanhamento longitudinal e o acesso ao serviço mais adequado às suas necessidades, em conformidade com os princípios da Rede de Atenção à Saúde.

Observou-se, no período, redução da demanda de pacientes classificados como risco azul, resultado das ações desenvolvidas no âmbito da Linha de Cuidados em parceria com as Unidades Básicas de Saúde. O fortalecimento da articulação entre os serviços, associado às orientações prestadas aos usuários e ao direcionamento adequado para a Atenção Primária, tem contribuído para uma utilização mais apropriada da UPA, favorecendo a organização do fluxo assistencial, a continuidade do cuidado e a maior resolutividade da rede de saúde.

A distribuição dos encaminhamentos para as Unidades Básicas de Saúde ocorreu da seguinte forma:

UBS Santana: 8 pacientes

UBS Alto da Ponte: 5 pacientes

UBS Altos de Santana: 4 pacientes

UBS Jardim Telespark: 2 pacientes

UBS Buquirinha: 2 pacientes

UBS Vila Industrial/Vila Tatetuba: 2 pacientes

UBS Outros: 2 pacientes

UBS Bonsucesso: 1 paciente

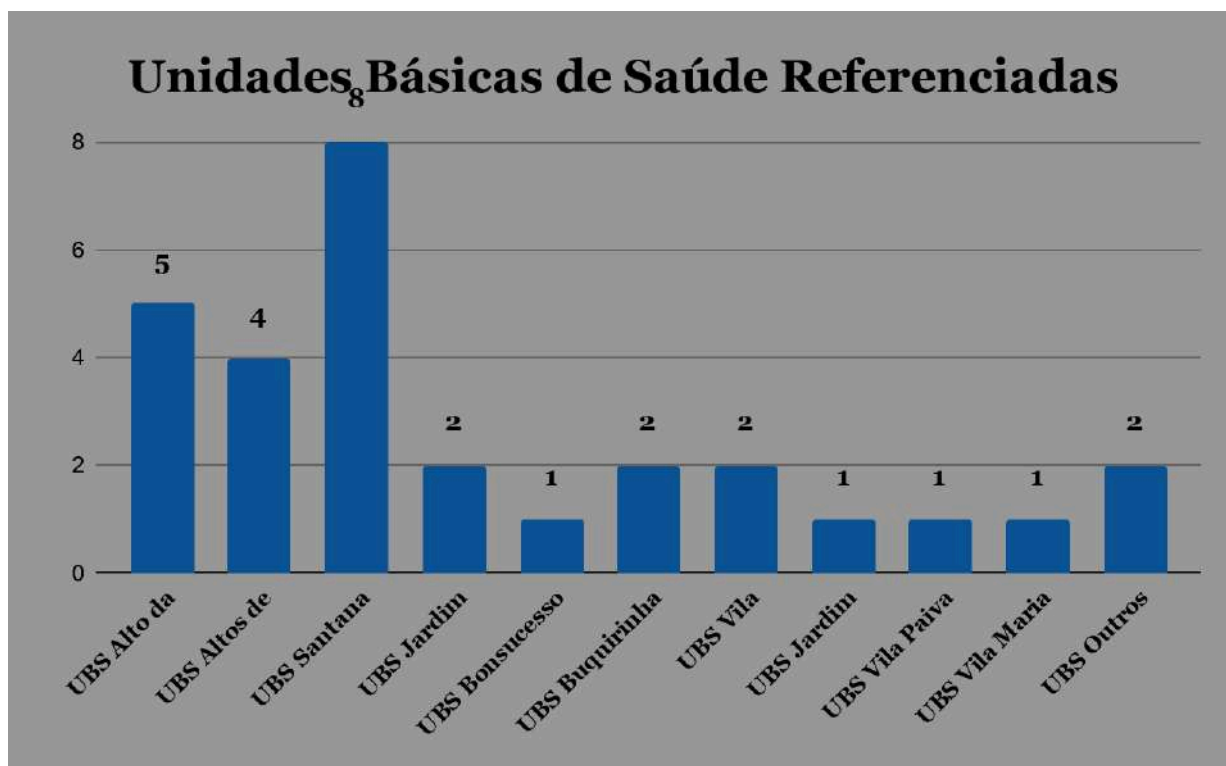
UBS Vila Maria: 1 paciente

UBS Jardim Paulista: 1 paciente

UBS Vila Paiva: 1 paciente

Os resultados obtidos demonstram o compromisso desta equipe com a consolidação das ações da Linha de Cuidados, voltadas à redução progressiva da procura pela UPA para atendimentos de baixa complexidade e ao fortalecimento do acesso da população à Atenção Primária à Saúde. Essa estratégia contribui para a qualificação do cuidado, otimiza o fluxo assistencial entre os serviços da

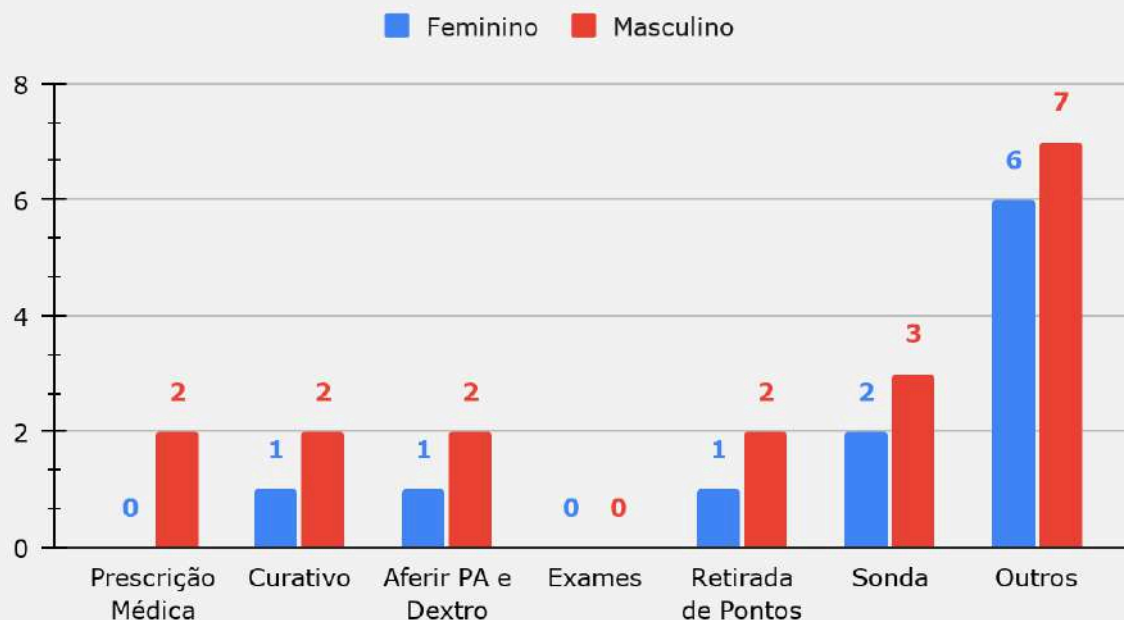
Rede de Atenção à Saúde e preserva a capacidade operacional da UPA para o atendimento oportuno dos casos de urgência e emergência que demandam maior complexidade assistencial.



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).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR MOTIVO E SEXO



Análise por Tipo de Atendimento e Distribuição por Sexo – Julho de 2026

- ❖ **Curativos:** Foram realizados 3 atendimentos, sendo 1 em paciente do sexo feminino e 2 em pacientes do sexo masculino. Observa-se predominância de atendimentos no sexo masculino, o que pode estar relacionado à maior exposição desse público a situações de risco, acidentes e lesões traumáticas, especialmente em ambientes de trabalho e em atividades que exigem maior esforço físico.
- ❖ **Prescrição Médica:** Foram contabilizados 2 atendimentos, ambos realizados em pacientes do sexo masculino, mantendo a predominância masculina entre os procedimentos registrados.
- ❖ **Outros Atendimentos:** Totalizaram 13 registros, dos quais 6 foram destinados a pacientes do sexo feminino e 7 a pacientes do sexo masculino, demonstrando uma distribuição relativamente equilibrada entre os sexos, com discreta predominância masculina.

- ❖ **Aferição de Glicemia Capilar (Dextro) e Pressão Arterial (PA):** Foram realizados 3 atendimentos, sendo 1 em paciente do sexo feminino e 2 em pacientes do sexo masculino. Os dados indicam maior procura do público masculino por esse tipo de monitoramento, possivelmente relacionada a queixas agudas ou ao acompanhamento pontual de condições clínicas.
- ❖ **Retirada de Pontos:** Foram realizados 3 atendimentos, sendo 1 em paciente do sexo feminino e 2 em pacientes do sexo masculino, mantendo-se a predominância masculina nesse procedimento.
- ❖ **Sondagem:** Foram realizados 5 procedimentos, sendo 2 em pacientes do sexo feminino e 3 em pacientes do sexo masculino, evidenciando leve predominância de atendimentos no sexo masculino também nessa modalidade.

Análise Crítica: No mês de julho de 2026, observou-se predominância de atendimentos realizados em pacientes do sexo masculino na maioria dos procedimentos registrados pelo Serviço Social. Dos 29 atendimentos analisados, 18 (62,1%) foram destinados a homens e 11 (37,9%) a mulheres, evidenciando maior utilização dos serviços por pacientes do sexo masculino.

Os procedimentos de curativos, retirada de pontos e aferição de glicemia capilar e pressão arterial apresentaram maior frequência entre os homens. Esse perfil pode estar relacionado à maior exposição masculina a acidentes, traumas e atividades laborais que favorecem a ocorrência de lesões, além da busca por atendimento em situações agudas.

A categoria prescrição médica foi composta exclusivamente por pacientes do sexo masculino. Entretanto, por se tratar de apenas dois registros, esse resultado deve ser interpretado com cautela, não sendo suficiente para caracterizar uma tendência consistente.

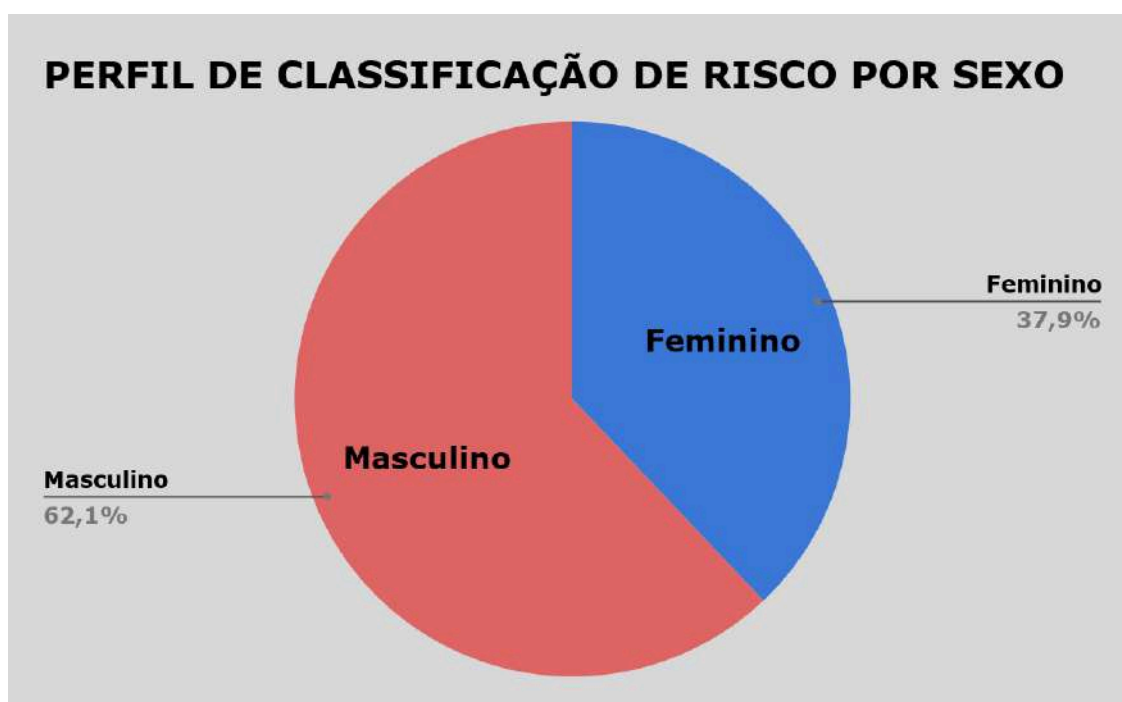
Nos outros atendimentos, verificou-se distribuição semelhante entre os sexos (7 homens e 6 mulheres), indicando que essa modalidade de assistência atende de forma equilibrada ambos os públicos, sem diferenças expressivas.

Em relação às sondagens, houve discreta predominância de pacientes do sexo masculino (3 atendimentos) em comparação ao sexo feminino (2 atendimentos). Considerando o reduzido número de procedimentos realizados, não é possível estabelecer diferenças significativas entre os sexos para essa intervenção.

De modo geral, embora os dados demonstrem maior participação masculina nos atendimentos realizados durante o período, o baixo número absoluto de registros em algumas categorias limita inferências mais amplas sobre o perfil epidemiológico da população atendida. Recomenda-se o acompanhamento contínuo desses indicadores ao longo dos próximos meses, possibilitando análises comparativas e a identificação de tendências que subsidiem o planejamento das ações assistenciais e a adequada organização dos serviços.

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: Observou-se predominância de atendimentos classificados como *risco azul* — correspondentes a casos de baixa complexidade — entre usuários do sexo masculino, que representaram **62,1%** do total de atendimentos realizados no período. Esse resultado sugere uma maior utilização dos serviços de urgência e emergência por esse público para demandas de menor gravidade e de caráter pontual.

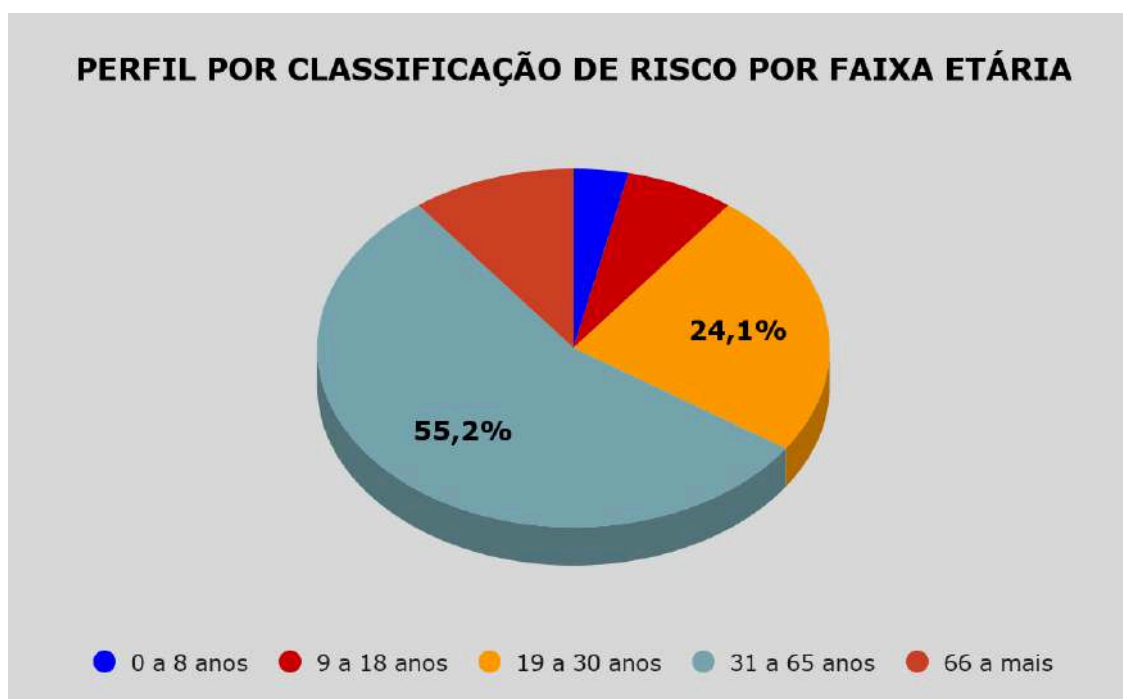
Embora os dados se refiram a um único período de análise e apresentem quantitativo reduzido, eles evidenciam um padrão de utilização que merece acompanhamento. A maior participação masculina pode refletir uma busca pelos serviços de urgência para resolução imediata de necessidades assistenciais, em detrimento do acompanhamento longitudinal oferecido pela Atenção Primária à Saúde (APS). Esse comportamento pode estar relacionado a dificuldades de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBSs), incompatibilidade entre os horários de funcionamento e a jornada de trabalho, percepção de maior agilidade no atendimento das UPAs ou menor adesão às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A análise dos tipos de atendimento reforça essa interpretação, uma vez que a maior parte das demandas masculinas esteve relacionada a procedimentos de baixa complexidade, como prescrição médica, realização de curativos, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, retirada de pontos, sondagens e outros procedimentos ambulatoriais. Esses atendimentos, em sua maioria, poderiam ser acompanhados ou resolvidos no âmbito da Atenção Primária, desde que garantido o acesso oportuno e a continuidade do cuidado.

Dessa forma, os resultados reforçam a importância da articulação entre a UPA e a rede de Atenção Primária à Saúde, estratégia já fortalecida por meio da Linha de Cuidados, que tem ampliado o direcionamento dos usuários para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e incentivado o acompanhamento contínuo das condições de saúde. Essa integração contribui para a utilização mais adequada dos serviços de urgência e emergência, promove a continuidade do cuidado e qualifica a assistência prestada aos usuários.

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, evidencia um padrão relevante no perfil de utilização da unidade, demonstrando que parte significativa da demanda atendida poderia ser absorvida por outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Observa-se que a **faixa etária de 31 a 65 anos** concentrou o número de registros, totalizando 16 atendimentos. Esse resultado sugere que adultos em idade produtiva recorrem com frequência ao serviço de urgência para situações de menor gravidade, possivelmente em razão da dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em horários compatíveis com a jornada de trabalho, da

busca por atendimento imediato ou da percepção de Julho r resolutividade da UPA em comparação aos serviços de atenção básica.

Na sequência, a faixa etária de 19 a 30 anos registrou 7 atendimentos. O resultado demonstra que os jovens adultos também utilizam a UPA para demandas de baixa complexidade, possivelmente motivados pela facilidade de acesso, rapidez no atendimento e menor vinculação aos serviços de atenção básica.

A **faixa etária de 66 anos ou mais** apresentou 3 atendimentos, configurando o terceiro maior quantitativo dentro dessa classificação. Embora o número seja inferior ao observado entre adultos, o dado merece atenção por envolver uma população com prevalência de doenças crônicas e vulnerabilidade clínica. Esse cenário reforça a importância do acompanhamento longitudinal e sistemático na APS, visando à prevenção de descompensações e à redução da procura por serviços de urgência para condições manejáveis no território.

Em seguida, a faixa etária de 9 a 18 anos registrou 2 atendimentos, demonstrando baixa procura. E por fim, a faixa etária de 0 a 8 anos registrou 1 atendimento, demonstrando baixa representatividade no período analisado. Ainda assim, é importante considerar que a procura por serviços de urgência nessa faixa etária frequentemente está associada à insegurança dos responsáveis diante de sinais e sintomas considerados de menor gravidade.

De modo geral, os dados evidenciam a utilização expressiva da UPA para atendimentos não urgentes, especialmente entre a população adulta. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecer a articulação entre a UPA e a Atenção Primária à Saúde, ampliar o acesso aos serviços básicos, qualificar os processos de acolhimento e orientação aos usuários e investir em ações de educação em saúde que promovam o uso adequado da rede assistencial. Tais medidas podem contribuir para a redução da demanda de baixa complexidade na unidade, favorecendo a eficiência no atendimento dos casos efetivamente urgentes e emergentes.

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 analisados, verificou-se que 26 pacientes (89,66%) optaram por permanecer em atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), enquanto 3 pacientes (10,34%) aceitaram o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, com agendamento para o primeiro dia útil subsequente. Observa-se que a maior parte desses atendimentos ocorreu fora do horário de funcionamento das UBSs, fator que possivelmente influenciou a decisão dos usuários de permanecerem na UPA, mesmo em situações classificadas como de baixa complexidade.

Interpretação dos resultados: A elevada taxa de permanência na UPA evidencia que os serviços de urgência e emergência ainda são percebidos por grande parte da população como a principal porta de entrada para o sistema de saúde, inclusive para demandas passíveis de resolução na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse comportamento pode estar relacionado à busca por atendimento imediato, à percepção de maior resolutividade da UPA, ao desconhecimento acerca da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de

seus fluxos assistenciais, bem como à fragilidade do vínculo de alguns usuários com sua Unidade Básica de Saúde de referência.

Além disso, deve-se considerar que a maioria dos atendimentos ocorreu no período noturno, aos finais de semana e em feriados, momentos em que as UBSs não se encontram em funcionamento. Esse cenário contribui para que usuários classificados como risco azul permaneçam na UPA, uma vez que não dispõem de outra alternativa assistencial no momento da procura pelo atendimento.

Encaminhamentos para a Atenção Primária: Os 10,34% de usuários que aceitaram o encaminhamento para a UBS demonstram adesão às orientações fornecidas pela equipe multiprofissional e reconhecimento da capacidade da Atenção Primária para o acompanhamento e a resolução de demandas de baixa complexidade. Embora esse percentual ainda seja reduzido, ele evidencia que as ações de acolhimento, orientação e esclarecimento realizadas durante o atendimento têm produzido resultados positivos na sensibilização dos usuários quanto à utilização adequada da Rede de Atenção à Saúde.

Esse resultado também reflete os avanços obtidos com a implantação da Linha de Cuidados, desenvolvida em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, estratégia que vem fortalecendo a articulação entre os diferentes pontos da rede assistencial, qualificando os encaminhamentos e promovendo maior integração entre a UPA e a APS. Embora a adesão ao redirecionamento ainda seja limitada, a continuidade dessa estratégia tende a ampliar gradativamente o reconhecimento da APS como porta de entrada preferencial para condições de baixa complexidade.

Considerações finais: As intervenções realizadas pelas equipes de Serviço Social e Enfermagem mostraram-se fundamentais para qualificar o acolhimento, orientar os usuários quanto ao fluxo assistencial e favorecer a integração entre a UPA e a Atenção Primária à Saúde. A atuação conjunta desses profissionais contribui para o uso mais racional dos serviços de saúde, reduz a sobrecarga da UPA por

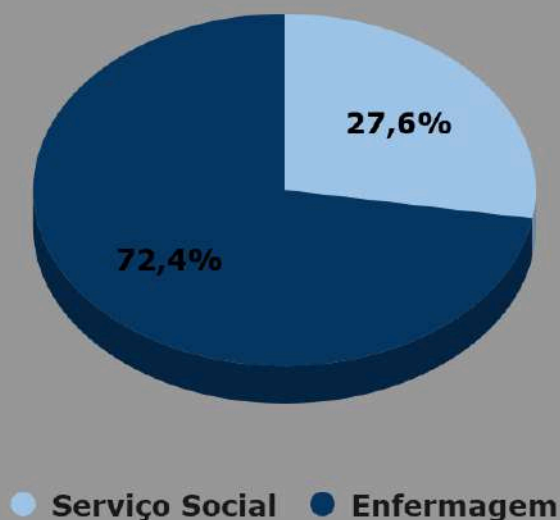
demandas de baixa complexidade e fortalece o papel da APS como coordenadora do cuidado.

Os resultados reforçam, ainda, a importância da continuidade e do aperfeiçoamento das ações desenvolvidas por meio da Linha de Cuidados, especialmente aquelas voltadas à educação em saúde, ao fortalecimento do vínculo entre usuários e UBSs e à articulação permanente entre os diferentes níveis de atenção. A consolidação dessas estratégias poderá ampliar progressivamente a adesão dos usuários ao fluxo assistencial adequado, favorecer a continuidade do cuidado, otimizar a utilização dos recursos públicos e preservar a capacidade operacional da UPA para o atendimento das urgências e emergências de maior complexidade.

Ressalta-se que o baixo percentual de usuários que aceitaram o encaminhamento para a Atenção Primária não deve ser interpretado exclusivamente como resistência ao redirecionamento, mas também à luz das limitações estruturais da rede, especialmente da indisponibilidade das UBSs fora do horário comercial. Nesse contexto, a manutenção e o fortalecimento da Linha de Cuidados permanecem como estratégias essenciais para promover a integração entre os serviços, qualificar o acesso e consolidar o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

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

DIRECIONAMENTO E ORIENTAÇÃO POR SETOR À CLASSIFICAÇÃO AZUL



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

Contribuições da atuação integrada: A cooperação entre os setores teve como principais objetivos garantir encaminhamentos compatíveis com a complexidade dos casos, esclarecer dúvidas recorrentes sobre o percurso assistencial e os diferentes níveis de atenção da rede, além de fortalecer o vínculo dos usuários com a Atenção Primária à Saúde (APS), estimulando seu papel como porta de entrada do SUS.

Essa abordagem intersetorial demonstrou elevada efetividade no manejo das demandas não urgentes, contribuindo para a redistribuição de casos de baixa complexidade para serviços mais adequados fora da UPA, a melhoria do fluxo interno com otimização de recursos técnicos e humanos, e a redução da sobrecarga nos atendimentos de urgência, permitindo os casos que realmente demandam cuidado imediato. Ademais, essa 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 assistencial.

Triagem/Enfermagem: A equipe de Enfermagem desempenhou papel central no acolhimento inicial, com um total de 21 pacientes orientados durante a triagem quanto à continuidade do cuidado na Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse momento constitui etapa estratégica do atendimento, pois favorece o esclarecimento sobre o funcionamento da rede, contribui para o alinhamento das expectativas dos usuários, auxilia na redução de demandas de baixa complexidade na UPA e direciona os pacientes ao ponto de atenção mais apropriado.

Serviço Social: No mesmo período, 8 pacientes foram atendidos diretamente pelo Serviço Social, recebendo orientações individualizadas sobre o percurso assistencial adequado. Apesar da redução da equipe, o setor manteve atuação estratégica por meio da utilização de ferramentas de gestão, como o sistema Saludem e planilhas de acompanhamento de desfechos e condições de saúde, possibilitando a realização de encaminhamentos às UBSs, a articulação com as equipes da APS, a garantia da continuidade assistencial e o monitoramento dos atendimentos realizados.

A atuação integrada entre a UPA e as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) fortalece o fluxo assistencial e contribui para o atendimento adequado dos pacientes classificados como risco azul, em consonância com os princípios da integralidade, equidade e coordenação do cuidado. No mês de Julho, observou-se redução na procura de pacientes classificados como risco azul, resultado que reflete os

impactos positivos das ações desenvolvidas no âmbito da Linha de Cuidados e da articulação entre os diferentes níveis de atenção.

As UBSs desempenham papel fundamental na continuidade do cuidado após o atendimento na UPA, enquanto o Serviço Social qualifica o processo de contrarreferência por meio de contato prévio com as unidades, via e-mail e telefone, favorecendo um acolhimento planejado e uma transição mais organizada e humanizada.

Essa integração fortalece a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado, promove o uso mais racional dos serviços de saúde, reduz a demanda de baixa complexidade na UPA e preserva sua capacidade de resposta para os atendimentos de urgência e emergência, contribuindo para uma rede de atenção mais eficiente, integrada e centrada no usuário.

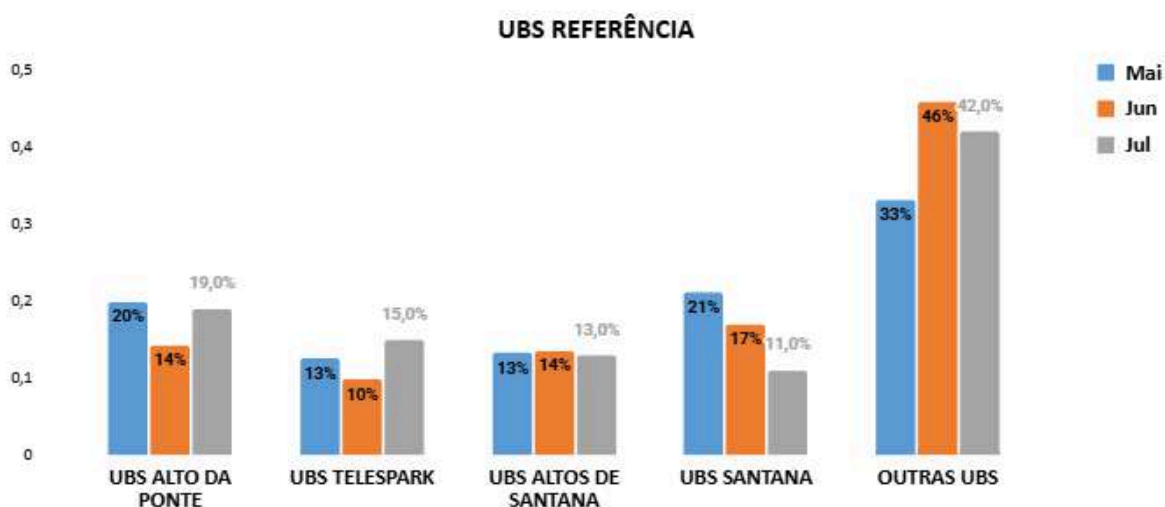
A seguir, seguem as tabelas de apresentação das UBSs Microrregião:

DATA	UBS	NOME	IDADE	SEXO	BAIRRO	CID	CLASSIF.	DESFECHO
05/07/2026 11:10:00	UBS ALTOS DE SANTANA	L. M. L. DO N. C.	8	F	VILA DIRCE	RETIRADA DE PONTOS	AZUL	Em VD mãe relata que criança está bem e que não precisa de agendamento médico
05/07/2026 19:04:00	UBS ALTOS DE SANTANA	A. P. J.	39	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	OUTROS	AZUL	Busca ativa Salma
05/07/2026 23:08:00	UBS ALTOS DE SANTANA	C. B. F. R.	31	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	OUTROS	AZUL	Busca ativa Salma
20/07/2026 10:57:00	UBS ALTOS DE SANTANA	J. J. B.	37	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	RETIRADA DE PONTOS	AZUL	SEM INFORMAÇÃO
05/07/2026 19:57	UBS ALTO DA PONTE	A. S. DE L.	32	F	VILA MONTE ALEGRE	OUTROS	AZUL	CONSULTA AGENDADA PARA 24/07/2026
05/07/2026 19:57	UBS ALTO DA PONTE	C. H. G.	26	M	ALTO DA PONTE	OUTROS	AZUL	INFORMA QUE A UBS FOI ALTERADA

06/07/2026 06:34	UBS ALTO DA PONTE	I. J. R. C.	24	M	JARDIM SANTAREM	OUTROS	AZUL	CONSULTA AGENDADA PARA 05/08/2026
08/07/2026 17:01:00	UBS ALTO DA PONTE	A. L. DO A. I.	67	F	AGUAS DE CANINDU	TROCA DE SONDA	AZUL	CONSULTA AGENDADA PARA 16/07/2026
10/07/2026 14:23:00	UBS ALTO DA PONTE	R. T. M. DE A.	54	F	ALTO DA PONTE	CURATIVO	AZUL	SEM INFORMAÇÃO
05/07/2026 19:47	UBS JARDIM TELES PARK	P. L. DE S. N.	28	F	JARDIM MINAS GERAIS	OUTROS	AZUL	EM ACOMPANHAMENTO
11/07/2026 07:13	UBS JARDIM TELES PARK	V. V. DE L.	51	M	JARDIM MINAS GERAIS	CURATIVO	AZUL	EM ACOMPANHAMENTO
03/07/2026 22:19	UBS SANTANA	F. V. S. V.	19	M	JARDIM BELA VISTA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	AZUL	SEM INFORMAÇÃO
05/07/2026 19:12	UBS SANTANA	J. C. B.	21	M	VILA SINHA	OUTROS	AZUL	SEGUIMENTO COM MÉDICO DA SAÚDE DA FAMÍLIA
05/07/2026 20:53:00	UBS SANTANA	W. S. DE S.	27	M	SANTANA	OUTROS	AZUL	PACIENTE NÃO PERTENCE À ABRANGÊNCIA.
10/07/2026 12:23:00	UBS SANTANA	L. DOS S.	64	M	JARDIM MINAS GERAIS	OUTROS	AZUL	Agendado consulta.
16/07/2026 08:54	UBS SANTANA	W. L.	65	M	SANTANA	AFERIR PA E DEXTRO	AZUL	Realizado contato telefônico, familiar informa que paciente está bem e virá agendar consulta depois que realizar exames. (paciente faltou nas 4 últimas consultas agendadas).
20/07/2026 14:22	UBS SANTANA	A. B. L. S.	66	F	SANTANA	AFERIR PA E DEXTRO	AZUL	Realizado contato telefônico, paciente informa estar bem. Ativo na unidade, realizada última consulta em 16/01/2026
25/07/2026 12:34:00	UBS SANTANA	F. R. DA S.	48	M	VILA ZIZINHA	RETIRADA DE PONTOS	AZUL	SEM INFORMAÇÃO

26/07/2026 00:51:00	UBS SANTANA	C. F.	46	M	SANTANA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	AZUL	Paciente comparece em 14/07 com carta do UPA para acompanhamento em UBS, enf. Amanda agenda consulta 31/07 e o mesmo não comparece.

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



Análise crítica: No mês de Julho de 2026, foram registrados 209 (duzentos e nove) atendimentos relacionados a pacientes com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e outras condições crônicas ou infectocontagiosas, incluindo tuberculose e sífilis. Esse quantitativo evidencia a representatividade dessas condições no perfil assistencial da unidade e reforça o papel da urgência no

atendimento às situações de agudização clínica e às demandas que necessitam de avaliação e intervenção em tempo oportuno.

A distribuição dos atendimentos, de acordo com a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência dos usuários, apresentou o seguinte perfil:

- **UBS Alto da Ponte:** 39 (trinta e nove) pacientes – **19%**;
- **UBS Santana:** 22 (vinte e dois) pacientes – **11%**;
- **UBS Altos de Santana:** 28 (vinte e oito) pacientes – **13%**;
- **UBS Telespark:** 31 (trinta e um) pacientes – **15%**;
- **Demais UBSs:** 89 (oitenta e nove) pacientes – **42%**.

A distribuição observada demonstra que a unidade presta assistência a pacientes provenientes de diferentes territórios, evidenciando sua inserção na Rede de Atenção à Saúde e sua capacidade de atender demandas oriundas de distintas áreas de abrangência. Esse perfil reforça a importância da integração entre os serviços de urgência e a Atenção Primária para assegurar a continuidade do cuidado e a adequada coordenação dos casos acompanhados.

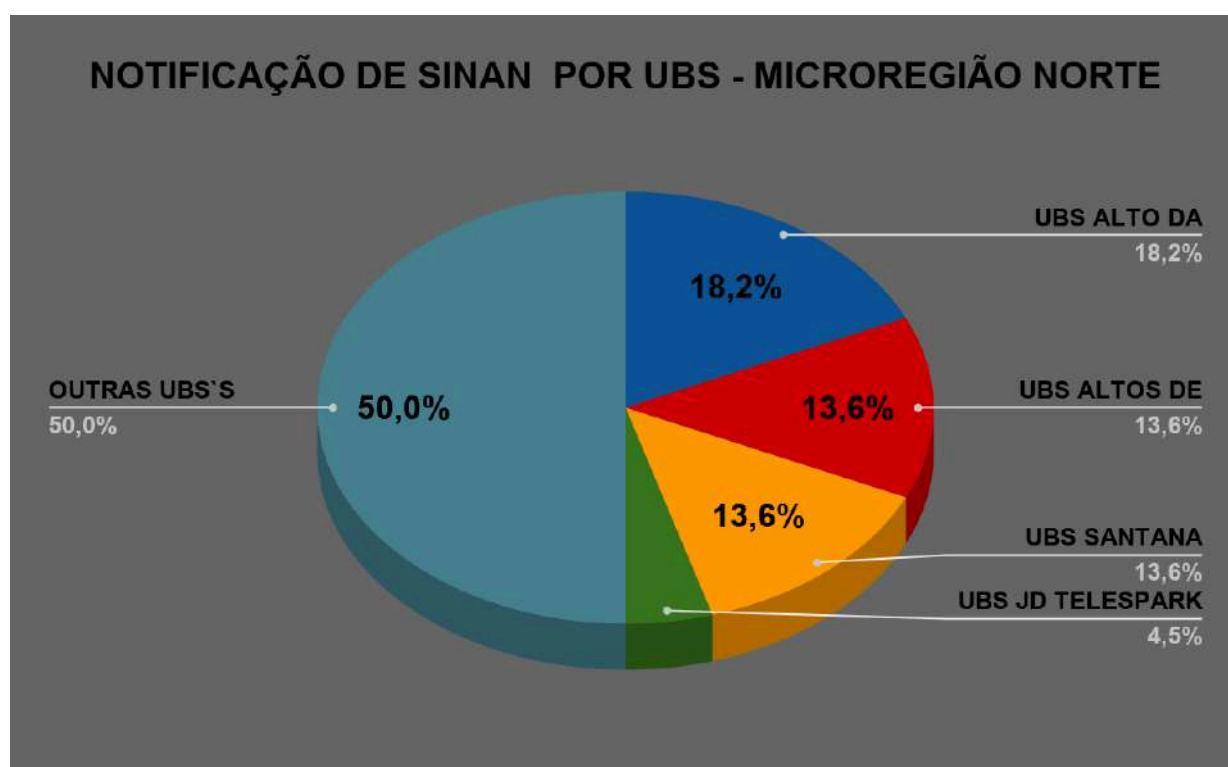
Observa-se, ainda, que 42% (quarenta e dois por cento) dos atendimentos corresponderam a usuários vinculados a Unidades Básicas de Saúde localizadas fora da microrregião de referência da unidade. Esse resultado evidencia a abrangência regional do serviço e reforça a necessidade de manutenção de fluxos estruturados de referência e contrarreferência, assegurando que os pacientes retornem às suas unidades de origem para seguimento clínico e acompanhamento longitudinal.

Sob a perspectiva gerencial, o monitoramento desses indicadores fornece subsídios importantes para o planejamento assistencial, permitindo identificar o perfil territorial da demanda, fortalecer a articulação entre os diferentes níveis de

atenção e apoiar estratégias voltadas à qualificação da linha de cuidado das condições crônicas e infectocontagiosas.

De maneira geral, os resultados demonstram adequada integração da unidade com a Rede de Atenção à Saúde, evidenciando processos assistenciais organizados e fluxos estabelecidos para a continuidade do cuidado. O acompanhamento sistemático desses indicadores fortalece o planejamento das ações, contribui para a qualificação da assistência e reafirma o compromisso institucional com a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

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



Análise Crítica: No mês de julho de 2026, foram registradas 22 notificações de violência nesta Unidade de Pronto Atendimento. A distribuição dos casos entre as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da Microrregião Norte evidencia diferenças territoriais que podem estar relacionadas a fatores sociais, demográficos, institucionais e à capacidade das equipes para identificar, registrar e notificar as situações de violência.

1. Distribuição das notificações por UBS da Microrregião Norte

UBS Alto da Ponte – 4 notificações: Apresentou o maior número de notificações entre as UBSs da Microrregião Norte. Esse resultado pode refletir tanto as características e vulnerabilidades do território quanto a capacidade da equipe em identificar, acolher e registrar os casos de violência. Ressalta-se a importância da manutenção das ações de educação permanente e do monitoramento contínuo para qualificar a identificação e o acompanhamento dessas situações.

UBS Santana – 3 notificações: A unidade apresentou o segundo maior número de notificações da microrregião. Esse quantitativo pode estar relacionado tanto à demanda do território quanto à atuação da equipe na identificação e registro dos casos, reforçando a importância da vigilância ativa e da continuidade do cuidado.

UBS Altos de Santana – 3 notificações: O número de notificações pode refletir as características da população adscrita, o acesso aos serviços de saúde e a capacidade de identificação das situações de violência. Entretanto, assim como nas demais unidades, não se pode descartar a possibilidade de subnotificação, fenômeno reconhecido nesse tipo de agravo.

UBS Jardim Telespark – 1 notificação: O menor número de registros pode estar relacionado à menor demanda do território ou à dificuldade de identificação

e notificação dos casos. Dessa forma, recomenda-se a continuidade das ações de sensibilização e capacitação das equipes para fortalecer a vigilância das violências.

2. Notificações procedentes de outras regiões do município

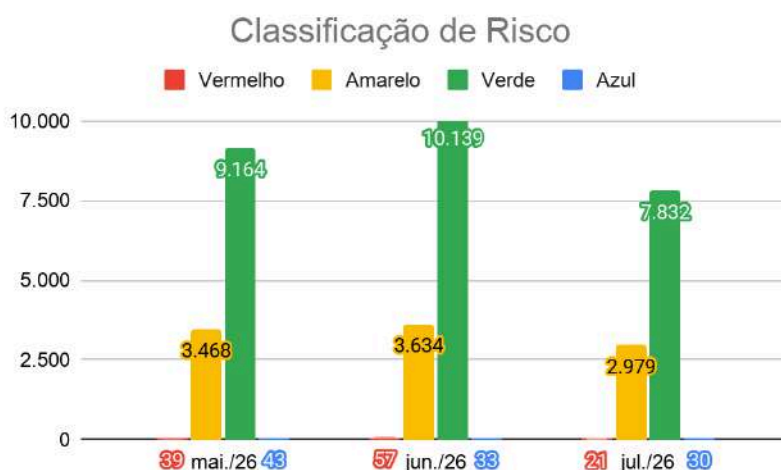
Foram registradas 11 notificações (50,0%) de usuários vinculados a Unidades Básicas de Saúde localizadas fora da Microrregião Norte. Esse resultado demonstra que a violência constitui um agravo distribuído em diferentes territórios do município, reforçando a necessidade de atuação integrada entre os diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para assegurar o acompanhamento e a continuidade do cuidado.

3. Monitoramento e continuidade do cuidado : O Serviço Social realiza o encaminhamento sistemático de todas as notificações às Unidades Básicas de Saúde de referência, por meio da Planilha de Condições de Saúde e Desfecho dos Pacientes. Essa estratégia fortalece a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, favorece o acompanhamento longitudinal dos casos e contribui para a continuidade do cuidado prestado aos usuários em situação de violência.

Análise final: Os dados demonstram que a distribuição das notificações de violência é resultado da interação entre os determinantes sociais da saúde, as características dos territórios, a organização dos serviços e a capacidade das equipes para identificar e notificar os casos. Nesse contexto, torna-se fundamental fortalecer as ações de vigilância em saúde, investir na educação permanente dos profissionais e aprimorar a articulação entre a UPA e as Unidades Básicas de Saúde, por meio da Linha de Cuidados.

A consolidação dessas estratégias contribui para ampliar a identificação precoce das situações de violência, reduzir a subnotificação, garantir a continuidade do acompanhamento pelos serviços de referência e qualificar as respostas da Rede de Atenção à Saúde, assegurando uma assistência mais integral, humanizada e resolutiva às pessoas em situação de violência.

5.1.19 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco



Análise crítica: No mês de julho de 2026, a UPA registrou 11.452 atendimentos classificados pelo Protocolo de Classificação de Risco, distribuídos entre as categorias verde (7.832 – 68,39%), amarela (2.979 – 26,01%), vermelha (21 – 0,18%) e azul (30 – 0,26%).

A predominância de pacientes classificados na cor verde demonstra a manutenção do perfil assistencial característico da unidade, com maior demanda por casos de baixa complexidade. Paralelamente, os pacientes classificados como amarelo representaram parcela significativa dos atendimentos, evidenciando a necessidade de manutenção de fluxos assistenciais ágeis e da priorização adequada para os casos com potencial de agravamento clínico.

Em comparação ao mês de junho, observou-se redução do número absoluto de atendimentos classificados, acompanhada da diminuição dos casos enquadrados nas classificações vermelha, amarela e verde, comportamento compatível com a redução da demanda espontânea no período. Ainda assim, a distribuição das

classificações de risco permaneceu estável, demonstrando consistência na aplicação do protocolo de acolhimento e na estratificação dos pacientes conforme a gravidade clínica.

Ressalta-se que a diferença entre o número total de atendimentos realizados pela unidade e o quantitativo de atendimentos classificados pelo Protocolo de Classificação de Risco corresponde aos usuários direcionados à fila dedicada "Cinza", destinada às demandas específicas previamente definidas pelo fluxo institucional, as quais não integram a classificação de risco convencional da Política Nacional de Humanização.

Os resultados demonstram que, mesmo diante da variação da demanda, a UPA manteve a efetividade do processo de acolhimento com Classificação de Risco, assegurando a identificação precoce dos pacientes graves, a priorização conforme a gravidade clínica e a organização do fluxo assistencial. A atuação integrada das equipes contribuiu para a manutenção da qualidade da assistência, da segurança do paciente e da eficiência operacional, evidenciando a capacidade da unidade em responder de forma resolutiva às necessidades da população e em manter seus processos assistenciais alinhados às diretrizes institucionais.

Categoria	Quantidade Pacientes	Porcentagem (%)
Vermelho (emergência)	21	0,18%
Amarelo (urgência moderada)	2.979	26,01%
Verde (baixa complexidade)	7.832	68,39%
Azul (não urgente)	30	0,26%

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



Análise crítica: No mês de julho, foram registradas 284 notificações de doenças de notificação compulsória, evidenciando a atuação contínua da unidade na

identificação, investigação e notificação dos agravos de interesse em saúde pública.

Destacaram-se as notificações de COVID-19 (172 casos), seguidas por dengue (55 casos) e atendimento antirrábico humano (33 casos), refletindo a manutenção da vigilância dos agravos de maior demanda no serviço. Também foram registrados 12 casos de intoxicação exógena, 4 acidentes com animais peçonhentos, 3 casos de sífilis, 3 de tuberculose, 1 suspeita de doença exantemática (sarampo/rubéola) e 1 suspeita de febre maculosa. Não houveram notificações de chikungunya, coqueluche, HIV, leptospirose, meningite ou monkeypox durante o período.

Os dados apresentados evidenciam o monitoramento contínuo dos agravos de notificação compulsória pela unidade, contribuindo para a análise do perfil epidemiológico da população atendida e fornecendo informações que subsidiam o planejamento das ações de vigilância e assistência em saúde.

Os resultados observados evidenciam um cenário epidemiológico estável no período, com predominância de notificações relacionadas à vigilância de casos suspeitos e aos atendimentos decorrentes de exposições de risco. A manutenção do monitoramento sistemático desses agravos contribui para a detecção precoce de alterações no perfil epidemiológico da população assistida, permitindo o planejamento de ações preventivas e garantindo uma assistência segura, oportuna e alinhada às diretrizes da vigilância em saúde.

Doenças de Notificações Compulsórias	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	9	10	7	4	8	3	4
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO	22	42	26	41	31	24	33
CHIKUNGUNYA	0	0	0	0	0	0	0
COQUELUCHE	0	0	0	0	0	0	0

COVID	281	339	366	210	175	202	172
DENGUE	156	235	251	228	138	118	55
DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (SARAMPO/RUBÉOLA)	0	0	0	0	0	0	1
FEBRE MACULOSA	0	1	1	1	2	3	1
HIV	0	0	0	0	0	0	0
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	9	9	10	7	4	6	12
LEPTOSPIROSE	0	0	0	0	0	0	0
MENINGITE	0	0	0	0	0	0	0
MONKEYPOX	0	0	0	0	0	0	0
SÍFILIS	2	8	3	2	8	1	3
TUBERCULOSE	5	9	6	5	4	7	3
TOTAL	484	653	670	498	370	364	284

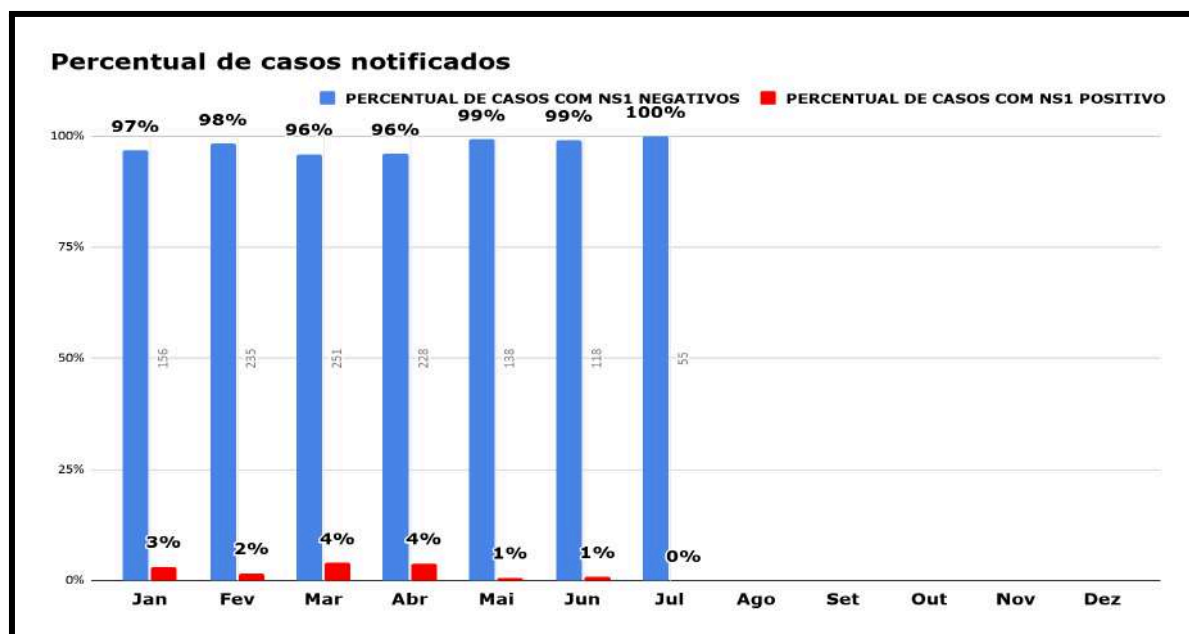
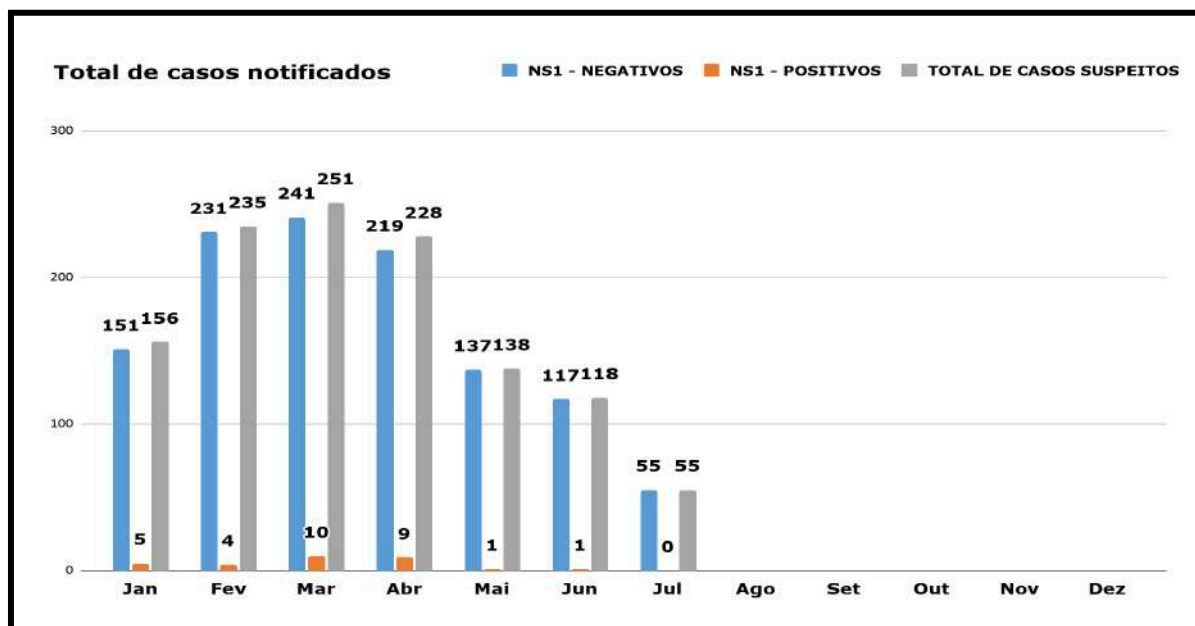
No mês de julho, foram registradas 579 notificações de doenças de interesse municipal, com predomínio expressivo dos casos de diarreia (433 casos), correspondendo a aproximadamente 74,8% do total de notificações, seguida por conjuntivite (134 casos), representando 23,1%. Também foram notificados 5 casos de caxumba, 5 casos de escarlatina e 2 casos de varicela.

O perfil epidemiológico observado demonstra maior ocorrência de doenças transmissíveis de importância para a vigilância local, especialmente as síndromes diarreicas e a conjuntivite, agravos que apresentam potencial para ocorrência de surtos, principalmente em ambientes coletivos, exigindo monitoramento contínuo e notificação oportuna.

Os resultados reforçam a importância da vigilância epidemiológica na identificação precoce de alterações no comportamento desses agravos, possibilitando a adoção de medidas oportunas de prevenção e controle. Além disso, evidenciam a necessidade de manter ações de educação em saúde voltadas à higiene das mãos, manipulação adequada dos alimentos, consumo de água potável, etiqueta respiratória e isolamento dos casos quando indicado, contribuindo para a redução da transmissão e para a segurança da população assistida.

Doença de interesse Municipal	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
CAXUMBA	1	2	6	3	5	12	5
CONJUNTIVITE	173	118	121	115	144	119	134
DIARRÉIA	816	593	978	1.016	637	575	433
ESCARLATINA	4	1	3	3	3	1	5
VARICELA	0	0	0	1	1	4	2
TOTAL	994	714	1.108	1.138	790	711	579

Casos suspeitos ou confirmados de Dengue

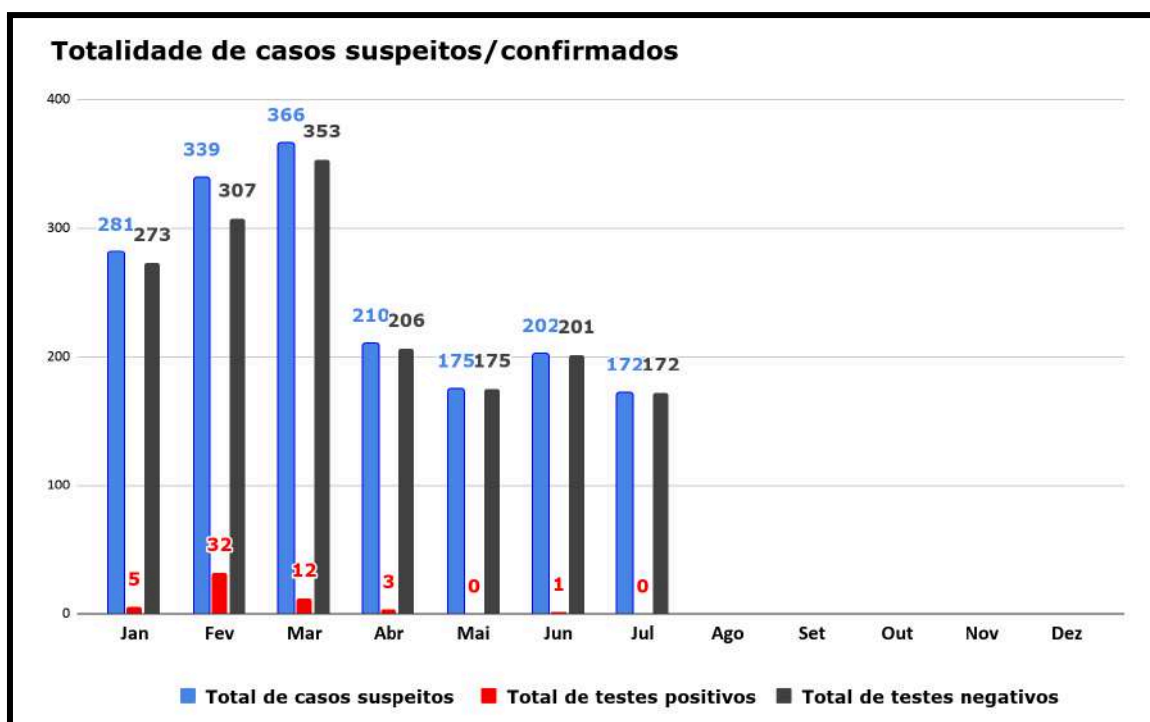


Análise crítica: No mês de julho, foram registrados 55 casos suspeitos de dengue, sendo que 100% dos testes NS1 apresentaram resultado negativo, sem confirmação laboratorial da doença no período analisado.

Os resultados demonstram ausência de casos confirmados de dengue entre os pacientes investigados, sugerindo baixa circulação viral na área de abrangência da unidade durante o mês. Apesar desse cenário favorável, a manutenção da vigilância epidemiológica permanece indispensável, uma vez que o perfil epidemiológico das arboviroses pode sofrer alterações em decorrência de fatores climáticos, ambientais e do aumento da população de vetores.

A continuidade da identificação precoce dos casos suspeitos, da notificação oportuna, da coleta adequada de amostras e do monitoramento dos resultados laboratoriais é essencial para subsidiar as ações de vigilância em saúde. Esses indicadores permitem a detecção rápida de mudanças no comportamento epidemiológico da doença e contribuem para a adoção de medidas preventivas e de controle, visando reduzir o risco de transmissão e proteger a população assistida.

Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados COVID 19

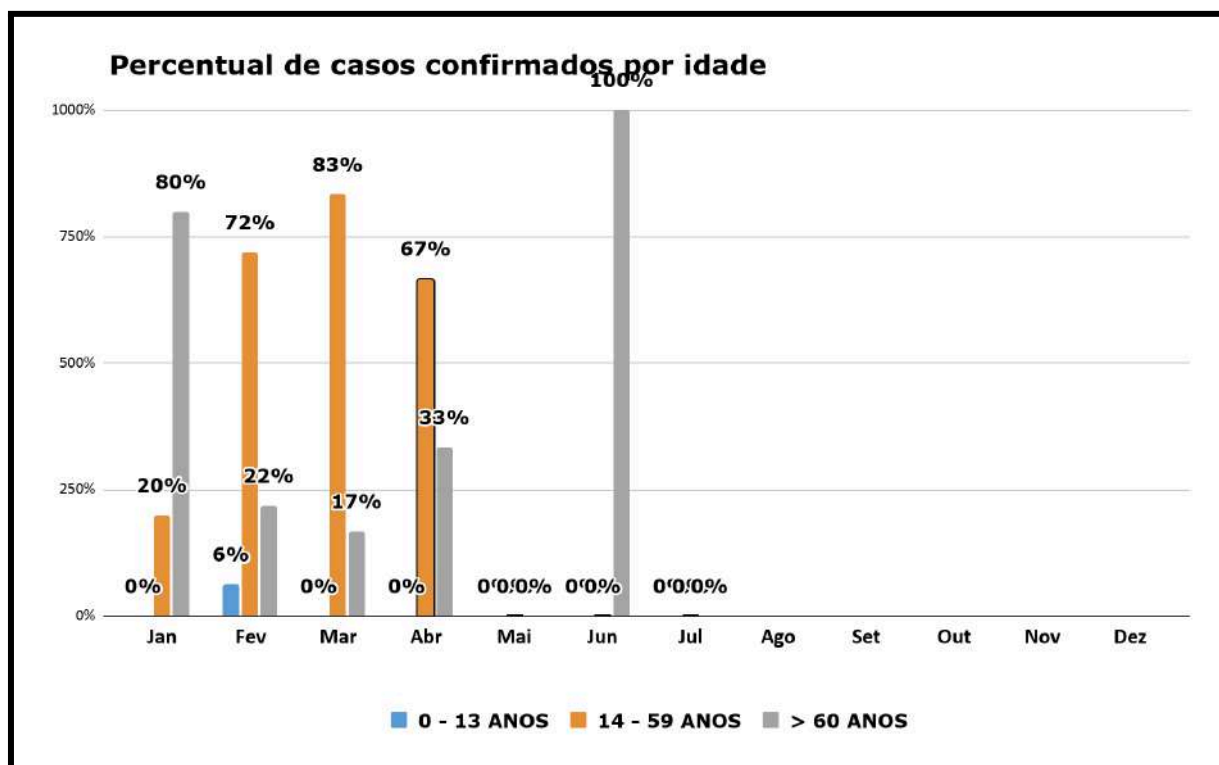


Análise crítica: No mês de julho, foram investigados 172 casos suspeitos de COVID-19, com realização de testes em 100% dos pacientes. Todos os exames apresentaram resultado negativo, não havendo confirmação laboratorial da doença durante o período. Não foram registrados casos em que o teste deixou de ser realizado.

Os resultados demonstram um cenário epidemiológico favorável para a COVID-19 na área de abrangência da unidade, sem evidência de circulação significativa do SARS-CoV-2 entre os pacientes atendidos no mês. A realização de testes em todos os casos suspeitos evidencia a adesão da equipe aos protocolos assistenciais e de vigilância, garantindo investigação adequada e maior confiabilidade dos dados epidemiológicos.

Embora não tenham sido confirmados casos de COVID-19, é fundamental manter a vigilância ativa, considerando a circulação de outros vírus respiratórios com manifestações clínicas semelhantes. A continuidade da investigação dos casos suspeitos, da notificação quando indicada e da adoção das medidas de prevenção e controle contribui para a detecção precoce de possíveis alterações no cenário epidemiológico e para a manutenção da segurança assistencial.

Faixa etária dos casos confirmados COVID 19

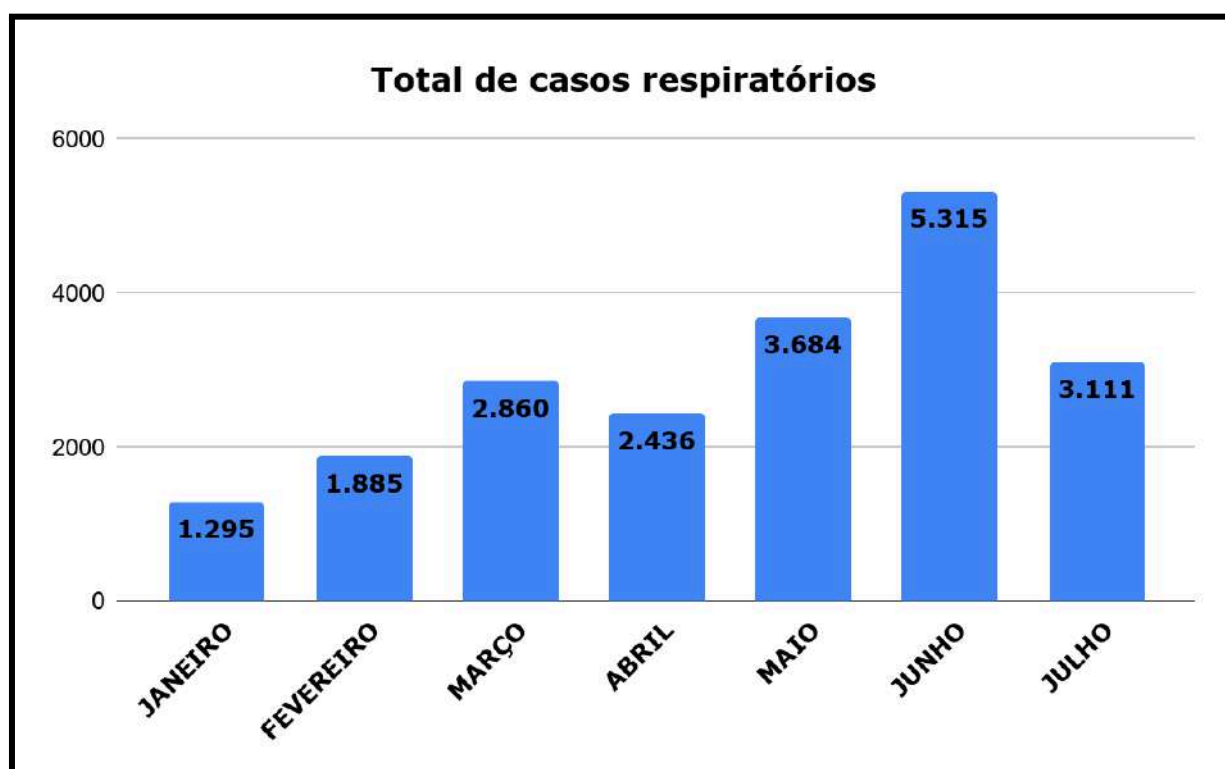


Análise crítica: No mês de julho, não foram registrados testes reagentes para COVID-19, resultando em ausência de casos confirmados em todas as faixas etárias analisadas. Dessa forma, os grupos de 0 a 13 anos, 14 a 59 anos e 60 anos ou mais apresentaram 0% de positividade.

Esse resultado demonstra que não houve evidência de circulação do SARS-CoV-2 entre os pacientes testados na unidade durante o período, independentemente da faixa etária. A ausência de casos positivos reforça o cenário epidemiológico favorável observado no mês e contribui para o monitoramento contínuo da situação da COVID-19 na área de abrangência.

Apesar da inexistência de casos confirmados, recomenda-se manter a vigilância epidemiológica ativa, com investigação dos casos suspeitos, realização de testes conforme os protocolos vigentes e monitoramento contínuo dos indicadores, possibilitando a identificação precoce de eventuais mudanças no perfil epidemiológico e a adoção oportuna das medidas de controle.

Monitoramento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda

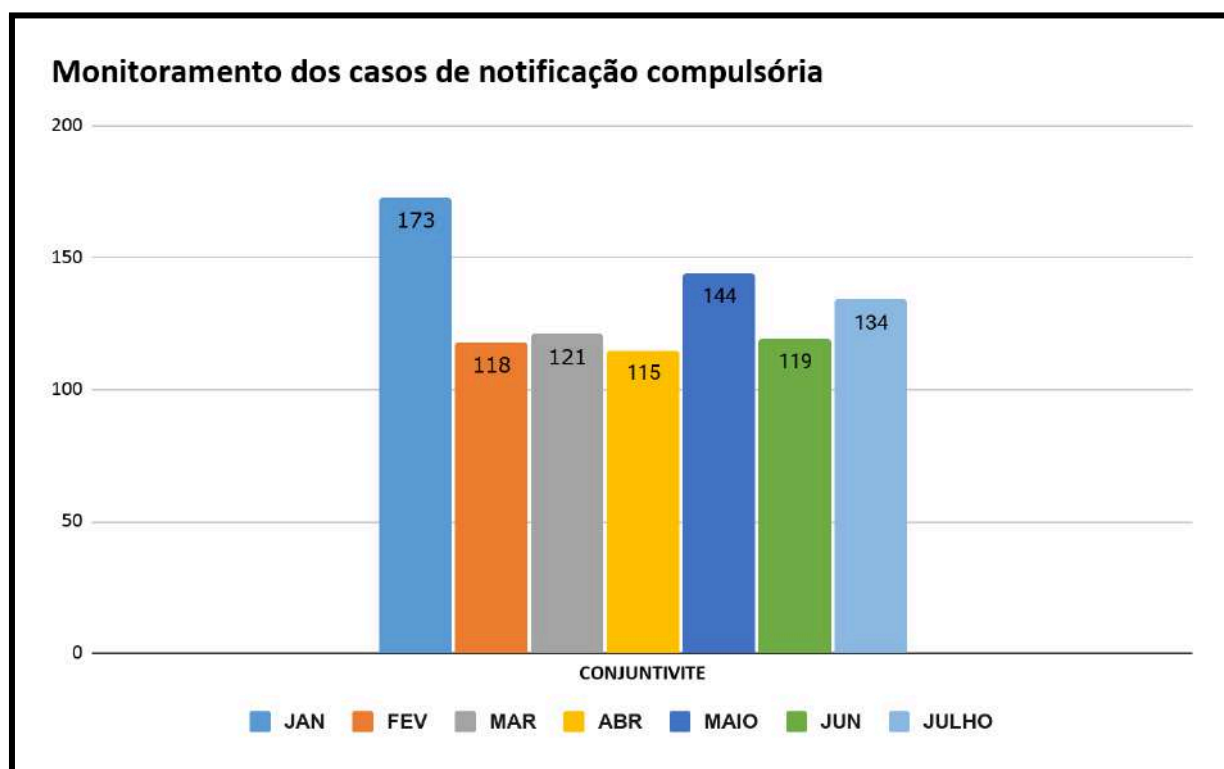


Análise crítica: No mês de julho, a unidade registrou 3.111 atendimentos relacionados a casos respiratórios, evidenciando que as síndromes respiratórias permaneceram entre os principais motivos de procura pelo serviço de urgência e emergência.

O elevado número de atendimentos está relacionado ao período de sazonalidade das doenças respiratórias, caracterizado pelas baixas temperaturas e pelo aumento da circulação de vírus respiratórios. Observou-se predominância de diagnósticos de infecção de vias aéreas superiores, especialmente nasofaringite, infecção de vias aéreas superiores (IVAS) e sinusite, com maior frequência na população adulta.

O cenário observado demonstra a manutenção da elevada demanda por atendimentos respiratórios durante o período, reforçando a importância do monitoramento contínuo desses agravos para subsidiar o planejamento assistencial e o acompanhamento do perfil epidemiológico da população atendida pela unidade.

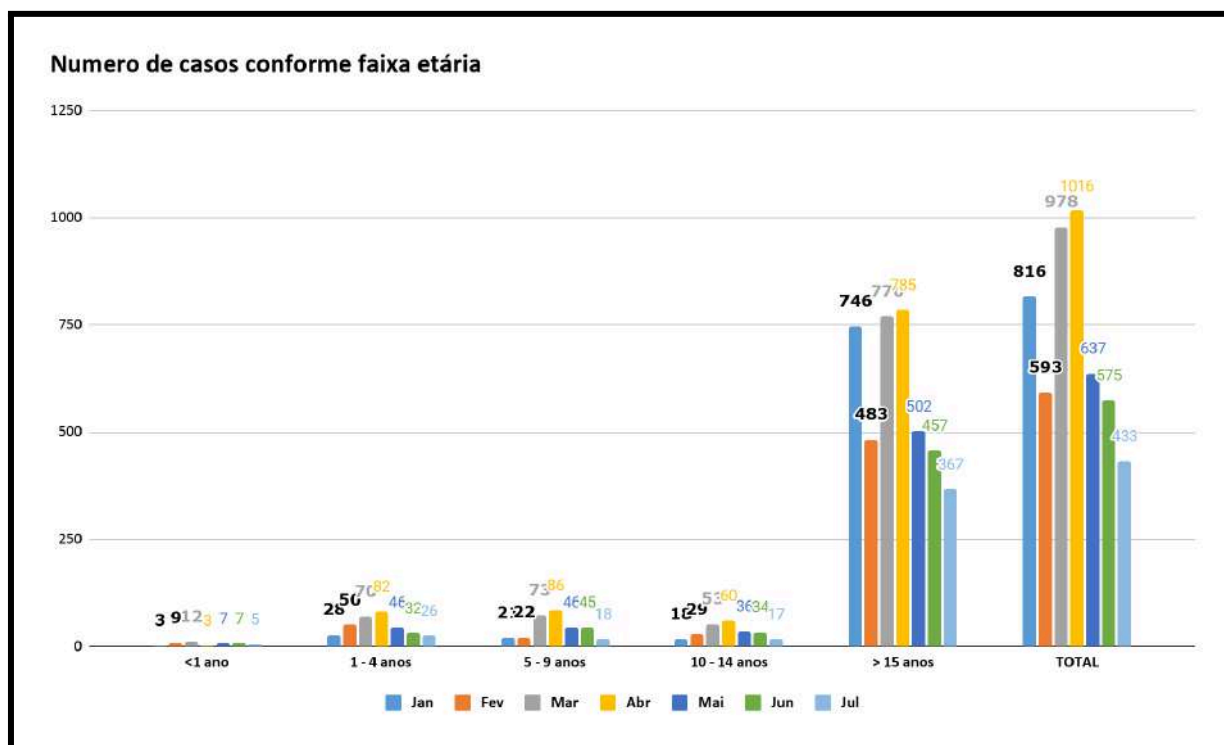
Monitoramento dos casos de notificação compulsória

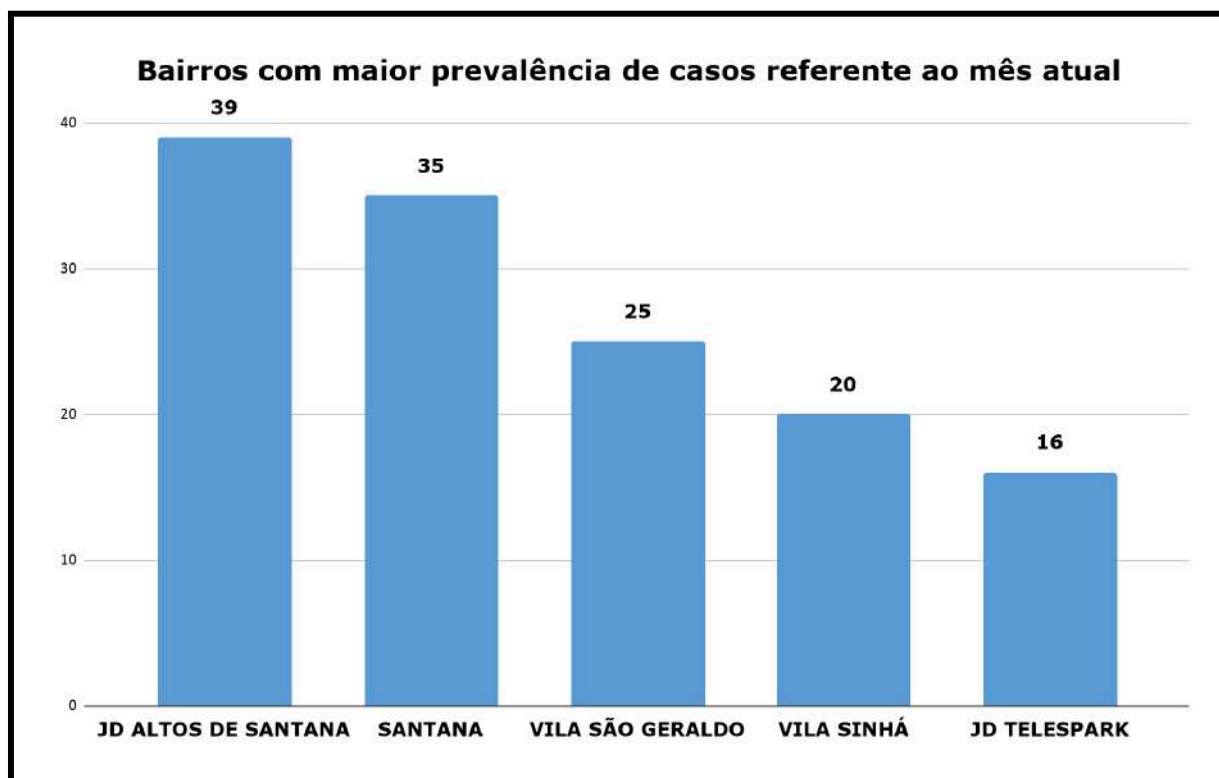


Análise crítica: No mês de julho, foram registrados 134 casos de conjuntivite, mantendo esse agravo entre as principais doenças de interesse municipal notificadas pela unidade. O número de casos demonstra a permanência da circulação da doença na população, favorecida pela facilidade de transmissão por contato direto com secreções oculares, objetos contaminados e ambientes de convívio coletivo.

Os casos registrados reforçam a importância da vigilância epidemiológica e do monitoramento contínuo desse agravo, permitindo a identificação precoce de possíveis aumentos na ocorrência e a adoção de medidas oportunas de controle. O acompanhamento sistemático dos indicadores subsidia o planejamento das ações assistenciais e de vigilância, contribuindo para a redução da transmissão e para a proteção da saúde da população atendida.

Monitoramento dos casos de Doenças Diarreicas Aguda



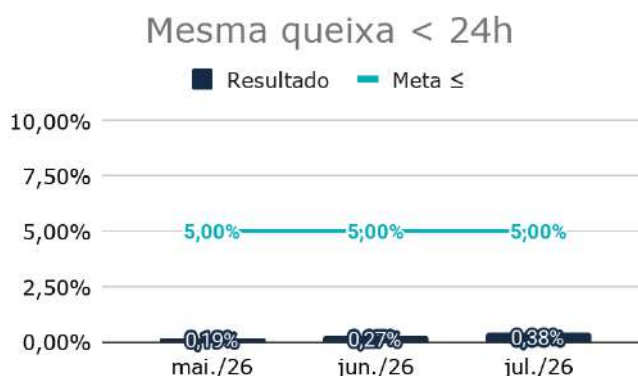


Análise crítica: No mês de julho, foram registrados 433 casos de diarreia, com predominância na população acima de 15 anos, que concentrou 367 casos (84,8%). Nas demais faixas etárias, foram notificados 26 casos entre crianças de 1 a 4 anos, 18 casos na faixa de 5 a 9 anos, 17 casos entre 10 e 14 anos e 5 casos em menores de 1 ano.

Em relação à distribuição territorial, observou-se maior concentração de casos nos bairros Jardim Altos de Santana (39 casos), Santana (35 casos), Vila São Geraldo (25 casos), Vila Sinha (20 casos) e Jardim Telespark (16 casos), evidenciando maior demanda nessas áreas de abrangência da unidade.

O perfil epidemiológico demonstra predominância dos casos na população adulta e concentração em bairros específicos, informações que contribuem para o monitoramento da ocorrência da doença e para o direcionamento das ações de vigilância epidemiológica e planejamento assistencial, possibilitando o acompanhamento da evolução dos casos e a identificação precoce de alterações no comportamento do agravado.

5.1.21 Pacientes atendidos pela mesma queixa ≤ 24h



Análise crítica: o mês de **Julho de 2026**, a UPA Alto da Ponte registrou índice de **0,38% de pacientes que retornaram para nova consulta em até 24 horas pela mesma queixa**, correspondente a **44 pacientes**, mantendo desempenho amplamente inferior ao limite contratual de até 5% e evidenciando elevado padrão de resolutividade assistencial.

O resultado demonstra a manutenção da elevada capacidade de resolução clínica da unidade, evidenciando que a grande maioria dos pacientes teve sua demanda adequadamente atendida já no primeiro contato com o serviço. Mesmo diante da elevada demanda assistencial observada no período, o indicador permaneceu em patamar de excelência, reforçando a efetividade dos processos assistenciais, das

condutas clínicas adotadas e do acompanhamento contínuo dos indicadores de qualidade.

O desempenho observado reflete diretamente:

- Elevada assertividade das condutas clínicas iniciais;
- Adequada classificação de risco e direcionamento dos pacientes;
- Qualificação das orientações fornecidas no momento da alta;
- Padronização e qualidade dos registros assistenciais em prontuário;
- Aderência das equipes aos protocolos institucionais;
- Monitoramento sistemático dos indicadores de qualidade e segurança do paciente.

Cabe destacar que aproximadamente **99,62% dos pacientes atendidos na unidade não retornaram pela mesma queixa em até 24 horas**, evidenciando elevada resolatividade clínica e segurança na condução dos casos atendidos. Esse resultado demonstra que as intervenções realizadas durante o atendimento inicial foram suficientes para resolução ou estabilização da maior parte dos quadros clínicos, reduzindo a necessidade de reavaliações precoces relacionadas ao mesmo agravo.

A análise dos retornos identificou predominância de condições clínicas passíveis de reavaliação evolutiva, especialmente **infecções do trato urinário, pneumonias, hipertensão arterial, infecções respiratórias, lesões superficiais, otites e outras condições infecciosas**, sem evidências de falhas sistêmicas na assistência prestada. O perfil dos casos permanece compatível com a variabilidade clínica esperada para serviços de urgência e emergência e não caracteriza comprometimento da qualidade assistencial.

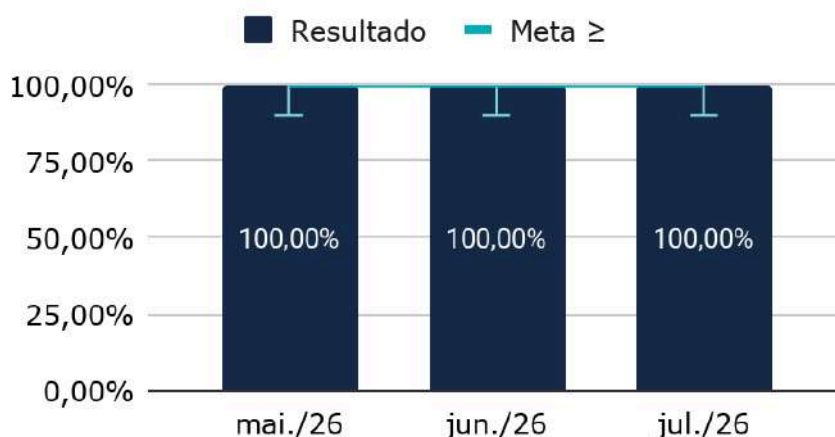
Sob a perspectiva gerencial, o indicador reforça a maturidade dos processos assistenciais da unidade, a qualificação técnica das equipes multiprofissionais e a efetividade das estratégias de melhoria contínua implementadas. Embora tenha sido observado discreto aumento em relação ao mês anterior (**0,27% em junho**

para **0,38% em julho**), o resultado permanece muito abaixo da meta contratual de **5%**, não representando impacto sobre a qualidade da assistência ou sobre a segurança do paciente.

Dessa forma, os resultados de **Julho de 2026** confirmam a elevada capacidade de resolução clínica da UPA Alto da Ponte, mantendo desempenho consistente, seguro e alinhado às melhores práticas assistenciais. O índice de retorno em até 24 horas permanece significativamente inferior ao parâmetro contratual estabelecido, reafirmando a efetividade das condutas clínicas, da organização dos fluxos assistenciais e do acompanhamento contínuo dos indicadores de desempenho.

5.1.22 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar

Serviços de atendimento pré-hospitalar



Análise crítica: No mês de julho de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 215 atendimentos provenientes da regulação pré-hospitalar, mantendo volume assistencial semelhante ao observado no mês anterior (219 atendimentos). Esse resultado evidencia a estabilidade da demanda regulada e reforça o papel

estratégico da unidade como referência na Rede de Atenção às Urgências, atuando de forma resolutiva no acolhimento, estabilização clínica e continuidade do cuidado aos pacientes encaminhados pelos serviços de regulação.

Embora tenha sido observada discreta variação no número de atendimentos em relação a junho, a unidade preservou sua capacidade operacional, assegurando a adequada organização dos fluxos assistenciais, a disponibilidade dos recursos necessários e o atendimento oportuno aos pacientes de maior gravidade. A manutenção desse volume de atendimentos regulados demonstra a confiança da Central de Regulação na capacidade técnica da UPA para absorver casos de maior complexidade, contribuindo para a integração da rede assistencial e para a otimização do acesso aos serviços de urgência e emergência.

Os resultados de julho evidenciam a consistência dos processos assistenciais implantados, a atuação integrada da equipe multiprofissional e a capacidade da unidade em manter a qualidade e a segurança da assistência, mesmo diante das oscilações da demanda, consolidando seu papel como importante ponto de atenção na Rede de Urgência e Emergência do município.

Classificação de Risco – Julho/2026

Classificação	Quantidade	Percentual
Amarelo	183	85,12%
Vermelho	4	1,86%
Verde	25	11,63%

Azul	3	1,40%
Total	215	100%

Observou-se a manutenção da predominância de pacientes classificados como Amarelo (85,12%), evidenciando que a maior parte dos encaminhamentos provenientes da regulação pré-hospitalar correspondeu a pacientes com necessidade de atendimento prioritário, monitorização clínica e suporte assistencial estruturado. Esse perfil reforça a atuação da UPA Alto da Ponte como importante componente da Rede de Atenção às Urgências, preparada para o manejo inicial e estabilização de pacientes de média complexidade.

Os pacientes classificados como Vermelho (1,86%) representaram uma parcela menor da demanda regulada no período, mantendo, entretanto, a necessidade de disponibilidade permanente de equipe capacitada, leitos de emergência e aplicação imediata dos protocolos de atendimento aos casos críticos. Esse cenário demonstra que a unidade preservou sua prontidão operacional para responder de forma rápida e segura às situações de maior gravidade.

A participação dos pacientes classificados como Verde (11,63%) permaneceu reduzida em relação aos atendimentos prioritários, evidenciando a efetividade da regulação pré-hospitalar no direcionamento de pacientes compatíveis com o perfil assistencial da unidade. A baixa proporção de pacientes classificados como Azul (1,40%) reforça a adequada utilização da UPA para demandas que efetivamente requerem avaliação em serviços de urgência.

Perfil Epidemiológico

A análise dos diagnósticos mais frequentes evidencia a manutenção da elevada complexidade clínica dos pacientes regulados, com predominância de manifestações inespecíficas, agravos clínicos agudos e condições que exigem investigação diagnóstica e monitoramento contínuo.

Top 5 CIDs – Julho/2026

CID	Diagnóstico	Quantidade
R53	Mal-estar e fadiga	16
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	11
R39	Infecção do trato urinário de localização não especificada	6
R56	Convulsões	6
F41	Transtornos ansiosos	6

Destaca-se o predomínio do CID R53 (Mal-estar e fadiga), evidenciando importante presença de pacientes com manifestações clínicas inespecíficas, cujo manejo exige raciocínio clínico ampliado e acompanhamento evolutivo para definição diagnóstica. Observa-se também frequência relevante de atendimentos relacionados aos transtornos decorrentes do uso de álcool (CID F10), além de

pacientes com infecção do trato urinário, dispneia, pneumonia, convulsões, sepse, insuficiência cardíaca, síncope e outras condições clínicas agudas, confirmando o perfil assistencial de média e alta complexidade dos pacientes encaminhados pela regulação pré-hospitalar.

A diversidade dos diagnósticos reforça a necessidade de atuação integrada da equipe multiprofissional, disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos e aplicação de protocolos assistenciais, garantindo atendimento resolutivo e seguro aos pacientes regulados.

Análise Crítica

A análise consolidada dos indicadores de julho demonstra que a UPA Alto da Ponte manteve estabilidade no atendimento da demanda proveniente da regulação pré-hospitalar, registrando 215 pacientes regulados, volume semelhante ao observado no mês anterior. A predominância de pacientes classificados como Amarelo (85,12%), associada à presença de casos Vermelhos (1,86%), evidencia que a unidade permaneceu atendendo, prioritariamente, pacientes com necessidade de avaliação rápida, monitorização clínica e intervenções oportunas, compatíveis com seu papel estratégico na Rede de Atenção às Urgências.

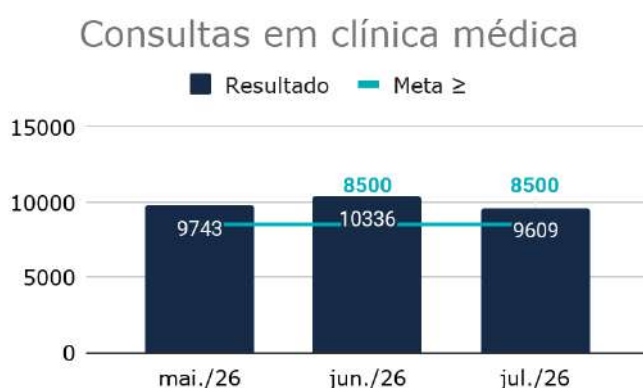
O perfil epidemiológico observado confirma a elevada complexidade clínica dos pacientes encaminhados, com predominância de agravos que exigem investigação diagnóstica, estabilização e acompanhamento contínuo, reforçando a importância da estrutura assistencial da unidade e da integração entre as equipes multiprofissionais.

Mesmo diante da variação no perfil dos diagnósticos e da necessidade de resposta rápida às intercorrências clínicas, a UPA Alto da Ponte manteve organização dos fluxos assistenciais, efetividade na classificação de risco e elevada capacidade de resposta aos casos regulados, preservando a qualidade e a segurança da assistência prestada.

Os resultados de julho evidenciam a consolidação dos processos assistenciais da unidade, a eficiência operacional e a capacidade da equipe em oferecer atendimento resolutivo aos pacientes encaminhados pela regulação pré-hospitalar, fortalecendo o papel da UPA Alto da Ponte como referência intermediária na Rede de Urgência e Emergência do município.

6. INDICADORES DE PRODUÇÃO

6.1.1 Consultas em clínica médica



Análise crítica: No mês de Julho de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 9.609 atendimentos na ala clínica, mantendo produção assistencial superior à meta contratual de 8.500 atendimentos. O resultado demonstra a continuidade da elevada procura pelos serviços de urgência e emergência da microrregião norte do município e reafirma a capacidade operacional da unidade em absorver expressivo volume de demanda.

Em comparação com o mês de junho, quando foram realizados 10.336 atendimentos clínicos, observou-se redução de aproximadamente 7,03% no

volume assistencial. Apesar dessa variação, a produção permaneceu **13,05% acima da meta contratual**, evidenciando manutenção da elevada demanda e da capacidade institucional de resposta.

A unidade preservou a organização dos fluxos assistenciais, a disponibilidade dos recursos e a eficiência operacional, garantindo atendimento oportuno e seguro à população, mesmo diante das oscilações epidemiológicas e sazonais características do período.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS

A análise epidemiológica dos atendimentos demonstra mudança no perfil dos principais agravos em relação ao mês anterior. Em julho, observou-se predominância das **infecções respiratórias agudas**, especialmente aquelas relacionadas às vias aéreas superiores, comportamento compatível com o período sazonal de inverno.

Os dez diagnósticos mais frequentes foram:

Posição	CID	Descrição do diagnóstico	Atendimentos
1	J00	Nasofaringite aguda, resfriado comum	617
2	J06.9	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	459
3	M79.6	Dor em membro	378
4	M54.5	Dor lombar baixa	359

5	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	315
6	R52.0	Dor aguda	289
7	J11	Influenza devida a vírus não identificado	286
8	R05	Tosse	285
9	N39.0	Infecção do trato urinário de localização não especificada	274
10	J03.9	Amigdalite aguda não especificada	234

A distribuição dos diagnósticos evidencia concentração relevante de condições respiratórias. Somados, os registros de nasofaringite aguda, infecção das vias aéreas superiores, influenza, tosse e amigdalite corresponderam a 1.881 atendimentos entre os dez principais CIDs.

Também se observou participação expressiva das queixas osteomusculares e dolorosas, como dor em membro, dor lombar baixa e dor aguda, que totalizaram 1.026 atendimentos. A diarreia e gastroenterite infecciosa permaneceu entre os diagnósticos mais frequentes, porém apresentou menor predominância em relação ao perfil epidemiológico observado em junho.

Esse comportamento confirma uma transição da concentração de agravos gastrointestinais para um cenário com maior presença de doenças respiratórias típicas do inverno, sem deixar de apresentar demanda importante por condições dolorosas, osteomusculares e infecciosas.

PERFIL ETÁRIO

Sob a perspectiva demográfica, manteve-se a predominância da população adulta economicamente ativa. A faixa etária de **18 a 29 anos** apresentou a maior participação, correspondendo a **20,77%** dos registros, seguida pelos grupos de **30 a 39 anos**, com **16,51%**, e de **40 a 49 anos**, com **15,63%**.

A distribuição por faixa etária foi:

Faixa etária	Percentual
14 a 17 anos	3,30%
18 a 29 anos	20,77%
30 a 39 anos	16,51%
40 a 49 anos	15,63%
50 a 59 anos	15,13%
60 a 69 anos	13,08%
70 a 79 anos	10,19%
Mais de 79 anos	5,39%

Os pacientes com 60 anos ou mais representaram aproximadamente 28,66% dos registros analisados, totalizando 3.760 atendimentos. Esse percentual demonstra participação relevante da população idosa e exige atenção diferenciada das

equipes assistenciais, considerando a maior prevalência de comorbidades, fragilidade clínica e risco de evolução desfavorável.

Os grupos entre 18 e 59 anos concentraram aproximadamente 68,04% da demanda, reforçando a predominância de pacientes pertencentes à população adulta e economicamente ativa.

DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO

A distribuição por gênero manteve comportamento semelhante ao padrão historicamente observado na unidade, com predominância do sexo feminino.

Gênero	Percentual
Feminino	54,58%
Masculino	45,42%

O sexo feminino concentrou mais da metade dos registros, correspondendo a 54,58%, enquanto o sexo masculino representou 45,42%. A diferença observada mantém o perfil epidemiológico já identificado em períodos anteriores.

LOCAL DE RESIDÊNCIA

A análise do local de residência demonstra que a maior parte dos pacientes atendidos era proveniente de São José dos Campos, reafirmando o papel da UPA Alto da Ponte como referência para a população do município, especialmente para os moradores da região norte.

Local de residência	Percentual
São José dos Campos/SP – registro 1	84,13%
São José dos Campos/SP – registro 2	14,15%
Não informado	0,94%
Jacareí/SP	0,16%
São Francisco Xavier/SP	0,09%
Monteiro Lobato/SP	0,08%
Taubaté/SP	0,05%
Caraguatatuba/SP	0,04%
Rio de Janeiro/RJ	0,04%
São Paulo/SP	0,04%
Francisco Morato/SP	0,02%
Guarulhos/SP	0,02%
Miracatu/SP	0,02%

Paraibuna/SP	0,02%
Pindamonhangaba/SP	0,02%
Piquete/SP	0,02%

Considerando os dois registros apresentados para São José dos Campos, aproximadamente 98,28% dos pacientes eram residentes no município. A participação de pacientes provenientes de outras cidades permaneceu reduzida, demonstrando que a unidade atende prioritariamente a população local e sua região de abrangência.

Recomenda-se, entretanto, a revisão da base de dados referente ao local de residência, pois São José dos Campos aparece dividido em duas linhas distintas. A unificação desses registros poderá melhorar a precisão da apresentação e facilitar futuras análises epidemiológicas.

ANÁLISE CRÍTICA

A análise consolidada dos indicadores de Julho de 2026 evidencia que a UPA Alto da Ponte manteve elevado volume assistencial, com 9.609 atendimentos clínicos, resultado superior à meta contratual estabelecida.

O perfil epidemiológico apresentou mudança relevante em comparação com o mês anterior, passando de uma maior concentração de doenças gastrointestinais infecciosas para predominância de condições respiratórias agudas, especialmente nasofaringite, infecções das vias aéreas superiores, influenza, tosse e amigdalite. Essa alteração é compatível com a sazonalidade do inverno e exige manutenção da capacidade assistencial para avaliação, tratamento e observação de pacientes com sintomas respiratórios.

Além das doenças respiratórias, houve participação expressiva de condições osteomusculares e síndromes dolorosas, demonstrando diversidade da demanda clínica e necessidade de disponibilidade contínua de recursos diagnósticos, medicamentosos e assistenciais.

A elevada participação da população adulta economicamente ativa reforça o papel da unidade como principal porta de entrada para atendimentos clínicos agudos da população da região. Paralelamente, o percentual de pacientes idosos exige vigilância permanente, devido à maior complexidade clínica e ao risco aumentado de complicações.

A predominância de moradores de São José dos Campos demonstra que a UPA Alto da Ponte permanece fortemente vinculada à assistência da população municipal, cumprindo sua função regional e contribuindo diretamente para a organização da rede de urgência e emergência.

Dessa forma, os resultados de Julho de 2026 evidenciam que a unidade manteve capacidade de absorção da demanda, eficiência operacional e resolutividade clínica, preservando a qualidade e a segurança assistencial. O desempenho observado reforça a importância do monitoramento contínuo do perfil epidemiológico, do dimensionamento adequado das equipes e da gestão eficiente dos recursos disponíveis, garantindo resposta compatível com as necessidades da população atendida.

6.1.2 Consultas em pediatria



Análise crítica: No mês de Julho de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 1.840 atendimentos pediátricos, volume inferior à meta contratual de 3.200 atendimentos. Apesar da produção abaixo da meta estabelecida, a unidade manteve plena capacidade para absorção da demanda espontânea, preservando a organização dos fluxos assistenciais, o acesso oportuno e a qualidade da assistência prestada à população infantil.

O comportamento assistencial observado reflete a sazonalidade característica do período, com predominância de agravos respiratórios e doenças infecciosas comuns na infância, mantendo perfil epidemiológico compatível com o inverno e com a demanda historicamente observada nos serviços de urgência pediátrica.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS

A análise epidemiológica demonstra predominância das doenças respiratórias agudas como principal motivo de procura pelo atendimento pediátrico durante o período analisado, seguida por quadros febris, gastrointestinais e demais condições infecciosas frequentes na infância.

Posição	CID	Descrição do diagnóstico	Atendimentos
1	J00	Nasofaringite aguda (resfriado comum)	204
2	R05	Tosse	172
3	J03.9	Amigdalite aguda não especificada	137
4	R50.9	Febre não especificada	80
5	R11	Náusea e vômitos	76
6	J06	Infecções agudas das vias aéreas superiores	63
7	J06.9	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	59
8	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	54
9	J11.1	Influenza com manifestações respiratórias	39
10	J11	Influenza devida a vírus não identificado	38

A distribuição dos diagnósticos evidencia importante predominância das infecções respiratórias agudas, característica compatível com o período sazonal do inverno. Também permaneceram frequentes os quadros febris, gastrointestinais e demais

doenças infecciosas comuns na infância, demonstrando perfil epidemiológico compatível com a faixa etária atendida e reforçando a necessidade de manutenção da estrutura assistencial voltada ao atendimento pediátrico.

DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO

A distribuição por gênero manteve comportamento equilibrado, com discreta predominância do sexo masculino.

Gênero	Percentual
Masculino	51,39%
Feminino	48,52%
Indiferente/Ambos	0,08%

LOCAL DE RESIDÊNCIA

A análise do local de residência demonstra que a assistência pediátrica permaneceu concentrada na população residente em São José dos Campos, reafirmando o papel da UPA Alto da Ponte como referência para o atendimento infantil da região norte do município.

Local de residência	Percentual
São José dos Campos/SP	98,73%
Monteiro Lobato/SP	0,16%

Caçapava/SP	0,12%
Cajamar/SP	0,08%
Arujá/SP	0,04%
Caraguatatuba/SP	0,04%
Manaus/AM	0,04%
Rio de Janeiro/RJ	0,04%
Rio Grande da Serra/SP	0,04%
São Francisco Xavier/SP	0,04%

Observa-se que **98,73%** dos pacientes atendidos eram provenientes de São José dos Campos, demonstrando que a unidade permanece desempenhando seu papel como referência para a assistência pediátrica da população da região norte do município. A participação de pacientes oriundos de outros municípios permaneceu residual, evidenciando que o atendimento continua direcionado prioritariamente à população da área de abrangência.

ANÁLISE CRÍTICA

A análise consolidada dos indicadores da Pediatria evidencia que a UPA Alto da Ponte manteve perfil assistencial compatível com o período sazonal, caracterizado pela predominância das doenças respiratórias agudas e demais condições infecciosas comuns na infância. O comportamento epidemiológico observado reforça a necessidade de manutenção da estrutura assistencial voltada ao

atendimento das síndromes respiratórias, gastrointestinais e dos quadros febris, preservando a qualidade e a segurança da assistência prestada.

O perfil dos atendimentos demonstra predominância de condições clínicas de baixa e média complexidade, passíveis de resolução na própria unidade, evidenciando adequada capacidade de resposta das equipes assistenciais e organização dos fluxos internos.

A distribuição dos usuários manteve comportamento semelhante ao observado historicamente, com equilíbrio entre os gêneros e predominância de pacientes residentes em São José dos Campos, reafirmando o papel regional da UPA Alto da Ponte como principal porta de entrada para atendimento pediátrico de urgência da população da região norte do município.

Dessa forma, os resultados de Julho reforçam a consolidação de um modelo assistencial orientado pelo monitoramento epidemiológico, pela organização dos fluxos e pela utilização racional dos recursos institucionais. A manutenção desse perfil demonstra que a unidade permanece preparada para responder às variações sazonais da demanda pediátrica, assegurando acesso oportuno, resolutividade clínica, segurança do paciente e qualidade assistencial.

6.1.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação <1h

Procedimentos de enfermagem na medicação



Análise crítica: No mês de julho de 2026, a UPA Alto da Ponte realizou 29.721 administrações de medicamentos, mantendo 100% das administrações realizadas em até 1 hora, indicador que evidencia a eficiência dos processos assistenciais e o compromisso da unidade com a segurança do paciente e a oportunidade do cuidado.

Embora tenha sido observado volume inferior ao do mês anterior, a unidade preservou integralmente o desempenho pactuado, demonstrando estabilidade operacional e capacidade de adaptação às oscilações da demanda assistencial, sem impacto nos tempos de administração dos medicamentos. O resultado reflete a efetividade da integração entre as equipes médica, de enfermagem e farmácia, garantindo agilidade desde a prescrição até a administração da terapia medicamentosa.

Distribuição das Vias de Administração – Julho/2026

A via intravenosa permaneceu como a principal modalidade de administração, representando 35,70% das medicações administradas, compatível com o perfil de pacientes que demandaram terapias de rápida ação, como hidratação venosa, antimicrobianos, analgésicos, antieméticos e demais medicamentos utilizados no manejo das urgências clínicas.

A via oral correspondeu a 26,22% das administrações, evidenciando a utilização racional da terapêutica em pacientes com condições clínicas estabilizadas ou passíveis de tratamento não invasivo.

A via intramuscular, responsável por 25,31% das administrações, manteve participação expressiva, demonstrando sua importância no manejo de quadros agudos, analgesia, antibioticoterapia e outras intervenções frequentes na rotina da unidade.

A administração em bôlus representou 5,42% dos procedimentos, refletindo a necessidade de intervenções rápidas em situações que exigiram resposta terapêutica imediata. As vias subcutânea (3,74%) e inalatória (3,22%) apresentaram participação compatível com o perfil epidemiológico observado no período, contemplando pacientes com alterações glicêmicas, necessidade de anticoagulação, broncoespasmos e outras condições clínicas específicas.

As demais vias de administração (ocular, retal, sonda gástrica, sublingual, tópica e vaginal) apresentaram utilização pontual, de acordo com indicações clínicas individualizadas, sem repercussão significativa sobre o perfil assistencial global da unidade.

Desempenho Operacional

A manutenção de 100% das administrações realizadas dentro do tempo preconizado, mesmo diante de um elevado volume de procedimentos, demonstra a consolidação dos processos assistenciais e a eficiência da organização do serviço.

Os resultados evidenciam:

- Fluxos assistenciais padronizados e eficientes;
- Integração efetiva entre os serviços de farmácia, enfermagem e equipe médica;

- Agilidade na dispensação, preparo e administração dos medicamentos;
- Capacidade operacional para atender à demanda assistencial sem comprometimento da qualidade;
- Adequado gerenciamento dos recursos humanos e materiais;
- Compromisso permanente com a segurança do paciente e com a qualidade da assistência.

A análise dos indicadores de julho demonstra que a UPA Alto da Ponte manteve elevado desempenho na gestão da terapia medicamentosa, assegurando atendimento oportuno, seguro e resolutivo. A predominância das vias intravenosa, oral e intramuscular confirma um perfil assistencial voltado ao atendimento de pacientes com condições agudas e à rápida instituição das condutas terapêuticas. Os resultados reforçam a maturidade dos processos institucionais, a eficiência operacional da unidade e a capacidade da equipe multiprofissional em manter elevados padrões de qualidade assistencial, contribuindo para a resolutividade e a segurança do cuidado prestado à população.

7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE

7.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período



Análise crítica: o mês de Julho de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 11.449 fichas de atendimento faturadas, resultado correspondente à soma dos atendimentos clínicos e pediátricos realizados no período. O processo de faturamento manteve 100% de conformidade, preservando a integridade dos registros, a rastreabilidade das informações assistenciais e os padrões institucionais de qualidade e segurança documental.

Em comparação ao mês anterior, quando foram faturadas 13.198 fichas, observou-se redução de 1.749 registros, correspondente a uma variação aproximada de 13,25%. Essa redução acompanha a diminuição da produção assistencial observada no período, especialmente na demanda clínica e pediátrica, sem comprometer a eficiência dos processos administrativos.

Apesar da redução do volume faturado, o processo permaneceu tecnicamente estável, sem ocorrência de perdas de registros, inconsistências documentais ou

glosas, evidenciando a robustez dos fluxos administrativos e a efetividade dos mecanismos de controle interno.

O fluxo operacional permaneceu estruturado, com exportação regular dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) por meio da plataforma Saludem, assegurando agilidade, consistência e rastreabilidade integral dos atendimentos realizados. Paralelamente, as auditorias internas de prontuários e a atuação permanente da Comissão de Revisão de Prontuários continuaram garantindo a qualidade dos registros assistenciais, a correta codificação dos procedimentos e a fidedignidade das informações encaminhadas para faturamento.

A análise do período demonstra que, mesmo diante da redução da produção assistencial, a unidade manteve elevado padrão de qualidade nos processos administrativos, preservando a conformidade dos registros e a segurança das informações processadas. A manutenção do índice de 100% de conformidade reforça a maturidade dos processos institucionais e a adequada integração entre as equipes assistenciais e administrativas.

Os resultados obtidos em Julho evidenciam a continuidade da excelência operacional no processo de faturamento da unidade, garantindo confiabilidade dos dados assistenciais, rastreabilidade dos procedimentos realizados e adequado suporte à gestão contratual.

Dessa forma, a UPA Alto da Ponte manteve um processo de faturamento sólido, seguro e eficiente, demonstrando capacidade para processar integralmente a produção assistencial realizada, sem prejuízo à qualidade documental, à conformidade dos registros e à integridade das informações produzidas.

7.2 Percentual de Atendimento a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade

Atendimento a pessoas vulneráveis



Análise Crítica: No mês de **Julho de 2026**, a UPA Alto da Ponte manteve **100% de conformidade** no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, preservando os princípios de acolhimento humanizado, inclusão, equidade e garantia de direitos previstos nas diretrizes institucionais e na Política Nacional de Humanização. Todos os critérios monitorados permaneceram integralmente atendidos, evidenciando a consolidação dos fluxos assistenciais voltados ao cuidado das populações prioritárias.

A identificação das pessoas em situação de vulnerabilidade continuou sendo realizada de forma sistematizada durante o cadastro dos usuários no sistema informatizado, possibilitando o adequado direcionamento ao fluxo assistencial e assegurando atendimento compatível com as necessidades específicas de cada paciente.

O registro do nome social e a sinalização eletrônica de vulnerabilidade (flag) permaneceram plenamente operacionais durante todo o período, permitindo que as equipes assistenciais tivessem acesso prévio às informações necessárias para garantir atendimento respeitoso, humanizado e alinhado aos princípios de dignidade, respeito à diversidade e integralidade do cuidado.

A sinalização de atendimento preferencial permaneceu devidamente instalada e visível em todos os setores da unidade, assegurando o cumprimento dos direitos

legalmente estabelecidos às pessoas pertencentes aos grupos prioritários e contribuindo para maior organização dos fluxos assistenciais.

Os dispositivos institucionais de acolhimento especializado, incluindo a Sala Lilás, a Sala do Afeto e o Serviço Social, permaneceram em pleno funcionamento, oferecendo suporte qualificado aos usuários em situação de vulnerabilidade social, violência, sofrimento psíquico e demais condições que demandam abordagem diferenciada e atendimento multiprofissional.

Durante o período, a equipe multiprofissional deu continuidade às ações permanentes de sensibilização e capacitação relacionadas ao acolhimento humanizado e ao atendimento das populações vulneráveis, fortalecendo a aplicação dos protocolos institucionais e assegurando a padronização das práticas assistenciais. As evidências documentais, registros de treinamentos e listas de presença permaneceram organizados e disponíveis para fins de rastreabilidade e auditoria.

A divulgação dos direitos dos usuários e das políticas de atendimento prioritário continuou sendo realizada por meio de sinalização institucional, orientações aos pacientes e adequada organização dos ambientes de espera, promovendo acessibilidade, inclusão e fortalecimento da cultura de humanização na unidade.

A manutenção de 100% de conformidade demonstra a consolidação das práticas institucionais voltadas à assistência humanizada, evidenciando que os fluxos implantados permanecem incorporados à rotina operacional da unidade e são executados de forma padronizada por todas as equipes envolvidas.

Os resultados obtidos em Julho de 2026 reafirmam o compromisso da UPA Alto da Ponte com a promoção da equidade, da inclusão e da humanização da assistência, demonstrando que a unidade permanece preparada para oferecer atendimento seguro, acolhedor e qualificado às pessoas em situação de vulnerabilidade, mantendo integral conformidade com os requisitos institucionais e contratuais,

independentemente das variações da demanda assistencial observadas no período.

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 auditoria realizada nos meses de junho e julho de 2026, abrangendo a análise de 171 prontuários, evidenciou resultados positivos e demonstrou a evolução contínua da qualidade dos registros assistenciais na unidade. Observou-se importante comprometimento das equipes com o fortalecimento das boas práticas de documentação, refletindo os resultados das ações de educação permanente, das devolutivas das auditorias e do acompanhamento sistemático dos indicadores institucionais.

Destaca-se como ponto positivo a ausência de não conformidades na Classificação de Risco, na Ficha de Atendimento de Enfermagem e no Resumo Médico de Alta, demonstrando elevada adesão aos protocolos institucionais e aos critérios estabelecidos para esses processos assistenciais.

Na Equipe Médica, embora tenham sido identificadas oportunidades de melhoria relacionadas à identificação dos registros, observou-se evolução na qualidade do preenchimento dos prontuários, evidenciando maior comprometimento dos profissionais com a documentação clínica e com a rastreabilidade das informações assistenciais.

Da mesma forma, a Equipe de Enfermagem apresentou avanços significativos na realização dos registros assistenciais, especialmente na evolução de enfermagem e na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). As não conformidades identificadas concentram-se, predominantemente, em aspectos formais, como ausência de assinatura, carimbo e checagem da prescrição, sem prejuízo da execução da assistência prestada, demonstrando que as equipes vêm incorporando progressivamente as orientações institucionais.

Na Recepção, as oportunidades de melhoria permanecem relacionadas ao preenchimento completo dos dados cadastrais, especialmente endereço e telefone para contato, informações essenciais para garantir a continuidade da assistência e a segurança dos processos administrativos e assistenciais.

De forma geral, os resultados obtidos demonstram evolução favorável dos indicadores de qualidade, refletindo o impacto positivo das estratégias de Educação Permanente, do monitoramento contínuo e das auditorias internas. A manutenção das ações educativas, das devolutivas às equipes e do acompanhamento sistemático dos indicadores contribuirá para consolidar a cultura de segurança do paciente, reduzir progressivamente as não conformidades remanescentes e fortalecer a qualidade dos registros assistenciais, assegurando maior segurança jurídica, rastreabilidade das informações e excelência na assistência prestada.

Comissão de Ética de Enfermagem:

A Comissão reforçou a importância da prescrição de enfermagem como etapa fundamental do Processo de Enfermagem, por orientar o planejamento, a execução e a continuidade da assistência. Destacou-se ainda a necessidade da checagem imediata e correta dos cuidados prescritos, assegurando a rastreabilidade das ações realizadas, a segurança do paciente, a comunicação efetiva entre os profissionais e a conformidade ética e legal dos registros de enfermagem. Também foi enfatizado que registros completos e fidedignos contribuem para a qualidade da assistência e para a redução de riscos assistenciais.

Comissão Núcleo segurança do Paciente (NSP):

No dia 29 de julho de 2026 a reunião evidenciou o compromisso institucional com a transparência, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos assistenciais. Inicialmente, foi comunicada a transição da Responsabilidade Técnica de Enfermagem, em razão da licença-maternidade da enfermeira Karine Azarias Silva, sendo oficializada a nomeação da enfermeira Valdirene Ribeiro da Silva para a função. A mudança ocorreu de forma organizada, assegurando a continuidade da gestão técnica e das atividades assistenciais da unidade.

Durante a reunião, foi apresentada a análise do evento adverso registrado no sistema Medicsys nº 2026720133975, relacionado à administração inadvertida de insulina regular em substituição à vacina antitetânica. A investigação demonstrou

que o evento decorreu da associação de múltiplas falhas no processo medicamentoso, incluindo erro de dispensação pela Farmácia, ausência da dupla checagem antes da administração e descumprimento do fluxo institucional para retirada e conferência de imunobiológicos. A análise reforçou que a ocorrência não foi resultado de uma única falha, mas da ruptura de diferentes barreiras de segurança, evidenciando a necessidade de fortalecimento dos processos institucionais.

Como aspecto positivo, destacou-se a atuação rápida da equipe após a identificação do evento, com contato imediato à paciente, retorno à unidade para avaliação médica, monitorização clínica contínua e adoção das condutas assistenciais necessárias para minimizar riscos. Ressalta-se, ainda, a notificação tempestiva do evento nos sistemas Medicsys e Notivisa, bem como a condução da investigação pelo Núcleo de Segurança do Paciente, demonstrando o comprometimento da instituição com a cultura de segurança, a transparência e a gestão de riscos.

A comissão reforçou a importância da análise de causa raiz como ferramenta para identificar fragilidades do sistema e implementar melhorias estruturais, evitando abordagens centradas exclusivamente na responsabilização individual. Nesse contexto, foram definidas ações voltadas ao fortalecimento das barreiras de segurança, incluindo revisão dos processos de dispensação e armazenamento de medicamentos e imunobiológicos, reforço da dupla checagem, cumprimento dos fluxos institucionais e capacitação contínua das equipes assistenciais.

Comissão de Ética Médica (CEM):

A Comissão de Ética Médica é de caráter bimestral e a próxima reunião está agendada para o dia 20/08/2026.

Comissão de Revisão de Óbitos (CRO):

A Comissão de Revisão de Óbitos foi realizada dia 13/07/2026; onde foram analisados os dois meses prévios, os quais foram identificados 5 óbitos em Maio e 16 óbitos em Junho. Com mais prevalência do sexo masculino tanto no mês de Maio, quanto em Junho. Apenas 3 casos foram encaminhados ao IML e ambos no mês de Junho, por causa de óbito externo. A idade média aproximada foi de 65 anos com o CID prevalente de: J96 (Insuficiência Respiratória Aguda).

Comissão de Bioética:

A Comissão de Bioética é de caráter trimestral e a próxima reunião está agendada para o dia 17/09/2026.

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:

Durante a reunião da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), foram apresentados os indicadores assistenciais e epidemiológicos referentes ao período, promovendo a análise dos resultados e o acompanhamento das ações desenvolvidas pela unidade.

Foi realizada capacitação sobre o fluxo de coleta de amostras e notificação de casos suspeitos de sarampo, reforçando os procedimentos para identificação, coleta, acondicionamento e encaminhamento das amostras, bem como o correto preenchimento das notificações.

Também foi realizada reorientação aos médicos e enfermeiros da unidade quanto às indicações e ao protocolo de atendimento antirrábico humano, com o objetivo de padronizar as condutas assistenciais conforme as recomendações vigentes.

Foram apresentadas as capacitações programadas para o mês de agosto, contemplando os temas Manejo de Feridas e Doenças de Notificação Compulsória,

visando ao fortalecimento da educação permanente e à qualificação da assistência prestada pela equipe.

Por fim, foi discutida a necessidade de realização de uma nova coleta para análise da água da unidade, com definição do acompanhamento das providências necessárias para o cumprimento da demanda.

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):

Na reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), foi abordada a preparação dos processos da Farmácia para a acreditação ONA, destacando a importância da padronização dos processos, da segurança do paciente, da rastreabilidade dos medicamentos e do monitoramento dos indicadores assistenciais. Também foram discutidas as adequações necessárias para atender aos requisitos de qualidade, reforçando o compromisso da equipe com a melhoria contínua e a conformidade dos processos institucionais.

Reunião Técnica:

A reunião técnica realizada teve como foco o fortalecimento dos processos assistenciais e administrativos da UPA Alto da Ponte, reafirmando o compromisso da unidade com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a melhoria contínua.

Foram reforçadas as orientações quanto à correta finalização das fichas de atendimento no Sistema Salutem, destacando sua importância para a qualidade dos registros assistenciais, rastreabilidade das informações, faturamento e monitoramento dos indicadores institucionais.

Também foi apresentada a implantação da Visita Multiprofissional à Beira-Leito, estratégia que vem promovendo maior integração entre as equipes, alinhamento das condutas terapêuticas, qualificação da comunicação interdisciplinar e aprimoramento do planejamento assistencial. A iniciativa fortalece a cultura de segurança do paciente e contribui para o atendimento dos requisitos das auditorias internas e dos programas de qualidade.

Reunião Clínica:

Foi discutido o caso da paciente C.S.S, portadora de tuberculose pulmonar bacilífera, encontrava-se em situação de extrema vulnerabilidade social, apresentando histórico de múltiplas internações e baixa adesão ao tratamento. Diante da complexidade do caso, foi realizada atuação integrada entre a UPA Alto da Ponte, Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica e Serviço Social.

A paciente permaneceu internada na UPA até 21 de julho de 2026, recebendo tratamento inicial e estabilização clínica. Após articulação da Rede de Atenção à Saúde, foi transferida para o Hospital Estadual de Sumaré, para continuidade do tratamento especializado, representando um desfecho favorável decorrente da atuação conjunta dos serviços envolvidos.

Comissão de Radioproteção:

A Comissão de Radioproteção tem caráter trimestral, portanto, a próxima reunião será dia 25/09/2026.

Programa de Prevenção de Risco de Acidente com Materiais de Perfurocortantes (PPRAMP)

No mês de Julho, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) manteve a estabilidade em seus indicadores de segurança do trabalho, consolidando o período com zero (0) ocorrências de acidentes com materiais perfurocortantes.

Este resultado reflete a eficácia das barreiras de proteção implantadas e, principalmente, o compromisso do corpo assistencial (enfermagem, equipe médica e higienização) com as práticas de descarte seguro.

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio:

Reunião ordinária mensal com foco em repasse de situações de potencial risco aos funcionários e informativo de início de processo eleitoral para novo mandato da CIPA.

Comissão de Humanização:

No mês de julho de 2026, a Comissão de Humanização reuniu-se para discutir o planejamento e a organização das ações institucionais voltadas à promoção da humanização no ambiente de trabalho e à melhoria da experiência dos usuários e colaboradores.

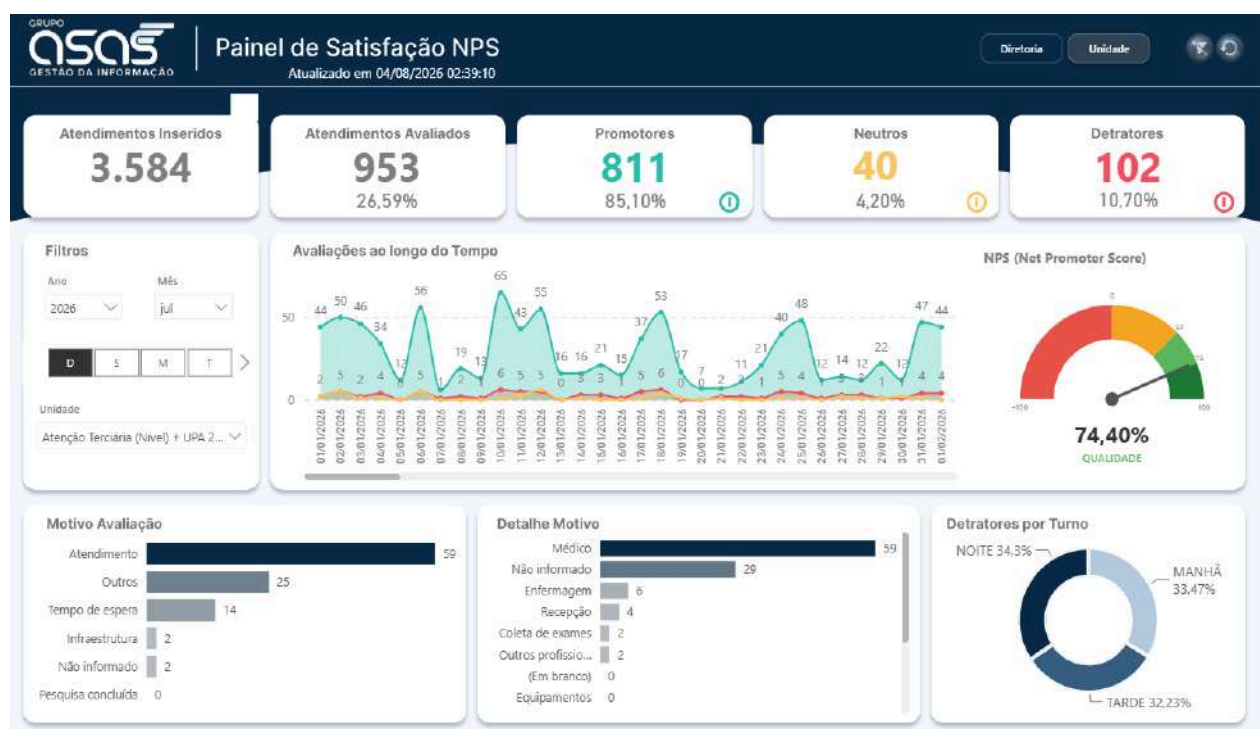
Entre os temas abordados, destacaram-se a proposta de implantação de homenagens aos aniversariantes do mês, o planejamento das ações alusivas ao Agosto Dourado, com foco na promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno, e a organização da ação comemorativa em homenagem ao Dia dos Pais. Também foram discutidas as dificuldades enfrentadas na manutenção do Guarda-Roupa Solidário, especialmente em relação à arrecadação de doações, bem como o planejamento antecipado das campanhas de arrecadação de brinquedos para as ações do Dia das Crianças e do Natal, visando ampliar o engajamento dos colaboradores e da comunidade.

Ao final da reunião, ficou agendada a próxima reunião da Comissão de Humanização para o dia 21 de agosto de 2026, ocasião em que serão avaliadas as ações desenvolvidas, analisados os resultados obtidos e definidas novas estratégias para dar continuidade às atividades da comissão, fortalecendo as iniciativas de humanização na unidade.

8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

8.1.1 Avaliação da Satisfação NPS



Análise crítica: No mês de Julho de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 953 avaliações válidas de satisfação, correspondendo a 26,59% dos 3.584 atendimentos inseridos no painel de avaliação. O índice de participação demonstra importante adesão dos usuários ao processo de avaliação da experiência

assistencial, conferindo elevada representatividade aos resultados obtidos e fortalecendo o monitoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados.

Entre as avaliações registradas, 811 usuários (85,10%) foram classificados como promotores, 40 (4,20%) como neutros e 102 (10,70%) como detratores. Com base nesses resultados, a unidade alcançou Net Promoter Score (NPS) de 74,40%, permanecendo na Zona de Qualidade e evidenciando elevado grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados.

Mesmo diante da elevada demanda assistencial observada durante o período, a unidade manteve reconhecimento positivo por parte da população atendida, especialmente em aspectos relacionados à qualidade técnica da assistência, acolhimento, resolutividade clínica e comprometimento das equipes multiprofissionais.

Os principais fatores associados às avaliações positivas permaneceram relacionados a:

- Qualidade da assistência prestada;
- Humanização e acolhimento dos usuários;
- Resolutividade clínica;
- Organização dos fluxos assistenciais;
- Cordialidade e comprometimento das equipes.

Em relação às avaliações negativas, verificou-se predominância de manifestações relacionadas ao atendimento (59 registros), seguidas por outros motivos (25 registros) e tempo de espera (14 registros). Quando analisados os detalhes dos detratores, observa-se maior concentração de apontamentos relacionados ao atendimento médico (59 registros), seguidos de manifestações classificadas como não informadas (29) e enfermagem (6), não sendo identificados problemas estruturais relevantes ou eventos que compromettesse a segurança assistencial da unidade.

Consultório de Experiência do Paciente

Durante o mês de Julho, o Consultório de Experiência do Paciente permaneceu como importante estratégia institucional voltada ao fortalecimento da humanização e da melhoria contínua da qualidade assistencial. A atuação integrada entre o Serviço Social, Concierge Hospitalar e Supervisão possibilitou acompanhamento diário dos usuários, promovendo escuta qualificada, acolhimento e resolução precoce de demandas apresentadas durante a permanência na unidade.

As intervenções realizadas contribuíram para redução de conflitos, melhoria da comunicação entre usuários e equipes assistenciais e fortalecimento da cultura institucional centrada na experiência do paciente, permitindo que diversas demandas fossem solucionadas ainda durante o atendimento.

ANÁLISE CRÍTICA

Os resultados de Julho de 2026 demonstram a manutenção de elevado padrão de satisfação dos usuários, evidenciado pelo alcance de 74,40% no Net Promoter Score (NPS) e pela predominância expressiva de avaliações classificadas como promotoras. O aumento da taxa de participação dos usuários fortalece a confiabilidade dos indicadores e amplia a capacidade institucional de identificar oportunidades de melhoria a partir da percepção da população atendida.

Embora as manifestações negativas permaneçam concentradas principalmente em aspectos relacionados ao atendimento e ao tempo de espera, observa-se que tais registros representam parcela reduzida do total de avaliações e constituem importante ferramenta para direcionamento das ações de melhoria contínua. A análise detalhada dos detratores demonstra predominância de apontamentos relacionados ao atendimento médico, permitindo que as lideranças assistenciais atuem de forma direcionada na revisão de processos, comunicação e acolhimento.

A atuação permanente do Consultório de Experiência do Paciente continua desempenhando papel estratégico na identificação precoce das demandas dos usuários, favorecendo intervenções imediatas, redução de conflitos e fortalecimento da cultura de cuidado centrado no paciente. Esse modelo contribui diretamente para qualificar a experiência assistencial e subsidiar decisões gerenciais baseadas na percepção dos usuários.

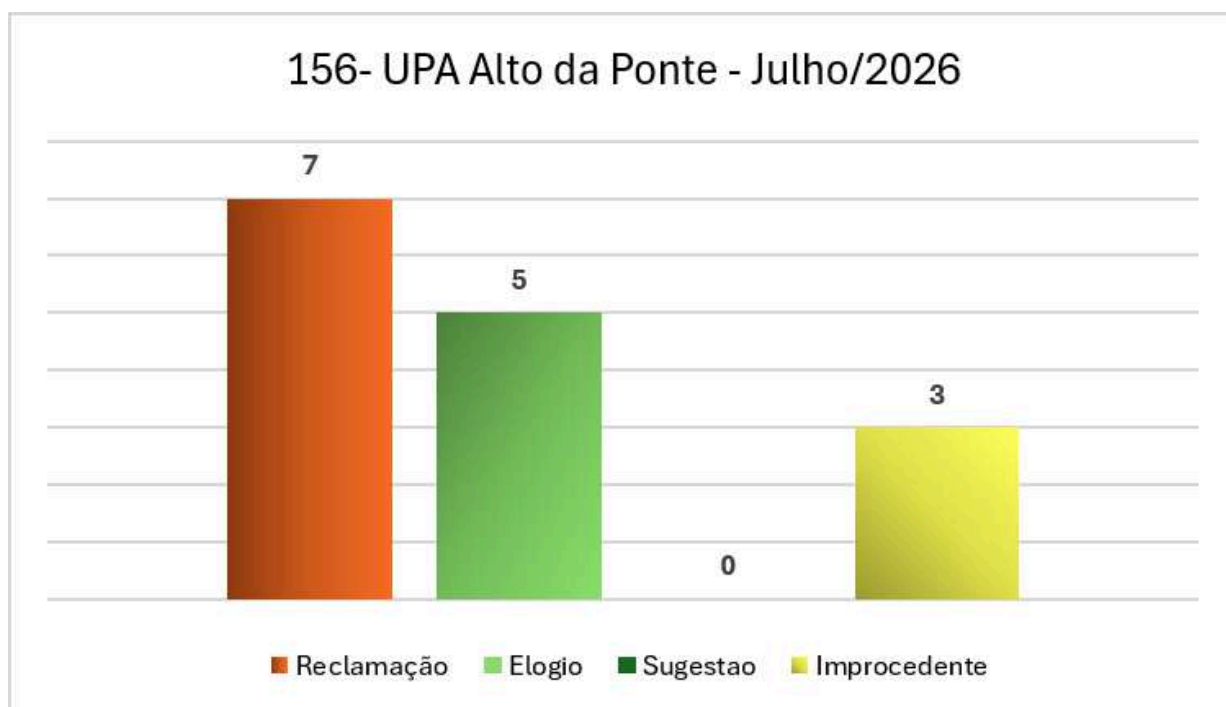
Os resultados obtidos reforçam a maturidade dos processos institucionais de humanização e demonstram que a UPA Alto da Ponte mantém elevado compromisso com a qualidade da assistência, utilizando os indicadores de satisfação como instrumento permanente de avaliação, monitoramento e aprimoramento dos serviços oferecidos.

CONCLUSÃO

- **Atendimentos inseridos:** 3.584;
- **Avaliações realizadas:** 953;
- **Taxa de participação:** 26,59%;
- **Promotores:** 85,10%;
- **Neutros:** 4,20%;
- **Detratores:** 10,70%;
- **NPS: 74,40%** (Zona de Qualidade).

Os resultados de **Julho de 2026** confirmam a manutenção de elevados índices de satisfação dos usuários e evidenciam a consolidação das estratégias institucionais voltadas à humanização, ao acolhimento e à melhoria contínua da qualidade assistencial. O elevado percentual de promotores, associado ao fortalecimento das ações do Consultório de Experiência do Paciente, demonstra que a UPA Alto da Ponte permanece comprometida com a oferta de uma assistência segura, resolutiva e centrada nas necessidades da população atendida.

8.1.4 Ouvidoria Municipal - 156



Análise crítica: No mês de julho de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 15 manifestações por meio do serviço 156, representando uma redução de 31,8% em relação ao mês anterior, quando foram registradas 22 manifestações. O resultado demonstra diminuição da demanda junto à Ouvidoria e reforça a utilização desse canal como importante instrumento para monitoramento da qualidade assistencial, avaliação da experiência do usuário e identificação de oportunidades de melhoria contínua.

Distribuição das Manifestações

- **Reclamações:** 7 (46,7%)
- **Elogios:** 5 (33,3%)
- **Improcedentes:** 3 (20,0%)

- **Sugestões:** 0 (0%)

Análise das Reclamações

As 7 reclamações registradas no período estiveram relacionadas, principalmente, ao tempo de espera para atendimento, à percepção dos usuários quanto às condutas adotadas pelas equipes assistenciais e a aspectos de comunicação durante o atendimento.

Após análise individualizada das manifestações, verificou-se que não houve identificação de falhas estruturais ou sistêmicas capazes de comprometer a segurança do paciente ou a qualidade da assistência prestada. As ocorrências refletiram, predominantemente, divergências entre a expectativa dos usuários e os critérios técnicos utilizados pelas equipes durante a condução dos atendimentos.

Análise das Manifestações Improcedentes

Foram registradas 3 manifestações improcedentes, relacionadas a solicitações que extrapolam a competência da UPA e à aplicação dos critérios técnicos previstos para o atendimento em unidade de urgência e emergência.

As manifestações referiram-se a pedidos de atendimento domiciliar, serviço que não faz parte das atribuições da UPA, e a questionamentos sobre a emissão de atestados médicos, cuja concessão ocorre exclusivamente mediante avaliação clínica do profissional médico, conforme critérios assistenciais e legislação vigente.

Após auditoria e análise técnica, constatou-se que todas as condutas adotadas seguiram os protocolos institucionais, não sendo identificadas irregularidades ou inconformidades na assistência prestada.

Análise dos Elogios

Os 5 elogios recebidos evidenciam que a população continua reconhecendo a qualidade da assistência oferecida pela UPA Alto da Ponte. As manifestações destacaram principalmente:

- Atendimento humanizado e acolhedor;
- Cordialidade, atenção e respeito dos profissionais;
- Qualidade técnica das equipes médica e de enfermagem;
- Comprometimento dos colaboradores durante a assistência;
- Eficiência no atendimento e resolução das demandas apresentadas.

Os elogios demonstram o empenho permanente das equipes na prestação de um atendimento qualificado, seguro e centrado nas necessidades dos usuários, fortalecendo a cultura institucional de humanização.

Análise Geral

Do total de **15 manifestações** registradas no mês de julho, observa-se:

- **Redução de 31,8%** no número total de manifestações em comparação ao mês de junho;
- **Redução das reclamações**, que passaram de 12 para 7 registros, indicando melhora na percepção dos usuários em relação aos serviços prestados;
- **Manutenção de manifestações de reconhecimento**, com 5 elogios direcionados às equipes, reforçando a qualidade técnica e o atendimento humanizado oferecido pela unidade;
- **Aumento proporcional das manifestações improcedentes**, relacionadas principalmente a solicitações incompatíveis com a finalidade da UPA, como pedidos de atendimento domiciliar e questionamentos acerca da emissão de atestados médicos, sem identificação de falhas assistenciais;

- **Ausência de sugestões formais**, mantendo o perfil observado nos meses anteriores.

De forma consolidada, os indicadores de julho demonstram evolução positiva em relação ao mês anterior, especialmente pela redução das reclamações e do número total de manifestações registradas. As análises realizadas evidenciam que as demandas recebidas permaneceram concentradas na percepção individual dos usuários sobre o atendimento e em solicitações que extrapolam as atribuições da unidade, não sendo identificados problemas estruturais ou assistenciais que compromettesse a qualidade do serviço.

Os resultados reafirmam o compromisso da UPA Alto da Ponte com a melhoria contínua dos processos, utilizando as manifestações da Ouvidoria como ferramenta estratégica para aprimorar a assistência, fortalecer a comunicação com os usuários e consolidar uma cultura institucional voltada à qualidade, à segurança do paciente e à humanização do atendimento.

9. COMISSÕES E COMITÊS

9.1 Comissão de Ética de Enfermagem

Pautas

1. Comunicações Gerais

Foi reforçada a importância da participação dos profissionais nas ações de capacitação promovidas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP), por meio da plataforma de ensino e aprendizagem, como ferramenta para atualização técnico-científica e fortalecimento da prática profissional.

2. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A Comissão destacou a obrigatoriedade da elaboração da Prescrição de Enfermagem, conforme previsto na legislação profissional, ressaltando que esse instrumento é essencial para o planejamento, a individualização e a continuidade da assistência prestada ao paciente.

Foi reforçado que a prescrição deve ser elaborada de forma clara, objetiva e compatível com as necessidades identificadas na avaliação de enfermagem, servindo como direcionamento para toda a equipe assistencial.

Também foi enfatizada a importância da checagem adequada das prescrições de enfermagem, imediatamente após a execução dos cuidados, assegurando a rastreabilidade das ações realizadas, a comunicação efetiva entre os profissionais e a segurança do paciente. Destacou-se que registros incompletos

ou ausência de checagem comprometem a continuidade da assistência e podem acarretar implicações éticas e legais ao profissional.

3. Auditoria dos Registros de Enfermagem

Foram apresentados os resultados das auditorias internas, evidenciando melhora na qualidade dos registros de enfermagem. Entretanto, permanecem oportunidades de melhoria relacionadas à realização da prescrição de enfermagem, à checagem dos cuidados prescritos e ao correto aprazamento das intervenções, reforçando-se a necessidade do cumprimento integral dessas etapas.

4. Educação Permanente

Ficou definido que serão intensificadas ações educativas junto à equipe de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Processo de Enfermagem, registros assistenciais, prescrição de enfermagem e responsabilidade ética na documentação das ações executadas, visando promover a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

5. Demandas Administrativas da Comissão

Foram atualizados os registros da Comissão de Ética de Enfermagem, revisada a organização documental e definido o cronograma das próximas reuniões. Também foram distribuídas responsabilidades entre os membros para acompanhamento das ações educativas e monitoramento dos indicadores relacionados aos registros de enfermagem.

Nada mais havendo a tratar, a Presidente agradeceu a presença de todos e encerrou a reunião às quatorze horas. Eu, Valdirene Ribeiro da Silva, lavrei a presente ata, que após lida e aprovada, será assinada por mim e pelos demais membros presentes.

9.2 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA-A)

CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde, Segurança e Meio Ambiente
Lista de Presença CEJAM
FOR.001.24.1P-0013 003

ASSUNTO Reunião de CIPA

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO LOCAL UPA ALTO DA PONTE

Nº	INSTRUTOR(A)		INSTRUTOR(A) INTERNO (X) INSTRUTOR(A) EXTERNO ()	DATA HORÁRIO DE INÍCIO DURAÇÃO FUNÇÃO	ASSINATURA
	UNIDADE / DEPARTAMENTO	NOME COMPLETO			
1	UPA Alto da Ponte	RAFAEL DE ALMEIDA		31/07/2026 10:00 às 11:00 1h	
2		RAFAEL DE ALMEIDA			
3	UPA Alto da Ponte	ESTER G. AMARAL	072467	COORDENADOR	
4		SILVIO ALVES SOUZA	070006	TEC. Radiologia	
5	UPA Alto da Ponte	QUINIA FRANCO BARROS	069927	TEC. GNF	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

9.3 Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente

1. A reunião foi iniciada pelo Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, que agradeceu a presença de todos os participantes e declarou aberta a sessão. Na oportunidade, foi comunicada a saída da Responsável Técnica de Enfermagem, Sra. Karine Azarias Silva, em razão do início de sua licença-maternidade. Em seguida, foi oficializada a nomeação da enfermeira Valdirene Ribeiro da Silva para assumir a função de Responsável Técnica de Enfermagem durante o referido período, assegurando a continuidade das atividades técnicas e assistenciais da unidade.

Apresentado o Medicsys de nº2026720133975, segue o caso: Na data de 20 de julho de 2026, o colaborador T.N.S. realizou atendimento à paciente A.K.L.C., ocasião em que administrou, inadvertidamente, 0,5 mL de insulina regular por via intramuscular em substituição à vacina antitetânica prescrita.

Durante a investigação do evento, foi constatado que a Farmácia dispensou, de forma equivocada, um frasco de insulina regular em substituição à vacina antitetânica, acondicionando-o na caixa destinada às vacinas. Verificou-se, ainda, que não foi realizada a dupla checagem do medicamento antes da administração, conforme preconizado pelos protocolos institucionais de segurança do paciente. Identificou-se também que a conferência e a retirada do imunobiológico foram efetuadas pelo colaborador T.N.S., quando essa atividade é de responsabilidade do enfermeiro do setor, de acordo com o fluxo institucional vigente.

Após a identificação do erro de medicação, a paciente foi prontamente contatada por telefone e orientada a retornar imediatamente à unidade para avaliação médica. No retorno, permaneceu em observação, sob monitorização clínica contínua e vigilância assistencial, com acompanhamento dos níveis glicêmicos e dos sinais clínicos, visando à detecção precoce de possíveis repercussões decorrentes da administração inadvertida da insulina e à adoção das medidas terapêuticas necessárias.

O evento foi imediatamente comunicado à equipe assistencial, à coordenação, à Farmácia e ao Núcleo de Segurança do Paciente para abertura da investigação, análise da causa raiz e definição das ações corretivas e preventivas. A análise preliminar evidenciou falhas em múltiplas barreiras de segurança do processo medicamentoso, incluindo erro de dispensação, ausência da dupla checagem antes da administração e descumprimento do fluxo institucional para retirada e conferência de vacinas. Foram propostas medidas de melhoria voltadas ao fortalecimento das barreiras de segurança, revisão dos processos de dispensação e armazenamento, reforço da dupla checagem e capacitação das equipes envolvidas, com o objetivo de prevenir a recorrência de eventos semelhantes e promover maior segurança ao paciente.

2. O evento foi notificado por meio dos sistemas Medicsys e Notivisa, em conformidade com os fluxos institucionais de gerenciamento de riscos e vigilância sanitária. A investigação foi conduzida pela enfermeira Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, responsável pela Educação Continuada, em conjunto com o Responsável Técnico Médico, Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, e a Responsável Técnica de Enfermagem, Valdirene Ribeiro da Silva.

Após análise detalhada das circunstâncias do evento, das falhas identificadas no processo e das medidas assistenciais adotadas, a comissão concluiu pela necessidade de encaminhamento do caso ao Departamento Jurídico da CEJAM para apuração dos fatos, avaliação das responsabilidades envolvidas e definição das providências administrativas e legais cabíveis, sem prejuízo da implementação das ações corretivas e preventivas voltadas ao fortalecimento das barreiras de segurança e à prevenção de recorrência de eventos semelhantes.

3. Cronograma de capacitação referente ao mês de julho

- Integração de novos colaboradores;
- Capacitação sobre NR 1;
- Capacitação sobre coleta de exames laboratoriais;
- Capacitação sobre checagem de prescrição de enfermagem;

- Capacitação sobre casos suspeitos de sarampo;
- Capacitação sobre LGPD;
- Capacitação sobre Metais internacionais de segurança do paciente (Meta 1, Meta 2, Meta 3).

a) Encerramento da reunião com data agendada da próxima para o dia 28/08/2026.

1. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Capacitação sobre NR-1	Tec. Seg Trab Erick Carvalho	30 Dias	
Capacitação sobre coleta de exames laboratoriais	RT Biomédica Fabiola Frias	30 Dias	
Palestra sobre atendimento humanizado ao paciente portador de TEA	Enf MARIA Nazaré	30 Dias	

Classificação da Informação: Uso Interno
PPA-PP-04-72-004-003

Capacitação sobre Medicação de alta vigilância	RT Farm Carolina Ferreira	30 Dias	
Capacitação sobre Meta 4 – Cirurgia segura	Enf Ed Per Juliana Ferreira	30 Dias	
Capacitação sobre doenças de notificação compulsória	Enf Ed Per Juliana Ferreira	30 Dias	
Comunicação, empatia e excelência no atendimento ao cliente	Enf Ed Per Juliana Ferreira	30 Dias	

9.4 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

PRÓ MEMÓRIA

DATA	29/07/2026	HORÁRIO	09h15 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ATA de Reunião CCIRAS: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dr João Rubens Greco Paes, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Adriano de Almeida, Erick Carvalho da Silva Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		

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) Apresentação dos indicadores e monitoramentos referente ao mês de julho.
 - Consumo de produtos para higienização das mãos;
 - Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - 5 momentos;
 - Percentual de cumprimento ao protocolo da meta 5;
 - Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de infecção da corrente sanguínea (BUNDLE) relacionada a passagem de CVC - RUE;
 - Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de infecção do trato urinário (BUNDLE) relacionada a passagem de CVD - RUE;
 - Percentual de reprocessamento de PPS;
 - Efetividade de limpeza dos materiais de CME;
 - 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;
 - Monitoramento de notificações compulsórias e notificações de agravos de interesse municipal;
 - Monitoramento de casos de DDA - Doenças Diarreicas Agudas;
 - Percentual de recoletas de material biológicos;

Classificação de Informação: Uso Interno
FOR-DC-QA-TR-004.001

Pag. 1 de 4

PRÓ MEMÓRIA

DATA	29/07/2026	HORÁRIO	09h15 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ATA de Reunião CCIRAS: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dr João Rubens Greco Paes, Carolina de Fátima Ferreira, Fabíola Frias, Adriano de Almeida, Erick Carvalho da Silva Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		

- Percentual de assertividade ao protocolo e ATB nas unidades de urgência e emergência;
- Gerenciamento de resíduos de saúde;
- Percentual de conformidade das visitas técnicas -CCIRAS - Área Crítica (RAS);
- Percentual de conformidade das visitas técnicas -CCIRAS - Área Semi Crítica (RAS);
- Percentual de conformidade das visitas técnicas -CCIRAS - Área Não Crítica (RAS);
- Percentual do cumprimento do PCI - Programa de Controle de Infecção.

c) Capacitação sobre fluxograma de coleta de exame e notificação de Sarampo

Foi realizada capacitação com os colaboradores sobre o fluxograma de atendimento aos casos suspeitos de sarampo, abordando o correto preenchimento da notificação compulsória, os critérios para suspeição, o fluxo institucional e os procedimentos para coleta das amostras laboratoriais (sangue, urina e RT-PCR). Também foram reforçadas as orientações quanto ao acondicionamento, armazenamento e encaminhamento adequado das amostras, visando garantir a padronização do processo e a agilidade na vigilância epidemiológica.

d) Vacina Antirrábica

Em reunião de coordenação, foi discutida a necessidade de reorientação aos médicos e enfermeiros quanto ao fluxo e aos critérios para indicação e aplicação da vacina antirrábica na unidade. Foram reforçadas as recomendações do protocolo vigente, visando padronizar as condutas, garantir a correta avaliação dos pacientes expostos e assegurar a administração adequada da profilaxia antirrábica quando indicada.

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR-DE-QA-TP-004/001

Pág. 3 de 4

PRÓ MEMÓRIA

DATA	29/07/2026	HORÁRIO	09h15 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ATA de Reunião CCIRAS: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dr João Rubens Greco Paes, Carolina de Fátima Ferreira, Fabíola Filas, Adriano de Almeida, Erick Carvalho da Silva Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazare de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		

PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Protocolo de Vacina	SCIRAS Joseane		Em andamento
Capacitação: Prevenção de ITU relacionado a CVD - Bundle de prevenção	SCIRAS Joseane	Julho	Atraso
Case: Sobre Hepatites Virais	Equipe Multi	Julho	Atraso
Capacitação do Manejo de Feridas	Enfª David	Agosto	
Capacitação sobre Doenças de Notificação Compulsória	Enfª E.P Juliana	Agosto	
Recoleta Análise da água	Enfª E.P Juliana	Agosto	
Capacitação sobre fluxograma de coleta de exame e notificação de Sarampo	SCIRAS Joseane	Julho	Concluído

9.5 Comissão de Farmácia e Terapêutica :

CEJAM		UPA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	
PRÓ MEMÓRIA					
DATA	29/07/2026	HORÁRIO	10h00 às 11h30		
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE				
ASSUNTO	Comissão de Farmácia e Terapêutica				

1. Pautas Abordadas

Preparação dos Processos da Farmácia para a Acreditação ONA

2. Discussões

- Objetivos da Acreditação ONA
 - Cultura da qualidade.
 - Segurança do paciente.
 - Melhoria contínua.
- Papel da CFT
 - Revisão da padronização de medicamentos.
 - Avaliação técnica para inclusão e exclusão de itens.
 - Monitoramento do uso racional de medicamentos.
- Processos da Farmácia
 - Recebimento e armazenamento.
 - Controle de validade e lote (rastreadibilidade).
 - Dispensação segura.
 - Controle de medicamentos de alta vigilância.
 - Identificação de medicamentos LASA (Look-Alike/Sound-Alike).
- Indicadores da Farmácia
 - Perdas por vencimento.
 - Ruptura de estoque.
 - Eventos relacionados a medicamentos.
 - Consumo de antimicrobianos.
 - Tempo de atendimento das solicitações.
- Gestão de Riscos
 - Principais não conformidades encontradas.
 - Plano de ação.
 - Acompanhamento das melhorias.
- Documentação
 - POPs atualizados.
 - Registros obrigatórios.
 - Evidências das reuniões da CFT.

Pág. 1 de 3

PRÓ MEMÓRIA

DATA	29/07/2026	HORÁRIO	10h00 às 11h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Comissão de Farmácia e Terapêutica		

- o Treinamentos realizados.

7. Plano de Ação

- o Pendências.
- o Responsáveis.
- o Cronograma para adequações.

3. Deliberações

- Manter a revisão periódica dos Protocolos Operacionais Padrão (POPs) da Farmácia, garantindo que todos estejam atualizados e disponíveis para consulta.
- Reforçar a rastreabilidade dos medicamentos, assegurando o registro de lote e validade em todas as etapas do processo.
- Intensificar o monitoramento dos medicamentos de alta vigilância e dos medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes (LASA), garantindo a correta identificação e armazenamento.
- Acompanhar mensalmente os indicadores da Farmácia (perdas por vencimento, ruptura de estoque, consumo de antimicrobianos e eventos relacionados a medicamentos), apresentando os resultados nas reuniões da CFT.
- Realizar treinamentos periódicos com as equipes assistenciais sobre segurança na utilização de medicamentos, processos da Farmácia e boas práticas exigidas pela ONA.
- Revisar continuamente a padronização de medicamentos, avaliando inclusões e exclusões conforme critérios técnicos, assistenciais e financeiros.
- Elaborar e acompanhar plano de ação para as não conformidades identificadas nas auditorias internas, definindo responsáveis e prazos para conclusão.
- Manter registradas em ata todas as reuniões da CFT, bem como as decisões e evidências das ações implementadas, para apresentação durante o processo de acreditação ONA.

Pág. 2 de 3

9.6 Reunião Clínica

PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	23/07/2026	HORÁRIO	10h00 às 11h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Reunião Clínica		

1. PAUTAS ABORDADAS

As vinte e três dias do mês de julho de dois mil e vinte e seis, foi realizada reunião clínico-assistencial para acompanhamento e avaliação do caso da paciente **Cátia Silene da Silva**, considerando a evolução do quadro clínico e o desfecho das ações interdisciplinares adotadas pela equipe assistencial.

a) Evolução e desfecho do caso clínico-assistencial

Foi apresentado o desfecho do caso da paciente, que permaneceu internada na UPA Alto da Ponte até o dia **21 de julho de 2026**, período em que recebeu assistência multiprofissional contínua, com realização das medidas terapêuticas iniciais, monitorização clínica, suporte respiratório, tratamento medicamentoso e demais cuidados necessários para estabilização do quadro.

Durante a permanência na unidade, a paciente apresentou adesão ao tratamento proposto, possibilitando a continuidade da assistência e a realização das articulações necessárias entre a UPA, a Secretaria Municipal de Saúde, a Vigilância Epidemiológica, o Serviço Social e os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

Após estabilização clínica e definição conjunta entre os serviços envolvidos, foi efetivada sua **transferência para o Hospital de Sumaré**, referência para continuidade do tratamento especializado, onde permanecerá em acompanhamento até a conclusão do tratamento e recuperação clínica, garantindo a integralidade da assistência e reduzindo os riscos relacionados à interrupção terapêutica.

Os participantes destacaram que o desfecho alcançado representa resultado positivo da atuação integrada entre as equipes assistenciais e da articulação intersetorial, possibilitando a continuidade do cuidado em ambiente hospitalar adequado às necessidades da paciente. Ressaltou-se ainda a relevância da comunicação efetiva entre os serviços da rede, especialmente diante da complexidade clínica e da vulnerabilidade social apresentada, fatores que historicamente dificultavam a adesão ao tratamento.

A equipe registrou que a permanência da paciente na unidade até a viabilização da transferência contribuiu para a estabilização clínica, para o início adequado do tratamento da tuberculose e das demais comorbidades, bem como para a construção de um plano terapêutico seguro e articulado com a rede de atenção.

UPA Alto da Ponte

Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213
upaaltodaponte@cejam.org.br

cejam.org.br

9.7 Reunião Técnica

PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	23/07/2026	HORÁRIO	10h00 às 11h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Reunião Técnica		

1. PAUTAS ABORDADAS

Declarada aberta a reunião, foram abordadas as seguintes pautas:

a) Finalização de fichas no Sistema Salutem

Reforçada a importância da correta finalização das fichas de atendimento no Sistema Salutem, considerando seu impacto direto nos indicadores assistenciais e administrativos da unidade. Foi reiterado que, após a prescrição médica, a equipe de enfermagem deverá realizar a checagem das medicações administradas, registrar a evolução de enfermagem e, após o término da medicação ou reavaliação médica com definição da conduta, proceder obrigatoriamente ao encerramento da ficha no sistema. Ressaltou-se que a correta conclusão dos atendimentos é fundamental para a atualização do Painel CITE, emissão de atestados de comparecimento, faturamento da unidade, rastreabilidade das informações assistenciais e preparação para a implantação da assinatura eletrônica.

b) Implementação da Visita Multiprofissional à Beira-Leito

Durante o mês de julho, foi implantada a **Visita Multiprofissional à Beira-Leito**, com participação integrada das equipes médica, enfermagem, farmácia e Serviço Social. A iniciativa teve como objetivo fortalecer a comunicação entre as equipes, promover o planejamento conjunto das condutas terapêuticas, qualificar a continuidade do cuidado e otimizar o gerenciamento dos pacientes em observação.

Foi destacado que a visita multiprofissional contribuiu para maior integração entre os profissionais, identificação precoce de necessidades assistenciais, alinhamento das condutas clínicas e redução de falhas de comunicação, fortalecendo a cultura de segurança do paciente. Além disso, a estratégia representou importante ferramenta para o aprimoramento dos processos assistenciais e para o atendimento dos requisitos avaliados nas auditorias internas, evidenciando o compromisso da unidade com a melhoria contínua da qualidade e da assistência prestada.

Nada mais havendo a tratar, declarou-se encerrada a reunião.

UPA Alto da Ponte

Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

Classificação da Informação:
Uso Interno
FORM DE QA TP 004.001

(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

Pág. 1 de 3
cejam.org.br

9.8 Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica é de caráter bimestral e a próxima reunião está agendada para o dia 20/08/2026.

9.10 Comissão de Humanização

A Comissão de Humanização possui caráter mensal, portanto, a próxima reunião será 21/08/2026.

PRÓ MEMÓRIA	
DATA	20/07/2026
HORÁRIO	09h30 às 10h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO
ASSUNTO	ATA de humanização Nº 16.

1. PAUTAS ABORDADAS JULHO:

- Após a abertura da reunião, a colaboradora Islaene apresentou a sugestão de implantação de uma ação de valorização dos colaboradores, consistente no envio de mensagens de aniversário a todos os funcionários da unidade, mensalmente. Também será estudada a possibilidade de implantação de um cartão de aniversário como forma de reconhecimento aos colaboradores.
- Na sequência, a Assistente Social Thaís lembrou que o mês de Agosto será marcado pela campanha Agosto Dourado, voltada à promoção e incentivo ao aleitamento materno, além das ações em comemoração ao Dia dos Pais.
- Durante a discussão sobre a programação do Agosto Dourado, foram solicitadas sugestões para a realização de uma palestra sobre amamentação. Os integrantes da comissão propuseram que a atividade seja ministrada por uma Enfermeira de Maternidade ou por um profissional do Projeto Casulo, considerando a experiência técnica desses profissionais no tema.
- Para as ações do Dia dos Pais, ficou definida a confecção de uma lembrança composta por uma tag acompanhada de uma caneta. Também será verificada, junto à ASV Bom Humor, a possibilidade de realização de uma visita especial na unidade em comemoração à data. Além disso, será realizado contato com a Enfermeira Kellen para avaliar a viabilidade da organização de um café da manhã em homenagem aos pais.
- Em relação ao Guarda-Roupa Solidário, o colaborador Rafael expôs as dificuldades enfrentadas para disponibilizar roupas aos pacientes quando há necessidade, em razão da redução constante do estoque. Foram discutidas alternativas para minimizar o desaparecimento das peças e melhorar o controle das doações; entretanto, não houve consenso entre os participantes, permanecendo o tema para novas discussões.

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 4

UPA Alto da Ponte Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, (12) 3931-5213
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531 upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

PRÓ MEMÓRIA

DATA	20/07/2026	HORÁRIO	09h30 às 10h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA de humanização N° 16.		

- Visando ao planejamento antecipado das ações do mês de Outubro, foi definida a iniciação da arrecadação de brinquedos e doces para a campanha do Dia das Crianças. Também foi aprovada a realização de uma atividade recreativa com amarelinha, como parte da programação destinada às crianças atendidas na unidade.
- Ao final da reunião, os integrantes registraram um agradecimento especial à colaboradora Islaene, que participou de sua última reunião da Comissão de Humanização, em virtude de seu desligamento da unidade. A comissão reconheceu e agradeceu sua dedicação, comprometimento e importante contribuição para o desenvolvimento das ações de humanização, desejando sucesso em sua nova trajetória profissional. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Implantação da sala do afeto	Gerente Dyogo Bezerra	120 dias	Pendente
Correio Elegante (Dia do Amigo)	Equipe Humanização	20/07	Concluído
Quiz de Hepatite	Enfermagem	31/07	Pendente
Café com o Gestor	Equipe Humanização	14/07	Concluído

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 2 de 4

9.11 Comissão de Bioética

A Comissão de Bioética é de caráter trimestral e a próxima reunião está agendada para o dia 17/09/2026.

1. PAUTAS ABORDADAS

- ✓ Abertura da Reunião
- ✓ Pauta abordada (Assinatura Digital)
- ✓ Encerramento da Reunião

2. DECISÕES

Foi dada a abertura da reunião no dia 17/06/2026 às 15h pelo Presidente da Reunião Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos. Verificação dos membros presentes da reunião e discussão das pautas abordadas.

Devido a saída da Dra. Alessandra de Oliveira do corpo clínico, o Dr. João Rubens Greco Paes, irá fazer parte da Comissão de Bioética como Assistente Efetivo.

Foi abordado na Pauta a respeito da implantação da Assinatura Digital na unidade, ainda prevista para ser iniciada no segundo semestre de 2026.

A assinatura digital deve ser analisada sob a perspectiva bioética como um instrumento de qualificação do cuidado, desde que implementada com segurança, rastreabilidade e respeito aos direitos do paciente. Em um contexto de urgência, a tecnologia pode contribuir para a celeridade assistencial, reduzir erros de transcrição, evitar extravio de documentos e fortalecer a continuidade do atendimento. Nessa medida, ela se alinha aos princípios de beneficência e não maleficência, ao favorecer decisões mais rápidas e registros mais íntegros.

Do ponto de vista da autonomia, a assinatura digital é eticamente adequada quando acompanha um processo assistencial transparente, em que o paciente, sempre que possível, compreende o conteúdo do que está sendo registrado ou autorizado. Em situações de urgência real, nas quais haja comprometimento da capacidade de consentimento, a conduta deve observar os critérios

9.12 Comissão de Radioproteção

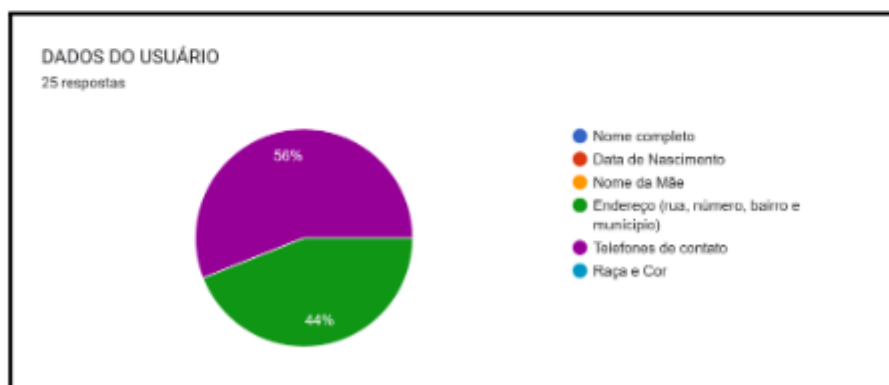
A Comissão de Radioproteção tem caráter trimestral, portanto, a próxima reunião será dia 25/09/2026.

9.13 Comissão de Revisão de Prontuário

1. PAUTAS ABORDADAS

- A reunião foi iniciada pelo Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, que agradeceu a presença de todos os participantes e declarou aberta a sessão. Na oportunidade, foi comunicada a saída da Responsável Técnica de Enfermagem, Sra. Karine Azarias Silva, em razão do início de sua licença-maternidade. Em seguida, foi oficializada a nomeação da enfermeira Valdirene Ribeiro da Silva para assumir a função de Responsável Técnica de Enfermagem durante o referido período, assegurando a continuidade das atividades técnicas e assistenciais da unidade.
- Apresentação dos dados referente junho e julho de 2026;
- Analizados o total de 171 prontuários.

Recepção: Foram identificados 25 apontamentos durante a auditoria, sendo 11 relacionados à ausência do endereço completo do paciente (rua, número, bairro e município) e 14 referentes à falta de registro do número de contato telefônico.



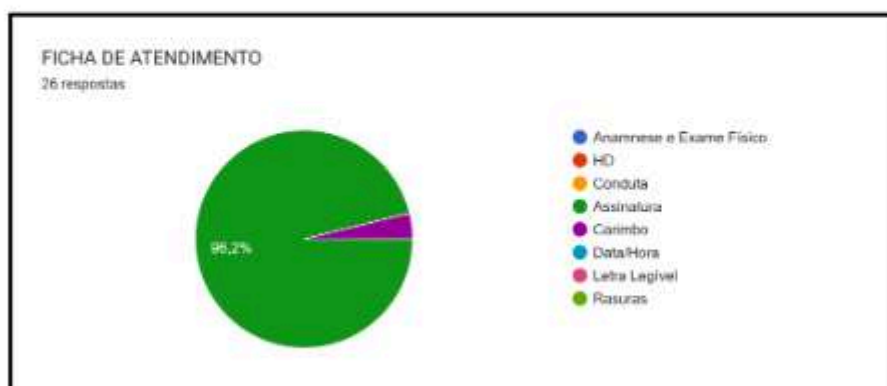
Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 10

Classificação de risco: Não foram identificadas não conformidades relacionadas à Classificação de Risco durante o período avaliado, evidenciando conformidade com os critérios estabelecidos e adequada adesão da equipe aos protocolos institucionais.

EQUIPE MÉDICA:

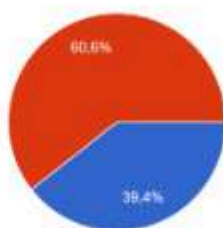
Ficha de atendimento: Foram identificados 26 apontamentos durante a auditoria, sendo 25 relacionados à ausência de assinatura do profissional e 1 referente à falta de carimbo.



Prescrição médica: Foram identificados 33 apontamentos durante a auditoria, sendo 20 relacionados à ausência de carimbo e 13 à falta de assinatura do profissional.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

33 respostas



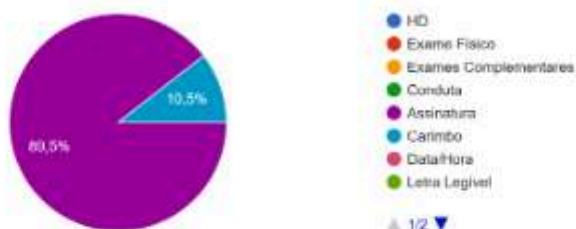
- Assinatura
- Carimbo
- Data/Hora
- Letra Legível
- Rascunho

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 3 de 10

Evolução médica: Foram identificados 19 apontamentos durante a auditoria, sendo 17 relacionados à ausência de assinatura do profissional e 2 à falta de carimbo.

EVOLUÇÃO (se Observação e/ou Emergência)
19 respostas



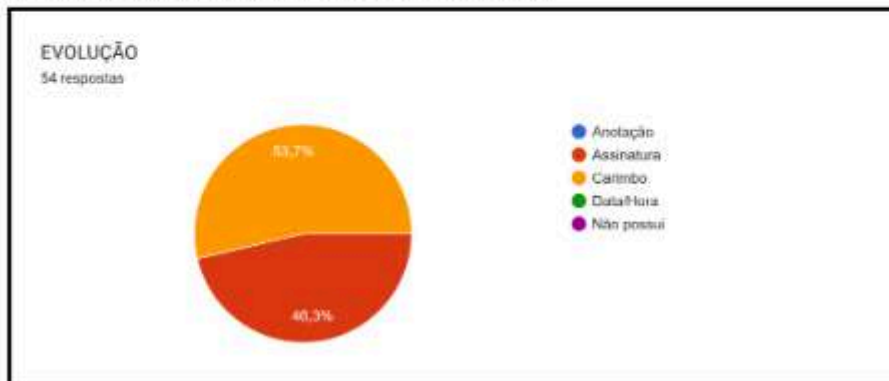
ENFERMAGEM

Ficha de atendimento: Não foram identificadas não conformidades relacionadas à ficha de atendimento durante o período avaliado, evidenciando conformidade com os critérios estabelecidos e adequada adesão da equipe aos protocolos institucionais.

Classificação da Informação: Uso Interno
FDR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 4 de 10

Evolução: Foram identificados 54 apontamentos durante a auditoria, sendo 29 relacionados à ausência de carimbo e 25 à falta de assinatura do profissional.



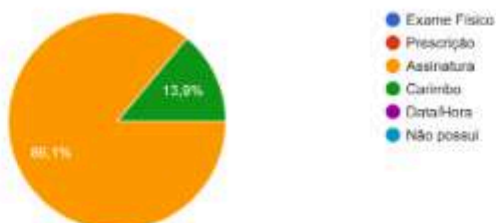
SAE: Foram identificados 36 apontamentos durante a auditoria, sendo 31 relacionados à ausência de assinatura do profissional e 5 à falta de carimbo.

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TR.004.001

Pág. 5 de 10

SAE

36 respostas



- Exame Físico
- Prescrição
- Assinatura
- Carimbo
- Data/Hora
- Não possui

Prescrição médica: Foram identificados 34 apontamentos durante a auditoria, todos relacionados à ausência de checagem e/ou justificativa da prescrição de enfermagem.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

34 respostas



- Checada e/ou Justificada

Classificação da Informação: Uso Interno

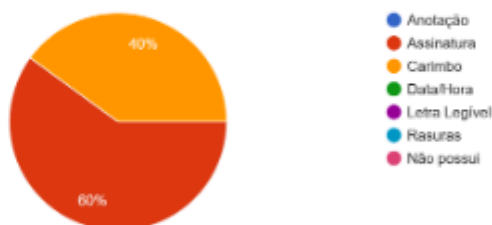
ALTA

Resumo médico: Não foram identificadas não conformidades relacionadas à resumo médico durante o período avaliado, evidenciando conformidade com os critérios estabelecidos e adequada adesão da equipe aos protocolos institucionais.

Resumo enfermagem: Foram identificados 5 apontamentos durante a auditoria, sendo 3 relacionados à ausência de carimbo e 2 referentes a registros sem a devida identificação por carimbo do profissional.

RESUMO ENFERMAGEM

5 respostas



ANÁLISE CRÍTICA

Apontamentos identificados nos meses de junho e julho, durante a análise dos prontuários e registros assistenciais:

- A análise dos prontuários auditados evidenciou oportunidades de melhoria relacionadas à qualidade e à completude dos registros assistenciais.

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 7 de 10

- Na Recepção, observaram-se falhas no preenchimento dos dados cadastrais, principalmente quanto ao endereço completo e ao número de telefone do paciente, comprometendo a atualização do cadastro e dificultando eventual contato pela equipe assistencial.
- Na Classificação de Risco, não foram identificadas não conformidades, demonstrando adequada execução do processo e conformidade com os protocolos institucionais.
- Na Equipe Médica, os principais apontamentos referiram-se à ausência de assinatura e/ou carimbo na ficha de atendimento, na prescrição médica e na evolução clínica, comprometendo a identificação do profissional responsável e a validade legal dos registros.
- Na Equipe de Enfermagem, verificaram-se não conformidades relacionadas à ausência de assinatura e carimbo nas evoluções e na SAE, além de falhas na checagem da prescrição de enfermagem e na justificativa dos cuidados não realizados, comprometendo a rastreabilidade da assistência prestada.
- No processo de Alta, foram identificadas falhas no resumo de enfermagem, relacionadas à ausência de carimbo do profissional.
- De modo geral, os resultados demonstram evolução satisfatória na qualidade dos registros, porém reforçam a necessidade de manter ações contínuas de educação permanente voltadas ao correto preenchimento dos documentos assistenciais, garantindo a rastreabilidade, a segurança jurídica dos registros e a continuidade do cuidado.

PLANO DE AÇÃO:

Como medidas corretivas e preventivas, foram definidas as seguintes ações:

- Realizar capacitações periódicas com toda a equipe multiprofissional sobre a importância do correto preenchimento dos registros assistenciais, enfatizando a obrigatoriedade da assinatura e do carimbo em todos os documentos institucionais.
- Reforçar junto aos profissionais da recepção a necessidade do preenchimento completo dos dados cadastrais do paciente, especialmente endereço e telefone para contato.
- Orientar as equipes médica e de enfermagem quanto à obrigatoriedade da checagem da prescrição de enfermagem e ao registro da justificativa quando houver impossibilidade de execução dos cuidados prescritos.
- Intensificar as auditorias internas e realizar devolutivas periódicas aos coordenadores e às equipes assistenciais, visando ao monitoramento contínuo dos indicadores e à redução das não conformidades identificadas.
- Reforçar a proibição do uso de rasuras nos registros assistenciais, orientando que eventuais correções sejam realizadas conforme os procedimentos institucionais e a legislação vigente, preservando a integridade, a confiabilidade e a validade legal da documentação.
- Encerramento da reunião é agendada a próxima para 28/08/2026.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Orientação in loco aos colaboradores, sobre dados incompletos dos pacientes e protocolos da instituição.	Enfa Juliana	30 dias	
Proposta da implantação do PEP	Dyogo Bezerra	Pendente	Necessário programação do prazo devido a questões contratuais

(Classificação de Informação: Não Informar)

Implantação da assinatura digital para toda a equipe de enfermagem	Enfa RT Karine Azarias Silva	120 dias	Pendente

9.13 Comissão de Revisão de Óbitos

DATA	13/07/2026	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra. Adriana Mitsubashi / Dr. João Greco / Enf. Karine Azarias / Enf. Juliana Nazaré		

1. PAUTAS ABORDADAS

- ✓ Composição da CRO Local e cronograma;
- ✓ Atualização do Regimento da comissão;
- ✓ Leitura da rotina;
- ✓ Realização e Revisão das DOs

2. DECISÕES

- a) Abertura da reunião com a Dra. Adriana Mitsubashi agradecendo a presença de todos, declarando aberta a reunião.
- b) Segue a análise gráfica e descritiva dos óbitos do mês de maio e junho de 2026:

Análise de óbitos dos meses de maio e junho de 2026, com base nas planilhas de controle de Declarações de Óbito (DO). O objetivo é evidenciar tendências, diferenças de perfil entre os dois meses e pontos de atenção para a gestão assistencial.

1. Quadro Comparativo

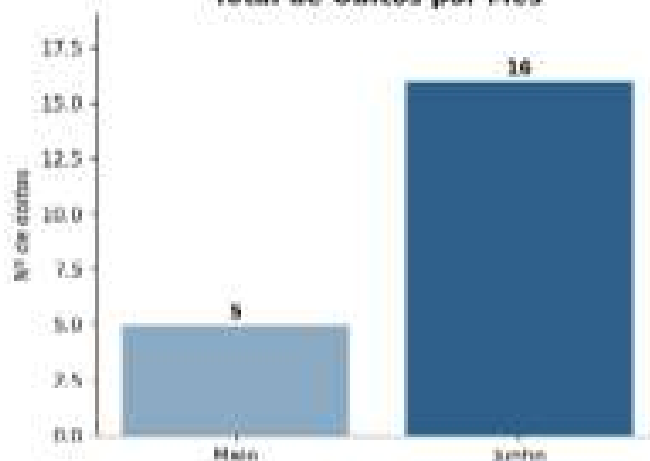
Indicador	Maio/2026	Junho/2026
Total de óbitos	5	16
Encaminhados ao IML	0 (0%)	3 (18,75%)
Sexo masculino	4 (80%)	9 (56,25%)
Sexo feminino	1 (20%)	7 (43,75%)
Idade mínima	40 anos	11 anos
Idade máxima	94 anos	100 anos
Idade média	63,0 anos	65,9 anos
Idade mediana	60 anos	73,5 anos
Óbitos em ≤ 24h	4 (80%)	10 (76,9%)
Óbitos em > 24h	1 (20%)	3 (23,1%)
CID mais prevalente	296 (2 casos / 40%)	296 (5 casos / 38,5%)

2. Volume de Óbitos

Junho registrou mais que o triplo do volume de óbitos de maio (16 contra 5), um salto

expressivo. Como maio teve uma amostra pequena, parte dessa diferença pode refletir apenas flutuação estatística, mas o aumento é grande o suficiente para justificar acompanhamento nos meses seguintes.

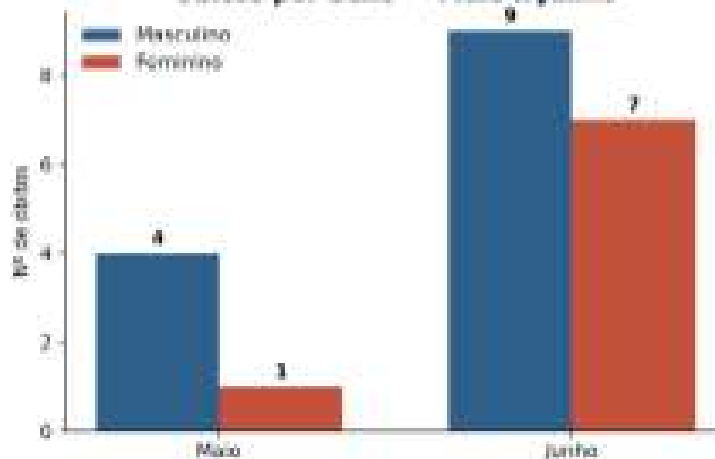
Total de Óbitos por Mês



3. Sexo

Em ambos os meses houve predominância masculina, porém mais acentuada em maio (80%) do que em junho (56,25%). Com apenas 5 casos em maio, essa diferença de proporção tem baixa robustez estatística; ainda assim, a manutenção da predominância masculina nos dois meses é consistente com padrões gerais de mortalidade.

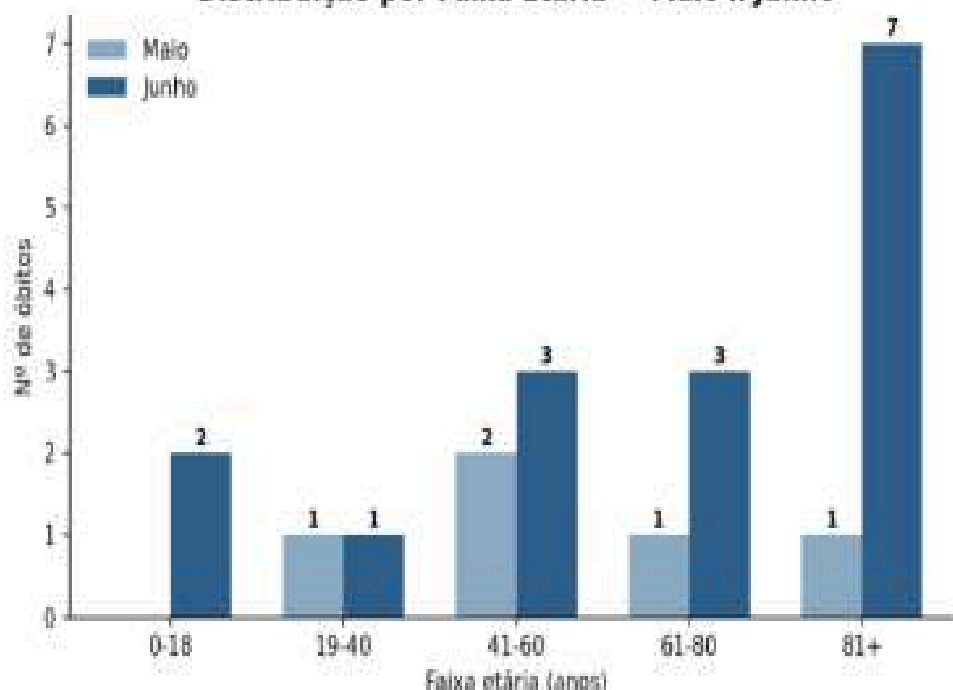
Óbitos por Sexo — Maio x Junho



4. Faixa Etária

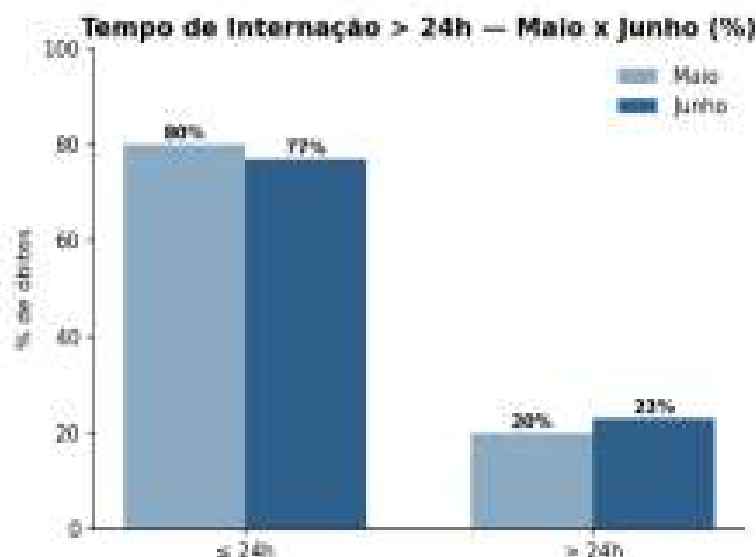
O perfil etário muda entre os dois meses: maio teve mediana de 60 anos e nenhum óbito de menor de idade, enquanto junho teve mediana de 73,5 anos e forte concentração (43,75%) em pacientes com 81 anos ou mais — além de 2 óbitos de menores de idade, ambos encaminhados ao IML. Ou seja, junho combinou um perfil mais geriátrico com casos pontuais de óbitos precoces de natureza distinta (violência/causas externas), enquanto maio teve um perfil etário mais intermediário e homogêneo.

Distribuição por Faixa Etária — Maio x Junho



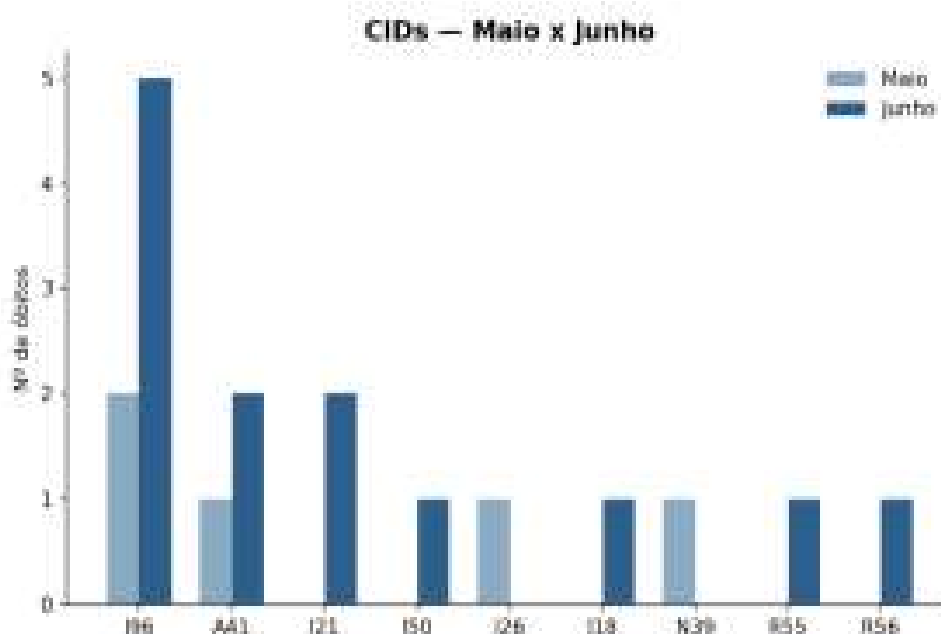
5. Tempo de Evolução (> 24h)

A proporção de óbitos ocorridos em até 24 horas de internação foi semelhante nos dois meses (80% em maio e 76,9% em junho), sugerindo um padrão consistente de pacientes admitidos já em quadro grave ou de rápida evolução. Essa estabilidade é um indicio de que o fluxo assistencial não mudou substancialmente entre os dois meses neste aspecto.



6. CIDs

J96 (Insuficiência Respiratória Aguda) foi o CID mais prevalente em ambos os meses, respondendo por cerca de 40% dos óbitos com CID informado tanto em maio (2 de 5) quanto em junho (5 de 13). Fora esse ponto em comum, o perfil de causas mudou: maio teve maior diversidade (embolia pulmonar, choque séptico, infecção urinária, cada um isolado), enquanto junho concentrou também infarto agudo do miocárdio e colapso circulatório como causas recorrentes, além da sepse.



7. Encaminhamentos ao IML

Maio não teve nenhum encaminhamento ao IML, enquanto junho teve 3 (16,75% do total do mês). Esse é o contraste mais marcante entre os dois meses: a presença de óbitos de causas potencialmente externas apenas em junho, todos em pacientes jovens (11, 17 e 23 anos), foge do padrão predominantemente clínico-geriátrico observado nos demais casos de ambos os meses.

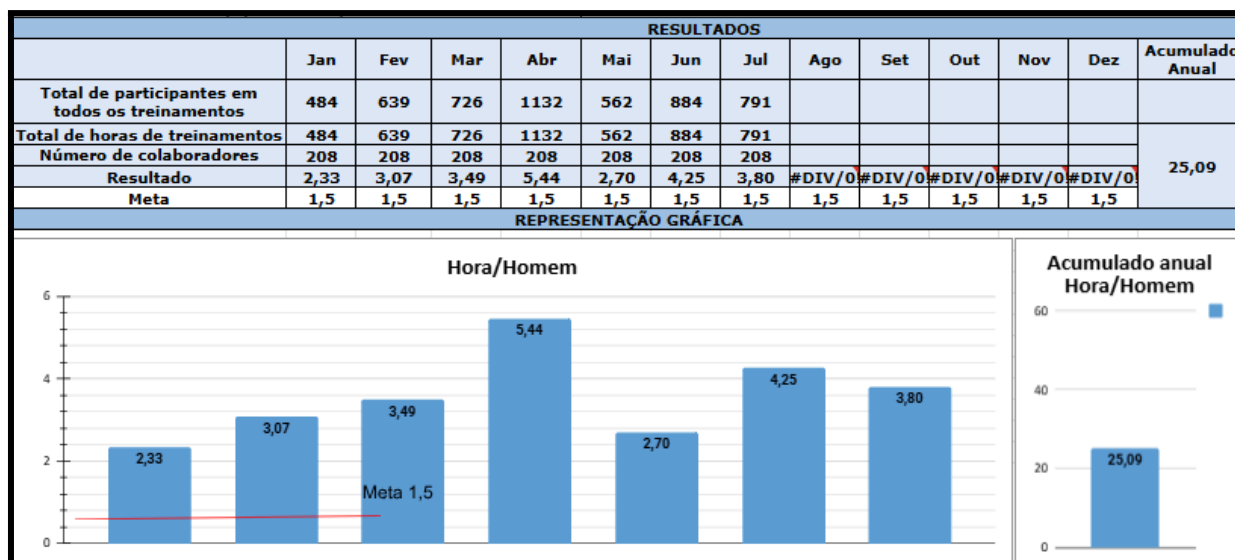


3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Orientar equipe médica: as DO's precisam ter concordância com as hipóteses diagnósticas e com os CIDs instituídos em prontuário/evolução médica.	Coordenador da Comissão	30 dias	Em andamento
Orientar a respeito rasuras e o preenchimento completo dos dados do paciente em questão.	Coordenador da Comissão	30 dias	Em andamento

10. EDUCAÇÃO EM PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

10.1 Indicador sobre participação em treinamentos / hora homem



Análise Crítica: A avaliação das ações de Educação Permanente desenvolvidas no mês de julho de 2026 evidencia resultados altamente satisfatórios, demonstrando a consolidação da qualificação profissional como estratégia essencial para a melhoria contínua da assistência, o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e o desenvolvimento institucional. A participação de 791 colaboradores nas atividades educativas reflete elevada adesão das equipes e evidencia o comprometimento da instituição com o aperfeiçoamento técnico-científico, a atualização permanente dos profissionais e a excelência dos processos assistenciais.

No período, foram realizadas oito ações educativas, contemplando treinamentos técnicos, palestras, integrações e capacitações *in loco*, planejadas a partir das necessidades identificadas por auditorias internas, indicadores assistenciais, eventos adversos e demandas institucionais. Os temas abordados incluíram NR-1, manejo de casos suspeitos de sarampo, Metas Internacionais de Segurança do Paciente (Metas 1, 2 e 3), relatório assistencial, finalização do atendimento do

paciente, implantação do novo rótulo de identificação de soluções medicamentosas, treinamentos *in loco* nos setores assistenciais e integração de novos colaboradores. Essas ações fortaleceram as competências técnicas das equipes, promoveram a padronização das práticas assistenciais, ampliaram a adesão aos protocolos institucionais e contribuíram para a redução de riscos relacionados à assistência.

Destaca-se, ainda, o fortalecimento das estratégias voltadas à integração institucional e à uniformização dos processos de trabalho, por meio da divulgação de protocolos, acompanhamento dos campos de estágio e realização de treinamentos diretamente nos setores assistenciais. Essas iniciativas favoreceram o alinhamento das condutas entre as equipes multiprofissionais, aprimoraram a comunicação interna, estimularam a incorporação das boas práticas assistenciais e contribuíram para maior organização dos processos, continuidade do cuidado e segurança do paciente.

Em relação aos indicadores de desempenho, os resultados permaneceram significativamente acima da meta estabelecida pela instituição. Foram registradas 791 horas de treinamento distribuídas entre 208 colaboradores efetivos, resultando em uma média de 3,8 horas de capacitação por colaborador no mês, desempenho aproximadamente 2,5 vezes superior à meta institucional de 1,5 hora por colaborador/mês. Esse resultado evidencia a efetividade das estratégias de Educação Permanente adotadas, bem como o elevado engajamento das equipes na busca pelo aprimoramento profissional e pela melhoria contínua da qualidade assistencial.

De forma geral, os resultados alcançados reafirmam o papel estratégico da Educação Permanente como instrumento fundamental para o fortalecimento da cultura organizacional, da segurança do paciente e da qualidade da assistência. A expressiva participação dos colaboradores, aliada à diversidade e relevância dos temas abordados e ao desempenho superior aos indicadores institucionais, demonstra uma gestão comprometida com a melhoria contínua dos processos, o

desenvolvimento permanente das equipes e a oferta de uma assistência cada vez mais segura, eficiente, humanizada e centrada nas necessidades da população assistida.

RESULTADOS														
	JAN	%	FEV	%	MAR	%	ABR	%	MAI	%	JUN	%	JUL	%
ADMINISTRATIVO	1	14%	6	86%	8	80%	6	60%	5	50%	6	60%	4	40%
CONTROLADORES DE ACESSO	7	58%	12	83%	15	94%	9	75%	7	58%	12	83%	8	67%
ENFERMAGEM 35 ENF /78 TÊC	87	77%	91	81%	96	85%	108	96%	105	93%	108	96%	90	80%
FARMÁCIA	9	81%	10	67%	7	50%	7	57%	9	64%	10	67%	12	81%
ASSISTENTE SOCIAL	1	50%	1	50%	1	50%	0	0%	1	50%	1	50%	1	50%
HIGIENE	4	33%	12	75%	10	63%	5	32%	12	75%	12	75%	10	67%
LABORATÓRIO	2	13%	5	31%	1	7%	2	14%	1	7%	5	31%	4	27%
CONCIERGE	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
RADIOLOGIA	0	0%	3	43%	2	29%	0	0%	0	0%	3	43%	1	14%
MÉDICOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
SEGURANÇA DO TRABALHO	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%
VIGILANTE	2	50%	4	100%	4	100%	1	25%	1	25%	4	100%	2	50%
T.I	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%
RECEPÇÃO	9	90%	8	80%	6	55%	8	73%	6	55%	8	80%	10	83%
INTEGRAÇÃO	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	3	100%	0	100%	6	100%

Análise Crítica: A análise das ações de Educação Permanente desenvolvidas no mês de julho de 2026 demonstra resultados expressivos e evidencia o fortalecimento da educação em saúde como ferramenta estratégica para o desenvolvimento institucional, a qualificação das equipes e a melhoria contínua da assistência. A participação de 791 colaboradores nas atividades educativas reflete elevado comprometimento dos profissionais com o aperfeiçoamento de suas competências, consolidando uma cultura organizacional voltada à aprendizagem contínua, à segurança do paciente e à excelência dos serviços prestados.

Durante o período, foram executadas oito ações educativas, contemplando palestras, treinamentos técnicos, integrações de novos colaboradores e capacitações *in loco*, estruturadas a partir das necessidades identificadas por auditorias internas, indicadores assistenciais, eventos adversos e demandas institucionais. Entre os temas abordados destacam-se: NR-1, manejo de casos

suspeitos de sarampo, Metas Internacionais de Segurança do Paciente (Metas 1, 2 e 3), elaboração do relatório assistencial, finalização do atendimento do paciente, implantação do novo rótulo de identificação de soluções medicamentosas, além de treinamentos realizados diretamente nos setores assistenciais e ações voltadas à integração de novos profissionais.

A diversidade dos conteúdos abordados demonstra um planejamento educacional alinhado às necessidades da unidade, priorizando o fortalecimento das competências técnicas, a padronização das práticas assistenciais, a promoção da biossegurança, o cumprimento dos protocolos institucionais e das normas regulamentadoras, bem como a prevenção de riscos relacionados à assistência. As atividades desenvolvidas contribuíram para a melhoria do desempenho das equipes, o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e a qualificação dos processos assistenciais.

Outro aspecto relevante foi o investimento em ações descentralizadas, realizadas diretamente nos setores, permitindo maior aproximação entre a Educação Permanente e as equipes assistenciais. Essa estratégia favoreceu a identificação de necessidades específicas, promoveu maior adesão às capacitações, fortaleceu a comunicação entre os profissionais e contribuiu para a uniformização das condutas, aumentando a efetividade da implantação dos protocolos institucionais.

De forma geral, os resultados obtidos evidenciam a efetividade das estratégias de Educação Permanente adotadas pela unidade e reafirmam seu papel como instrumento essencial para o desenvolvimento profissional, a melhoria contínua dos processos e o fortalecimento da cultura de qualidade e segurança. A ampla participação dos colaboradores, associada à relevância dos temas abordados e ao alinhamento das ações às necessidades institucionais, demonstra o compromisso da organização com a excelência assistencial e com a oferta de um cuidado cada vez mais seguro, eficiente, humanizado e centrado nas necessidades da população assistida.

O percentual de participação dos colaboradores variou de acordo com o público-alvo e os setores envolvidos. Entre os resultados, destacam-se:

- Enfermagem: 80%,
- Farmácia: 81%,
- Recepção: 83%,
- Concierge e Integração: 100% de adesão.

As ações de Educação Permanente têm como indicador institucional a participação mínima de 80% dos colaboradores de cada setor nas capacitações programadas. A análise dos resultados referentes ao período demonstra desempenho bastante positivo, com a maioria dos setores atingindo ou superando a meta estabelecida. Esse resultado evidencia o comprometimento das equipes com o aprimoramento profissional, a atualização técnico-científica e a busca contínua pela excelência na assistência prestada.

Os indicadores também demonstram a efetividade das estratégias adotadas pela Educação Permanente para ampliar o acesso às atividades educativas, por meio da replicação dos treinamentos em diferentes turnos, capacitações *in loco* e alinhamento das ações às necessidades identificadas pelos indicadores assistenciais, auditorias internas e demandas institucionais. Essas iniciativas contribuíram para o aumento da adesão dos colaboradores e para a consolidação de uma cultura organizacional voltada ao aprendizado contínuo e ao desenvolvimento de competências.

Os resultados alcançados reforçam o papel da Educação Permanente como ferramenta estratégica para o fortalecimento dos processos institucionais, promovendo maior padronização das práticas assistenciais, conformidade com os protocolos e diretrizes da instituição e aperfeiçoamento da comunicação entre as equipes multiprofissionais. Como consequência, observa-se impacto positivo na segurança do paciente, na qualidade da assistência, na redução de não

conformidades e no fortalecimento da cultura de qualidade, eficiência e melhoria contínua dos serviços oferecidos à população.

11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE



07/07/2026 INTEGRAÇÃO AGENTE DE ATENDIMENTO MARIA EDUARDA E ORIENTADOR DE PÚBLICO ITAN

NR 1 - riscos psicossociais

Palestrante: Téc. Seg. Trab. Erick Carvalho

Local: Auditório
Data: 13 e 14 de julho de 2026
Horário: 08:30 / 09:30 / 19:30 / 20:30
Público: Equipe multidisciplinar



Capacitação NR 1 Riscos psicossociais

Capacitação relatório assistencial



Palestrante
Gerente : Dyogo Bezerra

Data e Horário

- 24/07/2026
- 09:30/10:30/20:30/21:30
- Público: Equipe multi

Local

- Auditorio





Integração João Vitor Aux de serv. gerais, Wagner Aux de manutenção, Jucilene Aux adm, Ludmila agente de recepção,

Capacitação conscientização das metas internacionais de segurança do paciente (metas 1, 2 e 3)

CONVITE

A Educação Permanente convida você para:

TEMA:

**APRESENTAÇÃO DOS
PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS**

DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Participe deste importante momento de atualização e alinhamento dos nossos protocolos institucionais, fortalecendo a cultura de segurança e promovendo uma assistência cada vez mais segura, qualificada e centrada no paciente.



DATA:

29 e 30 de julho de 2026



HORÁRIOS:

09:30 | 10:30 | 19:30 | 20:30



LOCAL:

Auditório



PÚBLICO:

Equipe Multidisciplinar



RESPONSÁVEL:

Enf Juliana Ferreira



Sua participação é fundamental para o fortalecimento da segurança do paciente e da qualidade da assistência.

Contamos com você! ♥



**SEGURANÇA
DO PACIENTE**
NOSSA PRIORIDADE,
NOSSO COMPROMISSO!

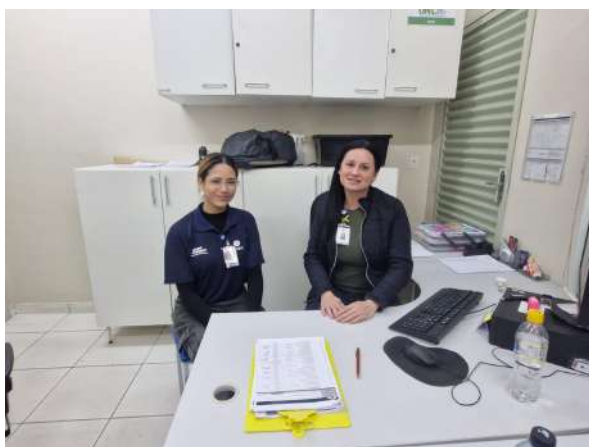


JUNTOS, FAZEMOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE UMA REALIDADE!





Entrega das novas malas de transporte de amostras de exames laboratoriais



Integração jovem aprendiz Mariana

CONVITE
Participe desta importante conversa!

PALESTRA LGPD
LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

A Educação Permanente convida toda a Equipe Multiprofissional para participar de uma palestra sobre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), abordando a importância da proteção das informações dos pacientes, do sigilo profissional, da segurança da informação e das responsabilidades dos colaboradores no ambiente de saúde.

DATAS E HORÁRIOS

DATA	HORÁRIO
20 DE JULHO	09:30 10:30
21 DE JULHO	09:30 10:30

PALESTRANTE: Dra. Iselaene

LOCAL: Auditório

PÚBLICO-ALVO: Equipe Multiprofissional

PROTEJA DADOS. PRESERVE A CONFIANÇA.
CUIDAR DA INFORMAÇÃO TAMBÉM É CUIDAR DO PACIENTE.

CEJAM **UPA24h** *Contamos com sua presença!*



CONVITE

A Educação Permanente convida você para:

TEMA:
APRESENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Participe deste importante momento de atualização e alinhamento dos nossos protocolos institucionais, fortalecendo a cultura de segurança e promovendo uma assistência cada vez mais segura, qualificada e centrada no paciente.

DATA: 29 e 30 de julho de 2026

HORÁRIOS: 09:30 | 10:30 | 19:30 | 20:30

LOCAL: Auditório

PÚBLICO: Equipe Multidisciplinar

RESPONSÁVEL: Enf Juliana Ferreira

Sua participação é fundamental para o fortalecimento da segurança do paciente e da qualidade da assistência.

Contamos com você!

CEJAM **UPA ALTO DA PONTE**

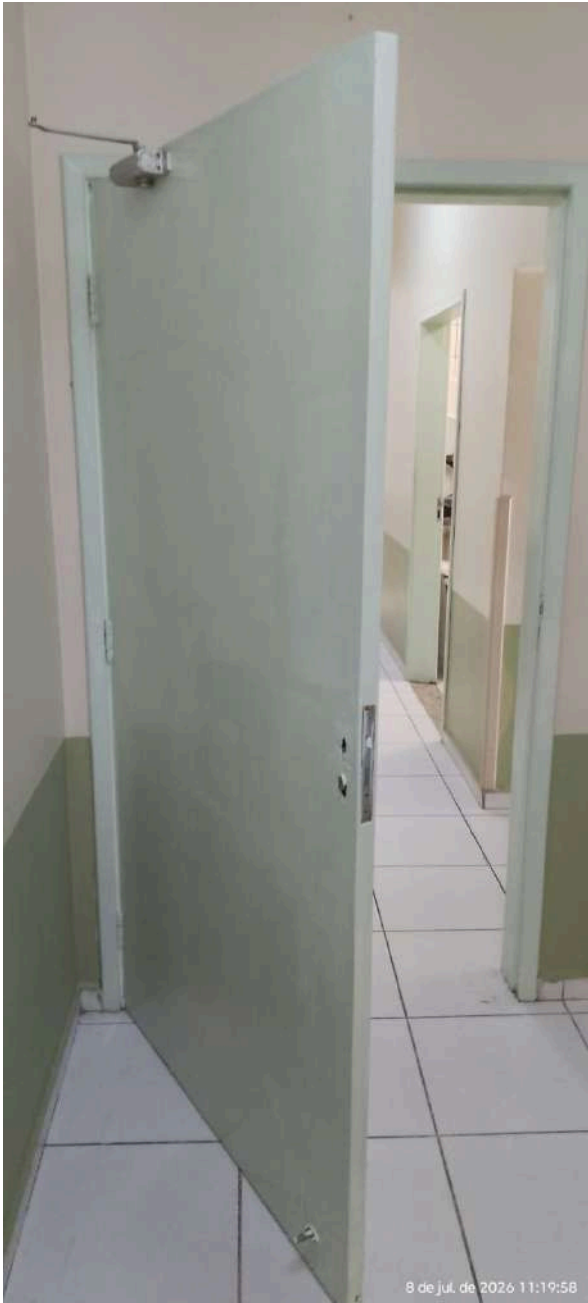
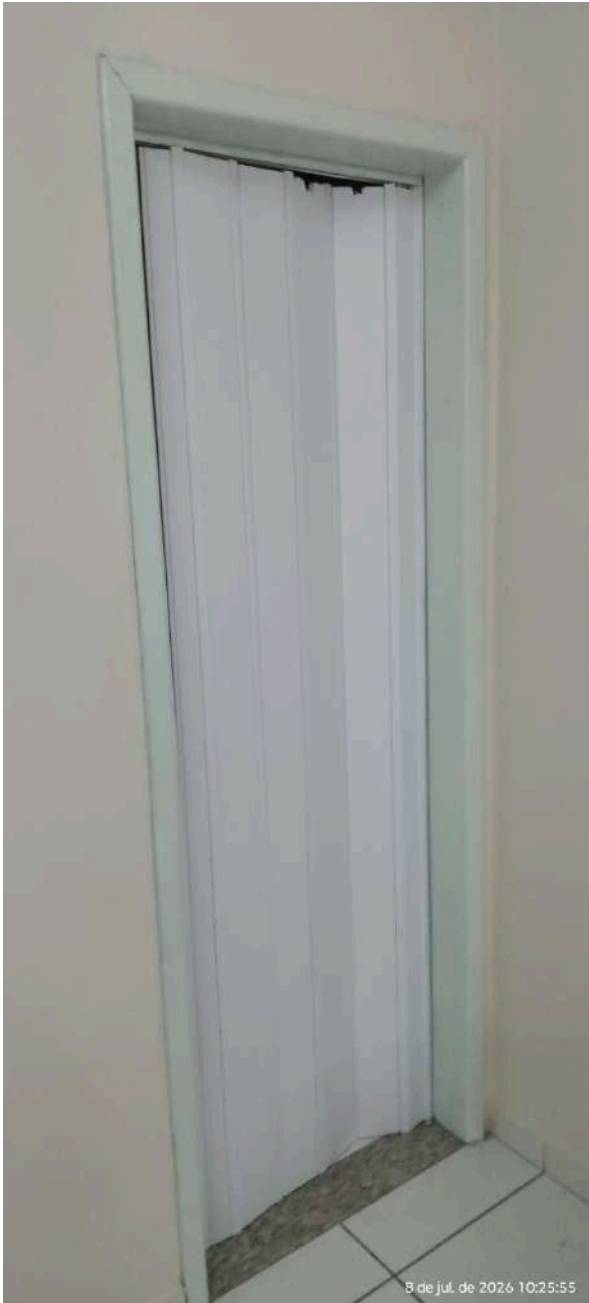
JUNTOS, FAZEMOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE UMA REALIDADE!



Capacitação de protocolos institucionais

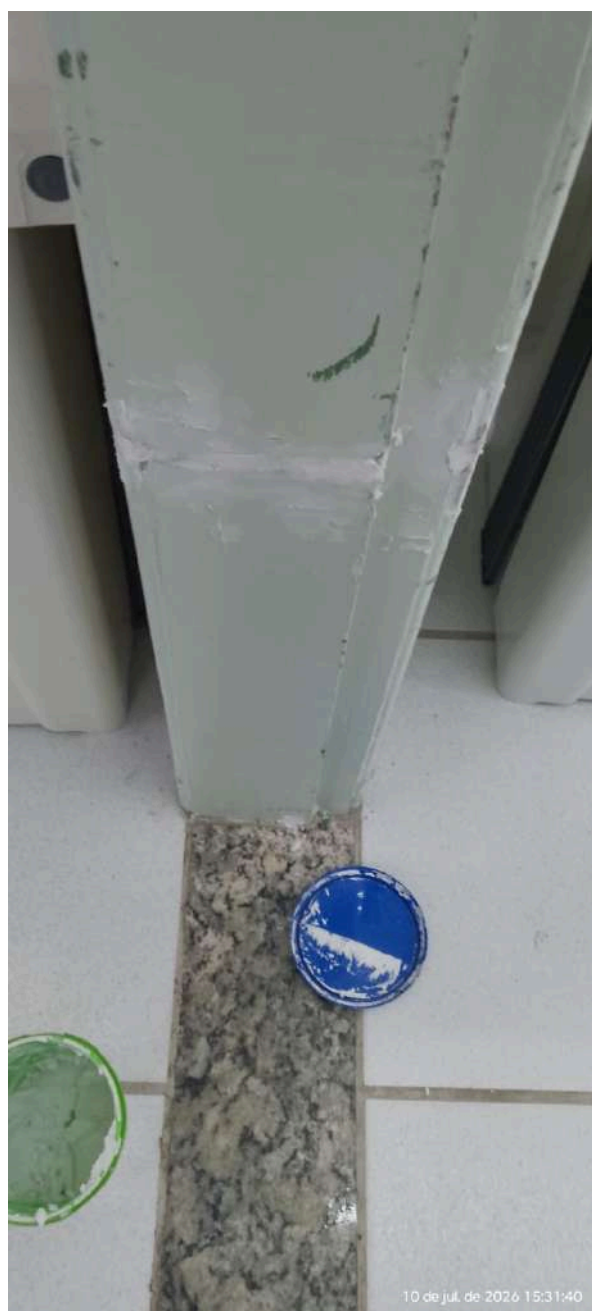
12. MANUTENÇÃO

ANTES	DEPOIS papeleira banheiro feminino cadeirante trocado
 23 de jul. de 2026 07:27:16	 23 de jul. de 2026 07:30:08

ANTES	DEPOIS
	

Porta do refeitório pintada

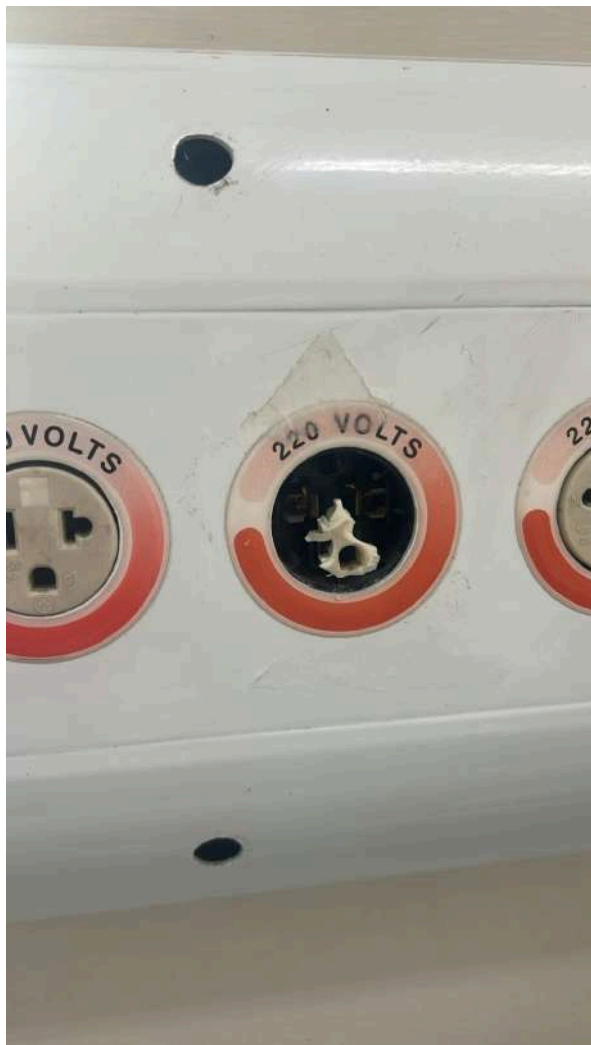
ANTES

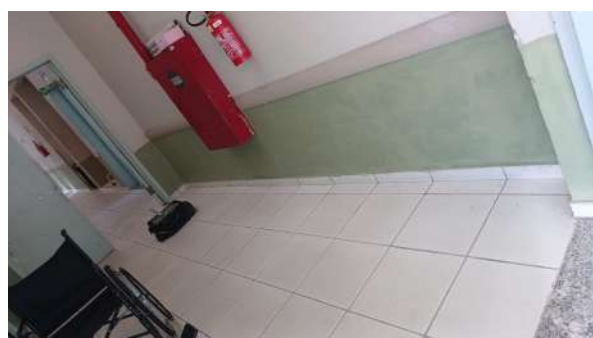
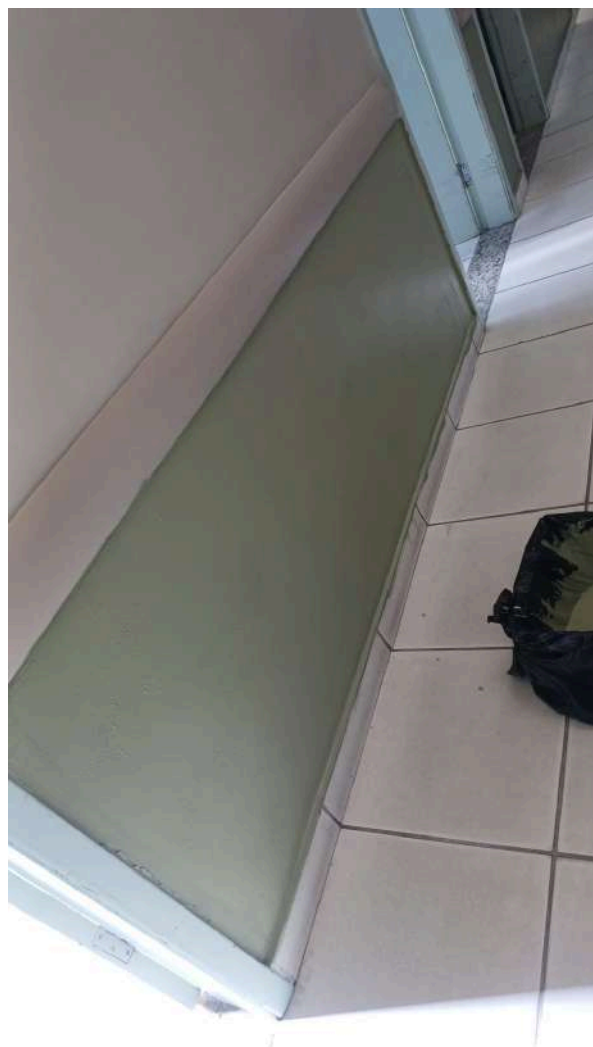


DEPOIS



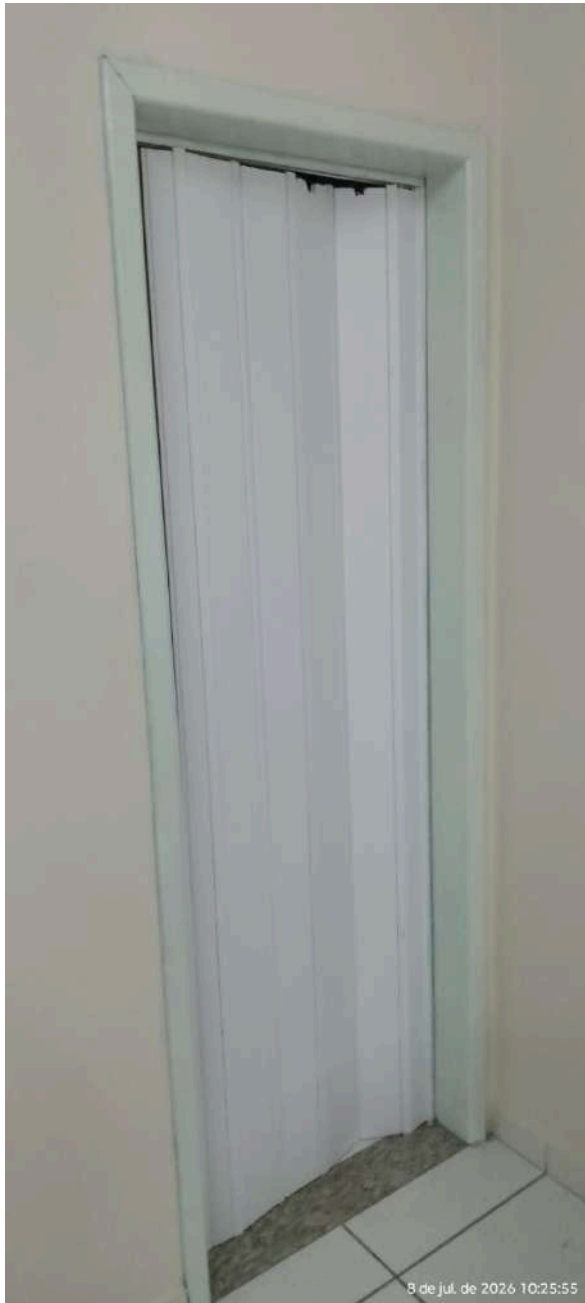
Batente do quarto 11 emassado

ANTES	DEPOIS
Tomada trocada na sala amarela  	
ANTES	DEPOIS



Barramentos pintado no corredor

ANTES	DEPOIS
Porta da observação ação infantil pintada	
 15 de jul. de 2026 15:19:19	 15 de jul. de 2026 14:38:41

ANTES	DEPOIS
porta do auditório e batente pintados	
 8 de jul. de 2026 10:26:12	 8 de jul. de 2026 10:25:55

ANTES	DEPOIS
Porta do same pintada	
	

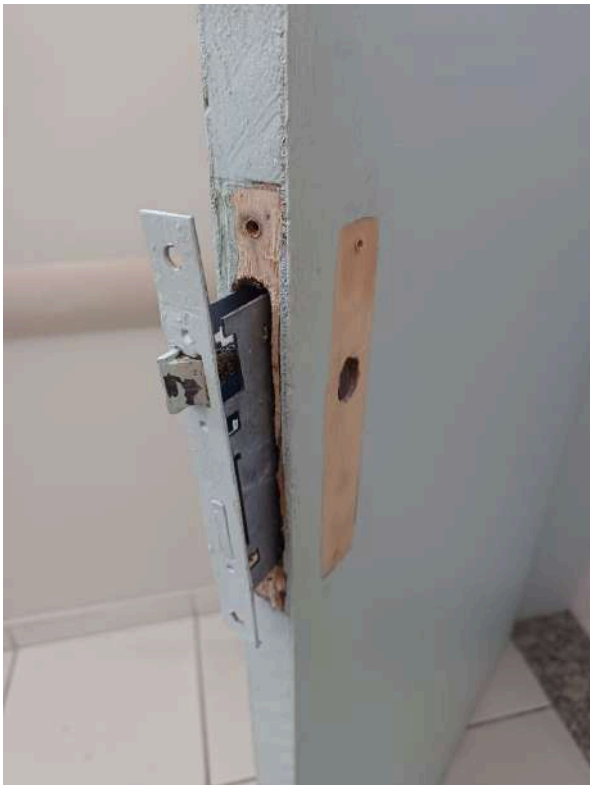
ANTES	DEPOIS
	

ANTES	DEPOIS
Assento da cadeira sala 01 trocado	
 7 de jul. de 2024 16:50:46	 7 de jul. de 2024 16:50:53

ANTES	DEPOIS
Tomada trocada na sala da sup.manutenção	
	

ANTES	DEPOIS
Troca dos terminais e colocação das lâmpadas corredor em frente a sala 12	
 4 de ago. de 2026 13:48:58	 4 de ago. de 2026 14:35:45

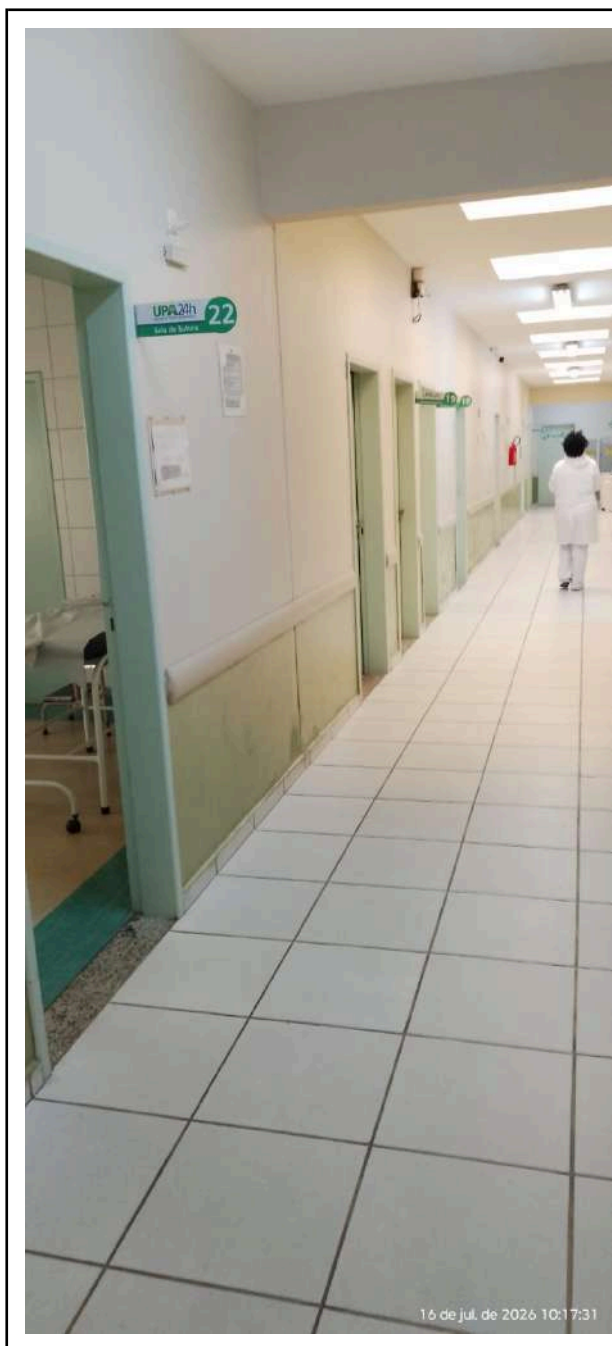
ANTES	DEPOIS
Antes observação feminina adulta	
	
	
	

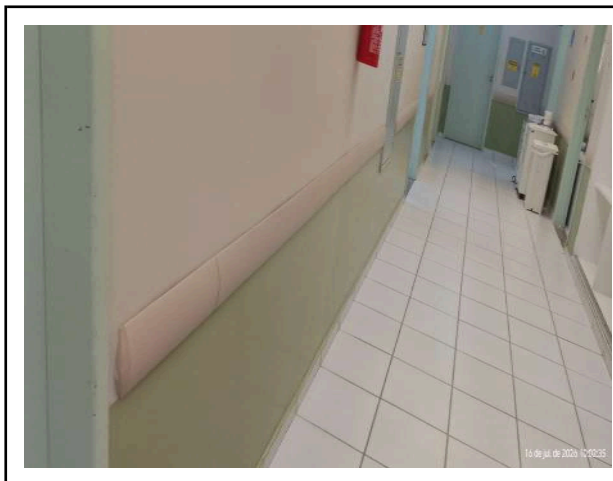
ANTES	DEPOIS
Quarto observação feminina	
	
Feito a troca da fechadura do banheiro do isolamento adulto.	
	

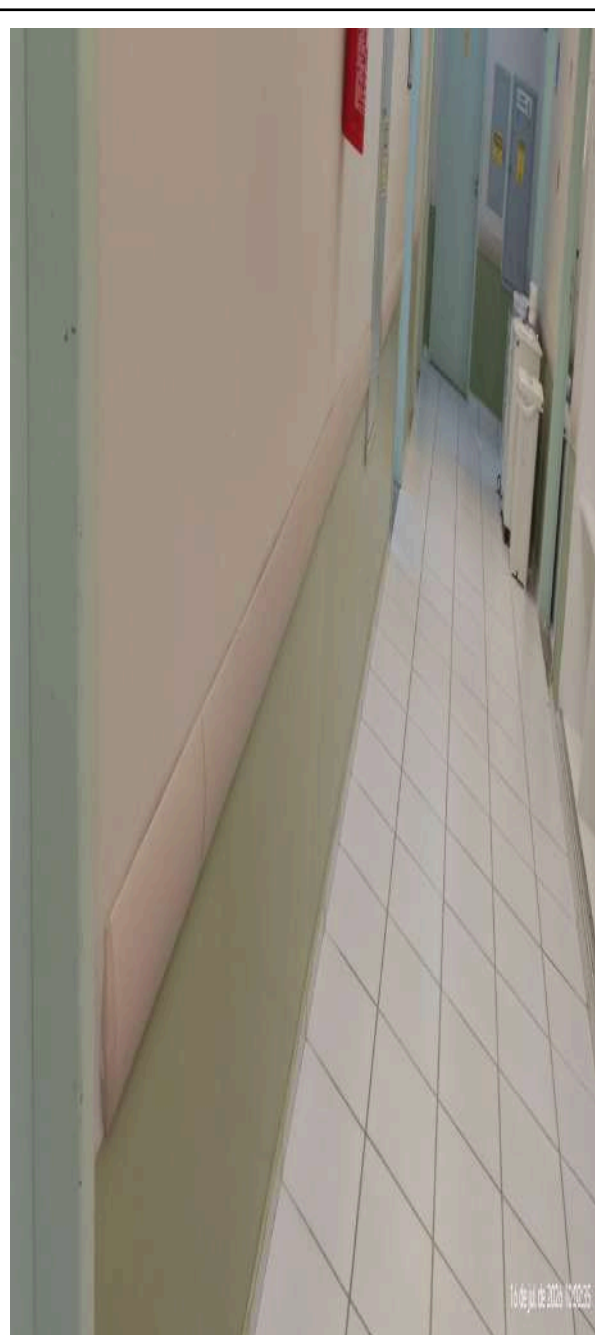
ANTES	DEPOIS
Tomada trocada na copa	
	

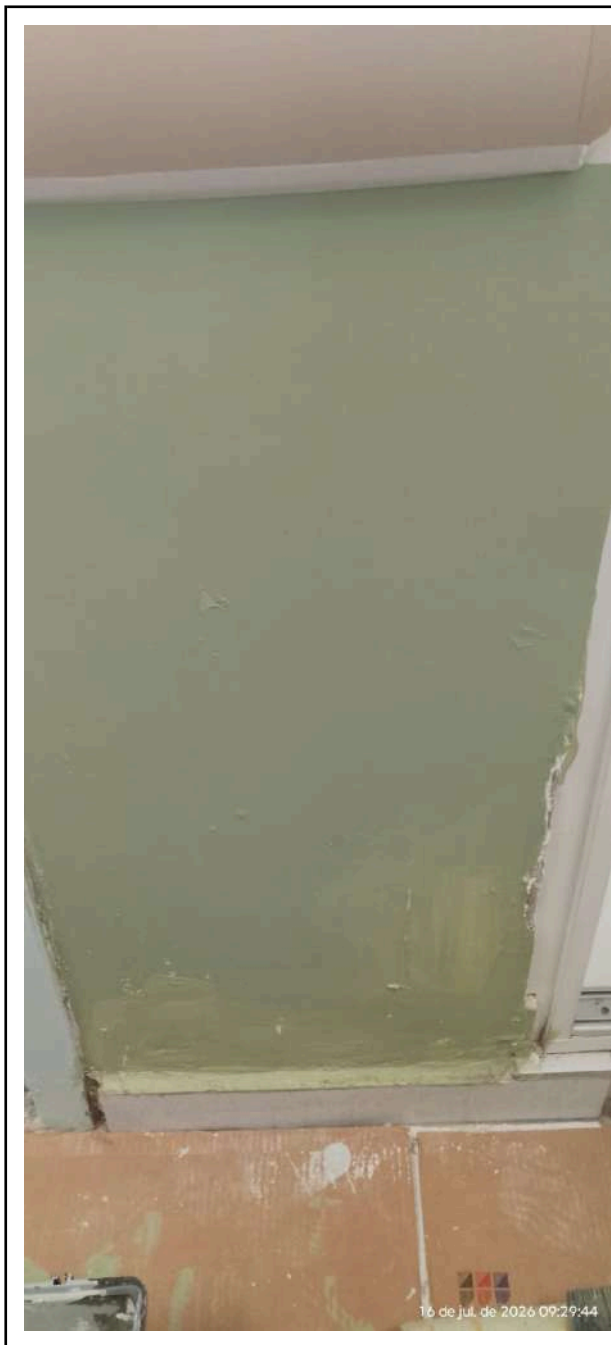
corredor da pediatria pintado





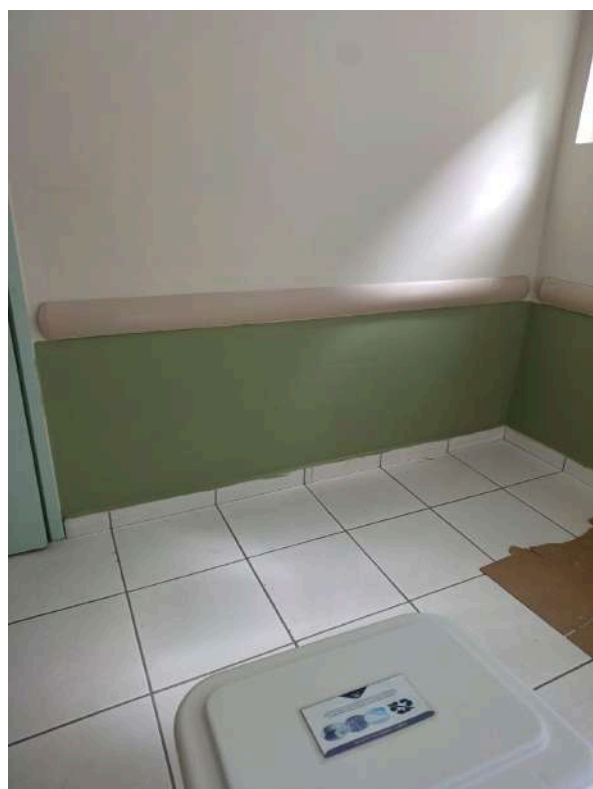
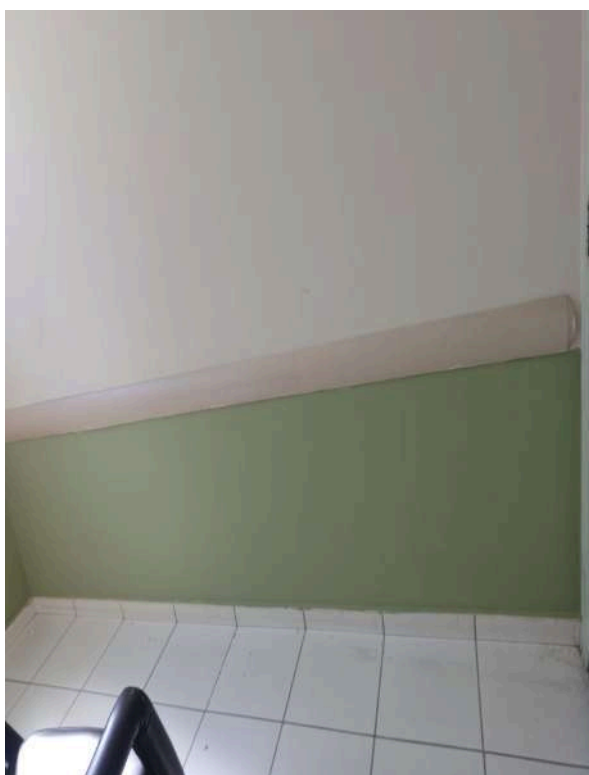








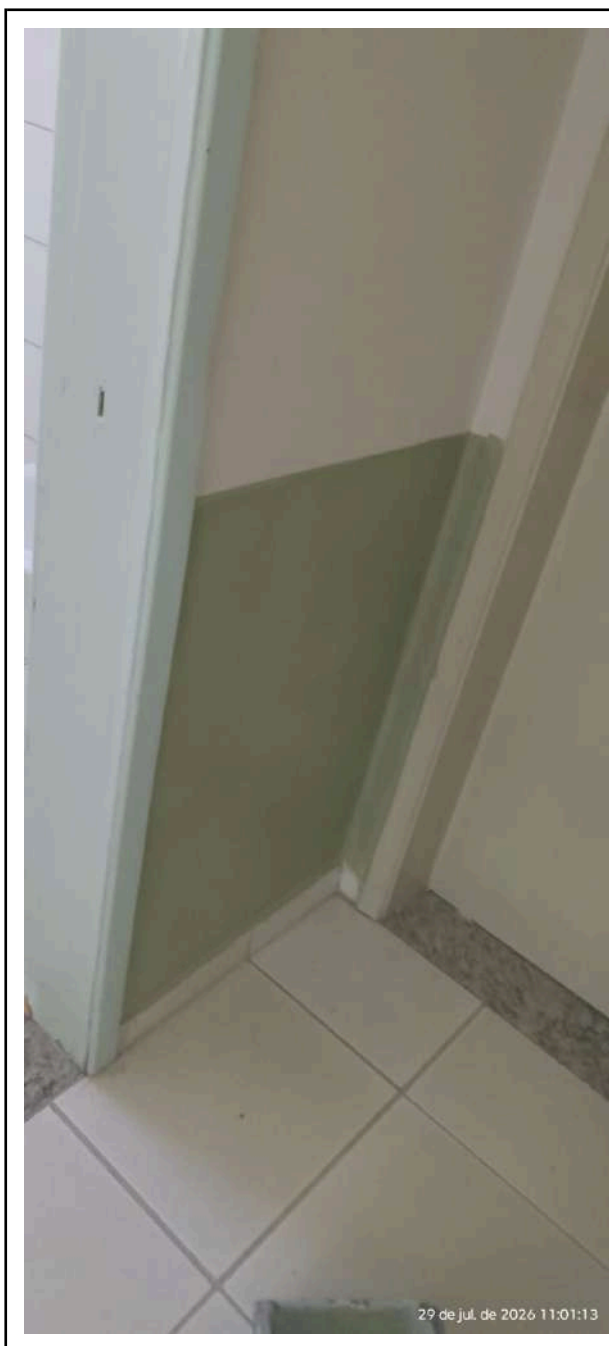
Depois observação feminina adulta.

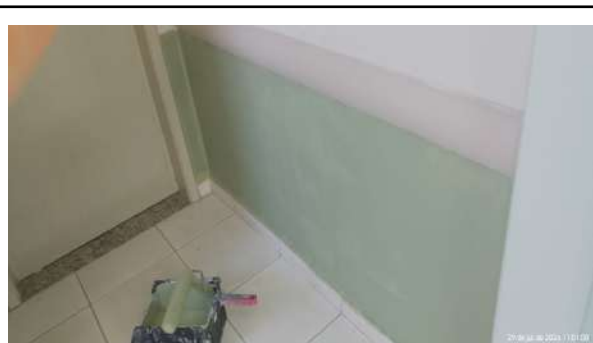


barrilete do quarto 11 pintado



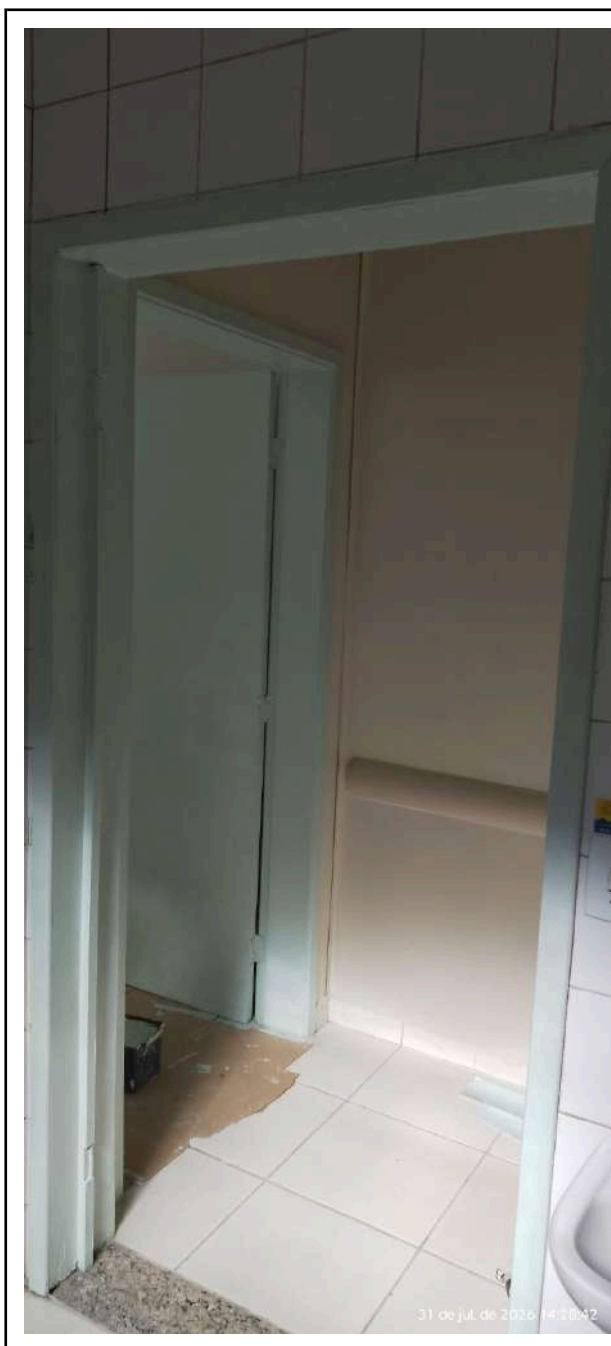
Quarto pintado

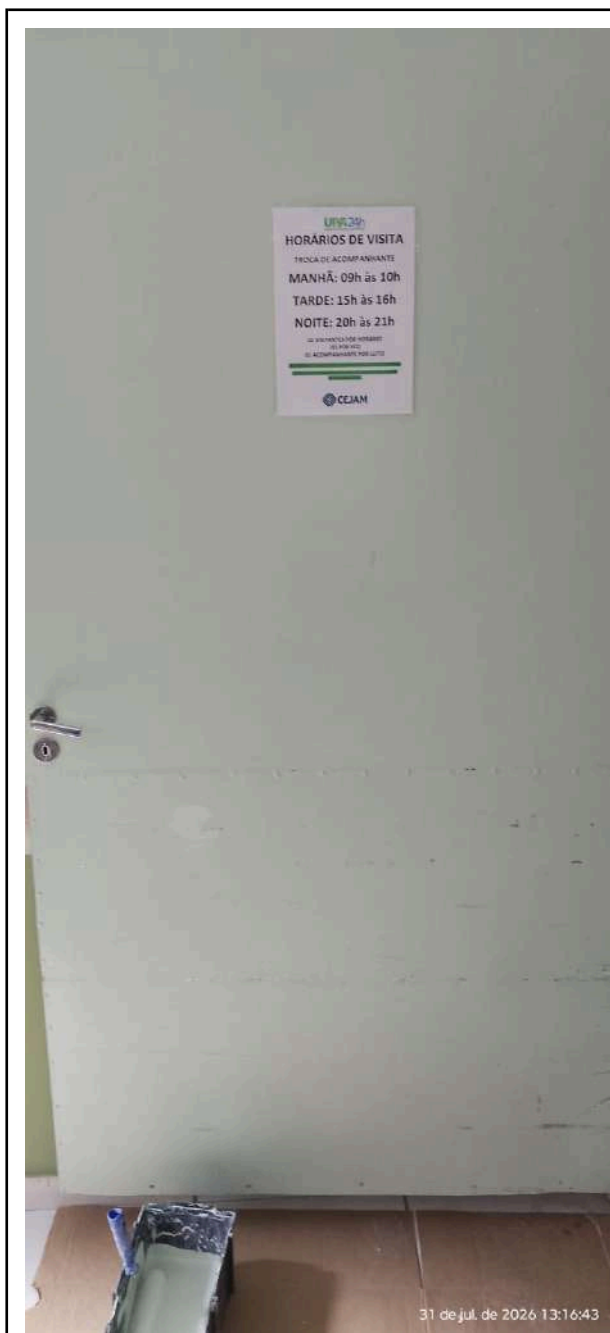




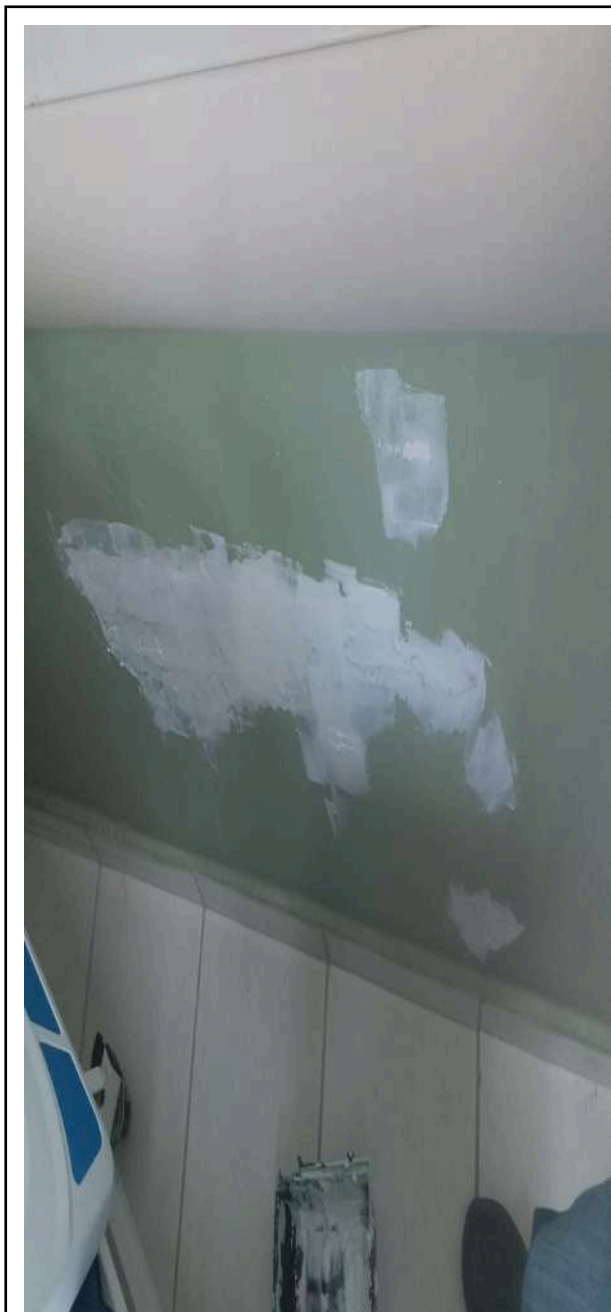
Pintura das portas da observação feminina







Quarto pintado



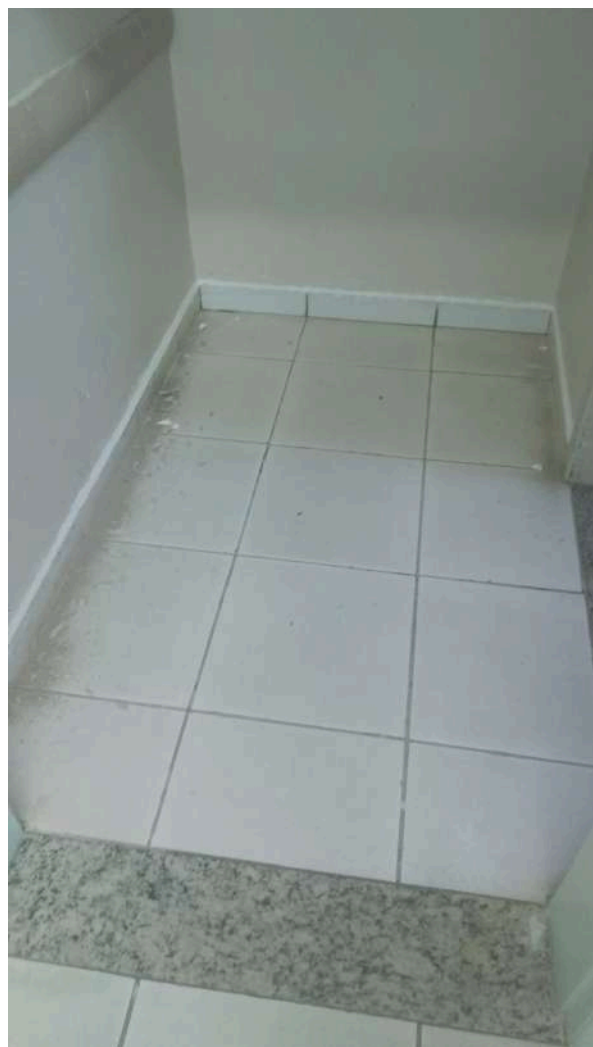


CEJAM

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS



13. CONCLUSÃO

O encerramento do mês de julho de 2026 evidencia um cenário de evolução, consistência e fortalecimento da qualidade assistencial na UPA Alto da Ponte, resultado do trabalho integrado das equipes e da condução estratégica voltada à segurança, resolutividade e humanização do cuidado.

No período, destaca-se o desempenho assistencial da unidade, com manutenção do compromisso das equipes com o atendimento oportuno, a organização dos fluxos e a assistência qualificada aos usuários. Os resultados alcançados demonstram a capacidade da UPA em responder às demandas do território, mantendo o foco na segurança do paciente, eficiência dos processos e continuidade do cuidado, aspectos fundamentais para a consolidação de uma assistência de excelência.

Outro importante destaque do mês refere-se ao índice de aprovação dos usuários, evidenciado pelo desempenho do NPS, que traduz de forma objetiva a percepção da população quanto à qualidade do atendimento recebido. O elevado nível de aprovação constitui importante reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos profissionais da unidade e demonstra que as estratégias assistenciais adotadas vêm repercutindo positivamente na experiência e confiança dos usuários.

Também merece especial destaque a capacidade de capacitação e desenvolvimento das equipes, expressa pelo volume de treinamentos em hora-homem realizados ao longo do período. O investimento contínuo na educação permanente demonstra o compromisso institucional com a atualização técnica e comportamental dos profissionais, fortalecendo competências e contribuindo diretamente para a padronização dos processos, redução de riscos e qualificação da assistência. Nesse sentido, a educação permanente consolida-se como importante ferramenta para sustentar os avanços assistenciais alcançados pela unidade.

Paralelamente, julho foi marcado pelo fortalecimento das ações de preparação para a acreditação ONA, com atuação integrada entre as áreas assistenciais, Qualidade e SCIH, promovendo o aprimoramento dos processos, a revisão de práticas, o fortalecimento da cultura de segurança e a adequação da unidade aos requisitos necessários para a obtenção do selo de acreditação. Esse movimento demonstra que a busca pela excelência não está restrita aos resultados assistenciais, mas envolve a construção de uma cultura institucional baseada em

qualidade, segurança, gestão de riscos, melhoria contínua e experiência do paciente.

Dessa forma, os resultados de julho demonstram uma unidade que vem avançando de maneira estruturada, conciliando produção e desempenho assistencial, elevada satisfação dos usuários, qualificação permanente dos profissionais e fortalecimento dos processos de qualidade e segurança.

Conclui-se, portanto, que a UPA Alto da Ponte encerra o mês de julho com indicadores que refletem a maturidade e o comprometimento de suas equipes, consolidando uma trajetória de evolução assistencial e organizacional. O trabalho desenvolvido ao longo do período fortalece a preparação da unidade para os desafios relacionados à acreditação ONA e, sobretudo, reafirma o compromisso com uma assistência segura, humanizada, resolutiva e de excelência, tendo o usuário como centro das estratégias e das decisões assistenciais.

Cordialmente,



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

THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA
Gerente Técnico Regional
CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas Drº João Amorim

Relatório de Atividades Assistenciais

Contrato de Gestão nº 408/2024

Unidades de Saúde da Rede Assistencia:

UBS Alto da Ponte

UBS Altos de Santana

UBS Jardim Telespark

UBS Santana

São José dos Campos

Julho

2026

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

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL.....	4
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES.....	8
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	8
4. FORÇA DE TRABALHO.....	11
5. INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE.....	14
6. INDICADORES DE PRODUÇÃO	44
7. INDICADORES DE GESTÃO	66
8. MELHORIAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS.....	74
9. EDUCAÇÃO EM PRÁTICAS ASSISTENCIAIS / AÇÕES EM SAÚDE.....	80
10. MANUTENÇÃO / ENGENHARIA CLÍNICA E PROJETOS	106
11. COMISSÕES.....	112
12. CONCLUSÃO.....	129

1. 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 Julho 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;

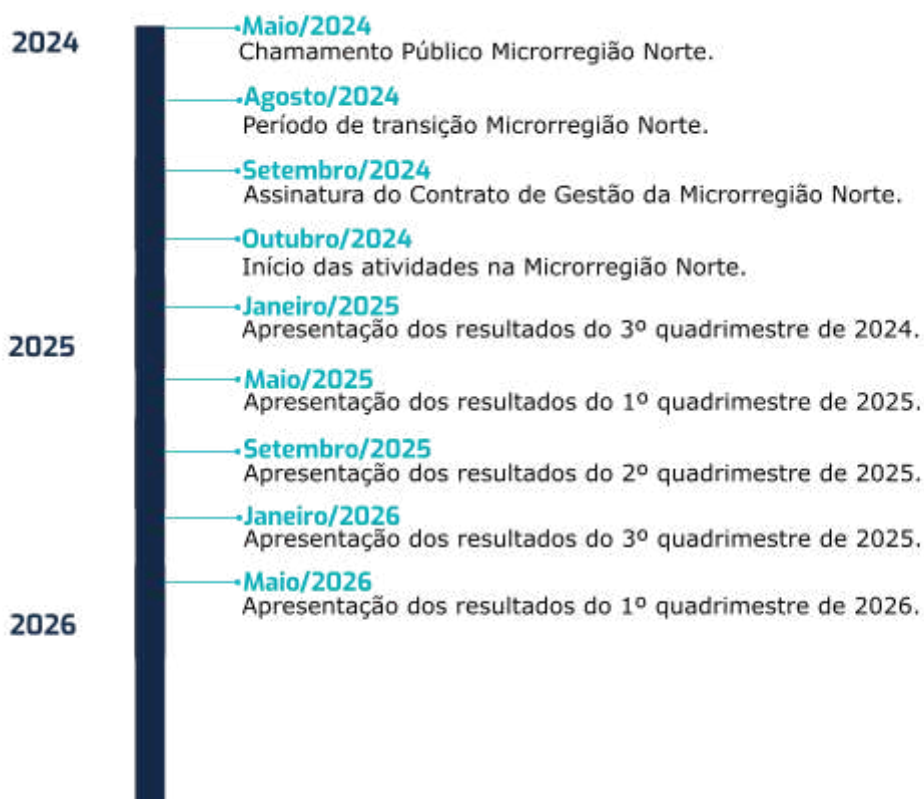
- Qualificamos a gestão.

Pilares Estratégicos

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

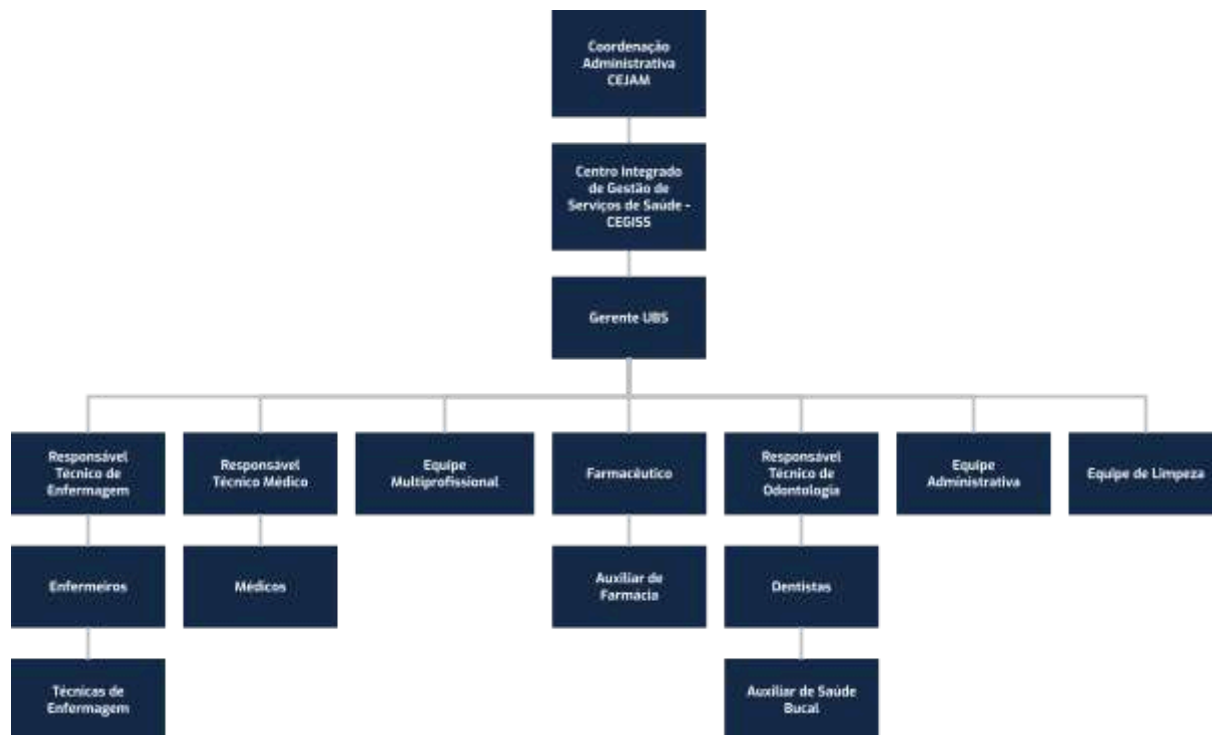
Linha do Tempo

A linha do tempo do CEJAM em São José dos Campos destaca os principais marcos da gestão da Microrregião Norte. O cronograma inclui desde o chamamento público em maio/24, com o início efetivo das atividades em outubro/2024 e as prestações de contas. Durante esse período, ocorreu a transição administrativa e a assinatura do contrato de gestão.



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 outubro 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. O CEJAM, inscrito no CNPJ nº 66.518.267/0001-83, possui sede Avenida da Liberdade, 765, no bairro Liberdade em São Paulo - SP- CEP 01503-001 e será responsável pela execução das atividades assistenciais, bem como pela conservação e manutenção dos equipamentos públicos permissionados. 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 Alziro Lebrão, 386 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12213-360
 - ◆ CNES: 0009407
- **UBS Altos de Santana**
 - 📍 Avenida Alto do Rio Doce, 1585 - 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**
 - 📍 Avenida Rui Barbosa, 2445 - Santana, São José dos Campos - SP, 12212-000
 - ◆ CNES: 0008990

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as produções realizadas na unidade são monitoradas pelos sistemas municipais (SAMS, E-SAMS, SIA TABNET), além de instrumentos próprios para consolidação dos dados.

3. 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 **1 a 31 de Julho de 2026**, nas 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.

Serviços	UBS Alto da Ponte	UBS Altos de Santana	UBS Jardim Telespark	UBS Santana
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 estomas	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

4. FORÇA DE TRABALHO

Dimensionamento dos Colaboradores - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta o consolidado da força de trabalho prevista e efetiva, incluindo profissionais contratados sob os regimes CLT e PJ.

EQUIPE MÍNIMA		
Mês:	Julho/2026	
Setor	Cargo	Quantidade
Administrativo	Assistente Social (10h)	4
	Auxiliar de Farmácia (40h)	3
	Auxiliar de Saúde Bucal (40h)	10
	Auxiliar de Serviços Gerais (40h)	8
Assistencial	Dentista (40h)	10
	Enfermeiro (40h)	13
	Farmacêutico (40h)	4
	Gerente (40h)	4
	Jovem Aprendiz (30h)	4
	Médico Clínico Geral (20h)	4
	Médico Gineco-obstetra (20h)	2,5
	Médico Pediatra (20h)	2
	Médico Saúde da Família (40h)	11
	Nutricionista (10h)	4

	Recepcionista (40h)	12
	Técnico de Enfermagem (40h)	30
	Técnico de Farmácia (40h)	1
Total		126,5

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

UBS Altos de Santana:

Atualmente, a unidade conta com uma técnica de enfermagem excedente por trâmites jurídicos. Com o objetivo de assegurar a continuidade das atividades assistenciais e manter a adequada cobertura da equipe, foi realizada a contratação de uma nova técnica de enfermagem.

Em julho de 2026, a unidade registrou o desligamento de uma recepcionista, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de farmácia. Ainda no mesmo mês, foram contratadas uma recepcionista e uma técnica de enfermagem, reduzindo parcialmente o impacto das vacâncias.

No momento, a unidade aguarda a contratação de um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de farmácia para recomposição do quadro de pessoal e manutenção da assistência prestada. A previsão é que esses profissionais iniciem suas atividades na primeira semana de agosto.

UBS Santana:**Dentista (40h)**

Em Julho de 2026, observa-se 1 profissional excedente no quadro funcional em decorrência do afastamento temporário de uma cirurgiã-dentista em licença-maternidade, sendo necessária a reposição para manutenção da assistência odontológica.

Enfermeiro (40h)

Em Julho de 2026, verifica-se a existência de 1 profissional excedente. Conforme os cadastros do E-SAMS, a população vinculada à unidade encontra-se acima do parâmetro de 2.000 pessoas por EAP de 20 horas. Embora o plano de trabalho preveja a atuação de dois enfermeiros de 40 horas na UBS Santana, o quantitativo atual de três profissionais mostra-se compatível com a demanda assistencial, considerando ainda o funcionamento da unidade por 11 horas ininterruptas e a necessidade de cobertura durante férias, licenças e demais afastamentos.

UBS Alto da Ponte: A unidade encontra-se em processo de contratação de Auxiliar em Saúde Bucal para composição da terceira equipe de Saúde da Família. Ressalta-se que a unidade também possui excedente no quadro de recursos humanos em razão do afastamento de uma recepcionista e uma enfermeira por licença-maternidade.

UBS Telespark: O excedente de colaboradores na UBS decorre de afastamentos legais temporários.

Cirurgiã Dentista(40h): Uma profissional encontra-se em licença maternidade.

Recepcionista(44h): Duas profissionais encontram-se em licença maternidade.

Técnico de enfermagem (40h): Do total de duas profissionais classificadas como excedentes, uma encontra-se em licença-maternidade e a outra em exercício de cobertura de afastamento. A contratação realizada possui caráter estritamente substitutivo, com o objetivo de assegurar a continuidade dos serviços e evitar desassistência, não configurando ampliação permanente do quadro de pessoal.

5. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Os indicadores apresentados 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. Ressalta-se que, embora o indicador de cadastro individual tenha sido formalmente excluído, seus dados serão apresentados para registro histórico.

Em função das atualizações contínuas nos sistemas de informação que subsidiam os indicadores, alguns valores podem sofrer alterações ao longo do tempo, tanto nos relatórios mensais quanto no quadrimestral. Além disso, devido à indisponibilidade/parcialidade de alguns relatórios do mês vigente, pode haver ausência de informações ou lacunas nos dados.

Para este mês, utilizamos para os cadastros vinculados os dados do sistema e-sams.

Indicadores de Desempenho e Qualidade

Qualidade - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Julho de 2026**.

	SJC Microrregião Norte: 11 eSF + 4 eAP + 11 eSB	julho/2026			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Mu ni ci pi s	Cadastro individual vinculado à equipe	-	UBS Alto da Ponte	12.699	52.628
			UBS Altos de Santana	14.171	
			UBS Santana	11.144	
			UBS Telespark	14.614	
	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	24	64,86%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	37	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	34	91,89%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	37	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	36	97,30%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	37	
	Cobertura de citopatológico de coio útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	6.032	36,06%

		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	16.727	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	50	92,59%
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	54	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	5.959	54,36%
		Número total de hipertensos cadastrados	10.962	
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	2.380	52,09%
		Número total de diabéticos cadastrados	4.569	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	1.547	12,96%
		Número total de consultas médicas realizadas	11.933	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 13%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	485	11,06%
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	4.386	
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 gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	163	63,67%
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	256	

CEJAM	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	2.040	18,70%
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	10.908	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	221	95,26%
			Número total de profissionais cadastrados	232	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	39	71
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	11	
			Incidente sem dano	18	
			Incidente com dano Grau I (leve)	2	
			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	51	71
			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	929	93,27%
			Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	996	
	Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	5.155	45,56%

últimos 2 anos		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	11.315	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	10.948	99,86%
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	10.963	
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	4.560	121,07%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	3.766	

Análise crítica:

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

Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana 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 os resultados a partir dos relatórios disponíveis no sistema e-sams.

Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente: para este indicador apresentamos neste relatório resultados a partir de relatórios disponíveis no sistema e-sams.

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.

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.

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.

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 disponibilizados 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): Em 2026, as visitas técnicas foram realizadas pelas comissões das unidades.

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. Foi encaminhada resposta ao expediente 14052/2026 considerando a fonte de captação do indicador para exames de mamografias realizados, o portal SAMS.

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 Julho/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 **Julho de 2026**.

	UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB	julho/2026			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Mu ni ci pi s	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.375	12.699
			Equipe 2	3.668	
			Equipe 3	3.047	
			Equipe 4	2.609	
	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	8	72,73%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	11	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	10	90,91%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	11	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	11	100,00%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	11	
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.510	39,76%
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	3.798	
	Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	8	100,00%
			Número de crianças que completaram 1 ano no período	8	

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.596	60,57%
		Número total de hipertensos cadastrados	2.635	
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	568	52,84%
		Número total de diabéticos cadastrados	1.075	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	312	9,96%
		Número total de consultas médicas realizadas	3.132	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 16,5%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	165	15,59%
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.058	
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 gestantes, puérperas e recém-nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	46	46,94%
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	98	
Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	759	20,46%
		Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.710	
Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	45	100,00%
		Número total de profissionais cadastrados	45	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	37	38
		Quase Erro (Near Miss)	0	
		Não Conformidade	0	

		Incidente sem dano	0	
		Incidente com dano Grau I (leve)	1	
		Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
		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	38	38
		Assistencial	0	
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	204	99,51%
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	205	
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	1.152	45,34%
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	2.541	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.628	105,19%
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.498	
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.070	124,66%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	858	

Análise crítica:

Cobertura de citopatológico de colo útero: O indicador de cobertura do exame citopatológico apresentou resultado de 39,76%, permanecendo próximo à meta estabelecida de 40%. Observa-se discreta redução em relação ao mês anterior, influenciada principalmente pela redução parcial da capacidade assistencial decorrente das férias de uma enfermeira por 15 dias, o que impactou a

oferta de vagas para realização do exame.

Apesar desse cenário, a unidade ofertou 164 vagas para coleta de exame preventivo durante o período. Entretanto, verificou-se índice de absenteísmo de 43%, fator que comprometeu o aproveitamento da agenda e, consequentemente, o alcance da meta. A UBS mantém a oferta do exame por livre demanda, porém, no mês de julho, foram realizadas apenas 16 coletas por essa modalidade.

A equipe permanece desenvolvendo ações de busca ativa das mulheres elegíveis, orientação durante os atendimentos e sala de espera para incentivar à realização do exame, além da manutenção da livre demanda.

Acesso à primeira consulta odontológica programática: O resultado demonstrou evolução em relação ao mês de junho (13,25%) aproximando-se da meta estabelecida de 16,5%.

O avanço observado reflete a manutenção das estratégias adotadas pela equipe de saúde bucal para ampliação do acesso, incluindo a organização dos grupos de acesso. Embora a meta ainda não tenha sido alcançada, houve aumento de 2,34 pontos percentuais no período, evidenciando melhora no desempenho do indicador.

A unidade continuará fortalecendo as ações de divulgação, acolhimento e monitoramento das vagas disponíveis, bem como a busca ativa de usuários que necessitam de acompanhamento odontológico, com o objetivo de ampliar o acesso e alcançar a meta pactuada nos próximos meses.

Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica: até a emissão do relatório os dados não foram disponibilizados pela secretaria de saúde.

Proporção de gestantes, puérperas e recém-nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS): O resultado do indicador foi impactado por fatores operacionais que comprometeram o registro oportuno das visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Das 13 ACS da equipe, 9 não realizaram a inclusão de 100% das visitas no sistema até o fechamento deste relatório.

Durante o período, ocorreu a baixa patrimonial de computadores da unidade, o que demandou o remanejamento dos equipamentos administrativos para setores assistenciais, ocasionando alterações na escala de digitação da equipe de ACS e reduzindo a disponibilidade de estações de

trabalho para lançamento das informações.

Adicionalmente, parte dos tablets utilizados pelas profissionais apresentou problemas de funcionamento ao longo do mês, sendo as intercorrências solucionadas gradativamente. Dentro do período tivemos 5 profissionais em gozo de férias e registro de 128 horas de ausência por atestados médicos.

Apesar das dificuldades enfrentadas, as visitas domiciliares continuaram sendo realizadas conforme planejamento das equipes. A unidade já adotou medidas para regularização dos registros e reorganização dos processos de trabalho, visando garantir maior oportunidade no lançamento das informações.

Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS): O resultado do indicador foi impactado por fatores operacionais que comprometem o registro oportuno das visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Das 13 ACS da equipe, 9 não realizaram a inclusão de 100% das visitas no sistema até o fechamento deste relatório.

Durante o período, ocorreu a baixa patrimonial de computadores da unidade, o que demandou o remanejamento dos equipamentos administrativos para setores assistenciais, ocasionando alterações na escala de digitação da equipe de ACS e reduzindo a disponibilidade de estações de trabalho para lançamento das informações.

Adicionalmente, parte dos tablets utilizados pelas profissionais apresentou problemas de funcionamento ao longo do mês, sendo as intercorrências solucionadas gradativamente. Dentro do período tivemos 5 profissionais em gozo de férias e registro de 128 horas de ausência por atestados médicos.

Apesar das dificuldades enfrentadas, as visitas domiciliares continuaram sendo realizadas conforme planejamento das equipes. A unidade já adotou medidas para regularização dos registros e reorganização dos processos de trabalho, visando garantir maior oportunidade no lançamento das informações.

Qualidade - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Julho de 2026**.

	UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB	julho/2026		
		Meta	Indicadores	Realizado
Municipal	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.229
			Equipe 2	3.281
			Equipe 3	4.218
			Equipe 4	3.443
	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
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	12
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	12
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	12
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	12
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	12
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.532
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	4.481
	Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	9
			Número de crianças que completaram 1 ano no período	12

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.459	54,66%
		Número total de hipertensos cadastrados	2.669	
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	632	52,23%
		Número total de diabéticos cadastrados	1.210	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	420	14,33%
		Número total de consultas médicas realizadas	2.931	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 15,4%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	168	14,23%
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.181	
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 gestantes, puérperas e recém-nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	84	106,33%
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	79	
Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	833	21,47%
		Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.879	
Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	38	79,17%
		Número total de profissionais cadastrados	48	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	0
		Quase Erro (Near Miss)	0	
		Não Conformidade	0	
		Incidente sem dano	0	

CEJ
AM

		Incidente com dano Grau I (leve)	0	
		Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
		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	0
		Assistencial	0	
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	213	86,59%
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	246	
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	1.402	46,18%
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	3.036	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.662	97,13%

		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.741	128,09%
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.206	
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	942	

Análise Crítica:

Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré- Natal realizadas, sendo a primeira até 12ª semanas de gestação: No mês de julho, a unidade apresentou desempenho abaixo da meta estabelecida em decorrência de fatores relacionados ao cadastro e ao acompanhamento de gestantes no sistema.

Duas gestantes foram excluídas do programa de forma indevida em razão de inconsistências no sistema, sendo retiradas antes da ocorrência do parto. Posteriormente, essas pacientes retornaram ao programa após registro, pelo médico, do CID ou do SIGTAP correspondente ao acompanhamento gestacional.

Programas						
	Programa	Nº no Programa	Grupo	Dt. Entrada	Dt. Saida	Observ
Novo	HIPERDIA		HIPERTENSOS E OU DIABETIC...	12/02/2019		
Alterar	GESTANTE		GESTANTE	26/06/2026		
Excluir	GESTANTE		GESTANTE	05/11/2025	24/06/2026	

Avisos - Datasus

Prontuários

Programas - Gov

Documentos

Filiação

Termos

Associados

Informações Gerais

Fichas

Observação

Certidão

OK

Cancelar

Além disso, uma gestante permaneceu cadastrada no sistema devido ao registro de CID relacionado a aborto, sem que fosse realizada a devida baixa no sistema. Houve também uma gestante que passou a realizar o acompanhamento pré-natal em serviço de alto risco, impactando os indicadores

da unidade, e outra que se mudou para outro município, deixando de ser acompanhada pela equipe. Essas situações contribuíram para a redução do desempenho da unidade no indicador durante o período analisado.

Cobertura de citopatológico: Como plano de ação para melhoria do indicador de exame citopatológico do colo do útero (preventivo), a unidade vem desenvolvendo estratégias voltadas à ampliação do acesso, qualificação dos registros e monitoramento contínuo da população elegível.

Atualmente, é ofertada livre demanda para coleta do exame às segundas-feiras, além de agendamentos diários e de um dia específico destinado às mulheres que se enquadram nos critérios do indicador. A unidade também realiza busca ativa das usuárias elegíveis, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e promove a atualização periódica dos cadastros, identificando situações como mudança de endereço, óbito, gestação, histerectomia ou realização do exame na rede privada, garantindo maior confiabilidade das informações.

Com o objetivo de ampliar o acesso, foi implantado o Grupo de Saúde da Mulher no território mais distante da unidade, facilitando o atendimento às mulheres com maior dificuldade de deslocamento. Paralelamente, todas as oportunidades de atendimento na unidade — consultas médicas e de enfermagem, vacinação, planejamento familiar e acompanhamento de condições crônicas — são utilizadas para verificar a situação do exame preventivo, realizando a coleta ou o agendamento quando necessário.

A equipe também recebe orientações permanentes quanto aos critérios do indicador e ao correto registro dos procedimentos nos sistemas de informação, visando assegurar a fidedignidade dos dados. Mensalmente, é realizado o monitoramento da lista nominal das mulheres elegíveis, identificando aquelas com exame em atraso e organizando a busca ativa por microárea.

Como complemento, a unidade desenvolve ações de educação em saúde em salas de espera, grupos educativos e outros espaços comunitários, reforçando a importância da prevenção do câncer do colo do útero. Também são realizados lembretes por telefone, mensagens e por intermédio dos ACS para confirmação dos agendamentos e redução do absenteísmo.



Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente: Neste mês, três crianças não foram contabilizadas no indicador por motivos distintos. Em um dos casos, o responsável recusou a administração das vacinas previstas no calendário vacinal, conforme registrado em prontuário, tendo sido devidamente orientado pela equipe quanto à importância e aos benefícios da imunização. Em outro caso, a criança recebeu a vacina hexavalente, situação que não foi considerada para fins do indicador vigente. Por fim, uma terceira criança recebeu a terceira dose das vacinas VIP e Pentavalente em 04/08, após o período de competência do indicador, motivo pelo qual não foi incluída no resultado do mês analisado.

Proporção de encaminhamentos para serviço especializado: Até o momento dados de julho/2026 não foram disponibilizados.

Acesso à primeira consulta odontológica programática: Neste mês, a meta não foi alcançada em razão do período de férias de um dos colaboradores, iniciado em 15/06/2026, com término previsto para 14/07/2026, o que impactou temporariamente a capacidade operacional da equipe e o desempenho do indicador.

Proporção de internações por doenças preveníveis na atenção básica: Dados indisponíveis até 04/08/2026.

Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS):

Atualmente, a unidade dispõe de 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), frente ao quantitativo ideal de 16 profissionais. Desses, dois encontram-se em readaptação funcional integral (100%), o que reduz a capacidade operacional da equipe e impacta diretamente o desempenho do indicador. No período avaliado, a força de trabalho também foi afetada por férias, participação de colaboradores em capacitações, afastamentos por atestados médicos, feriados e dispensas, comprometendo a cobertura das visitas domiciliares e das demais atividades programadas. Como estratégias para melhoria do indicador, foram reforçadas as orientações aos ACS quanto à utilização adequada do tablet e à realização do registro correto e diário das atividades no sistema de informação. Além disso, foram instituídas reuniões semanais entre ACS, enfermeiros e médicos das equipes, com foco no monitoramento das visitas domiciliares, especialmente para os usuários pertencentes aos grupos prioritários. Complementarmente, são realizadas reuniões mensais com a gerência para análise dos indicadores assistenciais, avaliação dos resultados e definição de estratégias voltadas ao alcance das metas estabelecidas. A unidade permanece aguardando a contratação de novos Agentes Comunitários de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde, visando à recomposição do quadro de profissionais e ao fortalecimento das ações desenvolvidas no território.

Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES - Neste mês, a meta não foi atingida em razão do processo de atualização no CNES da SMS, referente à exclusão em tempo hábil e inclusão de profissionais. Foram solicitadas as exclusões de duas técnicas de enfermagem, dois enfermeiros, duas recepcionistas, uma auxiliar de farmácia. A Ficha 21 foi encaminhada ao setor responsável após a solicitação de desligamento das colaboradoras, ocorrida na primeira quinzena de cada mês, juntamente com a solicitação de inclusão da nova profissional.

Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito) e Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa, assistencial, entre outros): Como plano de ação para melhoria deste indicador, será elaborado, em conjunto com a Comissão de Gerenciamento de Riscos, um plano de intervenção voltado à sensibilização dos colaboradores quanto à importância da notificação de incidentes e eventos adversos. Além disso, serão promovidas orientações e ações educativas para reforçar a cultura de segurança do paciente, enfatizando a relevância das notificações como ferramenta para identificação

de oportunidades de melhoria, prevenção de recorrências e fortalecimento da qualidade da assistência prestada.

Percentual de conformidade obtido nas avaliações realizadas em visitas técnicas do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica): Neste indicador, a unidade apresentou conformidade em 231 dos 246 itens avaliados, alcançando desempenho superior à meta estabelecida. Esse resultado demonstra o comprometimento da equipe com a qualificação dos processos de trabalho, a adoção de boas práticas e a busca contínua pela melhoria da qualidade da assistência e dos serviços prestados.

Qualidade - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Julho de 2026**.

	UBS Jardim Telespark: 3 eSF + 1 eSB	Julho/2026			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Mu ni ci pi s	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.550	11.144
			Equipe 2	4.151	
			Equipe 3	3.443	
	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	83,33%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	6	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	5	83,33%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	6	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	6	100,00%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	6	

Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.370	36,43%
		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	3.761	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	17	94,44%
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	18	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.234	53,21%
		Número total de hipertensos cadastrados	2.319	
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	598	59,80%
		Número total de diabéticos cadastrados	1.000	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	324	13,88%
		Número total de consultas médicas realizadas	2.334	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 5,5%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	59	6,35%
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	929	
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 gestantes, puérperas e recém-nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	33	41,77%
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	79	

	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	448	13,50%
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.319	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	75	98,68%
			Número total de profissionais cadastrados	76	
CEJAM	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	1	8
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	1	
			Incidente sem dano	6	
			Incidente com dano Grau I (leve)	0	
			Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
			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	8
			Assistencial	6	
CEJAM	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	260	93,19%
			Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	279	
	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	1.223	49,35%
			Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	2.478	
	Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.319	97,79%
			Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.371	

Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.000	122,75%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	815	

Análise Crítica:

Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação: O indicador apresentou resultado satisfatório no período avaliado. Das seis gestantes elegíveis para o acompanhamento, cinco atenderam integralmente aos critérios estabelecidos pelo indicador. A única gestante que não compôs o numerador iniciou o acompanhamento pré-natal na rede privada, com ingresso após a 12ª semana de gestação, o que impossibilitou o atendimento ao critério de início oportuno do pré-natal e, consequentemente, o cumprimento do número mínimo de consultas preconizado.

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV: Foi identificada inconsistência no indicador em uma das seis gestantes acompanhadas, decorrente da ausência de registro dos exames no Boletim Diário de Atendimento (BDA), embora os testes rápidos e os demais exames preconizados tenham sido realizados e devidamente registrados em prontuário. Após a identificação da não conformidade, foi realizada análise do processo de trabalho, sendo a enfermeira responsável reorientada quanto ao correto registro das informações nos sistemas oficiais. A equipe foi reorientada a permanecer realizando o monitoramento sistemático das gestantes e o acompanhamento dos registros assistenciais, visando garantir a fidedignidade dos dados, a qualidade da assistência e a adequada mensuração dos indicadores.

Cobertura de citopatológico de colo útero: A cobertura do exame citopatológico permaneceu abaixo da meta estabelecida. Trata-se de um indicador desafiador, influenciado por fatores como a adesão da população-alvo, absenteísmo após busca ativa e realização do exame em serviços externos. Diante deste cenário, serão mantidas e fortalecidas as ações de busca ativa, conforme lista extraída no sistema Esams das mulheres elegíveis, monitoramento contínuo e sensibilização do público alvo quanto a importância da realização do exame, com o objetivo de ampliar a cobertura e alcançar o parâmetro pactuado nos próximos ciclos avaliativos.

Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente: Das dezoito crianças elegíveis, apenas uma não completou o esquema vacinal para poliomielite inativada e pentavalente. A equipe realizou busca ativa junto ao responsável, que foi orientado quanto à importância da atualização do

calendário vacinal e a regularização das vacinas ocorreu em 04/08/2026 (CRA do paciente 1200439). Permanecem mantidas as ações de monitoramento sistemático e busca ativa, visando alcançar e manter a cobertura vacinal preconizada, reduzindo o risco de atraso vacinal na população-alvo.

Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica: No período analisado, não foi possível avaliar o indicador referente a Julho/26, em razão da indisponibilidade dos dados no sistema Tabnet. Contudo, destaca-se a atualização dos dados de Maio/26, que evidenciou 5 internações por condição sensível à APS dentre um total de 62 internações, correspondendo a 8,06%, resultado que atende ao parâmetro estabelecido.

Proporção de gestantes, puérperas e recém-nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS): De um total de 79 usuários elegíveis para acompanhamento, 33 receberam visita domiciliar efetiva. O desempenho do indicador foi influenciado, principalmente, pela ausência dos usuários no domicílio durante as tentativas de visita e pela permanência de cadastros vinculados à unidade, embora já tenham sido identificadas inconsistências quanto à vinculação territorial, fatores que impactam diretamente a execução das ações previstas e a mensuração do indicador.

No período avaliado, também foram registradas 54 horas de afastamento por atestado médico entre os Agentes Comunitários de Saúde, além da redução de dias úteis em decorrência dos feriados de 09/07/2026, com emenda em 10/07/2026, e 27/07/2026 (feriado municipal), circunstâncias que repercutiram na capacidade operacional da equipe e na realização das visitas programadas.

Soma-se a esse cenário o fato de parcela expressiva da população acompanhada ser composta por indivíduos economicamente ativos, o que reduz a probabilidade de localização no domicílio durante o horário regular de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Em resposta a esses desafios, permanecem sendo desenvolvidas ações de planejamento integrado entre ACS e equipe de enfermagem, com monitoramento sistemático dos casos elegíveis, revisão das estratégias de abordagem e qualificação das visitas domiciliares, buscando ampliar a cobertura assistencial e otimizar o desempenho do indicador.

Ressalta-se, ainda, que o referido indicador permanece em análise pelo DAPRIS, podendo subsidiar futuras adequações metodológicas e contribuir para o aprimoramento dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes.

Proporção de pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão acompanhadas em visita domiciliar (ACS): O indicador de acompanhamento domiciliar de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus permaneceu abaixo do parâmetro estabelecido, refletindo os desafios inerentes ao acompanhamento de uma população numerosa e às características do território adscrito. Atualmente, a unidade conta com 9 Agentes Comunitários de Saúde para o acompanhamento de 3.319 pessoas cadastradas com hipertensão e/ou diabetes, cenário que impacta diretamente a capacidade operacional da equipe e a frequência das visitas domiciliares.

Verificaram-se, ainda, oportunidades de aprimoramento na qualificação dos registros assistenciais, especialmente quanto ao correto lançamento e classificação das visitas nos sistemas oficiais de informação, fator que influencia a adequada mensuração do indicador. Diante desse contexto, permanecem em desenvolvimento ações voltadas ao fortalecimento do planejamento territorial, à otimização do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, ao monitoramento sistemático da população elegível e à qualificação dos registros, com o objetivo de ampliar a cobertura assistencial e assegurar maior confiabilidade dos dados.

Ressalta-se, por fim, que o indicador permanece em análise pelo DAPRIS, cujas avaliações poderão subsidiar futuras adequações metodológicas e contribuir para o aperfeiçoamento das estratégias de acompanhamento domiciliar desenvolvidas pela equipe.

Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no sistema SCNES: Solicitado em 03/08/2026, a exclusão de uma profissional médica. Aguardando input das informações.

Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica): No período avaliado, o indicador de conformidade do Serviço de Controle de Infecção, foi realizada a visita técnica ao Centro de Material e Esterilização (CME), classificado como área crítica. Dos 68 itens avaliados, 61 estavam em conformidade, 3 apresentaram não conformidades, relacionadas à infraestrutura, e 4 itens não se aplicavam ao setor.

O resultado demonstra um elevado índice de conformidade, evidenciando a adoção de boas práticas de controle de infecção. As não conformidades identificadas estão sendo acompanhadas para implementação das ações corretivas necessárias, especialmente as relacionadas à infraestrutura.

Qualidade - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Julho de 2026**.

	UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB	julho/2026			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Mu nici pais	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.688	14.614
			Equipe 2	2.426	
			Equipe 3	1.321	
			Equipe 4	7.179	
	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	6	75,00%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	8	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	7	87,50%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	8	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	7	87,50%
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	8	
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.620	34,56%
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	4.687	
	Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	16	100,00%
			Número de crianças que completaram 1 ano no período	16	
	Proporção de pessoas com	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com	1.670	50,01%

CEJAM	hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre		consulta e PA aferida no semestre		
			Número total de hipertensos cadastrados	3.339	
	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	582	45,33%
			Número total de diabéticos cadastrados	1.284	
	Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	491	13,89%
			Número total de consultas médicas realizadas	3.536	
	Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 13%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	93	7,64%
			Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.218	
	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	
CEJAM	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	63	100,00%
			Número total de profissionais cadastrados	63	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	1	25
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	10	
			Incidente sem dano	12	
			Incidente com dano Grau I (leve)	1	
			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	N/A	Administrativo	11	25

assistência à saúde por Tipo		Assistencial	14	
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	252	94,74%
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	266	
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	1.378	42,27%
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	3.260	
Prevalência de hipertensos no território	≥ 80%	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	3.339	99,59%
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	3.353	
Prevalência de diabéticos no território	≥ 80%	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.284	111,48%
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	1.152	

Análise crítica:

Cobertura de citopatológico colo de útero: No mês de julho de 2026, o indicador de cobertura de exame citopatológico do colo do útero apresentou resultado de 34,56%.A unidade mantém monitoramento contínuo do indicador por meio do acompanhamento sistemático dos registros assistenciais no sistema E-SaMS, associado à auditoria permanente dos lançamentos realizados. Os procedimentos são conferidos e validados conforme os parâmetros estabelecidos pelo SIGTAP, permitindo a identificação, correção e prevenção de inconsistências nos registros. Como resultado das ações implementadas, observou-se redução das inconsistências de 52,8% no primeiro mês de monitoramento para 11,01% no segundo mês e 1% no terceiro mês, evidenciando a efetividade do processo de qualificação dos registros assistenciais.A unidade também mantém ações permanentes de orientação técnica às equipes, monitoramento sistemático e fiscalização semanal dos registros, assegurando maior qualidade, rastreabilidade e fidedignidade das informações produzidas.Quanto à

capacidade assistencial, a unidade opera com 100% da capacidade instalada do consultório de ginecologia, não havendo possibilidade de ampliação da oferta no cenário atual. No período, foram realizados 473 atendimentos, correspondentes a 112,96% da meta contratual, demonstrando plena utilização da capacidade operacional disponível. Entretanto, a taxa de 27% de absenteísmo compromete o aproveitamento integral das vagas ofertadas e impacta diretamente o potencial de ampliação da realização dos exames citopatológicos. Como estratégia de enfrentamento, permanecem em execução ações de confirmação prévia das consultas, divulgação periódica dos indicadores às equipes assistenciais, orientações em sala de espera, sensibilização da população quanto à importância da realização periódica do exame preventivo e busca ativa das mulheres elegíveis. Dessa forma, considerando a consolidação das ações de qualificação dos registros assistenciais, a utilização integral da capacidade instalada, o desempenho assistencial acima da meta contratual e a continuidade das estratégias para redução do absenteísmo e ampliação da cobertura da população-alvo, a unidade mantém perspectiva de evolução gradual e melhoria progressiva do indicador nos próximos períodos de monitoramento.

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre: No mês de julho de 2026, a unidade registrou 1.284 pessoas com diabetes acompanhadas, quantitativo superior ao número estimado de pessoas acima de 18 anos com diabetes na população cadastrada, correspondendo a uma prevalência de 111,48%. O cenário evidencia a elevada demanda assistencial relacionada às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no território e a necessidade de acompanhamento longitudinal dessa população. No período, 582 pessoas realizaram avaliação clínica, representando 45,33% da população acompanhada. A unidade mantém monitoramento sistemático dos resultados de hemoglobina glicada, garantindo o acompanhamento médico após a realização dos exames laboratoriais e a solicitação de novos exames conforme os protocolos vigentes, favorecendo maior continuidade e efetividade do cuidado.

Como estratégia para ampliação do indicador, permanecem em execução ações de busca ativa dos usuários com mais de seis meses sem avaliação clínica, organização da agenda com vagas destinadas ao segmento programado, fortalecimento dos grupos de Hiperdia e qualificação contínua dos registros no sistema E-SaMS, assegurando o correto lançamento das avaliações clínicas e dos procedimentos realizados. Paralelamente, são desenvolvidas ações de educação em saúde voltadas ao autocuidado e à adesão ao tratamento, com o objetivo de ampliar o percentual de pessoas avaliadas e qualificar o acompanhamento da população com diabetes.

Acesso à primeira consulta odontológica programática: O indicador de Primeira Consulta Odontológica Programática alcançou 7,64%, com a realização de 93 primeiras consultas, frente à meta contratual de 13%. No mesmo período, foram realizados 416 atendimentos odontológicos. O resultado foi impactado pela redução temporária da capacidade assistencial em decorrência das férias de uma cirurgiã-dentista, permanecendo em atividade duas equipes de Saúde Bucal, em vez das três previstas. Apesar desse cenário, a unidade manteve ações de captação ativa durante os atendimentos de demanda espontânea, orientações em sala de espera, grupos programáticos, confirmação prévia das consultas e monitoramento contínuo do indicador. Em razão das férias escolares, não foram realizadas ações do Programa Saúde na Escola (PSE) no período. Como estratégia compensatória, foram desenvolvidas ações educativas e de divulgação dos serviços odontológicos na UPA, com foco na busca ativa da população elegível.

Como plano de ação, serão intensificadas as estratégias de captação da população elegível por meio do retorno das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), da ampliação das visitas domiciliares realizadas pelas equipes, da manutenção da busca ativa durante a demanda espontânea, da confirmação prévia das consultas e do monitoramento contínuo do indicador, visando ampliar o acesso à primeira consulta odontológica programática, mesmo diante da manutenção da redução temporária da capacidade assistencial.

6. INDICADORES DE PRODUÇÃO

As tabelas abaixo apresentam o desempenho das equipes da Microrregião Norte de São José dos Campos (11 ESF, 4 EAP, 11 ESB) no mês de **Julho de 2026**. São monitorados atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos e visitas domiciliares, comparando metas previstas, realizadas e ajustes conforme os dias úteis. O objetivo é acompanhar a produtividade e apoiar a gestão na melhoria dos serviços de saúde.

Produção - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Produção para **Julho de 2026**.

SJC Microrregião Norte: 11 eSF + 4 eAP + 11 eSB		Indicadores	julho/2026									Dias úteis: 21	
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado		%	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
							jul./26						
SMS	Médico Saúde da Família (40h)	Consulta Médica	11	11	416	4.576	4.597	4.707	103%	4.576	103%	4.368	108%
C		Atendimento Domiciliar					110						
SMS	Médico Clínico Geral (20h)	Consulta Médica	4	4	208	832	1.074	1.095	132%	832	132%	794	138%
C		Atendimento Domiciliar					21						
SMS	Médico Gineco-obstetra (20h)	Consulta Médica	2,5	2,5	208	520	534	534	103%	520	103%	496	108%
C		Atendimento Domiciliar					0						

SMS	Médico Pediatra (20h)	Consulta Médica	2	2	208	416	359	359	86%	416	86%	397	90%
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Enfermeiro (40h)	Consulta de Enfermagem	13	13	208	2.704	3.245	3.278	121%	2.704	121%	2.581	127%
C		Atendimento Domiciliar					33						
SMS	Dentista (40h)	Primeira Consulta Odontológica Programática	10	11	208	2.080	468	1.853	89%	2.288	81%	2.184	85%
		Atendimento Individual					1.385						
SUBTOTAL SMS:			42,5	43,5	1.456	11.128	11.826		105,63 %	11.336	104,28%	10.821	109,25%
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	44	34	200	8.800	3.980	3.980	45,23%	6.800	58,53%	6.491	61,32%
TOTAL SMS:			86,5	77,5	1.656	19.928	15.806		97,00%	18.136	97,74%	17.312	102,40%

SJC Microrregião Norte: 11 eSF + 4 eAP + 11 eSB					julho/2026
Serviços	UBS Alto da Ponte	UBS Altos de Santana	UBS Jardim Telespark	UBS Santana	Total
Dispensação de medicamentos	3.702	3.779	3.262	3.954	14.832
Recepção	2.851	2.725	2.182	3.375	10.847
Coleta de exames	693	699	434	878	2.552
Escuta inicial	1.157	1.424	1.025	1.065	4.634
Hipodermia	909	1.262	945	1.383	4.642
Vacinas aplicadas	723	1.162	849	800	4.743

Produção - UBS Alto da Ponte

UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB		Indicadores	julho/2026									Dias úteis: 20	
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado		%	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
							jul./26						
SMS	Médico	Consulta Médica	4	4	416	1.664	1.622	1.663	99,94%	1.664	99,94%	1.513	109,93%
C		Atendimento Domiciliar					41						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	4	4	208	832	788	809	97,24%	832	97,24%	756	106,96%
C		Atendimento Domiciliar					21						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	165	704	112,82 %	624	112,82%	567	124,10%
		Atendimento Individual					539						
SUBTOTAL SMS:			11	11	832	3.120	3.176	3.176	103,33 %	3.120	103,33%	2.836	113,67%
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	16	13	200	3.200	1.400	1.400	43,75%	2.600	53,85%	2.364	59,23%
TOTAL SMS:			27	24	1.032	6.320	4.576	4.576	88,44%	5.720	90,96%	5.200	100,06%

Análise crítica:

ACS: O quantitativo de visitas domiciliares foi impactado pelo déficit de dois Agentes Comunitários de Saúde, com vagas ainda pendentes de contratação pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), além de cinco profissionais em férias e 128 horas de afastamento por atestado médico. Também ocorreram dificuldades operacionais relacionadas à baixa patrimonial de computadores, que exigiu o remanejamento de equipamentos e alterou a rotina de trabalho da equipe, bem como à indisponibilidade temporária de alguns tablets utilizados pelos ACS. A unidade segue monitorando o indicador e adotando medidas para minimizar esses impactos e ampliar a cobertura das visitas domiciliares.

UBS Alto da Ponte	julho/2026						Justificativa
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	
Equipe 1	936	2.391	800	500	206	41,20%	Realizou digitação e atividades administrativas nos dias 01/07, 08/07, 15/07, 22/07 e 29/07 (período integral); reunião de equipe nos dias 13/07, 14/07, 21/07 e 28/07 (tarde); treinamento no dia 17/07 (manhã); participação em ação de saúde no dia 20/07 (tarde); banco de horas no dia 03/07 (tarde); feriados nos dias 09/07 e 27/07; e compensação em 10/07.; Realizou digitação e atividades administrativas nos dias 01/07, 08/07 e 29/07; férias no período de 13/07 a 28/07; banco de horas no dia 03/07 (tarde); reunião de equipe no dia 07/07 (tarde); feriado no dia 09/07; compensação em 10/07; e reunião de equipe no dia 28/07 (tarde).; Realizou digitação e atividades administrativas nos dias 01/07 (manhã), 08/07 (período integral) e 29/07 (período integral); banco de horas nos dias 01/07 e 24/07; reunião de equipe no dia 07/07; feriado nos dias 09/07 e 27/07; e compensação em 10/07.;
Equipe 2	1.037	2.030	800	550	423	76,91%	Realizou férias no período de 01/07 a 13/07; reunião de equipe nos dias 14/07, 21/07 e 28/07 (tarde); banco de horas no dia 15/07 (tarde); digitação e atividades administrativas nos dias 16/07, 23/07 e 30/07 (tarde) e 17/07, 24/07 e 31/07 (manhã); e feriado no dia 27/07.; Realizou digitação e atividades

							administrativas nos dias 02/07 (tarde), 03/07 (manhã), 16/07 (tarde), 17/07 (manhã), 23/07 (tarde), 24/07 (manhã), 30/07 (tarde) e 31/07 (manhã); banco de horas nos dias 15/07 e 31/07; reunião de equipe nos dias 07/07, 14/07, 21/07 e 28/07 (tarde); feriados nos dias 09/07 e 27/07; e compensação em 10/07.; Realizou digitação e atividades administrativas nos dias 01/07 (manhã), 08/07 (período integral) e 29/07 (período integral); banco de horas nos dias 01/07 e 24/07; reunião de equipe no dia 07/07; feriado nos dias 09/07 e 27/07; e compensação em 10/07.;
Equipe 3	1.562	2.406	800	800	419	52,38%	Realizou digitação e atividades administrativas nos dias 01/07, 08/07, 15/07, 22/07 (período integral) e 29/07 (período integral); banco de horas nos dias 01/07 e 16/07; participação no Lian Gong nos dias 02/07, 14/07, 15/07, 16/07, 17/07, 21/07, 23/07 e 30/07; treinamento de Lian Gong em 02/07; treinamento sobre PANCs em 03/07; reunião de equipe nos dias 07/07, 14/07 e 21/07; sala de espera nos dias 08/07 e 28/07; feriado em 09/07 e 27/07; compensação em 10/07; treinamento de Alto Custo em 17/07; participação em ação de saúde no dia 20/07; atestado médico em 24/07; e avaliação de desempenho no dia 28/07.; Realizou reuniões de equipe nos dias 01/07, 22/07 e 29/07; digitação e atividades administrativas em meio período nos dias 06/07, 07/07, 20/07 e 28/07; licença nojo no período de 13/07 a 17/07; feriados nos dias 09/07 e 27/07; e compensação em 10/07.; Realizou digitação e atividades administrativas nos dias 01/07, 08/07, 15/07, 22/07 (período integral) e 29/07 (período integral); banco de horas nos dias 01/07 e 16/07; participação no Lian Gong nos dias 02/07, 14/07, 15/07, 16/07, 17/07, 21/07, 23/07 e 30/07; treinamento de Lian Gong em 02/07; treinamento sobre PANCs em 03/07; reunião de equipe nos dias 07/07, 14/07 e 21/07; sala de espera nos dias 08/07 e 28/07; feriado em 09/07 e 27/07; compensação em 10/07; treinamento de Alto Custo em 17/07; participação em ação de saúde no dia 20/07; atestado médico em 24/07; e avaliação de desempenho no dia 28/07.; Realizou digitação e atividades administrativas nos dias 01/07, 08/07, 15/07, 22/07 (período integral) e 29/07 (período integral); banco de horas nos dias 01/07 e 16/07; participação no Lian Gong nos dias 02/07, 14/07, 15/07, 16/07, 17/07, 21/07, 23/07 e

							30/07; treinamento de Lian Gong em 02/07; treinamento sobre PANCs em 03/07; reunião de equipe nos dias 07/07, 14/07 e 21/07; sala de espera nos dias 08/07 e 28/07; feriado em 09/07 e 27/07; compensação em 10/07; treinamento de Alto Custo em 17/07; participação em ação de saúde no dia 20/07; atestado médico em 24/07; e avaliação de desempenho no dia 28/07.
Equipe 4	1.110	1.754	800	500	352	70,40%	11 dias de atestado%; Realizou banco de horas nos dias 01/07 e 17/07; digitação e atividades administrativas na unidade nos dias 02/07, 07/07 e 30/07; reuniões de equipe nos dias 03/07, 17/07 e 31/07; participação em grupo de Lian Gong (17/07) e grupo educativo (30/07); feriado em 09/07; compensação em 10/07; e férias no período de 20/07 a 27/07, totalizando 15 dias úteis de atuação no mês.; Realizou sala de espera nos dias 01/07 e 24/07; banco de horas em 01/07; participação no Lian Gong e digitação/atividades administrativas nos dias 02/07, 07/07, 21/07, 23/07, 28/07 e 30/07; reunião de equipe em 03/07; férias no período de 13/07 a 17/07; participação em grupo no dia 22/07; avaliação de desempenho em 24/07; feriados nos dias 09/07 e 27/07; compensação em 10/07; atestado médico em 29/07; e participação em ação externa durante todo o dia em 31/07.;
TOTAL	4.645	8.581	3.200	2.350	1.400	59,57%	

UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB	
Serviços	julho/2026
Dispensação de medicamentos	3.702
Recepção	2.851
Coleta de exames	693
Escuta inicial	1.157
Hipodermia	909
Vacinas aplicadas	723

Produção - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Produção para **Julho de 2026**.

UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB		Indicadores	Julho/2026									Dias úteis:	20
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado		%	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
							jul./26						
SMS	Médico	Consulta Médica	4	4	416	1.664	1.696	1.738	104,45%	1.664	104,45%	1.513	114,89%
C		Atendimento Domiciliar					42						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	4	3	208	832	586	586	70,43%	624	93,91%	567	103,30%
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	168	506	81,09%	624	81,09%	567	89,20%
		Atendimento Individual					338						
SUBTOTAL SMS:			11	10	832	3.120	2.830	2.830	85,32%	2.912	93,15%	2.647	102,46%
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	16	12	200	3.200	1.594	1.594	49,81%	2.400	66,42%	2.182	73,06%
TOTAL SMS:			27	22	1.032	6.320	4.424	4.424	76,45%	5.312	86,47%	4.829	95,11%

Análise Crítica:

Enfermeiros: Neste mês, a meta não foi alcançada em decorrência da redução da capacidade operacional da equipe, ocasionada pelo desligamento de um enfermeiro em 29/06. Além disso, o período contou com dois feriados e um ponto facultativo (emenda de feriado), fatores que impactaram a disponibilidade de agendas e, consequentemente, o volume de atendimentos realizados.

Dentistas: Em relação à meta odontológica, ela não foi atingida em razão das férias de um dos profissionais, ocorridas no período de 15/06 a 14/07, além disso tivemos dois feriados e uma emenda de feriado o que impactou a capacidade de atendimento durante o mês. Entretanto, ao considerar o quadro efetivo disponível para atendimento no período, a produtividade foi superior ao esperado, sendo ultrapassada a meta proporcional de 208 atendimentos por profissional.

ACS: A unidade conta atualmente com 12 Agentes Comunitários de Saúde, frente a um quantitativo ideal de 16 profissionais. Desses, dois encontram-se 100% readaptados, o que impacta diretamente o alcance da meta. Adicionalmente, no período avaliado, houve redução da força de trabalho em decorrência de férias, participação em cursos, afastamentos por atestados médicos e emenda de feriado prolongado, fatores que comprometeram a meta.

UBS Altos de Santana	julho/2026						Justificativa
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	
Equipe 1	1.635	2.272	800	209	247	118,18%	Férias 13/07 a 24/07 Feriado 27/07; Feriados 09-10 e 27/07 Férias 01/07 a 08/07 Atestado 20/07; ;
Equipe 2	1.084	1.525	800	131	141	107,63%	Readaptada 100%; ; Feriados 09-10-27/07 Atestados 03-06-16-17-2-28-31/07;
Equipe 3	3.281	4.222	800	460	518	112,61%	Feriados 09-10-27/07; Feriados 09-10-27/07; Readaptada 100%; Feriados 09-10-27/07
Equipe 4	3.357	4.588	800	567	688	121,34%	; Férias 13/07 a 24/07 Feriado 27/07; ; Feriados 09-10-27/07 Férias 28/07 a 14/08
TOTAL	9.357	12.607	3.200	1.367	1.594	116,61%	

UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB	
Serviços	julho/2026
Dispensação de medicamentos	3.779
Recepção	2.725
Coleta de exames	699
Escuta inicial	1.424
Hipodermia	1.262
Vacinas aplicadas	1.162

Análise Crítica: No período analisado, a unidade registrou 11.051 atendimentos por meio da emissão de senhas, evidenciando a elevada demanda pelos serviços ofertados. Esse quantitativo reflete a intensa procura da população pela assistência prestada e reforça a necessidade de manter processos de trabalho organizados para assegurar o acesso oportuno, a resolutividade e a qualidade do atendimento. O monitoramento desse indicador possibilita avaliar a capacidade operacional da unidade, subsidiar o planejamento e a adequação dos recursos humanos e assistenciais, além de orientar a implementação de estratégias voltadas ao aprimoramento contínuo da eficiência dos serviços e da assistência oferecida à população.

Produção - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Produção para **Julho de 2026**.

UBS Jardim Telespark: 3 eSF + 1 eSB		Indicadores	julho/2026									Dias úteis:	20
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado		%	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
							jul./26						
SMS	Médico	Consulta Médica	3	3	416	1.248	1.279	1.306	104,65 %	1.248	104,65%	1.135	115,11%
C		Atendimento Domiciliar					27						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	3	3	208	624	763	763	122,28 %	624	122,28%	567	134,50%
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	1	1	208	208	59	228	109,62 %	208	109,62%	189	120,58%
		Atendimento Individual					169						
SUBTOTAL SMS:			7	7	832	2.080	2.297	2.297	112,18 %	2.080	112,18%	1.891	123,40%
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	12	9	200	2.400	986	986	41,08%	1.800	54,78%	1.636	60,26%
TOTAL SMS:			19	16	1.032	4.480	3.283	3.283	94,41%	3.880	97,83%	3.527	107,61%

Análise crítica:

Enfermagem: O quantitativo de consultas de enfermagem superior a 120% da meta estabelecida reflete a elevada demanda assistencial absorvida pela equipe de enfermagem da UBS, decorrente da ampliação do acesso e da organização dos processos de trabalho. Os enfermeiros desempenham papel estratégico na Atenção Primária à Saúde, assumindo atendimentos programados e de demanda espontânea, acompanhamento de condições crônicas, pré-natal, puericultura, saúde da mulher, procedimentos, vacinação, visitas domiciliares e ações de promoção e prevenção em saúde.

Além disso, o fortalecimento do acolhimento com classificação de risco, a otimização das agendas e a atuação resolutiva da enfermagem contribuíram para ampliar a capacidade de atendimento da unidade, reduzindo encaminhamentos desnecessários para outros profissionais e garantindo maior resolutividade no primeiro contato do usuário com o serviço.

Dessa forma, o desempenho acima do previsto evidencia o comprometimento da equipe com a ampliação do acesso, a qualificação da assistência e a resposta às necessidades da população, mantendo a continuidade do cuidado e fortalecendo os princípios da Atenção Primária à Saúde.

ACS: No período avaliado, foram realizadas 986 visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde, correspondendo a 60,26% da meta pactuada de 1.800 visitas mensais, permanecendo, portanto, abaixo do parâmetro estabelecido.

No período avaliado, foram registradas 54 horas de afastamento por atestado médico entre os Agentes Comunitários de Saúde, além da redução de dias úteis em decorrência dos feriados de 09/07/2026, com emenda em 10/07/2026, e 27/07/2026 (feriado municipal), circunstâncias que repercutiram na capacidade operacional da equipe e na realização das visitas programadas.

Ademais, o resultado observado reflete, principalmente, os desafios operacionais inerentes ao acompanhamento de uma população adscrita extensa, com elevado número de usuários pertencentes aos grupos prioritários. Frequentemente, em razão de suas comorbidades ou de situações de vulnerabilidade social, esses usuários demandam maior atenção e acompanhamento mais intensivo, fazendo com que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) retorne ao mesmo domicílio mais de uma vez em um curto intervalo de tempo.

Destaca-se que esse cenário é especialmente frequente entre pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus, gestantes, puérperas e recém-nascidos, que necessitam de acompanhamento longitudinal e de visitas periódicas no território para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.

Adicionalmente, fatores como a ausência dos usuários nos domicílios durante o horário comercial, em razão das atividades laborais, bem como a existência de usuários cadastrados que não residem mais na área de abrangência da unidade, impactam diretamente a efetivação das visitas programadas e o alcance das metas estabelecidas. Soma-se a esse cenário a elevada demanda assistencial da Atenção Primária à Saúde, que exige das equipes atuação simultânea em diversas frentes assistenciais e administrativas.

Diante desse contexto, a unidade manterá as estratégias de planejamento territorial, monitoramento sistemático dos casos prioritários e alinhamento contínuo entre os Agentes Comunitários de Saúde e a equipe de enfermagem, visando à ampliação da cobertura das visitas domiciliares, qualificação dos registros assistenciais e melhoria progressiva do desempenho do indicador.

UBS Jardim Telespark	julho/2026						Justificativa
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	
Equipe 1	1.009	1.375	800	124	363	292,74%	; No mês de julho foram contabilizados 20 dias úteis, considerando os feriados estadual e municipal. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) utilizou compensação de banco de horas em meio período durante 2 dias e apresentou atestado médico de 1 dia. Durante os dias em que esteve em atividade, realizou visitas domiciliares, reuniões de equipe e o grupo de caminhada.; ;
Equipe 2	2.844	3.582	800	258	289	112,02%	No mês de julho foram contabilizados 20 dias úteis, em razão dos feriados estadual e municipal. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) usufruiu de 8 dias úteis de férias e de 2 dias de compensação de banco de horas por meio período. Durante os dias trabalhados, além da realização de visitas domiciliares, foram desenvolvidas atividades internas, incluindo a participação no grupo de caminhada e em reuniões de equipe; Durante o mês de julho foram considerados 20 dias úteis, em virtude dos feriados estadual e municipal. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) esteve em gozo de férias por 10 dias úteis, utilizou 1 dia de compensação de banco de horas em meio período e apresentou atestado médico correspondente a 2 dias. Nos dias em que esteve em atividade, executou visitas domiciliares e participou de ações internas da unidade, como o grupo de caminhada, reuniões de equipe e demais atividades administrativas e de planejamento desenvolvidas pela equipe de saúde.; No mês de julho foram contabilizados 20 dias úteis, considerando os feriados estadual e municipal. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) esteve em gozo de 5 dias úteis de férias, realizou compensação de banco de horas em meio período durante 2 dias, apresentou atestado de 1 dia e usufruiu de 1 dia e meio de folga. Nos dias em que esteve em atividade, desenvolveu visitas domiciliares e participou das ações realizadas na unidade, incluindo reuniões de equipe e demais atividades inerentes às atribuições da Agente Comunitária de Saúde;

Equipe 3	#N/A	2.618	800	368	334	90,76%	O mês de julho contou com 20 dias úteis, considerando os feriados estadual e municipal. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) realizou compensação de banco de horas em meio período por 2 dias. Durante os dias de trabalho, foram realizadas visitas domiciliares, ações de saúde externa e também participação de reuniões de equipe e COMUS; No mês de julho foram registrados 20 dias úteis, considerando os feriados estadual e municipal. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) esteve afastado por 8 dias úteis de férias, utilizou meio período de compensação de banco de horas e 1 dia e meio de folga. Ao longo dos dias de trabalho, foram realizadas visitas domiciliares, bem como atividades desenvolvidas na unidade, incluindo participação no grupo da horta, reuniões de equipe e capacitações voltadas ao aprimoramento das ações de saúde; No mês de julho foram registrados 20 dias úteis, considerando os feriados estadual e municipal. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) usufruiu de 4 dias úteis de férias, realizou compensação de banco de horas em meio período por 2 dias e apresentou atestado de horas. Durante os dias de trabalho, foram realizadas visitas domiciliares e desenvolvidas atividades na unidade, incluindo a participação no grupo de artesanato e em reuniões de equipe.;
TOTAL	#N/A	7.575	2.400	750	986	131,47%	

UBS Jardim Telespark: 3 eSF + 1 eSB	
Serviços	julho/2026
Dispensação de medicamentos	3.262
Recepção	2.182
Coleta de exames	434
Escuta inicial	1.025
Hipodermia	945
Vacinas aplicadas	849

Análise Crítica: No período analisado, observa-se elevada demanda assistencial e operacional, evidenciada pelo expressivo volume de atendimentos e procedimentos realizados pela unidade durante o mês de Julho de 2026.

A atividade com maior volume de produção foi a dispensação de medicamentos, totalizando 3.262 atendimentos, refletindo a relevância do acompanhamento longitudinal das condições crônicas, da adesão terapêutica e do papel estratégico da assistência farmacêutica no cuidado integral ofertado pela APS.

Em seguida, a recepção registrou 2.182 atendimentos, ocupando a segunda posição entre os serviços mais demandados, refletindo a intensa movimentação de usuários para acolhimento, orientações, agendamentos e suporte aos diversos processos assistenciais desenvolvidos na UBS.

Produção - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Produção para **Julho de 2026**.

UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB		Indicadores	julho/2026									Dias úteis:	20
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado		%	Esperado (Efetivo)	%	Esperado (Dias úteis)	%
							Realizado	Realizado					
SMS	Médico Clínico	Consulta Médica	4	4	208	832	1.074	1.095	131,61%	832	131,61%	756	144,77%
C		Atendimento Domiciliar					21						
SMS	Médico Ginecologista	Consulta Médica	2,5	2,5	208	520	534	534	102,69%	520	102,69%	473	112,96%
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Médico Pediatra	Consulta Médica	2	2	208	416	359	359	86,30%	416	86,30%	378	94,93%
C		Atendimento Domiciliar					0						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	2	3	208	416	1.108	1.120	269,23%	624	179,49%	567	197,44%
C		Atendimento Domiciliar					12						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	1	416	66,67%	624	66,67%	567	73,33%
		Atendimento Individual					415						

TOTAL SMS:	14	15	1.040	2.808	3.524	131,30%	3.016	113,35%	2.742	124,69%

Análise Crítica:

Médico Clínico: no mês de julho de 2026, a especialidade de Clínica Médica atingiu 144,77% da meta de produtividade, evidenciando elevado aproveitamento da capacidade instalada e adequada resposta à demanda assistencial do território. Apesar do registro de 242 faltas, correspondentes a aproximadamente 18% dos agendamentos programados, a unidade manteve desempenho acima da meta, impulsionado pela otimização da agenda assistencial e pela organização do acesso conforme a estratificação de risco e as necessidades da população. A unidade mantém disponibilidade de vagas em até 15 dias para usuários com exames alterados, reserva de aproximadamente 30% da agenda para demanda espontânea, conforme protocolos da Secretaria Municipal de Saúde, e vagas destinadas ao acompanhamento de pacientes em pós-alta hospitalar, assegurando continuidade do cuidado. Como estratégias permanentes, são mantidos os grupos de Hiperdia, consultas programadas para acompanhamento de condições crônicas, monitoramento dos usuários de maior risco clínico e acompanhamento das linhas de cuidado prioritárias, fortalecendo a longitudinalidade da assistência e a qualidade do cuidado prestado.

Médico Pediatra : No mês de julho de 2026, a especialidade de Pediatria alcançou 94,93% da meta de produtividade, mantendo constante evolução em relação aos meses anteriores (93,34% em junho e 88,32% em maio), demonstrando crescimento progressivo do desempenho assistencial. Embora as agendas tenham permanecido com ocupação próxima de 100% das vagas disponibilizadas, o resultado foi impactado pelo índice de absenteísmo, que atingiu aproximadamente 27% dos agendamentos programados, permanecendo como o principal fator limitante para o alcance integral da meta. Para reduzir esse impacto, a unidade desenvolve ações permanentes de enfrentamento ao absenteísmo, incluindo confirmação prévia das consultas, orientações aos responsáveis, ações de conscientização em sala de espera, divulgação periódica dos índices de faltas por meio do Faltômetro, parceriaS com o Conselho Gestor da Unidade (CGU), busca ativa de pacientes faltosos, monitoramento de crianças hiperutilizadores da UPA e aproveitamento contínuo das vagas decorrentes de faltas e cancelamentos por meio de remanejamentos e encaixes, contribuindo para a otimização da oferta assistencial, melhor utilização da capacidade instalada e fortalecimento do vínculo com a Atenção Primária e da coordenação do cuidado.

Enfermeiro : No mês de julho de 2026, a Consulta de Enfermagem atingiu 197,44% da meta de produtividade, refletindo a elevada capacidade assistencial da equipe e a ampla atuação do enfermeiro no atendimento às necessidades de saúde da população. O acolhimento da demanda espontânea é realizado de forma contínua durante todo o horário de funcionamento da unidade, das 07h10 às 17h30, assegurando acesso oportuno por meio da classificação de risco, avaliação inicial, encaminhamentos e orientações, em conformidade com as necessidades apresentadas pelos munícipes. Além do atendimento à demanda espontânea, a equipe de enfermagem desenvolve consultas programadas, acompanhamento de pessoas com condições crônicas, assistência ao pré-natal, avaliação de exames, realização e acompanhamento de curativos, visitas domiciliares, ações de promoção e educação em saúde, monitoramento de munícipes em situação de vulnerabilidade e coordenação do cuidado, contribuindo para a ampliação do acesso, a continuidade da assistência e o desempenho expressivo alcançado no período.

Cirurgião Dentista : No mês de julho de 2026, foram realizados 416 atendimentos odontológicos. O resultado do período foi impactado principalmente pelo índice de absenteísmo, que atingiu 33%, o maior registrado no ano de 2026, comprometendo o melhor aproveitamento das vagas disponibilizadas, mesmo diante das estratégias permanentes de enfrentamento às faltas. Além do elevado absenteísmo, a produtividade da especialidade foi influenciada pelo período de férias de um cirurgião-dentista, mantendo em atividade duas das três equipes odontológicas durante parte do mês, pela interrupção do abastecimento de água por três dias consecutivos, que prejudicou a realização de parte dos atendimentos odontológicos, e por intercorrência técnica no equipamento fotopolimerizador, exigindo adequações na rotina assistencial. Durante o período de férias escolares, também não foi possível desenvolver as ações do Programa Saúde na Escola (PSE), impactando as atividades extramuros planejadas. Como estratégia de enfrentamento ao absenteísmo e ampliação do acesso, a unidade manteve o monitoramento sistemático das faltas, com análise diária dos usuários ausentes e identificação de pacientes com histórico recorrente de não comparecimento, especialmente aqueles com duas ou mais faltas consecutivas, situação que compromete a continuidade do tratamento odontológico. Também foram intensificadas as orientações individualizadas quanto à importância da adesão ao tratamento, a confirmação prévia das consultas, a utilização do WhatsApp Business como ferramenta de comunicação, ações educativas em sala de espera, divulgação dos indicadores de absenteísmo por meio do Faltômetro junto ao Conselho Gestor da Unidade (CGU) e ações de orientação na UPA voltadas à captação de novos pacientes para tratamento odontológico.

UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB	
Serviços	julho/2026
Dispensação de medicamentos	3.954
Recepção	3.375
Coleta de exames	878
Escuta inicial	1.065
Hipodermia	1.383
Vacinas aplicadas	800

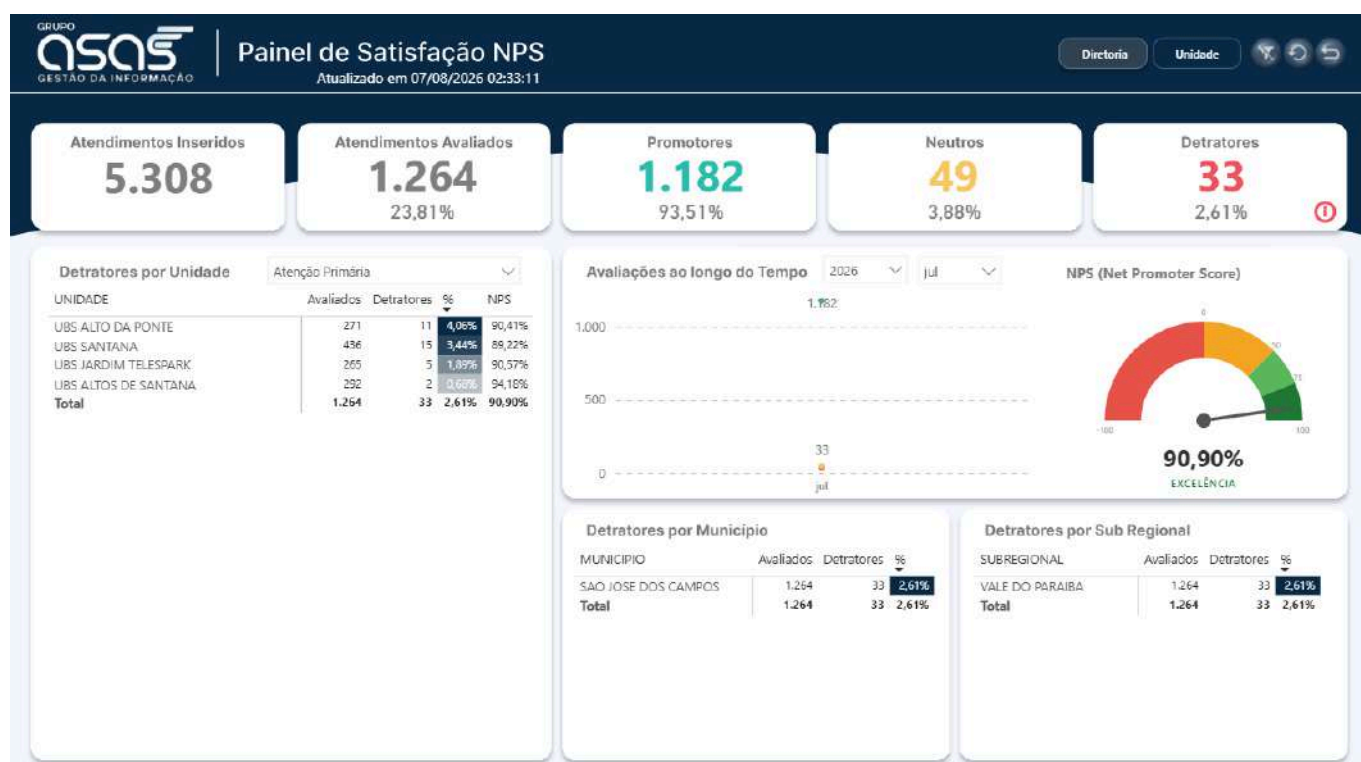
7. INDICADORES DE GESTÃO

Pesquisa de 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, UBS Alto de Santana.

Net Promoter Score (NPS)

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



Análise Crítica: Os resultados apresentados no Painel de Satisfação, demonstram um desempenho assistencial altamente positivo da Atenção Primária, evidenciando elevado

grau de aprovação dos usuários em relação aos serviços ofertados pelas unidades da Microrregião Norte.

No período analisado, foram registrados 5.308 atendimentos, dos quais 1.264 usuários realizaram avaliação, correspondendo a 23,81% dos atendimentos. Dentre os respondentes, destacam-se 1.182 avaliações classificadas como promotoras, representando expressivos 93,51%, enquanto apenas 33 usuários foram classificados como detratores (2,61%) e 49 como neutros (3,88%).

O resultado global de NPS 90,90%, classificado pelo próprio painel como “Excelência”, constitui importante evidência da qualidade da experiência proporcionada aos usuários. Trata-se de um resultado que transcende a análise meramente quantitativa, pois demonstra que a assistência prestada vem sendo percebida de forma muito favorável pela população atendida.

Destaca-se especialmente a UBS Altos de Santana, que alcançou NPS de 94,18%, associado a apenas 0,68% de avaliações detratoras, configurando-se como importante referência interna de experiência positiva do usuário.

As demais unidades também apresentaram resultados superiores a 90% de NPS, demonstrando consistência assistencial e gerencial entre os diferentes serviços da Microrregião Norte. A baixa proporção de detratores, particularmente no conjunto das unidades, reforça a percepção de que eventuais experiências negativas são pontuais diante do elevado volume de avaliações positivas.

O expressivo percentual de 93,51% de promotores demonstra que a maior parte dos usuários não apenas teve uma experiência satisfatória, mas apresentou elevada probabilidade de recomendar o serviço, constituindo um importante marcador de confiança da população na Atenção Primária.

Nesse contexto, o resultado de NPS 90,90% – Excelência deve ser enaltecido como um resultado assistencial estratégico, sobretudo por apresentar desempenho consistente nas quatro UBS avaliadas. A manutenção desse patamar evidencia o impacto positivo das ações

de qualificação dos processos de trabalho, do fortalecimento do acolhimento e da busca contínua pela melhoria da experiência do paciente.

UBS Altos de Santana



Análise Crítica: Os resultados do Painel de Satisfação (NPS) evidenciam um excelente desempenho da unidade no período analisado, demonstrando elevado nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados. Foram registrados 1.336 atendimentos, dos quais 291 usuários participaram da pesquisa de satisfação, correspondendo a uma taxa de adesão de 21,78%, percentual significativo para avaliações voluntárias e que confere maior representatividade aos resultados obtidos.

O principal destaque é o expressivo percentual de 94,85% de usuários promotores, totalizando 276 avaliações positivas, indicador que demonstra a elevada confiança da população na qualidade da assistência oferecida. Esse resultado reflete o comprometimento das equipes com o acolhimento

humanizado, a resolutividade dos atendimentos, a organização dos processos de trabalho e o foco permanente na experiência positiva do usuário.

Os usuários neutros representaram apenas 4,47% (13 avaliações), reforçando que a grande maioria dos pacientes apresentou uma percepção claramente favorável sobre os serviços recebidos, consolidando o vínculo entre a unidade e a comunidade assistida.

Os detratores corresponderam a apenas 0,69% (02 avaliações), percentual reduzido diante do elevado volume de atendimentos realizados. Essas manifestações representam oportunidades de aprimoramento e são acompanhadas pelas equipes para identificação das causas e implementação de ações corretivas, sem impactar o excelente desempenho global da unidade.

A análise dos motivos das avaliações demonstra que as manifestações desfavoráveis estiveram concentradas principalmente em aspectos relacionados ao atendimento e à recepção, não sendo identificadas ocorrências relevantes relacionadas à infraestrutura, equipamentos ou tempo de espera. Esse cenário evidencia que as oportunidades de melhoria são pontuais e podem ser abordadas por meio do fortalecimento das ações de educação permanente, da qualificação da comunicação e do aperfeiçoamento contínuo dos fluxos de atendimento.

Dessa forma, o indicador confirma a consolidação de uma assistência qualificada, humanizada e centrada no usuário. O elevado percentual de promotores demonstra o reconhecimento da população pelo trabalho desenvolvido pela equipe e reforça o compromisso institucional com a excelência, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos, contribuindo para a manutenção de elevados padrões de qualidade assistencial e para o fortalecimento da confiança da comunidade nos serviços ofertados.

UBS Alto da Ponte

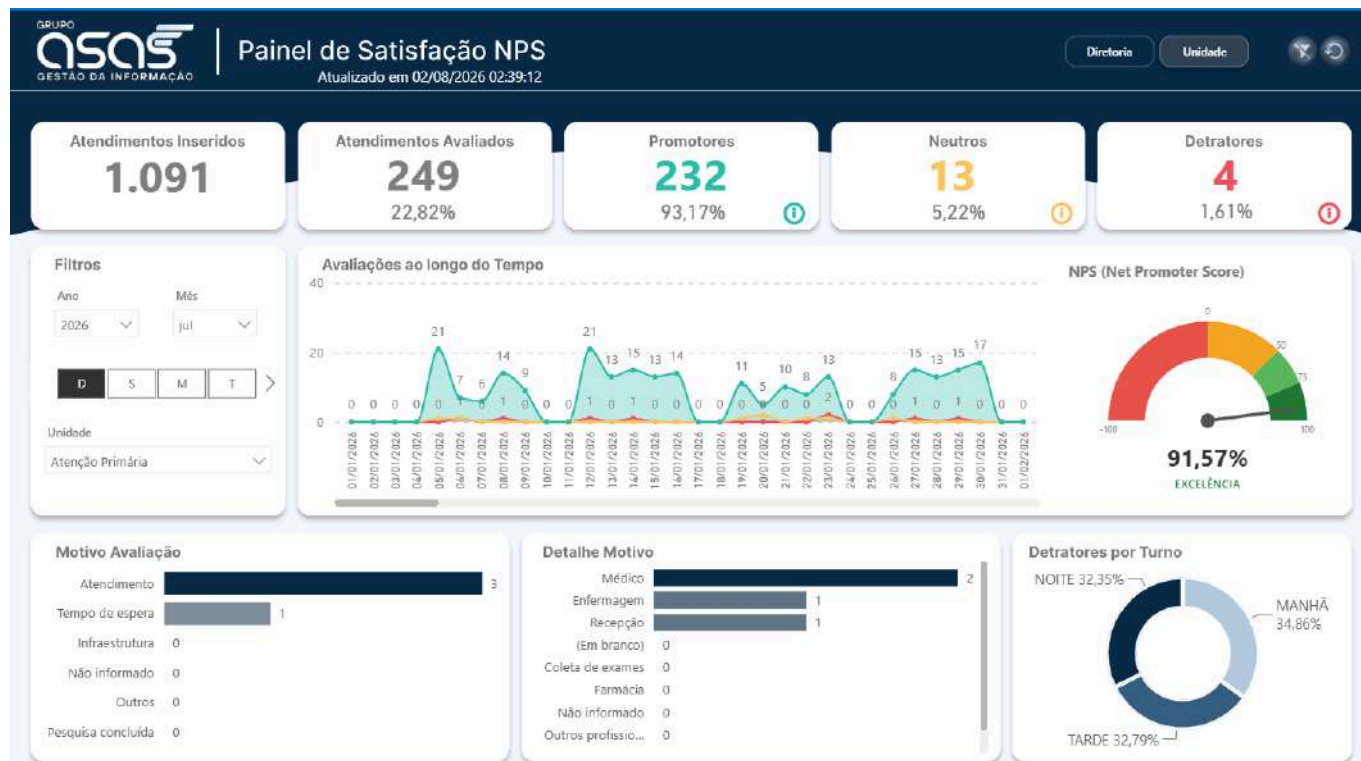


Análise Crítica: Em julho de 2026 foram registrados 1.248 atendimentos, dos quais 270 foram avaliados, representando uma taxa de participação de 21,63%, superior à observada em junho (18,88%). O resultado do NPS foi de 90,37%, mantendo a classificação de Excelência e apresentando melhora em relação a junho, quando o indicador foi de 87,76% (+2,61 pontos percentuais).

Houve aumento no percentual de Promotores, passando de 92,35% (181 avaliações) em junho para 94,44% (255 avaliações) em julho. Também foi observado aumento na quantidade de avaliações respondidas (196 para 270), demonstrando maior participação dos usuários na pesquisa de satisfação.

Apesar do discreto aumento do número absoluto de detratores (de 9 para 11), o percentual permaneceu baixo (4,59% em junho e 4,07% em julho), contribuindo para a melhora do NPS.

UBS Jardim Telespark



Análise Crítica: No período avaliado, foram registrados 1.091 atendimentos, dos quais 249 usuários responderam à pesquisa de satisfação, representando uma taxa de adesão de 22,82%. O indicador de satisfação apresentou NPS de 91,57%, classificado como Excelência, evidenciando elevado nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados.

Do total de avaliações, 232 (93,17%) foram classificadas como promotoras, 13 (5,22%) como neutras e apenas 4 (1,61%) como detratadoras, demonstrando predominância de experiências positivas e baixa ocorrência de avaliações negativas.

As manifestações de insatisfação estavam relacionadas, principalmente, ao atendimento e ao tempo de espera, com maior incidência envolvendo a categoria médica (2), seguida pelos serviços de enfermagem (1) e recepção (1). Esses apontamentos direcionam oportunidades de aprimoramento dos processos assistenciais e do fluxo de atendimento, sem comprometer o excelente desempenho global do indicador.

UBS Santana



Análise crítica:

No período, foram registrados 1.576 atendimentos, dos quais 434 usuários responderam à pesquisa de satisfação, correspondendo a uma taxa de participação de 27,54%. Dentre os respondentes, 404 foram promotores (93,09%), 17 neutros (3,92%) e 13 detratores (3,00%), resultando em um NPS de 90,09%, classificado como Excelência. Os resultados evidenciam elevado grau de satisfação dos munícipes e reforçam a qualidade dos serviços prestados pela UBS Santana. As manifestações de insatisfação permaneceram pontuais e sem caracterizar um padrão recorrente de problemas assistenciais ou administrativos. Os principais motivos registrados concentraram-se em outros fatores (6 registros), atendimento (5 registros) e tempo de espera (2 registros), indicando oportunidades específicas de melhoria, porém sem impacto significativo no desempenho global da unidade.

Ressalta-se que, durante o período, a unidade passou por mudanças no quadro de ginecologistas, com integração e adaptação de novos profissionais, além da implantação de um novo fluxo de teleatendimento, ainda em fase de consolidação. Soma-se a isso o fato de a unidade contar com uma recepcionista em período de férias, fatores que podem ter contribuído pontualmente para algumas manifestações relacionadas ao tempo de espera e ao fluxo de atendimento. Como plano de ação, será mantido o monitoramento contínuo dos indicadores de satisfação, com análise sistemática das manifestações dos usuários e acompanhamento dos processos implantados, visando aperfeiçoar os fluxos assistenciais, reduzir oportunidades de insatisfação e fortalecer a cultura de qualidade, segurança e melhoria contínua na UBS Santana.

8. MELHORIAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS

UBS ALTO DA PONTE



Criação da Cartilha da amamentação e aprimoramento do grupo de gestantes e acompanhamento de puérperas no território.

UBS ALTOS DE SANTANA

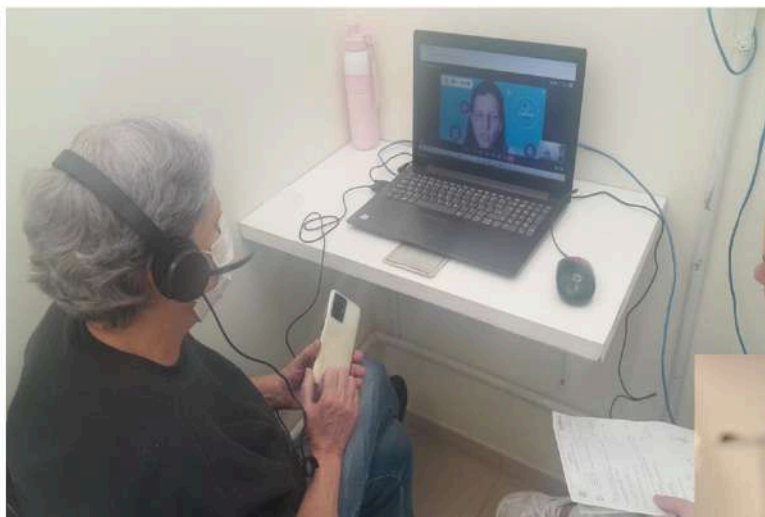
SUBSTITUIÇÃO DA PRATELEIRA METALIZADA DO DML



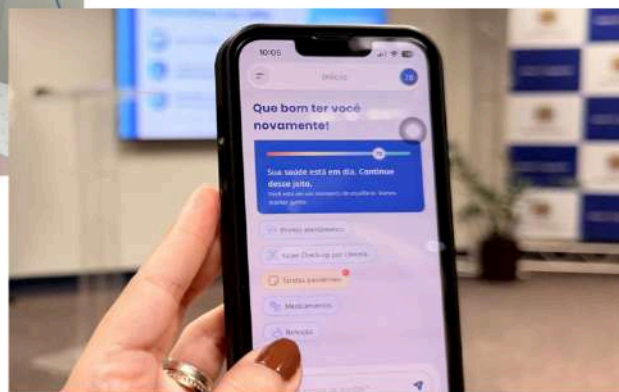
RETIRADA DE UMA PRATELEIRA METALIZADA DA FARMÁCIA PARA AMPLIAÇÃO DO ESPAÇO



UBS Santana



Início do atendimento Telemedicina
Em parceria com a plataforma Galileu Saúde





CME : Instalação de Lupa na área suja

UBS Jardim Telespark



Melhorias Assistenciais

- Início Telemedicina
- Atualização Formulário Carrinho de emergência

SALA DE EMERGÊNCIA - CONFERÊNCIA DOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS DO CARRO DE EMERGÊNCIA - Anexo I								
UBS:								
MATERIAIS			DATA		DATA		DATA	
Código	Material	Qtd mínimo	Validade	Qtd	Validade	Qtd	Validade	Qtd
4445	AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 MM	4						
4446	AGULHA DESCARTAVEL 30 X 8 MM	4						
4449	AGULHA DESCARTAVEL PARA ASPIRAÇÃO 40 X 32 MM	4						
4451	AGULHA DESCARTAVEL 33 X 0,9	4						
130775	ANTIFAL DESCARTAVEL MANGA LONGA TAMANHO UNICO	1						
4494	CAMISA TPE (LUTITE) Nº 6 (PIRÓ)	1						
4199	CÂMULA DE GURDEL Nº 1	1						
4196	CÂMULA DE GURDEL Nº 2	1						
4197	CÂMULA DE GURDEL Nº 3	1						
4198	CÂMULA DE GURDEL Nº 4	1						
50053	CÂMULA ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 7,0	1						
4524	CÂMULA ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 7,5	1						
4526	CÂMULA ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 8,0	1						
4521	CÂMULA ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 8,5	1						
4522	CÂMULA ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 9,0	1						
4523	CÂMULA ENDOTRAQUEAL SEM CUFF Nº 9,5	1						
4528	CÂMULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 5,0	1						
4530	CÂMULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 5,5	1						
4531	CÂMULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6,0	1						
4532	CÂMULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6,5	1						
4533	CÂMULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7,0	1						

9. EDUCAÇÃO EM PRÁTICAS ASSISTENCIAIS / AÇÕES EM SAÚDE

A seguir, lista de treinamentos separados por tema, data e participantes realizados nas unidades da Microrregião Norte de São José dos Campos

UBS Alto da Ponte

Treinamento	Data	Modalidade	julho/2026		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Lian Gong	02/07/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Notificações	03/07/2026	Presencial	3	1:00:00	3:00:00
PANCS	03/07/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Treinamento - "Jeito CEJAM de Encantar: Comunicação, Empatia e Excelência no Atendimento ao Cliente	03/07/2026	Online	1	2:00:00	2:00:00
Treinamento - "Jeito CEJAM de Encantar: Comunicação, Empatia e Excelência no Atendimento ao Cliente	06/07/2026	Online	1	2:00:00	2:00:00
avaliação de exames	07/07/2026	Presencial	3	1:00:00	3:00:00
Férias	07/07/2026	Presencial	2	2:00:00	4:00:00
Processo de alto custo	16/07/2026	Presencial	20	1:00:00	20:00:00
Processo de alto custo	17/07/2026	Presencial	20	1:00:00	20:00:00
TOTAL			52	20:00:00	64:00:00

UBS Altos de Santana

Treinamento	Data	Modalidade	julho/2026		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Capacitação CME	02/07/2026	Presencial	14	0:30:00	7:00:00
Capacitação Humanização	03/07/2026	Online	1	5:00:00	5:00:00
Capacitação Humanização	06/07/2026	Online	1	5:00:00	5:00:00
Lian gong	07/07/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Capacitação Humanização	08/07/2026	Online	1	5:00:00	5:00:00
Treinamento Sepse	15/07/2026	Online	2	2:00:00	4:00:00
Capacitação vacina	16/07/2026	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Treinamento Sepse	22/07/2026	Online	2	2:00:00	4:00:00
TOTAL			23	29:30:00	40:00:00

UBS Jardim Telespark

Treinamento	Data	Modalidade	julho/2026		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Treinamento - "Jeito CEJAM de Encantar: Comunicação, Empatia e Excelência no Atendimento ao Cliente	03/07/2026	Online	1	2:00:00	2:00:00
Encontro Mensal Rts	03/07/2026	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
Treinamento - "Jeito CEJAM de Encantar: Comunicação, Empatia e Excelência no Atendimento ao Cliente	06/07/2026	Online	1	2:00:00	2:00:00
Capacitação Sala de Vacina - Prática	07/07/2026	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
Capacitação Administrativo - Lançamento de férias	07/07/2026	Online	2	4:00:00	8:00:00
Treinamento - "Jeito CEJAM de Encantar: Comunicação, Empatia e Excelência no	08/07/2026	Online	1	2:00:00	2:00:00

Atendimento ao Cliente					
Capacitação Sepse	15/07/2026	Presencial	1	2:00:00	2:00:00
Capacitação CME	17/07/2026	Online	1	8:00:00	8:00:00
Atualização dos Memorandos	22/07/2026	Presencial	8	1:00:00	8:00:00
TOTAL			17	29:00:00	40:00:00

UBS Santana

Treinamento	Data	Modalidade	julho/2026		
			Participantes	Duração	Horas-homem
SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS - DESCARTE RESPONSÁVEL DE RESÍDUOS INFECTANTES	02/07/2026	Presencial	10	1:00:00	10:00:00
ENCONTRO MENSAL DE RTS DE ENFERMAGEM	02/07/2026	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
TREINAMENTO DEVOLVIDOS AO SOLICITANTE	03/07/2026	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
TREINAMENTO DE FÉRIAS	07/07/2026	Presencial	2	4:00:00	8:00:00
TREINAMENTO : LIMPEZA AMBIENTAL E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	14/07/2026	Online	1	5:00:00	5:00:00
TREINAMENTO SOBRE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA	24/07/2026	Presencial	16	1:00:00	16:00:00
TREINAMENTO DEVOLVIDOS AO SOLICITANTE	24/07/2026	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
TREINAMENTO META 5 - A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	28/07/2026	Presencial	15	1:00:00	15:00:00
TREINAMENTO META 6 - PREVENÇÃO DE DANOS E RISCO DE QUEDAS	28/07/2026	Presencial	15	1:00:00	15:00:00
TREINAMENTO META 1 - A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE	30/07/2026	Presencial	19	1:00:00	19:00:00
TREINAMENTO META 4 - CIRURGIA SEGURA OU PROCEDIMENTO SEGURO	31/07/2026	Presencial	19	1:00:00	19:00:00
TREINAMENTO DEVOLVIDOS AO SOLICITANTE	31/07/2026	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
TOTAL			101	31:00:00	123:00:00

TREINAMENTOS, CAPACITAÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE

UBS Alto da Ponte



**Ação equipe 1 na
UPA Alto da Ponte**

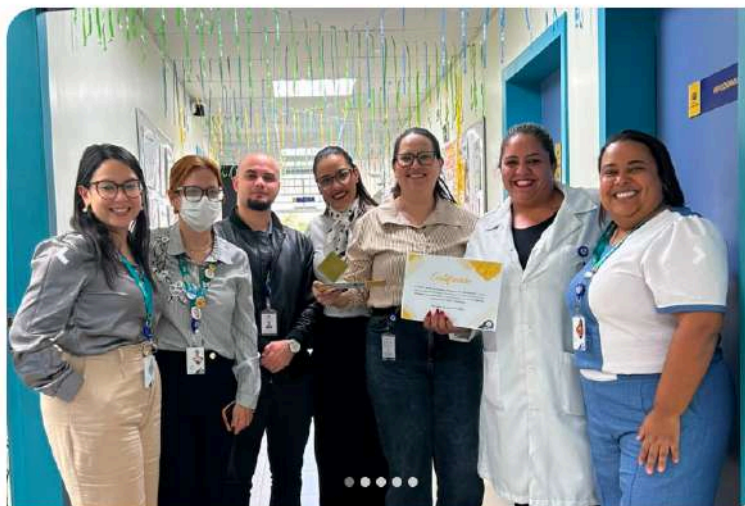


Humanização

Radar CEJAM

23 de Julho de 2026

Unidades gerenciadas pelo CEJAM celebram Certificação em Humanização



A humanização é um dos pilares estratégicos do CEJAM e se reflete na qualificação do atendimento, no fortalecimento do vínculo com o usuário e na valorização dos profissionais de saúde. Para reconhecer e estimular essas iniciativas, a Instituição, por meio da área de Qualidade, criou a Certificação em Humanização.



Ação junto ao CRAS - Idosos



Hiperdia

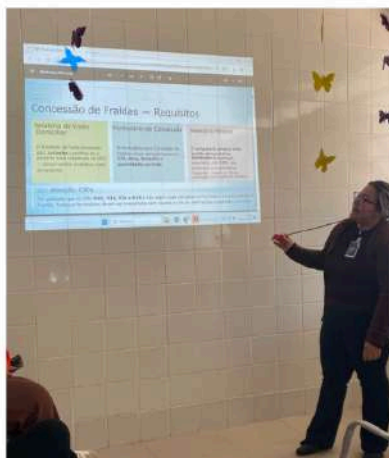




Grupo de Artesanato



Sala de espera
Vacina



Treinamento de
Alto custo

**Você precisa,
A GENTE COMPARTILHA!**

**BAZAR
SOLIDÁRIO**

PEQUENAS ESCOLHAS, GRANDES TRANSFORMAÇÕES!

**31/07/26
DAS 8H ÀS 17H**

Roupas e itens em bom estado
esperando por você!

Aqui, solidariedade
vira cuidado e
cada peça faz a
diferença!

Tudo feito
com amor
para nossa
comunidade!

Pegue o que
precisa com
respeito e carinho.

Seja solidário,
leve apenas o
que for usar.

**Vamos juntos espalhar,
amor e solidariedade!**

UBS ALTO DA PONTE
Cuidando de pessoas,
fortalecendo nossa comunidade!

Porque aqui,
**TODO MUNDO
IMPORTA!**

PEGUE A PEÇA QUE NECESSITA. AJUDE A MANTER ESSE CICLO DE BEM!



UBS Altos de Santana

REUNIÃO DE ENFERMEIROS RTs



TREINAMENTO CME



DECORAÇÃO DA UNIDADE PARA O Julho Neon é o mês oficial de conscientização sobre a saúde bucal no Brasil.



TREINAMENTO PROTHEUS- FÉRIAS



ANIVERSARIANTES DO MÊS- ARTESANATO





**PARCERIA COM OS COLETADORES DE RECICLÁVEL DA ABRANGÊNCIA PARA AÇÃO DO
LACRE SOLIDÁRIO.**



ESCOVÓDROMO DE FÉRIAS



PROJETO ALECRIM



UBS Santana



Grupo de atendimento com **Nutricionista**

UBS Santana





Sala de Espera conscientização sobre as Hepatites Virais



Ubs na Rua
Conscientização Hepatites Virais no abrigo LGBTQI+



Sala de Espera da UPA Alto da Ponte
Saúde Bucal



Reunião Responsável Técnico Enfermagem
Secretaria de Saúde





Treinamento Protheus Férias



O #TimeCEJAM da UBS Santana realizou o Café Julino, promovendo integração, trabalho em equipe e momentos de confraternização entre os(as) colaboradores(as).

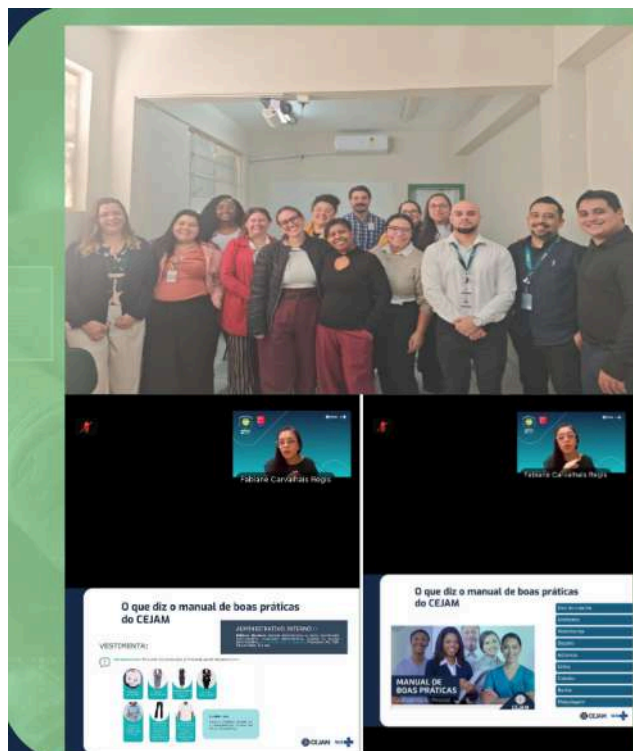


UBS JARDIM TELESPARK



Treinamentos

- Treinamento - "Jeito CEJAM de Encantar: Comunicação, Empatia e Excelência no Atendimento ao Cliente"
- Capacitação Sala de Vacina - Prática
- Encontro Mensal Rts



Treinamentos

- Treinamento - "Jeito CEJAM de Encantar: Comunicação, Empatia e Excelência no Atendimento ao Cliente"
- Capacitação Sala de Vacina - Prática
- Capacitação Administrativo - Lançamento de férias
- Atualização dos Memorandos
- Capacitação Sepse
- Capacitação CME



Ações de Saúde

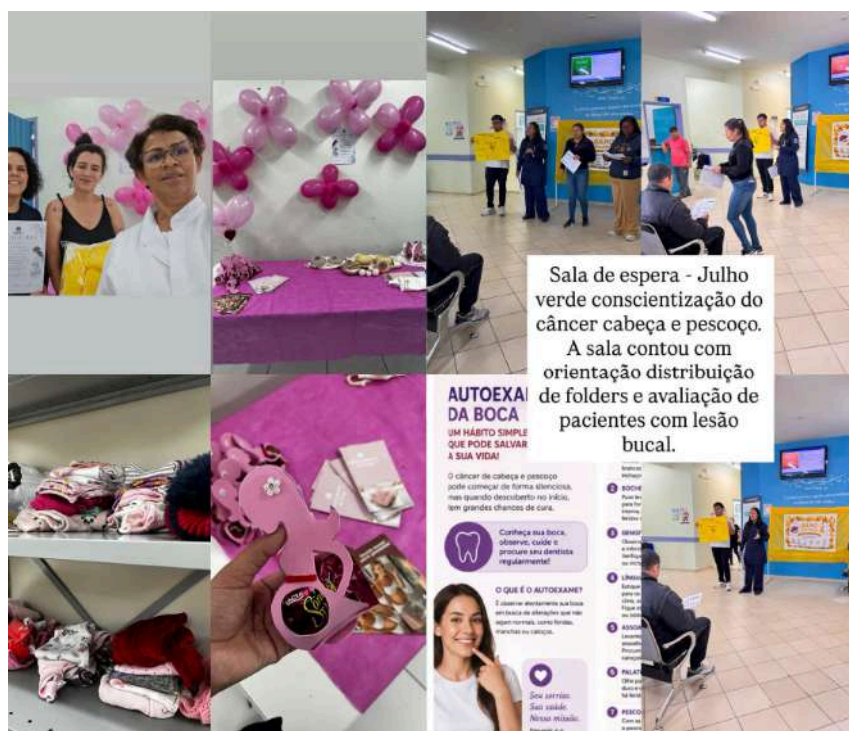
- Ubs na Rua Jaguari
- Sala de espera Hepatites Virais
- Grupo de Saúde Gestacional
- Grupo de Tabagismo
- Grupo Hiperdia
- Ação Inverno Solidário



Grupo Horta

Ações de Saúde

- Grupo Horta



Sala de espera - Julho verde conscientização do câncer cabeça e pescoço. A sala contou com orientação distribuição de folders e avaliação de pacientes com lesão bucal.

AUTOEXAME DA BOCA

UM HÁBITO SIMPLES QUE PODE SALVAR A SUA VIDA

O câncer de cabeça e pescoço pode começar de forma silenciosa, mas quando descoberto no início, tem grandes chances de cura.

Conheça sua boca, observe, cuide e procure seu dentista regularmente!

O QUE É O AUTOEXAME?

É fazer um autoexame simples e rápido da boca, que pode ajudar a detectar problemas antes que se tornem graves.

São sinais:

Seus sinais:

Nossos sinais:

Prevenção é a chave!

Ações de Saúde

- Sala de espera Hepatites Virais
- Grupo de Saúde Gestacional
- Grupo de Tabagismo
- Grupo Hipertensão



Humanização

- Premiação Campanha 156 - Positivo
- Dia do Motorista e Recepcionista





Aniversariante do mês +
correio elegante.

Humanização

- Aniversariante do mês + correio elegante
- Humanização - Experiência Sensorial Óleos Essenciais

10. MANUTENÇÃO

UBS Alto da Ponte

- Troca de lâmpada na área externa;
- Limpeza das calhas
- Pintura de armário e vestiário feminino.
- Pintura porta abrigo.
- Instalação do suporte de descarpack
- Pintura placas teto.

UBS Altos de Santana

- Limpeza das calhas;
- Troca da fechadura da copa;
- Troca de lâmpada queimada no laboratório;
- Reparo vazamento banheiros;
- Reparo no bebedouro.

UBS Santana

- Adequação da sala para atendimento de ECG Digital;
- Adequação da sala de Telemedicina;
- Adequação da sala para grupos e atividades coletivas;
- Reparo e pintura do carrinho odontológico;
- Substituição do botão de acionamento da descarga;
- Substituição da caixa acoplada de descarga;
- Manutenções corretivas em componentes hidráulicos e sanitários da unidade;
- Ações de conservação e melhoria da estrutura física

UBS JARDIM TELESPARK

- Vaso sanitário do banheiro feminino, fixado e vedado
- Manutenção no piso da recepção
- Troca soquete e lâmpada
- Reparo na válvula de descarga
- Troca de maçanetas

Projetos Arquitetônicos

Em 2026, as UBSs seguem 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

Patrimônio - UBS Alto da Ponte

UBS ALTO DA PONTE			jul-26
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%

Atualmente, a unidade possui dois equipamentos de ar-condicionado inoperantes, aguardando retorno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) quanto ao ofício encaminhado para definição das providências necessárias.

Além disso, dois ventiladores da recepção encontram-se inoperantes, estando o processo de aquisição de novos equipamentos em fase de aprovação de compra.

Patrimônio - UBS Santana

UBS SANTANA			jul-26
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%

No período, permanecem pendentes de manutenção corretiva um compressor do setor de odontologia, um refletor da cadeira odontológica e um aparelho de ar-condicionado localizado na farmácia. Ressalta-se que, com o objetivo de assegurar a continuidade das atividades assistenciais e minimizar impactos operacionais, a unidade mantém em utilização equipamentos de backup, garantindo a manutenção dos atendimentos até a finalização dos reparos necessários.

Patrimônio - UBS Alto de Santana

UBS ALTOS DE SANTANA			jul-26
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%

Atualmente, encontram-se pendentes de manutenção um equipamento de raio X odontológico, dois aparelhos de ultrassom odontológico e um ar condicionado da sala odontológica. A unidade aguarda a realização dos reparos para o restabelecimento pleno do funcionamento desses equipamentos e a continuidade adequada da assistência odontológica.

Patrimônio - UBS Telespark

UBS JARDIM TELES PARK			jun-26
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%

Não constam equipamentos em manutenção.

ABASTECIMENTO

O sistema SALUTEM está em funcionamento como ferramenta de 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.

11.COMISSÕES

UBS Altos de Santana

CCIRAS



PRÓ MEMÓRIA

DATA 22/07/2026	HORÁRIO 10h
LOCAL UBS ALTOS DE SANTANA	
ASSUNTO COMISSÃO CCIRAS	

1. PAUTAS ABORDADAS

1.1 Realização das vistorias programadas nas unidades assistenciais.

2.2 Avaliação das práticas de higiene das mãos durante as atividades assistenciais.

3.1 Orientações aos profissionais quanto à importância da adesão aos protocolos de prevenção e controle de infecções.

2. DECISÕES

2.1 Foi informado que as vistorias programadas para a data foram realizadas conforme cronograma estabelecido.

2.2 Durante as inspeções, os participantes observaram as práticas de higiene das mãos nos diferentes setores da instituição.

2.3 Os profissionais presentes receberam orientações e reforço quanto à correta execução da higiene das mãos, conforme os protocolos institucionais e as recomendações vigentes, destacando os momentos oportunos para sua realização e a importância da adesão para a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Manter a realização das vistorias periódicas conforme cronograma do CCIRAS.	Membros do CCIRAS	Contínuo	
Intensificar as orientações sobre a técnica correta e os cinco momentos da higiene das mãos.	Membros do CCIRAS	Contínuo	
Registrar as não conformidades observadas e orientar imediatamente	Membros do CCIRAS	Contínuo	

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.ADM.CEJISS-QA.004.001

Pág. 1 de 2

COMISSÃO DE ÓBITOS

PRÓ MEMÓRIA	
DATA	03/07/2026
LOCAL	UBS ALTOS DE SANTANA
ASSUNTO	COMISSÃO DE ÓBITO

1 - PAUTAS ABORDADAS

Não houve quórum suficiente para a instalação da reunião, em razão da ausência do número mínimo de participantes exigido. Em consequência, a reunião não foi realizada e os assuntos da pauta não foram apreciados nem deliberados.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

PRÓ MEMÓRIA	
DATA	30/07/2026
LOCAL	UBS ALTOS DE SANTANA
ASSUNTO	COMISSÃO GERENCIAMENTO DE RISCO

1. PAUTAS ABORDADAS

1.1 Apresentação das Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente e definição do cronograma para discussão de uma meta em cada reunião mensal.

1.2 Discussão da **Meta 2 – Comunicação Efetiva**, com alinhamento do fluxo de atendimento entre recepção, acolhimento, equipe médica, enfermagem e farmácia para as solicitações de receitas de pacientes ausentes.

1.3 Definição das atribuições de cada setor, visando padronizar os processos de trabalho e fortalecer a comunicação entre as equipes.

1.4 Levantamento da necessidade de capacitação em aferição de pressão arterial, sinais vitais e demais procedimentos assistenciais básicos.

2. DECISÕES

2.1 Definido que cada reunião da Comissão abordará uma das Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, conforme cronograma estabelecido.

2.2 Aprovado o fluxo de atendimento para solicitações de receitas de pacientes ausentes, com definição das responsabilidades de cada setor.

2.3 Deliberado que a efetividade do fluxo implantado será avaliada na próxima reunião.

2.4 Definido que o próximo encontro terá como tema a **Meta 4 – Cirurgia e Procedimento Seguro**, ocasião em que será realizada capacitação sobre aferição de pressão arterial, sinais vitais e demais procedimentos assistenciais básicos.

UBS Jd Telespark**CCIRAS****PRÓ MEMÓRIA**

DATA	29/07/2025	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELESARK		
ASSUNTO	Comissão Controle de Infecções Relacionados à Assistência à Saúde - CCIRAS		

1. PAUTAS ABORDADAS

- 01** Verificação das pautas abordadas na reunião anterior: realizada a conferência das ações pactuadas na reunião anterior, constatando a execução das atividades previstas e o acompanhamento contínuo das ações desenvolvidas pela Comissão.
- 02** Orientações sobre Segurança do Usuário e Educação de Pacientes e Familiares, reforçando a importância da higienização das mãos, da prevenção da disseminação de microrganismos, dos cuidados durante as visitas e da orientação aos usuários quanto às medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.
- 03** Discussão sobre o Programa de Uso Racional de Antimicrobianos e ações voltadas à prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), destacando a importância da utilização criteriosa dos antimicrobianos e da realização de capacitações periódicas para as equipes assistenciais.
- 04** Reforço das orientações referentes à classificação das áreas assistenciais e aos princípios básicos de limpeza e desinfecção de superfícies, enfatizando a diferenciação entre áreas críticas, semicríticas e não críticas, bem como a correta sequência dos procedimentos de limpeza, utilização dos produtos padronizados e adoção das medidas de biossegurança durante a execução das atividades.

**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	29/07/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELESARK		
ASSUNTO	Comissão Controle de Infecções Relacionados à Assistência à Saúde - CCIRAS		

2. DECISÕES

- 01** Manter o acompanhamento sistemático das deliberações definidas nas reuniões da CCIRAS, assegurando o monitoramento contínuo das ações implantadas e sua efetividade.
- 02** Intensificar as orientações aos profissionais quanto à educação do usuário e familiares, promovendo medidas preventivas relacionadas à higiene das mãos, prevenção da transmissão de microrganismos e incentivo à participação dos usuários na segurança do cuidado.
- 03** Fortalecer as ações de prevenção das IRAS por meio da sensibilização das equipes quanto ao uso racional de antimicrobianos, cumprimento dos protocolos institucionais e realização de treinamentos periódicos.
- 04** Reforçar o monitoramento dos processos de higienização ambiental, garantindo o cumprimento dos protocolos de limpeza e desinfecção, da classificação das áreas e da utilização correta dos produtos e técnicas padronizadas, visando reduzir os riscos de contaminação ambiental.

GERENCIAMENTO DE RISCOS**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	30/07/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELES PARK		
ASSUNTO	Gerenciamento de Riscos		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Avaliação da melhoria de notificações pelos colaboradores e identificação de fatores que impedem a realização das notificações;
02. Monitoramento de boas práticas para garantir melhor assistência e segurança durante os atendimentos.
03. Reforçar prevenção quanto risco de quedas durante atendimentos domiciliares e utilizar material de apoio e formulário de ciência.

1. DECISÕES

01. Monitoramento semanal conforme mencionado nos setores pelos membros a fim de avaliar se práticas seguras e uso de EPIs estão sendo utilizados diariamente durante os atendimentos.
02. Elaboração de capacitação no mês de agosto voltada a prevenção de risco de quedas e protocolo de segurança no uso de medicamentos na unidade.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Capacitar toda a equipe sobre o risco de queda e as medidas preventivas;	MEMBROS DA COMISSÃO	30 dias	N.A

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.004.001

Pág. 1 de 2

AUDITORIA INTERNA**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	01/07/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELES PARK		
ASSUNTO	Comissão de Auditoria Interna		

01. PAUTAS ABORDADAS

- Plano Anual de Auditoria Interna
- Cronograma de Auditoria Interna, abordados ferramentas e processos primários, gerenciais e de apoio

02. DECISÕES

- Início das auditorias setoriais, com foco no monitoramento das práticas assistenciais, identificação de não conformidades e oportunidades de melhoria.
- Elaboração de formulários eletrônicos (Google Forms) para padronização, otimização e registro das auditorias, facilitando a coleta de dados, o acompanhamento dos resultados e a elaboração de planos de ação.

03. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Início das auditorias setoriais	MEMBROS DA COMISSÃO	30 dias	N.A
Elaboração de Forms			

ÓBITOS



PRÓ MEMÓRIA

DATA	06/07/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELES PARK		
ASSUNTO	Comissão de Óbito		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Análise de prontuários de pacientes que foram a óbito;
02. Avaliação de acompanhamento dos pacientes e de causa de óbito;
03. Planejamento da próxima reunião.

1. DECISÕES

01. Levantar mensalmente os óbitos que ocorrem no mês para avaliação na reunião do mês subsequente;
02. Avaliação de causas de óbitos relacionadas a assistência de cuidados pela unidade ou outros fatores.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Manter levantamento dos óbitos de cada equipe, repassando aos membros da comissão para avaliação dos últimos atendimentos realizados na UBS e analisar as circunstâncias que levaram o paciente ao óbito.	MEMBROS DA COMISSÃO	30 dias	

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.ADM.CEGISS.QA.004.001

Pág. 1 de 2

PAPC - Prevenção de Acidentes com Perfuro Cortantes

PRÓ MEMÓRIA

DATA	29/07/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELES PARK		
ASSUNTO	Prevenção de acidentes com perfuro cortantes		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Apresentação da Comissão de Prevenção de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, seus objetivos, competências e cronograma de reuniões bimestrais.
02. Apresentação do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme diretrizes da NR-32.
03. Discussão sobre a importância da prevenção de acidentes com exposição a material biológico e fortalecimento da cultura de segurança do paciente e do trabalhador.

1. DECISÕES

01. Realizar levantamento dos acidentes com materiais perfurocortantes ocorridos na unidade para subsidiar as ações da comissão.
02. Implantar monitoramento periódico dos indicadores de acidentes com material biológico e perfurocortantes.
03. Realizar inspeção dos coletores de perfurocortantes e verificar o correto posicionamento e utilização em todos os setores.
04. Reforçar, durante as reuniões de equipe e ações de Educação Permanente, as orientações sobre descarte correto de perfurocortantes, uso de dispositivos de segurança, utilização de EPIs e fluxo de atendimento pós-acidente.

FARMÁCIA E TERAPÊUTICA



PRÓ MEMÓRIA

DATA	16/07/2026	HORÁRIO	14:20
LOCAL	UBS JARDIM TELES PARK		
ASSUNTO	Farmácia e Terapêutica		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Apresentação da Comissão de Farmácia e Terapêutica, seus objetivos, competências e cronograma de reuniões.
02. Intensificação da cultura de realização de notificações de incidentes, eventos adversos e problemas relacionados a medicamentos.
03. Definição de estratégia para monitoramento semanal das notificações realizadas pelos diferentes setores da unidade.

1. DECISÕES

01. Implantar monitoramento semanal das notificações realizadas pelos profissionais médicos, enfermeiros e demais setores envolvidos na assistência, incluindo farmácia, sala de curativos, hipodermia e recepção.
02. Reforçar, durante as reuniões de equipe e ações de educação permanente, a importância da notificação de incidentes e eventos adversos.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Implantar monitoramento semanal das notificações de incidentes e eventos adversos nos setores assistenciais.	MEMBROS DA COMISSÃO	30 dias	Avaliação dos registros realizados por médicos, enfermagem, farmácia, sala de curativos, hipodermia e recepção.

Classificação da Informação: Uso Interno

UBS Alto da Ponte**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	17/07/2026	HORÁRIO	14h00 às 15h00
LOCAL	UBS ALTO DA PONTE/ SALA 11		
ASSUNTO	ATA de Reunião NSP nº07		

1. PAUTAS ABORDADAS

2. Abertura da reunião com Enfermeira Camila agradecendo a presença de todos.
3. Tema: A importância das notificações de incidentes e seus resultados na melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários.

A notificação de incidentes é uma ferramenta essencial para identificar riscos, prevenir danos e promover a melhoria contínua da qualidade da assistência.

4. Objetivo

- Fortalecer a cultura de segurança do paciente na UBS.
- Sensibilizar a equipe sobre a importância da notificação de incidentes.
- Demonstrar como a análise das notificações contribui para a melhoria dos processos de trabalho.
- Definir estratégias para ampliar a adesão dos profissionais às notificações.

5. Notificações Medcsys

O processo de notificação possui caráter educativo e preventivo, não sendo utilizado para responsabilização individual dos profissionais, mas para análise dos processos de trabalho e identificação das causas que favorecem a ocorrência de incidentes.

6. Importância das notificações

PRÓ MEMÓRIA

DATA	17/07/2026	HORÁRIO	14h00 às 15h00
LOCAL	UBS ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Ata da comissão de Humanização		

PAUTAS ABORDADAS**1. Abertura**

A reunião teve início com as boas-vindas aos novos integrantes da Comissão de Humanização: Fábio, Ellen e Bruno, destacando a importância da participação de cada um no fortalecimento das ações voltadas à humanização do atendimento, à valorização dos trabalhadores e à promoção de um ambiente de trabalho mais acolhedor. Os presentes desejaram sucesso aos novos membros, reforçando o compromisso coletivo com a construção de uma UBS cada vez mais humanizada.

2. Bazar Solidário

Na sequência, foi apresentado o Plano de Ação da Comissão, com destaque para a realização do Bazar Solidário, programado para o dia 31 de julho de 2026, nas dependências da UBS. A ação tem como objetivo incentivar a solidariedade entre os profissionais e a comunidade, promovendo a arrecadação e disponibilização de roupas, calçados e outros itens em bom estado, fortalecendo os laços de cooperação e apoio mútuo.

3. Correio elegante

Também foi aprovada a realização do Correio Elegante da Humanização, iniciativa que busca incentivar gestos de carinho, respeito e reconhecimento entre os colaboradores. A proposta consiste na troca de mensagens positivas e afetuosas, permitindo que cada profissional presenteie um colega com palavras de incentivo, gratidão e valorização, contribuindo para um ambiente de trabalho mais harmonioso e acolhedor.

UBS Santana**COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIO****PRÓ MEMÓRIA**

DATA	28/07/2026	HORÁRIO	10:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO - COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		

1. PAUTAS ABORDADAS

- 1.1 Avaliação amostral dos prontuários médicos e multiprofissionais referentes ao período de julho de 2026.
- 1.2 Verificação da conformidade dos registros assistenciais, correta utilização dos códigos SIGTAP e qualidade da documentação clínica.
- 1.3 Análise dos encaminhamentos especializados devolvidos pela Regulação Municipal.
- 1.4 Acompanhamento das ações deliberadas na reunião anterior, com avaliação da efetividade das medidas implementadas para qualificação dos registros assistenciais.
- 1.5 Discussão de oportunidades de melhoria relacionadas à segurança do paciente, rastreabilidade das informações e fortalecimento da qualidade dos registros em prontuário.

2. ANÁLISE DAS INCONSISTÊNCIAS E RESULTADOS

Área Avaliada	Análise realizada	Impacto Assistencial	Deliberação da Comissão
Registros SIGTAP Ginecologia	- O monitoramento das ações implementadas demonstrou redução das inconsistências dos registros de 52,8% para 11,01% no primeiro ciclo de acompanhamento e para 1% no segundo ciclo (julho), evidenciando importante evolução da conformidade dos registros assistenciais e da correta utilização dos códigos SIGTAP.	Maior confiabilidade das informações registradas, fortalecimento dos indicadores assistenciais e redução das inconsistências identificadas nas auditorias internas.	Manter o monitoramento mensal dos registros, as devolutivas técnicas individualizadas e as ações de educação permanente voltadas ao correto registro assistencial e utilização dos códigos SIGTAP.

CEJAM

PRÓ MEMÓRIA

DATA	28/07/2026	HORÁRIO	10:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO - COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS		

Encaminhamentos especializados	No mês de julho foram realizados 491 encaminhamentos especializados. Deste total, apenas 03 encaminhamentos foram devolvidos pela Regulação Municipal para correção, sendo 02 referentes à Clínica Médica (consulta e avaliação cirúrgica) e 01 referente à Ginecologia (SADT - exame complementar), demonstrando melhoria da qualidade, clareza e conformidade técnica dos encaminhamentos realizados pela equipe.	Redução do retrabalho assistencial, maior resolutividade do processo regulatório e maior agilidade na autorização dos encaminhamentos especializados.	Manter a avaliação sistemática das devoluções da Regulação, promovendo devolutivas aos profissionais e reforçando continuamente os critérios técnicos para elaboração dos encaminhamentos especializados.

4. DELIBERAÇÕES DA COMISSÃO

Após análise dos resultados apresentados, a Comissão considerou satisfatória a evolução dos indicadores monitorados e deliberou por:

- Manter o monitoramento mensal da conformidade dos registros assistenciais e da correta utilização dos códigos SIGTAP;
- Manter a avaliação sistemática dos encaminhamentos devolvidos pela Regulação, utilizando os resultados como indicador da qualidade dos registros assistenciais;
- Dar continuidade às devolutivas técnicas individualizadas e às ações de educação permanente junto às equipes assistenciais, visando reduzir oportunidades de inconsistências;
- Apresentar os indicadores nas reuniões subsequentes da Comissão, possibilitando o acompanhamento da efetividade das ações implementadas e a identificação de novas oportunidades de melhoria.

5. CONCLUSÃO

A Comissão considerou satisfatórios os resultados obtidos no período, evidenciados pela expressiva redução das inconsistências relacionadas aos registros SIGTAP da especialidade de Ginecologia e pelo reduzido número de devoluções de encaminhamentos especializados frente ao total de 491 encaminhamentos realizados no mês.

Os resultados demonstram a efetividade das ações implementadas, maior conformidade dos registros assistenciais, fortalecimento da qualidade da documentação clínica e maior aderência aos critérios técnicos estabelecidos pela Regulação Municipal.

Assinatura do Responsável pelo Relatório

COMISSÃO REVISÃO DE ÓBITO

PRÓ MEMÓRIA

DATA	29/07/2026	HORÁRIO	10:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO - COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. Apresentação e análise dos óbitos ocorridos no período (Julho/2026).
2. Avaliação dos óbitos por faixa etária, comorbidades e causas preveníveis pela Atenção Básica.
3. Correlação entre os óbitos e as internações por causas sensíveis à Atenção Primária, com análise da repetição de internações e identificação de oportunidades de intervenção.
4. Monitoramento dos encaminhamentos definidos na reunião anterior.

2. DECISÕES E PLANO DE AÇÃO

- Manter a análise mensal dos óbitos por faixa etária, comorbidades e causas preveníveis pela Atenção Básica.
- Correlacionar os óbitos com o histórico de internações por causas sensíveis à Atenção Primária, monitorando a recorrência de internações e subsidiando ações de prevenção.
- Fortalecer o acompanhamento dos usuários de maior risco por meio de busca ativa, monitoramento clínico e qualificação dos registros assistenciais.
- Compartilhar os resultados com as equipes e acompanhar sistematicamente a execução das ações pactuadas.

COMISSÃO PREVENÇÃO DE ACIDENTE COM PERFURO CORTANTE**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	01/07/2026	HORÁRIO	10:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO - COMISSÃO PREVENÇÃO DE ACIDENTE COM PERFURO CORTANTE		

1. PAUTAS ABORDADAS:

- METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

META 3: Segurança no uso de medicamentos.

- CONHECENDO AS ETAPAS ADOTADAS PELO CEJAM PARA GARANTIR A SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS: Ênfase em descarte responsável de resíduos infectantes, químicos e perfurocortantes.

2. DECISÕES / AÇÕES:

Treinamento sobre Implementação de Prescrição, Dispensação e Administração correta de medicamentos, Controle de coleta de dados, análise de riscos e auditorias quando necessário e Melhoria, promovendo mudança de comportamentos de risco.

3. PLANO DE AÇÃO:

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Implementação de reuniões bimestrais.	Kelly Rúbia Alves dos Reis (Farmacêutica RT)	Hoje	Já realizada no mês presente. Próxima reunião agendada para 09/Setembro/2026.
Obrigatoriedade do descarte imediato de agulhas, lâminas e demais matérias de risco em coletores apropriados.	Elizabeth Pires Santana Cipriani (Enfermeira)	A partir do treinamento de hoje	Embora já tenha sido realizado o descarte correto na unidade, hoje em ata, reiteramos a obrigatoriedade do descarte imediato.

COMISSÃO FARMACO TERAPÊUTICA**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	31/07/2026	HORÁRIO	11:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO - COMISSÃO FÁRMACO TERAPÊUTICA		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. Acompanhamento dos desdobramentos da reunião anterior e avaliação do funcionamento da distribuição de medicamentos no modelo híbrido (CEJAM e Prefeitura Municipal).
2. Orientações às equipes médicas quanto à correta utilização da Notificação de Receita B (receita azul), conforme a legislação vigente.
3. Orientação quanto ao fluxo para emissão da Notificação de Receita A (receituário amarelo).
4. Reforço do fluxo para renovação de materiais para curativos, estabelecendo validade máxima de 30 dias, com reavaliação obrigatória e discussão compartilhada entre médico e equipe de enfermagem quanto à continuidade do tratamento.

2. DELIBERAÇÕES E PLANO DE AÇÃO

01. Monitorar o funcionamento do modelo híbrido de distribuição de medicamentos, promovendo ajustes conforme as necessidades identificadas.
02. Acompanhar a conformidade das prescrições de medicamentos sujeitos a controle especial, garantindo aderência aos fluxos e à legislação vigente.
03. Monitorar o cumprimento do fluxo para renovação de materiais para curativos, assegurando reavaliação periódica e alinhamento entre as equipes médica e de enfermagem.
04. Avaliar periodicamente as não conformidades relacionadas à assistência farmacêutica e definir ações de melhoria contínua.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	07/07/2026	HORÁRIO	15:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO – COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO		

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Organização e realização da decoração da unidade em alusão ao Julho Amarelo, com o objetivo de conscientizar usuários e colaboradores sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais.
02. Discussão sobre a importância de manter ações educativas e um ambiente acolhedor para fortalecer a promoção da saúde.

2. DECISÕES

- Manter a decoração temática durante todo o mês de julho, garantindo que os materiais permaneçam organizados e em boas condições, além de reforçar as orientações aos usuários sobre a campanha.
- Promover orientações periódicas à equipe sobre boas práticas de acolhimento e humanização, estimulando uma comunicação clara, respeitosa e centrada nas necessidades dos usuários.

3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Manter e organizar a decoração do Julho Amarelo durante todo o mês.	COMISSÃO	30 DIAS	
Realizar orientações à equipe sobre acolhimento e humanização durante reunião interna.	COMISSÃO	30 DIAS	
Incentivar ações educativas sobre prevenção das hepatites virais na sala de espera.	COMISSÃO	30 DIAS	

COMISSÃO CCIRAS**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	29/07/2026	HORÁRIO	10:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO MENSAL - CCIRAS		

1. PAUTAS ABORDADAS

1. Indicadores JUNHO
2. Avaliação prévia sobre a implantação do fluxo das medicações da planilha receitas externas

2. DECISÕES

1. Compartilhado em reunião sobre os indicadores de Junho.
2. Compartilhado em reunião sobre as melhorias previamente apresentadas após o início do controle de medicação externa .

3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Orientação da equipe multi sobre a participação e responsabilidade sobre os resultados das visitas técnicas nos setores	Membros CCIRAS	25/08/2026	

Classificação da Informação: Uso Interno

12 . CONCLUSÃO

A análise do período evidencia avanços consistentes na qualificação da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde, refletindo o fortalecimento das estratégias de promoção, prevenção e atenção integral à saúde. As ações desenvolvidas pelas equipes demonstram uma atuação cada vez mais organizada e resolutiva, com ampliação das iniciativas voltadas à identificação das necessidades da população, acompanhamento dos usuários e fortalecimento do cuidado longitudinal.

Nesse cenário de evolução assistencial, destaca-se também a implantação do projeto de Telemedicina, que representa importante inovação na organização da assistência, ampliando o acesso da população a avaliações e acompanhamentos especializados, contribuindo para maior agilidade na condução dos casos e fortalecendo a integração entre os diferentes níveis de atenção. A iniciativa agrega tecnologia ao cuidado sem perder de vista a humanização e a integralidade que devem nortear a Atenção Primária.

Outro aspecto de grande relevância refere-se aos índices de aprovação e satisfação dos usuários, que apresentam resultados expressivamente positivos e constituem importante evidência da qualidade dos serviços disponibilizados. Os elevados índices de usuários promotores e o desempenho de excelência observado no NPS demonstram que as ações implementadas vêm sendo percebidas positivamente pela população, reforçando a confiança dos usuários nas equipes e nos serviços ofertados.

Dessa forma, os resultados apresentados permitem concluir que a qualidade assistencial está diretamente relacionada ao conjunto de estratégias de gestão, inovação, promoção da saúde, qualificação dos processos de trabalho e compromisso das equipes com a experiência do usuário. A evolução observada nas unidades demonstra o amadurecimento de um modelo assistencial centrado nas necessidades da população, com foco em acesso, resolutividade, segurança, humanização e continuidade do cuidado.

Assim, o período analisado encerra-se com resultados assistenciais favoráveis e perspectivas concretas de continuidade da evolução, destacando-se a consolidação das ações de promoção e atenção à saúde, a inovação proporcionada pela Telemedicina e a elevada aprovação dos usuários como importantes indicadores de que as estratégias adotadas estão contribuindo efetivamente para

a oferta de uma assistência qualificada, resolutiva, humanizada e alinhada às necessidades do território.

Cordialmente,



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

Thalita Ruiz Lemos da Rocha

Gerente Técnica Regional

Relatório de Atividades

Saúde Digital

Contrato de Gestão nº 408/2024
4ºT.A.

Unidades de Saúde da Rede Assistencial:

UBS Alto da Ponte
UBS Altos de Santana
UBS Jardim Telespark
UBS Santana

São José dos Campos

Julho
2026

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS



Diretor do Departamento de Departamento de Gestão Hospitalar e de Emergências - DGHE
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

HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL.....	5
Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim.....	5
Linha do Tempo.....	6
Estrutura Organizacional.....	7
Gestão da Rede Assistencial do Contrato de Gestão nº 408 /2024.....	8
ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES.....	8
AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	8
Serviços Oferecidos.....	8
FORÇA DE TRABALHO.....	9
Dimensionamento dos Colaboradores - Microrregião - Telemedicina.....	9
INDICADORES DE DESEMPENHO.....	10
Indicadores de Desempenho e Qualidade.....	10
UBS Alto da Ponte.....	11
Qualidade - UBS Altos de Santana.....	18
Qualidade - UBS Telespark.....	24
Qualidade - UBS Santana.....	30
Indicadores de Produção.....	37
UBS Alto da Ponte.....	37
UBS Altos de Santana.....	39
UBS Telespark.....	41
UBS Santana.....	44

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 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 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

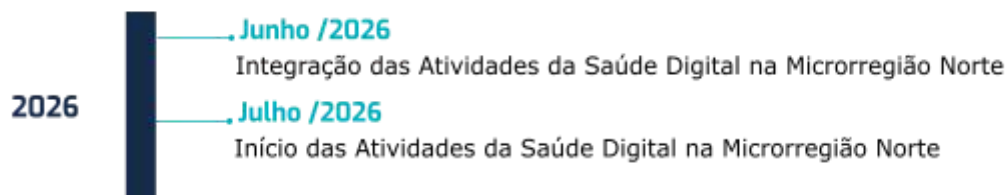
- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

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 em São José dos Campos destaca os principais marcos da gestão da Saúde Digital na Microrregião Norte.



Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da Saúde Digital 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 junho de 2026, teve início o 4º Termo Aditivo do 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** da Saúde Digital nas unidades de saúde listadas, **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** da rede assistencial. O CEJAM, inscrito no **CNPJ nº 66.518.267/0001-83**, possui sede na **Av. da Liberdade, 765, no bairro da Liberdade, em São Paulo (CEP: 01503-001)**.

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 Alziro Lebrão, 386 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12213-360
- CNES: 0009407

- **UBS Altos de Santana**

- Avenida Alto do Rio Doce, 1585, no bairro Altos de Santana, São José dos Campos - SP
- CNES: 2073469

- **UBS Jardim Telespark**

- Rua Benedito Pereira Lima, 210, no bairro Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, CEP 12212-700
- CNES: 2762

- **UBS Santana**

- Avenida Rui Barbosa, 2445 - Santana, São José dos Campos - SP, 12212000
- CNES: 0008990

ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as produções realizadas na unidade são monitoradas pelos sistemas municipais (SAMS, E-SAMS, Galileu e NeoMed), além de instrumentos próprios (planilhas) 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, trimestral e anual**.

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **1 a 31 de Julho de 2026**, nas quatro Unidades Básicas de Saúde da Microrregião Norte.

Serviços Oferecidos

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos serviços oferecidos pela Saúde Digital nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José dos Campos.

Serviços	UBS Alto da Ponte	UBS Altos de Santana	UBS telespark	UBS Santana
Teleconsulta com médico especializado em saúde da família e comunidade	x	x	x	x
Tele Educação digital ao cidadão	x	x	x	x
Produção de conteúdo audiovisual	x	x	x	x
Telemonitoramento	x	x	x	x
Teleorientação	x	x	x	x
Telediagnóstico por eletrocardiograma (com equipamento) + IA	x	x	x	x
Divulgação do programa e aplicativo	x	x	x	x
Download do aplicativo	x	x	x	x
Tele Consulta com especialista: Cardiologia e Endocrinologia	x	x	x	x

FORÇA DE TRABALHO

Dimensionamento dos Colaboradores - Microrregião - Telemedicina

A tabela a seguir apresenta o consolidado da força de trabalho prevista e efetiva, incluindo profissionais contratados sob os regimes CLT e PJ.

Cargo	Previsto
Analista Administrativo (40h)	1
Orientador de Público (40h)	5

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

INDICADORES DE DESEMPENHO

Os indicadores apresentados pelo programa de Saúde Digital nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) abrangem teleconsultas com médicos especialistas em Saúde da Família e Comunidade, bem como tele consultas com especialistas em Cardiologia e Endocrinologia, proporcionando atendimento remoto, apoio diagnóstico e ampliação do acesso à atenção especializada. O programa também disponibiliza ações de Teleducação Digital ao Cidadão, por meio do envio de conteúdos audiovisuais educativos voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças e incentivo ao autocuidado. Além disso, realiza a produção de materiais audiovisuais para fortalecer as ações de educação em saúde, oferece telemonitoramento para o acompanhamento remoto dos usuários e teleorientação para esclarecimento de dúvidas e direcionamento aos serviços de saúde quando necessário. Entre os serviços está ainda o telediagnóstico por eletrocardiograma (ECG), com apoio de inteligência artificial e validação médica, contribuindo para maior agilidade e precisão diagnóstica. O programa contempla também ações de divulgação dos serviços e do aplicativo, incentivando sua utilização pela população, bem como a disponibilização do aplicativo para facilitar o acesso aos atendimentos, orientações e demais serviços digitais de saúde.

Indicadores de Desempenho e Qualidade

UBS Alto da Ponte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Alto da Ponte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Julho de 2026**.

Julho						
1. TeleEducação Digital ao Cidadão (conteúdo audiovisual enviado)						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 15.000 ações de teleeducação audiovisual enviadas por mês.						
Meta mensal:	3.750	ações de teleeducação/mês				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galilieu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	75				3.750	2,0%

Análise Crítica:

No mês de julho, foram registradas **75 ações** de **TeleEducação Digital**, frente à meta mensal de **3.750** ações, correspondendo a **2,0%** de atingimento.

O resultado evidencia um desempenho muito inferior ao esperado, indicando baixa utilização da funcionalidade de envio de conteúdos audiovisuais pelo aplicativo Galileu Saúde. Esse cenário pode estar relacionado à baixa frequência de publicações, dificuldades operacionais na utilização da plataforma, pouca adesão dos usuários ao aplicativo, divulgação insuficiente do serviço ou ausência de um planejamento estruturado para produção e envio dos conteúdos.

Além do baixo quantitativo, é importante avaliar fatores como regularidade dos envios, alcance das campanhas, atualização dos conteúdos, número de usuários ativos no aplicativo e possíveis limitações técnicas que possam ter impactado o indicador. A identificação dessas causas é essencial para definição de estratégias que possibilitem a recuperação do desempenho nos próximos meses.

Plano de Ação:

Intensificar a divulgação do Galileu Saúde nas recepções, consultórios, salas de espera e redes sociais institucionais. Sensibilizar as equipes assistenciais para incentivar os pacientes a utilizarem o aplicativo durante os atendimentos. Acompanhar semanalmente o número de conteúdos enviados e o cumprimento da meta. Desenvolver materiais audiovisuais curtos, objetivos e alinhados às principais demandas da população.

2. Produção de conteúdo audiovisual						
Responsável pelo Dado		ASAS				
Meta contratual: 15 novos conteúdos por mês (acervo de base: 450 conteúdos já produzidos).						
Meta mensal:	4	novos conteúdos/mês				
	–	–	Realizado no dia ASAS	Acumulado no mês ASAS	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	4				4	100,0%

Análise Crítica:

No mês de julho, foram produzidos 4 novos conteúdos audiovisuais para o aplicativo Galileu Saúde, atingindo **100%** da meta mensal estabelecida. O resultado demonstra que o planejamento previsto para o período foi executado conforme o esperado, garantindo a atualização do acervo de conteúdos disponibilizados aos usuários da plataforma.

Embora a meta tenha sido alcançada, é importante que a avaliação do indicador não se restrinja ao volume de materiais produzidos. É recomendável analisar também aspectos relacionados à qualidade dos conteúdos, relevância dos temas abordados, alinhamento com as campanhas de saúde vigentes, periodicidade das publicações e impacto junto aos usuários. A manutenção de um acervo atualizado e diversificado contribui para fortalecer as ações de educação em saúde e ampliar o engajamento da população com o aplicativo.

Além disso, é importante acompanhar se os conteúdos produzidos estão sendo efetivamente publicados e acessados pelos usuários, de forma a garantir que o investimento na produção resulte em maior alcance e efetividade das ações de promoção da saúde.

3. Telemonitoramento						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 5% da base populacional total por mês, de forma acumulativa. Valor calculado a partir do parâmetro Base Populacional.						
Meta mensal:	750	pacientes monitorados/mês (5% da base, acumulativo)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	25				750	3,3%

Análise Crítica:

No mês de **julho**, primeiro mês de implantação do aplicativo **Galileu Saúde**, foram realizados **25 tele monitoramentos**, frente à meta mensal de **750 pacientes monitorados**, representando **3,3% de atingimento**.

Embora o resultado esteja abaixo da meta contratual, é importante considerar que o indicador refere-se ao período inicial de implantação da ferramenta. Durante essa fase, as equipes estiveram concentradas na estruturação do processo de trabalho, capacitação dos profissionais, divulgação do

aplicativo à população e cadastramento dos primeiros usuários, fatores que impactam diretamente o volume de pacientes monitorados.

Além disso, por se tratar de um indicador de caráter **cumulativo**, cuja meta considera o monitoramento de 5% da base populacional, é esperado que os resultados apresentem crescimento gradual à medida que aumenta a adesão dos usuários e que os fluxos operacionais sejam consolidados.

Dessa forma, o desempenho observado em julho reflete o período de transição e implementação da estratégia, sendo fundamental intensificar as ações de divulgação, ampliar o cadastramento de usuários e fortalecer a atuação das equipes assistenciais para garantir a evolução progressiva do indicador nos próximos meses.

Plano de Ação:

Intensificar a divulgação do Galileu Saúde nas UBS, UPA e demais serviços da rede, orientando os pacientes sobre os benefícios do telemonitoramento. Implantar protocolo de encaminhamento e inclusão de pacientes no telemonitoramento, definindo responsabilidades das equipes. Monitorar semanalmente os resultados por unidade, identificando desvios e adotando ações corretivas em tempo oportuno

4. Teleorientação						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 3 mensagens por mês por paciente monitorado em trilha de saúde. Valor calculado a partir do parâmetro Pacientes em Trilha.						
Meta mensal:	3	mensagens/mês (por paciente em trilha)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	75				3	2500%

Análise Crítica:

O indicador apresentou desempenho muito acima da meta estabelecida, com registro de 75 mensagens enviadas, representando 2.500% de cumprimento da meta contratual.

Entretanto, esse resultado deve ser interpretado com cautela. Como a implantação do aplicativo Galileu Saúde ocorreu no início do mês de julho, é esperado um comportamento atípico no primeiro ciclo de utilização. Nesse período, a equipe normalmente realiza um volume maior de contatos para:

orientar os pacientes sobre o uso do aplicativo, concluir cadastros e ativações, incentivar o primeiro acesso, iniciar as trilhas de acompanhamento, esclarecer dúvidas operacionais.

Assim, o elevado número de mensagens pode refletir o processo de implantação e engajamento inicial, não necessariamente a rotina assistencial que será observada nos meses seguintes.

Além disso, a forma de apresentação do indicador merece revisão. A meta está definida como 3 mensagens por paciente em trilha, porém o relatório apresenta apenas o total de mensagens (75), sem informar:

Quantidade de pacientes monitorados, média de mensagens por paciente, percentual de pacientes efetivamente acompanhados.

Essas informações são fundamentais para avaliar se a comunicação está distribuída entre todos os pacientes ou concentrada em poucos usuários.

Pontos de atenção

Necessidade de acompanhar a estabilização do indicador após o período de implantação. Monitorar se o elevado volume de mensagens gera efetivo engajamento do paciente. Avaliar a qualidade das interações, evitando mensagens excessivas sem valor assistencial. Revisar o formato do indicador para que represente a meta contratual (mensagens por paciente), e não apenas o volume total.

5. Divulgação do programa e aplicativo						
Responsável pelo Dado		CEJAM - Orientadores Digitais				
Meta contratual: 10% da base populacional por mês.						
Meta mensal:	1.600	pessoas alcançadas/mês (10% da base)				
	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	–	–	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	605				1.600	37,8%

Análise Crítica:

No primeiro mês de implantação do aplicativo Galileu Saúde, foram alcançadas 605 pessoas, correspondendo a 37,8% da meta mensal de divulgação.

Embora o resultado esteja abaixo da meta contratual, deve ser interpretado considerando que julho representou o período inicial de implantação da ferramenta. Nesse momento, grande parte dos esforços esteve concentrada na organização do processo, capacitação dos Orientadores Digitais, estruturação dos fluxos operacionais e início das ações de sensibilização da população.

Além disso, fatores como a necessidade de adaptação das equipes, o conhecimento ainda limitado da população sobre o novo aplicativo e o tempo necessário para incorporar as ações de divulgação à rotina das unidades podem ter influenciado o desempenho observado.

Dessa forma, o resultado não caracteriza necessariamente baixa efetividade da estratégia, mas reflete o período de implantação e amadurecimento do processo. Espera-se evolução progressiva do indicador nos meses subsequentes, à medida que as equipes ampliem as ações de divulgação e a população se familiarize com a ferramenta.

Pontos de atenção

Fortalecer as estratégias de divulgação nas unidades de saúde envolvidas da UPA e das UBS's. Intensificar a atuação dos Orientadores Digitais junto aos usuários elegíveis. Monitorar a conversão entre pessoas abordadas, usuários cadastrados e usuários ativos no aplicativo. Avaliar quais canais de divulgação apresentam maior alcance e efetividade. Acompanhar mensalmente a evolução do indicador para verificar a consolidação do processo após a implantação.

Por se tratar do primeiro mês de implantação do aplicativo Galileu Saúde, o desempenho abaixo da meta é compatível com a fase inicial de implementação. Esse período foi dedicado à estruturação operacional, capacitação dos Orientadores Digitais e início das ações de divulgação. Recomenda-se acompanhar a evolução do indicador nos próximos meses, quando se espera maior maturidade do processo, ampliação do alcance das ações e incremento da adesão da população ao aplicativo. Essa contextualização é importante para demonstrar que a análise considera o estágio de implantação e permite avaliar a evolução do programa de forma mais representativa.

Plano de Ação para Melhoria:

Intensificar Monitoramento do desempenho: as ações presenciais de divulgação nas Unidades de Saúde. Disponibilizar materiais educativos (cartazes, folders, QR Code e vídeos explicativos) em locais de grande circulação. Acompanhar semanalmente a relação entre pessoas abordadas, downloads realizados e cadastros efetivados. Elaborar painel de acompanhamento por unidade e por Orientador Digital para identificar oportunidades de melhoria.

6. Download do aplicativo						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 5% da base populacional total por mês.						
Meta mensal:	600	downloads/mês (5% da base)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	25				600	4,2%

Análise Crítica:

No primeiro mês de implantação do aplicativo Galileu Saúde foram registrados 25 downloads, correspondendo a 4,2% da meta mensal estabelecida (600 downloads).

Embora o resultado esteja significativamente abaixo da meta contratual, deve-se considerar que julho representou o período de implantação da plataforma. Nessa fase inicial, as ações estiveram voltadas para a organização dos processos, capacitação das equipes, divulgação do aplicativo e início da sensibilização dos usuários, fatores que influenciam diretamente a adesão.

Observa-se, ainda, uma diferença importante entre o número de pessoas alcançadas pelas ações de divulgação (605) e a quantidade de downloads efetivados (25), indicando uma baixa taxa de conversão entre divulgação e adesão. Esse cenário sugere que, além de ampliar o alcance das ações de comunicação, é necessário fortalecer estratégias que facilitem a instalação e o primeiro acesso ao aplicativo.

Entre os possíveis fatores que contribuíram para o resultado destacam-se:

curto período de funcionamento do aplicativo, baixo conhecimento da população sobre os benefícios da ferramenta, dificuldades no processo de instalação ou cadastro, necessidade de maior apoio das equipes durante o download e ativação, resistência inicial ao uso de ferramentas digitais, principalmente entre usuários com menor familiaridade tecnológica.

Por se tratar do primeiro mês de implantação, recomenda-se que a evolução deste indicador seja acompanhada nos meses subsequentes, quando se espera aumento gradual da adesão à medida que o aplicativo se torne mais conhecido e incorporado à rotina assistencial.

Pontos de atenção

Baixa conversão entre pessoas alcançadas pela divulgação e downloads realizados. Necessidade de identificar as principais barreiras para instalação e utilização do aplicativo. Fortalecer o apoio presencial durante o processo de download e cadastro. Monitorar não apenas os downloads, mas também a ativação e o uso efetivo do aplicativo, garantindo que os usuários permaneçam engajados.

Plano de Ação para Melhorias

Intensificar a orientação individual durante os atendimentos nas Unidades de Saúde, auxiliando o usuário na instalação do aplicativo. Disponibilizar QR Codes em locais estratégicos e realizar demonstrações práticas do aplicativo. Oferecer suporte presencial para instalação, cadastro e primeiro acesso ao aplicativo. Sensibilizar os profissionais para incentivar o uso do aplicativo durante consultas, procedimentos e grupos educativos.

Nesse período, é esperado que os indicadores de download apresentem desempenho inferior à meta, em razão da necessidade de divulgação, familiarização dos usuários e fortalecimento dos fluxos de apoio à instalação e ativação. Recomenda-se monitorar a evolução mensal do indicador e, especialmente, a **taxa de conversão entre divulgação, downloads, cadastros e usuários ativos**, permitindo avaliar a efetividade das estratégias implementadas e direcionar ações corretivas de forma mais assertiva.

7. Telediagnóstico por Eletrocardiograma (com equipamento) + IA						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 60 exames de ECG laudados por mês, com priorização por IA.						
Meta mensal:	15	exames laudados/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	84				15	560%

Análise Crítica:

O indicador apresentou desempenho muito acima da meta estabelecida, alcançando 84 exames realizados, o equivalente a 560% da meta mensal de 15 exames.

Considerando que o serviço foi implantado no início do mês de julho, o resultado demonstra uma rápida adesão da equipe assistencial ao novo fluxo de atendimento, além da efetiva incorporação do aplicativo Galileu Saúde na rotina da unidade.

O desempenho evidencia que:

Houve disponibilidade e funcionamento adequado do equipamento de ECG integrado ao aplicativo. A equipe demonstrou boa capacidade de adaptação ao novo processo. O fluxo entre realização do exame, transmissão e emissão do laudo ocorreu de forma satisfatória. O uso da Inteligência Artificial contribuiu para agilizar a priorização e o suporte ao processo diagnóstico.

Apesar do excelente resultado, por se tratar do primeiro mês de implantação, ainda é importante acompanhar a sustentabilidade do indicador, verificando se o volume permanecerá estável nos meses seguintes e identificando possíveis oportunidades de expansão do serviço.

Qualidade - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Julho de 2026**.

Julho						
1. TeleEducação Digital ao Cidadão (conteúdo audiovisual enviado)						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 15.000 ações de teleeducação audiovisual enviadas por mês.						
Meta mensal:	3.750	ações de teleeducação/mês				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	66				3.750	1,8%

Análise Crítica:

No mês de julho foram registradas 66 ações de TeleEducação Digital, correspondendo a 1,8% da meta mensal estabelecida (3.750 ações).

Embora o percentual de atingimento esteja abaixo do esperado, o período caracterizado pela implantação dos fluxos operacionais, treinamento das equipes, divulgação da ferramenta e início do cadastramento dos usuários.

Além disso, a utilização da funcionalidade de TeleEducação depende diretamente de fatores como:

número de pacientes cadastrados no aplicativo, aceite e ativação do aplicativo pelos usuários, conhecimento da população sobre os recursos disponíveis, incentivo da equipe assistencial durante o atendimento, regularidade do envio de conteúdos educativos.

Dessa forma, o desempenho observado é compatível com uma fase inicial de implantação, em que ainda ocorre a construção da base de usuários ativos. Espera-se que, com o aumento do número de pacientes cadastrados e maior divulgação da ferramenta, o indicador apresente crescimento gradual nos meses subsequentes.

Plano de Ação para Melhoria:

Aumentar a adesão e o acesso aos conteúdos educativos. Ampliar o conhecimento da população sobre a ferramenta. Corrigir fatores que limitam o uso da plataforma. Relacionar a adesão ao crescimento do indicador.

2. Produção de conteúdo audiovisual						
Responsável pelo Dado		ASAS				
Meta contratual: 15 novos conteúdos por mês (acervo de base: 450 conteúdos já produzidos).						
Meta mensal:	4	novos conteúdos/mês				
	–	–	Realizado no dia ASAS	Acumulado no mês ASAS	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	4				3	133,3%

Análise Crítica:

No mês de julho foram produzidos 4 novos conteúdos audiovisuais, superando a meta mensal de 3 conteúdos, com um percentual de atingimento de 133,3%.

O resultado demonstra que, mesmo durante o período inicial de implantação do Aplicativo Galileu Saúde, houve capacidade de produção de novos materiais educativos, contribuindo para a atualização contínua do acervo disponibilizado aos usuários.

Além disso, considerando que o contrato já prevê um acervo base de **aproximadamente 450** conteúdos, a produção mensal tem como objetivo manter o conteúdo atualizado, diversificado e alinhado às necessidades da população assistida.

O desempenho obtido indica que o cronograma de produção foi executado de forma satisfatória, garantindo a disponibilização de novos materiais para fortalecer as ações de educação em saúde. Entretanto, é importante assegurar que os conteúdos produzidos estejam alinhados ao perfil epidemiológico da unidade e sejam efetivamente utilizados pelos usuários do aplicativo, de forma que a boa produção reflita também em maior alcance dos indicadores de TeleEducação Digital.

O indicador apresentou desempenho superior à meta prevista, demonstrando que a produção de conteúdos audiovisuais foi satisfatória já no primeiro mês de implantação do Aplicativo Galileu Saúde. Embora o resultado seja positivo, o principal desafio para os próximos meses será transformar essa produção em maior alcance e utilização pelos pacientes, fortalecendo a integração entre a criação dos conteúdos, sua divulgação pelas equipes assistenciais e o aumento do engajamento dos usuários no aplicativo. Dessa forma, será possível potencializar os resultados da estratégia de educação em saúde e contribuir para a melhoria dos demais indicadores relacionados ao uso da plataforma.

3. Telemonitoramento						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 5% da base populacional total por mês, de forma acumulativa. Valor calculado a partir do parâmetro Base Populacional.						
Meta mensal:	750	pacientes monitorados/mês (5% da base, acumulativo)				
	—	—	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	22				750	2,9%

Análise Crítica:

No mês de julho foram realizados 22 tele monitoramentos, representando 2,9% da meta mensal de 750 pacientes monitorados.

Embora o indicador tenha ficado abaixo da meta estabelecida, o resultado deve ser interpretado considerando que a implantação ocorreu no início do mês de julho, caracterizando um período de estruturação do serviço, capacitação das equipes e início da adesão dos usuários ao novo modelo de atendimento.

O telemonitoramento depende diretamente de etapas anteriores, como o cadastro do paciente no aplicativo, a ativação da conta, a aceitação do acompanhamento remoto e a organização do fluxo assistencial. Dessa forma, a baixa produção observada reflete, principalmente, o estágio inicial de implantação da ferramenta, e não necessariamente uma baixa capacidade operacional da equipe.

Além disso, por se tratar de uma meta cumulativa, é esperado que o número de pacientes monitorados aumente gradativamente nos meses seguintes, à medida que a base de usuários cadastrados no aplicativo se amplia e os fluxos de atendimento se consolidam.

Para alcançar a meta contratual, será fundamental fortalecer a captação de pacientes elegíveis, ampliar a adesão ao aplicativo e incorporar o telemonitoramento de forma sistemática à rotina assistencial.

Plano de Ação:

Ampliar a base de usuários aptos ao telemonitoramento. Aumentar o número de pacientes monitorados. Melhorar a adesão ao acompanhamento remoto. Identificar precocemente desvios em relação à meta.

4. Teleorientação						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 3 mensagens por mês por paciente monitorado em trilha de saúde. Valor calculado a partir do parâmetro Pacientes em Trilha.						
Meta mensal:	3	mensagens/mês (por paciente em trilha)				
	—	—	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	66				3	2200,0%

Análise Crítica:

No mês de julho foram registradas 66 mensagens de teleorientação, alcançando um percentual de 2.200% em relação à meta mensal parametrizada, evidenciando desempenho significativamente superior ao previsto.

Entretanto, esse resultado deve ser interpretado com cautela. Como a meta contratual é calculada por paciente inserido em trilha de saúde, e o Aplicativo Galileu Saúde foi implantado no início do mês de julho, a base de pacientes monitorados ainda era reduzida. Assim, o elevado percentual de atingimento reflete, principalmente, o baixo número inicial de pacientes na trilha aliado ao envio de um volume expressivo de mensagens para os usuários já cadastrados.

Sob a perspectiva assistencial, o indicador demonstra que a funcionalidade de teleorientação foi utilizada de forma ativa desde o início da implantação, favorecendo o acompanhamento remoto, o fortalecimento da comunicação com os pacientes e o incentivo à continuidade do cuidado.

Nos próximos meses, com a ampliação da base de pacientes monitorados, espera-se que o número absoluto de mensagens aumente, mantendo-se o equilíbrio entre quantidade, pertinência e qualidade das orientações enviadas.

5. Divulgação do programa e aplicativo						
Responsável pelo Dado		CEJAM - Orientadores Digitais				
Meta contratual: 10% da base populacional por mês.						
Meta mensal:	1.600	pessoas alcançadas/mês (10% da base)				
	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	–	–	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	603				3,0%	37,7%

Análise Crítica:

No mês de julho foram alcançadas 603 pessoas por meio das ações de divulgação do Programa e do Aplicativo Galileu Saúde, correspondendo a 37,7% da meta mensal estabelecida.

Embora o indicador tenha ficado abaixo da meta contratual, o resultado deve ser analisado considerando que o Programa e o Aplicativo Galileu Saúde foram implantados em julho de 2026, caracterizando um período de estruturação das atividades, organização dos fluxos de trabalho e adaptação dos Orientadores Digitais às estratégias de abordagem da população.

Durante o primeiro mês de implantação, as ações estiveram concentradas na apresentação do programa, orientação sobre as funcionalidades do aplicativo e apoio aos primeiros usuários, fatores que naturalmente impactam o volume de pessoas alcançadas. Além disso, houve necessidade de consolidar o processo de trabalho, identificar os melhores locais e horários para abordagem e familiarizar a população com uma ferramenta ainda pouco conhecida.

Apesar de não atingir a meta prevista, o resultado demonstra que as ações de divulgação foram

iniciadas de forma efetiva, contribuindo para a formação da base inicial de usuários do aplicativo. Esse indicador possui influência direta sobre os demais indicadores do programa, uma vez que o aumento da divulgação tende a ampliar o número de cadastros, o acesso aos conteúdos educativos, o telemonitoramento e a teleorientação.

Espera-se que, com a consolidação das rotinas operacionais e o fortalecimento das estratégias de divulgação, o número de pessoas alcançadas apresente crescimento progressivo nos meses seguintes.

Plano de Ação:

Ampliar o número de pessoas informadas sobre o programa e o aplicativo. Aumentar a adesão e reduzir dificuldades no primeiro acesso. Aumentar a visibilidade e divulgação do programa e ampliar o alcance da população.

6. Download do aplicativo						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 5% da base populacional total por mês.						
Meta mensal:	600	downloads/mês (5% da base)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	22				600	3,7%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026 foram registrados 22 downloads do Aplicativo Galileu Saúde, correspondendo a 3,7% da meta mensal estabelecida.

Embora o resultado esteja abaixo da meta contratual, é importante considerar que o aplicativo foi implantado no início de julho de 2026, caracterizando o primeiro mês de operação do serviço. Nesse período, as equipes ainda estavam em fase de adaptação aos novos fluxos de trabalho, capacitação dos profissionais e divulgação da ferramenta junto à população.

O número reduzido de downloads pode estar relacionado a fatores como o baixo conhecimento da população sobre o aplicativo, dificuldades no processo de instalação e cadastro, limitações de acesso à internet ou ao uso de smartphones, além da necessidade de maior incentivo por parte das equipes durante o atendimento.

Cabe destacar que este é um indicador estratégico, pois influencia diretamente o desempenho dos demais indicadores do programa, como Telemonitoramento, Teleorientação e TeleEducação Digital, que dependem da existência de usuários cadastrados e ativos na plataforma.

Dessa forma, o resultado observado é compatível com uma fase inicial de implantação, sendo esperado um crescimento gradual dos downloads à medida que o programa se consolide, as ações de divulgação sejam ampliadas e a população passe a conhecer melhor os benefícios oferecidos pelo Aplicativo Galileu Saúde.

Plano de Ação:

Aumentar a visibilidade do aplicativo e estimular novos downloads. Facilitar o primeiro acesso e reduzir dificuldades de utilização. Facilitar o acesso ao aplicativo. Tornar a divulgação parte da rotina assistencial. Ampliar o alcance da ferramenta junto à população.

7. Telediagnóstico por Eletrocardiograma (com equipamento) + IA						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 60 exames de ECG laudados por mês, com priorização por IA.						
Meta mensal:	15	exames laudados/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	135				15	900,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026 foram realizados 135 exames de eletrocardiograma com emissão de laudo e priorização por Inteligência Artificial, representando 900% de atingimento da meta mensal, resultado significativamente superior ao previsto.

O desempenho demonstra uma excelente incorporação da tecnologia ao fluxo assistencial, mesmo considerando que a implantação do Aplicativo Galileu Saúde ocorreu no início de julho de 2026. A rápida adesão da equipe assistencial ao processo de realização dos exames evidencia que o fluxo operacional foi implementado de forma eficaz e que os profissionais reconheceram a importância da ferramenta para qualificar o atendimento.

Além de superar amplamente a meta, o indicador sugere que houve adequada disponibilidade do equipamento, integração satisfatória entre a plataforma Galileu Saúde e a unidade, além de eficiência na emissão dos laudos com apoio da Inteligência Artificial, contribuindo para maior agilidade na tomada de decisão clínica e redução do tempo de espera para avaliação dos exames.

Apesar do excelente resultado, é importante acompanhar a evolução do indicador nos próximos meses para garantir que o elevado volume de exames seja mantido sem comprometer a qualidade dos registros, a indicação clínica adequada dos pacientes e a estabilidade operacional do sistema.

Qualidade - UBS Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Telespark** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Julho de 2026**.

Julho						
1. TeleEducação Digital ao Cidadão (conteúdo audiovisual enviado)						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 15.000 ações de teleeducação audiovisual enviadas por mês.						
Meta mensal:	3.750	ações de teleeducação/mês				
	—	—	Realizado no dia Galileu	Acumulad o no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	0				3.750	0,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, não foram registradas ações de TeleEducação Digital ao Cidadão, resultando em 0% de atingimento da meta mensal.

Entretanto, esse resultado deve ser analisado considerando que o Aplicativo Galileu Saúde foi implantado no início de julho de 2026, período destinado à estruturação do serviço, configuração da plataforma, capacitação das equipes e início da adesão dos usuários ao aplicativo.

Além disso, a efetivação das ações de teleeducação depende de fatores como a disponibilidade dos conteúdos na plataforma, a parametrização das trilhas de educação em saúde, a existência de uma base de usuários cadastrados e ativos e a operacionalização do envio dos conteúdos. Dessa forma, a ausência de envios pode estar relacionada ao processo de implantação e à necessidade de consolidação dos fluxos operacionais entre a CEJAM e a Galileu.

Por se tratar de um indicador que influencia diretamente o fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, recomenda-se que sua evolução seja acompanhada de forma prioritária nos meses seguintes, garantindo que a funcionalidade seja plenamente disponibilizada e utilizada pela população.

Plano de Ação:

Garantir que o envio de conteúdos esteja habilitado e operacional. Assegurar disponibilidade de materiais educativos. Ampliar a base de usuários aptos a receber conteúdos educativos. Incentivar a utilização da ferramenta durante os atendimentos. Alinhar processos e solucionar pendências operacionais.

2. Produção de conteúdo audiovisual						
Responsável pelo Dado		ASAS				
Meta contratual: 15 novos conteúdos por mês (acervo de base: 450 conteúdos já produzidos).						
Meta mensal:	4	novos conteúdos/mês				
	–	–	Realizado no dia ASAS	Acumulad o no mês ASAS	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	4				3	133,3%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, foram produzidos 4 novos conteúdos audiovisuais, superando a meta mensal estabelecida de 3 conteúdos, com um percentual de 133,3% de atingimento.

O resultado demonstra que, mesmo durante o primeiro mês de implantação do Programa e do Aplicativo Galileu Saúde, a produção de conteúdos ocorreu de forma satisfatória, assegurando a atualização contínua do acervo disponibilizado aos usuários. Esse desempenho evidencia que o cronograma de produção foi executado conforme o planejado e que houve capacidade operacional para atender à demanda inicial do projeto.

Entretanto, considerando que o indicador de TeleEducação Digital ao Cidadão apresentou baixa ou nenhuma utilização no mesmo período, observa-se que a produção dos conteúdos, embora satisfatória, ainda não se refletiu no envio e no consumo efetivo pelos usuários. Dessa forma, o principal desafio não está na criação dos materiais, mas na integração entre a produção, a disponibilização na plataforma e a utilização pelos pacientes.

Nos próximos meses, recomenda-se acompanhar não apenas o volume de conteúdos produzidos, mas também indicadores relacionados ao seu alcance, visualização e impacto, garantindo que os materiais contribuam efetivamente para as ações de promoção da saúde e educação em saúde.

3. Telemonitoramento						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 5% da base populacional total por mês, de forma acumulativa. Valor calculado a partir do parâmetro Base Populacional.						
Meta mensal:	750	pacientes monitorados/mês (5% da base, acumulativo)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulad o no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	0				750	0,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, não foram registrados pacientes incluídos no programa de Telemonitoramento, resultando em 0% de atingimento da meta mensal.

O resultado deve ser analisado considerando o contexto da implantação do Aplicativo Galileu Saúde, iniciada em julho de 2026, período em que os processos assistenciais e operacionais ainda estavam sendo estruturados. Além disso, a inclusão de pacientes no telemonitoramento depende diretamente

da divulgação do aplicativo, da realização do cadastro dos usuários e da adesão da população ao serviço.

Outro fator relevante que impactou diretamente o desempenho do indicador foi a ausência do Orientador de Público da UBS Telespark a partir de 13/07/2026, profissional responsável pela divulgação do aplicativo e pelo apoio aos pacientes na instalação e no cadastro. A interrupção dessa atividade comprometeu significativamente a captação de novos usuários e, consequentemente, a inclusão de pacientes nas trilhas de telemonitoramento.

Dessa forma, o não atingimento da meta não está relacionado exclusivamente ao desempenho da plataforma, mas também a fatores operacionais ocorridos durante o período de implantação. Espera-se que, com a recomposição da equipe responsável pela divulgação e a consolidação do fluxo de trabalho, haja evolução progressiva do indicador nos meses subsequentes.

Com a normalização da equipe responsável pela divulgação, o fortalecimento das estratégias de captação e a consolidação dos fluxos assistenciais, espera-se um aumento gradual do número de pacientes monitorados nos próximos meses, favorecendo o alcance da meta contratual e ampliando o acompanhamento remoto da população cadastrada.

Plano de Ação:

Restabelecer as atividades de divulgação e apoio aos usuários. Ampliar o número de usuários cadastrados e aptos ao telemonitoramento. Padronizar o fluxo e evitar perda de oportunidades de monitoramento. Contratação de um novo Orientador de Público. Direcionar ações para reduzir barreiras e ampliar a participação dos usuários.

4. Teleorientação						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 3 mensagens por mês por paciente monitorado em trilha de saúde. Valor calculado a partir do parâmetro Pacientes em Trilha.						
Meta mensal:	3	mensagens/mês (por paciente em trilha)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulad o no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	0				3	0,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, não foram registradas ações de Teleorientação, resultando em 0% de atingimento da meta mensal.

Esse resultado deve ser analisado considerando que o Aplicativo Galileu Saúde foi implantado no início de julho de 2026, período em que os fluxos operacionais ainda estavam em fase de implantação e adaptação pelas equipes.

Além disso, a Teleorientação é um indicador diretamente dependente do Telemonitoramento, uma vez que o envio das mensagens ocorre para pacientes previamente inseridos nas trilhas de saúde. Como não houve pacientes monitorados no período, não foi possível realizar o envio das orientações previstas, impactando diretamente o desempenho deste indicador.

Outro fator que contribuiu para esse resultado foi a ausência do Orientador de Público da UBS Telespark, que ficaria responsável pela divulgação do aplicativo e apoio ao cadastro dos usuários. Essa situação reduziu a adesão ao aplicativo e dificultou a formação da base de pacientes aptos ao telemonitoramento e, conseqüentemente, à teleorientação.

Portanto, o não atingimento da meta está relacionado principalmente ao estágio inicial de implantação do programa e às limitações operacionais ocorridas durante o período, não refletindo, isoladamente, falhas na funcionalidade da plataforma.

Plano de Ação:

Retomar as ações de divulgação e captação de usuário quando houver um novo orientador de público. Formar a base necessária para realização da teleorientação. Garantir o funcionamento adequado da funcionalidade. Mensurar a efetividade da comunicação com os pacientes.

5. Divulgação do programa e aplicativo						
Responsável pelo Dado		CEJAM - Orientadores Digitais				
Meta contratual: 10% da base populacional por mês.						
Meta mensal:	1.600	pessoas alcançadas/mês (10% da base)				
	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	–	–	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	33				1.600	2,1%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, foram alcançadas 33 pessoas por meio das ações de divulgação do Programa e do Aplicativo Galileu Saúde, correspondendo a 2,1% da meta mensal.

O desempenho observado deve ser analisado considerando que a implantação do Programa Galileu Saúde ocorreu no início de julho de 2026, período em que os processos de trabalho ainda estavam sendo estruturados, as equipes encontravam-se em fase de adaptação e as ações de divulgação estavam em fase inicial de execução.

Além disso, um fator que impactou significativamente o resultado foi a ausência do Orientador de Público da unidade UBS Telespark a partir de 13/07/2026. Como esse profissional é responsável por orientar os usuários, divulgar o aplicativo e apoiar o processo de instalação e cadastro, sua ausência reduziu a capacidade operacional da unidade para realizar abordagens e ampliar o alcance da população.

Dessa forma, o baixo desempenho do indicador não reflete apenas a fase inicial de implantação do programa, mas também uma limitação operacional que comprometeu diretamente as ações de divulgação durante parte do mês.

Considerando que a divulgação é um indicador estruturante, seu desempenho influencia diretamente os resultados de downloads do aplicativo, telemonitoramento, teleorientação e teleeducação, uma vez que esses serviços dependem da adesão dos usuários à **plataforma. Assim, o fortalecimento das**

estratégias de divulgação será essencial para a evolução dos demais indicadores nos próximos meses.

Plano de Ação:

Restabelecer a capacidade de divulgação do programa e do aplicativo. Aumentar o número de pessoas alcançadas diariamente. Tornar a divulgação uma ação integrada entre as equipes. Monitorar o desempenho do orientador de público e implementar ações corretivas rapidamente. Acompanhar de forma contínua a evolução das ações e promover melhoria.

6. Download do aplicativo						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 5% da base populacional total por mês.						
Meta mensal:	600	downloads/mês (5% da base)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulad o no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	0				600	0,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, não foram registrados downloads do Aplicativo Galileu Saúde, resultando em 0% de atingimento da meta mensal.

O resultado deve ser analisado considerando que o Programa Galileu Saúde foi implantado no início de julho de 2026, período destinado à estruturação dos fluxos operacionais, capacitação das equipes e início das ações de divulgação junto à população.

Além disso, um fator relevante que impactou diretamente esse indicador foi a ausência do Orientador desde 13/07/2026. Como esse profissional desempenha papel fundamental na apresentação do aplicativo, orientação aos usuários e apoio durante o processo de instalação e cadastro, sua ausência reduziu significativamente as oportunidades de adesão ao aplicativo.

Outro aspecto importante é que o indicador de Divulgação do Programa e Aplicativo também apresentou baixo desempenho no período, demonstrando que o alcance da população foi limitado. Consequentemente, a baixa divulgação refletiu diretamente na ausência de downloads, evidenciando a relação de dependência entre esses indicadores.

Portanto, o resultado observado decorre principalmente do contexto de implantação do programa e das limitações operacionais enfrentadas durante o mês, não sendo suficiente para avaliar o potencial de utilização do aplicativo após a consolidação das equipes e dos processos.

Plano de Ação:

Restabelecer as ações de divulgação e apoio aos usuários. Ampliar o conhecimento da população sobre a ferramenta focar nos benefícios que o aplicativo pode trazer ao usuário. Tornar a divulgação parte da rotina assistencial. Facilitar o acesso ao aplicativo e estimular os downloads. Avaliar a evolução dos indicadores e definir estratégias de melhoria.

7. Telediagnóstico por Eletrocardiograma (com equipamento) + IA						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 60 exames de ECG laudados por mês, com priorização por IA.						
Meta mensal:	15	exames laudados/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulad o no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	75				15	500%

Análise Crítica:

O resultado é bastante expressivo, sobretudo por se tratar do primeiro mês de implantação do Programa Galileu Saúde. O indicador demonstra que a equipe assistencial incorporou rapidamente o fluxo de realização do eletrocardiograma com telediagnóstico, permitindo a utilização efetiva da tecnologia desde o início da operação.

O elevado número de exames realizados indica que houve adequada integração entre o equipamento de ECG, a plataforma Galileu Saúde e o fluxo assistencial da unidade, favorecendo a emissão ágil dos laudos e contribuindo para maior rapidez na avaliação clínica dos pacientes.

Além do cumprimento da meta, o indicador evidencia boa adesão dos profissionais ao serviço de telediagnóstico, o que representa um importante avanço na qualificação da assistência, especialmente em situações que demandam avaliação cardiológica rápida.

Entretanto, diante do desempenho muito acima da meta, recomenda-se acompanhar continuamente a utilização da ferramenta para assegurar que os exames estejam sendo solicitados conforme critérios clínicos bem definidos, evitando solicitações desnecessárias e garantindo o uso racional dos recursos disponíveis.

Também é importante monitorar indicadores complementares, como o tempo entre a realização do exame e a emissão do laudo, a disponibilidade do sistema, a qualidade dos registros e o impacto do telediagnóstico na tomada de decisão clínica

Qualidade - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Julho de 2026**.

Julho						
1. TeleEducação Digital ao Cidadão (conteúdo audiovisual enviado)						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 15.000 ações de teleeducação audiovisual enviadas por mês.						
Meta mensal:	3.750	ações de teleeducação/mês				
	—	—	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	171				3.750	4,6%

Análise Crítica:

Embora o indicador permaneça abaixo da meta contratual, observa-se que houve o início do envio de conteúdos audiovisuais aos usuários, demonstrando que a funcionalidade de TeleEducação passou a ser utilizada e encontra-se operacional.

É importante considerar que a efetividade desse indicador depende diretamente do número de usuários cadastrados e ativos no Aplicativo Galileu Saúde, bem como da adesão da população às funcionalidades da plataforma. Dessa forma, o desempenho ainda reduzido pode estar relacionado ao número limitado de pacientes cadastrados, ao baixo volume de downloads do aplicativo e ao fato de o programa estar em fase de consolidação.

Além disso, a TeleEducação possui forte dependência dos indicadores de Divulgação do Programa, Download do Aplicativo e Telemonitoramento, pois somente usuários cadastrados e ativos podem receber os conteúdos educativos. Assim, o desempenho abaixo da meta evidencia a necessidade de fortalecer a captação de usuários e ampliar o alcance do aplicativo.

Apesar de a meta não ter sido atingida, o registro de 171 envios representa um avanço em relação ao início da implantação, indicando evolução na utilização da ferramenta e potencial de crescimento à medida que a base de usuários ativos aumentar.

Plano de Ação:

Aumentar a base de usuários aptos a receber conteúdos educativos. Facilitar o acesso às funcionalidades da plataforma. Ampliar automaticamente o alcance das ações de TeleEducação. Aumentar meios de divulgação, cartazes em consultório e corredores da UBS em murais informativos enfatizando as vantagens do aplicativo para os pacientes, folders e cartazes com QR code e código de cadastro do aplicativo com fácil acesso.

2. Produção de conteúdo audiovisual						
Responsável pelo Dado		ASAS				
Meta contratual: 15 novos conteúdos por mês (acervo de base: 450 conteúdos já produzidos).						
Meta mensal:	4	novos conteúdos/mês				
	–	–	Realizado no dia ASAS	Acumulado no mês ASAS	Meta mensa I	% Atingido
TOTAL DO MÊS	4				4	100%

Análise Crítica:

O resultado demonstra que o processo de produção de conteúdos ocorreu conforme o planejamento, garantindo a atualização contínua do acervo disponibilizado na plataforma Galileu Saúde. O cumprimento integral da meta evidencia organização do cronograma de produção e capacidade operacional da equipe responsável.

A produção contínua de conteúdos é fundamental para manter a plataforma atualizada e oferecer informações relevantes à população, especialmente em temas relacionados à promoção da saúde, prevenção de doenças e autocuidado.

Entretanto, o alcance deste indicador deve ser analisado em conjunto com os indicadores de TeleEducação Digital ao Cidadão, Downloads do Aplicativo e Telemonitoramento. A produção dos conteúdos, por si só, não garante impacto assistencial; é necessário que os materiais sejam efetivamente disponibilizados, enviados e acessados pelos usuários do aplicativo.

Assim, embora a meta de produção tenha sido integralmente cumprida, o principal desafio permanece na ampliação da utilização desses conteúdos pela população cadastrada na plataforma.

O indicador apresentou 100% de atingimento da meta, demonstrando que a produção de conteúdos audiovisuais está ocorrendo conforme o planejado e garantindo a atualização do acervo da plataforma Galileu Saúde.

Para os próximos ciclos de monitoramento, recomenda-se direcionar os esforços para ampliar o alcance e a utilização dos conteúdos produzidos, fortalecendo a integração entre a produção audiovisual, a TeleEducação Digital e as estratégias de divulgação do aplicativo. Dessa forma, será possível transformar a boa performance na produção de conteúdos em maior impacto na educação em saúde e no engajamento dos usuários.

3. Telemonitoramento						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 5% da base populacional total por mês, de forma acumulativa. Valor calculado a partir do parâmetro Base Populacional.						
Meta mensal:	750	pacientes monitorados/mês (5% da base, acumulativo)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensa l	% Atingido
TOTAL DO MÊS	57				750	7,6%

Análise Crítica:

Embora o indicador permaneça abaixo da meta contratual, observa-se que houve a inclusão de pacientes nas trilhas de monitoramento, demonstrando que o serviço está operacional e em processo de expansão.

O desempenho deve ser analisado considerando que o telemonitoramento depende diretamente de uma cadeia de processos, incluindo a divulgação do Programa Galileu Saúde, o download e ativação do aplicativo, o cadastro dos usuários e a identificação de pacientes elegíveis para inclusão nas trilhas de cuidado. Dessa forma, o crescimento do indicador está diretamente relacionado ao aumento da adesão da população ao aplicativo.

O resultado evidencia evolução em relação ao período inicial de implantação, porém ainda indica a necessidade de ampliar a captação de usuários para que o telemonitoramento alcance maior abrangência. Além disso, por se tratar de uma meta acumulativa, espera-se crescimento progressivo do número de pacientes monitorados à medida que novos usuários são incorporados à plataforma.

Para os próximos meses, será importante fortalecer a integração entre as equipes assistenciais, os orientadores digitais e a plataforma Galileu, visando ampliar o número de pacientes acompanhados e consolidar o telemonitoramento como estratégia de cuidado contínuo.

Plano de Ação:

Aumentar o número de usuários cadastrados e elegíveis ao telemonitoramento. Ampliar a inclusão de usuários nas trilhas de monitoramento. Padronizar o fluxo de encaminhamento para o telemonitoramento. Desenvolver estratégias para retenção dos pacientes no programa. Estimular o engajamento e fortalecer a cultura de acompanhamento remoto.

4. Teleorientação						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 3 mensagens por mês por paciente monitorado em trilha de saúde. Valor calculado a partir do parâmetro Pacientes em Trilha.						
Meta mensal:	3	mensagens/mês (por paciente em trilha)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensa l	% Atingido
TOTAL DO MÊS	171				3	5700%

Análise Crítica:

O resultado demonstra excelente desempenho na utilização da funcionalidade de Teleorientação, evidenciando que os pacientes inseridos nas trilhas de saúde receberam acompanhamento remoto por meio do envio de mensagens educativas e orientações relacionadas ao cuidado em saúde.

Entretanto, esse percentual deve ser interpretado considerando a metodologia de cálculo do indicador. A meta contratual prevê o envio de 3 mensagens por paciente monitorado, enquanto o percentual apresentado compara o número absoluto de mensagens enviadas com esse parâmetro. Dessa forma, o elevado percentual não significa necessariamente que a cobertura populacional tenha sido ampliada, mas sim que houve um volume expressivo de mensagens direcionadas aos pacientes já inseridos nas trilhas de monitoramento.

Além disso, o resultado está diretamente relacionado à evolução do indicador de Telemonitoramento, que passou a registrar pacientes acompanhados. Isso demonstra que, à medida que a base de pacientes monitorados cresce, as ações de Teleorientação passam a ocorrer de forma mais consistente, fortalecendo o acompanhamento remoto e a continuidade do cuidado.

Para os próximos meses, o desafio será manter a regularidade e a qualidade das mensagens enviadas, ampliando simultaneamente o número de pacientes monitorados para que a Teleorientação alcance um número cada vez maior de usuários.

Plano de Ação:

Facilitar o acesso ao aplicativo e aumentar a quantidade de ferramentas que reforcem e auxiliem o orientador na divulgação do aplicativo. Aumentar o número de pessoas alcançadas diariamente. Facilitar a adesão ao aplicativo. Monitorar a produtividade e permitir ajustes rápidos nas estratégias. Tornar a divulgação uma responsabilidade compartilhada pela equipe.

5. Divulgação do programa e aplicativo						
Responsável pelo Dado		CEJAM - Orientadores Digitais				
Meta contratual: 10% da base populacional por mês.						
Meta mensal:	1.600	pessoas alcançadas/mês (10% da base)				
	Realizado no dia CEJAM	Acumulad o no mês CEJAM	–	–	Meta mensa l	% Atingido
TOTAL DO MÊS	606				1.600	37,9%

Análise Crítica:

No mês de julho, foram alcançadas 606 pessoas por meio das ações de divulgação do Programa e do aplicativo Galileu Saúde, frente à meta mensal de 1.600 pessoas, correspondendo a 37,9% de atingimento.

O desempenho observado ficou abaixo da meta contratual. Entretanto, esse resultado deve ser analisado considerando que julho correspondeu ao primeiro mês de implantação do aplicativo, período em que as ações estiveram voltadas à organização do processo de trabalho, capacitação dos Orientadores Digitais, estruturação dos fluxos operacionais e início das atividades de sensibilização da população.

É esperado que, em uma fase inicial, o alcance da divulgação seja gradual, uma vez que a adesão da população depende do fortalecimento das estratégias de comunicação, da atuação contínua dos Orientadores Digitais e do envolvimento das equipes das unidades de saúde.

Apesar do cenário de implantação justificar parcialmente o resultado, é necessário ampliar as ações de divulgação para aumentar o conhecimento da população sobre os benefícios do aplicativo e favorecer o crescimento do número de usuários cadastrados e ativos nos próximos meses.

Plano de Ação:

Intensificar a atuação dos Orientadores Digitais nas recepções, salas de espera e áreas de circulação das unidades de saúde. Realizar demonstrações práticas do aplicativo durante os atendimentos, auxiliando os pacientes na instalação e no primeiro acesso e focando nos benefícios para os usuários. Disponibilizar cartazes, banners, QR Codes e materiais informativos nas unidades de saúde e canais oficiais de comunicação. Sensibilizar médicos, enfermeiros e demais profissionais para orientar os pacientes sobre os benefícios do aplicativo durante os atendimentos. Acompanhar semanalmente o número de pessoas alcançadas por unidade e readequar as estratégias conforme os resultados obtidos.

6. Download do aplicativo						
Responsável pelo Dado		Galileu				
Meta contratual: 5% da base populacional total por mês.						
Meta mensal:	600	downloads/mês (5% da base)				
	–	–	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	57				600	9,5%

Análise Crítica:

No mês de julho, primeiro mês de implantação do aplicativo Galileu Saúde, foram registrados 57 downloads, frente à meta mensal de 600 downloads, correspondendo a 9,5% de atingimento.

O resultado demonstra que a meta contratual não foi alcançada, evidenciando baixa adesão inicial da população ao aplicativo. Contudo, esse desempenho deve ser analisado considerando que o período corresponde à fase de implantação da ferramenta, quando as ações estiveram voltadas à organização do serviço, capacitação das equipes e início das estratégias de divulgação.

Além disso, a decisão do usuário em realizar o download depende de fatores como conhecimento sobre o aplicativo, percepção de utilidade, facilidade de instalação, acesso à internet e incentivo recebido durante os atendimentos. Dessa forma, o baixo número de downloads pode refletir o curto período de exposição da população às ações de divulgação, e não necessariamente a efetividade da ferramenta.

Para os próximos meses, será fundamental fortalecer as estratégias de comunicação e ampliar o apoio das equipes assistenciais e dos Orientadores Digitais, visando aumentar o número de usuários cadastrados e consolidar a utilização do aplicativo como ferramenta de acesso aos serviços de saúde.

Plano de Ação:

Intensificar a divulgação do aplicativo em todas as unidades de saúde, utilizando cartazes, banners, QR Codes e materiais informativos. Utilizar redes sociais institucionais, site da Prefeitura, WhatsApp institucional e campanhas educativas para divulgar os benefícios do Galileu Saúde. Aproveitar campanhas de vacinação, prevenção e eventos comunitários para promover o aplicativo e estimular os downloads. Monitorar a relação entre pessoas abordadas, downloads realizados e usuários ativos, permitindo avaliar a efetividade das ações de divulgação.

7. Telediagnóstico por Eletrocardiograma (com equipamento) + IA						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 60 exames de ECG laudados por mês, com priorização por IA.						
Meta mensal:	15	exames laudados/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulad o no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensa l	% Atingido
TOTAL DO MÊS	137				15	913,3%

Análise Crítica:

No mês de julho, foram realizados 137 exames de eletrocardiograma (ECG) com emissão de laudo e priorização por Inteligência Artificial, frente à meta mensal de 15 exames, correspondendo a 913,3% de atingimento.

O resultado demonstra desempenho amplamente superior à meta estabelecida, evidenciando a rápida incorporação da tecnologia pelas equipes e a efetiva utilização do serviço de telediagnóstico desde o início de sua implantação. O elevado número de exames realizados sugere boa adesão dos profissionais ao fluxo assistencial e adequada disponibilidade da infraestrutura tecnológica para execução dos exames e emissão dos laudos.

Embora o desempenho seja extremamente positivo, recomenda-se avaliar se a meta contratual permanece compatível com a demanda real da rede assistencial. O volume expressivo de exames pode indicar que a meta foi subdimensionada ou que houve uma demanda reprimida absorvida logo no início da implantação do serviço.

Além do monitoramento quantitativo, é importante acompanhar indicadores relacionados ao tempo de emissão dos laudos, à qualidade dos diagnósticos, à disponibilidade dos equipamentos, ao desempenho da Inteligência Artificial na priorização dos casos e ao impacto do serviço na redução do tempo de atendimento e encaminhamento dos pacientes.

Indicadores de Produção

UBS Alto da Ponte

Julho						
1. Teleconsulta com especialista — Cardiologia e Endócrinologia (consultas)						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 112 horas/mês (3 consultas/hora) - 336 consultas/mês de teleconsulta especializada						
Meta mensal:	84	consultas/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	0				84	0,00%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, não foram realizadas teleconsultas especializadas em Cardiologia e Endocrinologia, resultando em 0 consultas realizadas, frente à meta mensal de 84 consultas, correspondendo a 0% de atingimento.

O resultado observado está diretamente relacionado ao cronograma de implantação do Programa Galileu Saúde, uma vez que as teleconsultas das especialidades de Cardiologia e Endocrinologia tiveram início somente em agosto de 2026. Dessa forma, durante o mês de julho não havia oferta assistencial dessas especialidades, motivo pelo qual não houve produção registrada.

No período, as atividades estiveram concentradas na implantação do serviço, incluindo definição dos fluxos assistenciais, parametrização da plataforma, organização das agendas médicas, adequação da infraestrutura das unidades e capacitação das equipes envolvidas.

Assim, o resultado de julho não reflete falha na execução do serviço, mas sim o período preparatório necessário para o início da operação. A expectativa é que, a partir de agosto, com o início efetivo dos atendimentos, haja evolução da produção e monitoramento do cumprimento da meta contratual.

2. Teleconsulta com médico especializado em saúde da família e comunidade - ESF						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 100 horas/mês de teleconsulta/teleinterconsulta com especialistas (sem ônus adicional). Lance horas realizadas por dia.						
Meta mensal:	25	horas/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	49				25	196,00%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, foram realizadas 49 horas de teleconsulta/teleinterconsulta com médico especialista em Saúde da Família e Comunidade, frente à meta mensal de 25 horas, alcançando 196,0% de atingimento.

O resultado demonstra desempenho significativamente superior à meta contratual, evidenciando a efetiva implantação do serviço e a boa adesão das equipes assistenciais à modalidade de teleconsulta. O volume de horas realizadas indica que a ferramenta foi incorporada ao processo de trabalho, contribuindo para ampliar o suporte clínico às equipes da Atenção Primária à Saúde e fortalecer a resolutividade dos casos acompanhados nas unidades.

O desempenho também sugere que houve adequada organização das agendas e disponibilidade da equipe médica especializada, permitindo superar a meta estabelecida já no primeiro mês de funcionamento. Esse resultado reforça o potencial da teleconsulta como estratégia para qualificar o cuidado, otimizar o acesso à orientação especializada e apoiar a tomada de decisão clínica, reduzindo encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção.

Apesar do excelente desempenho quantitativo, recomenda-se monitorar indicadores complementares relacionados à qualidade do serviço, como taxa de ocupação das agendas, tempo de resposta, resolutividade das teleconsultas, satisfação dos profissionais e impacto na redução de encaminhamentos presenciais. Além disso, considerando que o volume realizado foi quase o dobro da meta contratual, é importante acompanhar a sustentabilidade dessa produção ao longo dos próximos meses e avaliar, futuramente, a adequação da meta em relação à demanda real da rede assistencial.

Indicadores de Produção

UBS Altos de Santana

Julho						
1. Teleconsulta com especialista — Cardiologia e Endócrinologia (consultas)						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 112 horas/mês (3 consultas/hora) - 336 consultas/mês de teleconsulta especializada						
Meta mensal:	84	consultas/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	0				84	0,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, não foram registradas teleconsultas nas especialidades de Cardiologia e Endocrinologia na UBS Altos de Santana. Diante da meta mensal estabelecida de 84 consultas, o resultado corresponde a 0% de atingimento.

O resultado está relacionado ao fato de o serviço ainda se encontrar em fase de implantação no período analisado, com atividades preparatórias voltadas à organização dos fluxos assistenciais, definição e abertura das agendas, cadastramento dos profissionais, divulgação do serviço e alinhamento das equipes envolvidas.

Para os meses seguintes, a unidade irá acompanhar a efetiva disponibilização das agendas, a ocupação das vagas e o comparecimento dos pacientes, além de reforçar a divulgação junto às equipes da Atenção Primária, visando ampliar os encaminhamentos e alcançar progressivamente a meta estabelecida.

2. Teleconsulta com médico especializado em saúde da família e comunidade - ESF						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 100 horas/mês de teleconsulta/teleinterconsulta com especialistas (sem ônus adicional). Lance horas realizadas por dia.						
Meta mensal:	25	horas/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	24				25	96%

Análise Crítica:

No período avaliado, foram realizadas 24 horas de teleconsulta/tele interconsulta com médico especialista em Saúde da Família e Comunidade, frente à meta mensal de 25 horas, correspondendo a 96% de atingimento.

O indicador apresentou desempenho satisfatório, atingindo praticamente a totalidade da meta estabelecida. O resultado demonstra a efetiva utilização da teleconsulta como ferramenta de apoio às equipes da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para o fortalecimento da assistência, ampliação da resolutividade dos casos e qualificação do cuidado prestado aos usuários.

A pequena diferença de uma hora em relação à meta pode estar relacionada a fatores operacionais, como ajustes de agenda, cancelamentos de atendimentos, indisponibilidade pontual de pacientes ou adequações decorrentes da implantação e organização do serviço. Trata-se de uma variação pouco significativa, que não compromete o desempenho geral do indicador.

Para os próximos meses, recomenda-se manter o monitoramento contínuo da ocupação das agendas, da regularidade das teleconsultas e da demanda das unidades de saúde, visando alcançar e manter o cumprimento integral da meta contratual. Além disso, é importante acompanhar indicadores qualitativos, como tempo de resposta, resolutividade dos atendimentos, satisfação dos profissionais e impacto na redução de encaminhamentos presenciais, assegurando a qualidade e a efetividade da estratégia de teleassistência.

Indicadores de Produção

UBS Telespark

Julho						
1. Teleconsulta com especialista — Cardiologia e Endócrinologia (consultas)						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 112 horas/mês (3 consultas/hora) - 336 consultas/mês de teleconsulta especializada						
Meta mensal:	84	consultas/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	0				84	0,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, não foram realizadas teleconsultas nas especialidades de Cardiologia e Endocrinologia, resultando em 0 consultas, frente à meta mensal de 84 consultas, correspondendo a 0,0% de atingimento.

Entretanto, este resultado está diretamente relacionado ao cronograma de implantação do serviço. As teleconsultas dessas especialidades iniciaram suas atividades somente em agosto de 2026, razão pela qual não houve oferta assistencial durante o mês de julho. Nesse período, as ações estiveram voltadas à estruturação do serviço, incluindo a definição dos fluxos operacionais, configuração da plataforma, organização das agendas médicas, adequação da infraestrutura das unidades e alinhamento das equipes assistenciais.

Dessa forma, o não atingimento da meta em julho não decorre de falha na execução do contrato, mas sim da inexistência de produção assistencial antes do início oficial da operação. A avaliação deste indicador deve considerar o cronograma de implantação previsto para o serviço, sendo esperado que a produção passe a ser monitorada a partir de agosto de 2026.

Para os meses subsequentes, recomenda-se acompanhar, além do quantitativo de consultas realizadas, a taxa de ocupação das agendas, o absenteísmo dos pacientes, o tempo de espera para atendimento e a resolutividade das teleconsultas, assegurando o cumprimento das metas contratuais e a qualidade da assistência prestada.

2. Teleconsulta com médico especializado em saúde da família e comunidade - ESF						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 100 horas/mês de teleconsulta/teleinterconsulta com especialistas (sem ônus adicional). Lance horas realizadas por dia.						
Meta mensal:	25	horas/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	18				25	72,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, foram realizadas 18 horas de teleconsulta/teleinterconsulta com médico especialista em Saúde da Família e Comunidade, frente à meta mensal de 25 horas, correspondendo a 72,0% de atingimento.

O indicador apresentou desempenho abaixo da meta estabelecida, porém demonstra que o serviço já se encontrava em funcionamento e em processo de consolidação. O resultado pode estar relacionado ao período inicial de organização das agendas, à adaptação dos fluxos de encaminhamento pelas equipes da Atenção Primária e à utilização gradual da teleconsulta como ferramenta de apoio assistencial.

Outro fator que pode ter influenciado o desempenho foi a ocupação parcial das agendas disponíveis, decorrente da necessidade de maior divulgação do serviço entre os profissionais, da identificação dos pacientes elegíveis e do processo de incorporação da telemedicina à rotina das unidades de saúde.

Embora a meta não tenha sido integralmente atingida, o percentual alcançado demonstra boa adesão inicial ao serviço e evidencia potencial de crescimento à medida que os fluxos assistenciais forem consolidados e as equipes ampliarem a utilização da teleconsulta como apoio à assistência.

Recomenda-se intensificar a divulgação do serviço junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, monitorar continuamente a ocupação das agendas, os motivos de cancelamentos e o absenteísmo, além de acompanhar indicadores de qualidade, como resolutividade das teleconsultas, tempo de resposta e satisfação dos profissionais. Essas ações contribuirão para otimizar a utilização da capacidade instalada e favorecer o alcance da meta contratual nos próximos meses.

Indicadores de Produção

UBS Santana

Julho						
1. Teleconsulta com especialista — Cardiologia e Endócrinologia (consultas)						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 112 horas/mês (3 consultas/hora) - 336 consultas/mês de teleconsulta especializada						
Meta mensal:	84	consultas/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	0				84	0,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, não foram realizadas teleconsultas nas especialidades de Cardiologia e Endocrinologia, resultando em 0 consultas realizadas, frente à meta mensal de 84 consultas, correspondendo a 0,0% de atingimento.

Entretanto, o resultado deve ser analisado à luz do cronograma de implantação do Programa Galileu Saúde, uma vez que as teleconsultas de Cardiologia e Endocrinologia iniciaram suas atividades somente em agosto de 2026. Assim, durante o mês de julho não havia oferta assistencial dessas especialidades, sendo o período destinado à estruturação do serviço, incluindo a organização das agendas médicas, definição dos fluxos assistenciais, configuração da plataforma tecnológica e alinhamento operacional das equipes.

Dessa forma, o não atingimento da meta em julho não representa falha na execução do serviço, mas sim reflete o período anterior ao início da operação. Para os próximos meses, recomenda-se acompanhar indicadores como número de consultas realizadas, taxa de ocupação das agendas, absenteísmo, tempo de espera para atendimento e resolutividade das teleconsultas, permitindo avaliar a evolução da produção e a efetividade da implantação do serviço especializado.

2. Teleconsulta com médico especializado em saúde da família e comunidade - ESF						
Responsável pelo Dado		CEJAM e Galileu				
Meta contratual: 100 horas/mês de teleconsulta/teleinterconsulta com especialistas (sem ônus adicional). Lance horas realizadas por dia.						
Meta mensal:	25	horas/mês				
Data	Realizado no dia CEJAM	Acumulado no mês CEJAM	Realizado no dia Galileu	Acumulado no mês Galileu	Meta mensal	% Atingido
TOTAL DO MÊS	12				25	48,0%

Análise Crítica:

No mês de julho de 2026, foram realizadas 12 horas de teleconsulta/teleinterconsulta com médico especialista em Saúde da Família e Comunidade, frente à meta mensal de 25 horas, correspondendo a 48,0% de atingimento.

O indicador apresentou desempenho inferior à meta estabelecida, refletindo um período de implantação e consolidação do serviço de teleconsulta. O resultado pode ser atribuído à fase inicial de adaptação dos fluxos assistenciais, à organização das agendas, ao processo de integração entre as equipes da Atenção Primária e o especialista, bem como à incorporação gradual da teleinterconsulta na rotina das unidades de saúde.

Outro fator que pode ter influenciado o desempenho foi a baixa utilização da capacidade disponível, decorrente do número reduzido de encaminhamentos, do desconhecimento inicial da ferramenta pelos profissionais e da necessidade de fortalecimento da cultura de utilização da telemedicina como apoio à assistência.

Embora a meta não tenha sido atingida, a produção registrada demonstra o início da utilização do serviço e fornece subsídios para o aprimoramento dos processos assistenciais. A expectativa é que, com a consolidação do fluxo operacional, maior divulgação entre as equipes e monitoramento sistemático das agendas, haja crescimento progressivo da utilização da teleconsulta, permitindo o alcance da meta contratual nos meses subsequentes.

Recomenda-se acompanhar continuamente indicadores complementares, como taxa de ocupação das agendas, número de encaminhamentos realizados, absenteísmo, tempo de resposta e resolutividade das teleconsultas, permitindo identificar oportunidades de melhoria e fortalecer a

integração entre a Atenção Primária e o especialista. Essas ações contribuirão para ampliar a utilização do serviço, otimizar a assistência aos usuários e melhorar o desempenho do indicador.

Plano de Ação:

Registrar e acompanhar e garantir que estão fazendo as correções das falhas e a estabilidade do sistema. Promover capacitações e atualizações periódicas sobre o fluxo de atendimento e utilização da plataforma, incluindo orientações para situações de contingência. Implantar rotina de acompanhamento semanal dos indicadores de produção e dos registros de intercorrências, permitindo a identificação precoce de falhas e adoção de ações corretivas.

Cordialmente,



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

Thalita Ruiz Lemos da Rocha
Gerente Técnica Regional