

Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”

Relatório de Atividades Assistenciais

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas - Barueri
Contrato de Gestão n° 226/2025

Maio/2026

Barueri, 16 de Maio de 2026



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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARUERI



PREFEITO
Beto Piteri

SECRETÁRIA DE SAÚDE
Dra. Luciane Patrícia Amaral

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Dr. Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO E GERAL
Dr. Eduardo Luna de Oliveira Torres

GERENTE ASSISTENCIAL MULTI
Paula Dal Maso Altimari

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Objetivo do Relatório	5
2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO	6
3. ORGANOGRAMA	8
3.1 Dimensionamento	9
4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA	11
4.1 Produção Geral - Meta x Realizado	11
4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional	12
4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)	13
4.3.1 Pacientes Classificados por Risco	14
4.3.2 Tempos Médio dos Atendimentos por cores na Classificação de Risco	16
4.4- CID's de maior prevalência em maio	23
4.5 Indicadores de Qualidade	25
4.5 Serviços SADT	26
4.6 Produção Radiologia Detalhada	28
4.7 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro	29
4.8 - Municípios de origem dos pacientes	31
5 Indicadores Assistenciais e de Qualidade	32
5.1.1 Nº Casos novos de PAV	32
5.1.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)	32
5.1.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	33
5.1.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	33
5.1.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	34
5.1.6 Incidência de Queda	34
5.1.7 Incidência de Lesão por Pressão	35
6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)	36
6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)	36
6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.	39
6.3 Classificação das queixas	40
6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas	41
Conclusão Final:	41
7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	43
Pesquisa de Satisfação sobre as internações 01.05 á 15.05	43
7.1 Avaliação do Atendimento	43
8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS	49
9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	49
10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS	62
Relatório do Hospitalista	62
Relatório do Serviço Social	62
Relatório do Núcleo de Qualidade	62
Relatório do SCIH (Antibióticos)	62
Relatório do SESMT	62
Relatório da Fisioterapia	62
Relatório da Nutrição	62
Relatório da Radiologia	62
11. COMISSÕES INTERNAS	63
11.1 Atas	64

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

"Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional".

Missão

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

Valores

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Objetivo do Relatório

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

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

2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

Todas as atividades realizadas no PS Arnaldo de Figueiredo Freitas são monitoradas por sistema de informática do município de Barueri- SISS e planilhas para consolidação dos dados. Os colaboradores são cientes da obrigatoriedade do registro das atividades em sua integralidade no sistema de informação implantado na instituição. Atualmente atendemos parcialmente com sistema informatizado via SISS, conseguimos avançar até a enfermagem. A parte de suprimentos ainda é feita de forma manual. Estamos alinhando com o SISS e SMS, através de reuniões formais, para iniciar o módulo informatizado de suprimentos também, programado para 01/01/2025, no entanto foi novamente postergado, em ajustes finais para o início no próximo período.

O PS Arnaldo de Figueiredo Freitas, com acesso via demanda espontânea, oferece as especialidades de clínica médica, pediatria e ortopedia, colabora com a organização e a regionalização do Sistema Único de Saúde, na região de Barueri.

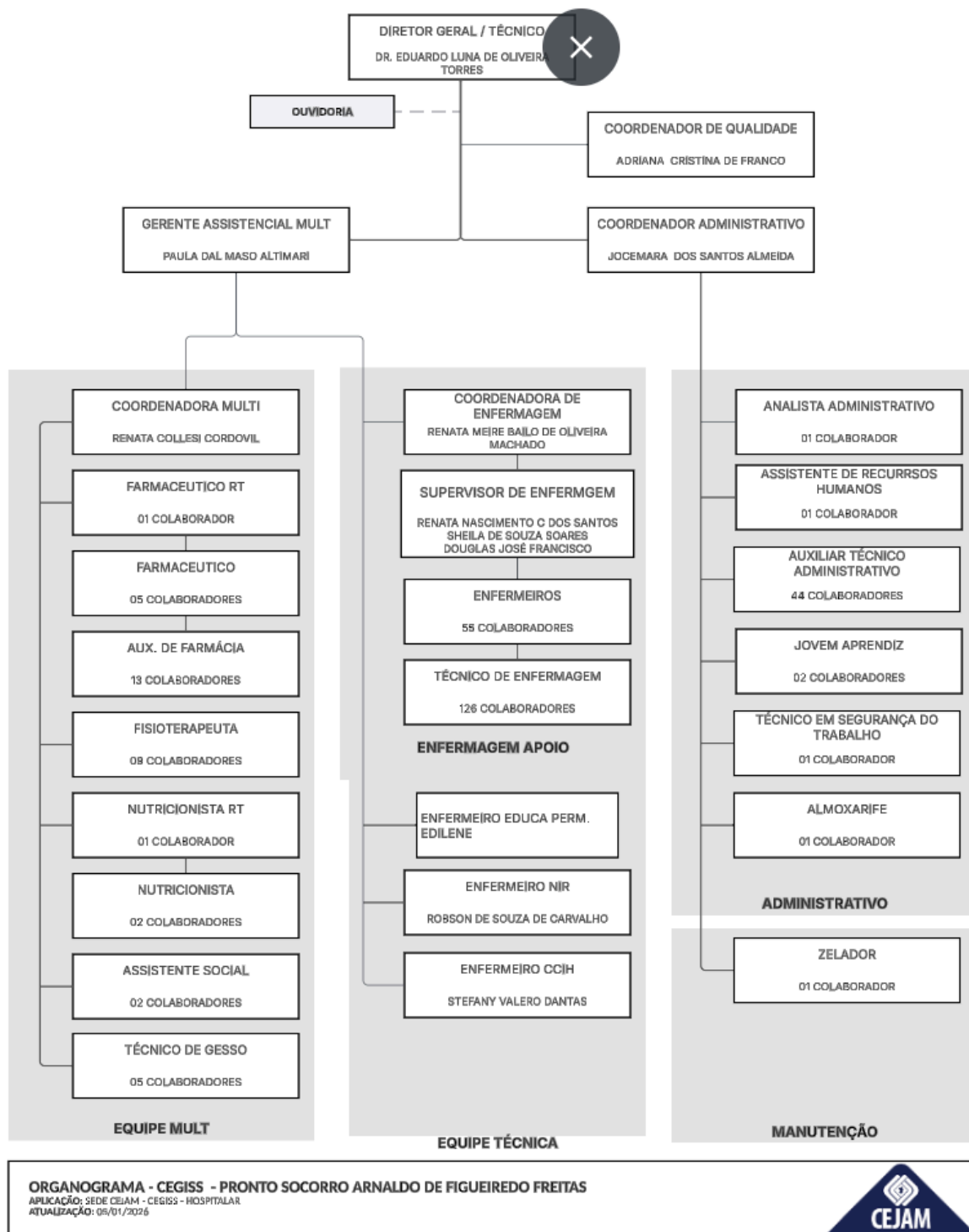
Possui 15 leitos de observação adulto e pediátrica, habilitado para Clínica Médica e 09 leitos de emergência, sendo um de isolamento. A unidade realiza atendimento com consultórios médicos adulto e pediátrico, salas de procedimentos, como: ECG, sutura, imobilização, ultrassom e medicação adulto e pediátrico. A unidade de Pronto Socorro, conta com as especialidades de clínica médica, ortopedia e pediatria. E também exames laboratoriais, Radiografias e Ultrassonografias, este com início em 26/06/25.

Iniciamos no final de agosto/2025 o serviço de fast track para os atendimentos de baixa complexidade (principalmente para a classificação azul), em dois consultórios, de segunda a sexta das 07:00 às 19:00h, com consulta e medicação no mesmo consultório. Em março, estendemos o fast até as 00:00h às segundas feiras, devido a alta demanda de pacientes, e se necessário, em outros plantões do noturno, a depender da demanda. Estamos no aguardo desta Secretaria para iniciar a telemedicina, em conjunto com as demais unidades do

município. Assim como, no aguardo da SMS para a inversão do fluxo, já aprovado em monção e reunião, iniciando o atendimento pela classificação de risco antes da abertura da ficha e a inserção de "dor torácica" no totem.

É referência para as Unidades Básicas do município de Barueri e municípios do entorno, atende a demanda de pacientes do resgate pré-hospitalar do corpo de bombeiros, defesa civil e SAMU.

3. ORGANOGRAMA



3.1 Dimensionamento

Área de Trabalho	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
PS Barueri	Administrativo (36h)	19	13	↓
	Administrativo - noturno (36h)	17	12	↓
	Administrativo (40h)	9	7	↓
	Analista Administrativo (40h)	3	0	↓
	Almoxarife (40h)	2	1	↓
	Assistente Social (30h)	2	2	✓
	Auxiliar de Farmácia (36h)	8	8	✓
	Auxiliar de Farmácia (36h) - noturno	5	5	✓
	Coordenador Administrativo (40h)	1	1	✓
	Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
	Coordenador Multiprofissional (40h)	1	1	✓
	Coordenador Qualidade (40h)	1	0	↓
	Enfermeiro (36h) - noturno	25	24	↓
	Enfermeiro (36h) Equipe de Coleta	2	2	✓
	Enfermeiro (36h) Remoção	3	3	✓
	Enfermeiro CCIH (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro Educação Permanente (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro NIR (40h)	1	1	✓
	Farmacêutico (36h)	2	2	✓
	Farmacêutico (36h) - noturno	3	2	↓
	Farmacêutico RT (20h)	1	1	✓
	Fisioterapeuta (30h)	6	6	✓
	Fisioterapeuta (30h) - noturno	3	3	✓
	Jovem Aprendiz (30h)	3	3	✓
	Nutricionista (36h)	3	2	↓
	Técnico de Enfermagem (36h)	60	55	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	56	49	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta	2	2	✓
	Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta - noturno	2	2	✓
	Técnico de Enfermagem (36h) Remoção	3	3	✓
Técnico de Enfermagem (36h) Remoção - noturno	3	3	✓	
Técnico de Gesso (36h)	3	3	✓	

Técnico de Gesso (36h) - noturno	2	2	✓
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
Zelador (40h)	1	1	✓
Assistente de RH (40h)	1	1	✓
Supervisor de Enfermagem (36h) - noturno	3	3	✓
Gerente Assistencial (40h)	1	1	✓
Enfermeiro (36h)	25	25	✓
Diretor Geral RT (40h)	1	1	✓
Total	287	254	↓

Análise crítica: O quadro previsto está de acordo com a última versão do plano de trabalho enviado a esta secretaria, considerando a renovação em 15/05/2026.

No entanto as contratações, principalmente dos administrativos que faltavam pelo novo plano serão contempladas em junho/26, devido os trâmites dos processos seletivos.

Em relação ao quadro de colaboradores, na área assistencial, na enfermagem, estamos com uma adequação de 95% ao plano de trabalho, com 10 vagas devido a pedidos de demissão/desligamentos, em processo seletivo, e dois afastamentos por INSS e uma gestacional, todas sendo trabalhadas com processo seletivo. Em relação ao quadro de colaboradores da equipe multi, estamos com vaga para nutricionista, pois a nutricionista RT foi promovida para o cargo de Coordenadora Multi, após processo seletivo externo. Também estamos com uma vaga de farmacêutico folguista, em processo seletivo. No administrativo, estamos com uma adequação de 75% em relação ao novo plano de trabalho, as vagas em aberto estão sendo trabalhadas em processo seletivo.

Também a partir desta nova versão aumentamos uma ouvidora, para adequação das metas do contrato.

Temos no novo plano 287 colaboradores CLT, conforme tabela 4.1.

E temos os seguintes colaboradores terceiros, sendo:

- ❖ 26 médicos (postos de trabalho)
- ❖ 21 colaboradores da higiene

- ❖ 16 controladores de acesso
- ❖ 06 técnicos de RX
- ❖ 01 técnico de engenharia clínica
- ❖ 01 nutricionista e 06 auxiliares de cozinha
- ❖ 01 técnico de TI

4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA

4.1 Produção Geral - Meta x Realizado

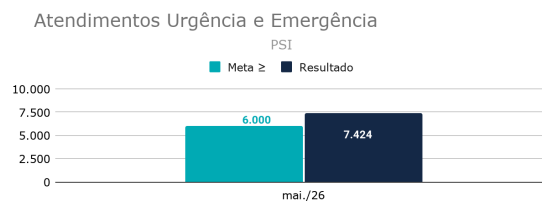
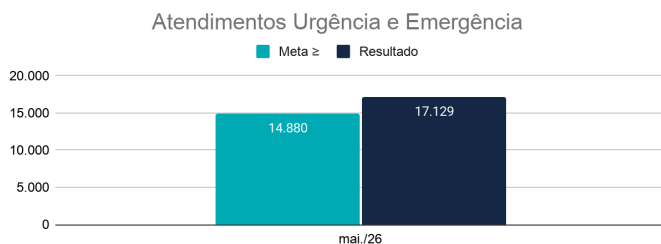
Produção Geral - Meta x Realizado				
Serviço	Meta Mensal de 01 a 15 de maio (Meta Cheia)	Meta Mensal de 01 a 15 de maio (Referente 15 dias)	Realizado	Superávit
Clínica Médica + ortopedia	14.880	7.200	8.288	15,11%
Pediatria	6.000	2.903	3.593	23,77%
Total	20.880	10.103	11.881	17,60%

Produção Geral - Meta x Realizado				
Serviço	Meta Mensal de 16 a 31 de maio (Meta Cheia)	Meta Mensal de 16 a 31 maio (Referente 16 dias)	Realizado	Superávit
Clínica Médica + ortopedia	15.600	7.680	8.841	15,12%
Pediatria	5.280	2.725	3.831	40,59%
Total	20.880	10.405	12.672	21,79%

Análise crítica: Devido sermos um Pronto Socorro porta aberta, dependente de demanda espontânea, neste mês no atendimento adulto voltamos a ter um superávit de 17,60% no atendimento geral na primeira quinzena de maio/26, considerando a meta de 20.880 no total, distribuído em: 14.880 nos adultos e 6000 na pediatria, e de 21,79% na segunda quinzena de maio/26, considerando a mesma meta no total, porém distribuídos em: 15.600 no adulto e 5280 na

pediatria. O que representou um aumento na segunda quinzena, tanto no geral, quanto na pediatria, considerando uma meta menor (superávit de 40,59%).

4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional



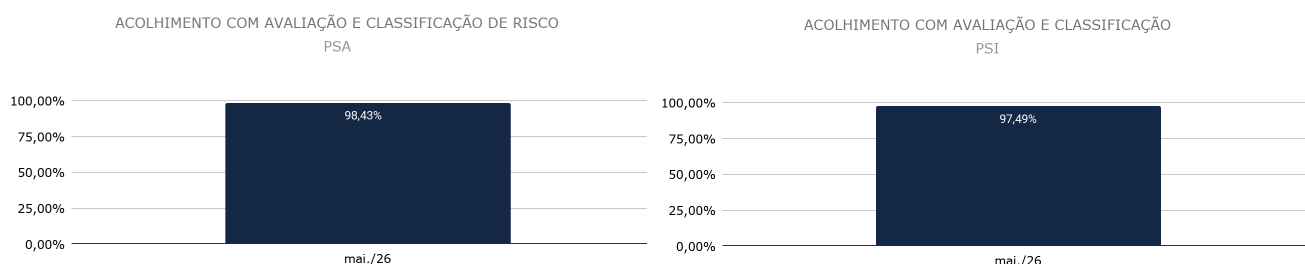
Atendimentos Urgência e Emergência - PSA	Resultado
Clínico Geral	16194
Emergencista	241
Sutura	84
Ortopedista	610
Nutrição	325
Fisioterapia	788
Serviço social	211

Atendimentos Urgência e Emergência - PSI	Resultado
Emergencista	8
Pediatria	7406
Sutura	10
Ortopedista	0

Análise crítica: A meta pactuada para os atendimentos de urgências e emergências no adulto no contrato é de 14.880 na primeira quinzena de maio e de 15.600 na segunda quinzena, e atendemos 17.129 adultos, correspondendo a atendimento acima da meta contratual, com superávit de 15% ao longo do mês. Já na pediatria atendemos 7.424 crianças, correspondendo a superávit de 23,77% de adesão à meta contratual na primeira quinzena, e superávit de 40,59% de adesão em relação a meta da segunda quinzena. A nossa maior

demanda é o atendimento adulto, representando 69,77% dos atendimentos, e deste a clínica médica tem a maior demanda, representando 94% do total, sendo 33,4% de atendimentos clínicos azul, 48,9% de verde, 14,85% do amarelo, 1,24% do vermelho, 1,57% não foram classificados. Como serviços complementares tivemos também 788 atendimentos de fisioterapia, 325 atendimentos de nutrição e no serviço social 211 atendimentos. A assistência fisioterapêutica acontece no período de 24 horas e os pacientes com maior gravidade são atendidos em todos os períodos e são divididos em fisioterapia respiratória, motora e ventilação mecânica. Tanto a fisioterapia, serviço social e nutrição, participam da visita multi diária e fazem o acolhimento no leito dos pacientes e familiares com orientações gerais e demandas específicas.

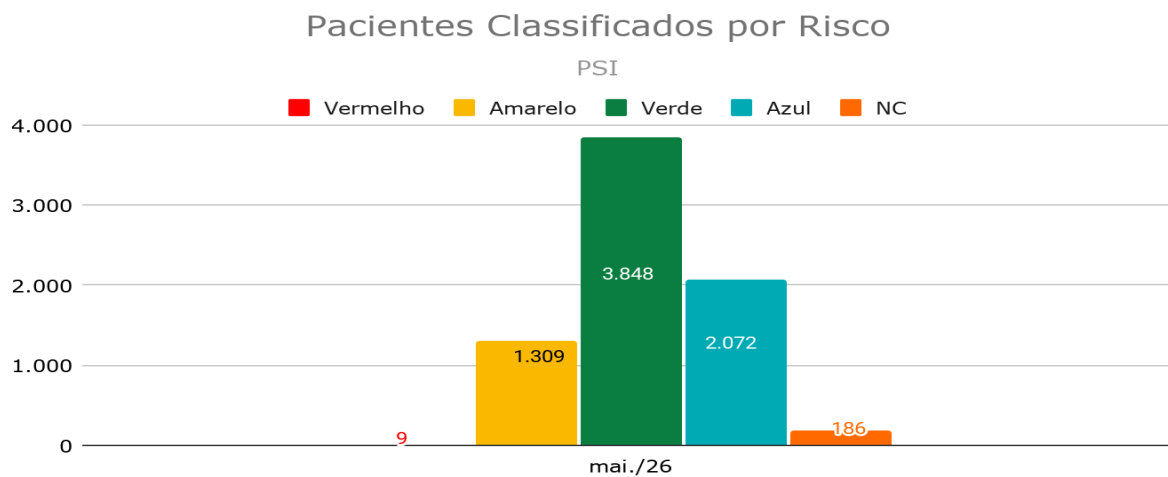
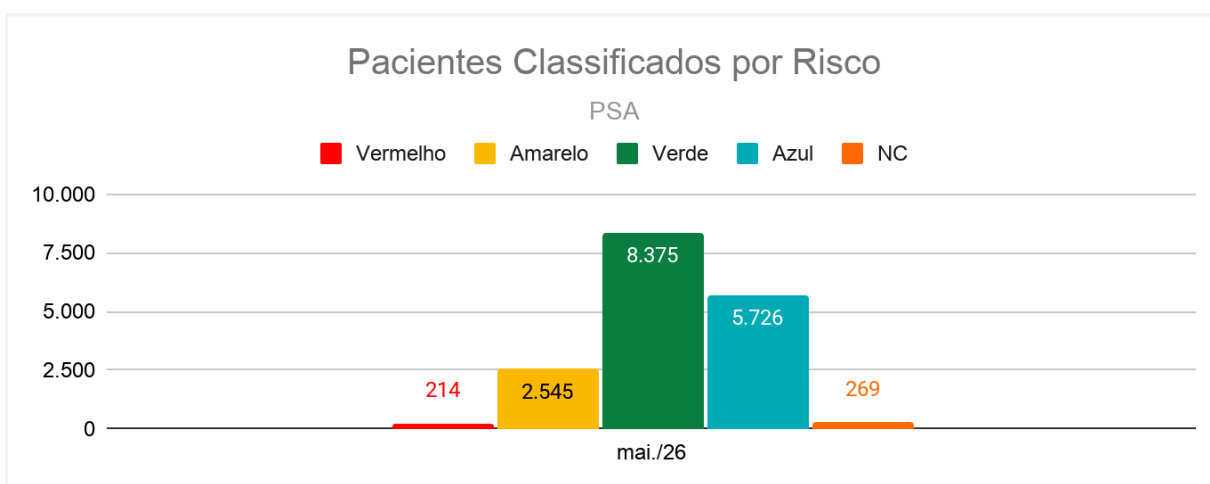
4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)



Análise crítica: Em ambas as triagens adulto e pediátrica, as avaliações de risco ficaram acima de 97%, sendo 98,43% no adulto e 97,43% na pediatria, o que demonstra uma evasão de pacientes após a retirada da senha no totem e abertura de ficha de respectivamente: 1,57% nos adultos e 2,5% na pediatria. As classificações adulto e pediátrica são 100% realizadas por enfermeiros, com coleta de história clínica, queixas e sinais vitais, seguindo a classificação recomendada pelo HumanizaSUS. Infelizmente não dispomos de um sistema de classificação automática pelo input destas informações, cabe ao enfermeiro, pelos critérios pré definidos, classificar manualmente a cor, o que pode acarretar julgamentos incorretos e discussões com a equipe médica. Realizamos a cada 3 meses treinamentos com os enfermeiros. Considerando a abertura de 24.553 fichas pela recepção. Destes, 66% foi atendimento clínico geral- adulto, 30,10%

pediatria, 2,48% ortopedia, 1,01% de emergência e 0,38% de sutura. Nosso maior público é o adulto e deste a clínica.

4.3.1 Pacientes Classificados por Risco



Classificação de Risco Adulto	Realizado	%
Vermelho	214	1,25%
Amarelo	2545	14,86%
Verde	8375	48,89%
Azul	5726	33,43%
Sem Classificação	269	1,57%
TOTAL	17129	100,00%

Classificação de Risco Pediátrico	Realizado	%
Vermelho	9	0,12%
Amarelo	1309	17,63%
Verde	3848	51,83%
Azul	2072	27,91%
Sem Classificação	186	2,51%
TOTAL	7424	100,00%

Análise Crítica: No adulto tivemos 17.129 atendimentos, sendo: 1,25% vermelho, 14,86% amarelo, 48,89% verde, 33,43% azul, 1,57% não classificado. No adulto, o "fast track" representou cerca de 55,6% do total de atendimentos classificados como azul, neste mês.

Na pediatria tivemos 7.424 atendimentos, sendo: 0,12% vermelho, 17,63% amarelo, 51,83% verde, 27,91% azul e 2,51% não classificado. Em ambos os atendimentos, o que prevalece é o verde e azul. **Pelo segundo mês consecutivo, tanto no adulto quanto na pediatria, o que prevaleceu nos atendimentos, foi a classificação verde, com aproximadamente 50% do total de atendimentos, seguido das classificações azul, amarelo e vermelho nesta proporção.**

4.3.2 Tempos Médio dos Atendimentos por cores na Classificação de Risco

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês	Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	Maio	Classificação de Risco amarelo	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:02:34	Retirada da Senha à Recepção	00:06:41
Recepção à Classificação de Risco	00:10:22	Recepção à Classificação de Risco	00:05:10
Duração da classificação pelo enf ^o	00:05:08	Duração da classificação pelo enf ^o	00:03:58
Classificação de Risco até início da 1 ^a consulta	01:16:24	Classificação de Risco até início da 1 ^a consulta	00:47:04
Tempo desde a 1 ^a Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	15:28:19	Tempo desde a 1 ^a Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	06:46:09
Tempo Total do Paciente na unidade	17:02:47	Tempo Total do Paciente na unidade	07:49:02
Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês	Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco verde	Maio	Classificação de Risco AZUL	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:02:58	Retirada da Senha à Recepção	00:03:58
Recepção à Classificação de Risco	00:07:18	Recepção à Classificação de Risco	00:11:07
Duração da classificação pelo enf ^o	00:02:40	Duração da classificação pelo enf ^o	00:02:24
Classificação de Risco até início da 1 ^a consulta	01:16:55	Classificação de Risco até início da 1 ^a consulta	01:10:47
Tempo desde a 1 ^a Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	05:25:54	Tempo desde a 1 ^a Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	03:19:54
Tempo Total do Paciente na unidade	06:55:45	Tempo Total do Paciente na unidade	04:48:09

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de FAST TRACK	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:04:06
Recepção à Classificação de Risco	00:12:04
Duração da classificação pelo enf ^o	00:02:17
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:10:18
Tempo Total do Paciente na unidade	01:35:44

Análise Crítica: Após longa análise e estudo dos dados fornecidos pelo BI do SISS, conseguimos de forma autônoma extrair todos os tempos, por cada cor, classificada pelo Enfermeiro, e o Fast track separadamente e gerenciar os tempos detalhados. O consultor do SISS compareceu na unidade após solicitação por ofício, mas não conseguiu nos atender em relação às necessidades solicitadas pela Gestão.

Considerações e análises críticas, dos tempos, por cor classificada:

1- VERMELHO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:02:34
Recepção à Classificação de Risco	00:10:22
Duração da classificação pelo enf ^o	00:05:08
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:16:24
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	15:28:19
Tempo Total do Paciente na unidade	17:02:47

Este atendimento, de acordo com o nosso protocolo, é imediato, quando os pacientes chegam direto na emergência e/ou são detectados sinais de emergência, pelo controlador de acesso na entrada principal, é avaliado rapidamente pelo enfermeiro na triagem e encaminhado de cadeira de rodas ou maca, para a emergência.

Desta forma, os tempos vão apresentar atraso, pois primeiro o paciente é prontamente atendido, enquanto os familiares/acompanhantes sobem para recepção para abertura da ficha, e só depois, a equipe de enfermagem e médica inserem os dados no sistema, como a classificação e atendimento médico, por este motivo, os tempos de abertura de ficha; triagem e primeiro atendimento vão ser tardios, são inseridos após o atendimento imediato do paciente na sala de emergência. O tempo médio do paciente na unidade é maior que todas as demais cores, pois certamente este fica mais tempo, considerando exames, reavaliações e a tomada de decisão, se: internação/remoção/alta/desfecho desfavorável (óbito).

2- AMARELO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco amarelo	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:06:41
Recepção à Classificação de Risco	00:05:10
Duração da classificação pelo enf^o	00:03:58
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	00:47:04
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	06:46:09
Tempo Total do Paciente na unidade	07:49:02

O tempo entre a retirada da senha e abertura da ficha foi de 06:41, considerado dentro dos limites normais, a depender da demanda da unidade.

Entre abertura de ficha e a chamada para a classificação de risco o atendimento foi de apenas 05 min em média, o que representa tempo excelente, já que este atendimento deverá ser prioritário, devido a gravidade, mas não imediato como o vermelho.

A duração da classificação foi em média de 4 min, o que é extremamente pertinente dentro da literatura, de acordo com a legislação vigente. De acordo com a [Resolução Cofen nº 661/2021](#), o tempo médio estipulado para a Classificação de Risco pelo enfermeiro é de 4 minutos por paciente, com um limite máximo de 15 classificações por hora. Considerando que em pacientes graves, já são abertos os protocolos de Dor torácica/trauma/AVE/SEPSE na própria triagem, o que leva mais tempo.

O tempo médio para o primeiro atendimento médico, foi de 47 min, está de acordo com a legislação que é de até 60 min para a cor.

E até o retorno final de 06 a 7h também é aceitável, uma vez que este paciente fará exames e será reavaliado mais de uma vez, até a decisão médica de alta ou internação.

3- VERDE

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco verde	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:02:58
Recepção à Classificação de Risco	00:07:18
Duração da classificação pelo enf^o	00:02:40
Classificação de Risco até início da 1^a consulta	01:16:55
Tempo desde a 1^a Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	05:25:54
Tempo Total do Paciente na unidade	06:55:45

O tempo entre a retirada da senha e abertura da ficha foi de 02 a 03 min, considerado dentro dos limites normais, a depender da demanda da unidade.

Entre abertura de ficha e a chamada para a classificação de risco, o atendimento foi de 07 min em média, o que representa um tempo excelente, já que este atendimento não é prioritário, devido a baixa gravidade, e representa 50% de todo o atendimento da unidade, em relação a todas as cores.

A duração da classificação foi em média de 2:40 min, o que é extremamente pertinente dentro da literatura, de acordo com a legislação vigente. De acordo com a [Resolução Cofen nº 661/2021](#), o tempo médio estipulado para a Classificação de Risco pelo enfermeiro é de 4 minutos por paciente, com um limite máximo de 15 classificações por hora.

O tempo médio para o primeiro atendimento médico, foi de 1h16 min, está de acordo com a legislação que é de até 120 min para a cor.

E até o retorno final e permanência na unidade de de 06 a 7h também é bastante aceitável, uma vez que este paciente fará exames e será reavaliado pelo menos uma vez, até a decisão médica de alta. Nosso tempo médio de resultado de exames laboratoriais é de 3 a 4 horas, considerando que o laboratório é terceirizado e externo.

4- AZUL

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco AZUL	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:03:58
Recepção à Classificação de Risco	00:11:07
Duração da classificação pelo enf ^o	00:02:24
Classificação de Risco até início da 1 ^a consulta	01:10:47
Tempo desde a 1 ^a Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	03:19:54
Tempo Total do Paciente na unidade	04:48:09

O tempo entre a retirada da senha e abertura da ficha foi de 03 a 04 min, considerado dentro dos limites normais, a depender da demanda da unidade.

Entre abertura de ficha e a chamada para a classificação de risco, o atendimento foi de 11 min em média, o que representa um tempo excelente, já que este atendimento não é prioritário, devido a ausência de gravidade, e representa 35% de todo o atendimento da unidade, em relação a todas as cores. Este público deveria ser de atenção primária e não de Pronto Socorro.

A duração da classificação foi em média de 2:24 min, o que é extremamente pertinente dentro da literatura, de acordo com a legislação vigente. De acordo com a [Resolução Cofen nº 661/2021](#), o tempo médio estipulado para a Classificação de Risco pelo enfermeiro é de 4 minutos por paciente, com um limite máximo de 15 classificações por hora. Considerando que esta é uma triagem rápida pela ausência de sintomas importantes e alteração de sinais vitais.

O tempo médio para o primeiro atendimento médico, foi de 1h10 min, está de acordo com a legislação que é de até 240 min para a cor. Considerando que nesta cor, adotamos o **"fast track"** (responsável por **56% dos atendimentos azuis**, onde no mesmo consultório, o paciente já é medicado pelo técnico, junto ao médico, e é dispensado direto).

E até o retorno final e permanência na unidade de 03 a 04h, excluindo o fast track, também é aceitável, uma vez que este paciente não deveria nem ter pedido de exames e ser reavaliado pelo médico.

Este público deveria ser atendido em atenção primária e não em Pronto Socorro.

5- FAST TRACK

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de FAST TRACK	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:04:06
Recepção à Classificação de Risco	00:12:04
Duração da classificação pelo enf ^o	00:02:17
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:10:18
Tempo Total do Paciente na unidade	01:35:44

O tempo entre a retirada da senha e abertura da ficha foi de 04 min, considerado dentro dos limites normais, a depender da demanda da unidade.

Entre abertura de ficha e a chamada para a classificação de risco, o atendimento foi de 12 min em média, o que representa um tempo excelente, já que este atendimento não é prioritário, devido a ausência de gravidade, e representa 55% de todo o atendimento classificado como azul. Este paciente é um azul menos crítico, ou seja, este público deveria ser de atenção primária e não de Pronto Socorro. De acordo com o nosso protocolo, temos critérios de inclusão e exclusão para este público azul, ser considerado fast track.

A duração da classificação foi em média de 2:17 min, o que é pertinente dentro da literatura, de acordo com a legislação vigente. De acordo com a [Resolução Cofen nº 661/2021](#), o tempo médio estipulado para a Classificação de Risco pelo enfermeiro é de 4 minutos por paciente, com um limite máximo de 15

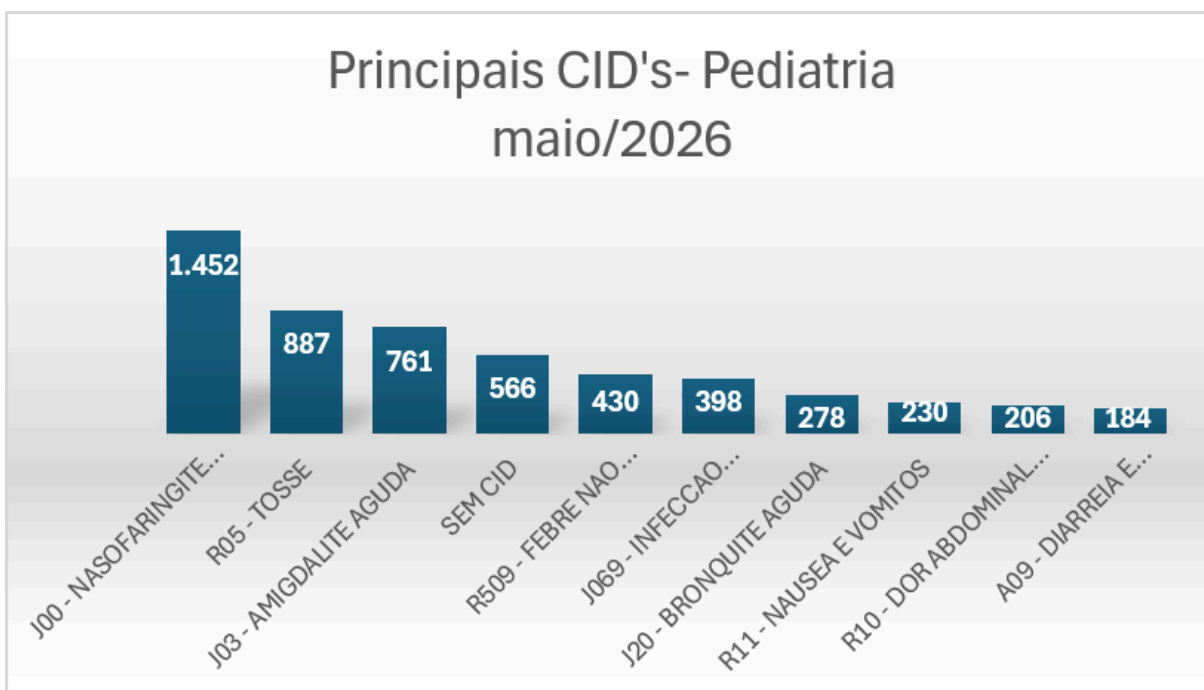
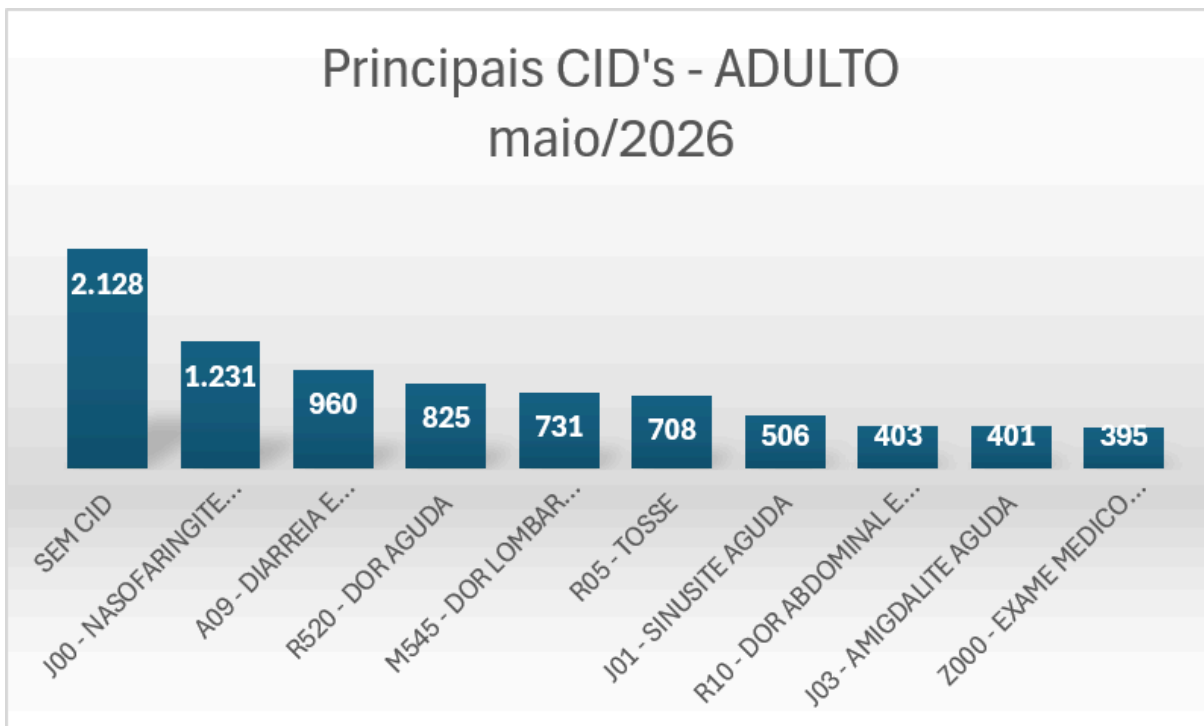
classificações por hora. Considerando que esta é uma triagem rápida pela ausência de sintomas importantes e sem alterações de sinais vitais.

O tempo médio para o atendimento médico, foi de 1h10 min, está de acordo com a legislação que é de até 240 min para a cor. Considerando o **“fast track”** (responsável por **56% dos atendimentos azuis**, onde no mesmo consultório, o paciente já é medicado pelo técnico, junto ao médico, e é dispensado direto).

Desta forma, o tempo médio de permanência do paciente na unidade, quando é classificado e atendido pelo fast é de 01h35min.

Este público deveria ser atendido em atenção primária e não em Pronto Socorro.

4.4- CID's de maior prevalência em maio



Em relação aos classificados sem CID's iremos solicitar para que o sistema SISS faça esse bloqueio, pois esse dado se faz necessário. E o número é representativo, no adulto inclusive sendo o maior.

4.5 Indicadores de Qualidade

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

Análise Crítica: De acordo com o contrato, estamos apresentando adequação dos conteúdos deste relatório.

4.5 Serviços SADT

Desempenho Assistencial - SADT	
Tipo de Exame	Resultado
Laboratoriais	19.641
ECG	403
RAIO-X	5.652
USG	516
RTPCR	0
Ag Teste Rápido	11
TOTAL	26.212

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

DOR TORÁCICA- As troponinas foram 173 solicitações, sendo que tivemos 52 protocolos de dor torácica abertos no período, foram coletadas enzimas de 37 pacientes, todos realizaram ECG em até 10 min, sendo 13 casos confirmados de SCA, sendo 02 IAM c/supra ST (foram trombolisados neste serviço), 11 IAM s/supra ST, e os demais casos foram descartados do protocolo, devido HD's: HAS, ICC, DPOC, ansiedade, FA, TSV. O tempo médio de permanência foi de 01 dia e meio de internação e todos foram transferidos, sem desfecho desfavorável. A abertura de mais de 50 protocolos mostra a sensibilidade da equipe em relação à doença e seus sinais clínicos. As equipes são incentivadas a abrir com qualquer queixa de dor torácica.

SEPSE- Tivemos 18 protocolos abertos, sendo 08 mantidos. No entanto, tivemos 23 pacientes elegíveis para abertura do protocolo, porém foram abertos apenas 18 protocolos, representando 78% de adesão à abertura do protocolo. Em 88% dos casos confirmados foram feitas gasometria e encaminhadas ao gasômetro interno (sala de coleta) , desta forma ficaram com o tempo de lactato < 60min, apenas 01 pcte não atendeu ao pacote de 1h, devido falha no processo de coleta e análise pelo gasômetro, o que atrasou em 120 min o resultado do exame. Dos 08 mantidos, todos tiveram o início dos antimicrobianos em até 60 min, cerca de 100%. Em relação a reposição volêmica, 07 tiveram indicação, e em 06 casos foram realizadas conforme conduta médica, representando 85% de assertividade

da volemia, o volume foi prescrito de forma tardia (6hs após). Tivemos 03 desfechos desfavoráveis no período, relacionado à SEPSE.

ULTRASSONOGRAFIA: No período foram realizados 516 exames, com prevalência de solicitação de ultrassom abdome total, seguido de aparelho urinário, doppler colorido de vasos, articulação, abdome superior, entre outros.

PROCEDIMENTOS	QTDE PROCEDIMENTOS EXECUTADOS
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	221
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	169
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	52
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	23
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	22
ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	11
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	7
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	5
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	3
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	2
ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	1

4.6 Produção Radiologia Detalhada

Tipo de Radiografia	Quantidade
Tórax	3419
Crânio	256
Abdome	282
Membros Superiores	478
Membros inferiores	693
outros	524
TOTAL	5652

Análise Crítica: Foram realizados **5652 exames de radiografia**. Sendo desse total, contemplando os adultos e a pediatria. As incidências mais demandadas no período foram:

Total de exames realizados por incidência neste período: 5652

Total de exames cadastrados no SISS: 4149

Total de pacientes atendidos neste período: 3575

Total de exames no leito/internados: 108

Conforme a tabela acima, as incidências mais demandadas no período foram:

- Tórax PA e AP (leito) – Avaliação de quadros respiratórios, traumas e acompanhamento clínico.
- Membros Superiores – Incidências para suspeitas de fraturas (mão, punho, antebraço, cotovelo, braço, ombro).
- Membros Inferiores – Incidências para avaliação de traumas (pé, tornozelo, perna, joelho, fêmur e quadril).

- Coluna Cervical, Torácica e Lombar – Avaliação de traumas e dores agudas.
- Abdômen Agudo – Incidências para investigação de obstruções, perfurações e quadros abdominais de emergência.
- Pelve e Bacia – Avaliação de traumas e quedas, especialmente em idosos e politraumatizados.

4.7 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro

Tempo Médio de Permanência (Dias)	
Setores de Atendimento	Resultado
Emergência adulto	2,04
Observação adulto	2,41
Emergência pediátrica	1
Observação pediátrica	1,03

Destino do Paciente Adulto da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	47
Remoção	60
Óbito	0
Evasão	1
TOTAL	108

Destino do Paciente Adulto da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	53
Remoção	65
Óbito	22
Evasão	2
TOTAL	142

Destino do Paciente Infantil da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	21
Remoção	42
Óbito	0
Evasão	1
TOTAL	64

Destino do Paciente Infantil da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	0
Remoção	8
Óbito	0
Evasão	0
TOTAL	8

Análise Crítica: No perfil adulto foram atendidos 552 pacientes-dia, considerando internações na emergência e observação, e as saídas foram de 250 pacientes, sendo: 74 altas; 03 evasão; 125 transferências externas; 16 óbitos < de 24hs e 06 óbitos > de 24hs, representando 2,04 (dias) em média de permanência na emergência adulto, 2,41 (dias) na observação adulto.

Já na pediatria foram atendidos pacientes-dia e as saídas foram de 74 pacientes, sendo: 21 altas; 01 evasão; 50 transferências externas; 0 óbito, representando 1 dia em média de permanência na emergência pediátrica e 1,03 dia em média na observação pediátrica. Devido a dependência da regulação e a disponibilidade de vagas no município, ficamos com os pacientes internados no PS, mesmo sendo uma unidade de PS e não hospitalar. Temos solicitado acesso constante a regulação e a esta secretaria, através de ofícios e reuniões, para otimizar as vagas aos nossos pacientes e assim melhor o desfecho dos casos.

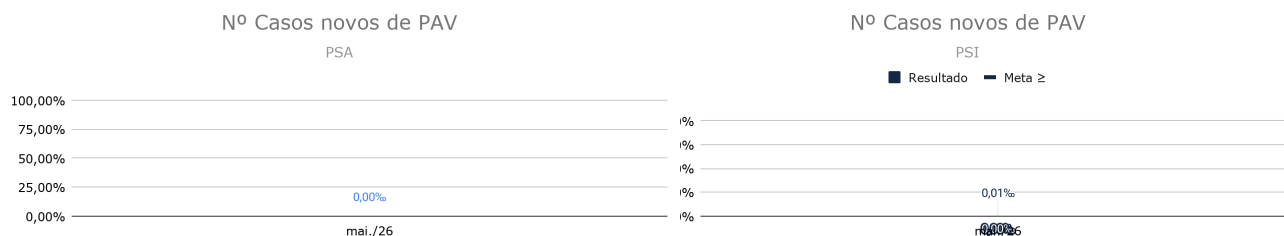
4.8 - Municípios de origem dos pacientes

Atendimentos por Origem do Paciente	
Município	MAIO
Barueri	20.431
Carapicuíba	457
Cotia	28
Itapevi	694
Jandira	2.520
Osasco	60
Pirapora do Bom Jesus	1
Santana de Parnaíba	9
São Paulo	41
Não informado	288
Outros municípios	24

Análise Crítica: O município de maior prevalência é Barueri que representa a maior parte da demanda com 83,21%, seguido de Jandira com 10,26%, Carapicuíba com 1,86% e Itapevi com 2,82%. Esse fato se dá pelas proximidades dessas regiões e pela maior abrangência e oferta de serviços que o município dispõe, considerando que os demais municípios apresentam menos estabelecimentos de saúde e fragilidade na rede e por última instância, é observado também a questão do envolvimento familiar que culmina no aumento dessa demanda local.

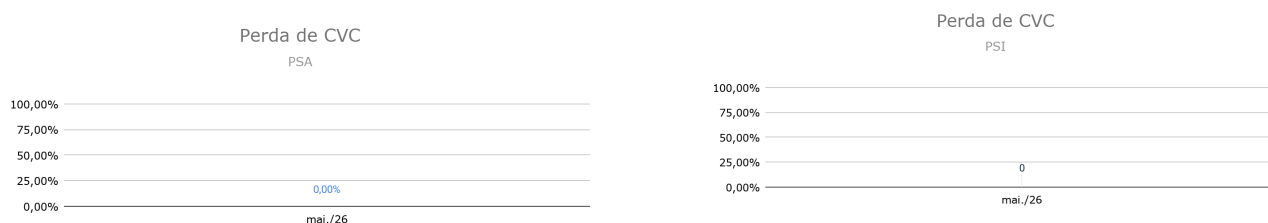
5 Indicadores Assistenciais e de Qualidade

5.1.1 Nº Casos novos de PAV



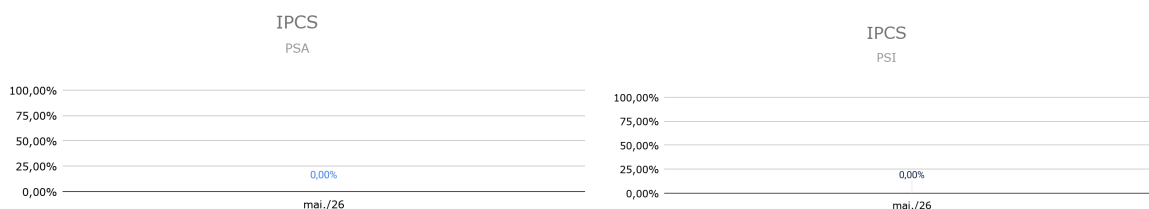
Análise Crítica: No período referido **não tivemos evento de PAV**. Foram 22 pacientes-dia internados em VM no adulto, sendo no total 10 pacientes intubados. Na pediatria nenhum caso. A Fisioterapia/SCIH faz acompanhamento dos dispositivos de via aérea avançada (IOT) e os bundles de inserção e manutenção dos pacientes intubados, com risco de desenvolver infecção associada (PAV). Com discussão dos casos dos pacientes com os dispositivos, durante as visitas multi diárias na emergência e observação.

5.1.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)



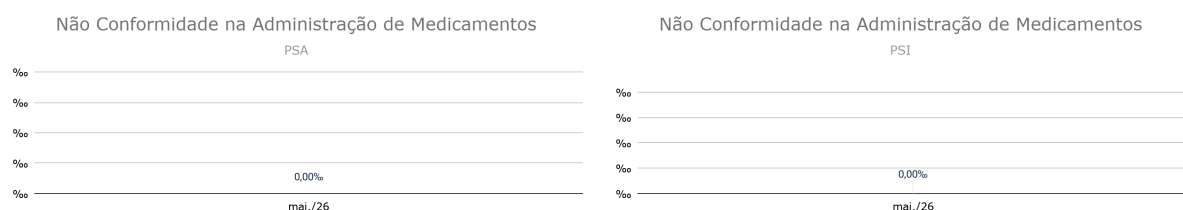
Análise Crítica: No período, tivemos no adulto 23 pacientes-dia com CVC, e na pediatria nenhum caso. **Não tivemos perdas de CVC no adulto**. A Enfermagem/SCIH faz acompanhamento dos dispositivos de CVC com o preenchimento dos bundles de inserção e manutenção dos pacientes, com risco de desenvolver infecção associada. A SCIH faz o acompanhamento do indicador junto com a gestão assistencial, para as tratativas necessárias e planos de ações. Os casos dos pacientes com os dispositivos, são discutidos durante as visitas multi diárias na emergência e observação.

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



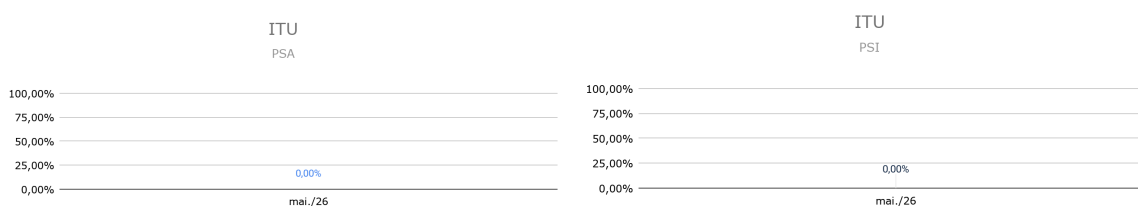
Análise Crítica: No período, tivemos no adulto 23 pacientes-dia com CVC, e na pediatria nenhum caso em uso de CVC. **Nenhum caso de IPCS.** A Enfermagem/SCIH faz acompanhamento dos dispositivos de CVC, com o preenchimento dos bundles de inserção e manutenção dos pacientes, com risco de desenvolver infecção associada. A SCIH faz o acompanhamento e acompanha o indicador junto com a gestão assistencial. Os casos dos pacientes com os dispositivos, são discutidos durante as visitas multi diárias na emergência e observação.

5.1.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



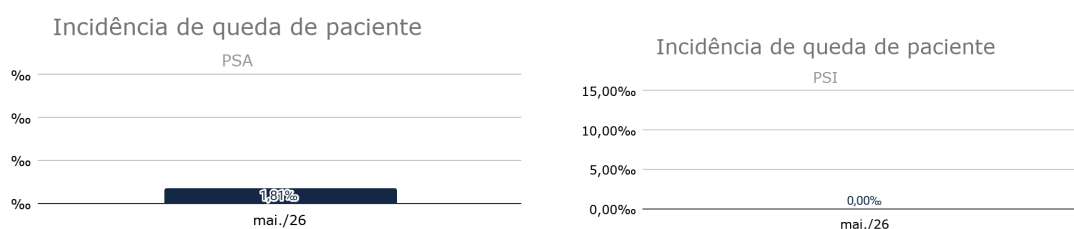
Análise Crítica: No período, **não tivemos evento** envolvendo processo medicamentoso no adulto, no momento da dispensação, assim como, na pediatria não houve evento. Foram dispensados 38.796 medicamentos no adulto, e 4.144 medicamentos na pediatria. Durante as visitas multi diárias na emergência e observação, são discutidos os casos de interação medicamentosa e reconciliação.

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



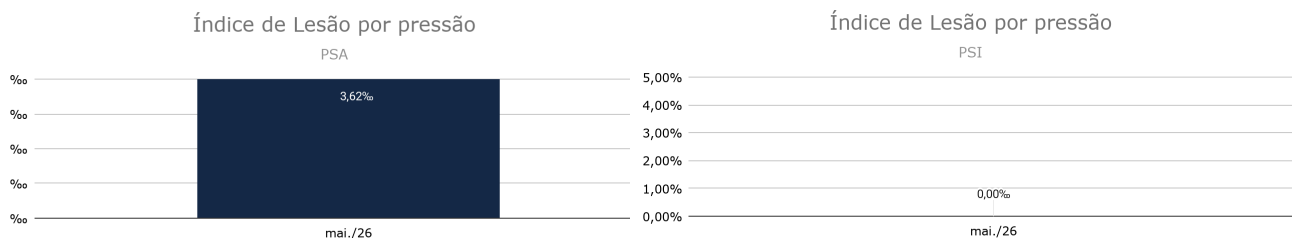
Análise Crítica: No período, tivemos no adulto 71 pacientes-dia, e na pediatria nenhum caso em uso de SVC. **Nenhum caso de ITU.** A SCIH faz acompanhamento dos dispositivos de SVC e os bundles de inserção e manutenção dos pacientes, com risco de desenvolver infecção associada ao SVC. Com discussão dos casos dos pacientes com os dispositivos, durante as visitas multi diárias na emergência e observação.

5.1.6 Incidência de Queda



Análise Crítica: No período, tivemos 552 pacientes-dia adultos e 74 pacientes-dia pediátricos, internados na observação e emergência, com risco de queda, e **tivemos 01 caso registrado de queda no adulto, incidente com dano leve, representando 1,81% dos pacientes internados (indicador x 1000)** . Em todos os pacientes internados, discutimos os casos dos pacientes com riscos de queda, durante as visitas multi diárias, na emergência e observação, reforçando as medidas de prevenção, como: grades elevadas, acompanhantes no caso de pacientes confusos/ neurologicamente agitados e/ou idosos, acionamento da equipe para idas ao banheiro, manutenção e uso das campainhas, pulseira de identificação de risco de queda- preta, entre outras medidas.

5.1.7 Incidência de Lesão por Pressão



Análise Crítica: Foram no período 552 pacientes-dia adultos, internados na observação e emergência com risco de LP, e **tivemos 02 casos registrados de LP**, com dano leve (LP grau 1), nos pacientes internados adultos e não tivemos eventos na pediatria, o que representou 3,62% dos pacientes internados (indicador x 1000). Sempre há discussão dos casos dos pacientes com riscos de LP, durante as visitas multi diárias na emergência e observação, reforçando as medidas nutricionais, mudanças de decúbito, uso de colchão tipo casca de ovo, coxins, entre outros. A comissão de curativos e lesão de pele iniciou suas atividades em abril, a mesma é composta por membros da enfermagem, farmacêutico, nutricionista e fisioterapia. Estão fazendo acompanhamento diário dos pacientes com LP's e as medidas para mitigação de eventos durante a internação.

6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)

6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)

No período foram registradas, ao todo, 31 manifestações de Ouvidoria, sendo:

- 14 elogios;
- 17 queixas.

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

Ouvidoria- maio/26		
	Mês- Maio	%
Ouvidoria meta (10%)	3	10
TOTAL MENSAL	31	

nº do protocolo	Classificação	Síntese da queixa	Resolvido
202651352328	Elogio	Elogio ao serviço	Sim
20265752096	Elogio	Elogio ao Profissional	sim
202651852560	Reclamação	Comportamento inadequado do profissional	Sim

Análise: Em maio de 2026, foram recebidas ao todo 31 ouvidorias, sendo 14 elogios e 17 queixas. Dessa forma, apresentamos uma amostra correspondente a 10% do total, totalizando 3 registros, selecionados de forma representativa. Lembrando que todas são analisadas e respondidas dentro do período.

Manifestação - 202651352328

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 13/05/2026	
Tipo de Atendimento : Pessoalmente		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Sim	
CPF : 29496090826		Nome Completo : LINDIANE LINS SANTANA ALVES		
CEP :		Endereço :		
Número :	Complemento :	Bairro :	Cidade :	Estado :
Celular : (11) 967080635		Telefone :		E-Mail :
Classificação : Elogio		Motivo da Manifestação : Elogio ao Serviço		
Manifestação : A paciente Lindiane Lins Santana Alves desejou registrar uma manifestação positiva referente ao atendimento recebido durante sua internação. Relata que nunca havia passado por esta unidade, pois geralmente realizava seus atendimentos no SAMEB, porém se surpreendeu positivamente com a qualidade da assistência prestada, destacando que o atendimento se equipara ao de um hospital particular devido à excelência no cuidado recebido. Ao finalizar sua manifestação, informa que pretende realizar seus próximos atendimentos nesta unidade e deseja parabenizar toda a equipe assistencial pelo excelente trabalho desempenhado.				
Providência : Prezada Srta ⁹ Lindiane Lins, Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade. Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas				

Manifestação - 20265752096

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 07/05/2026	
Tipo de Atendimento : Pessoalmente		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Sim	
CPF : 30886644844		Nome Completo : RICARDO FELIX DA SILVA JUNIOR		
CEP :		Endereço :		
Número :	Complemento :	Bairro :	Cidade :	Estado :
Celular : (11) 961574037		Telefone :		E-Mail :
Classificação : Elogio		Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional		
Manifestação : Paciente, no ato da visita multidisciplinar, desejou registrar uma manifestação positiva referente ao atendimento recebido, em especial à técnica de enfermagem Sheila. O mesmo demonstrou seu agradecimento, ressaltando que a profissional teve muito cuidado durante toda a assistência prestada, destacando ainda que se trata de uma excelente profissional, além de demonstrar muita simpatia no atendimento.				
Providência : Prezado Sr. Ricardo Felix Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade. Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas				

Manifestação - 202651852560

Estado :	Cidade :	Unidade :	Data Criação :
SP	Barueri	PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	18/05/2026
Tipo de Atendimento :		Perfil :	Deseja se Identificar? :
Pessoalmente		Pessoa Física	Não
Classificação :		Motivo da Manifestação :	
Reclamação		Comportamento inadequado do profissional	
Manifestação :			
<p>Venho por meio desta abrir uma reclamação sobre a triagem infantil. Meu filho chegou queimando em febre, com 38.5, e na triagem a moça colocou que ele estava com 35, ou seja, sem febre. Porém, questionei a doutora que fez o exame e corrigiu para 38.5, e trataram meu filho como se fosse gripe, sendo que ele chegou de cadeira de rodas sem conseguir movimentar seu corpo. Busaco um parecer, pois tomarei medidas extremas se algo acontecer com meu filho. Quero a ciencia de voces. -----</p> <p style="text-align: right;">Contato: 11 94588-2641 Nome</p> <p>do paciente: Miguel Ramos da Silva</p>			
Providência :			
<p>Primeiramente, lamentamos profundamente o ocorrido durante o atendimento do seu filho em nossa unidade. Conforme relato registrado em prontuário, tanto na classificação de risco quanto em avaliação médica, a responsável pela criança, informou que o menor apresentava quadro de febre, sintomas gripais e dores no corpo. Durante o atendimento, a médica assistente realizou nova avaliação clínica, identificou temperatura de 38,5°C e procedeu com a correção da informação em prontuário. Informamos ainda que foram solicitados exames laboratoriais e administradas medicações na própria unidade, conforme consta em prontuário, demonstrando que em nenhum momento a criança permaneceu desassistida durante o atendimento. Diante do apontamento realizado, os enfermeiros responsáveis pela classificação de risco foram devidamente reorientados quanto à importância da conferência e registro adequado dos sinais vitais. Além disso, foi solicitada avaliação dos termômetros utilizados no setor, a fim de verificar o correto funcionamento dos equipamentos. Reiteramos que lamentamos o transtorno causado e informamos que sua manifestação foi acolhida e analisada com a devida seriedade, visando a melhoria contínua da assistência prestada aos nossos pacientes. Permanecemos a disposição para quaisquer dúvidas. Renata Machado Supervisora de Enfermagem Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas</p>			

6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.

Canal	Quantidade	Principais Queixas
APP Oficial	19	Comportamento inadequado do profissional
Protocolo Medicsys	12	Elogio ao Profissional/Serviço

Análise Crítica: No período de maio de 2026, foram registradas ao todo 31 manifestações de ouvidoria, sendo:

Elogios pelo App Oficial 4

Reclamações pelo App Oficial 14

Elogios Pelo Protocolo MedicSys 10

Reclamações Pelo Protocolo MedicSys 2

Informações pelo App Oficial 1

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

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

Comportamento inadequado de profissionais

Elogio ao Profissional

Elogios gerais (institucionais e aos profissionais)

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

6.3 Classificação das queixas

APP 18339/2026 20265551936	reclamação	04/05/2026	07/05/2026	Paula/Renata	05/05/2026	realizado
APP 18793/2026 20265651975	reclamação	06/05/2026	11/05/2026	Dra Gabriela	06/05/2026	realizado
APP 18458/2026 20265752081	elogio	06/05/2026	11/05/2026	Paula/Renata	07/05/2026	realizado
APP 18997/2026 20265752087	reclamação	07/05/2026	12/05/2026	Dra Gabriela	07/05/2026	realizado
20265752096	elogio	07/05/2026	07/05/2026	Paula/Renata	07/05/2026	realizado
202651152155	elogio	06/05/2026	06/05/2026	Paula/Renata	06/05/2026	realizado
APP 19213/2026 202651152157	reclamação	11/05/2026	14/05/2026	Paula/Renata	11/05/2026	realizado
APP 20002/2026 202651252243	elogio	12/05/2026	12/05/2026	Paula/Renata	12/05/2026	realizado
APP 20092/2026 202651252252 (19218)	reclamação	12/05/2026	15/05/2026	Paula/Renata	12/05/2026	realizado
202651352328	elogio	13/05/2026	13/05/2026	Renata (Multi)	13/05/2026	realizado
202651352332	elogio	13/05/2026	13/05/2026	Renata (Multi)	13/05/2026	realizado
APP 20155/2026 202651452377	reclamação	14/05/2026	15/05/2026	Paula/Renata	14/05/2026	realizado
APP 20152/2026 202651452381	reclamação	14/05/2026	18/05/2026	Elaine	14/05/2026	realizado
APP 20568/2026 202651852557	Informação	18/05/2026	18/05/2026	Informação (ouvidoria)	18/05/2026	realizado
202651852560	reclamação	18/05/2026	21/05/2026	Paula/Renata	18/05/2026	realizado
APP 20901/2026 202651852570	reclamação	18/05/2026	21/05/2026	Paula/Renata/ Dr Eduardo	18/05/2026	realizado
APP 21111/2026 202651952633	reclamação	19/05/2026	22/05/2026	Paula/Renata	19/05/2026	realizado
202652052711	elogio	19/05/2026	20/05/2026	Renata (Multi)	20/05/2026	realizado
202652052722	elogio	18/05/2026	18/05/2026	Paula/Renata	18/05/2026	realizado
APP 21632/2026 202652052736	elogio	20/05/2026	20/05/2026	Paula/Renata	20/05/2026	realizado
202652052752	elogio	20/05/2026	20/05/2026	Renata/Paula	20/05/2026	realizado
202652152834	reclamação	21/05/2026	25/05/2026	Dr Diego/ Renata	21/05/2026	realizado
202652253058	elogio	22/05/2026	22/05/2026	Renata/Paula	22/05/2026	realizado
202652553090	elogio	22/05/2026	22/05/2026	Renata/Paula	22/05/2026	realizado
APP 22297/2026 202652553124	reclamação	25/05/2026	28/05/2026	Dra Gabriela / Dra Mariana	dd/mm/yyyy	realizado
APP 22102/2026 202652653199	reclamação	26/05/2026	29/05/2026	Renata/Paula	26/05/2026	realizado
APP 22783/2026 202652853321	reclamação	28/05/2026	02/06/2026	Dra Gabriela	28/05/2026	realizado
APP 22762/2026 202652853322	reclamação	28/05/2026	01/06/2026	Devolutiva Secretaria	28/05/2026	realizado
APP 22861/2026 20266353701	reclamação	28/05/2026	02/06/2026	Renata/Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23224/2026 202652953394	elogio	29/05/2026	29/05/2026	Renata/Paula	dd/mm/yyyy	realizado
20266353703	elogio	30/06/2026	30/06/2026	Renata (Multi)	dd/mm/yyyy	realizado

Análise Crítica: As ouvidorias recebidas foram classificadas de acordo com o tipo de ocorrência e o status de resolução. No período foram registradas ao todo 31 ouvidorias, sendo 14 elogios e 17 queixas.

Tipos de queixas recebidas:

1. Comportamento inadequado de profissionais
2. Rotinas e protocolos

3. Demora no atendimento

Status das manifestações:

Finalizadas e respondidas: 31

Em análise e tratativas: 0

Setores responsáveis pelas demandas:

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

6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas

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

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

Conclusão Final:

A análise da Ouvidoria referente ao mês de **maio** consolida o setor como um canal estratégico e indispensável para a governança hospitalar, mediação de conflitos e melhoria contínua da assistência prestada no Pronto-Socorro Municipal Arnaldo Figueiredo de Freitas.

Durante o período avaliado, registrou-se um volume total de **31 manifestações**, apresentando um cenário de equilíbrio entre as percepções dos usuários:

Elogios (14 manifestações): Demonstram o forte reconhecimento público voltado à qualidade dos serviços e ao comprometimento das equipes assistenciais. Registros específicos destacaram o cuidado humanizado de profissionais (como o da técnica de enfermagem Sheila) e a excelência estrutural da unidade, com pacientes equiparando a assistência recebida à de instituições da rede privada.

Queixas (17 manifestações): Concentraram-se majoritariamente em apontamentos sobre o comportamento inadequado de profissionais, rotinas/protocolos institucionais e demora no atendimento.

O grande diferencial do período reflete-se na **taxa de resolutividade de 100%**, na qual todas as 31 demandas foram integralmente analisadas, tratadas e respondidas dentro do prazo, sem nenhuma pendência residual. Frente às reclamações recebidas, a Ouvidoria e as coordenações de Enfermagem, Administrativa e Direção Clínica atuaram de forma célere e corretiva. As ações incluíram a reciclagem e reorientação de colaboradores (como nos fluxos de triagem e aferição de sinais vitais), bem como a auditoria física e calibração de equipamentos assistenciais.

De forma geral, os resultados reforçam o comprometimento dos profissionais com a prestação de um atendimento humanizado, seguro e resolutivo. A Ouvidoria permanece como instrumento estratégico para identificação de oportunidades de melhoria, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo dos serviços e para o fortalecimento da confiança dos usuários na unidade.

7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Pesquisa de Satisfação sobre as internações 01.05 á 15.05

A pesquisa de satisfação é uma importante ferramenta para avaliar a percepção dos pacientes em relação aos serviços prestados pela unidade. Por meio das informações fornecidas pelos usuários, é possível identificar oportunidades de melhoria, implementar ações corretivas e fortalecer práticas que contribuam para a qualidade e a humanização do atendimento.

A coleta das informações é realizada diretamente pelos pacientes ou familiares por meio do tablet institucional, proporcionando um canal acessível e eficiente para manifestação de opiniões sobre os serviços recebidos.

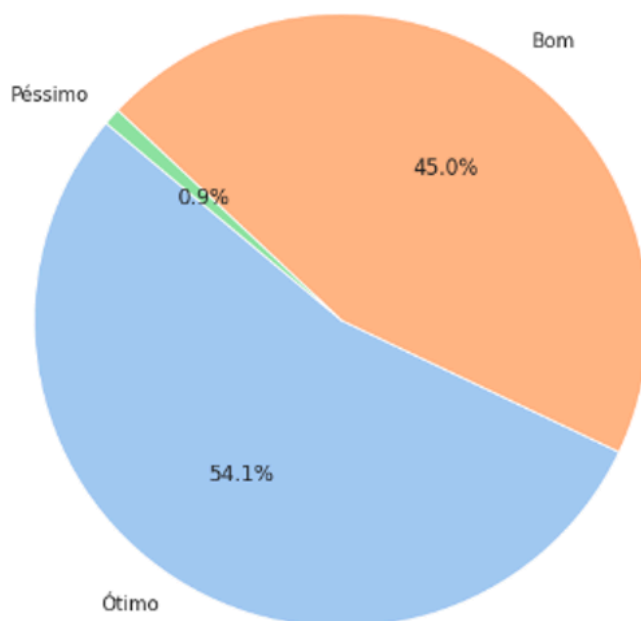
No período avaliado, compreendido entre **01/05/2026 á 15/05/2026**, foram realizadas **149 internações**. As pesquisas de satisfação são aplicadas, em geral, no momento da internação ou da alta hospitalar, permitindo uma avaliação mais precisa da experiência do paciente e da qualidade da assistência prestada durante sua permanência na unidade.

7.1 Avaliação do Atendimento

Pesquisa de Satisfação sobre atendimentos de 01/05 à 15/05

Durante o período de 01/05/2026 á 15/05/2026 foram realizadas 375 pesquisas sendo 149 referente aos pacientes internados.

Percentual de Satisfação da internação no período mencionado



Diante dos dados coletados entre os dias 01/05/2026 a 15/05/2026, conclui-se que o serviço de internação da unidade apresenta um alto nível de aprovação e eficiência assistencial. No período avaliado, de um universo de 149 internações ocorridas, obteve-se uma taxa de adesão perfeita, registrando exatamente 149 pesquisas respondidas via tablet institucional por pacientes internados ou seus familiares (dentro de um montante global de 375 avaliações gerais da unidade).

A análise dos resultados aponta para um cenário extremamente positivo:

- Aprovação expressiva: O índice de satisfação positiva atingiu 99,1%, sendo composto por 54,1% de avaliações como "Ótimo" e 45,0% como "Bom".
- Inexpressividade de rejeição: A percepção negativa obteve um índice quase nulo, com apenas 0,9% de menções como "Péssimo".

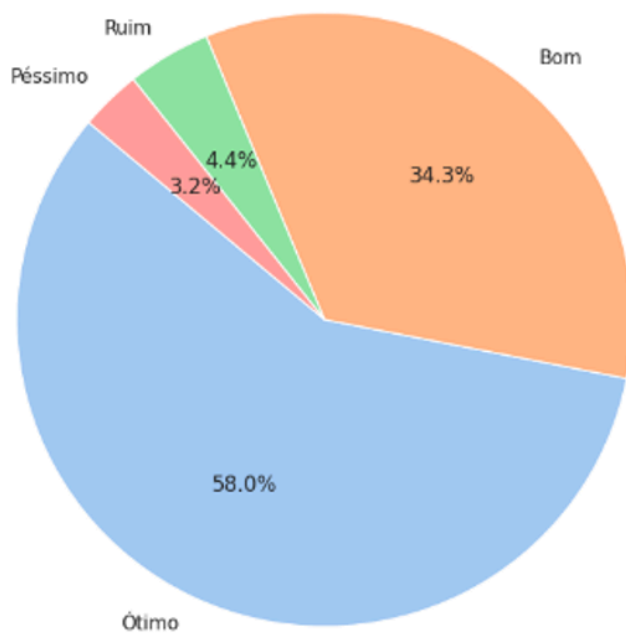
Esses indicadores demonstram que as práticas voltadas à humanização, à qualidade técnica e ao acolhimento durante o tempo de permanência hospitalar estão consolidadas e alinhadas às expectativas dos usuários. A expressiva taxa

de engajamento na pesquisa reforça o tablet institucional como um canal de escuta ativo e eficaz. Como recomendação contínua, cabe à gestão acolher o residual mínimo de insatisfação para identificar ajustes pontuais, mantendo o foco na excelência e no aprimoramento constante dos serviços prestados.

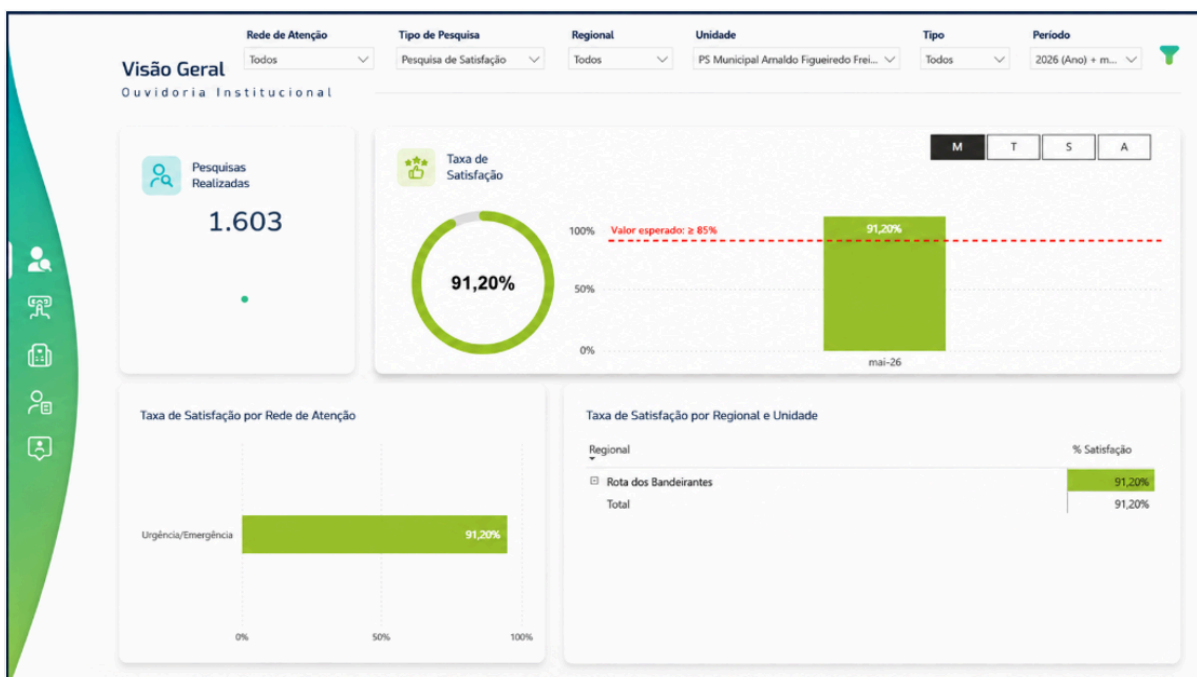
Pesquisa de Satisfação sobre atendimentos de 16/05 á 31/05

Com base na renovação do contrato ocorrida em 15/05 e na revisão do texto da Pesquisa de Satisfação (conforme o documento PMB nº 085202/2026, página 7), informamos que a meta de aplicação foi ajustada para 10% do volume total de pacientes atendidos. Nesse sentido, apresentamos os indicadores referentes ao intervalo de 16/05 a 31/05, em conformidade com os novos parâmetros definidos.

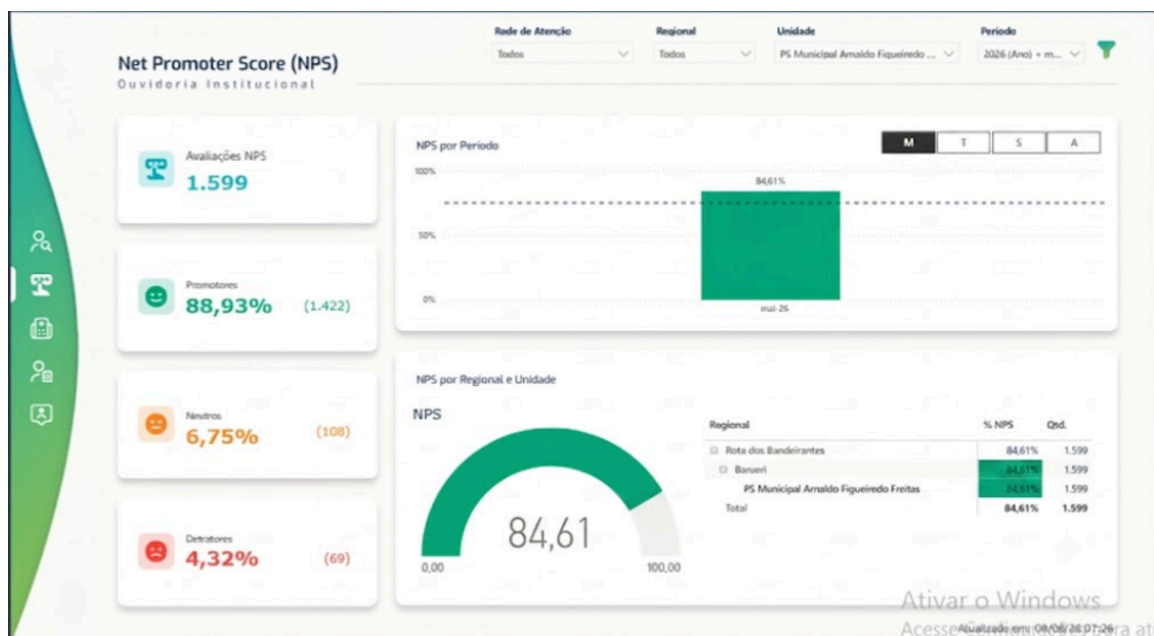
Entre os dias 16/05/2026 e 31/05/2026, a unidade registrou **um volume de 12.707** atendimentos. Visando mensurar a percepção do usuário e identificar gargalos assistenciais, foram coletadas **1.603 pesquisas de satisfação, representando 126% da amostra em relação à meta contratual**, junto aos pacientes em ambiente de espera. A análise detalhada desses indicadores é apresentada a seguir:



Percentual Geral de Satisfação:



Indicação do Serviço de Saúde (NPS):



Satisfação por item de pesquisa:

Satisfação por Categoria e Pergunta

Atendimento	% Satisfação	Serviço	% Satisfação
Farmácia?	97,74%	Serviço	97,01%
Avaliação de Risco (Triagem)?	97,59%	Acessibilidade?	99,94%
Recepção?	97,27%	Agilidade?	94,73%
Enfermagem?	97,19%	Atenção da Equipe?	100,00%
Médico?	97,11%	Atenção?	98,69%
Laboratório?	96,83%	Controle de Acesso (Portaria)?	99,68%
Total	96,32%	Total	97,01%

Considerações finais: Os resultados do mês analisado demonstram que a unidade mantém um cenário amplamente favorável em relação à satisfação dos usuários, evidenciado pelo elevado percentual de promotores e pelos bons índices obtidos nos diversos setores avaliados. Embora tenha sido observada uma redução no NPS geral em comparação ao período anterior, os indicadores permanecem em níveis positivos e compatíveis com uma assistência de qualidade.

O aumento do percentual de usuários detratores sinaliza a necessidade de monitoramento mais próximo dos fatores que impactam a experiência do paciente, especialmente aqueles relacionados à percepção do atendimento e ao tempo de espera. Nesse contexto, torna-se fundamental fortalecer as ações de melhoria contínua, promovendo maior integração entre as equipes e aprimorando os processos assistenciais e operacionais.

De forma geral, os resultados reforçam o comprometimento dos profissionais com a prestação de um atendimento humanizado, seguro e resolutivo. A Ouvidoria permanece como instrumento estratégico para identificação de oportunidades de melhoria, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo dos serviços e para o fortalecimento da confiança dos usuários na unidade.

8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS

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

9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

Readequado o planejamento de acordo com as necessidades atuais e cronograma pré estabelecido.

Seguem os temas abordados e participação das equipes:

TEMA	MINISTRADO	DATAS		LOCAL
		INICIO	TÉRMINO	
NR 32	TATIANA BARROS	05/05/2026	06/05/2026	Sala de Treinamento
<u>Políticas</u> de segurança do SESMT (NR 01,04,05,06,09,23 e 32)	TATIANA BAROS	04/05/2026	04/05/2026	Sala de Treinamento
Semana da enfermagem com abordagem dos pilares Éticos, técnicos e políticos	Selma	12/05/2026	15/05/2026	Sala de Treinamento
Sondagem nasoenteral (atualização do protocolo institucional, parecer do cofen , cuidados de enfermagem, validação de <u>pratica</u>).	Selma	21/05/2026	22/05/2026	Sala de Treinamento
Campanha de higiene da Mãos, quis in loco, técnica de higiene das mãos e 5 momentos de higiene das mãos.	Stefanni /Selma	21/05/2026	22/05/2026	IN LOCO
Maio Amarelo (apoio e palestra de conscientização no trânsito com a Secretaria Municipal de Trânsito de Barueri)	Tatiana Barros	25/05/2026	26/05/2026	Sala de Treinamento
Fluxos de acidente de Trabalho, conceito, emissão de CAT	Tatiana Barros	26/05/2026	26/05/2026	Sala de Treinamento
Capacitação de atendimento antirrábico humano com a vigilância epidemiológica municipal de Barueri	Victor	27/05/2026	27/05/2026	Centro de diagnostico
Programa de gerenciamento de resíduo de serviços de saúde	Tatiana Barros e Selma	28/05/2026	29/05/2026	Sala de Treinamento
Apoio na integração EAD em plataforma ASAS educação	Selma	28/05/2026	29/05/2026	In -Loco

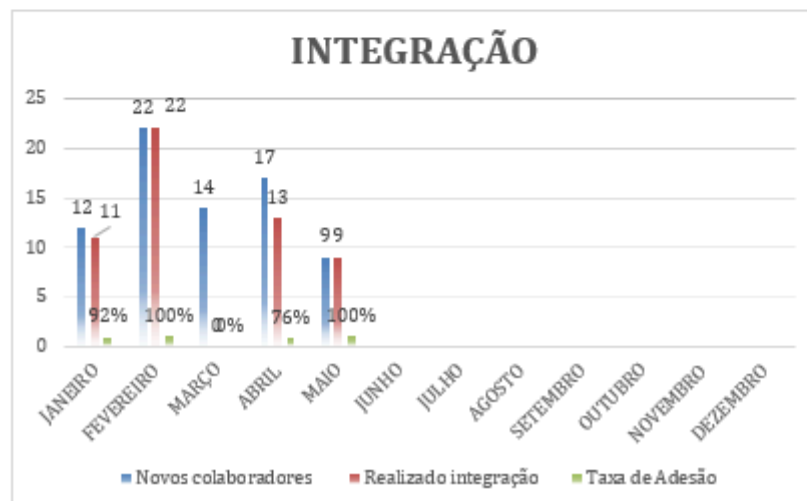
INDICADORES											
Nº	Tema	Categoria	Convocados Quantidade	Participantes Quantidade	Folgas	Atestados	Total Ausência	HH/T	Meta HH/T 01h00	Taxa de participação	META
					-	-	-	890,5		100%	100%
1	Políticas de segurança do SESMT (NR 01,04,05,06,09,23 e 32)	Enfermagem	171	47				47:00:00		47%	70%
2	NR 32	Enfermagem	171	39				39:00:00		76%	70%
3	Semana da enfermagem com abordagem dos pilares Éticos, técnicos e políticos	Enfermagem	171	100				200:00:00		76%	70%
4	Sondagem nasoenteral (atualização do protocolo institucional, parecer do cofeu , cuidadores de enfermagem, validação de prática).	Enfermagem	171	130				39:00:00		76%	70%
5	Campanha de higiene da Mãos, quis in loco, técnica de higiene das mãos e 5 momentos de higiene das mãos.	Enfermagem	254	125				37,5:00:00	890,5 horas treinada dividido por 253 colaboradores ativos média mensal de 3,50:00:00 horas	73%	70%
6	Maio Amarelo (apoio e palestra de conscientização no trânsito com a Secretaria Municipal de Trânsito de Barueri)	Enfermagem	254	40				40:00:00		100%	70%
7	Fluxos de acidente de Trabalho, conceito, emissão de CAT	Enfermagem	254	143				143:00:00		100%	70%
8	Capacitação de atendimento antirrábico humano com a vigilância epidemiológica municipal de Barueri	Enfermagem	2	2				4:00:00		100%	70%
9	Programa de gerenciamento de resíduo de serviços de saúde	Enfermagem	254	141				141:00:00		100%	70%
10	Apoio na integração EAD em plataforma ASAS educação	Enfermagem	200	200				200:00:00		68%	70%

6. INTEGRAÇÃO

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

Nº	NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO
1	PALOMA DOS SANTOS DE SANTANA	AUX FARMÁCIA NOT
2	LETICIA RODRIGUES DE A MARQUES	TEC ENF DIA B 36HS
3	JULIANA DOS ANJOS M RIBEIRO	TEC ENF NOT A
4	DIEGO ALVES DO VALE	AUX TEC ADM NOT B
5	DANIELLA DE JESUS LIMA QUEIROZ	TEC ENF DIA B 36HS
6	CLEYSE ANDRIELE O DA SILVA	TEC ENF DIA B 36HS
7	MANOEL DE SOUSA CARDOSO FILHO	TEC ENF DIA A 36HS
8	KAREN SANTOS DE SOUZA	ENF NOT B
9	JANAINA FREIRE DA SILVA	ENF NOT B
TOTAL DE COLABORADORES INTEGRADOS: 9		

7. INDICADOR DAS INTEGRAÇÃO REALIZADAS NO ANO 2026



8. INTEGRAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS

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

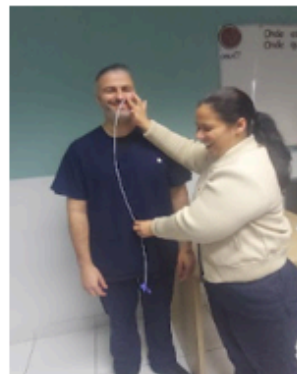
Nº	NOME DOS ESTAGIÁRIOS
1	BIANCA PEREIRA DE AQUINO
2	CINTIA RODRIGUES ALVES
3	FABIELE DOS SANTOS PINTO
4	YASMIN SANTOS OLIVEIRA
5	LOIDE DA SILVA ARAUJO
6	JESSICA DAMARIS DE SOUSA SALES BARBOSA
7	JULIA JARDINS DOS SANTOS BARBOSA
8	MARIANA BARSOTI DA SILVA
9	RENATA DA SILVA COSTA
10	EDUARDO SOUZA RODRIGUES ALVES
11	CÉLIA MATIAS DA SILVA
12	CLEONICE CAMARGO SAMPAIO
	TOTAL DE ESTAGIÁRIOS INTEGRADOS: 12

9. EVIDÊNCIAS DAS AÇÕES DE TREINAMENTO REALIZADAS EM JANEIRO DE 2026

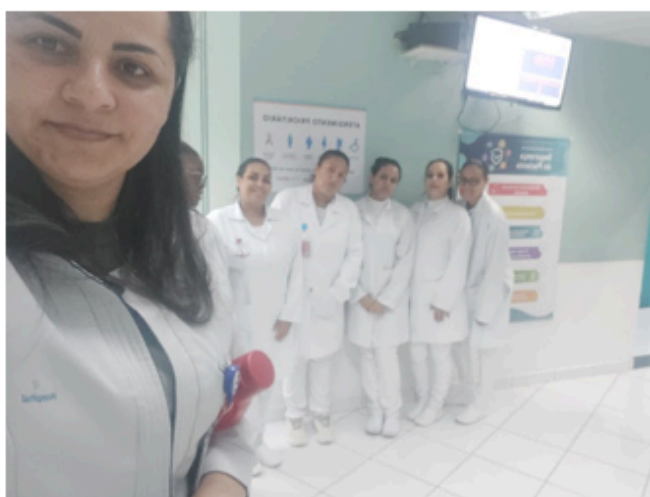
Treinamento de PGRSS

IMAGENS DOS TREINAMENTOS E AÇÕES:

Treinamento de sondagem nasoenteral



Integração dos estagiários



Treinamento pré-analítico

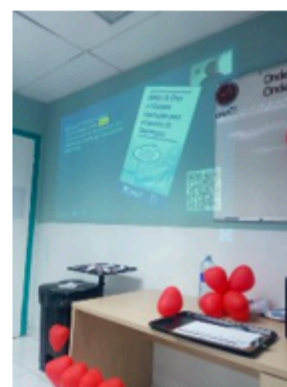


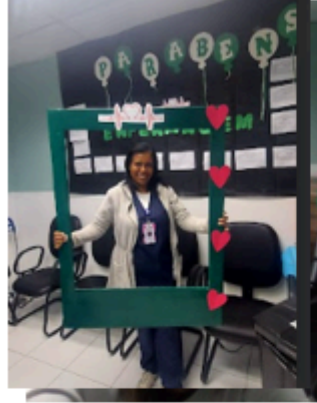
Campanha de higienização das mãos





semana da enfermagem





EVENTO PDL- PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE LÍDERES



cejamoticial

Madonna · Vogue (Edit)

...



É por isso que o CEJAM investe no Programa de Desenvolvimento de Líderes (PDL).

A iniciativa fortalece competências essenciais para uma gestão mais colaborativa, baseada na escuta, no diálogo e no desenvolvimento contínuo das



EMPOSSAMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM- CEE





ANIVERSARIANTES DO MÊS- BOLO MENSAL



10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS

Relatório do Hospitalista

Relatório do Serviço Social

Relatório do Núcleo de Qualidade

Relatório do SCIH (Antibióticos)

Relatório do SESMT

Relatório da Fisioterapia

Relatório da Nutrição

Relatório da Radiologia

RELATÓRIO ASSISTENCIAL

PACIENTES INTERNADOS – MÊS DE MAIO/2026

Unidade: Pronto Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

Período de referência: Maio de 2026

Tipo de atendimento: Internação hospitalar – Clínica Médica (Observação)

Fonte dos dados: Prontuário eletrônico institucional

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo apresentar, de forma consolidada e institucional, os dados assistenciais referentes aos pacientes internados na Clínica Médica, em regime de Observação, durante o mês de maio de 2026.

São contemplados o perfil demográfico dos pacientes, os principais diagnósticos observados, a complexidade assistencial envolvida, os recursos diagnósticos e terapêuticos empregados, bem como os desfechos assistenciais registrados no período.

O documento atende às diretrizes de monitoramento assistencial, transparência administrativa e prestação de informações à Secretaria Municipal de Saúde, servindo também como instrumento de avaliação interna da qualidade assistencial e planejamento estratégico da unidade.

2. METODOLOGIA

Foram analisados os registros médicos referentes aos pacientes internados na Clínica Médica – Observação durante o mês de maio de 2026, incluindo evolução médica, exames complementares, hipóteses diagnósticas, interconsultas especializadas, utilização de recursos terapêuticos e desfechos clínicos.

Cada paciente foi contabilizado uma única vez, independentemente do número de evoluções registradas durante sua permanência na unidade.

A análise contemplou 104 pacientes internados no período avaliado.

3. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

Foram acompanhados 104 pacientes internados sob responsabilidade da Clínica Médica – Observação durante o mês de maio de 2026.

O período foi caracterizado por elevada complexidade assistencial, incluindo pacientes com:

- Síndromes coronarianas agudas;
- Acidente vascular cerebral;
- Pneumonias graves;
- Insuficiência cardíaca descompensada;
- DPOC exacerbado;
- Distúrbios metabólicos graves;
- Quadros cirúrgicos agudos;
- Doenças oncológicas avançadas;
- Cuidados paliativos;
- Transtornos psiquiátricos agudos;
- Pacientes com necessidade de regulação para serviços especializados.

Observou-se ainda número expressivo de pacientes idosos, com múltiplas comorbidades e necessidade de monitorização contínua, reforçando o papel estratégico da unidade como área intermediária entre o atendimento de urgência e a internação hospitalar.

3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES

Distribuição por sexo

Observou-se distribuição relativamente equilibrada entre pacientes do sexo masculino e feminino, sem predominância absoluta de um dos grupos, refletindo a diversidade do perfil assistencial atendido pela unidade.

Sexo	Percentual
Masculino	52,4%
Feminino	47,6%

Distribuição etária

A idade média observada foi de **55,8 anos**, variando entre **14 e 89 anos**.

Observou-se predomínio de pacientes idosos, sendo que aproximadamente **48,5% da população assistida possuía 60 anos ou mais**, reforçando o perfil de elevada complexidade clínica da unidade. Esse grupo concentrou a maior parte dos casos relacionados a doenças cardiovasculares, pneumonias, doença renal crônica, insuficiência respiratória, síndromes neurológicas e cuidados paliativos.

Distribuição por faixa etária

Faixa etária	Percentual
Menores de 18 anos	4,1%
18 a 39 anos	21,6%
40 a 59 anos	25,8%
60 a 79 anos	35,1%
80 anos ou mais	13,4%

A elevada participação de idosos no perfil assistencial esteve associada à maior frequência de:

- Insuficiência cardíaca;
- Pneumonias;
- DPOC;
- Doença renal crônica;
- Delirium;
- Demências;
- Cuidados paliativos;
- Dependência de oxigenoterapia.

Tal cenário reforça a necessidade de abordagem multiprofissional e acompanhamento clínico contínuo desses pacientes.

4. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS

Foram identificados os seguintes grupos diagnósticos predominantes:

Grupo Diagnóstico	Frequência estimada
Pneumonia e infecções respiratórias	~25%
Insuficiência cardíaca e FAARV	~12%
ITU, pielonefrite e doenças urológicas	~18%
DRC e distúrbios hidroeletrólíticos	~15%
Condições cirúrgicas agudas	~20%
Síndromes neurológicas agudas	~10%
Transtornos psiquiátricos agudos	~8%
Neoplasias avançadas e cuidados paliativos	~10%

Observou-se sobreposição diagnóstica em diversos pacientes, refletindo a elevada complexidade clínica da população atendida.

5. AÇÕES E CONDUTAS MÉDICAS REALIZADAS

5.1 Antibioticoterapia

A antibioticoterapia foi utilizada em aproximadamente **58,3% dos pacientes internados**, principalmente nos casos de pneumonia comunitária, broncopneumonias, infecções do trato urinário, pielonefrites, infecções de pele e partes moles, sepse, infecções intra-abdominais e infecções hospitalares.

Os antimicrobianos mais frequentemente empregados incluíram ceftriaxona, claritromicina, azitromicina, metronidazol, clindamicina, amoxicilina-clavulanato, piperacilina-tazobactam, meropenem, vancomicina e fosfomicina, selecionados de acordo com a hipótese diagnóstica, gravidade clínica e perfil microbiológico esperado.

O elevado percentual de utilização de antibióticos reflete o predomínio de condições infecciosas entre os diagnósticos observados, especialmente durante o período sazonal de aumento das doenças respiratórias, bem como a presença frequente de pacientes idosos e portadores de múltiplas comorbidades.

5.2 Exames Complementares

Foram amplamente utilizados recursos diagnósticos, incluindo:

- Exames laboratoriais;
- Radiografias;
- Tomografias computadorizadas;
- Ultrassonografias;
- Eletrocardiogramas;
- Ressonância magnética em casos selecionados.

5.3 Suporte Clínico

Foram frequentemente empregados:

- Hidratação venosa;
- Analgesia sistêmica;
- Correção de distúrbios metabólicos;
- Controle de sintomas;
- Cuidados paliativos;
- Contenção química em situações específicas.

5.4 Suporte Respiratório

Durante o período analisado, aproximadamente **16 pacientes (15,5%) necessitaram de oxigenoterapia suplementar**, principalmente em decorrência de pneumonias comunitárias, broncopneumonias, exacerbações de DPOC, insuficiência cardíaca descompensada e outras condições associadas à insuficiência respiratória aguda.

A utilização de suporte de oxigênio refletiu o perfil de elevada complexidade clínica observado na unidade, com necessidade de monitorização contínua, reavaliações frequentes e acompanhamento da evolução respiratória dos pacientes internados. Em casos selecionados, houve necessidade de planejamento para continuidade do suporte respiratório após a alta hospitalar, incluindo avaliação para oxigenoterapia domiciliar.

5.5 Interconsultas Especializadas

Foram solicitadas avaliações especializadas para:

- Cirurgia Geral;
- Urologia;
- Neurologia;
- Neurocirurgia;
- Bucomaxilofacial;
- Psiquiatria;
- Oftalmologia;
- Otorrinolaringologia;
- Cirurgia Vascular.

5.6 Cuidados Paliativos

Foi observada parcela relevante de pacientes com doenças avançadas e indicação de cuidados paliativos, especialmente relacionados a neoplasias, demências avançadas e condições irreversíveis de alta dependência funcional.

5.7 Complexidade Assistencial

O período foi marcado por pacientes com elevada complexidade clínica, incluindo:

- IAM;
 - AVC;
 - Sepsis;
 - Delirium;
 - Cuidados paliativos;
 - Dependência de oxigenoterapia;
 - Longa permanência;
 - Necessidade de múltiplas especialidades médicas.
-

6. DESFECHOS ASSISTENCIAIS

Os principais desfechos observados incluíram:

- Pacientes internados: 104
- Altas hospitalares após estabilização clínica: 47
- Transferências internas: 18
- Transferências externas: 60
- Evasões documentadas: 1

Observou-se ainda número significativo de pacientes mantidos na unidade por indisponibilidade de leitos de retaguarda, situação que extrapola o perfil originalmente proposto para áreas de observação.

7. INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Mantiveram-se práticas alinhadas às diretrizes institucionais de segurança do paciente, incluindo:

- Registro sistematizado em prontuário eletrônico;
 - Discussão diária dos casos nas visitas multiprofissionais
 - Monitorização clínica contínua;
 - Utilização de protocolos assistenciais como dor torácica, sepse e AVC
 - Comunicação multiprofissional efetiva;
 - Avaliação especializada quando indicada, por meio da regulação municipal
-

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mês de maio de 2026 foi marcado por elevada complexidade clínica, predomínio de pacientes idosos, múltiplas comorbidades e significativa demanda por recursos diagnósticos e terapêuticos especializados.

A unidade de Observação desempenhou papel fundamental na estabilização clínica, monitorização contínua e articulação com a rede de atenção à saúde, absorvendo pacientes que frequentemente ultrapassam o perfil assistencial idealmente previsto para permanência em unidade de pronto atendimento.

O cenário observado reforça a importância estratégica da Observação como componente essencial da assistência hospitalar de urgência e emergência do município, garantindo continuidade do cuidado, segurança assistencial e suporte à regulação da rede.

9. ANÁLISE COMPARATIVA – ABRIL/2026 × MAIO/2026

Em comparação ao mês anterior, observou-se:

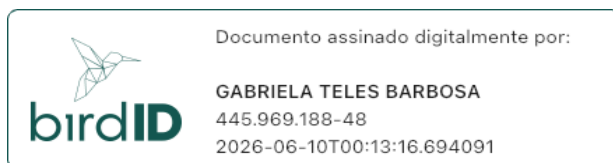
- Manutenção do elevado volume assistencial;
 - Predomínio de pacientes idosos;
 - Aumento da demanda respiratória sazonal;
 - Persistência de pacientes aguardando leitos de retaguarda;
 - Necessidade frequente de interconsultas especializadas;
 - Manutenção de elevada complexidade clínica dos casos acompanhados.
-

Responsável pelo relatório

Gabriela Teles Barbosa

CRM-SP 250.239

Diretora Clínica e Coordenadora médica – Pronto Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas



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

Município	Quantidade	Porcentagem
Barueri	152	86%
Jandira	12	7%
Itapevi	5	3%
Outros	8	5%
Total Geral	177	100%

Sexo	Quantidade	Porcentagem
Feminino	68	38%
Masculino	109	62%
Total Geral	177	100%

Acolhimento	Quantidade	Porcentagem
Acolhimento/Escuta	78	44,07%
Acolhimento no leito	91	51,41%
Atendimento Criança	8	4,52%
Total Geral	177	100%


Demanda Identificada	Quantidade	Porcentagem
Pessoa em Situação de Rua	4	2%
Boletim Observação / EMERGÊNCIA	64	30%
Contato com familiar	26	12%
Contato com rede	9	4%
Óbito (Acolhimento e Orientações)	9	4%
PID / PAD	3	1%
Solicitação de Oxigênio Domiciliar	2	1%
Relatório Conselho Tutelar	2	1%
Conflito Institucional	2	1%
Relatório externo (CRAS/CREAS/CRAM	1	0%
Conflito Familiar	1	0%
Ressalva de DO/DNV	1	0%
Orientações Gerais	78	37%
Acolhimento Familiar	9	4%
Total Geral	211	100%

Situação de Risco	Quantidade	Porcentagem
Acidente de Trânsito	4	33%
Acidente Doméstico	2	17%
Evasão	2	17%
Negligência	1	8%

Tentativa de Suicídio	3	25%
Violência Doméstica	0	0%
Suspeita Abuso Sexual	0	0%
Total Geral	12	100%
Encaminhamentos Realizados	Quantidade	Porcentagem
Encaminhamento Casa de Acolhimento	4	36%
Encaminhamento Rede de Saúde	7	64%
Total Geral	11	100%

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

Atenciosamente;


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

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



Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

Relatório da Qualidade

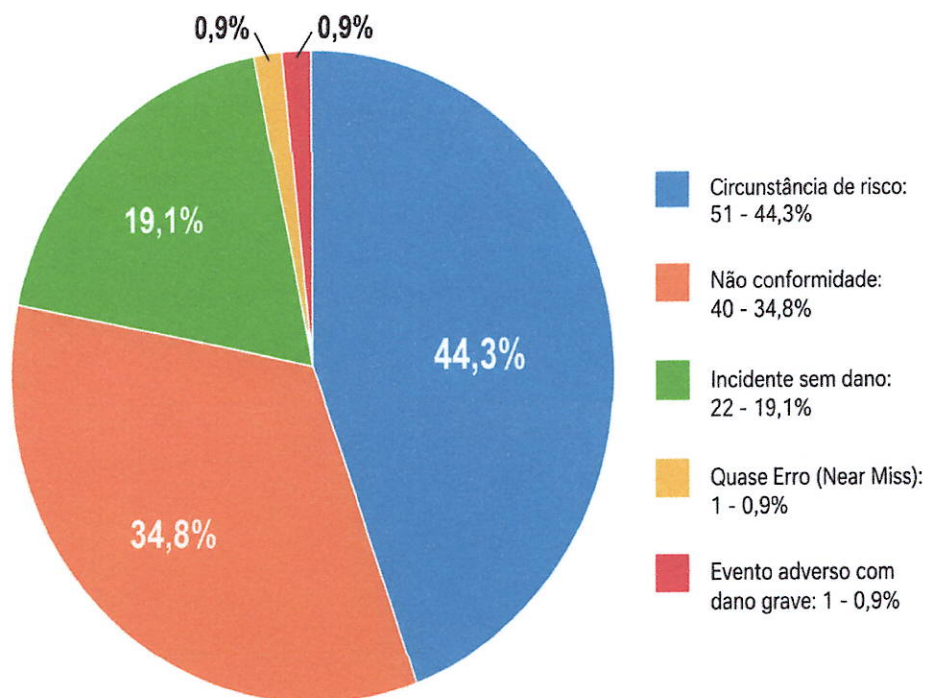
MAIO/2026

NOTIFICAÇÕES

Recebemos no total 115 notificações com as seguintes classificações:

- Circunstância de risco – 51 (44,3%)
- Não conformidade – 40 (34,8%)
- Incidente sem dano - 22 (19,1%)
- Quase Erro (Near Miss) 1 (0,9%)
- Eventos adverso com dano grave 1 (0,9%)

Distribuição de Ocorrências (%)



Total: 115 (100%)

Outros incidentes e/ou eventos adversos:

- Flebite, Perda de CVC e CNE, Extubação acidental: Flebite 16 sendo 13 na emergência e 3 na pediatria
- Lesão por pressão: 0
Lesão de pele: 01

Identificação: [REDACTED]	Notificante: [REDACTED]	Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI
Tipo Setor Notificado: Assistencial	Setor Notificado: Emergência	Tipo Setor Notificante: Assistencial
Setor do Notificante: Emergência	Tipo Setor Ocorrência: Assistencial	Setor da Ocorrência: Emergência
Prontuário: [REDACTED]	Data de Abertura: 03/05/2026	Data Ocorrência: 03/05/2026
	Hora Ocorrência: 02:25	Tipo Pessoa: Paciente
Descrição da Ocorrência: 02:25 PACIENTE EM LEITO 7 DA EMERGÊNCIA, APRESENTA AGITAÇÃO, EM SEGUIDA SE JOGANDO DO LEITE, QUE ESTAVA COM GRADES ELEVADAS E RODAS TRAVADAS. APRESENTANDO LESÃO SUPERFICIAL EM MSE, SENDO REALIZADO CURATIVO. PACIENTE AVALIADO PELO MÉDICO.		
Ação Imediata: REALIZADO CONTENÇÃO E CURATIVO EM MSE.		

- Erros de medicação: 0
- Queda – Sala de emergência - Incidente sem dano

Identificação: [REDACTED]	Notificante: [REDACTED]	Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI
Tipo Setor Notificado: Assistencial	Setor Notificado: Emergência	Tipo Setor Notificante: Assistencial
Setor do Notificante: Emergência	Tipo Setor Ocorrência: Assistencial	Setor da Ocorrência: Emergência
Prontuário: [REDACTED]	Data de Abertura: 03/05/2026	Data Ocorrência: 03/05/2026
	Hora Ocorrência: 03:00	Tipo Pessoa: Paciente
Descrição da Ocorrência: Paciente em acompanhamento por AVC hemorrágico, em leito de internação, durante prescrição/ajuste de medicação vasoativa (nitroglicerina), evoluiu com queda do leito, presenciada pela equipe. Queda ocorreu devido tentativa de levantar-se associado a agitação.		
Ação Imediata: MEG, sonolento, PIFR, GCS 12. Mantém déficit neurológico focal a esquerda. Aguardo avaliação de NRL. Evento comunicado à equipe assistencial. Notificação de evento adverso realizada. Medidas preventivas instituídas: Elevação de grades do leito. Avaliada necessidade de contenção (se aplicável). Reforçada vigilância da equipe.		

INDICADOR DE TAXA DE NOTIFICAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS

Fórmula

Nº de notificações de eventos adversos

----- X 1000

Nº total de atendimentos

Análise crítica:

Neste mês, tivemos o registro de 1 notificações com eventos adversos dentro do sistema Medicsys, representando 0,04 a cada 1.000 atendimentos (valor total = 24.553 atendimentos).

COMISSÕES

Reuniões maio/2026:

- Revisão de prontuários – Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de março, com 28 análises. Realizada em 13/05/2026
- Revisão de óbitos - Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de , com março 14 óbitos totais. Realizada em 13/05/2026
- Observação: As comissões de revisão de prontuários e de óbitos analisam os prontuários do mês anterior.
- CCIRAS – Reuniões Bimestrais – Realizada em 11/05/2026
- Núcleo de qualidade e segurança do paciente - Não realizada
- Farmácia terapêutica (CFT) - Realizada em 13/05/2026
- CPMMMH - Realizada em 13/05/2026
- PGRSS - Realizada em 21/05/2026
- Biossegurança - Realizada em 21/05/2026
- PPRAMP - Realizada em 21/05/2026
- EMTN - Realizada em 13/05/2026
- Ética médica – Não realizada
- Diretoria clínica - Realizadas em 07/05/2026, 14/05/2026 e 21/05/2026
- Auditoria – Realizada em 08/05/2026
- Humanização – Não realizada
- Cuidados com a pele (Feridas e curativos) – Não realizada
- CIPA – Realizada em 22/05/2026
- Ética de enfermagem – Realizada em 02/05/2026
- Comissão Radiológica – Realizada em 25/05/2026



Adriana Cristina de Franco
Coordenadora de Qualidade

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

1. Apresentação

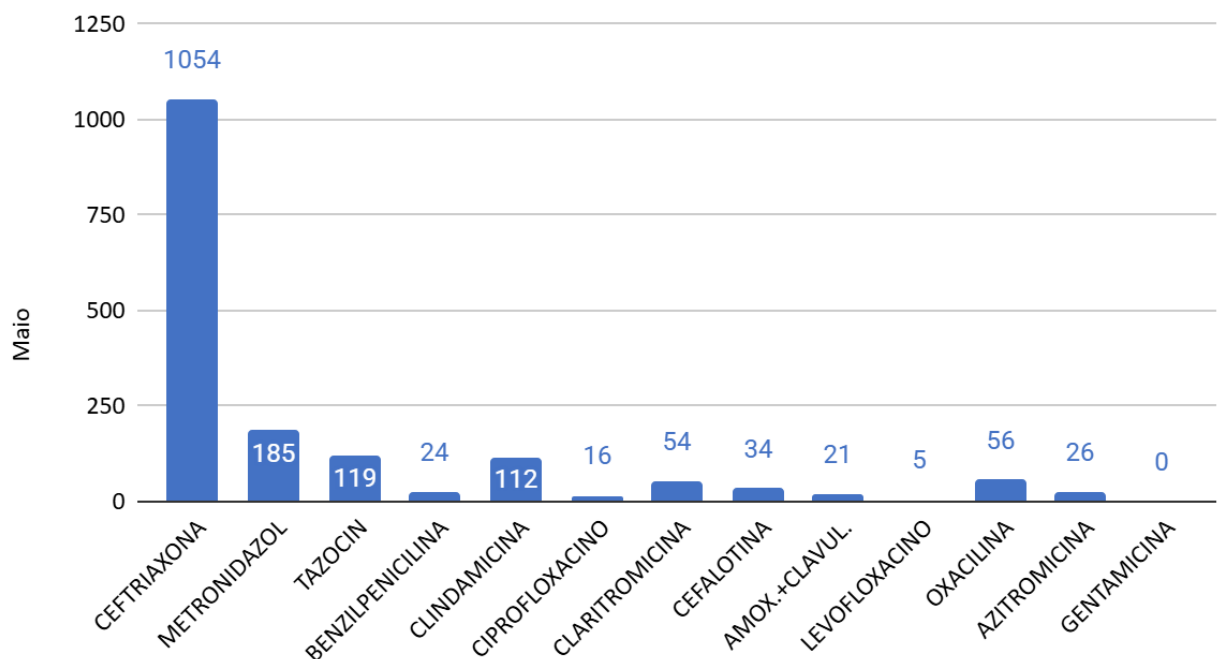
Em consonância com a Portaria 2.616/1998 do Ministério da Saúde, a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde CCIRAS tem por objetivo atuar no processo de prevenção e controle de infecções hospitalares.

2. Número total de Antibióticos.

Em Maio houve queda significativa do uso de antibióticos de 3168 (Abril) para 1793. Os antimicrobianos mais utilizados foram Ceftriaxona em 1054, Metronidazol 185 e Tazocin 119. Tabela com antimicrobianos.

Gráfico 01 Consumo de antimicrobianos

Consumo de Antimicrobianos - Maio

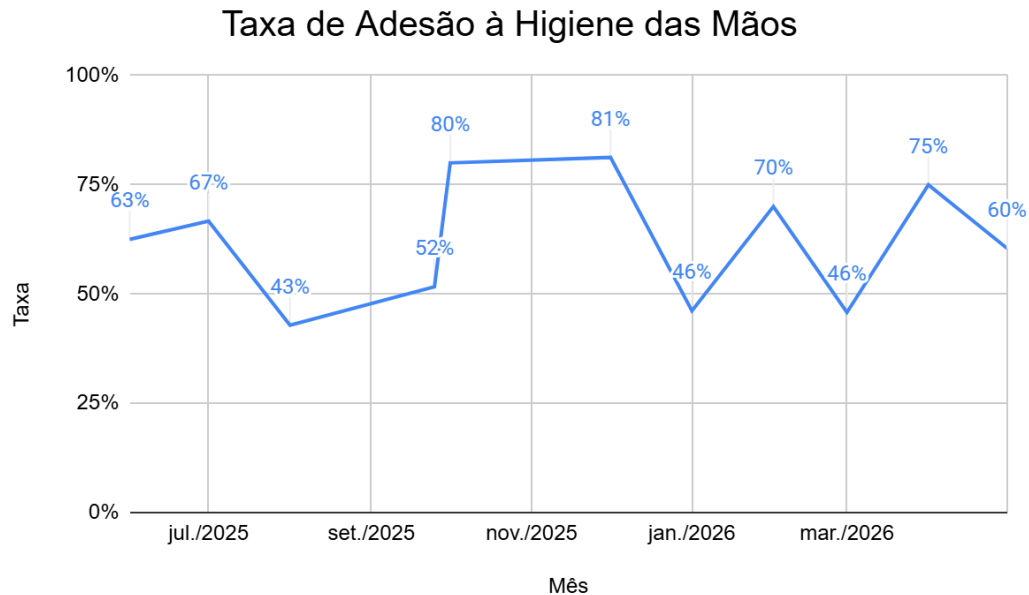


3. Adesão à Higienização das Mãos

Em Maio, foram realizadas 48 auditorias, das quais 29 (60%) corresponderam à observação da higiene das mãos. A taxa global de adesão foi de 60%. Os melhores resultados foram observados nos momentos "após contato com fluidos corporais", com adesão de 80%, e "após contato com o paciente", com 78% de adesão. Os dados

demonstram monitoramento contínuo da prática de higiene das mãos e evidenciam maior adesão nos momentos associados à percepção de maior risco de contaminação.

Gráfico 02: Taxa de Adesão



4. Taxa de Dispositivos Invasivos e IRAS

Gráfico 03: Taxa de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)

Ventilação mecânica: 10 pacientes em intubação endotraqueal (IOT/VM), totalizando 22 IOT/VM-dia, correspondendo a 8% no mês de maio. Não houve casos de PAV resultando em densidade de PAV igual a zero.

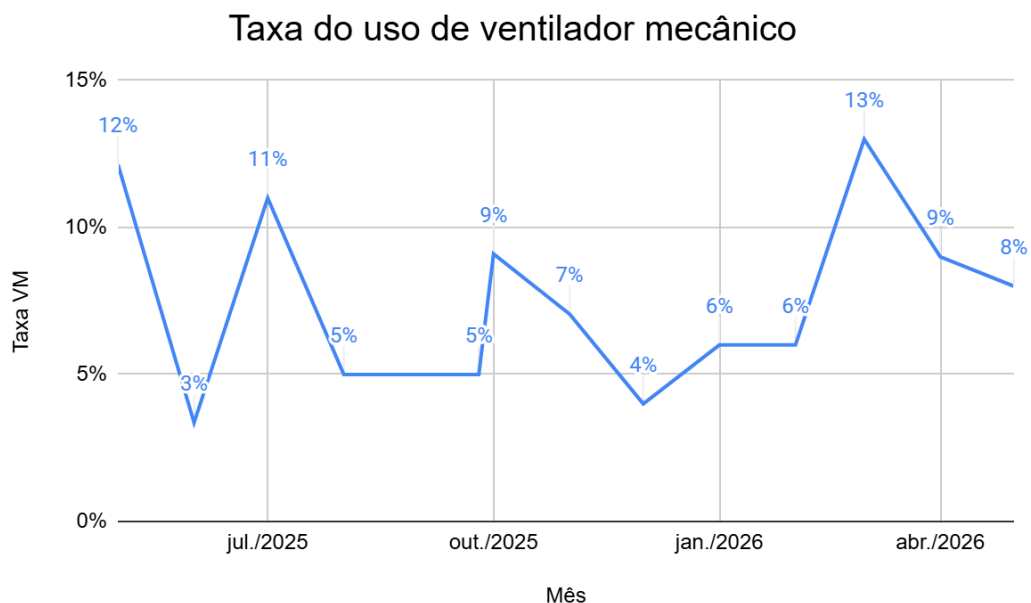


Gráfico 04: Taxa de Cateter Vesical de Demora

Cateter Vesical de Demora: A Taxa de 13% reduziu comparado ao mês passado, foram registrados 26 pacientes em uso de cateter vesical de demora, totalizando 71 dias de utilização (CVD/dia), sem ocorrência de ITU-AC. Sendo 18 CVD/DIA observação e 53 (CVD/dia) no setor da emergência.

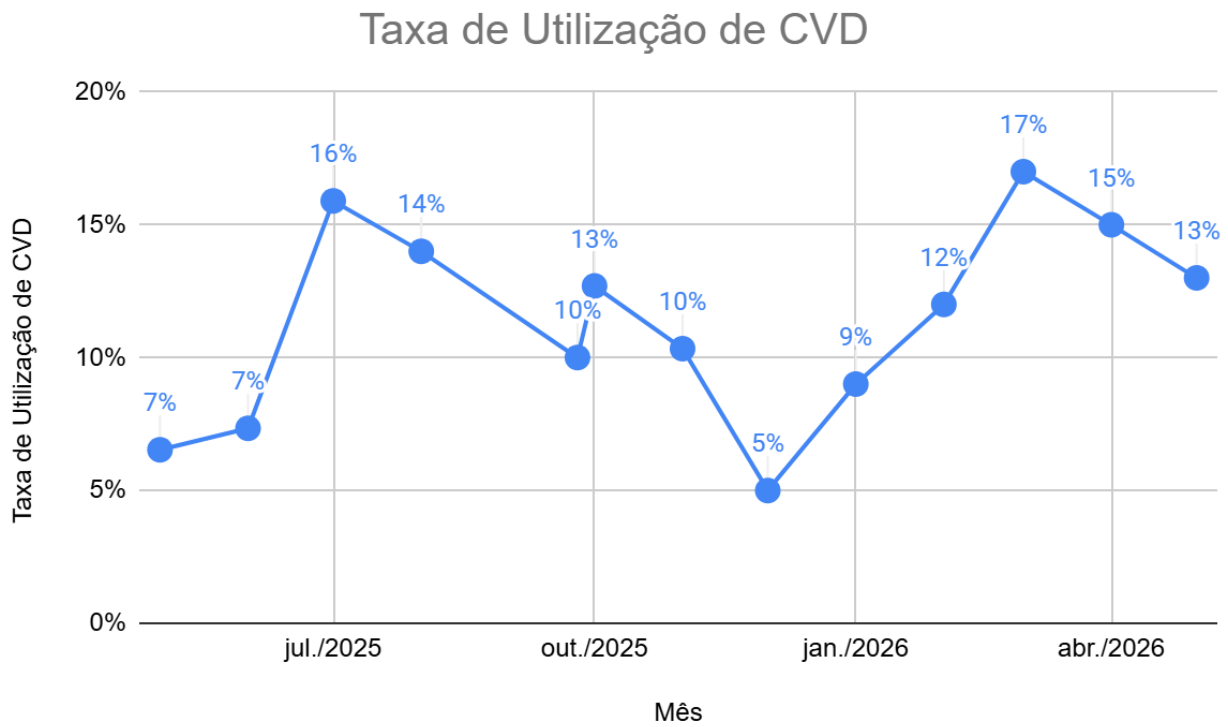
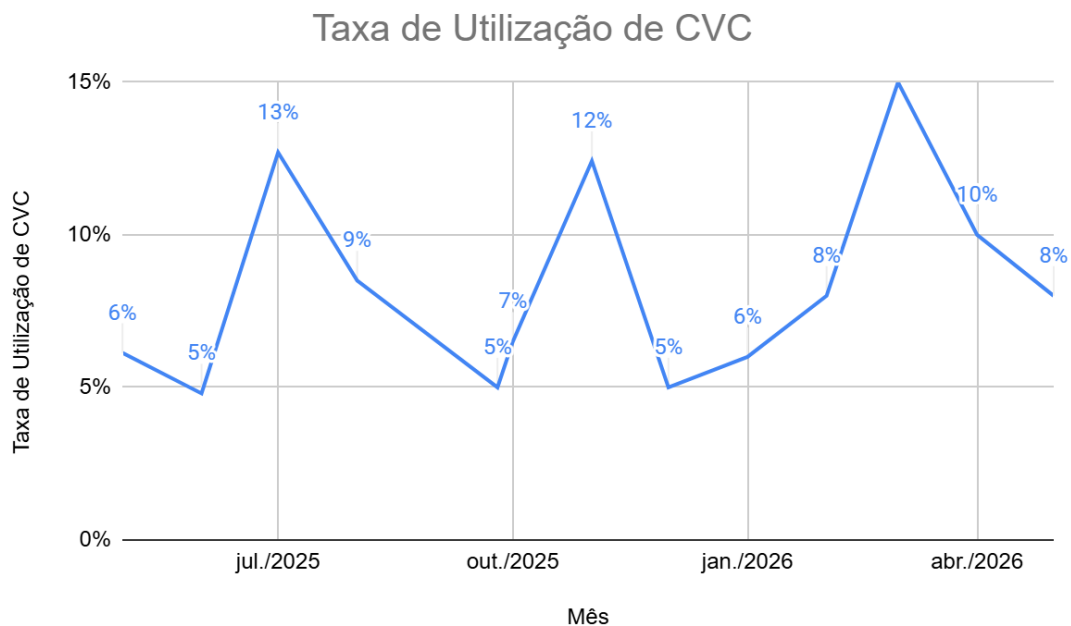


Gráfico 05: Taxa de Cateter Venoso Central

A taxa reduziu para 8%, com 7 pacientes dia sendo um total de 23 dias-cateter. Menor tempo de pacientes em uso de Cateter Central comparado ao mês anterior. Não houve IPCS.



Dados Sepse 06:

- 1. Taxa de Abertura do Protocolo Sepse 78%** - Em Maio, foram registradas 22 suspeitas de sepse, excluído 1 protocolo aberto mas incompleto e 3 casos não abertos. Dos 18 protocolos abertos, 8 pacientes foram confirmados para sepse (entre eles sendo 2 choque séptico). Sendo conforme Dos 10 casos: 2 sem desfechos médicos, 8 infecções sem disfunção descartado sepse pela equipe médica.
- 2. Taxa de Adesão ao protocolo: 75%.** Dos 8 pacientes foram confirmados para sepse (entre eles sendo 2 choque séptico) 6 protocolos estavam dentro da conformidade e 2 inconformes: 1 volume prescrito com atraso e 1 com atraso no lactato.
- 3. Taxa de Atb 1ª Hora: 100%** Dos 8 protocolos todos os pacientes receberam antibiótico na primeira hora.
- 4. Taxa de análise do lactato até 60min: 88%** Em maio dos 8 protocolos de Sepse 7 tiveram o resultado entregue dentro do prazo, 1 com atraso de 2 horas.
- 5. Taxa coleta de Hemocultura: 100%** Em Maio, nos 8 protocolos confirmados de sepse, houve coleta de hemocultura antes da administração do antibiótico em todos os casos, resultando em 100% de conformidade.
- 6. Taxa expansão volêmica 86%** Em Maio, nos 8 protocolos confirmados de sepse, 7 tinham lactato acima de duas vezes (2x) do valor de referência ou paciente com hipotensão. Os casos avaliados pela equipe médica conforme 6 casos, 1 caso identificado como prescrição de volume em atraso paciente com pam 44 e lactato 14 porém com ICC, mas sem adesão ao volume na primeira hora.

Stefany Dantas Varelo
COREN-SP 613178-ENF



Atenciosamente,

*Stefany Dantas Varelo
Enfermeira SCIRAS*

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

RELATÓRIO MENSAL DE SEGURANÇA DO TRABALHO

Período: maio/2026

1. Introdução

Este relatório tem por objetivo apresentar as principais ações desenvolvidas pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) durante o mês de maio de 2026, bem como o acompanhamento das adequações relacionadas à segurança contra incêndio, treinamentos realizados, campanhas de conscientização e ocorrências registradas no período. Realização de rondas diárias nos setores, com identificação e orientação quanto a desvios e oportunidades de melhoria relacionadas à segurança do trabalho;

2. Adequações para Obtenção do AVCB

As adequações necessárias para obtenção do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) ainda não foram totalmente concluídas.

Após a instalação da bomba de incêndio, foi identificado um vazamento em uma conexão da rede hidráulica. O reparo necessário não estava contemplado no escopo inicial do serviço contratado, tornando necessária a abertura de Ordem de Serviço para levantamento de, no mínimo, três cotações visando a correção do problema.

Adicionalmente, foi detectada uma falha na central de alarme de incêndio, que passou a sinalizar "rede aberta". A empresa responsável pela instalação e manutenção já foi acionada e informou que o equipamento encontra-se em garantia. No momento, aguarda-se a visita do técnico para realização do reparo.

Enquanto as pendências relacionadas à rede hidráulica e à central de alarme não forem sanadas, não será possível solicitar a vistoria do Corpo de Bombeiros para emissão do AVCB.

3. Revisão e Treinamento do POP de Acidente de Trabalho

O Procedimento Operacional Padrão (POP) referente ao Protocolo de Acidente de Trabalho foi revisado e catalogado junto a Qualidade.

Após a catalogação, foram realizados treinamentos com as equipes de enfermagem dos períodos diurno e noturno nos dias 25 e 26 de maio de 2026, abordando o fluxo de

atendimento, notificação, documentação obrigatória e acompanhamento dos casos de acidentes ocupacionais.

4. Campanha Maio Amarelo

Nos dias 25 e 26 de maio de 2026 foi realizada a campanha Maio Amarelo, promovida pela CIPA em parceria com o SESMT.

A ação teve como objetivo conscientizar os colaboradores sobre a importância da prevenção de acidentes, adoção de comportamentos seguros e promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho.

5. Treinamento sobre PGRSS e Gerenciamento de Resíduos

Nos dias 28 e 29 de maio de 2026 foi realizado treinamento em conjunto com a Comissão do PGRSS e o SESMT.

Os temas abordados incluíram:

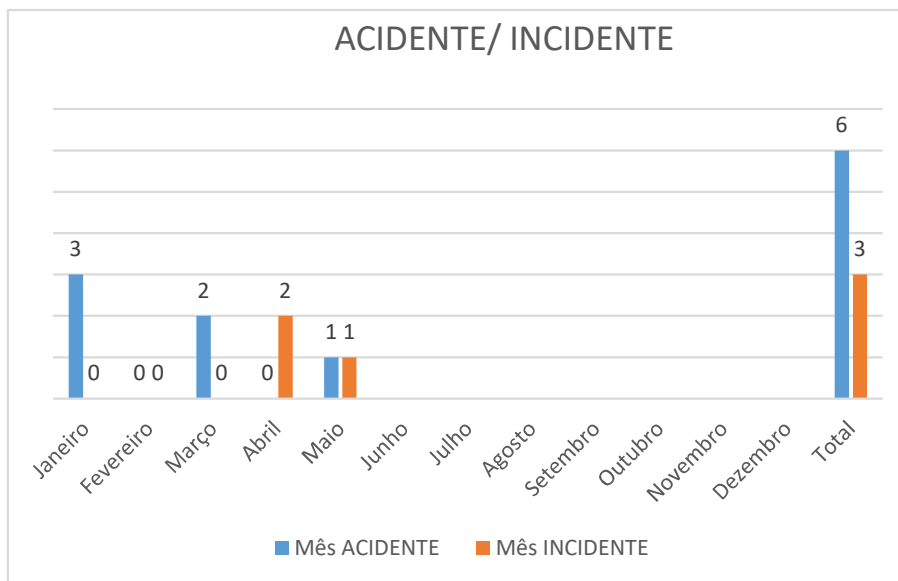
- Segregação correta dos resíduos;
- Descarte adequado dos resíduos de serviços de saúde;
- Responsabilidades dos colaboradores;
- Implantação das caixas laranja para descarte de resíduos químicos nos postos de trabalho.

A ação teve como objetivo fortalecer as práticas de gerenciamento de resíduos e atender às exigências legais e ambientais aplicáveis.

6. Acidente de Trabalho com Material Biológico

No dia 29 de maio de 2026 foi registrado um acidente de trabalho com exposição a material biológico no setor de Medicação.

O protocolo de acidente de trabalho foi imediatamente acionado, com realização das medidas previstas no fluxo institucional. A colaboradora encontra-se em acompanhamento junto à Medicina do Trabalho, e monitoramento previsto para esse tipo de ocorrência.



OBSERVAÇÃO: DAS 09 OCORRÊNCIA ACIMA MENCIONADOS

05- ACIDENTES COM PERFURO

01- ACIDENTE DE TRAJETO

03- INCIDENTES NÃO CARACTERIZADOS ACIDENTES

7. Considerações Finais

Durante o mês de maio, o SESMT manteve suas atividades de prevenção, capacitação e acompanhamento das condições de trabalho, destacando-se a revisão do protocolo de acidentes, as ações educativas do Maio Amarelo e os treinamentos relacionados ao gerenciamento de resíduos e fluxo de acidentes.

As pendências relacionadas ao sistema de combate a incêndio permanecem em tratativa, aguardando correções técnicas para posterior solicitação da vistoria do Corpo de Bombeiros e continuidade do processo de obtenção do AVCB.

Atenciosamente,

Tatiana Maria Barros

Técnica de Segurança

Pronto
de

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

Socorro Arnaldo
Figueiredo Freitas

RELATÓRIO DE INDICADORES DE FISIOTERAPIA – MAIO/2026

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas – CEJAM

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

1. Indicadores Assistenciais

Indicador	Resultado
Número de atendimentos adultos	694
Número de atendimentos pediátricos	94
Número total de atendimentos no mês	788
Número de pacientes em ventilação mecânica	16
Número de pacientes submetidos à extubação eletiva	1
Número de pacientes com extubação acidental/não planejada	0
Número de pacientes em ventilação não invasiva (VNI)	9
Pacientes intubados/dia	23

Durante o mês de maio de 2026, o serviço de fisioterapia realizou 788 atendimentos, com predominância de atendimentos em pacientes adultos. Observou-se assistência contínua a pacientes críticos em ventilação mecânica e suporte ventilatório não invasivo, demonstrando a relevância da atuação fisioterapêutica no manejo respiratório e na estabilização clínica. Destaca-se a ausência de eventos de extubação acidental, evidenciando adesão às boas práticas assistenciais e segurança do paciente.

2. Conclusão

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

Thalia Carvalho Do Nascimento
Fisioterapeuta Responsável Técnica
CREFITO 349818-F

RELATÓRIO MENSAL DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

Competência: Maio/ 2026

Unidade: Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

1. APRESENTAÇÃO

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

2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

No período analisado, foram realizadas 51 triagens nutricionais, incluindo 01 retriagem de paciente classificado como nível terciário (reavaliação após 7 dias) e 01 retriagem de paciente classificado como nível secundário que, em menos de 7 dias, após reavaliação, foi reclassificado para o nível terciário.

Observou-se predominância de pacientes idosos, indicando maior complexidade clínica e necessidade de acompanhamento contínuo. Houve maior prevalência do sexo masculino, mantendo a tendência observada no período anterior.

3. CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA

Verificou-se predominância de pacientes classificados como nível terciário, seguida do nível secundário, evidenciando perfil assistencial de alta complexidade e necessidade de cuidado especializado contínuo. Nenhum paciente triado no período foi classificado como nível primário.

4. ESTADO NUTRICIONAL

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

5. TERAPIA NUTRICIONAL

5.1 Suplementação Nutricional

Observou-se maior utilização de espessantes (77 sachês), utilizados por dois pacientes que apresentavam disfagia e permaneceram por período superior a três dias na unidade.

Em seguida, o insumo mais utilizado foi o probiótico (22 sachês), indicado para pacientes com quadro de diarreia instalada ou como medida profilática quando identificado maior risco de disbiose intestinal.

Foram utilizados também suplementos específicos para aumento do aporte nutricional em 10 pacientes que apresentavam ingestão alimentar inferior a 70% das necessidades nutricionais diárias (7 suplementos para pacientes diabéticos e 17 suplementos hipercalóricos), além de 7 suplementos com nutrientes que favorecem a cicatrização de lesões, utilizados por 2 pacientes. Não houve utilização de fibra alimentar no período.

Destaca-se média de 4,1 suplementações por dia para um total de 18 pacientes.

5.2 Nutrição Enteral

Registrou-se média de 0,8 paciente/dia em uso de nutrição enteral. As principais fórmulas utilizadas foram hipercalóricas e normoproteicas com fibras, hiperproteicas e hipercalóricas, além de fórmulas específicas para pacientes com diabetes mellitus.

6. PERFIL CLÍNICO

6.1 Comorbidades

Observou-se predomínio de Hipertensão Arterial Sistêmica (59%), seguida de Diabetes Mellitus (39%) e Insuficiência Cardíaca (16%).

6.2 Diagnósticos de Internação

Observou-se predomínio de doenças pulmonares (DPOC exacerbada, pneumonia e broncopneumonia), seguido por agravos cardiovasculares (insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio), acidente vascular cerebral e sepse, caracterizando perfil de alta complexidade clínica.

7. INDICADORES ASSISTENCIAIS

Observou-se aumento no quantitativo de refeições fornecidas a pacientes, acompanhantes e colaboradores, refletindo maior demanda assistencial da unidade.

8. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Verificou-se predominância de pacientes inseridos no protocolo de broncoaspiração, seguido pelo protocolo de lesão por pressão, evidenciando foco na segurança do paciente e na prevenção de complicações.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período analisado foi caracterizado por elevada complexidade assistencial, com predominância de pacientes idosos e portadores de doenças crônicas. Observou-se aumento da demanda por terapia nutricional especializada, reforçando a importância da atuação da Nutrição Clínica na recuperação e manutenção do estado nutricional e das condições de saúde dos pacientes.

Renata Collesi Cordovil – Nutricionista RT

CRN 3: 13.692

RELATÓRIO DE ATIVIDADES: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

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

OBJETIVO: SETOR RADIOLOGIA

CONTRATO DE GESTÃO: CEJAM 226/2025

EMPRESA: PC RAD CNPJ:16.684.393 | 0001-30

PERÍODO:01/05/2026 à 31/05/2026

1. Objetivo

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

2. Descrição das Atividades

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

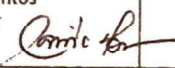
As atividades foram desempenhadas seguindo rigorosamente os protocolos de segurança, biossegurança, qualidade na execução dos exames e priorização dos atendimentos conforme a gravidade e as necessidades dos pacientes.

Melhorias e Implantação no setor:

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

3. Quantitativo de Atendimentos

- Total de exames realizados por incidências: **5.652**
- Total de exames cadastrado no SISS: **4.149**
- Total de Nº pacientes atendidos no mês: **3.575**
- Total de exames no leito/ internados: **108**

ELABORADO POR: Camila de Moura Santos Responsável Técnica- CRTR 24656T 	01/06/2026
--	------------

TIPO DE ESTRUTURA RADIOGRÁFICA	QUANTIDADE POR INCIDÊNCIAS
TORAX	3419
CRÂNIO	256
MM SUPERIORES	478
MM INFERIORES	693
ABDOME	282
OUTROS	524
TOTAL=	5.652

TOTAL DE Nº PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADES: TOTAL: 3.575	CLINICA: 1463	PEDIATRIA 1125	ORTOPEDIA 987
---	------------------	-------------------	------------------

4. Principais Incidências Realizadas no período foram:

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

5. Considerações Finais

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

ELABORADO POR: Camila de Moura Santos Responsável Técnica- CRTR 24656T 	01/06/2026
--	------------

ANEXO: PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO DE FREITAS

CONTROLE DE EXAMES RADIOLOGICOS - MAIO 01 A 31

EXAMES	QUANTIDADE DE INCIDÊNCIAS POR DIA																															TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
CRÂNIO (PA + LATERAL)	6	16	10	16	18	20	4	14	6	4	12	10	4	14	12	12	6	14	4	2	6	4	4	4	5	1	4	6	6	6	4	256
MAXILAR/ MANDIBULA						2			2				1							1					1							2
OSSOS DA FACE																																11
SEIOS DA FACE (FN + MN + HIRTZ)	3	2	1	2	3	0	0	4	3	2	2	3	2	1	2	6	2	2	1		3	1	2	5		5	3	3	0		63	
COLUNA CERVICAL (AP + LAT)	1		5	2	3	4	2				3	1			4	1	1	1		6	1			1							40	
COLUNA LOMBO-SACRA					2			5							2				1	2											12	
COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	1	2							1						1	1	2		1	2											11	
COLUNA TORACO - LOMBAR	3					2	6	1		8	1	3	2	2	2	4		1	1	2	3				1	3	8	3	4	57		
REGIÃO SACRO-COCCIGEA											1	1							1						1						9	
COSTELAS (HEMITORAX)	2				2		2		1		1		1	3	1	2		1						1							30	
TORAX (PA E PERFIL)	58	68	54	85	54	64	77	74	52	51	88	76	97	75	61	65	62	114	86	84	63	65	71	68	130	90	99	75	85	60	2350	
TORAX PEDIATRICO	30	24	30	18	46	16	32	30	14	27	30	50	36	31	33	32	47	40	50	35	45	26	30	55	52	42	30	38	32	21	1069	
ANTEBRAÇO	2	0	0	2	6	0	2	2	6	1	6	4	2	2	3	2	0	4	1	1	0	1	1	0	2	1	1	2	7	0	63	
ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	2	2	1	1	1	3	2	3	1	2	2	1			1	1	2		1	3				1	4	1					38	
UMERO					2	1	1	1	2	1	1	1			1	1		2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	2	29	
CLAVICULA	1	3		1		1		2							1	1		1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1		21	
COTOVELO	4	0	0	0	4	6	6	2	2	2	2	2	2	6	1	3	2	2	2	2	2	1	1		1			2	2		59	
DEDOS / QUIRODACTILOS	10	6	0	1	4		10	2	5	1	3	6	4	2	3	3	2	2	4	3	2	1	1		1		1	2	8	3	83	
MÃO	4	6	12	4	14	6	12	10	6	4	7	10	2	4	4	1	2	4	1	10	1	2	0	2	8	3	2	6	8	10	171	
ESCAPULA/OMBRO (TRES)	2	2	1		3		1		1		1			4		4		4		3				1			1	1			30	
PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	4	4	4	6	12	4	4	8	2	4	0	0	2	2	4	2	6	2	10	2	1	6	1		1	1	1	2	8	0	110	
ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3)				1																											2	
ABDOMEN SIMPLES (AP)	7	6	13	10	6	10	5	8	10	6	3	9	12	4	13	18	12	15	12	7	11	9	14	6	14	10	9	12	6	4	288	
ARTICULACAO COXO-FEMORAL																															0	
ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	6	18	4	0	6	4	10	12	6	10	4	4	2	6	6	4	8	4	6	8	6	5	2	4	3	4	8	12	22	2	204	
PELVE	1	0	1	2	6	2	4	0	0	1	0	1	1	1	2	1	4	3	3	1	3	5	5	2	3	1	3	3	5	0	67	
CALCÂNEO perfíli/ AXIAL																															2	
FEMUR	2	1	1	0	1		2		1			1	2			1	2	2		1	2	2		1		1	3	5	2		32	
JOELHO (AP + LATERAL)	4	4	10	6	10	10	10	8	10	8	10	2	10	4	6	4	7	4	10	2	4	2	3	2	1	0	2	6	16	8	179	
PE / DEDOS DO PE JANTEPE	16	20	16	14	8	18	14	10	10	4	6	4	6	1	2	4	12	10	10	14	6	3	5	6	4	2	2	14	30	12	293	
PERNA	6	2	2	0	0	1	3	4	1	2	0	0	1	6	0	10	6	2	0	4	2	2	0	1	2	0	2	6	4	0	71	
TOTAL (INTERNO)	172	189	160	179	207	173	211	202	136	137	180	193	184	173	159	178	185	226	202	194	150	158	147	157	240	159	174	213	250	158	206	5652

*DADOS INGRESSADOS DIARIAMENTE CONFORME DEMANDA DE PLANTÃO

RESPONSÁVEL TÉCNICA: Camila de Moura Santos CRTR 246561

Camila de Moura Santos
Radiologia
CRTR 246561

11. COMISSÕES INTERNAS

Nome da Comissão	Reunião Realizada	Ata Anexada
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (Mensal)- ativa	x	sim
Comissão de prontuários (mensal)- ativa	x	sim
Comissão de óbitos (mensal)- ativa	x	sim
Comissão de EMTN (mensal)- ativa	x	sim
Comissão Interna de Biossegurança (bimestral)- ativa	x	sim
Comissão de Farmácia e Terapêutica (Mensal)- ativa	x	sim
Comissão de Padronização de Medicamentos e Material Médico-Hospitalares (Bimestral)- ativa	x	sim
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (Mensal)- ativa	x	sim
Comissão de Curativos e lesão de pele- ativa	x	sim
Comissão de Humanização- ativa	x	sim
Comissão de Controle de Infecção relacionadas à Assistência à Saúde (Bimestral)- ativa	x	sim
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (PPRAMP)- ativa	x	sim
Comissão de Ética de Enfermagem - ativa	x	
Comissão de Ética Médica- ativa- bimestral		

11.1 Atas

ATA REUNIÃO

DATA: 11/05/2026

HORÁRIO: 10:10

LOCAL: Sala de reunião

ASSUNTO: Comissão CCIRAS

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Apresentação
02. Sepsis
03. Doenças de Notificação Compulsória
04. Consumo de Antibiótico Restrito
05. Taxa de Higiene das Mãos
06. Consumo de produtos para Higiene das mãos
07. Taxa de Dispositivos
08. IRAS

2. Discussões

Pauta 1: A Sra. Stefany Dantas Varelo e presidiu a reunião agradecendo os participantes presentes e reforçando o tempo de tolerância impreterivelmente de até dez minutos para início das reuniões, e procedeu com a apresentação das demais pautas.

Pauta 2: : A Sra. Stefany Dantas Varelo apresentou os indicadores do Protocolo SEPSE:

Taxa de abertura do protocolo:

- **Março** alcançou 94%: registrou 18 suspeitas de sepsis, com abertura de protocolo em 16 casos. Dos dois casos não abertos.
- **Abril:** Taxa em 89%, foram registradas novamente 18 suspeitas de sepsis, com abertura de protocolo em 16 casos. Entre os dois casos sem abertura, um não foi iniciado e o outro não teve protocolo instituído por se tratar de paciente em cuidados paliativos proporcionais

Taxa de administração de antibiótico na primeira hora:

- **Março 94%:** dos 16 protocolos de sepsis 15 tiveram adesão na 1ª hora. 1 caso com atraso (administrado um dia após).
- **Abril: 100%,** nos 5 protocolos confirmados de sepsis (sendo 1 de choque séptico), houve administração de antibiótico na primeira hora em 100% dos

casos (1 caso estava em uso na abertura) .

Taxa de antibiótico adequado conforme o foco:

- **Taxa em Março 94%**, observou-se aumento na taxa de assertividade do antibiótico em relação à suspeita de infecção, com 15 pacientes atendendo ao protocolo. Registramos 1 falha, associada a suspeita de foco pulmonar (pneumonia) tratada apenas com ceftriaxona. A evolução mensal foi crescente: janeiro (58%), fevereiro (83%) e março (94%).
- **Em Abril Taxa 80%**, dos 5 protocolos confirmados de sepse, 4 apresentaram administração de antibiótico conforme o foco infeccioso suspeito. Em um caso (paciente em choque séptico), houve suspeita de pneumonia, porém foi administrada apenas ceftriaxona na primeira hora, resultando em 80% de adesão.

A taxa de conformidade da coleta de Hemocultura antes da administração de antibiótico:

- **Taxa em Março de 81%** , Em março, dos 16 protocolos analisados, 12 apresentaram adesão à coleta de lactato antes da administração do antibiótico. Em 1 protocolo, o paciente já estava em uso prévio de antibiótico; nos demais 3 casos inconformes, a administração do antibiótico precedeu a coleta.
- **Taxa em Abril de 100%:** Em abril, nos 5 protocolos confirmados de sepse, houve coleta de hemocultura antes da administração do antibiótico em todos os casos, resultando em 100% de conformidade.

Taxa de Adesão ao Protocolo de Sepse

- **Março:** 69% de adesão. Dos 16 pacientes analisados, 11 apresentaram protocolos em conformidade. Dos 5 casos inconformes, os motivos foram: atraso na dosagem de lactato em todos (5 casos), com 1 caso concomitante de atraso na administração de antibiótico.
- **Abril:** 80% de adesão. Em abril, dos 16 casos suspeitos, 10 tiveram sepse afastada e 1 permaneceu sem desfecho. Dos 5 casos restantes, 1 evoluiu para choque séptico e 4 foram confirmados como sepse. Entre os protocolos, 4 estavam em conformidade e 1 foi considerado inconforme devido ao atraso na coleta/registro do lactato, relacionado a falha no cadastro da amostra no sistema SISS.

Taxa de Conformidade com Lactato:

- **Março:** 69% de conformidade: Dos 16 pacientes analisados, 11 apresentaram protocolos em conformidade quanto à coleta de lactato. Foram identificadas falhas no fluxo de envio das amostras e no conhecimento sobre rastreamento via gasômetro. Realizado ações à educação permanente, com ênfase na dosagem de lactato no

treinamento de Protocolos gerenciados.

- **Abril:** 100% dos 5 protocolos confirmados de sepse, 4 tiveram dosagem de lactato realizada na primeira hora. Em 1 caso, houve atraso devido à falha de cadastro da amostra no sistema SISS.

Taxa de Expansão Volêmica:

- **Março:** 100% Dos 16 protocolos abertos, 10 pacientes preencheram critérios para reposição volêmica (lactato > 2x o valor de referência ou hipotensão). Todos os 10 foram atendidos conforme os critérios estabelecidos, com 2 casos apresentando contraindicação clínica justificada pela equipe médica. Avaliação da equipe médica (coord. médica) em conjunto com SCIH. Indicador com melhoria após avaliação em conjunto com equipe médica que justifica indicação clínica do volume na 1ª hora.
- **Abril:** 100% dos 5 protocolos confirmados de sepse, 2 apresentaram indicação de reposição volêmica. Ambos avaliados pela Médica Dra. Gabriela considerado terapêutica fluidoterapia deve ser individualizada.

Outras Observações: Sra. Stefany Dantas Varelo informou que no período (Março e Abril, não houve entre os pacientes auditados causa de óbito sendo sepse.)

Pauta 3: Em Março, registramos 112 notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC). Destas, 144 foram relacionados a CIDs de DNC, com ausência de notificação em 32 casos. O principal problema foi a dengue, com 98 suspeitas identificadas na unidade e 40 notificações realizadas. **Em Abril foram** registrados 129 CIDs relacionados a doenças de notificação compulsória e 162 agravos efetivamente notificados. Observou-se ausência de notificação em alguns casos, sendo: 2 de chikungunya, 6 de sífilis, 2 relacionados a acidentes com animais peçonhentos e 12 de dengue, porém houve apoio da equipe administrativa (JA) nos retroativos de Dengue. Como ponto positivo, destaca-se maior adesão às notificações em relação ao CID médico na suspeita para agravos como intoxicação, violência e atendimento antirrábico. Apesar das ausências identificadas, houve melhora no desempenho da enfermagem em comparação ao mês anterior, no qual 32 notificações deixaram de ser realizadas.

Pauta 4: Sra. Stefany Dantas Varelo reportou que o consumo de Antibiótico de Abril está em análise pela farmácia, aguardando relatório do sistema SISS. Em março o consumo foi de 2571 aumento comparado com mês anterior (Fev: 1639)

Pauta 5: Taxa de Adesão à Higiene das Mãos:

Março: Taxa de Adesão 46%: foram realizadas 83 auditorias, das quais 38 corresponderam a auditorias de higiene das mãos, com taxa global de adesão de 45% (indicador HM01 – percentual de adesão à higiene das mãos). Entre os cinco momentos preconizados, observou-se maior conformidade no 4º momento, após contato com o

paciente, com 52% de adesão, e menor no momento antes do procedimento.

Abril: Taxa de Adesão 75%: foram realizadas apenas 16 auditorias, das quais 12 corresponderam a auditorias de higiene das mãos, com taxa global de adesão de 75%. Os profissionais auditados foram enfermeiro (80% adesão) e téc. em enf (73%). Entre os cinco momentos preconizados, observou-se maior conformidade no 3º momento 100%, 4ª após contato com o paciente, com 68% de adesão. A Sra. Stefany Dantas Varelo informou que a melhoria da adesão à higiene das Mãos é multimodal, requer apoio da gestão e lideranças, recursos com insumos adequados beira leito e que no momento enfrentando dificuldades com papeleiras, reposição de sabão líquido inadequado e falta de estoque de álcool em gel de mesa. Porém, irá fortalecer a educação permanente com campanha de higiene das mãos.

Pauta 6: Consumo álcool em gel: A Sra. Stefany Dantas Varelo reportou:

Em Março A meta atingida e superada foi no setor Emergência e Observação

Infantil (Obs. Infantil): o consumo de álcool em gel na emergência aumentou de 31 (fevereiro) para 38ml/pct-dia. Obs Infantil: Consumo de 43 ml por paciente/dia (acima da meta de 20 ml); aumento em relação a fevereiro (13 ml/paciente/dia). Obs. Adulto: Consumo de 12 ml por paciente/dia (abaixo da meta de 20 ml); queda em relação a fevereiro (19 ml/paciente/dia). Não houve reposição nos carrinhos de observação, >30 dias sem estoque.

Abril: A meta atingida e superada foram no setor Observação Adulto e

Observação Infantil: o consumo de álcool em gel na emergência foi de 12 ml/paciente/dia, abaixo da meta estabelecida de 20 ml/paciente/dia, evidenciando baixa adesão às práticas de higiene das mãos. Na Observação Adulto, observou-se consumo mais elevado (34 ml de álcool e 50 ml de sabão), sugerindo melhor adesão às medidas de higiene. Já na Observação Infantil, o consumo foi inferior (31 ml de álcool e 16 ml de sabão), indicando possível fragilidade na adesão ou barreiras estruturais e assistenciais nesse setor.

Consumo Sabão líquido:

- **Em Março a meta atingida em todos os setores:** Emergência: Em março, o consumo total de sabão aumentou de 34 (fevereiro) para 38 ml/pct-dia. Obs Adulto queda comparado à fevereiro onde foi de 29ml/pct dia e em Março em 20ml. Infantil: Março aumento (64 ml/paciente/dia). comparado com Fev: 22ml, adesão às boas práticas de higiene de mãos. Análise geral: Melhoria do indicador comparado com mês anterior
- **Abril: A meta atingida e superada foram no setor Observação Adulto e Emergência:** Em abril, o consumo de álcool em gel na emergência foi de 12 ml/paciente/dia, abaixo da meta estabelecida de 20 ml/paciente/dia, evidenciando baixa adesão às práticas de higiene das mãos. O consumo de

sabão atingiu 38%, reforçando a necessidade de avaliação conjunta dos insumos e da prática assistencial. Na Observação Adulto, observou-se consumo mais elevado (34 ml de álcool e 50 ml de sabão), sugerindo melhor adesão às medidas de higiene. Já na Observação Infantil, o consumo foi inferior (31 ml de álcool e 16 ml de sabão), indicando possível fragilidade na adesão ou barreiras estruturais e assistenciais nesse setor.

Pauta 7: Taxa de Utilização de VM/CVC E CVD:

- **Em março:** Ventilação Mecânica (VM): Observou-se aumento no número de pacientes intubados com permanência na unidade em IOT/VM superior a 9 dias, impactando a taxa, que atingiu 13%. Março, foram 7 pacientes em IOT/VM, totalizando 37 dias de VM. Cateter Venoso Central (CVC): A taxa elevou-se de 8% para 15%, associada ao maior número de dias de pacientes em IOT/VM na unidade, com total de 41 dias-cateter. Cateter Vesical de Demora (CVD): Registramos 22 pacientes invadidos por CVD, totalizando 91 dias-cateter, com taxa de 12%.
- **Em abril,** a taxa de ventilação mecânica foi de 9%, com 7 pacientes submetidos à intubação orotraqueal, totalizando 24 dias de VM/IOT. Observa-se redução em relação ao mês anterior, no qual houve o mesmo número de pacientes intubados, porém com maior tempo de permanência. A taxa de uso de cateter venoso central foi de 10%, com 8 pacientes e total de 27 CVC/dia (15% no mês anterior), evidenciando redução, possivelmente associada à menor necessidade de intubação e à atuação da CCIH na indicação de retirada. Quanto ao cateter vesical de demora, foram registrados 17 pacientes em uso, totalizando 69 CVD/dia.

Pauta 8: Densidade de IRAS: A Sra. Stefany Dantas Varelo apresentou os dados referentes à densidade de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), informando que, no período de janeiro até 30/04/2026, não houve registro de IRAS na unidade, mesmo diante de pacientes com longa permanência. Foi apresentado o histórico de ocorrência, destacando como pontos astronômicos: **IPCS em julho/2025** e **PAV em janeiro/2026**. Entre as ações implementadas, foram citados treinamentos voltados à prevenção de IRAS, com foco na aplicação dos **bundles assistenciais**, reforço da **higiene das mãos nos 5 momentos preconizados** e avaliação diária para **descontinuidade de dispositivos invasivos**, realizada por meio de visita multidisciplinar. Como resultados assistenciais, destacou-se o caso de **três pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva por período superior a 8 dias**, evoluindo com extubação sem ocorrência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV). Também foi citado o caso de **uma paciente com indicação de uso de sonda vesical de demora por 14 dias**, apresentando urocultura negativa e ausência de sinais de infecção urinária.

Sem mais objeções, Sra. Stefany Dantas Varelo lavrou esta ata, que após lida e aprovada, segue assinada por todos os integrantes presentes.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Realizar troca dos galões liquidos de sabão por bag	Coord. Adm	14/04/2025	Em contato com higiene, não houve evolução da solicitação
Campanha Higiene das Mãos	Enfermeira SCIRAS/NEP	30/05/2026	

4. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Stefany Dantas Varelo	Enfermeira da SCIRAS	
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multiprofissional	
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenadora de Enfermagem	
Sebastião Domingos Soares Neto	Responsável Técnico pelo Serviço de Farmácia	
Selma Lima Pereira Guimarães	Enfermeira da Educação Permanente	
Hanne Cabral Dos Santos	Auxiliar Administrativa	

ATA REUNIÃO

DATA: 21/05/2026

HORÁRIO: 10hs às 11hs

LOCAL: Sala de Treinamento

ASSUNTO: Comissão PGRSS

1. PAUTAS ABORDADAS

- 01.** Pesagem dos resíduos utilizando a balança fornecida, teste sem sucesso
- 02.** Realizar adequação dos abrigos de resíduos infectante e comum
- 03.** Aquisição das lixeiras menores para administrativo e banheiro e demais necessidade
- 04.** Morgue sem a ventilação e adequação

2. DECISÕES

1. Referente à pesagem de resíduos, a Sra. Presidente informou que ficará responsável pelo envio de e-mail à Michelle, da Ambiental, encaminhando vídeos e fotos relacionados ao processo, para análise e parecer.
2. Referente à adequação do abrigo de resíduos, o Sr. Elias, zelador, informou que irá encaminhar o orçamento dos materiais que serão utilizados na reforma, ressaltando que o serviço poderá ser executado pela própria equipe de manutenção da unidade. A Sra. Elaine solicitou que a demanda seja formalizada por e-mail ao Sr. Elias, com cópia para ela.
3. Referente às lixeiras de 40 e 60 litros, foram realizados os levantamentos de necessidade para as áreas administrativas e banheiros da unidade, identificando a necessidade de aquisição de 60 lixeiras de 40 litros, 25 lixeiras de 60 litros e 5 contentores de 200 litros. A Sra. Elaine solicitou a formalização da demanda por e-mail.
4. Referente ao ar-condicionado do morgue, a demanda permanece em cotação e análise para realocação.

5. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Envio de e-mail para Michelle, da Ambiental, juntamente com vídeos e fotos para parecer referente à pesagem dos resíduos para parecer	Sra Tatiana	Próxima reunião	
Adequação dos abrigos de resíduos infectante e comum, com levantamento e envio de orçamento da reforma	Sr. Elias /Tatiana	Próxima reunião	
Formalização por e-mail referente ao levantamento e necessidade de aquisição das lixeiras para Elaine	Sra Tatiana	Próxima reunião	
Adequação do morgue / refrigeração / cotação para	Sra Elaine	Próxima reunião	

**realocação do
equipamento**

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

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	Presente
Stefany Dantas Varelo	Enfermeira	Presente
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	Presente
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	Presente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Ausente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Ausente
Elaine de Lima Santos	Coordenadora Administrativo	Presente (on line)
Selma Lima Pereira Guimarães	Enfermeira Educ. Continuada	Presente
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	Presente

ATA REUNIÃO

DATA: 21/05/26

HORÁRIO: 10hs às 11hs

LOCAL: Sala de Treinamento

ASSUNTO: COMISSÃO BIOSSEGURANÇA

1. PAUTAS ABORDADAS

1. A Sra. Presidente informou que, no mês de abril, não ocorreram acidentes, destacando a importância da implantação da placa informativa "Estamos há tantos dias sem acidentes".
2. A Sra. Tatiana solicitou aos membros da comissão que sejam propostas ações voltadas à prevenção de acidentes com perfurocortantes.
3. Realização de treinamento sobre o fluxo de acidente com todos os colaboradores da unidade.
4. Pesagem dos resíduos utilizando a balança fornecida – teste realizado sem sucesso.
5. Necessidade de adequação dos abrigos de resíduos infectante e comum.
6. Aquisição de lixeiras menores para áreas administrativas, banheiros e demais necessidades da unidade.
7. Morgue sem ventilação adequada e necessidade de adequação/refrigeração.

2. DECISÕES

1. A placa informativa referente aos dias sem acidentes já foi solicitada e permanece aguardando processo de compra.
2. Os membros da comissão deverão encaminhar sugestões de ações preventivas relacionadas a perfurocortantes no grupo da comissão.
3. Ficou definida a realização dos treinamentos sobre fluxo de acidente nos dias 25 e 26 de maio para todos os colaboradores.
4. Referente à pesagem de resíduos, a Sra. Presidente informou que ficará responsável pelo envio de e-mail à Michelle, da Ambiental, encaminhando vídeos e fotos relacionados ao processo, para análise e parecer.

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

Pág. 1 de 4

5. Referente à adequação do abrigo de resíduos, o Sr. Elias, zelador, informou que irá encaminhar o orçamento dos materiais que serão utilizados na reforma, ressaltando que o serviço poderá ser executado pela própria equipe de manutenção da unidade. A Sra. Elaine solicitou que a demanda seja formalizada por e-mail ao Sr. Elias, com cópia para ela.
6. Referente às lixeiras de 40 e 60 litros, foram realizados os levantamentos de necessidade para as áreas administrativas e banheiros da unidade, identificando a necessidade de aquisição de 60 lixeiras de 40 litros, 25 lixeiras de 60 litros e 5 contentores de 200 litros. A Sra. Elaine solicitou a formalização da demanda por e-mail.
7. Referente ao ar-condicionado do morgue, a demanda permanece em cotação e análise para realocação.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Aquisição da placa "Estamos há tantos dias sem acidentes"	Sr SEBASTIAN	PRÓXIMA REUNIÃO	
Envio de sugestões de ações preventivas para perfurocortantes	MEMBROS DA COMISSÃO	PRÓXIMA REUNIÃO	
Realização do treinamento sobre fluxo de acidente	SESMT		
Envio de e-mail para Michelle, da Ambiental, juntamente com vídeos e fotos para parecer referente à	Sra Tatiana	PRÓXIMA REUNIÃO	

pesagem dos resíduos			
Adequação dos abrigos de resíduos infectante e comum, com levantamento e envio de orçamento da reforma	Sr.Elias /Tatiana	PRÓXIMA REUNIÃO	
Formalização por e-mail referente ao levantamento e necessidade de aquisição das lixeiras com as quantidades	Sra Tatiana	PRÓXIMA REUNIÃO	
Adequação do morgue / refrigeração / cotação para realocação do equipamento	Sra Elaine	PRÓXIMA REUNIÃO	

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

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	Presente
Stefany Dantas Varelo	Enfermeira	Presente
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	Presente
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	Presente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Ausente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Ausente
Elaine de Lima Santos	Coordenadora Administrativo	Presente (on line)
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	Presente
Selma Lima Pereira Guimaraes	Enfermeira Educação Continuada	Presente

ATA REUNIÃO

DATA: 21/05/2026

HORÁRIO: 10hs às 11hs

LOCAL: Sala de Treinamento

ASSUNTO: Comissão PPRAMP

1. PAUTAS ABORDADAS

01 A Sra. Presidente informou que, no mês de abril não ocorreram acidentes (placa de estamos a tantos dias sem acidente)

02 Sr. Tatiana solicita aos membros que seja pensado em uma ação voltada ao perfuro cortantes

04. Realização do treinamento do fluxo de acidente com todos os colaboradores

2.DECISÕES

1. Placa solicitada aguardando compra.
2. Comissão mandar ideias ações no grupo no grupo
- 3.Realização dos treinamentos nos dias 25 e 26 de maio do fluxo de acidente

3.PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Aquisição da placa "Estamos há tantos dias sem acidentes"	Sra. Tatiana e Setor compras	Próxima reunião	
Envio de sugestões de ações preventivas para perfurocortantes	Comissão	Próxima reunião	
Realização do treinamento sobre fluxo de acidente	Sesmt		

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

Pág. 1 de2

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

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	Presente
Stefany Dantas Varelo	Enfermeira	Presente
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	Presente
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	Presente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Ausente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Ausente
Elaine de Lima Santos	Coordenadora Administrativo	Presente (on line)
Selma Lima Pereira Guimaraes	Enfermeira Educação Continuada	Presente
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	Presente

ATA DE REUNIÃO DE CIPA (22/05/2026) – GESTÃO 2026/2027
UNIDADE: Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo Freitas

PRÓ-MEMÓRIA				
Horário de início: 08h30		Horário de término: 09h30		
Local: Sala de Treinamento		Data: 21/05/2026		
Membros Presentes (Representantes Indicados e Eleitos)				
TATIANA MARIA BARROS				
JANAINA MACHADO RAMIRO				
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS				
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA				
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI				
HANNE CABRAL DOS SANTOS				
GIOVANA ZANDONA LEMOS				
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO				
Membros Ausentes (Representantes Indicados e Eleitos)				
Membro		Justificativa da Ausência		
DOUGLAS JOSE FRANCISCO		Ausência justificada devido à folga		
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES		Ausência justificada devido à folga		
DANIELE DA SILVA		Ausência justificada devido à folga		
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES		Ausência justificada devido a atendimento médico e uso de medicação.		
Participante Convidados				
ASSUNTOS DISCUTIDOS				
Item	Assunto/Ocorrência	Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas a serem tomadas	Responsável	Prazo
1	Ação abril verde /Prevenção de Acidente	Realizado nos dia 27 e 28 de abril com participação de 138 pessoas	SESMT/CIPA	
2	Check-list de inspeção mensal, no mês de abril foram realizado somente 7	Foi reforçado que as inspeções mensais deverão ser realizadas utilizando o novo formulário padrão CEJAM.	Cipeiros	19/06/2026
3	No mês de abril não tivemos acidentes com abertura de CAT, somente 1 incidente sem abertura de cat	Prestado atendimento médico, sem lesão somente muscular conforme conduta medica	SESMT	
4	Informamos que nossa SIPAT será realizada no mês de setembro, por se tratar de uma ação institucional. Estarei verificando junto à sede a definição da data para organização do evento. Aproveito para solicitar sugestões de ideias e ações que poderão ser realizadas durante essa semana.	Aguardar informação via SEDE	Cipeiros	19/06/2026

Classificação da Informação: Uso Interno
 FOR.ADM.GP.SGT.021.001

5				
6	Solicitados sugestões de ações para o mês de junho voltadas à prevenção de acidentes com perfurocortantes e biossegurança, em parceria com a Comissão do PPRAMP.	Clipeiros envia no grupo	Cipeiros	
7	Em reunião, foi sugerida a criação de um caixa colaborativo para apoio às ações da SIPAT, visando a aquisição de brindes e materiais para o evento. Em comum acordo, ficou estabelecida a contribuição mensal no valor de R\$ 30,00 por membro, até o mês de setembro. Também foi solicitado que os membros que possuam maior contato com médicos e empresas parceiras possam verificar possíveis apoios e contribuições. Ao final, será realizada a prestação de contas de todos os valores arrecadados e utilizados.	A partir junho	Cipeiros	
8	Ressaltamos a necessidade de atualização dos Mapas de Risco juntamente com as rotas de fuga dos setores, visando manter as informações adequadas e atualizadas para segurança de todos.	Começar o quanto antes	Tatiana /Giovana	Antes da Sipat
9	Conforme previsto no plano de trabalho do mês de maio, referente à campanha Maio Amarelo, foi viabilizada, em parceria com a Secretaria, palestra de conscientização e prevenção de acidentes no trânsito, a ser realizada nos dias 25 e 26, às 15h.	Plano de Trabalho Anual	Palestrante Externo	

PENDÊNCIAS DE REUNIÃO ANTERIOR

Item	Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas Pendentes	Responsável	Prazo Inicial	Novo Prazo	Motivo
1					

Assinatura em lista de presença anexa a esta ata.

LISTA DE PRESENÇA – REUNIÃO DA CIPA (NOME DA UNIDADE)		
Data: 21/05/2026	Horário: 10hs às 11hs	Local: Sala de Treinamento
Participante	Função na CIPA	Assinatura
TATIANA MARIA BARROS	Presidente	<i>[Handwritten signature]</i>
JANAINA MACHADO RAMIRO	Vice- Presidente	<i>Janaina machado Ramiro</i>
DOUGLAS JOSE FRANCISCO	Membro	<i>Folga</i>
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA	Secretaria	<i>[Handwritten signature]</i>
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI	Membro	<i>Rosângela Castro</i>
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES	Membro	<i>Folga</i>
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS	Membro	<i>[Handwritten signature]</i>
HANNE CABRAL DOS SANTOS	Membro	<i>Hanne cabral dos Santos</i>
DANIELE DA SILVA	Membro	<i>Folga</i>
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES	Membro	<i>atendimento medica/medicação</i>
GIOVANA ZANDONA LEMOS	Membro	<i>Giovanna Lemos</i>
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO	Membro	<i>[Handwritten signature]</i>

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.ADM.GP.SGT.021.001

ATA REUNIÃO

DATA: 25/05/2026

HORÁRIO: 10hs às 11hs

LOCAL: Sala de Treinamento

**ASSUNTO: Primeira Reunião Ordinária da
Comissão Radiológica**

PAUTAS ABORDADAS

- 01.** Apresentação da Comissão Radiológica e dos membros participantes.
- 02.** A Sra. Camila apresentou os documentos pertinentes ao setor de Radiologia.
- 03.** Foi convidado o Dr. Daniel para participar da reunião, em razão de dúvidas relacionadas à Radiologia, porém o mesmo não compareceu.
- 04.** Alinhamento das notificações referentes à repetição de exames radiológicos. A Sra. Camila identificou elevado número de repetição de doses em pacientes, observando casos em que um mesmo paciente realizou o mesmo exame de 8 a 9 vezes, principalmente em exames relacionados à sonda enteral.
- 05.** Ficou alinhado que a Sra. Camila realizará as notificações diretamente no sistema, considerando que já executa controle interno em planilha. Foi demonstrado o local correto para realização da notificação via sistema, devendo esta ocorrer dentro da mesma semana, mesmo que a data do evento seja retroativa, evitando o lançamento mensal acumulado.
- 06.** O SESMT levantou a questão da quantidade insuficiente de EPI radiológico (avental plumbífero), considerando que atualmente existe apenas um avental disponível para utilização entre pacientes internados e acompanhantes, ocasionando indisponibilidade devido à necessidade de higienização entre os usos.
- 07.** A Sra. Renata informou que verificará, junto à Direção, a possibilidade de aquisição de mais um avental plumbífero.
- 08.** A Sra. Tatiana informou a necessidade de realização dos testes anuais dos EPIs radiológicos, destacando que a aquisição ocorreu em 2024 e que os testes encontram-se em atraso.
- 09.** A Sra. Camila apresentou pré-orçamento junto à empresa TEC Rad, no valor aproximado de R\$ 570,00. Contudo, devido à necessidade de mais dois orçamentos, a mesma irá formalizar o processo junto à Sra. Elaine, Coordenadora Administrativa.
- 10.** Ficou alinhado que os testes dos EPIs poderão ser realizados no mesmo período dos demais testes obrigatórios, como carrinho e aparelho fixo, previstos para o mês de agosto.

2. DECISÕES

01. Implantação do fluxo de notificação via sistema para repetição de exames radiológicos.
02. Realização das notificações semanalmente, mesmo em casos retroativos.
03. Verificar junto à Direção a viabilidade de aquisição de mais um avental plumbífero.
04. Formalização de processo para contratação de empresa responsável pelos testes dos EPIs radiológicos.
05. Unificação do cronograma de testes radiológicos para o mês de agosto.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Realizar notificações via sistema referentes às repetições de exames	SR. Camila	Imediato	
Verificar aquisição de novo avental plumbífero junto à Direção	Sra Renata	Próxima Reunião	
Solicitar demais orçamentos para testes dos EPIs	Sra Camila e Sra Elaine	Próxima Reunião	
Programar realização dos testes dos EPIs e equipamentos radiológicos	Sra Camila	Agosto	

ATA REUNIÃO

DATA: 13/05/2026

HORÁRIO: 15:30

LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF

ASSUNTO: Reunião Ordinária Comissão de Revisão de óbitos

- **PAUTAS ABORDADAS**

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

- **DECISÕES**

Aos 13 de maio de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas,160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de Óbitos estabelecida no endereço acima, onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Secretária
- Mariana Sarlo Silva – Coordenador emergencista – Membro
- Diego Serrato – Coordenador Pediátrico – Membro
- William Silvestre – Vice-presidente da Diretoria Clínica – Membro convidado

Foram analisadas nesta comissão 14 óbitos referentes ao mês de março sendo desses 05 óbitos institucionais (35,3%) e 9 não institucionais (64,7%).

Das análises iniciais 6 prontuários se encontravam dentro da conformidade, 2 inconformes letra ilegível, 1 com falta de carimbo e 2 com falta de preenchimento completo, 2 sem protocolo de sepse aberto, 1 com protocolo de sepse sem preenchimento correto. 13 óbitos foram considerados pelos membros como esperados (94,1%) e 01 como não esperado (5,9%).

Perfil Etário

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

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

- Acima de 90 anos: 00 óbitos (0%)
- 81 a 90 anos: 02 óbitos (14,3%)
- 71 a 80 anos: 03 óbitos (21,4%)
- 61 a 70 anos: 03 óbitos (21,4%)
- 51 a 60 anos: 03 óbitos (21,4%)
- 41 a 50 anos: 01 óbitos (7,1%)
- 31 a 40 anos: 00 óbitos (0%)
- 21 a 30 anos: 01 óbitos (7,1%)
- Abaixo de 21 anos: 01 óbitos (7,1%)

No mês de **fevereiro**, foram registrados **9 óbitos**, enquanto em **março** ocorreram **14 óbitos**, representando um aumento de **5 óbitos** em relação ao mês anterior.

O percentual de variação entre os períodos foi de **55,6% de aumento**.

Observa-se um aumento expressivo no número de óbitos em março quando comparado a fevereiro. Recomenda-se avaliar o perfil dos pacientes, faixa etária, tempo de internação, comorbidades e causas dos óbitos para identificar possíveis fatores que possam ter contribuído para essa variação e subsidiar ações de melhoria assistencial.

Gênero

No mês de **março**, observa-se predominância de óbitos no **sexo masculino**, que representou **57,1%** do total de óbitos registrados no período, enquanto o **sexo feminino** correspondeu a **42,9%**. A diferença entre os grupos foi de **2 óbitos**, indicando maior ocorrência de óbitos entre pacientes do sexo masculino no período analisado.

Ao comparar os meses de **fevereiro** e **março**, observa-se um aumento do número total de óbitos, passando de **9 para 14 ocorrências**, o que representa um crescimento de **55,6%**.

Em fevereiro, houve predominância de óbitos no **sexo feminino**, com **55,6%** dos casos, enquanto os óbitos masculinos representaram **44,4%**. Já em março, esse cenário se inverteu, com predominância do **sexo masculino**, responsável por **57,1%** dos óbitos, enquanto o sexo feminino correspondeu a **42,9%**.

O maior aumento ocorreu entre os pacientes do **sexo masculino**, que passaram de **4 para 8 óbitos**, representando um acréscimo de **100%**. Entre as pacientes do **sexo feminino**, o aumento foi de **5 para 6 óbitos**, correspondendo a um crescimento de **20%**.

Os dados demonstram que o aumento dos óbitos observado em maio foi influenciado principalmente pelo crescimento das ocorrências entre pacientes do sexo masculino, que passaram a representar a maior proporção dos óbitos no período analisado. Isso reforça a importância do monitoramento contínuo do perfil epidemiológico dos pacientes para identificação de tendências e direcionamento de ações assistenciais.

- **Perfis de Óbito**

A imagem fornecida detalha as causas dos óbitos em março:

CID DE ENTRADA

- Doença do sistema geniturinário: 01 (Insuficiência renal crônica/Doença renal crônica: 01)
- Doença do sistema circulatório/cardiovascular: 04(Insuficiência Cardíaca: 01, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: 01, IAM: 02, Parada cardiorespiratória: 02)
- Doença do sistema nervoso: 01 (Paralisia cerebral: 01)
- Morte Súbita de Causa Desconhecida: 01 Caso
- Outras Septicemias: 04 casos

CID SECUNDÁRIO

- Doença do sistema endócrino: 01 caso (Depleção de volume / Desidratação: 01)
- Doença do sistema respiratório: 01 caso (Edema Pulmonar: 01)
- Doença de pele: 01 caso (Úlcera por pressão: 01)
- Doença do sistema cardiovascular/circulatório: 01 caso (Choque cardiogênico: 01)
- Doença do sistema respiratório: 01 caso (Pneumonia por microrganismo não especificado: 01)
- Doença do sistema circulatório/cardiovascular: 02 casos (Parada cardiorespiratória: 02)
- Outras Septicemias: 04 casos

CID DEFINITIVO

- Sistema cardiovascular/circulatório: 07 Casos (Parada cardíaca:03, Choque Cardiogênico: 04)
- Outras Septicemias: 04 casos

Local de Ocorrência dos Óbitos

Os locais de ocorrência dos óbitos em março foram:

- Emergência: 11 casos (78,6%)
- Em Transporte: 00 caso (0%)
- Em Residência: 03 Casos (21,4%)

Observa-se que a maioria dos óbitos ocorreu na **Emergência**, correspondendo a **78,6%** dos casos registrados. Os óbitos ocorridos **em residência** representaram **21,4%** do total, enquanto não houve registros de óbitos **em transporte** no período analisado.

Ao comparar os meses de **fevereiro** e **março**, observa-se um aumento do número total de óbitos, passando de **9 para 14 casos**, representando um crescimento de **55,6%**.

Em fevereiro, a maior parte dos óbitos ocorreu **em residência**, com **66,7%** dos casos (6 óbitos), enquanto os óbitos na **Emergência** corresponderam a **33,3%** (3 óbitos).

Já em março, houve uma mudança significativa nesse perfil. Os óbitos na **Emergência** passaram a representar **78,6%** dos casos (11 óbitos), tornando-se o principal local de ocorrência. Em contrapartida, os óbitos **em residência** reduziram para **21,4%** (3 óbitos).

Não houve registros de óbitos **em transporte** em nenhum dos períodos analisados.

Os dados demonstram uma alteração importante no local de ocorrência dos óbitos entre os períodos avaliados, com migração da predominância de óbitos em residência para a Emergência. O aumento de **8 casos na Emergência** sugere a necessidade de análise do perfil clínico dos pacientes atendidos, do tempo de permanência e das condições de admissão, visando compreender os fatores associados a essa mudança no cenário assistencial.

• Taxa de Conformidade

- Conformidade: aproximadamente 57,14%
- Não conformidade: aproximadamente 42,86%

No mês de março, foram avaliados 14 prontuários, dos quais 8 atenderam aos critérios estabelecidos, resultando em uma **taxa de conformidade de 57,14%**. As principais inconformidades identificadas foram **letra ilegível** e **preenchimento incompleto**, ambas representando 14,3% do total analisado, seguidas pela **ausência de carimbo**, com 7,1%. Esses

resultados indicam a necessidade de reforçar as orientações quanto à qualidade e completude dos registros assistenciais.

Ao comparar os resultados de fevereiro e março, observa-se uma redução na taxa de conformidade dos prontuários analisados, passando de 88,9% para 64,3%, o que representa uma queda de 24,6 pontos percentuais.

Em contrapartida, a taxa de não conformidade aumentou de 11,1% para 35,7%, evidenciando um crescimento significativo das falhas identificadas nos registros assistenciais

- **Índice de Tempo de Internação**

- Pacientes com mais de 24 horas: 05 (35,7%)
- Pacientes com menos de 24 horas: 09 (64,3%)

Ao comparar os meses de **fevereiro** e **março**, observa-se uma mudança significativa no perfil do tempo de internação dos pacientes.

Em fevereiro, a maioria dos pacientes (**77,8%**) permaneceu internada por **mais de 24 horas**, totalizando 7 casos. Já os pacientes com permanência inferior a 24 horas representaram apenas **22,2%** (2 casos).

Em março, esse cenário se inverteu. Os pacientes com tempo de internação **menor que 24 horas** passaram a representar a maioria dos casos (**64,3%**), totalizando 9 pacientes, enquanto aqueles com permanência **superior a 24 horas** corresponderam a **35,7%** (5 pacientes).

Os dados demonstram uma redução expressiva na proporção de pacientes com permanência superior a 24 horas e um aumento dos casos com internação inferior a 24 horas. Essa mudança pode indicar um perfil de pacientes com evolução mais rápida ou desfechos ocorridos precocemente durante a permanência hospitalar. Recomenda-se avaliar conjuntamente fatores como gravidade clínica, faixa etária, causas de internação e desfechos assistenciais para melhor compreensão dessa variação entre os períodos analisados.

- **PLANOS DE AÇÃO**

AÇÃO

RESPONSÁVEL

PRAZO

COMENTÁRIOS

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

Pág. 5 de 6

Cuidados Paliativos – implantar rotina e fluxo como critérios a paliativo. Solicitar elaboração de documento para gestor do processo	Corpo Clinico	Junho	
Capacitar a equipe e estabelecer rotina e fluxo para atendimento de paciente de auto extermínio. Solicitar elaboração de documento para gestor do processo	Corpo Clinico	Junho	

- **PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Mariana Sarlo Silva	Membro	
Diego Serrato	Membro	
William Silvestre	Membro convidado	

ATA REUNIÃO

DATA: 13/05/2026

HORÁRIO: 16:00

LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF

ASSUNTO: Reunião Ordinária da Comissão de Revisão de Prontuários

• PAUTAS ABORDADAS

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

• DECISÕES

Aos 13 de maio de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas,160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de prontuários estabelecida no endereço acima onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Auxiliar Técnico Administrativo – Secretária
- Mariana Sarlo Silva – Coordenador emergencista – Membro
- Diego Serrato – Coordenador Pediatrico - Membro
- Renata Meire Bailo – Coordenadora Assistencial - Membro
- Sebastião Domingos Soares Neto – RT Farmaceutico – Membro
- Thalia Carvalho – RT Fisioterapeuta – Membro
- Giovana Zandona de Lemos – RT Nutricionista – Membro
- Robson de Souza de Carvalho – Enfermeiro do NIR – Membro
- Talita Caroline Silva – Serviço Social – Membro
- Karina Barbosa da Silva Almeida – Membro
- William de Matos Silvestre - Convidado

➤ Período de Análise

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

De: 01/03/2026

Até: 31/03/2026

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

➤ **Total de prontuários avaliados: 25**

Setor	Tipo	Quantidade
Emergência	óbito	14
Porta / Observação	Clínica Médica	4
Porta / Observação	Ortopedia	4
Porta / Observação	Pediatria	4
Internação	Emergência	4

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

- Identificação completa do paciente: 2 fichas com cadastro incompleto (registro como declarado sem a unificação do cadastro) 1 com data de nascimento registrado errado na FAA, Sendo assim dos 28 prontuários e ficha de atendimento analisados 25 possuem os dados de identificação corretamente preenchidos (Nome completo, Data de nascimento e Nome da mãe) e 3 incompletos (89,29% de conformidade).
- Registro de classificação de risco: Dos 28 prontuários a serem analisados 20 possuem classificação de risco 1 não (outros 07 não foram analisados).
- Registro de escala no atendimento: Dos 28 prontuários a serem analisados 16 possuem registro de escalas, 5 foram considerados como não aplicáveis e 07 não foram analisados.
- Registro de anamnese, história de doença atual início dos sintomas e sua evolução em ordem cronológica: Dos 28 prontuários a serem analisados 19 foram considerados conformes e 2 como parcial conforme e 07 não foram analisados.
- Registro de checagem de medicação: Dos 28 prontuários a serem analisados 21 estavam conformes e 07 não foram analisados.
- Registro de anotação de medicação realizada: Dos 28 prontuários a serem analisados 20 estavam conformes, 1 inconforme e 07 não foram analisados.
- Registro de alergias e uso de medicação profilática: Dos 28 prontuários a serem analisados 21 estão conforme e 07 não foram analisados.
- Registro de Queixa inicial e duração: 27 prontuários com registro (96,43%), sendo 1 prontuários (3,57%) não houve registro de exame físico devido ao estado que adentraram a unidade – via resgate já iniciando manobras de RCP tendo desfecho desfavorável - óbito.
- Exame físico: dos 28 prontuários analisados 4 não possuem registro de exame físico sendo

2 de pacientes adentrando a unidade ja e PCR ou assitolia, 1 sem registro do motivo e 1 foi registrado a seginte observação (paciente triado novamente apos obito e feito outra ficha, pois ja tinham dado baixa no sistema sem evolucao) sendo 85,71% de conformidade.

- Registro do CID conforme queixa do paciente: Dos 28 prontuários analisados 3 não estão com o CID conforme queixa (89,29% de conformidade).
- Prescrição médica completa e legível: 100% dos prontuários auditados possuem prescrição completa e legível.
- Registro de enfermagem: Dos 28 prontuários disponibilizados para análise 21 tiveram análise assistencial onde 3 se encontram com registros conformes (anotação de enfermagem, plano terapeutico, evolução de enermagem, controle de sinais vitais checagem segura evolução sistematizada e SAE)
- Evolução multiprofissional: De 28 prontuários analisados ouveram as seguintes triagens: Nutrição após 48 horas de internação – 4 pacientes conformes e 21 não se aplica e 3 não tiveram registro, Serviço social 27 pacientes atendidos onde 02 não tiveram registro em prontuários, Fisioterapia – 27 pacientes atendidos onde 23 se encontram conformes e 4 inconformes na evolução da equipe de fisioterapia, no criterio de reavaliação funcional 24 pacientes não foram elegiveis a reavaliação, 2 estão conformes e 1 inconforme. Farmacia – dos 28 prontuários análisados 11 se encontravam inconformes, 07 parcial conforme e 10 estavam conformes com relação a validação da prescrição médica. Para registro de interveção farmaceutica 14 não conformes, 11 estavam conformes e para 3 atendimentos não se aplica. Para triagem farmaceutica em até 24 horas 11 estavam inconformes, 2 parcial conforme, 7 não se aplica e 08 estavam conformes. Para reconciliação medicamentosa 10 não se aplicam, 1 parcial conforme, 15 inconformes e 02 conformes. Plano terapeutico 07 estavam inconformes, 3 parcial conforme, 1 não se aplica e 17 estavam conformes. Para interação medicamentosa 14 estavam inconformes, 9 conformes, 4 não se aplicam e 1 parcial conforme.
- Condição de alta / transferência / óbito: Dos desfechos analisados 14 foram de causa óbito, 04 foram altas imediatas após o atendimento médico na unidade, 06 foram transferidos para outras unidades hospitalares e 04 foram com alta após internação nesta unidade.

- **INDICADOR**

Indicador	Resultado
Total de prontuários avaliados	28 Prontuários/FAAS
Prontuários conformes	11 Prontuários/FAAS
Prontuários com não conformidades	17 Prontuários/FAAS
Percentual de conformidade (qualitativo)	39,29%
Percentual de conformidade Geral (quantitativo)	94,25%

- **PRINCIPAIS NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS**

- Paciente deu entrada 2 dias antes na unidade, vindo a óbito nessa internação.
- Identificadas inconformidades em 2 prontuários referente à ausência de registro de diluição de alguns medicamentos endovenoso, falha no aprazamento em medicamentos de uso contínuo e prescrições médicas contendo apenas carimbo profissional sem assinatura correspondente.
- Considerando quadro clínico emergencial e rápida evolução para óbito, observa-se conduta farmacoterapêutica compatíveis com gravidade apresentada. Registrada ausência de informação sobre alergia medicamentosa na admissão.
- Abertura da ficha sem assinatura médica
- Identificada inconformidade na ausência de diagnóstico em prescrição, bem como, ausência de diluição de alguns medicamentos endovenoso.
- Inconformidade observada relacionada à indisponibilidade institucional de Prednisona prescrita durante internação, além da ausência de registro de alergia medicamentosa na admissão de 02 pacientes.
- Identificada inconformidade na prescrição, carimbo do prescritor está ilegível.
- Observa-se ausência de registro de alergia medicamentosa em prontuário. Contudo, paciente atendido em PCR e sem acompanhante no momento da entrada, situação que pode ter limitado a obtenção prévia do histórico clínico e medicamentoso.
- Identificada inconformidade em prescrição com ausência de diluição de medicamentos endovenoso.
- Data de nascimento em etiqueta (16/11/2003) diferente de data em prontuário (02/03/2004)
- Identificada inconformidade em prescrição, ausência de alergia medicamentosa bem como, falha no aprazamento e ausência de diluição de medicamentos endovenoso.
- Paciente com prontuário do dia 07/03 e do dia 25/03 (2 atendimentos em dias

diferentes juntos)

- Identificada inconformidade em prontuário referente ausência de de registro de diagnóstico, ausência de registro de diluição de alguns medicamentos endovenoso bem como, ausência de assinatura do profissional prescritor.
- Sem ficha de transporte intra-hospitalar, Assinatura dos termos e Preenchimento incompleto, Assinatura e termo direto e deveres preenchido parcial, Prontuário sem ficha de internação, sem resumo de alta, sem informações de remoção, falta de evolução da enfermagem, não colocado o horário da alta, Evolução manual realizada pela enfermagem, não inserida no prontuário eletrônico, Temo direitos e deveres parcial associado, sem assinatura de direito e deveres.
- Demora em transferir paciente para emergência / solicitação de vaga uti em 03 dias.
- Atendimento pré-hospitalar realizado por defesa civil, o qual transportou um cadáver para hospital sob prerrogativa de estar reanimando paciente sem indicação de reanimação cardiopulmonar
- Equipe de bombeiros transfere paciente para pronto atendimento em óbito. Declaração de óbito feita por equipe de SVO demonstra causa evitável de óbito (IAM com edema agudo pulmonar)
- Mas paciente foi para avaliação em hospital de referência, onde podia ter sido internado em leito de enfermagem ou semi-UTI, mas retornou para unidade após desbridamento de ferida. Hospital municipal transferiu cuidados para uma unidade de menor complexidade, que talvez teria mudado o desfecho
- Demora na solicitação do USG + AVAL CG
- Cid inconforme - Z000
- Abertura do protocolo sepse na admissão

• **ANÁLISE DA COMISSÃO**

A Comissão de Revisão de Prontuários realizou a análise de 28 prontuários referentes aos desfechos de alta, transferência e óbito ocorridos no período avaliado, com o objetivo de verificar a qualidade dos registros assistenciais, a conformidade documental e a adesão aos protocolos institucionais.

Durante a avaliação, observou-se conformidade satisfatória em critérios relacionados à identificação do paciente, registro da queixa principal, anamnese, checagem de medicamentos e legibilidade das prescrições médicas. Entretanto, foram identificadas não conformidades que impactam a qualidade da informação em prontuário e podem comprometer a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Entre os principais achados, destacam-se registros incompletos ou ausentes de alergias

medicamentosas na admissão, falhas no registro de diluição de medicamentos endovenosos, inconsistências no aprazamento de medicamentos de uso contínuo, ausência de diagnóstico em prescrições médicas, utilização de carimbos ilegíveis e ausência de assinatura do profissional prescritor em alguns documentos. Também foram identificadas divergências cadastrais, incluindo inconsistências em dados de identificação do paciente e prontuários contendo documentos referentes a atendimentos distintos arquivados conjuntamente.

A Comissão verificou ainda fragilidades relacionadas à completude documental, evidenciadas pela ausência de fichas de internação, formulários de transporte intra-hospitalar, resumos de alta, registros de remoção, termos de direitos e deveres devidamente assinados e preenchidos, bem como falhas nos registros de evolução e assistência de enfermagem.

Na avaliação da assistência multiprofissional, observou-se maior concentração de inconformidades nos processos farmacêuticos, especialmente quanto à reconciliação medicamentosa, realização de triagem farmacêutica em até 24 horas, registro de intervenções farmacêuticas e avaliação de interações medicamentosas. Foram identificadas ainda oportunidades de melhoria nos registros fisioterapêuticos, principalmente quanto às reavaliações funcionais, bem como ausência de registros em alguns atendimentos realizados pelo serviço social e nutrição.

Quanto aos aspectos assistenciais e ao fluxo de atendimento, foram identificadas situações relacionadas à demora na transferência de pacientes para unidades de maior complexidade, atraso na solicitação de exames diagnósticos e avaliações especializadas, além de casos envolvendo pacientes admitidos em parada cardiorrespiratória ou já em óbito, circunstâncias que justificaram a impossibilidade de aplicação de alguns critérios de avaliação previstos no instrumento de auditoria. A análise dos óbitos evidenciou ainda situações que merecem discussão junto às equipes assistenciais e à gestão, incluindo admissões de pacientes em estado crítico com rápida evolução desfavorável, dificuldades de acesso oportuno a leitos de maior complexidade e encaminhamentos entre serviços que podem ter influenciado na evolução clínica dos pacientes.

Diante dos resultados encontrados, a Comissão de Revisão de Prontuários recomenda o fortalecimento das ações de educação permanente voltadas às equipes assistenciais e multiprofissionais, com ênfase na qualidade dos registros em prontuário, identificação e registro de alergias medicamentosas, preenchimento adequado das prescrições médicas, completude documental e cumprimento dos protocolos institucionais. Recomenda-se ainda que os setores envolvidos realizem monitoramento contínuo das não conformidades identificadas, com elaboração de planos de ação específicos para os indicadores que apresentaram maior fragilidade, visando à melhoria contínua da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da rastreabilidade das informações em prontuário.

Após análise dos prontuários avaliados, a Comissão conclui que, embora haja evidências de

assistência prestada aos pacientes, persistem fragilidades documentais e processuais que demandam intervenção institucional, acompanhamento sistemático e ações corretivas para garantir maior conformidade dos registros e fortalecimento da segurança assistencial.

- **PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Mariana Sarlo Silva	Membro	
Diego Serrato	Membro	
William Silvestre	Convidado	
Robson de Souza de Carvalho	Membro	
Renata Meire Bailo	Membro	
Giovana Zandona de Lemos	Membro	
Thalia Carvalho	Membro	
Talita Caroline Silva	Membro	
Karina Barbosa da Silva Almeida	Membro	
Sebastião Domingos Soares Neto	Membro	

ATA REUNIÃO

DATA: 13/05/2026

HORÁRIO: 16:00

LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF

ASSUNTO: Reunião Ordinária da Comissão de Revisão de Prontuários

• PAUTAS ABORDADAS

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

• DECISÕES

Aos 13 de maio de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas,160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de prontuários estabelecida no endereço acima onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Auxiliar Técnico Administrativo – Secretária
- Mariana Sarlo Silva – Coordenador emergencista – Membro
- Diego Serrato – Coordenador Pediatrico - Membro
- Renata Meire Bailo – Coordenadora Assistencial - Membro
- Sebastião Domingos Soares Neto – RT Farmaceutico – Membro
- Thalia Carvalho – RT Fisioterapeuta – Membro
- Giovana Zandona de Lemos – RT Nutricionista – Membro
- Robson de Souza de Carvalho – Enfermeiro do NIR – Membro
- Talita Caroline Silva – Serviço Social – Membro
- Karina Barbosa da Silva Almeida – Membro
- William de Matos Silvestre - Convidado

➤ Período de Análise

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

De: 01/03/2026

Até: 31/03/2026

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

➤ **Total de prontuários avaliados: 25**

Setor	Tipo	Quantidade
Emergência	óbito	14
Porta / Observação	Clínica Médica	4
Porta / Observação	Ortopedia	4
Porta / Observação	Pediatria	4
Internação	Emergência	4

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

- Identificação completa do paciente: 2 fichas com cadastro incompleto (registro como declarado sem a unificação do cadastro) 1 com data de nascimento registrado errado na FAA, Sendo assim dos 28 prontuários e ficha de atendimento analisados 25 possuem os dados de identificação corretamente preenchidos (Nome completo, Data de nascimento e Nome da mãe) e 3 incompletos (89,29% de conformidade).
- Registro de classificação de risco: Dos 28 prontuários a serem analisados 20 possuem classificação de risco 1 não (outros 07 não foram analisados).
- Registro de escala no atendimento: Dos 28 prontuários a serem analisados 16 possuem registro de escalas, 5 foram considerados como não aplicáveis e 07 não foram analisados.
- Registro de anamnese, história de doença atual início dos sintomas e sua evolução em ordem cronológica: Dos 28 prontuários a serem analisados 19 foram considerados conformes e 2 como parcial conforme e 07 não foram analisados.
- Registro de checagem de medicação: Dos 28 prontuários a serem analisados 21 estavam conformes e 07 não foram analisados.
- Registro de anotação de medicação realizada: Dos 28 prontuários a serem analisados 20 estavam conformes, 1 inconforme e 07 não foram analisados.
- Registro de alergias e uso de medicação profilática: Dos 28 prontuários a serem analisados 21 estão conforme e 07 não foram analisados.
- Registro de Queixa inicial e duração: 27 prontuários com registro (96,43%), sendo 1 prontuários (3,57%) não houve registro de exame físico devido ao estado que adentraram a unidade – via resgate já iniciando manobras de RCP tendo desfecho desfavorável - óbito.
- Exame físico: dos 28 prontuários analisados 4 não possuem registro de exame físico sendo

2 de pacientes adentrando a unidade ja e PCR ou assitolia, 1 sem registro do motivo e 1 foi registrado a seginte observação (paciente triado novamente apos obito e feito outra ficha, pois ja tinham dado baixa no sistema sem evolucao) sendo 85,71% de conformidade.

- Registro do CID conforme queixa do paciente: Dos 28 prontuários analisados 3 não estão com o CID conforme queixa (89,29% de conformidade).
- Prescrição médica completa e legível: 100% dos prontuários auditados possuem prescrição completa e legível.
- Registro de enfermagem: Dos 28 prontuários disponibilizados para análise 21 tiveram análise assistencial onde 3 se encontram com registros conformes (anotação de enfermagem, plano terapeutico, evolução de enermagem, controle de sinais vitais checagem segura evolução sistematizada e SAE)
- Evolução multiprofissional: De 28 prontuários analisados ouveram as seguintes triagens: Nutrição após 48 horas de internação – 4 pacientes conformes e 21 não se aplica e 3 não tiveram registro, Serviço social 27 pacientes atendidos onde 02 não tiveram registro em prontuários, Fisioterapia – 27 pacientes atendidos onde 23 se encontram conformes e 4 inconformes na evolução da equipe de fisioterapia, no criterio de reavaliação funcional 24 pacientes não foram elegiveis a reavaliação, 2 estão conformes e 1 inconforme. Farmacia – dos 28 prontuários análisados 11 se encontravam inconformes, 07 parcial conforme e 10 estavam conformes com relação a validação da prescrição médica. Para registro de interveção farmaceutica 14 não conformes, 11 estavam conformes e para 3 atendimentos não se aplica. Para triagem farmaceutica em até 24 horas 11 estavam inconformes, 2 parcial conforme, 7 não se aplica e 08 estavam conformes. Para reconciliação medicamentosa 10 não se aplicam, 1 parcial conforme, 15 inconformes e 02 conformes. Plano terapeutico 07 estavam inconformes, 3 parcial conforme, 1 não se aplica e 17 estavam conformes. Para interação medicamentosa 14 estavam inconformes, 9 conformes, 4 não se aplicam e 1 parcial conforme.
- Condição de alta / transferência / óbito: Dos desfechos analisados 14 foram de causa óbito, 04 foram altas imediatas após o atendimento médico na unidade, 06 foram transferidos para outras unidades hospitalares e 04 foram com alta após internação nesta unidade.

• **INDICADOR**

Indicador	Resultado
Total de prontuários avaliados	28 Prontuários/FAAS
Prontuários conformes	11 Prontuários/FAAS
Prontuários com não conformidades	17 Prontuários/FAAS
Percentual de conformidade (qualitativo)	39,29%
Percentual de conformidade Geral (quantitativo)	94,25%

• **PRINCIPAIS NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS**

- Paciente deu entrada 2 dias antes na unidade, vindo a óbito nessa internação.
- Identificadas inconformidades em 2 prontuários referente à ausência de registro de diluição de alguns medicamentos endovenoso, falha no aprazamento em medicamentos de uso contínuo e prescrições médicas contendo apenas carimbo profissional sem assinatura correspondente.
- Considerando quadro clínico emergencial e rápida evolução para óbito, observa-se conduta farmacoterapêutica compatíveis com gravidade apresentada. Registrada ausência de informação sobre alergia medicamentosa na admissão.
- Abertura da ficha sem assinatura médica
- Identificada inconformidade na ausência de diagnóstico em prescrição, bem como, ausência de diluição de alguns medicamentos endovenoso.
- Inconformidade observada relacionada à indisponibilidade institucional de Prednisona prescrita durante internação, além da ausência de registro de alergia medicamentosa na admissão de 02 pacientes.
- Identificada inconformidade na prescrição, carimbo do prescritor está ilegível.
- Observa-se ausência de registro de alergia medicamentosa em prontuário. Contudo, paciente atendido em PCR e sem acompanhante no momento da entrada, situação que pode ter limitado a obtenção prévia do histórico clínico e medicamentoso.
- Identificada inconformidade em prescrição com ausência de diluição de medicamentos endovenoso.
- Data de nascimento em etiqueta (16/11/2003) diferente de data em prontuário (02/03/2004)
- Identificada inconformidade em prescrição, ausência de alergia medicamentosa bem como, falha no aprazamento e ausência de diluição de medicamentos endovenoso.
- Paciente com prontuário do dia 07/03 e do dia 25/03 (2 atendimentos em dias

diferentes juntos)

- Identificada inconformidade em prontuário referente ausência de de registro de diagnóstico, ausência de registro de diluição de alguns medicamentos endovenoso bem como, ausência de assinatura do profissional prescritor.
- Sem ficha de transporte intra-hospitalar, Assinatura dos termos e Preenchimento incompleto, Assinatura e termo direto e deveres preenchido parcial, Prontuário sem ficha de internação, sem resumo de alta, sem informações de remoção, falta de evolução da enfermagem, não colocado o horário da alta, Evolução manual realizada pela enfermagem, não inserida no prontuário eletrônico, Temo direitos e deveres parcial associado, sem assinatura de direito e deveres.
- Demora em transferir paciente para emergência / solicitação de vaga uti em 03 dias.
- Atendimento pré-hospitalar realizado por defesa civil, o qual transportou um cadáver para hospital sob prerrogativa de estar reanimando paciente sem indicação de reanimação cardiopulmonar
- Equipe de bombeiros transfere paciente para pronto atendimento em óbito. Declaração de óbito feita por equipe de SVO demonstra causa evitável de óbito (IAM com edema agudo pulmonar)
- Mas paciente foi para avaliação em hospital de referência, onde podia ter sido internado em leito de enfermagem ou semi-UTI, mas retornou para unidade após desbridamento de ferida. Hospital municipal transferiu cuidados para uma unidade de menor complexidade, que talvez teria mudado o desfecho
- Demora na solicitação do USG + AVAL CG
- Cid inconforme - Z000
- Abertura do protocolo sepse na admissão

• **ANÁLISE DA COMISSÃO**

A Comissão de Revisão de Prontuários realizou a análise de 28 prontuários referentes aos desfechos de alta, transferência e óbito ocorridos no período avaliado, com o objetivo de verificar a qualidade dos registros assistenciais, a conformidade documental e a adesão aos protocolos institucionais.

Durante a avaliação, observou-se conformidade satisfatória em critérios relacionados à identificação do paciente, registro da queixa principal, anamnese, checagem de medicamentos e legibilidade das prescrições médicas. Entretanto, foram identificadas não conformidades que impactam a qualidade da informação em prontuário e podem comprometer a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Entre os principais achados, destacam-se registros incompletos ou ausentes de alergias

medicamentosas na admissão, falhas no registro de diluição de medicamentos endovenosos, inconsistências no aprazamento de medicamentos de uso contínuo, ausência de diagnóstico em prescrições médicas, utilização de carimbos ilegíveis e ausência de assinatura do profissional prescritor em alguns documentos. Também foram identificadas divergências cadastrais, incluindo inconsistências em dados de identificação do paciente e prontuários contendo documentos referentes a atendimentos distintos arquivados conjuntamente.

A Comissão verificou ainda fragilidades relacionadas à completude documental, evidenciadas pela ausência de fichas de internação, formulários de transporte intra-hospitalar, resumos de alta, registros de remoção, termos de direitos e deveres devidamente assinados e preenchidos, bem como falhas nos registros de evolução e assistência de enfermagem.

Na avaliação da assistência multiprofissional, observou-se maior concentração de inconformidades nos processos farmacêuticos, especialmente quanto à reconciliação medicamentosa, realização de triagem farmacêutica em até 24 horas, registro de intervenções farmacêuticas e avaliação de interações medicamentosas. Foram identificadas ainda oportunidades de melhoria nos registros fisioterapêuticos, principalmente quanto às reavaliações funcionais, bem como ausência de registros em alguns atendimentos realizados pelo serviço social e nutrição.

Quanto aos aspectos assistenciais e ao fluxo de atendimento, foram identificadas situações relacionadas à demora na transferência de pacientes para unidades de maior complexidade, atraso na solicitação de exames diagnósticos e avaliações especializadas, além de casos envolvendo pacientes admitidos em parada cardiorrespiratória ou já em óbito, circunstâncias que justificaram a impossibilidade de aplicação de alguns critérios de avaliação previstos no instrumento de auditoria. A análise dos óbitos evidenciou ainda situações que merecem discussão junto às equipes assistenciais e à gestão, incluindo admissões de pacientes em estado crítico com rápida evolução desfavorável, dificuldades de acesso oportuno a leitos de maior complexidade e encaminhamentos entre serviços que podem ter influenciado na evolução clínica dos pacientes.

Diante dos resultados encontrados, a Comissão de Revisão de Prontuários recomenda o fortalecimento das ações de educação permanente voltadas às equipes assistenciais e multiprofissionais, com ênfase na qualidade dos registros em prontuário, identificação e registro de alergias medicamentosas, preenchimento adequado das prescrições médicas, completude documental e cumprimento dos protocolos institucionais. Recomenda-se ainda que os setores envolvidos realizem monitoramento contínuo das não conformidades identificadas, com elaboração de planos de ação específicos para os indicadores que apresentaram maior fragilidade, visando à melhoria contínua da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da rastreabilidade das informações em prontuário.

Após análise dos prontuários avaliados, a Comissão conclui que, embora haja evidências de

assistência prestada aos pacientes, persistem fragilidades documentais e processuais que demandam intervenção institucional, acompanhamento sistemático e ações corretivas para garantir maior conformidade dos registros e fortalecimento da segurança assistencial.

- PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Mariana Sarlo Silva	Membro	
Diego Serrato	Membro	
William Silvestre	Convidado	
Robson de Souza de Carvalho	Membro	
Renata Meire Bailo	Membro	
Giovana Zandona de Lemos	Membro	
Thalia Carvalho	Membro	
Talita Caroline Silva	Membro	
Karina Barbosa da Silva Almeida	Membro	
Sebastião Domingos Soares Neto	Membro	

ATA REUNIÃO

DATA: 13/05/2026

HORÁRIO: 16:00

LOCAL: Sala de Reunião PSAFF

ASSUNTO: CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica.

ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA – COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

1. PAUTAS ABORDADAS

- Protocolos Clínicos: Manejo de desidratação e fluxo para paciente de porta (oral vs. venosa).
- Segurança no Abastecimento: Impacto da acurácia de estoque na segurança terapêutica do paciente.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Protocolo de Manejo da Desidratação (Paciente de Porta)

- Decisão Técnica: O fluxo para atendimento do paciente de porta deverá ser estratificado pelo nível de desidratação. O objetivo é estabelecer critérios clínicos rígidos para racionalizar a real necessidade de hidratação venosa, priorizando a Terapia de Reidratação Oral (TRO) nos casos leves e moderados.
- Status do Protocolo: O protocolo e o desenho do fluxo assistencial ainda serão discutidos e validados junto ao corpo clínico nas próximas reuniões para posterior homologação.

2.2 Acurácia de Estoque de Medicamentos

- Controle: Pautou-se a necessidade de auditoria e verificação da acurácia do estoque de medicamentos da farmácia central e satélites.
- Justificativa: Garantir que os saldos de sistema reflitam o estoque real, mitigando riscos de desabastecimento de itens críticos e interrupção de tratamentos medicamentosos.

ATA REUNIÃO

DATA: 10/04/2026

HORÁRIO: 15:00

LOCAL: Sala de Reunião PSAFF

**ASSUNTO: CPMMH – Comissão de
Padronização de Medicamentos e Materiais
Hospitalares**

ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA – COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES (CPMMH)

1. PAUTAS ABORDADAS

- Controle de Insumos: Acurácia de estoque do almoxarifado central e materiais médico-hospitalares.
- Infraestrutura e Logística: Aquisição ou aluguel de container para realocação física do almoxarifado.
- Recursos Humanos: Dimensionamento de pessoal e contratação de Auxiliar de Almoxarifado.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Acurácia de Estoque e Suprimentos

- Controle: Definida a necessidade de verificação imediata da acurácia do estoque físico em relação ao sistema de gestão para materiais padronizados e correlatos.
- Justificativa: Corrigir divergências de saldo para otimizar o planejamento de compras, evitar compras de emergência e garantir o abastecimento regular das unidades assistenciais.

2.2 Infraestrutura e Realocação de Almoxarifado

- Espaço Físico: Discutiui-se a viabilidade técnica para a aquisição ou aluguel de um container estruturado para a realocação física do almoxarifado central.
- Justificativa: Garantir a guarda segura dos materiais e a manutenção das condições sanitárias exigidas pela legislação durante o período de transição de área da unidade.

2.3 Recursos Humanos e Operação

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

Pág. 1 de2

- Contratação: Frente à reestruturação física do setor (container) e à necessidade de intensificar os inventários rotativos para ajuste de acurácia, foi solicitada a contratação de 01 (um) Auxiliar de Almojarifado.
- Objetivo: Garantir a força de trabalho necessária para a organização do novo espaço, recebimento, contagem e dispensação dos materiais hospitalares.

ASSUNTO **CEI**
 LOCAL **SALA DE TREINAMENTO**

 DATA **13/05/20**

INSTRUTOR(A)

 INSTRUTOR(A) INTERNO [X]
 INSTRUTOR(A) EXTERNO []

 HORÁRIO DE INÍCIO
 DURAÇÃO

Nº	UNIDADE /	NOME COMPLETO	MATRÍCULA	FUNÇÃO	ASSINATURA
1		Sebastião Neto	0138998	Farmacêutico	
2	PSAAF	Giovanna Z. Lucas	073999	Noticiarista	
3	PSAFC	REGIATA COLRESI CORDEIRO	074070	COORDS MULT	
4	PSA VF	Seana L Paumbras	079708	ED. PÓS	
5	PSAFP	Jorgany Dantas Vandy	077370	Emp.º SCIPAS	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					



CEJAM

CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim"
Lista de Presença CEJAM
FOR.ADM.CEGISS.QA.008.002

ASSUNTO *EPHINTH*

LOCAL SALA DE TREINAMENTO

DATA *13/05/20*

INSTRUTOR(A)

INSTRUTOR(A) INTERNO [X]

HORÁRIO DE INÍCIO

INSTRUTOR(A) EXTERNO []

DURAÇÃO

Nº	UNIDADE /	NOME COMPLETO	MATRÍCULA	FUNÇÃO	ASSINATURA
1	1	<i>deborah NETO</i>	<i>028008</i>	<i>Farmacêutica</i>	<i>[Signature]</i>
2	<i>RSAAE</i>	<i>GRACIA Z. LIMA</i>	<i>073999</i>	<i>Nutricionista</i>	<i>[Signature]</i>
3	<i>RSAAE</i>	<i>RAISSA CUNHA CORDEIRO</i>	<i>074070</i>	<i>COORD. NUTRI</i>	<i>[Signature]</i>
4	<i>RSAAE F</i>	<i>Selma LF Guimarães</i>	<i>079708</i>	<i>Ed. PUN</i>	<i>[Signature]</i>
5	1	<i>Jefferson Dantas Voulte</i>	<i>077370</i>	<i>Cap. SCINPS</i>	<i>[Signature]</i>
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					