

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**PRONTO ATENDIMENTO**

UPA 24H PORTE II ALTO DA PONTE

Contrato de Gestão nº408/2024

**SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**FEVEREIRO**

**2026**



**Prefeitura Municipal de São José dos Campos**

**DIRETOR DEPARTAMENTO HOSPITALAR E EMERGÊNCIAS**

Wagner Marques

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

George Zenha

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"**

**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**GERENTE TÉCNICO REGIONAL**

Thalita Ruiz Lemos da Rocha

## **SUMÁRIO**

|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>                 | <b>4</b>   |
| <b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>        | <b>6</b>   |
| <b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b> | <b>6</b>   |
| <b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>                                | <b>8</b>   |
| <b>5. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>           | <b>17</b>  |
| <b>6. INDICADORES DE PRODUÇÃO</b>                          | <b>116</b> |
| <b>7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE</b>        | <b>126</b> |
| <b>8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>                | <b>133</b> |
| <b>9. COMISSÕES E COMITÊS</b>                              | <b>141</b> |
| <b>10. EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>                             | <b>158</b> |
| <b>11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE</b>        | <b>162</b> |
| <b>12. MANUTENÇÃO</b>                                      | <b>208</b> |
| <b>13. CONCLUSÃO</b>                                       | <b>236</b> |

## HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Visão**

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

#### **Missão**

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

#### **Valores**

- Valorizamos a vida;



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

### **Pilares Estratégicos**

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

### **Lema**

"Prevenir é Viver com Qualidade".

### **1.2 Contrato de Gestão nº 408/2024**

---

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

A UPA ALTO DA PONTE realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em Pediatria e Clínica Médica. Disponibilizará os atendimentos de Urgência 24 horas

por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados. Será unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada via APH.

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

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

## 2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

## 3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 28 de Fevereiro de 2026**.

| TABELA ANEXO IIB                                                                                                                                               | Meta         | 2026  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
|                                                                                                                                                                |              | Fev   |
| 1.1 Percentual do número de leitos                                                                                                                             | 100%         | 100%  |
| 1.2 Equipe Mínima de Profissionais                                                                                                                             | 100%         | 100%  |
| 2.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo definido em, no máximo, 2 horas                                                                | 90%          | 93%   |
| 2.2 Taxa de Mortalidade na unidade de emergência $\leq$ 24h                                                                                                    | 4%           | 0.02% |
| 2.3 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidados do AVC                                                                    | 100%         | 100%  |
| 2.4 Percentual de pacientes trombolisados + percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidados do IAM                                    | 100%         | 100%  |
| 2.5 Cumprimentos e metas dos indicadores de linha de cuidado TRAUMA                                                                                            | 100%         | 91%   |
| 2.6; 2.7; e 2.8; Índice de suspeição de SEPSE e abertura do protocolo; Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE; Adesão ao protocolo. | 100%         | 100%  |
| 2.9 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados para UBS                                                                                       | 100%         | 100%  |
| 2.10 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU, bombeiros, etc.)                                   | 100%         | 100%  |
| 2.11 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco                                                                                              | 100%         | 100%  |
| 2.12 Proporção de notificações de agravos de notificação compulsória                                                                                           | 100%         | 100%  |
| 2.13 Nova consulta em menos de 24 horas                                                                                                                        | < 5%         | 1,84% |
| 3.1 Consultas em clínica médica                                                                                                                                | 8500         | 8806  |
| 3.2 Consultas em pediatria                                                                                                                                     | 3200         | 1741  |
| 3.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação menor que 1 hora                                                            | 100%         | 100%  |
| 4.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período                                                                                     | 70%          | 100%  |
| 4.2 Proporção de atendimento prioritário A pessoas vulneráveis                                                                                                 | 60%<br>/100% | 100%  |
| 4.3 Percentual de comissões atuantes e regulares                                                                                                               | 100%         | 100%  |
| 5.1 Monitoramento da manifestação do cliente, avaliação de reclamação e sugestões                                                                              | 100%         | 100%  |

|                                                           |      |     |
|-----------------------------------------------------------|------|-----|
| 5.2 Percentual de usuários satisfeitos/ muito satisfeitos | >80% | 88% |
|-----------------------------------------------------------|------|-----|

## 4. FORÇA DE TRABALHO

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

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

#### 4.1.1 Dimensionamento colaboradores CLT

| Setor          | Cargo                              | Previsto | Efetivo | Δ |
|----------------|------------------------------------|----------|---------|---|
| Assistencial   | RT Médico                          | 1        | 1       | ✓ |
|                | Coordenador Médico Clínico         | 1        | 1       | ✓ |
|                | Coordenador Médico Pediátrico      | 1        | 1       | ✓ |
|                | Enfermeiro RT                      | 1        | 1       | ✓ |
|                | Enfermeiro de Educação Permanente  | 1        | 1       | ✓ |
|                | Enfermeiro da CCIH                 | 1        | 1       | ✓ |
|                | Técnico de CME                     | 1        | 1       | ✓ |
|                | Gerente Administrativo             | 1        | 1       | ✓ |
|                | Supervisor noturno (Enfermeiro)    | 2        | 2       | ✓ |
|                | Assistente Social                  | 2        | 2       | ✓ |
|                | Farmacêutico                       | 4        | 4       | ✓ |
|                | Farmacêutico Responsável Técnico   | 1        | 1       | ✓ |
|                | Nutricionista                      | 1        | 1       | ✓ |
|                | Auxiliar administrativo            | 3        | 3       | ✓ |
|                | Recepcionista                      | 10       | 11      | ↑ |
|                | Técnico de Informática             | 1        | 1       | ✓ |
|                | Técnico de Segurança do trabalho   | 1        | 1       | ✓ |
|                | Supervisor administrativo/recepção | 1        | 0       | ↓ |
| Administrativa | Motorista/ ambulância              | 4        | 4       | ✓ |
|                | Técnico de Radiologia              | 7        | 7       | ✓ |
|                | RT Radiologia                      | 1        | 1       | ✓ |

|                                       |            |            |          |
|---------------------------------------|------------|------------|----------|
| Auxiliar de Farmácia                  | 4          | 7          | ↑        |
| Auxiliar de Almoxarifado              | 1          | 1          | ✓        |
| Auxiliar de arquivo                   | 1          | 1          | ✓        |
| Auxiliar de Manutenção                | 2          | 2          | ✓        |
| Copeira                               | 4          | 4          | ✓        |
| Vigilante                             | 4          | 4          | ✓        |
| Controlador de acesso                 | 12         | 12         | ✓        |
| Auxiliar de Higiene / Serviços Gerais | 12         | 12         | ✓        |
| Auxiliar Serviços Gerais              | 1          | 1          | ✓        |
| Líder da Higiene                      | 1          | 1          | ✓        |
| Engenharia Clínica                    | 1          | 1          | ✓        |
| Enfermeiro                            | 38         | 38         | ✓        |
| Técnico de Enfermagem                 | 80         | 88         | ↓        |
| Concierge                             | 1          | 1          | ✓        |
| <b>Total</b>                          | <b>206</b> | <b>210</b> | <b>↑</b> |

**Análise Crítica:** No mês de fevereiro, a unidade manteve a condução estratégica da gestão de pessoal já estabelecida nos meses anteriores, promovendo ajustes pontuais no quadro funcional, com atenção especial à equipe assistencial. O cenário organizacional permaneceu estável, garantindo a continuidade das atividades e a manutenção da qualidade dos serviços prestados.

No que se refere ao dimensionamento, o setor de Técnicos de Enfermagem conta com 78 profissionais ativos, registrando 10 colaboradores afastados no período. Ainda assim, não houve comprometimento da assistência, em razão das medidas de cobertura adotadas. O setor de Recepção manteve quantitativo acima do previsto, considerando a presença de um profissional ferista destinado à cobertura de férias, sem impacto negativo nas atividades desempenhadas. Da mesma forma, o cargo de Auxiliar de Farmácia apresenta quadro ampliado, com o objetivo de assegurar reposição em períodos de folgas e férias, prevenindo qualquer prejuízo ao atendimento e à assistência.

De maneira geral, os indicadores de fevereiro demonstram que a unidade permaneceu em conformidade com os parâmetros de segurança assistencial estabelecidos, mesmo diante das movimentações no quadro funcional. A adoção de estratégias preventivas para cobertura de ausências reforça a eficiência da gestão de recursos humanos, evidenciando capacidade de planejamento e resposta às demandas internas. A condução estratégica do quadro de pessoal segue sendo um fator essencial para a manutenção da estabilidade operacional e da qualidade assistencial prestada.

## 4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais



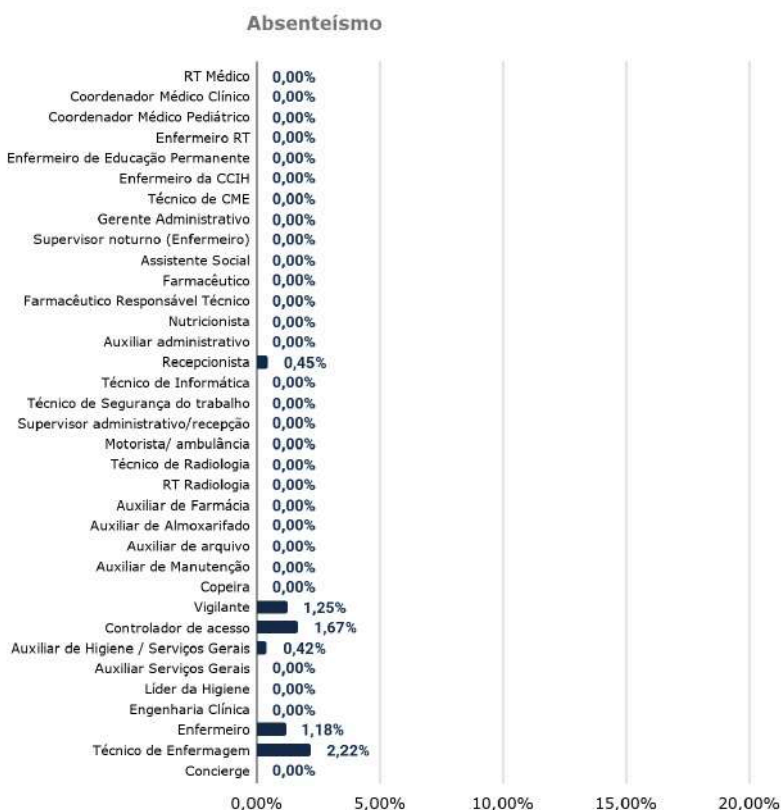
**Análise Crítica:** No mês de fevereiro, o quadro de colaboradores da unidade permaneceu integralmente ativo, garantindo a cobertura total das atividades assistenciais e administrativas programadas. O acompanhamento contínuo dos indicadores, aliado à aplicação de estratégias preventivas de contingência, possibilitou a manutenção das escalas de trabalho e a adequada alocação dos profissionais conforme as demandas do serviço.

A consistência observada ao longo do período evidencia a assertividade do planejamento realizado e a integração entre os setores, assegurando que as

funções essenciais fossem desempenhadas sem intercorrências. A organização estruturada das equipes favoreceu o atendimento das necessidades assistenciais, mantendo a regularidade dos fluxos internos e a continuidade das operações.

De modo geral, fevereiro reafirma a manutenção de 100% de cobertura no dimensionamento de pessoal, demonstrando a capacidade da unidade em preservar sua estabilidade operacional e sustentar os padrões de qualidade e segurança estabelecidos, mesmo diante das variações naturais do quadro funcional.

#### 4.2.2 Absenteísmo



**Análise Crítica:** No mês de fevereiro, a análise dos índices de absenteísmo da unidade demonstra um cenário extremamente positivo, com resultados ainda mais satisfatórios e plenamente compatíveis com a dinâmica operacional do período. Os indicadores refletem a efetividade das ações contínuas de monitoramento e acompanhamento das equipes, contribuindo para a manutenção da regularidade das atividades assistenciais e administrativas.

Os enfermeiros registraram índice de absenteísmo de 1,18%, percentual considerado controlado e dentro dos parâmetros esperados para a categoria, sem qualquer impacto na organização das escalas ou na qualidade da assistência prestada. O resultado reforça o comprometimento da equipe e a estabilidade do desempenho assistencial.

Entre os técnicos de enfermagem, o índice apurado foi de 2,22%, demonstrando redução em relação a períodos anteriores e mantendo-se em patamar administrável. O percentual não ocasionou prejuízos à assistência, evidenciando adesão às práticas de assiduidade e efetividade das estratégias de gestão implementadas.

Os vigilantes apresentaram taxa de 1,25%. Considerando que o quadro é composto por apenas quatro colaboradores, sendo um por plantão, pequenas variações tendem a impactar de forma mais significativa o indicador. Ainda assim, o resultado foi bastante satisfatório e não comprometeu a cobertura dos postos de trabalho.

Os controladores de acesso registraram absenteísmo de 1,67%, índice plenamente administrável e compatível com a função, sem interferência na organização das rotinas de segurança e controle da unidade.

Os auxiliares de higiene apresentaram percentual de 0,42%, resultado extremamente positivo, que reforça a estabilidade da equipe e a manutenção adequada das atividades essenciais de limpeza e apoio. A recepção também



manteve índice reduzido, com 0,45%, demonstrando organização e compromisso com a continuidade do atendimento.

De modo geral, o cenário de fevereiro evidencia excelente controle do absenteísmo, com todos os indicadores dentro de parâmetros muito satisfatórios. As variações observadas foram pontuais e plenamente absorvidas pela organização das equipes. A atuação preventiva da gestão, aliada ao acompanhamento sistemático dos indicadores, segue fortalecendo a cultura de assiduidade, promovendo estabilidade operacional e assegurando a continuidade dos serviços com qualidade e segurança.

#### 4.2.3 Turnover



**Análise Crítica:** No mês de fevereiro, o setor assistencial da unidade manteve-se plenamente estruturado, com reforços pontuais no quadro de colaboradores por meio de admissões planejadas e alinhadas às necessidades operacionais. As movimentações realizadas no período contribuíram para a manutenção do equilíbrio das equipes e para a continuidade segura das atividades desenvolvidas.

Destaca-se a contratação de um Auxiliar de Higiene, correspondente a 0,24% no período, destinada à cobertura de afastamento. A medida assegurou a continuidade das rotinas de limpeza e apoio, garantindo que as atividades essenciais fossem mantidas sem qualquer impacto na assistência. No âmbito assistencial, foram admitidos dois Enfermeiros, representando 0,71% das movimentações registradas no mês.

As contratações fortaleceram a equipe, contribuindo para a adequada organização das escalas, ampliação do suporte técnico e preservação da qualidade do cuidado prestado. Também foram realizadas duas admissões de Técnicos de Enfermagem, correspondendo a 0,98% no período. A recomposição do quadro permitiu manter o dimensionamento previsto, minimizar possíveis sobrecargas e sustentar a segurança assistencial diante das demandas da unidade.

As ações implementadas demonstram uma gestão de pessoas organizada e proativa, com respostas assertivas às necessidades identificadas. As admissões efetuadas asseguraram a continuidade dos serviços assistenciais e administrativos, evitando desassistência e preservando a fluidez dos processos internos.

De forma geral, fevereiro evidencia controle adequado das movimentações de pessoal, com admissões estratégicas que contribuíram para o fortalecimento das equipes e para a estabilidade operacional da unidade. O alinhamento entre planejamento, reposição e acompanhamento contínuo das demandas reforça a

capacidade institucional de manter elevados padrões de qualidade, segurança e organização.

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

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

**Análise crítica:** Durante o mês em análise, **não foram registrados acidentes de trabalho ou eventos adversos relacionados à segurança ocupacional.**

Esse resultado demonstra a efetividade das medidas preventivas adotadas e o comprometimento das equipes com as normas de segurança.

#### Pontos Positivos Identificados

- Cumprimento das normas de biossegurança em todos os setores.
- Uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos colaboradores.

- Treinamentos periódicos realizados recentemente, que reforçaram práticas seguras.
- Monitoramento contínuo das condições ambientais e estruturais, garantindo ambientes livres de riscos imediatos.

#### Oportunidades de Melhoria

Mesmo sem acidentes, é importante destacar pontos que podem ser aprimorados para manter o índice de segurança:

- Revisão preventiva dos protocolos para identificar possíveis falhas antes que se tornem incidentes.
- Simulações de emergência para manter a equipe preparada em situações críticas.
- Reforço da cultura de segurança por meio de campanhas internas e comunicação constante.
- Aprimoramento do registro de quase-acidentes (near misses), que podem fornecer dados valiosos para prevenção futura.

#### Conclusão

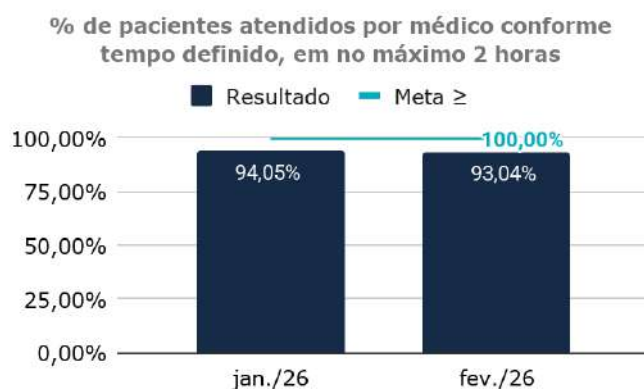
A ausência de acidentes neste mês é um indicador positivo da maturidade dos colaboradores e setor relacionado à segurança do paciente. Contudo, a análise crítica reforça que a prevenção deve ser contínua, e que a manutenção de treinamentos, auditorias internas e incentivo à cultura de segurança são fundamentais para garantir que esse resultado se repita nos próximos períodos.

#### 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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

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

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



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a UPA Alto da Ponte registrou 10.138 atendimentos, mantendo volume assistencial expressivo e desempenho consistente no indicador de oportunidade. Do total de atendimentos realizados, 93% foram encerrados em até duas horas, permanecendo acima da meta contratual de 90%. Esse resultado representa aproximadamente 9.428 atendimentos concluídos dentro do prazo, confirmando a manutenção da eficiência assistencial da unidade.

#### Fast Track

O Fast Track manteve-se como ferramenta estratégica para organização do fluxo assistencial. Em fevereiro, foram realizados 931 atendimentos nesse modelo, com tempo médio de atendimento de 37 minutos, apresentando redução em relação ao mês anterior, quando o tempo médio havia sido de aproximadamente 41 minutos.

Essa diminuição no tempo médio evidencia ganho adicional de eficiência no manejo de pacientes de baixa complexidade, reforçando a maturidade operacional do fluxo rápido. A redução do tempo de permanência desses pacientes contribui diretamente para:

- diminuição da pressão sobre a sala de espera;
- melhor distribuição da demanda entre os consultórios;
- preservação da capacidade das equipes para os casos de maior gravidade.

Além disso, o modelo continua apresentando impacto econômico positivo para a unidade.

O custo médio de insumos por paciente no Fast Track foi de R\$2,18, enquanto o custo médio dos pacientes verdes no fluxo convencional foi de R\$3,57. Essa diferença representa economia de R\$1,39 por paciente, equivalente a 38,9% de redução de custo.

Considerando os 640 pacientes atendidos no Fast Track no período analisado, o custo total desse fluxo foi de R\$ 1.392,28. Caso esses mesmos pacientes fossem atendidos pelo fluxo convencional, o custo estimado seria de R\$ 2.284,80, o que demonstra economia direta de R\$ 892,52 para a unidade.

Esse resultado reforça que o Fast Track não apenas melhora a eficiência assistencial, como também promove uso mais racional de recursos, reduzindo consumo de insumos e tempo de permanência sem comprometer a qualidade do atendimento.

---

### **Síntese Gerencial**

A análise de fevereiro demonstra que a UPA Alto da Ponte mantém processo assistencial estável e resiliente, mesmo diante de variações naturais do fluxo de urgência e emergência. A unidade segue superando a meta contratual do indicador de oportunidade, mantendo desempenho consistente na resolutividade dos atendimentos.

O Fast Track permanece como componente fundamental da estratégia operacional, contribuindo simultaneamente para:

- melhoria da fluidez assistencial;
- redução do tempo médio de atendimento;
- otimização do uso de recursos.

A combinação desses fatores evidencia maturidade organizacional e consolidação dos processos internos, permitindo que a unidade absorva variações de demanda sem impacto relevante na qualidade assistencial ou nos indicadores de desempenho.

### 5.1.2 Percentual de número de leitos



**Análise crítica:** A Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Alto da Ponte possui capacidade instalada de **20 leitos assistenciais conforme edital de chamamento**, distribuídos entre os setores de maior complexidade do atendimento de urgência e emergência. O dimensionamento contempla **2 leitos de emergência (1 adulto e 1 pediátrico)**, **4 leitos na Sala Amarela**, **6**

**leitos de observação adulto, 1 leito de isolamento adulto, 6 leitos de observação pediátrica e 1 leito de isolamento pediátrico**, configurando **100% de ocupação da capacidade estrutural de leitos disponíveis para assistência**.

No mês de fevereiro, a unidade registrou **364 atendimentos assistenciais relacionados à observação, emergência e Sala Amarela**, consolidando-se como um serviço estratégico de referência na Rede de Atenção à Saúde. Esses atendimentos tiveram origem tanto por **demanda espontânea quanto por encaminhamentos regulados**, reforçando o papel fundamental da unidade na garantia de acesso oportuno ao cuidado e na organização do fluxo assistencial regional.

Sob a ótica da gestão em saúde, esse quantitativo demonstra não apenas a elevada procura pelo serviço, mas também a **capacidade operacional da unidade em responder de forma eficaz às necessidades assistenciais**, mantendo a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a resolutividade clínica. Mesmo em cenários de alta pressão assistencial, observa-se a manutenção da qualidade dos processos de atendimento, refletindo a organização das rotinas assistenciais e a integração entre as equipes multiprofissionais.

O monitoramento sistemático do volume de atendimentos constitui uma ferramenta essencial para a **análise do perfil epidemiológico e assistencial da demanda**, fornecendo subsídios relevantes para o planejamento estratégico institucional. Esses dados permitem o dimensionamento mais adequado das equipes, a otimização da alocação de recursos humanos e estruturais, bem como o aprimoramento da gestão dos fluxos assistenciais.

Adicionalmente, a análise contínua desses indicadores contribui para o **fortalecimento da capacidade de resposta da unidade**, favorecendo maior eficiência operacional e melhor desempenho dos indicadores de qualidade assistencial. Esse processo possibilita identificar oportunidades de melhoria,

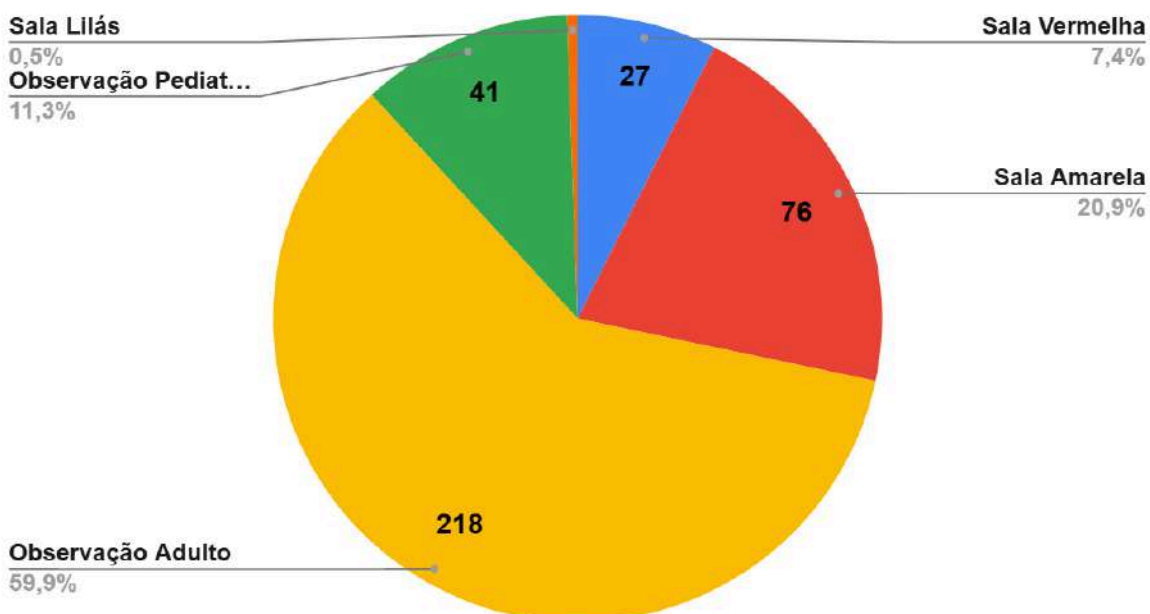


antecipar cenários de maior demanda e desenvolver estratégias voltadas à qualificação do atendimento.

Destaca-se, ainda, a relevância do **aprimoramento permanente dos processos organizacionais e da articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde**, com foco na qualificação dos fluxos de encaminhamento, na racionalização do uso dos recursos assistenciais e na ampliação da resolutividade do serviço.

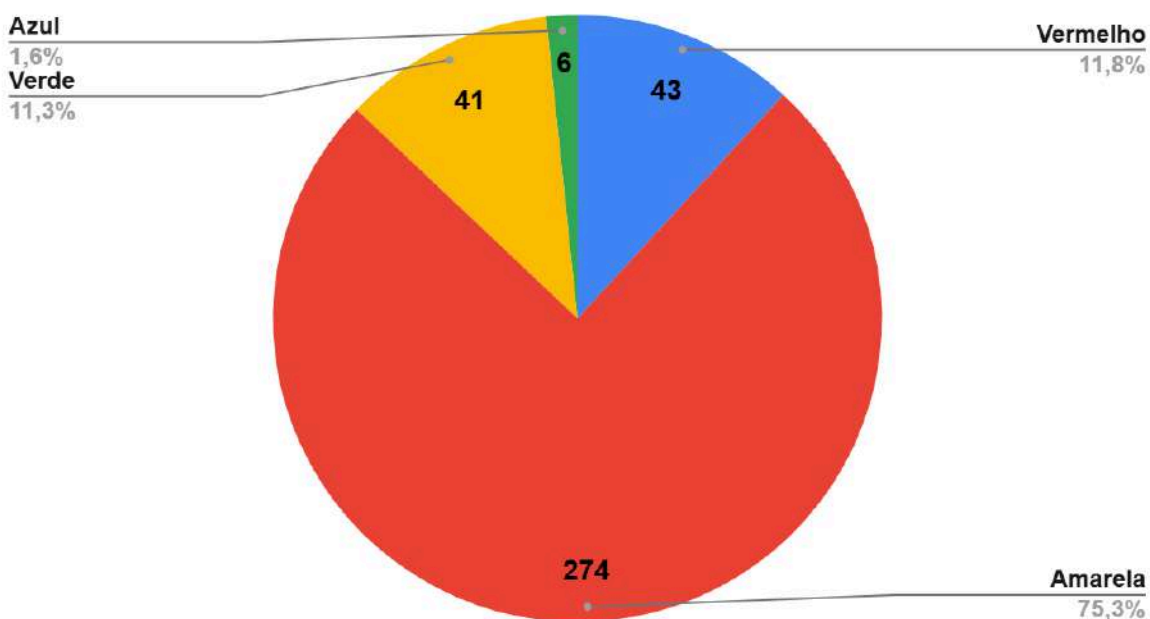
Nesse contexto, a consolidação de práticas assistenciais baseadas em **qualidade, segurança do paciente e eficiência na gestão do cuidado** contribui para a sustentabilidade operacional da unidade e para o fortalecimento do sistema de saúde, assegurando uma assistência cada vez mais resolutiva, integrada e centrada nas necessidades da população atendida.

### Setores de Admissão



## Perfil de Classificação de Risco dos Pacientes Admitidos

### Classificação de Risco



**Análise crítica:** Do total de pacientes avaliados no período, 43 (11,8%) foram classificados como vermelhos, configurando situações críticas que demandam intervenção imediata, suporte assistencial intensivo e pronta mobilização de recursos especializados.

A predominância concentrou-se na classificação amarela, com 274 pacientes (75,3%), evidenciando elevada demanda por atendimentos de risco intermediário. Esses casos requerem monitorização contínua, reavaliações periódicas, atuação intensiva da equipe multiprofissional e maior utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos.

Foram classificados como verde 41 pacientes (11,3%), correspondendo a quadros de menor complexidade e maior estabilidade clínica. Adicionalmente, 6 pacientes (1,6%) receberam classificação azul, caracterizando situações de baixa

complexidade, passíveis de manejo com intervenções simplificadas e menor necessidade de recursos assistenciais.

Não houve registro de pacientes enquadrados na classificação cinza no período analisado.

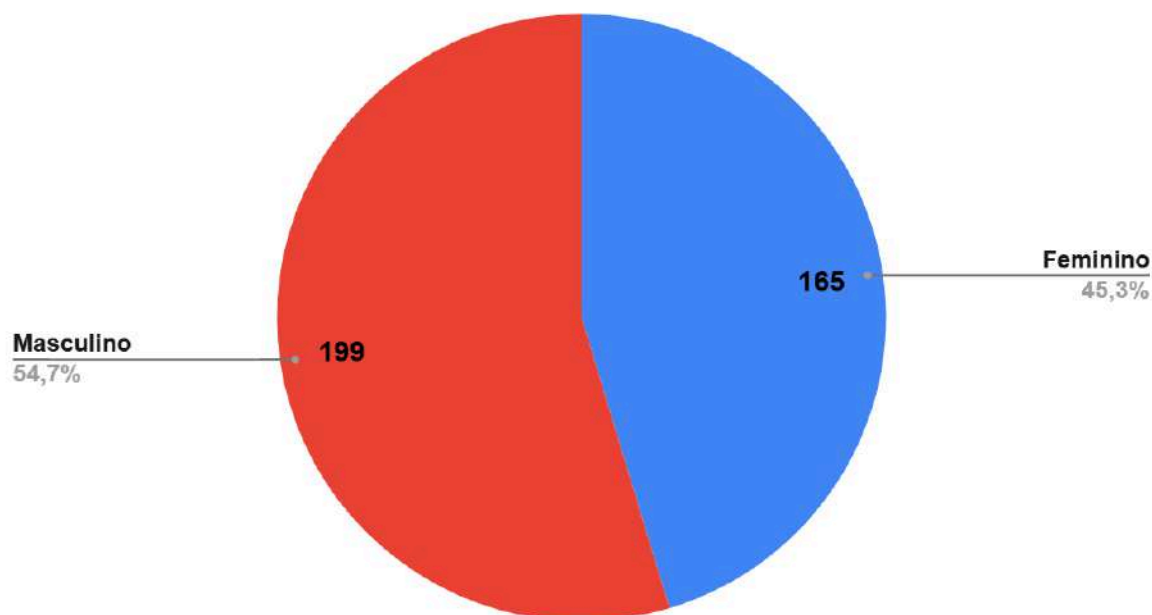
Sob a perspectiva da gestão hospitalar, a expressiva concentração de casos na categoria amarela revela impacto direto sobre a taxa de ocupação dos leitos de observação, o tempo médio de permanência, a rotatividade de leitos e a produtividade das equipes assistenciais. Tal perfil assistencial exige planejamento operacional contínuo, com monitoramento sistemático dos indicadores de desempenho e avaliação permanente da capacidade instalada da unidade.

Diante desse cenário, torna-se estratégico fortalecer ações gerenciais voltadas à otimização do fluxo interno, padronização de protocolos assistenciais, qualificação dos processos de regulação e ampliação da integração com os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Essas iniciativas contribuem para a mitigação de gargalos assistenciais, melhoria da resolutividade, maior eficiência operacional e sustentabilidade institucional.

A estratificação de risco consolida-se, assim, como instrumento fundamental de governança clínica e administrativa, subsidiando o planejamento estratégico, o dimensionamento adequado de equipes e a alocação racional de recursos. O acompanhamento sistemático desse indicador permite a implementação de ações de melhoria contínua, com foco na segurança do paciente, na redução da sobrecarga assistencial e na qualificação permanente do cuidado prestado.

## Perfil de Sexo dos Pacientes Admitidos

### Perfil Sexo



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a análise do perfil epidemiológico dos pacientes mantidos em regime de observação evidenciou discreta predominância do sexo masculino, com 199 atendimentos (54,7%), em comparação a 165 pacientes do sexo feminino (45,3%). A distribuição observada demonstra relativo equilíbrio entre os sexos, configurando importante parâmetro para o planejamento assistencial, dimensionamento de equipes e organização da capacidade operacional da unidade.

A predominância masculina pode estar relacionada a fatores epidemiológicos específicos, como maior exposição a agravos agudos, eventos traumáticos e condições clínicas associadas ao perfil ocupacional e comportamental. Ainda assim, a proximidade percentual entre os sexos reforça o caráter abrangente da demanda assistencial atendida pela unidade, evidenciando seu papel estratégico como ponto de atenção intermediário na Rede de Atenção às Urgências.

Nesse contexto, a UPA reafirma sua função resolutiva ao garantir acolhimento com classificação de risco qualificada, estabilização clínica em tempo oportuno e encaminhamento regulado quando necessário, em conformidade com protocolos institucionais e diretrizes vigentes. Tal atuação contribui para a organização do fluxo assistencial e para a redução de sobrecarga nos serviços hospitalares de maior complexidade.

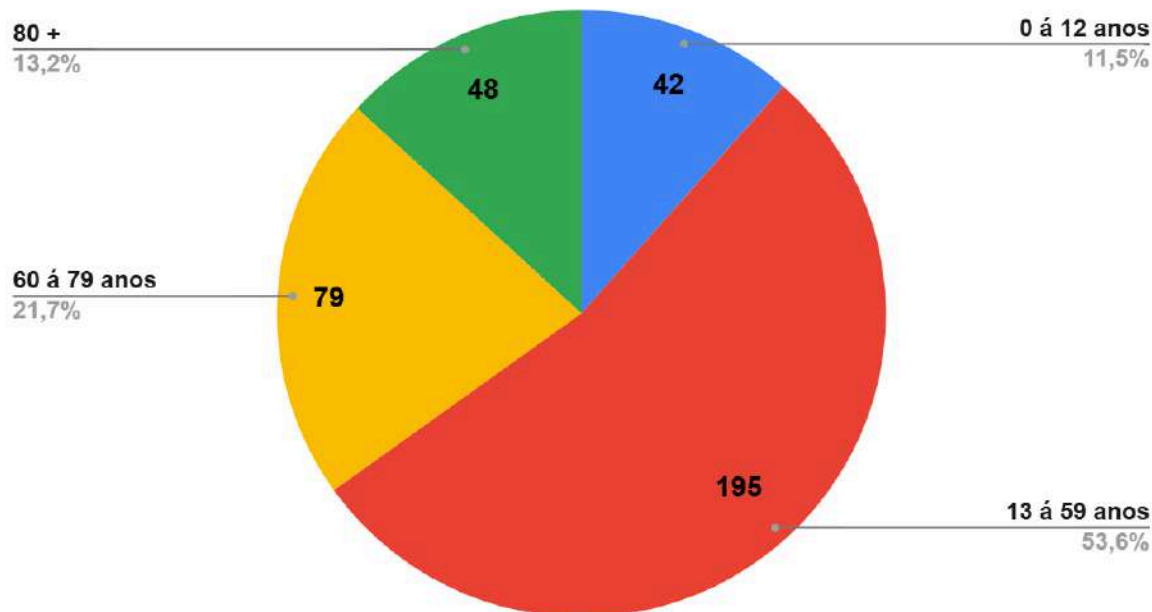
Sob a ótica da gestão, o monitoramento contínuo do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários constitui ferramenta essencial para a identificação de tendências assistenciais, sazonalidades e padrões de utilização do serviço. Esses dados subsidiam decisões estratégicas relacionadas à alocação racional de recursos humanos, materiais e tecnológicos, promovendo maior eficiência operacional e melhor desempenho assistencial.

Destaca-se, ainda, a relevância da integração efetiva entre a UPA e a Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde. A articulação intersetorial fortalece os fluxos de referência e contrarreferência, favorece a continuidade do cuidado e contribui para a redução de demandas evitáveis nos serviços de urgência, otimizando a capacidade instalada e ampliando a resolutividade do sistema.

Sob o enfoque gerencial, a análise sistemática desses indicadores possibilita a implementação de estratégias de melhoria contínua, direcionadas ao aprimoramento dos processos assistenciais, à qualificação do atendimento prestado e à sustentabilidade operacional da unidade, consolidando a governança clínica e administrativa do serviço.

## Perfil Etário dos Pacientes Admitidos

### Perfil Etário



**Análise crítica:** Durante o mês de fevereiro, os 364 pacientes admitidos nos setores de observação e emergência apresentaram ampla distribuição etária, evidenciando a relevância estratégica da unidade no contexto da Rede de Atenção à Saúde e sua capacidade de absorver demandas assistenciais de diferentes perfis clínicos.

A maior concentração de atendimentos ocorreu na faixa etária de 13 a 59 anos, com 195 pacientes (53,6%), refletindo predominância da população economicamente ativa e maior exposição a agravos agudos, intercorrências traumáticas e descompensações clínicas. Em seguida, destacaram-se os pacientes entre 60 e 79 anos, totalizando 79 atendimentos (21,7%), grupo que, em geral, apresenta maior carga de doenças crônicas e maior risco de instabilidade clínica. A população com 80 anos ou mais correspondeu a 48 atendimentos (13,2%), configurando demanda relevante de pacientes com maior fragilidade, multimorbidades e potencial necessidade de monitorização intensiva.

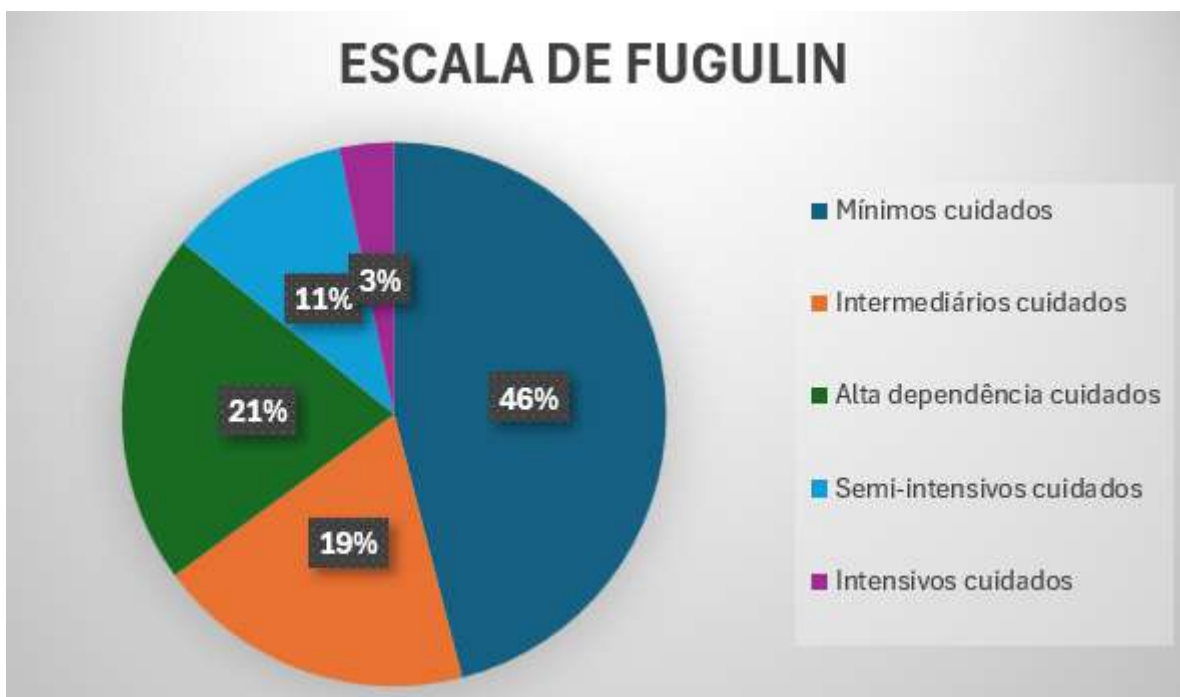
Já a faixa etária de 0 a 12 anos representou 42 atendimentos (11,5%), demonstrando a capacidade da unidade em atender também intercorrências pediátricas.

Esse perfil etário evidencia a abrangência assistencial da unidade ao longo de todo o ciclo de vida, exigindo organização estrutural e assistencial compatível com diferentes níveis de complexidade. A heterogeneidade da demanda impõe necessidade de protocolos específicos por faixa etária, qualificação permanente das equipes multiprofissionais e adequada distribuição de recursos humanos, tecnológicos e estruturais.

Sob a perspectiva gerencial, a análise desse indicador permite identificar padrões epidemiológicos e tendências de utilização do serviço, subsidiando o planejamento estratégico e operacional. O monitoramento sistemático da distribuição etária contribui para o dimensionamento assertivo das equipes, organização dos fluxos internos e fortalecimento da capacidade resolutiva da unidade.

O cenário observado demonstra alinhamento entre a atuação das equipes e o perfil epidemiológico do território, assegurando respostas oportunas às demandas assistenciais, continuidade do cuidado e manutenção de elevados padrões de qualidade e segurança do paciente, elementos essenciais para a sustentabilidade operacional e a governança clínica da unidade.

## **Escala de Fugulin**



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, o perfil de dependência funcional dos pacientes atendidos na unidade, conforme a Escala de Fugulin, apresentou a seguinte distribuição.

Constata-se que 114 pacientes (46%) foram classificados como necessitando de cuidados mínimos, evidenciando que a maior parte da demanda assistencial corresponde a casos de menor complexidade. Esse perfil permite adequada monitorização e assegura a continuidade do cuidado com segurança.

Observa-se também que 74 pacientes (30%) enquadraram-se nas categorias intermediário e semi-intensivo, demonstrando que a Observação Clínica Adulta dispõe de estrutura e organização compatíveis com o atendimento de casos mais



complexos. Esses pacientes requerem vigilância contínua, intervenções assistenciais frequentes e atuação multiprofissional integrada, aspectos essenciais para garantir qualidade e resolutividade na assistência.

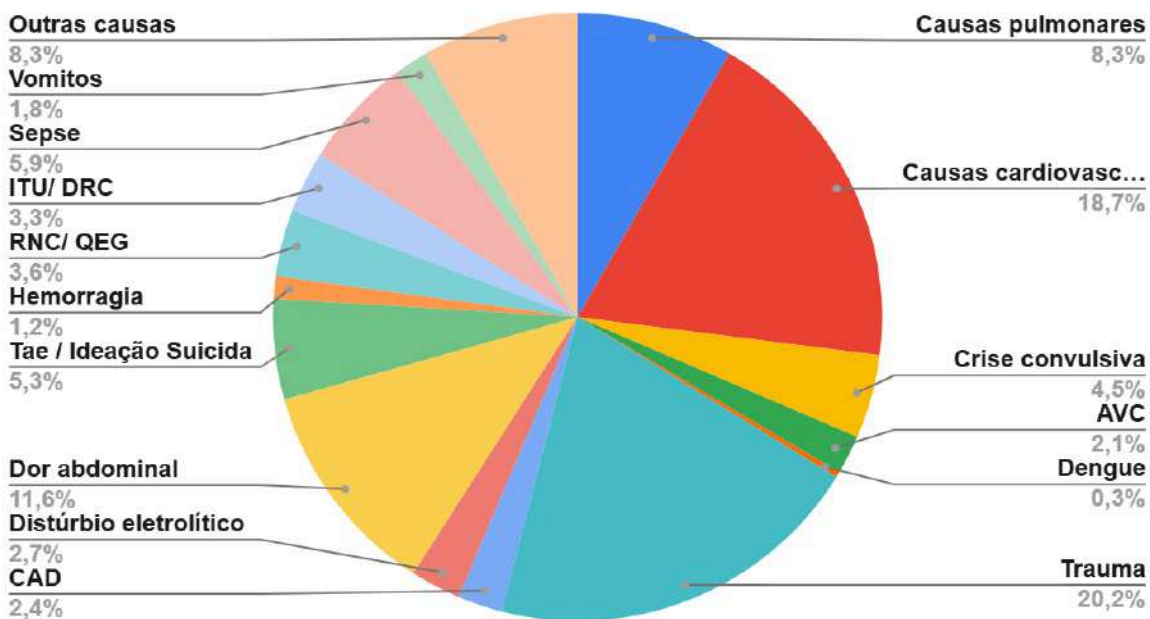
Além disso, 52 pacientes (21%) foram classificados como de alta dependência, o que reforça a capacidade da unidade em prestar assistência segura a pacientes fragilizados ou em condições clínicas mais graves, ainda que temporariamente, até definição de alta ou transferência para serviços de maior complexidade.

De modo geral, o panorama evidenciado pela Escala de Fugulin demonstra que a unidade atende uma população com diferentes níveis de dependência funcional, mantendo equilíbrio entre resolutividade, monitorização constante e cuidado individualizado. A atuação de equipe capacitada e a aplicação de protocolos assistenciais adequados a cada nível de complexidade contribuem diretamente para a qualidade do atendimento.

Essa distribuição confirma a competência da equipe multiprofissional na oferta de assistência segura e eficaz, garantindo que cada paciente receba o cuidado necessário conforme sua condição clínica e funcional, fortalecendo a eficiência operacional e a segurança assistencial.

## Perfil Hipótese Diagnóstica dos Adultos

### Hipótese Diagnóstica Adulto



**Análise crítica :** No período avaliado, foram registrados 337 atendimentos na população adulta, evidenciando diversidade de apresentações clínicas e relevante complexidade assistencial.

Os traumas representaram o principal motivo de atendimento, com 68 casos (20,2%), seguidos pelas causas cardiovasculares, com 63 registros (18,7%), confirmando elevada demanda por manejo de agravos agudos e potencialmente graves.

As causas pulmonares corresponderam a 28 casos (8,3%), enquanto a dor abdominal somou 39 atendimentos (11,6%), configurando importante volume de queixas clínicas gerais.

Destacaram-se ainda sepse (5,9%), transtornos psiquiátricos/ideação suicida (5,3%), crises convulsivas (4,5%), além de registros de distúrbios eletrolíticos,

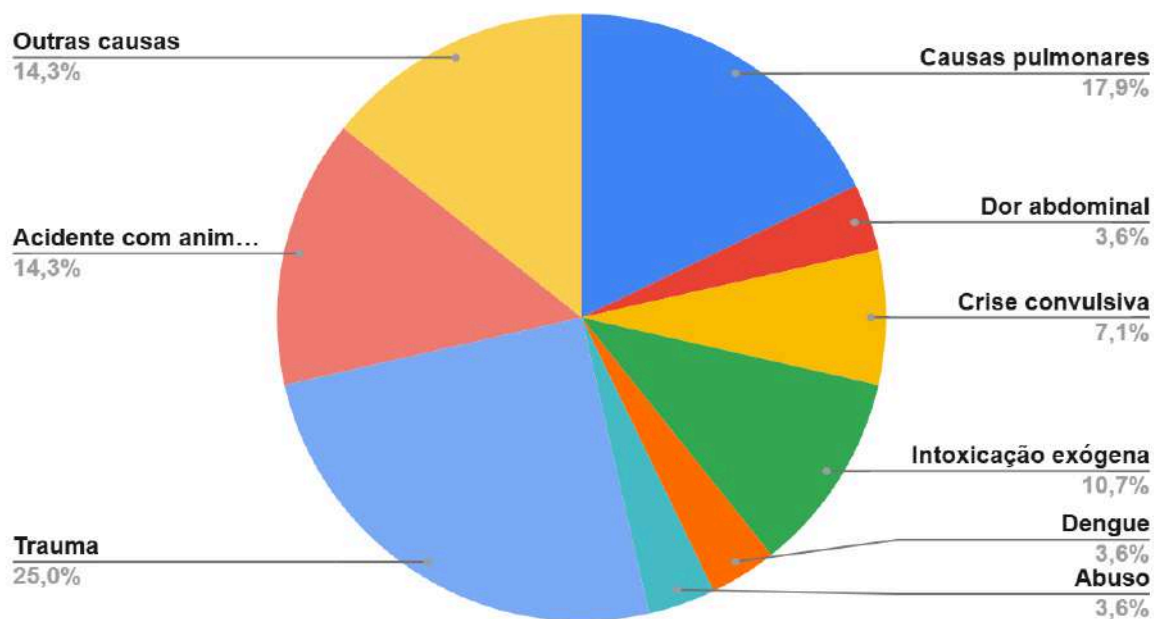
CAD, AVC, ITU/DRC, hemorragias e vômitos persistentes, demonstrando heterogeneidade e variabilidade de gravidade dos casos atendidos.

O conjunto dos dados evidencia predomínio de agravos traumáticos e cardiovasculares, associados a condições infecciosas, metabólicas e neurológicas que exigem aplicação rigorosa de protocolos assistenciais, monitorização contínua e preparo técnico das equipes.

Sob a ótica gerencial, o perfil identificado reafirma a capacidade da unidade em estabilizar e direcionar pacientes de média e alta complexidade, subsidiando o planejamento estratégico, o dimensionamento de equipes e a alocação racional de recursos, além de reforçar a importância da articulação com a Atenção Primária à Saúde para continuidade do cuidado e redução de demandas evitáveis.

## Perfil Hipótese Diagnóstica da Pediatria

### Hipótese Diagnóstica 0 á 12 anos



**Análise crítica:** No período avaliado, foram registrados 28 atendimentos na população pediátrica, evidenciando diversidade de apresentações clínicas e reafirmando a capacidade assistencial da unidade no manejo de urgências e emergências infantis no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os traumas representaram a principal causa de atendimento, com 7 casos (25%), incluindo quedas e acidentes domésticos, reforçando a importância de avaliação clínica criteriosa, intervenções oportunas e orientação preventiva aos responsáveis.

As causas pulmonares e os acidentes com animais peçonhentos corresponderam a 5 casos cada (17,9%), configurando demanda significativa por monitorização clínica e manejo específico conforme protocolos assistenciais.

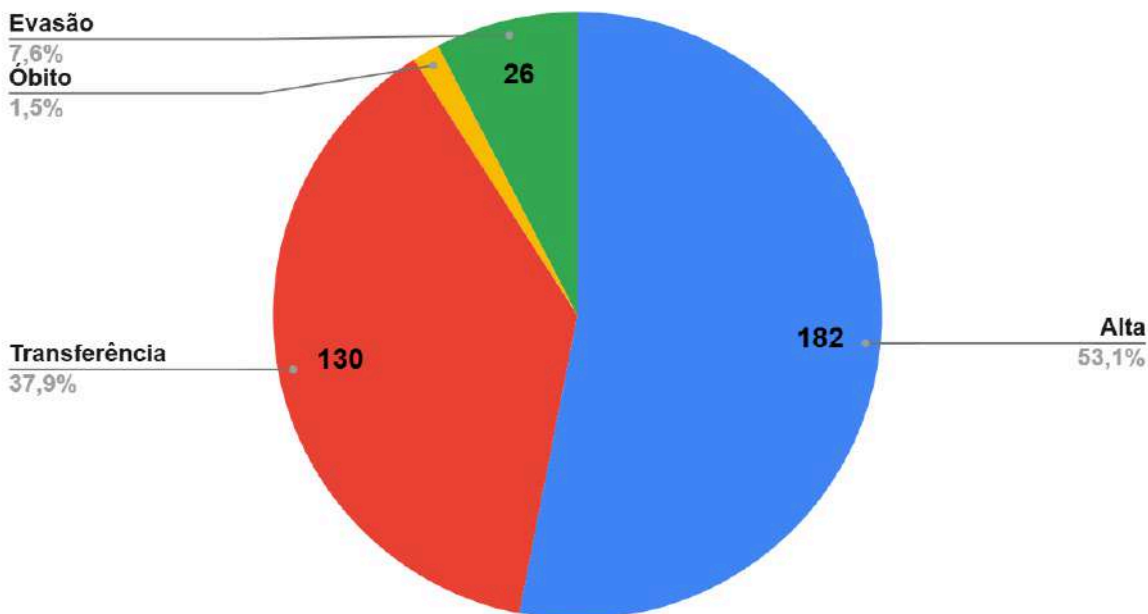
Registraram-se ainda intoxicação exógena em 3 casos (10,7%) e crise convulsiva em 2 casos (7,1%), condições que exigem avaliação imediata e vigilância contínua.

Outros agravos incluíram dor abdominal, dengue e abuso, com 1 caso cada (3,6%), além de 4 atendimentos classificados como outras causas (14,3%), evidenciando a heterogeneidade do perfil clínico pediátrico atendido.

O conjunto dos dados demonstra a aptidão da unidade para avaliação, estabilização e direcionamento seguro de pacientes pediátricos com diferentes níveis de gravidade, assegurando aplicação de protocolos institucionais, segurança assistencial e articulação efetiva com a rede para continuidade do cuidado.

## Desfecho dos Pacientes Admitidos

### Desfecho



**Análise crítica :** No período avaliado, os desfechos dos 342 atendimentos distribuíram-se da seguinte forma: 182 pacientes (53,1%) receberam alta médica, 130 (37,9%) foram transferidos para outros pontos da rede assistencial, 5 pacientes (1,5%) evoluíram para óbito e 26 casos (7,6%) resultaram em evasão.

A predominância de altas médicas demonstra adequada capacidade resolutiva da unidade na avaliação, estabilização e manejo clínico dos casos de baixa e média complexidade. Paralelamente, o percentual expressivo de transferências evidencia funcionamento efetivo dos fluxos regulatórios e integração com os serviços de maior complexidade, assegurando continuidade assistencial aos pacientes que demandam suporte especializado.

A taxa de óbito, proporcional ao perfil de gravidade atendido, reflete a admissão de casos críticos que exigiram intervenções imediatas e aplicação rigorosa de

protocolos assistenciais. Esse indicador reforça a importância da vigilância clínica contínua, da capacitação técnica das equipes e do monitoramento sistemático dos processos assistenciais.

O índice de evasão, embora moderado, sinaliza necessidade de análise permanente dos fatores associados, como tempo de permanência, comunicação com usuários e organização do fluxo interno, visando reduzir riscos assistenciais e fortalecer a segurança do paciente.

Sob a ótica gerencial, a avaliação sistemática dos desfechos constitui instrumento essencial de governança clínica e administrativa, permitindo mensurar a resolutividade do serviço, identificar oportunidades de melhoria e orientar decisões estratégicas voltadas à eficiência operacional, qualidade assistencial e sustentabilidade institucional.

| Tempo de Permanência |           |
|----------------------|-----------|
| Máximo               | 143:46:00 |
| Médio                | 15:34:00  |
| Mínimo               | 0:25:00   |

**Análise crítica:** No período avaliado, o tempo de permanência dos pacientes na unidade apresentou variação expressiva, com tempo máximo de 143h46min, tempo médio de 15h34min e tempo mínimo de 00h25min.

O tempo médio observado demonstra adequada capacidade da unidade em realizar avaliação, monitorização e estabilização clínica em período compatível com o perfil assistencial predominante. Esse indicador sugere organização eficiente dos fluxos internos e atuação resolutiva da equipe multiprofissional na condução dos casos de baixa e média complexidade.

Entretanto, a amplitude significativa entre o tempo mínimo e o tempo máximo evidencia a heterogeneidade dos quadros atendidos, incluindo desde situações de rápida resolução até casos que demandaram acompanhamento prolongado, suporte clínico intensivo ou permanência estendida em decorrência de regulação para serviços de maior complexidade.

Sob a perspectiva da gestão, o tempo de permanência constitui indicador estratégico de desempenho operacional e qualidade assistencial. Seu monitoramento sistemático permite avaliar a rotatividade dos leitos de observação, identificar possíveis gargalos nos fluxos de encaminhamento, analisar a efetividade da regulação e subsidiar o dimensionamento adequado das equipes e da capacidade instalada.

Os casos de permanência prolongada reforçam a importância do fortalecimento dos processos de articulação com a Rede de Atenção à Saúde, especialmente no que se refere à regulação de vagas e à agilidade nos encaminhamentos. A adoção de estratégias voltadas à otimização do fluxo assistencial contribui para redução da sobrecarga, melhoria da eficiência operacional e manutenção da sustentabilidade institucional.

Dessa forma, o acompanhamento contínuo desse indicador permite direcionar ações de melhoria voltadas à qualificação dos processos assistenciais, racionalização dos recursos humanos e materiais e fortalecimento das práticas relacionadas à segurança do paciente, qualidade do cuidado e governança clínica da unidade.



## **Pacientes Regulados via SIRESP**

**Análise crítica:** Em 05 de janeiro de 2026, a unidade passou a realizar a regulação de 100% dos pacientes por meio do sistema SIRESP, consolidando um modelo assistencial mais organizado, seguro e alinhado às diretrizes da Rede de Atenção à Saúde. A medida teve como objetivo qualificar o processo de transferência interinstitucional, assegurando maior precisão na comunicação clínica, rastreabilidade das solicitações e efetividade na continuidade do cuidado.

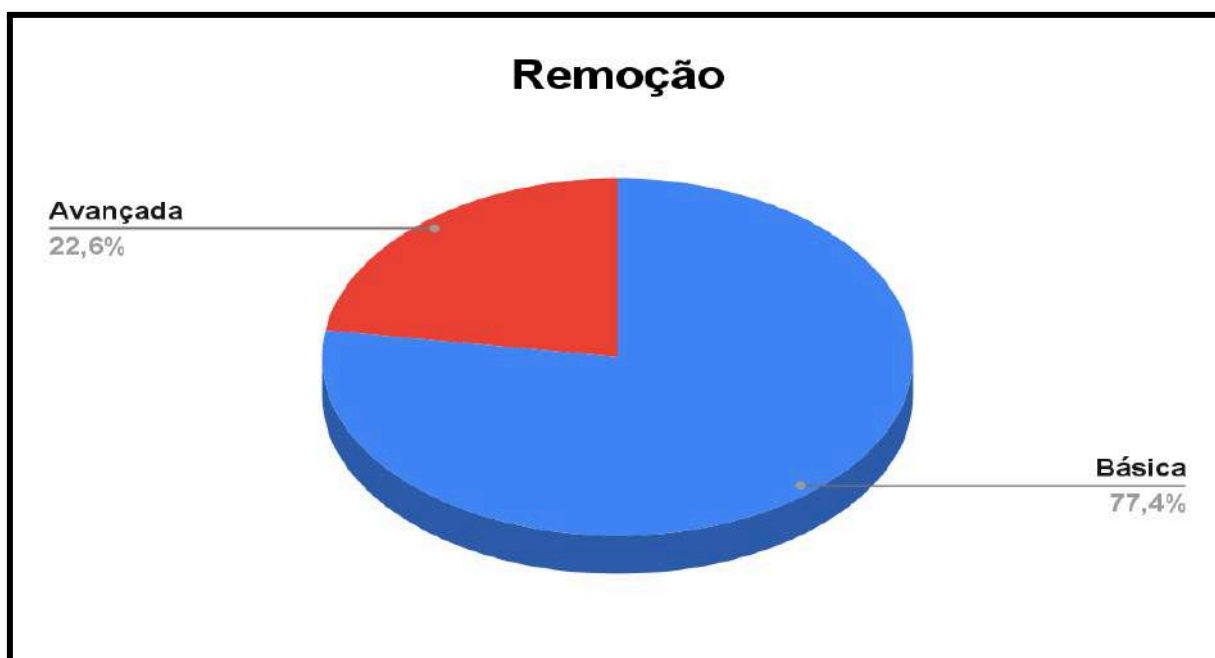
A implantação integral do sistema resultou em avanços estruturais e operacionais relevantes, evidenciados por indicadores estratégicos de desempenho:

- Cobertura regulatória integral (100%), garantindo padronização das informações clínicas e maior agilidade nos fluxos de encaminhamento;
- Redução do tempo médio de solicitação de vaga, com formalização mais ágil e tecnicamente qualificada das demandas;
- Melhoria do tempo de resposta da regulação, favorecendo decisões céleres e proporcionais à gravidade clínica;
- Aumento da taxa de transferências efetivadas, com diminuição de devoluções por inconsistências documentais ou lacunas informacionais;
- Fortalecimento da segurança assistencial, especialmente em condições tempo-dependentes, como AVC, IAM e sepse, reduzindo o risco de atrasos críticos.

Sob a ótica da gestão hospitalar, a utilização integral do SIRESP representa avanço significativo na governança clínica e administrativa, promovendo maior integração entre os pontos da rede, otimização dos recursos disponíveis e qualificação dos indicadores institucionais.

Trata-se de medida estruturante que contribui para maior resolutividade do serviço, melhoria dos desfechos clínicos e consolidação de uma assistência mais segura, eficiente e centrada no paciente.

### **Monitoramento da Remoção Realizada na Unidade**



### **Análise Crítica**

No mês de fevereiro, a unidade realizou 139 remoções, sendo 110 (77,4%) classificadas como remoções básicas e 29 (22,6%) como remoções avançadas. Essa distribuição demonstra adequação do tipo de transporte ao perfil clínico e ao grau de gravidade dos pacientes, em conformidade com os critérios assistenciais e regulatórios vigentes, garantindo segurança e qualidade no processo de transferência.

A análise dos indicadores operacionais e assistenciais evidencia avanços na organização e na eficiência dos fluxos de remoção.

O tempo médio entre a solicitação e a chegada do transporte manteve-se dentro dos parâmetros operacionais esperados, com melhor desempenho nos casos previamente regulados, o que demonstra maior eficiência na mobilização dos recursos disponíveis.

Em relação ao tempo médio entre a solicitação e a efetivação da transferência, observou-se redução progressiva ao longo do período, refletindo maior agilidade na articulação entre a unidade solicitante, a central de regulação e os serviços de destino.

A taxa de resolatividade das remoções manteve-se elevada, com significativa proporção de transferências efetivadas já na primeira solicitação. Esse resultado indica adequado alinhamento entre os critérios clínicos, a disponibilidade de recursos na rede e a comunicação entre os serviços envolvidos no processo assistencial.

No que se refere à adequação clínica do transporte, verificou-se correspondência entre o nível de complexidade do paciente e o tipo de remoção realizado (básica ou avançada), contribuindo para a redução de riscos assistenciais durante o deslocamento e assegurando maior segurança ao paciente.

Quanto à segurança do processo, não foram registradas intercorrências relevantes relacionadas ao transporte no período analisado, o que reforça a efetividade do planejamento assistencial, da organização logística e da execução das remoções.

Sob a perspectiva gerencial, os indicadores avaliados reforçam a eficiência do fluxo de remoções, a qualificação do processo regulatório e a capacidade da unidade em responder de forma oportuna às demandas assistenciais, especialmente nos casos de maior complexidade e dependentes de tempo.

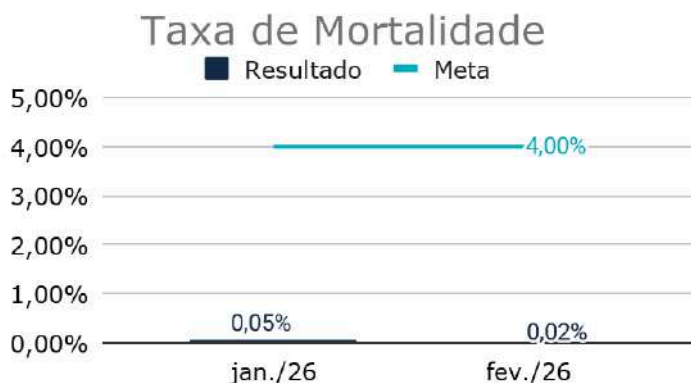
No período avaliado, foram registradas 529 solicitações de vagas reguladas, das quais 145 evoluíram para vagas aceitas, 101 foram negadas e 9 evoluíram para

evasão. Esses dados evidenciam o elevado volume de demandas regulatórias absorvidas pela unidade, além de refletirem a complexidade da gestão de leitos no contexto da rede assistencial, frequentemente marcada por limitações estruturais e alta demanda por internações.

Adicionalmente, no que se refere às solicitações de remoção de pacientes acamados e/ou dependentes de oxigenoterapia, atendidos na unidade em decorrência de demandas urgentes — como troca de sonda nasointestinal (SNE) e outros procedimentos — foram registradas 37 solicitações no período, o que reforça o papel da unidade como importante ponto de apoio assistencial para pacientes com maior grau de dependência clínica, frequentemente provenientes da rede domiciliar ou de instituições de longa permanência.

De forma geral, os dados analisados demonstram adequada capacidade operacional da unidade, associada à manutenção da segurança assistencial, à articulação eficiente com os serviços da rede de atenção à saúde e à resposta qualificada às demandas regulatórias e de remoção no período avaliado.

### 5.1.3 Taxa de Mortalidade < de 24H



**Análise crítica:** No período analisado, a unidade contabilizou seis (06) óbitos, sendo quatro (04) após 24 horas de internação e dois (02) com tempo de permanência inferior a 24 horas. Todos os eventos passaram por avaliação criteriosa da equipe técnica, sendo classificados como não evitáveis, conforme critérios institucionais e análise clínica individual.

A taxa de mortalidade entre os pacientes com permanência a 24 horas foi de 0,02%, percentual expressivamente abaixo da meta institucional estabelecida de 4%. Esse resultado evidencia a adequada condução dos casos assistenciais, o cumprimento dos protocolos vigentes e a agilidade nas decisões clínicas adotadas pela equipe multiprofissional.

Cabe destacar que a unidade realiza acompanhamento contínuo dos indicadores assistenciais e revisões periódicas dos fluxos de atendimento e do processo de classificação de risco. Tais medidas garantem avaliação inicial oportuna, intervenções realizadas no momento adequado e monitoramento constante do paciente durante toda sua permanência.

Esse cenário reafirma o compromisso institucional com a segurança do paciente, a excelência na qualidade da assistência e o aprimoramento permanente do cuidado prestado nos atendimentos de urgência e emergência.

Segue abaixo um breve relato dos óbitos ocorridos:

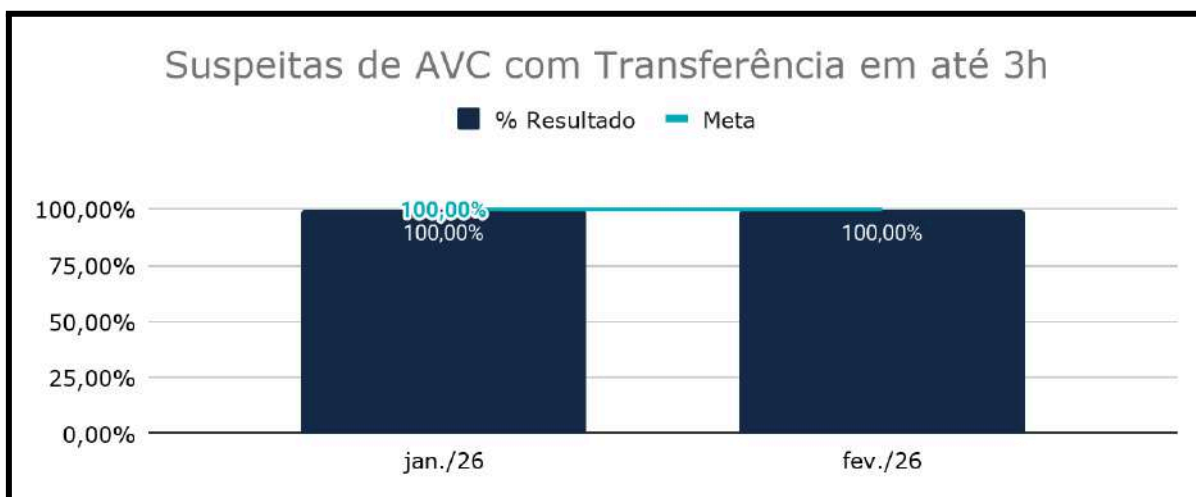
- 1. Paciente L.A.R., 74 anos, sexo masculino, FA 42686,** deu entrada na unidade dia 02/02/2026 às 12:20, de meios próprios, com quadro de dor precordial em aperto de início há aproximadamente 30 minutos do atendimento, com irradiação para MSE. Sendo aberto protocolo de dor torácica e sendo evidenciado IAM de parede inferior. Paciente admitido em sala vermelha, inserido no JOIN, porém devido a lotação na sala de hemodinâmica da referência, paciente foi eleito a trombólise na unidade, com tempo porta agulha de 30 minutos. No entanto, após alguns minutos ao iniciar trombólise (conforme protocolo) o paciente sofreu piora da dor torácica de forte intensidade e entrou em PCR. Não resistiu às medidas de ressuscitação cardiopulmonar e veio a óbito no dia 02/02/2026 às 14:17.
- 2. Paciente M.A.S.O., 88 anos, sexo feminino, FA 1253778,** admitido no dia 22/02/2026. Aberto protocolo de foco pulmonar no setor de emergência. Paciente apresentando piora clínica, com desfecho de óbito às 04:11 horas do dia 25/02/2026.
- 3. Paciente L.S.O., 80 anos, sexo masculino, FA 1349536,** admitido no dia 11/02/2026. Aberto protocolo sepsis de foco misto no setor de emergência. Paciente apresentando piora clínica, com desfecho de óbito às 19:34 horas do dia 17/02/2026.
- 4. Paciente B.J., 91 anos, sexo masculino, FA 50564,** deu entrada na unidade dia 06/02/2026 às 19:02, via SAMU, com queda do estado geral, dispneia e em uso de oxigenoterapia. Admitido em

setor de emergência com diagnóstico de pneumonia, seguindo a linha de cuidado para tratamento e aguardando transferência para setor terciário. No dia 09/02/2026 às 00:57, foi declarado óbito.

**5. Paciente G.M.S., 77 anos, sexo masculino, FA 1350692,** deu entrada na unidade dia 10/02/2026 às 15:17. via SAMU, com quadro de dor torácica, não sendo evidenciado evento isquêmico perante ECG. Paciente ficou admitido em leito de emergência com suporte clínico, porém após algumas horas veio a óbito no dia 10/02/2026 às 17:07.

**6. Paciente J.A.L., 71 anos, sexo masculino, FA 1350620,** deu entrada na unidade dia 08/02/2026 às 20:30, via SAMU, com oxigenioterapia, dessaturando e com dispneia ao repouso. Paciente ficou observado em leito de emergência, com suporte clínico, porém veio a óbito dia 12/02/2026 às 07:00.

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



**Análise crítica:** Durante o período analisado, foram abertos nove (09) protocolos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) na unidade. Desses, seis (06) pacientes encontravam-se dentro da janela terapêutica, possibilitando manejo oportuno e alinhado às diretrizes institucionais e ao protocolo da linha de cuidado do AVC. O dado demonstra capacidade de reconhecimento precoce dos sinais neurológicos, ativação adequada do fluxo assistencial e resposta ágil da equipe multiprofissional.

Três (03) protocolos foram posteriormente descartados após avaliação clínica e exames complementares que afastaram o diagnóstico de AVC. Esse resultado reforça a qualidade da investigação diagnóstica, a vigilância clínica e a segurança na tomada de decisão, evidenciando que a abertura do protocolo diante da suspeita está alinhada à cultura de segurança do paciente e à mitigação de riscos.

De forma geral, os indicadores apontam que a linha de cuidado do AVC está estruturada e funcional, com adesão aos fluxos pactuados e organização do processo assistencial. Como oportunidade de melhoria, destaca-se a ampliação



da proporção de pacientes admitidos dentro da janela terapêutica, por meio do fortalecimento contínuo da triagem precoce e da sensibilização das equipes. Ainda assim, o cenário observado reflete maturidade assistencial, resposta rápida e decisões fundamentadas em protocolos e evidências.

Segue abaixo um breve relato dos casos ocorridos:

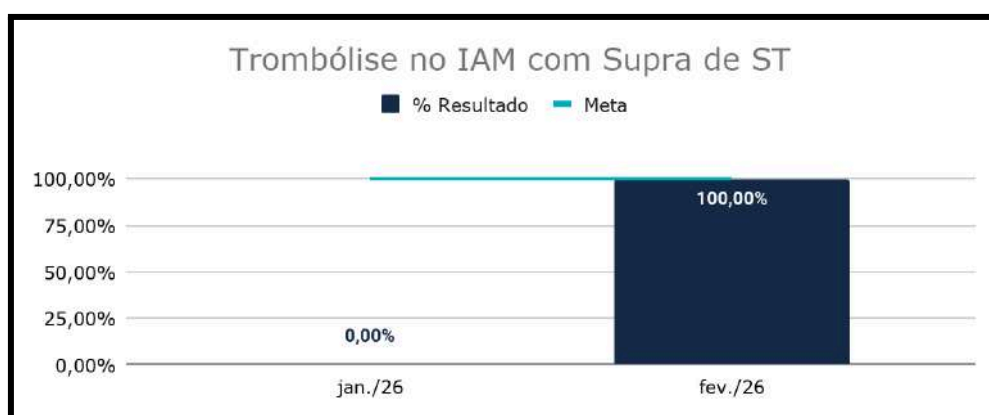
- 1. Paciente T.C.L., 43 anos, sexo feminino, FA 1200109**, deu entrada na unidade dia 03/02/2026 às 19:46, de meios próprios, com quadro de desvio de rima labial a esquerda e parestesia em MSE de início há aproximadamente 1 hora. Sendo admitida em sala vermelha, iniciado protocolo de AVC e transferido paciente para hospital de referência para prosseguir com investigação e tratamento com tempo de transferência de 3 horas e 39 minutos, desde o início dos sintomas.
  
- 2. Paciente G.N.M., 74 anos, sexo feminino, FA 1314473**, deu entrada na unidade dia 11/02/2026 às 18:00, de meios próprios. Paciente sofreu TCE em sua residência e foi trazido pelo neto para atendimento. Paciente ficou observado em leito de emergência para observação neurológica, assintomático, sem alterações neurológicas perante exame físico inicial. No entanto, por volta das 21:10, enquanto aguardava transferência, o paciente começou a apresentar rebaixamento do nível de consciência, afasia e hemiplegia à esquerda, sendo necessário IOT para preservação da via aérea. Foi atualizado o quadro do paciente com as referências e paciente foi transferido. Priorizando o tempo de transferência de 2 horas e 52 minutos, desde o início dos sintomas de AVC.
  
- 3. Paciente M.E.B.G., 65 anos, sexo feminino, FA 1208148**, deu entrada na unidade dia 11/02/2026 às 10:56, de meios próprios, com quadro de paresia em face a esquerda, sem nenhuma outra alteração neurológica.

Sendo diagnosticada com Paralisia de Bell, sendo descartado possibilidade de AVC. Paciente recebeu alta no período da tarde do dia 11/02/2026 com orientações e receituário em mãos, para dar início ao tratamento e acompanhamento ambulatorial.

4. **Paciente S.J.S.L., 46 anos, sexo masculino, FA 16588**, deu entrada na unidade dia 24/02/2026 às 09:57. Paciente trazido de meios próprios pelo irmão, sendo admitido em sala de emergência. Paciente com quadro de cefaleia intensa, disartria e hemiparesia à direita de início há aproximadamente 30 minutos. Paciente foi inserido no protocolo de AVC, seguindo a linha de cuidado e sendo posteriormente transferido para unidade de referência com tempo de 1 hora e 55 minutos.
5. **Paciente D.M., 77 anos, sexo masculino, FA 1243425**, deu entrada na unidade dia 24/02/2026 às 17:23, trazido pela equipe de bombeiros, com histórico de ter sofrido síncope há 02 horas e 30 minutos na barbearia, não presenciada pela equipe. No entanto, o paciente dá entrada com Glasgow 12, sendo inserido no protocolo de AVC, com sintomas de disartria, paresia e parestesia de membros inferiores. Sendo então transferido para unidade de referência para investigação e conduta. Com tempo de transferência de 1 hora e 37 minutos.
6. **Paciente L.F.S.F., 64 anos, sexo feminino, FA 1230880**, deu entrada na unidade dia 24/02/2026 às 20:13, de meios próprios, com quadro de desvio de rima a esquerda e dor retroauricular, de início há aproximadamente de 30 minutos. Paciente foi avaliada pela equipe médica, sendo descartada hipótese de AVC. Paciente recebeu alta com diagnóstico de Paralisia de Bell no período da tarde do dia 24/02/2026 com

orientações e receituário em mãos, para dar início ao tratamento e acompanhamento ambulatorial.

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



**Análise crítica:** Durante o mês de fevereiro de 2026, verificou-se a manutenção do comportamento da série histórica em todas as rotas da linha de cuidado, demonstrando estabilidade dos indicadores e coerência entre planejamento e execução assistencial.

A constância dos resultados reflete consolidação dos fluxos instituídos, alinhamento das equipes aos protocolos e organização do processo de trabalho, fatores que contribuem para a segurança e previsibilidade da assistência prestada.

Do ponto de vista gerencial, a estabilidade observada representa um cenário de controle e sustentabilidade dos resultados. Contudo, reforça-se a necessidade de vigilância contínua e análise periódica dos indicadores, a fim de identificar oportunidades de aprimoramento e promover evolução progressiva da qualidade assistencial, evitando estagnação e fortalecendo a cultura de melhoria contínua.

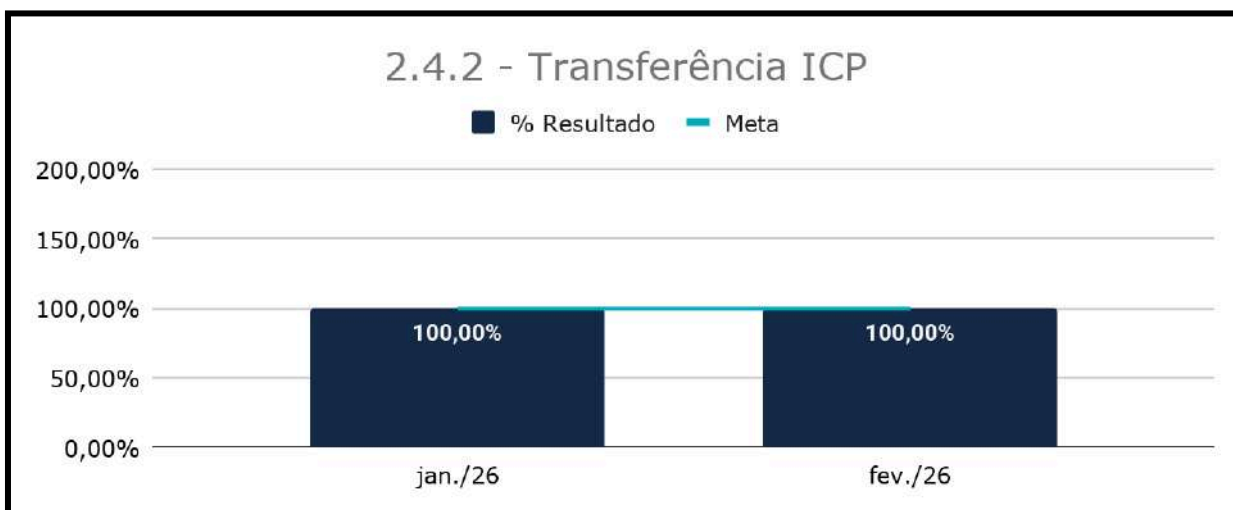
Sob análise crítica, embora a manutenção dos resultados seja um aspecto positivo, torna-se essencial avançar para estratégias de melhoria contínua,

evitando acomodação frente aos indicadores estáveis. Recomenda-se monitoramento sistemático de metas qualitativas e quantitativas, bem como identificação proativa de oportunidades de otimização, visando não apenas sustentar, mas elevar o padrão assistencial. O cenário atual, portanto, evidencia solidez nos processos, com potencial para evolução incremental orientada por dados e avaliação permanente.

Segue abaixo um breve relato dos casos ocorridos:

1. **Paciente C.R.S.P.B., 56 anos, sexo masculino, FA 1350362**, deu entrada na unidade dia 02/02/2026 às 11:44, via SAMU, com quadro de dor torácica de início súbitos de início há aproximadamente 30 minutos. Sendo aberto protocolo de dor torácica e sendo evidenciado IAM de parede inferior. Paciente admitido em sala vermelha, inserido no JOIN e transferido para unidade de referência de hemodinâmica, preservando o tempo de transferência de 13 minutos, desde o diagnóstico de IAM.
2. **Paciente L.A.R., 74 anos, sexo masculino, FA 42686**, deu entrada na unidade dia 02/02/2026 às 12:20, de meios próprios, com quadro de dor precordial em aperto de início há aproximadamente 30 minutos do atendimento, com irradiação para MSE. Sendo aberto protocolo de dor torácica e sendo evidenciado IAM de parede inferior. Paciente admitido em sala vermelha, inserido no JOIN, porém devido a lotação na sala de hemodinâmica da referência, paciente foi eleito a trombólise na unidade, com tempo porta agulha de 30 minutos. No entanto, após alguns minutos ao iniciar trombólise (conforme protocolo) o paciente sofreu piora da dor torácica de forte intensidade e entrou em PCR. Não resistiu às medidas de ressuscitação cardiopulmonar e veio a óbito no dia 02/02/2026 às 14:17.

**3. Paciente B.J.S., 90 anos, sexo masculino, FA 1186053**, deu entrada na unidade dia 06/02/2026 às 17:01, de meios próprios com dor torácica em aperto de início no dia do atendimento. Sendo aberto protocolo de dor torácica e sendo evidenciado IAM de parede inferior. Paciente admitido em sala vermelha, inserido no JOIN e transferido para unidade de referência de hemodinâmica, preservando o tempo de transferência de 25 minutos, desde o diagnóstico de IAM.



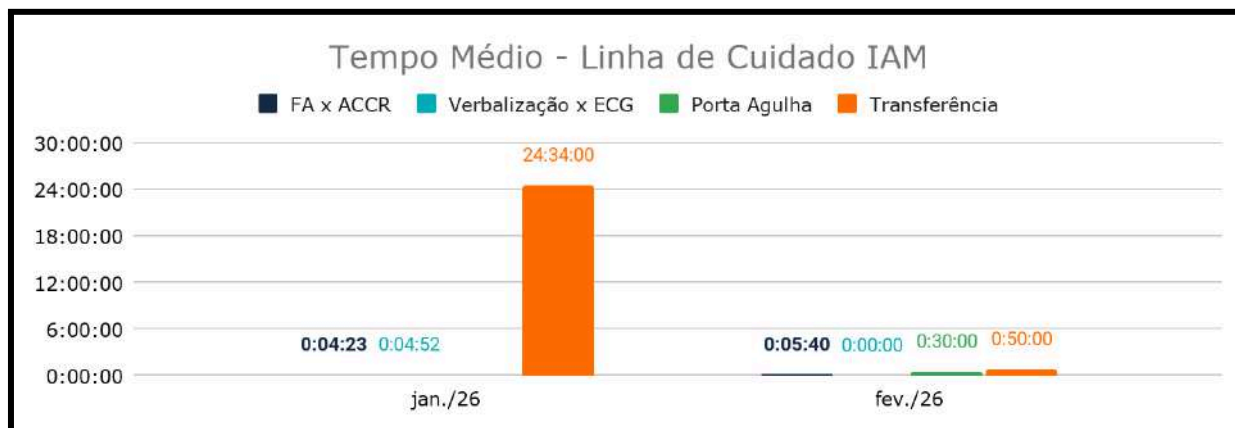
**Análise crítica:** No período analisado, três (03) pacientes foram conduzidos pela Rota 1, todos devidamente referenciados ao Hospital Pio XII e articulados com a Atenção Primária para garantia da coordenação do cuidado. O fluxo ocorreu em conformidade com a linha de cuidado estabelecida, assegurando continuidade assistencial e alinhamento entre os pontos da rede.

Na sequência, apresenta-se relato sintético dos casos, com o objetivo de subsidiar a análise dos desfechos clínicos e avaliar a efetividade do fluxo pactuado, sob a perspectiva da integração da rede e da qualidade assistencial:

**1. Paciente C.R.S.P.B., 56 anos, sexo masculino, FA 1350362**, deu entrada na unidade dia 02/02/2026 às 11:44, via SAMU, com quadro de dor

torácica de início súbitos de início há aproximadamente 30 minutos. Sendo aberto protocolo de dor torácica e sendo evidenciado IAM de parede inferior. Paciente admitido em sala vermelha, inserido no JOIN e transferido para unidade de referência de hemodinâmica, preservando o tempo de transferência de 13 minutos, desde o diagnóstico de IAM.

2. **Paciente L.A.R., 74 anos, sexo masculino, FA 42686**, deu entrada na unidade dia 02/02/2026 às 12:20, de meios próprios, com quadro de dor precordial em aperto de início há aproximadamente 30 minutos do atendimento, com irradiação para MSE. Sendo aberto protocolo de dor torácica e sendo evidenciado IAM de parede inferior. Paciente admitido em sala vermelha, inserido no JOIN, porém devido a lotação na sala de hemodinâmica da referência, paciente foi eleito a trombólise na unidade, com tempo porta agulha de 30 minutos. No entanto, após alguns minutos ao iniciar trombólise (conforme protocolo) o paciente sofreu piora da dor torácica de forte intensidade e entrou em PCR. Não resistiu às medidas de ressuscitação cardiopulmonar e veio a óbito no dia 02/02/2026 às 14:17.
  
3. **Paciente B.J.S., 90 anos, sexo masculino, FA 1186053**, deu entrada na unidade dia 06/02/2026 às 17:01, de meios próprios com dor torácica em aperto de início no dia do atendimento. Sendo aberto protocolo de dor torácica e sendo evidenciado IAM de parede inferior. Paciente admitido em sala vermelha, inserido no JOIN e transferido para unidade de referência de hemodinâmica, preservando o tempo de transferência de 25 minutos, desde o diagnóstico de IAM.

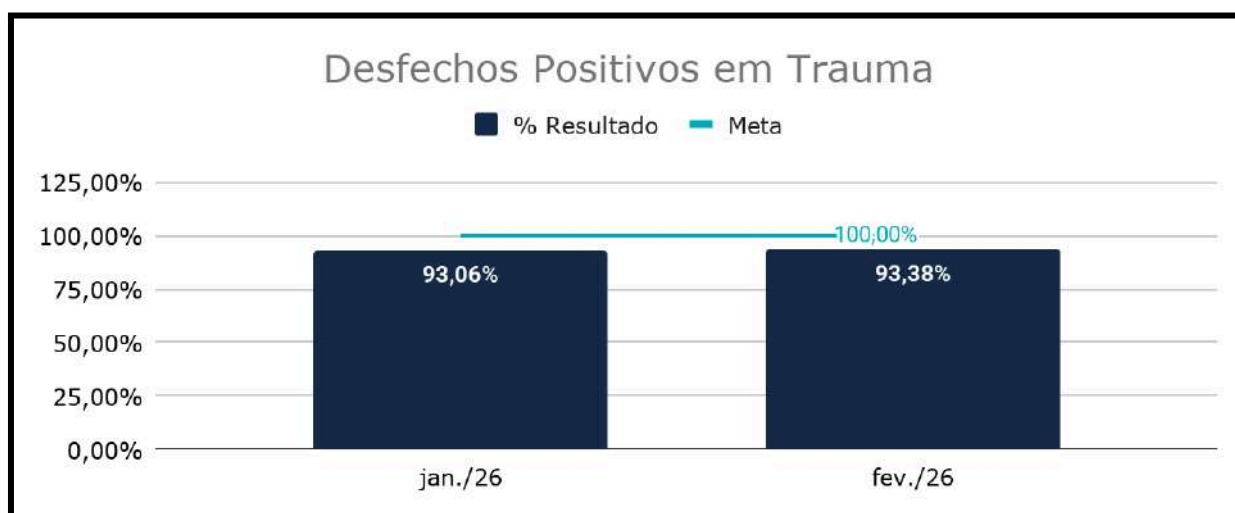


**Análise crítica:** Durante o período analisado, a unidade apresentou os seguintes tempos assistenciais médios: 00:05:40 para abertura da ficha de atendimento, 00:04:52 para realização do eletrocardiograma (ECG) e 50:00:00 no intervalo entre a verbalização do quadro e a transferência.

Verifica-se variação no tempo de transferência em relação ao mês anterior, o que sinaliza a necessidade de monitoramento contínuo e reforço das estratégias de alinhamento de fluxo junto às equipes assistenciais e aos pontos de referência. A análise desse indicador é fundamental para identificação de possíveis gargalos e implementação de ações corretivas oportunas.

De modo geral, os tempos iniciais (acolhimento e ECG) permanecem dentro de parâmetros adequados, demonstrando agilidade na abordagem inicial e capacidade de resposta frente às demandas cardiovasculares agudas. A manutenção desses resultados reforça a consolidação da linha de cuidado cardiovascular na unidade, com aderência às boas práticas institucionais e foco na resolutividade, segurança do paciente e eficiência do fluxo assistencial.

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



**Análise crítica:** No período analisado, foram registrados aproximadamente 230 atendimentos relacionados a casos de trauma, volume que demonstra a relevância da unidade como ponto estratégico na rede de urgência do território. A demanda expressiva evidencia capacidade operacional adequada para absorver casos de diferentes níveis de complexidade, mantendo a continuidade e a segurança assistencial.

A organização dos fluxos internos, associada à atuação efetiva das equipes de acolhimento e classificação de risco, tem possibilitado a manutenção do atendimento mesmo em cenários de alta procura. Esse desempenho reforça a confiança da população no serviço e consolida a unidade como referência regional para atendimento de agravos traumáticos.

Destaca-se que a recorrência desses casos contribui para o fortalecimento técnico da equipe multiprofissional, ampliando a expertise institucional no manejo de urgências e emergências traumáticas. Ao mesmo tempo, o registro sistemático dos atendimentos representa importante ferramenta de monitoramento, permitindo identificar tendências e subsidiar o planejamento estratégico.



Observa-se como oportunidade de melhoria o aprimoramento dos registros quanto ao perfil epidemiológico e à estratificação da gravidade dos casos, o que possibilitará análises mais detalhadas, direcionamento de ações preventivas no território e maior integração com políticas públicas voltadas à prevenção de acidentes e violência.

Conclui-se que, embora o volume de atendimentos represente desafio assistencial, os indicadores refletem robustez organizacional, efetividade dos fluxos e comprometimento das equipes, fortalecendo o papel da unidade na rede de atenção às urgências.

Em razão do registro de **20 evasões antes do desfecho médico**, como transferência ou alta, a meta de 100% não foi atingida. Diante desse resultado, a unidade adotou medidas imediatas e objetivas para reduzir a recorrência do evento, com foco na qualificação do processo assistencial e fortalecimento da comunicação com os usuários.

Como ações implementadas, foi realizado reforço do acolhimento e da Classificação de Risco, com orientação direta ao paciente e/ou acompanhante sobre: etapas do fluxo assistencial, tempo esperado por fase, priorização por gravidade e, principalmente, a necessidade de permanência na unidade até a conclusão da avaliação clínica, garantindo segurança do cuidado e adequada definição de conduta.

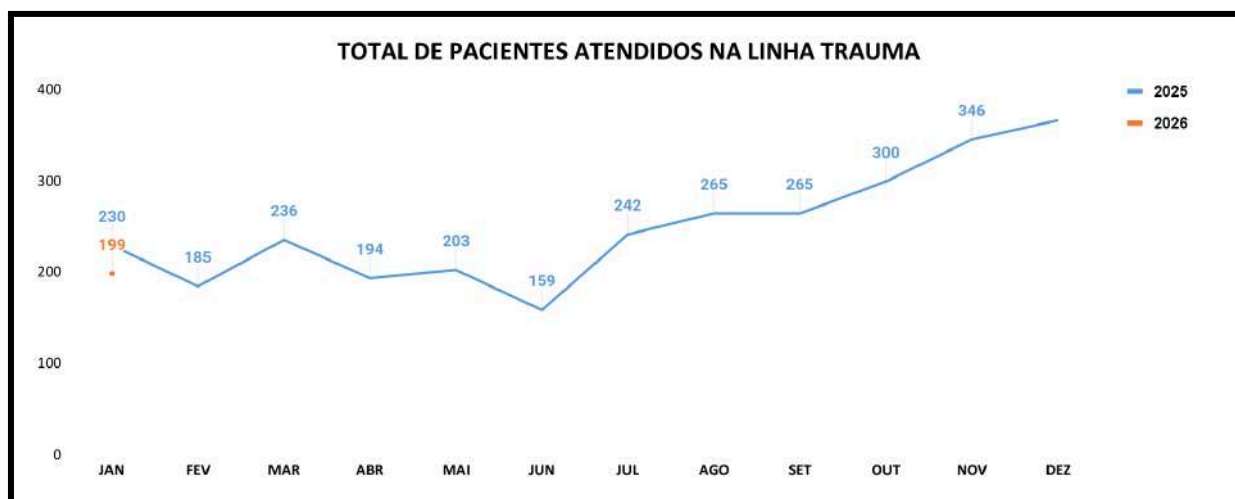
Paralelamente, a unidade realizou monitoramento contínuo dos tempos de espera, com análise operacional dos fluxos para identificação de possíveis gargalos e adoção de ajustes na organização do atendimento, buscando maior previsibilidade e redução do risco de evasão associada à percepção de demora.

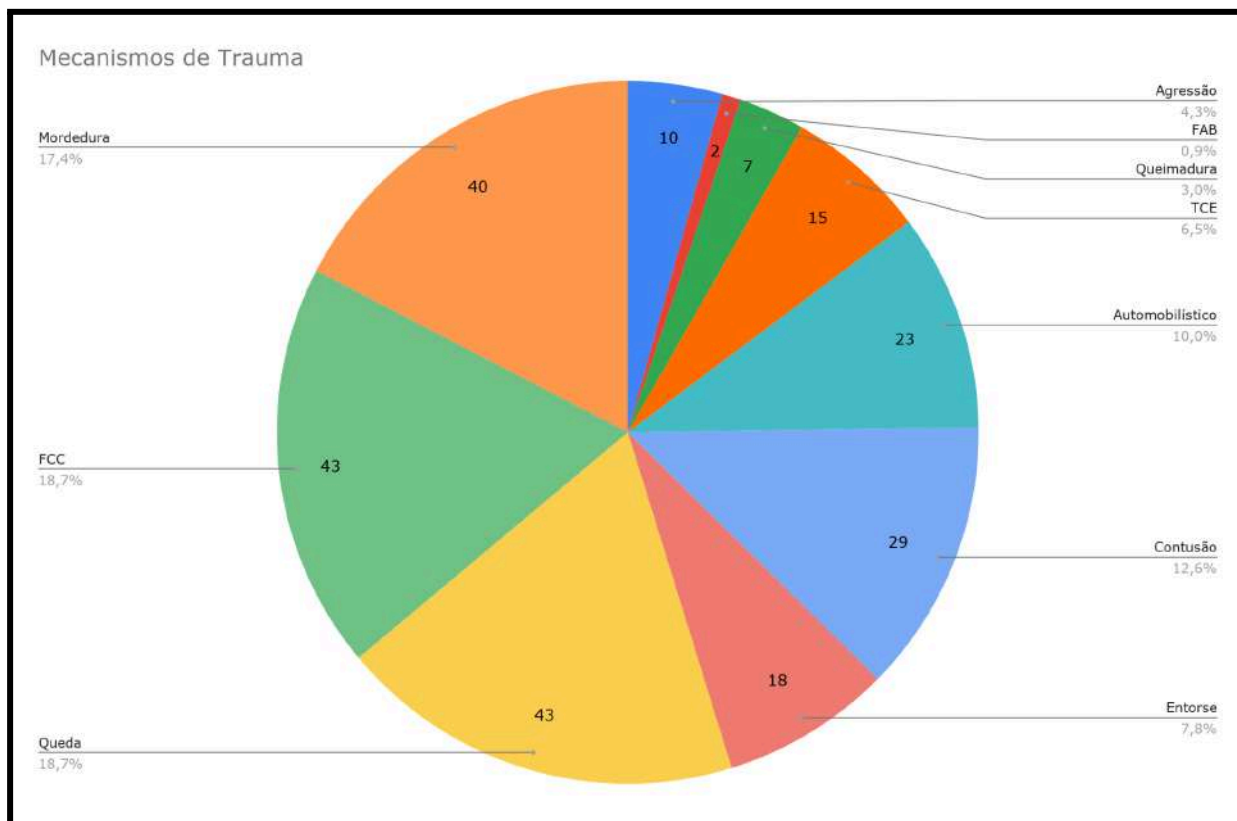
Também foi executado reforço sistemático das orientações sobre os riscos associados à evasão, deixando claro aos usuários que a interrupção do atendimento pode comprometer o desfecho clínico, gerar piora do quadro e necessidade de retorno em condições potencialmente mais graves, especialmente

quando ainda existem etapas pendentes (avaliação médica, administração de medicação, reavaliação, exames e/ou definição de alta).

Além disso, a comunicação com pacientes e acompanhantes foi intensificada ao longo de todo o percurso assistencial, com foco nos momentos de maior espera, visando reduzir inseguranças, alinhar expectativas e reforçar de forma clara e padronizada a importância de concluir o atendimento.

Por fim, destaca-se que, mesmo após as evasões, todos os pacientes foram incluídos no plano da Coordenação do Cuidado, sendo **encaminhados para acompanhamento na Atenção Primária**, assegurando continuidade do cuidado na rede e mitigando riscos assistenciais decorrentes da interrupção do atendimento na unidade.





**Análise crítica:** No mês de fevereiro, foram registrados 230 atendimentos relacionados a traumas na unidade, decorrentes de diferentes mecanismos de lesão. A análise sistematizada desses dados é fundamental para a construção do perfil epidemiológico dos usuários, permitindo identificar as principais demandas assistenciais e avaliar a capacidade de resposta do serviço frente a casos de diferentes níveis de complexidade.

A distribuição percentual dos mecanismos de trauma no período foi a seguinte: quedas (18,7%), feridas cortantes e contusas – FCC (18,7%), mordeduras (17,4%), contusões (12,6%), acidentes automobilísticos (10,0%), entorses (7,8%), traumatismo cranioencefálico – TCE (6,5%), agressões físicas (4,3%) e ferimentos por arma branca (4,3%). Não houve registros de ferimentos por arma de fogo, amputações ou esmagamentos.

Observa-se a predominância de quedas e FCC, que juntas representam parcela significativa dos atendimentos. As quedas mantêm relevância epidemiológica,

especialmente em populações vulneráveis, como idosos, devido ao risco de morbidade, perda funcional e necessidade de internação. Esse cenário reforça a importância de estratégias preventivas voltadas à segurança domiciliar e ao controle de fatores de risco clínicos.

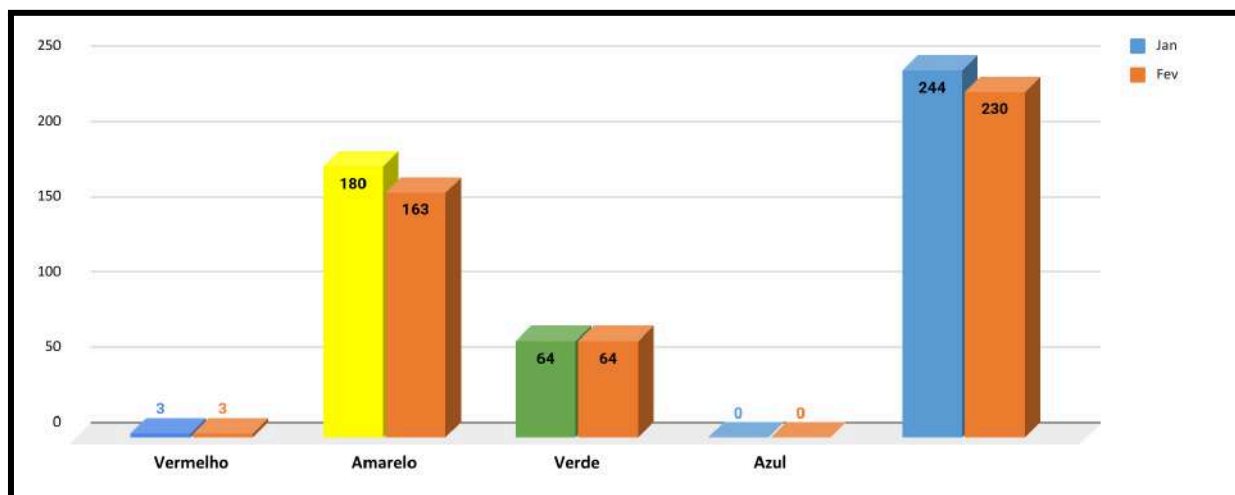
As FCC e contusões configuram, em sua maioria, traumas de baixa a moderada complexidade, frequentemente relacionados a acidentes domésticos e ocupacionais. Embora geralmente não apresentem risco iminente de morte, demandam uso contínuo de insumos, realização de procedimentos (suturas, curativos, analgesia) e tempo de observação, impactando diretamente o fluxo assistencial e a capacidade operacional da unidade.

Os acidentes automobilísticos e os casos de TCE, ainda que menos frequentes, merecem atenção estratégica devido ao maior potencial de gravidade, risco de complicações e necessidade de avaliação rápida, suporte especializado e, em alguns casos, transferência para serviços de maior complexidade.

O volume expressivo de atendimentos por trauma evidencia a importância de manter equipes capacitadas, protocolos consolidados e fluxos assistenciais bem definidos, garantindo atendimento seguro, oportuno e resolutivo. Além disso, reforça a necessidade de articulação intersetorial com áreas como segurança pública, mobilidade urbana e educação, visando à redução de fatores de risco e à prevenção de lesões.

Conclui-se que a análise dos atendimentos por trauma constitui ferramenta essencial para o planejamento estratégico da unidade, subsidiando ações preventivas, melhor alocação de recursos e fortalecimento das políticas de promoção da segurança e da qualidade assistencial.

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



**Análise crítica:** A análise da classificação de risco dos pacientes atendidos na linha de cuidado ao trauma, no mês de fevereiro, evidencia um perfil assistencial predominantemente de média complexidade, com repercussões diretas no planejamento operacional, na alocação de recursos e na organização dos fluxos internos da unidade.

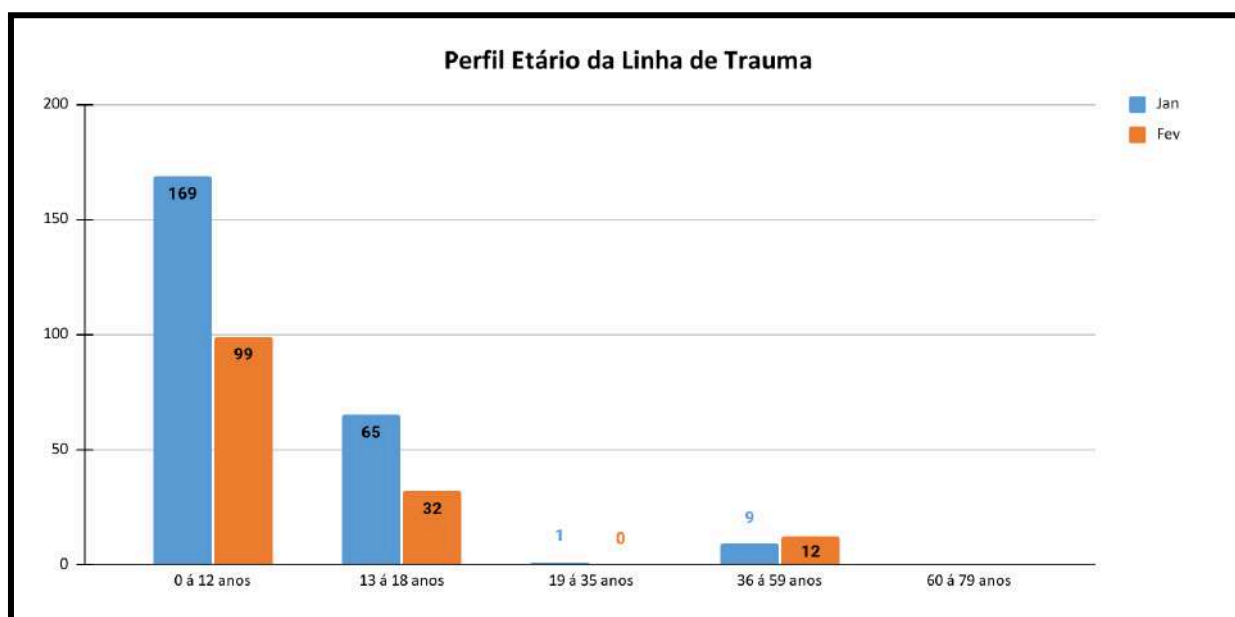
Verifica-se a predominância de pacientes classificados como prioridade amarela (70,8%), o que indica que a maior parte dos atendimentos envolveu situações com potencial risco de agravamento clínico e necessidade de monitoramento contínuo. Esse cenário exige equipes devidamente capacitadas, aplicação rigorosa de protocolos assistenciais, reavaliações sistemáticas e capacidade de resposta ágil frente a possíveis instabilidades. Sob a perspectiva gerencial, esse perfil demanda atenção permanente à composição das escalas profissionais, à disponibilidade de insumos estratégicos e à otimização dos fluxos assistenciais, a fim de manter a segurança e a qualidade do cuidado prestado.

Os pacientes classificados como prioridade verde corresponderam a 28,2% dos atendimentos. Embora representem menor risco imediato, esses casos impactam significativamente o tempo assistencial, a ocupação da estrutura física e o dimensionamento de recursos humanos, especialmente quando analisados em

volume absoluto. Esse dado evidencia uma procura expressiva por atendimentos de menor complexidade, reforçando a necessidade de estratégias de educação em saúde, orientação adequada da população quanto aos fluxos da rede e fortalecimento da Atenção Primária como porta de entrada preferencial para demandas não urgentes.

De forma integrada, a distribuição das classificações de risco demonstra que a unidade opera sob elevada demanda e pressão assistencial contínua, com predominância de casos de média complexidade e presença relevante de atendimentos potencialmente manejáveis em outros níveis de atenção.

### Perfil Etário dos Paciente na Linha de Trauma



**Análise crítica:** A análise do perfil etário dos pacientes atendidos por trauma na UPA durante o mês de fevereiro apresenta informações relevantes para a compreensão da demanda assistencial e para o direcionamento de estratégias de cuidado e prevenção.

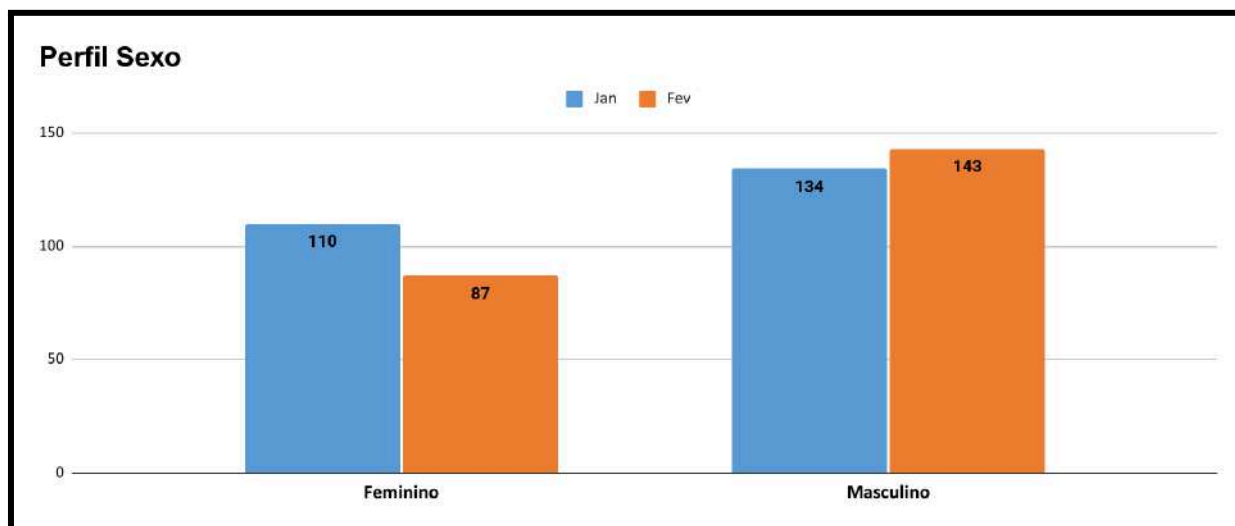
Observa-se redução proporcional dos atendimentos na faixa pediátrica, que representou 16,9% do total. Esse dado possui relevância do ponto de vista epidemiológico e pode estar associado à menor exposição das crianças a situações de risco, como quedas e acidentes domésticos, além de possíveis fatores sazonais. Embora represente um indicativo positivo, esse cenário deve ser acompanhado de forma contínua, considerando que o atendimento pediátrico exige protocolos específicos, abordagem comunicacional adequada e orientação sistemática aos familiares.

Entre os adultos jovens (19 a 35 anos) e os indivíduos de meia-idade (36 a 59 anos), observa-se estabilidade na proporção de atendimentos, correspondendo a 29,5% e 30,8%, respectivamente. Esse padrão confirma que essas faixas etárias permanecem mais expostas aos principais mecanismos de trauma, como acidentes de trânsito, atividades laborais e episódios de violência.

Em relação à população idosa, mantém-se proporção estável de atendimentos nas faixas de 60 a 79 anos e de 80 anos ou mais. Embora representem parcela menor do total de casos, esses pacientes apresentam maior risco de complicações e desfechos desfavoráveis, frequentemente associados a quedas, fragilidade clínica e presença de múltiplas comorbidades.

De forma geral, os dados apontam para um padrão de demanda relativamente estável entre adultos e idosos, enquanto a redução observada na faixa pediátrica sugere possível impacto positivo de ações preventivas previamente implementadas, ainda que requeira monitoramento sistemático. A análise reforça a necessidade de fortalecer estratégias específicas por faixa etária, aprimorar a qualidade dos registros epidemiológicos e ampliar a articulação com a Atenção Primária e os demais pontos da rede de atenção, visando à implementação de intervenções preventivas mais efetivas e alinhadas às necessidades do território.

### **Perfil Sexo dos Paciente na Linha de Trauma**



**Análise crítica:** A participação feminina nos atendimentos por trauma, embora menor (37,8%), merece análise sob a perspectiva de vulnerabilidades específicas. As mulheres podem estar expostas a riscos diferenciados, incluindo situações de violência doméstica, acidentes no ambiente domiciliar e sobrecarga relacionada às atividades cotidianas.

Destaca-se ainda que a distribuição dos atendimentos por sexo pode refletir aspectos culturais e comportamentais que influenciam tanto a exposição aos riscos quanto o acesso aos serviços de saúde.

Em síntese, a predominância de atendimentos no sexo masculino confirma tendências epidemiológicas já consolidadas. Ao mesmo tempo, evidencia a necessidade de abordagens clínicas e gerenciais sensíveis às especificidades de ambos os sexos. A compreensão desse perfil contribui para subsidiar o planejamento estratégico, o dimensionamento adequado de recursos e o fortalecimento da capacidade da unidade em responder de forma segura, efetiva e resolutiva às demandas relacionadas ao trauma.



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



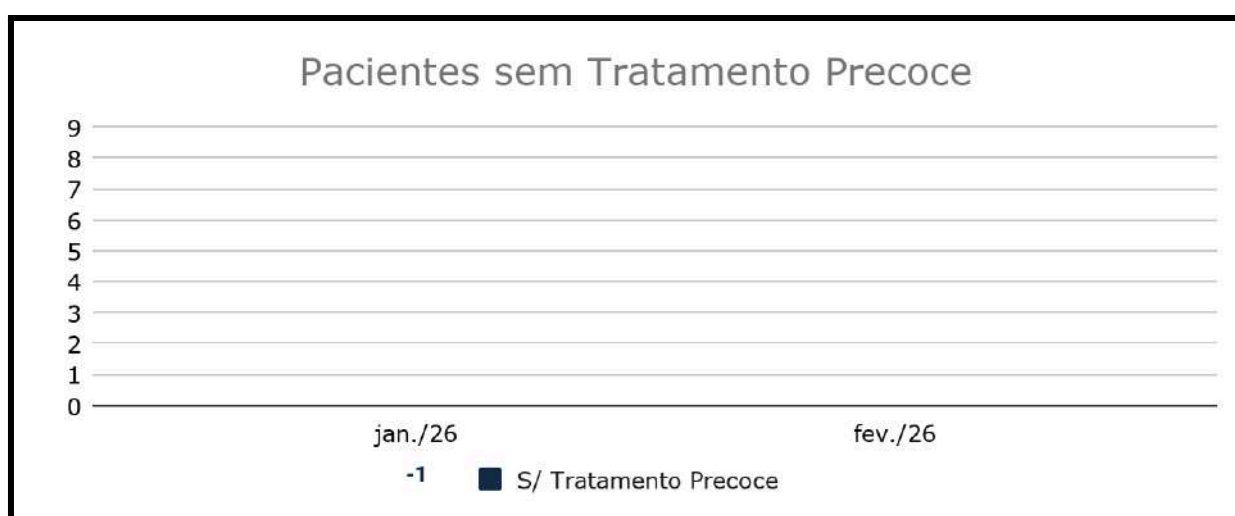
**Análise crítica:** A análise do manejo da sepse no mês de fevereiro apresenta resultados consistentes e evidencia diversos aspectos positivos relacionados ao aprimoramento dos processos assistenciais. A abertura de setenta e quatro (74) protocolos, em quantidade compatível com a série histórica da unidade, demonstra estabilidade na vigilância clínica e reforça a sensibilidade das equipes para o reconhecimento precoce de sinais sugestivos de sepse. Esse resultado se destaca de maneira favorável, refletindo a efetividade das ações permanentes de capacitação e sensibilização, que vêm promovendo melhorias concretas na prática assistencial.

Outro ponto relevante foi o fortalecimento da prática de abertura imediata dos protocolos, resultado do maior engajamento da equipe multiprofissional e da consolidação da cultura de segurança do paciente. Essa conduta favorece intervenções precoces, contribui para a diminuição de complicações graves e impacta diretamente na qualidade e na segurança do cuidado oferecido.

Destaca-se também a integração de 100% dos pacientes acompanhados na linha de cuidado da sepse com a Atenção Primária à Saúde (APS), representando um avanço significativo na articulação da rede assistencial. Essa integração assegura a continuidade do cuidado, possibilita o acompanhamento após a alta e reduz o risco

de novas internações, evidenciando maior organização dos fluxos e o papel estratégico da unidade no fortalecimento da Rede de Urgência e Emergência.

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



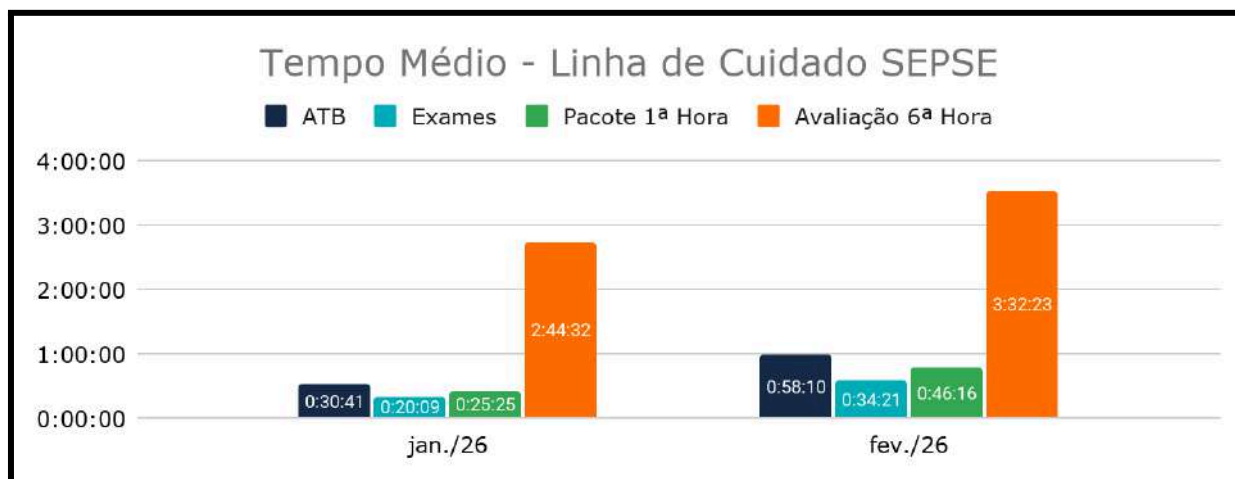
**Análise crítica:** A análise dos resultados relacionados à aplicação do Pacote da 1ª Hora no período avaliado demonstra progressos significativos na qualificação da assistência ao paciente com sepse. O cumprimento integral do pacote em todos os casos com protocolo aberto e continuidade do cuidado evidencia elevado grau de organização dos fluxos assistenciais, forte adesão às diretrizes institucionais e grande comprometimento da equipe multiprofissional. Esse desempenho representa um resultado bastante positivo, indicando maior maturidade dos processos assistenciais, agilidade na resposta clínica e impacto relevante na redução da mortalidade e de complicações graves.

Outro aspecto relevante refere-se à consolidação do Kit Sepsis como componente essencial no fluxo de atendimento. A sua disponibilização imediata após a abertura do protocolo contribui para reduzir entraves operacionais, padronizar as condutas e favorecer decisões clínicas mais rápidas. A atuação integrada entre enfermagem, farmácia, laboratório e equipe médica fortalece a coordenação do cuidado, otimiza

o uso dos recursos disponíveis e diminui atrasos que poderiam comprometer a evolução clínica do paciente.

O cumprimento sistemático da chamada “hora ouro” configura-se como um importante indicador de qualidade observado no período. Esse resultado demonstra não apenas a efetividade das estratégias de capacitação, mas também o fortalecimento de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente, a agilidade no atendimento e a priorização de quadros clínicos de maior gravidade. Trata-se de um desempenho expressivo, que evidencia alto nível de eficiência assistencial no manejo inicial da sepse.

Apesar dos avanços alcançados, a análise também aponta a importância de manter o acompanhamento contínuo dos tempos assistenciais, aprimorar a qualidade dos registros em prontuário e fortalecer as ações de educação permanente. Essas iniciativas são fundamentais para sustentar os resultados obtidos e evitar retrocessos. De modo geral, os achados indicam um processo assistencial alinhado às boas práticas, com forte articulação entre os setores e desempenho consistente no cuidado inicial ao paciente séptico, reafirmando o compromisso institucional com a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a integralidade do cuidado.



**Análise crítica:** Durante o período analisado, a unidade apresentou desempenho satisfatório no cumprimento dos tempos assistenciais preconizados pela linha de cuidado, mantendo todos os indicadores dentro dos limites recomendados pelas diretrizes clínicas e institucionais. Esse resultado reflete não apenas a eficiência dos fluxos operacionais internos, mas também o alinhamento técnico e a organização funcional da equipe multiprofissional, fatores fundamentais para assegurar um atendimento ágil, seguro e pautado em evidências.

O tempo médio para início da antibioticoterapia, registrado em 58 minutos, destaca-se pela relevância clínica, especialmente em pacientes com suspeita de sepse ou infecções graves. A literatura científica demonstra que atrasos na administração do antibiótico nesses casos podem estar associados a piores desfechos, tornando esse indicador um importante parâmetro de qualidade assistencial. O resultado apresentado evidencia que a unidade reconhece a importância da intervenção precoce e atua de forma oportuna para garantir a administração do tratamento dentro da janela terapêutica adequada, o que pode contribuir para a redução de complicações e melhor evolução clínica.

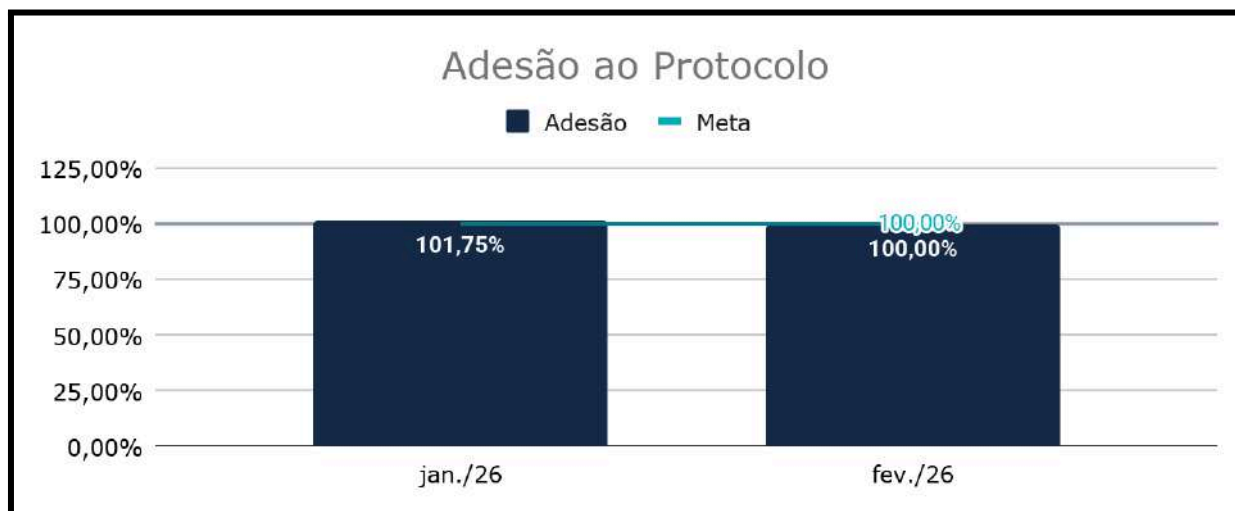
Da mesma forma, o tempo médio de 34 minutos para coleta de exames laboratoriais demonstra a existência de um fluxo interno organizado, com boa comunicação entre as equipes e adequada integração entre os setores de

atendimento, laboratório e enfermagem. Esse intervalo é compatível com um ambiente assistencial dinâmico, no qual a agilidade na realização de exames é essencial para apoiar a tomada de decisão clínica de forma rápida e segura.

A reavaliação de sexta hora, realizada em média com 3 horas e 32 minutos, além de permanecer dentro do intervalo recomendado pelas diretrizes, evidencia um adequado nível de vigilância clínica e acompanhamento da evolução dos pacientes, etapa que muitas vezes se torna desafiadora em unidades de alta demanda. Essa antecipação em relação ao limite de 6 horas pode indicar o comprometimento da equipe com o monitoramento contínuo, favorecendo a identificação precoce de possíveis instabilidades e permitindo ajustes oportunos nas condutas terapêuticas.

| ABERTURA DE PROTOCOLOS |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                        | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
| 2021                   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2022                   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2023                   | 2   | 3   | 1   | 2   | 1   | 5   | 8   | 6   | 4   | 2   | 4   | 5   |
| 2024                   | 1   | 7   | 4   | 7   | 1   | 4   | 3   | 8   | 9   | 17  | 10  | 16  |
| 2025                   | 3   | 14  | 17  | 41  | 75  | 63  | 62  | 50  | 85  | 82  | 84  | 79  |
| 2026                   | 57  | 74  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

### 5.1.9 Adesão ao protocolo de SEPSE



**Análise crítica:** A análise do período demonstra que 28,3% dos pacientes com protocolo de sepse aberto (74 casos) percorreram integralmente a linha de cuidado estabelecida. Esse resultado pode ser considerado muito positivo dentro do contexto operacional da unidade, uma vez que a meta estabelecida foi integralmente atingida (100%), evidenciando elevado nível de organização dos fluxos assistenciais e aderência das equipes aos protocolos institucionais.

O desempenho alcançado demonstra efetividade das estratégias implementadas, bem como maturidade dos processos de cuidado, comunicação adequada com os usuários e integração entre as etapas do atendimento. Além disso, o indicador reforça a capacidade da unidade de manter controle e previsibilidade sobre o fluxo assistencial, garantindo continuidade do cuidado e segurança no acompanhamento dos pacientes.

Ainda que os resultados sejam plenamente satisfatórios, a unidade mantém o compromisso com monitoramento contínuo do indicador e aprimoramento permanente das práticas assistenciais, buscando sustentar o desempenho alcançado e fortalecer, de forma contínua, a qualidade do atendimento prestado à população.

Entre os aspectos positivos, destaca-se a capacidade da equipe multiprofissional em identificar precocemente os casos suspeitos, iniciar o protocolo em tempo oportuno e conduzir o manejo clínico conforme as recomendações institucionais. Essa atuação contribui para maior padronização das condutas, fortalecimento da segurança do paciente e qualificação da assistência prestada.

Observa-se também evolução na maturidade dos processos assistenciais, evidenciada pela aplicação consistente das diretrizes institucionais e pela articulação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento. Essa integração favorece maior agilidade no fluxo de cuidado e garante melhor continuidade das intervenções terapêuticas.

Nesse contexto, a adesão ao protocolo demonstra não apenas competência técnica das equipes, mas também sensibilidade quanto à gravidade da sepse e à importância de intervenções precoces para a redução de complicações e de desfechos desfavoráveis.

Assim, o desempenho observado reforça a efetividade da linha de cuidado na unidade, evidenciando o compromisso institucional com a adoção de práticas baseadas em evidências, o fortalecimento da educação permanente e a promoção de uma assistência segura, qualificada e resolutiva.

Segue, abaixo, breve relato dos casos que evoluíram conforme a linha de cuidado estabelecida:

- 1. Paciente M.B.A.D, 88 anos, sexo feminino, FA 21375,** admitido no dia 03/02/2026. Aberto protocolo de sepse de foco cutâneo no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência no dia 04/02/2026.
  
- 2. Paciente L.G.M, 25 anos, sexo masculino, FA 117818,** admitido no dia 07/02/2026. Aberto protocolo de sepse de foco indeterminado no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência no dia 07/02/2026.

3. **Paciente L.A.R, 53 anos, sexo masculino, FA 50050**, admitido no dia 07/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco pulmonar no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência no dia 07/02/2026.
4. **Paciente R.E.C, 73 anos, sexo masculino, FA 1337611**, admitido no dia 06/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco misto no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência no dia 09/02/2026.
5. **Paciente M.L.F.O, 67 anos, sexo feminino , FA 1349683**, admitido no dia 12/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco abdominal no setor de medicação. Paciente com desfecho de transferência no dia 12/02/2026.
6. **Paciente D.M.J, 86 anos, sexo feminino, FA 1350894**, admitido no dia 14/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco misto no setor de observação. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 15/02/2026.
7. **Paciente J.B.L., 71 anos, sexo masculino, FA 2317**, admitido no dia 12/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco urinário no setor de medicação. Paciente com desfecho de transferência no dia 13/02/2026.
8. **Paciente L.S.O ,80 anos , sexo masculino , FA 1349536**, admitido no dia 11/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco misto no setor de emergência. Paciente apresentando piora clínica, com desfecho de óbito às 19:34 horas do dia 17/02/2026.



- 9. Paciente M.P.R, 51 anos , sexo masculino, FA 1351092,** admitido no dia 19/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco misto no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência no dia 20/02/2026.
- 10. Paciente C.M.O, 84 anos, sexo feminino, FA 1341176,** admitido no dia 22/01/2026. Aberto protocolo sepse de foco cutâneo no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 22/02/2026.
- 11. Paciente M.A.S.O, 88 anos, sexo feminino, FA 1253778,** admitido no dia 22/02/2026. Aberto protocolo de foco pulmonar no setor de emergência. Paciente apresentando piora clínica, com desfecho de óbito às 04:11 horas do dia 25/02/2026.
- 12. Paciente J. B. G, 71 anos, sexo masculino, FA 8322,** admitido no dia 22/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco misto no setor de observação. Paciente com desfecho de alta médica no dia 23/02/2026.
- 13. Paciente C. P. R, 81 anos, sexo feminino, FA 96886,** admitido no dia 23/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco misto no setor de emergência. Paciente com desfecho de alta médica no dia 23/02/2026.
- 14. Paciente E. C. S, 43 anos, sexo feminino, FA 30901,** admitido no dia 22/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco pulmonar no setor de medicação. Paciente com desfecho de evasão no dia 23/02/2026.

- 15. Paciente P. R. R. G. S , 24 anos, sexo masculino, FA 69696,** admitido no dia 24/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco pulmonar no setor de consultório/porta. Paciente com desfecho de alta médica no dia 25/02/2026.
- 16. Paciente J. T. G, 61 anos, sexo masculino, FA 1332327,** admitido no dia 24/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco misto no setor de emergência. Paciente com desfecho de alta médica no dia 02/03/2026.
- 17. Paciente E. A. F, 54 anos, sexo masculino, FA 5316,** admitido no dia 24/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco misto no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 27/02/2026.
- 18. Paciente O. M. L, 67 anos, sexo masculino, FA 48434,** admitido no dia 25/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco urinário no setor de medicação. Paciente com desfecho de alta médica no dia 26/02/2026.
- 19. Paciente O. M. L, 67 anos, sexo masculino, FA 48434,** admitido no dia 25/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco urinário no setor de medicação. Paciente com desfecho de alta médica no dia 26/02/2026.
- 20. Paciente M. C. M. C , 88 anos, sexo feminino, FA 232803,** admitido no dia 28/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco indeterminado no setor de emergência. Paciente com desfecho de alta médica no dia 28/02/2026.

**21. Paciente M. J. M, 87 anos, sexo feminino, FA 1250986,** admitido no dia 26/02/2026. Aberto protocolo sepse de foco pulmonar no setor de emergência. Paciente com desfecho de transferência para serviço de referência no dia 02/03/2026.

### 5.1.10 Manejo da Coordenação do Cuidado

#### 5.1.10.1 Coordenação do Cuidado IAM

| TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO IAM DA MICRORREGIAO |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |
|------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
|                                                            | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
| TOTAL                                                      | 7   | 9   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |

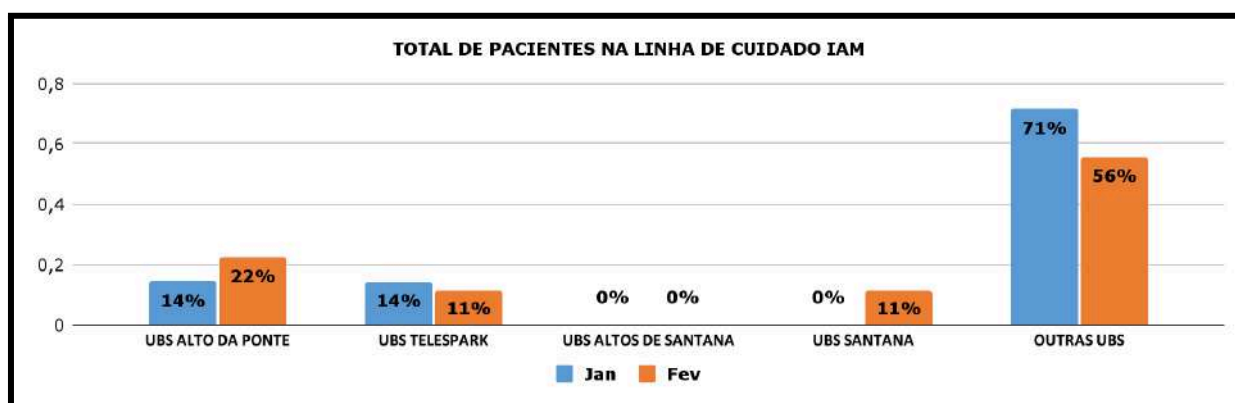
**Análise crítica:** O monitoramento sistemático dos pacientes inseridos na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na microrregião — contemplando tanto os casos com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST) quanto aqueles sem supradesnívelamento (IAMSSST) — demonstra avanço na organização do cuidado e na articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Durante o período analisado, todos os pacientes acompanhados foram devidamente encaminhados às respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), garantindo a continuidade do cuidado no território e reforçando os princípios da integralidade e da longitudinalidade da atenção. Essa estratégia fortalece a integração entre a UPA, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços hospitalares, favorecendo o seguimento clínico após o evento agudo e possibilitando o acompanhamento multiprofissional direcionado à prevenção de complicações e à redução da recorrência de eventos cardiovasculares.

O projeto tem como objetivo consolidar a atuação em rede e aprimorar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, viabilizando não apenas o

acompanhamento clínico sistematizado, mas também a inserção dos pacientes em ações de reabilitação cardíaca, atividades educativas e intervenções voltadas ao controle dos fatores de risco modificáveis.

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



**Análise crítica:** A análise da distribuição dos pacientes acompanhados na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no mês de fevereiro demonstra que ambos foram devidamente direcionados para acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência, conforme suas respectivas áreas de abrangência. Esse resultado evidencia que o fluxo de transição do cuidado está operando de forma adequada, assegurando a vinculação dos pacientes à Atenção Primária à Saúde (APS) após a fase aguda — etapa fundamental para o controle de comorbidades, redução de riscos e prevenção de novos eventos cardiovasculares.

Observa-se que a maior parte dos encaminhamentos foi absorvida por outras UBSs da rede, o que reforça a integração interna dos serviços e a consistência do

processo de referência, em consonância com os princípios de territorialidade e continuidade assistencial. A parcela restante, direcionada a UBSs da microrregião, evidencia a capacidade de articulação entre os diferentes pontos da rede, ampliando o acesso e garantindo que o paciente seja acompanhado no território mais adequado ao seu domicílio, independentemente do local inicial de atendimento.

Embora o número de casos acompanhados no período seja reduzido, a totalidade dos encaminhamentos realizados de forma adequada indica um fluxo organizado e efetivo, demonstrando avanço na consolidação da linha de cuidado do IAM. Como oportunidade de aprimoramento, destaca-se a importância de ampliar o monitoramento sistemático dos casos e fortalecer os mecanismos de comunicação entre os serviços, com foco na qualificação do acompanhamento pós-evento e na melhoria da rastreabilidade dos desfechos clínicos.

De forma geral, os resultados refletem avanços na articulação entre os níveis de atenção, com impacto positivo na continuidade, na segurança e na qualidade do cuidado ofertado aos pacientes com IAM.

#### 5.1.10.2 Linha de Cuidado AVC

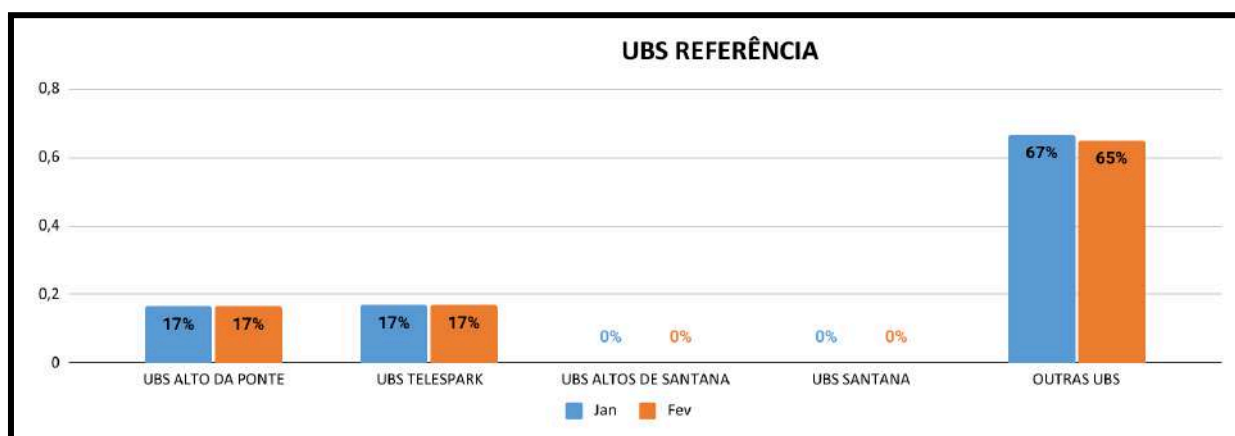
| TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO AVC DA MICRORREGIAO |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |
|------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
|                                                            | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
| TOTAL                                                      | 6   | 6   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       |

**Análise crítica:** A análise dos atendimentos de pacientes inseridos na linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no mês de fevereiro evidencia avanços importantes na consolidação da continuidade assistencial, com destaque para a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

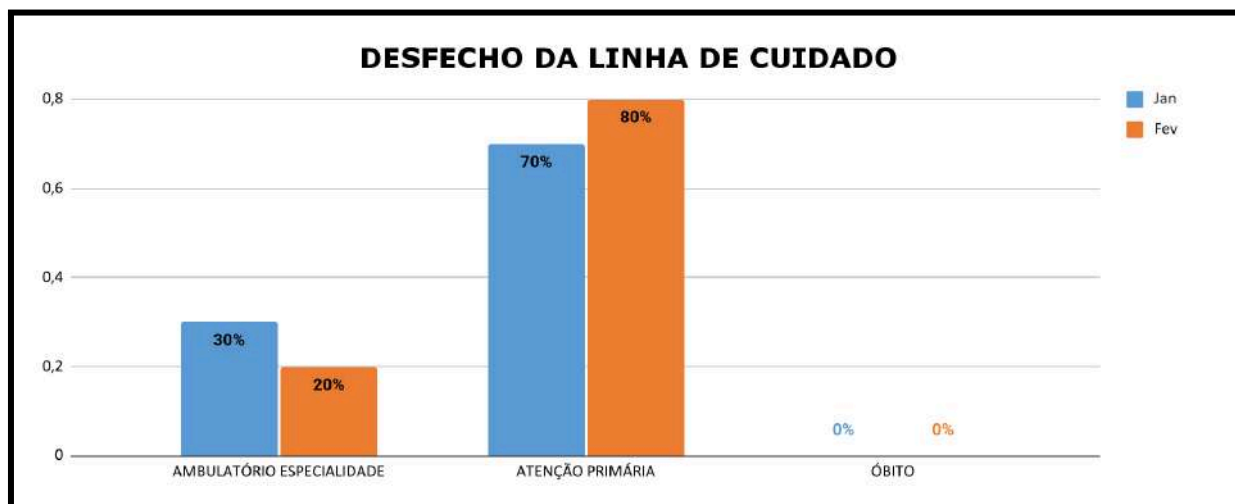
O encaminhamento de 100% dos pacientes para a Atenção Primária à Saúde (APS) representa um resultado relevante para a unidade, refletindo um processo de trabalho estruturado e alinhado aos princípios da integralidade e da longitudinalidade do cuidado.

Esse desempenho reforça o papel estratégico da APS na coordenação do cuidado, especialmente no acompanhamento pós-evento, no monitoramento de fatores de risco e na promoção da adesão ao tratamento. A continuidade do acompanhamento no território contribui para reduzir complicações, prevenir recorrências e apoiar o processo de reabilitação e reinserção social do paciente após o evento agudo.

Em síntese, os resultados apontam para um cenário favorável na organização da linha de cuidado do AVC, sustentado por encaminhamento adequado e articulação efetiva entre os níveis de atenção. A consolidação desses avanços, entretanto, depende do aprimoramento contínuo dos mecanismos de monitoramento e da ampliação da análise de desfechos, elementos essenciais para fortalecer a rede assistencial e ampliar o impacto das ações na qualidade de vida dos pacientes.



### 5.1.10.3 Linha de Cuidado SEPSE.



**Análise crítica:** A análise dos dados demonstra que, embora 21 casos tenham sido confirmados e incluídos na linha de cuidado, esse quantitativo reflete um processo de triagem qualificado, fundamentado em critérios bem definidos e aplicados de forma consistente pela equipe assistencial. O equilíbrio adequado entre sensibilidade e especificidade na identificação dos casos configura um ponto positivo do processo, evitando tanto a subnotificação quanto a abertura indevida de protocolos e garantindo que os recursos assistenciais sejam direcionados de forma precisa aos pacientes com maior risco clínico.

Outro indicador relevante refere-se ao seguimento efetivo de 80,0% dos pacientes elegíveis dentro da própria microrregião. Esse resultado evidencia avanços na articulação entre os diferentes níveis de atenção, refletindo melhoria na comunicação entre os serviços e maior organização dos fluxos de referência e contrarreferência. Além disso, demonstra a capacidade da rede em assegurar a continuidade do cuidado após a estabilização inicial, aspecto fundamental no manejo da sepse, condição de elevada complexidade e potencial risco de desfechos desfavoráveis.

Sob a perspectiva gerencial, embora exista espaço para ampliação do número de pacientes acompanhados integralmente pela linha de cuidado, os resultados atuais

indicam um processo assistencial em consolidação. Observa-se atuação técnica qualificada da equipe, com postura proativa e capacidade de resposta oportuna, elementos essenciais para o fortalecimento da vigilância clínica, a redução do tempo para intervenção e a melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes.

De forma geral, os resultados do período analisado apontam para um cenário de evolução do processo assistencial, marcado por triagem qualificada, vigilância clínica efetiva e fortalecimento da coordenação do cuidado. Esses aspectos reforçam o compromisso institucional com a segurança do paciente, a qualidade da assistência e a consolidação de uma linha de cuidado cada vez mais estruturada e resolutiva.

#### 5.1.10.4 Linha de Cuidado TRAUMA



**Análise crítica:** A análise dos dados referentes aos cinco (5) pacientes acompanhados na linha de cuidado do trauma no período avaliado permite identificar aspectos relevantes tanto sob a perspectiva quantitativa quanto qualitativa.



Como ponto positivo, destaca-se a total conformidade com os critérios de inclusão, uma vez que 100% dos pacientes que passaram pela Sala Vermelha foram encaminhados de forma adequada para a linha de cuidado. Esse resultado evidencia coerência entre o grau de gravidade apresentado e as condutas adotadas, além de demonstrar o adequado funcionamento dos fluxos assistenciais e a adesão da equipe aos protocolos da rede de urgência e emergência.

No que se refere aos fluxos assistenciais, a aplicação da linha de cuidado demonstra eficiência na organização dos encaminhamentos e na contra referência para unidades de maior complexidade. Esse processo assegura que pacientes em condições mais graves sejam transferidos de forma oportuna e segura, em conformidade com os protocolos vigentes.

Destaca-se ainda, como indicador positivo, a ausência de registros de evasão na Sala Vermelha durante o período analisado, evidenciando que 100% dos pacientes permaneceram sob acompanhamento até a conclusão das condutas necessárias, sem prejuízo à continuidade do atendimento em situações críticas.

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

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



**Análise crítica:** No mês de fevereiro de 2026, esta Unidade de Pronto Atendimento realizou o atendimento de 56 pacientes classificados com a cor azul no protocolo de triagem, correspondendo a casos de baixa gravidade. Os usuários atendidos apresentavam ausência de sintomas relevantes ou manifestações clínicas leves, não caracterizando situações de urgência ou emergência que demandem intervenção imediata.

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

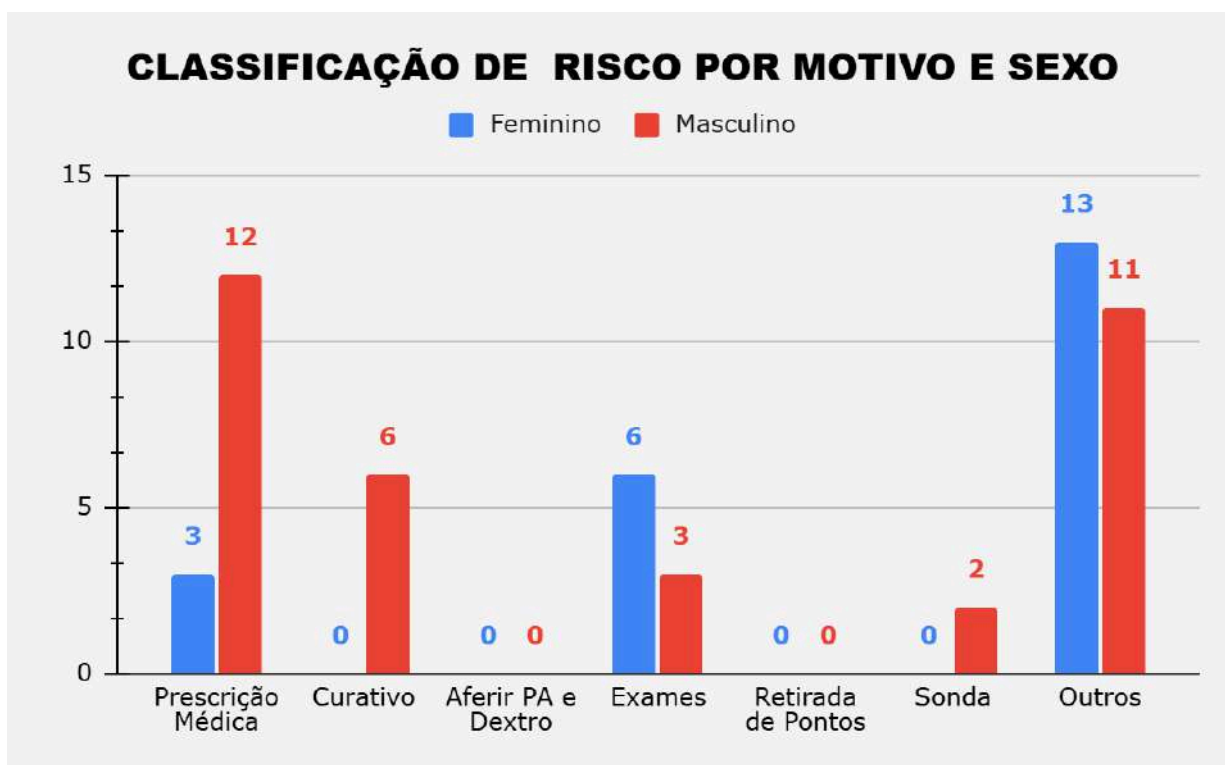
A distribuição dos encaminhamentos por UBS foi a seguinte:

- UBS Alto da Ponte: 5 pacientes
- UBS Altos de Santana: 5 pacientes
- UBS Santana: 6 pacientes
- UBS Jardim Telespark: 4 pacientes
- UBS Bonsucesso: 1 paciente
- UBS Jardim Paulista: 6 pacientes

- UBS Buquirinha: 5 pacientes
- UBS Vila Paiva: 5 pacientes
- UBS Vila Maria: 2 paciente
- Outras UBSs: 17 pacientes

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

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



#### Análise por Tipo de Atendimento e Distribuição por Sexo – Janeiro de 2026

**Curativos:** Foram realizados 6 atendimentos, sendo 0 ao sexo feminino e 6 ao sexo masculino. Essa predominância masculina pode estar associada à

maior exposição a traumas e ferimentos, especialmente em contextos laborais ou em atividades que envolvem risco físico elevado.

**Exames:** Registraram-se 9 atendimentos, sendo a quantidade 6 para homens e 3 para mulheres.

**Prescrição Médica:** Foram registrados 15 atendimentos, distribuídos entre os sexos (3 do sexo feminino e 12 do sexo masculino), demonstrando que neste período houve uma procura maior entre os homens por atestados médicos e renovação de receitas.

**Outros:** Foram contabilizados 24 atendimentos, sendo 13 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, evidenciando predominância feminina.

**Análise Crítica:** A análise dos atendimentos realizados em fevereiro de 2026 evidencia uma predominância do sexo masculino na maioria dos procedimentos registrados, especialmente nas categorias prescrições médicas, e solicitações de exames. Esse padrão sugere que os homens permanecem mais expostos a situações de risco físico e acidentes, possivelmente associados a atividades laborais e a menor adesão às práticas de prevenção e promoção da saúde. Esse cenário reforça a efetividade do processo de triagem e encaminhamento realizado pela unidade.

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

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

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



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

Embora a diferença entre os gêneros seja expressiva, os resultados apresentam relevância analítica, ao evidenciarem um padrão comportamental recorrente entre os homens na busca por atendimentos não urgentes. Esse perfil pode indicar uma relação menos contínua e sistemática com a Atenção Primária à Saúde (APS),

resultando em um uso eventual e reativo dos serviços de pronto atendimento — muitas vezes para demandas que poderiam ser resolvidas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

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

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

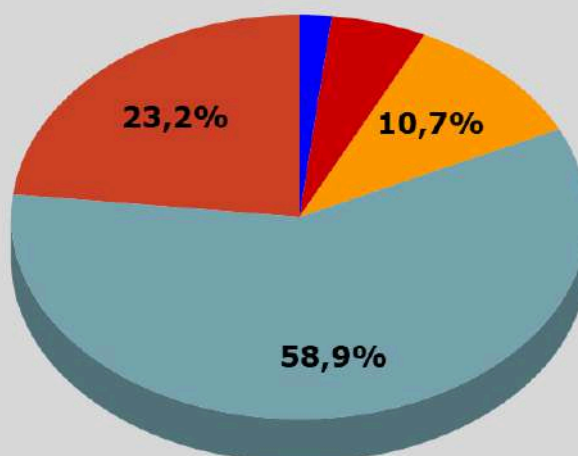
Essa diferença de comportamento reforça a ideia de que as mulheres apresentam uma integração mais efetiva à lógica do cuidado contínuo, aspecto essencial para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e para a promoção de melhores desfechos clínicos e preventivos na população.

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

---

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

### PERFIL POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR FAIXA ETÁRIA



● 1 a 8 anos ● 10 a 18 anos ● 19 a 30 anos ● 31 a 65 anos ● 66 a mais

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

- A **faixa etária de 31 a 65 anos**, responsável por **33 registros**, concentra a maior demanda. Esse resultado sugere que adultos em idade produtiva recorrem com frequência ao serviço de urgência mesmo para situações que, em grande parte, poderiam ser resolvidas em atenção primária. Tal comportamento pode estar relacionado a fatores como dificuldade de acesso às UBSs em horários compatíveis com a rotina de trabalho, busca por resolutividade imediata ou percepção equivocada quanto à gravidade do quadro apresentado.
- Na sequência, a **faixa de 19 a 30 anos** contabiliza **6 atendimentos**, indicando que jovens adultos também apresentam tendência a utilizar a UPA para demandas de menor complexidade, possivelmente motivados pela praticidade oferecida pelo serviço de urgência.

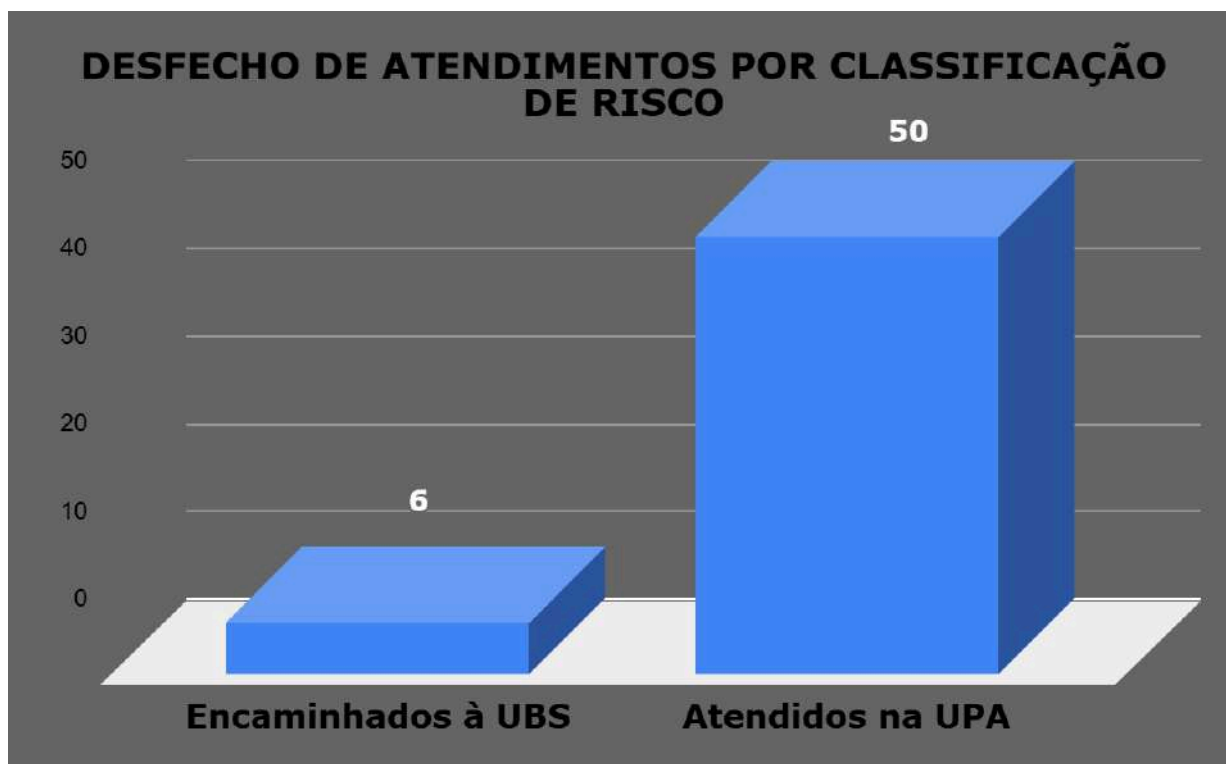
- Por fim, a **faixa de 66 anos ou mais**, com **13 registros**, neste mês apontando o segundo maior volume de atendimento nessa classificação, exige atenção por envolver um grupo etário que, em geral, possui maior prevalência de condições crônicas. A presença dessa população em atendimentos classificados como “azul” pode sinalizar tanto dificuldades na continuidade do cuidado na rede básica quanto a necessidade de reforçar estratégias educativas e de acompanhamento desse público.

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



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

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



**Análise Crítica:** A partir dos dados levantados, observou-se que 50 pacientes (89,29%) optaram por permanecer em atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), enquanto apenas 6 pacientes (10,71%) aceitaram o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência no primeiro dia útil subsequente.

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

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

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

Encaminhamentos para a UBS: Embora em menor número, os 10,71% de usuários que aceitaram o redirecionamento mostraram receptividade às orientações da equipe multiprofissional e reconheceram a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS).

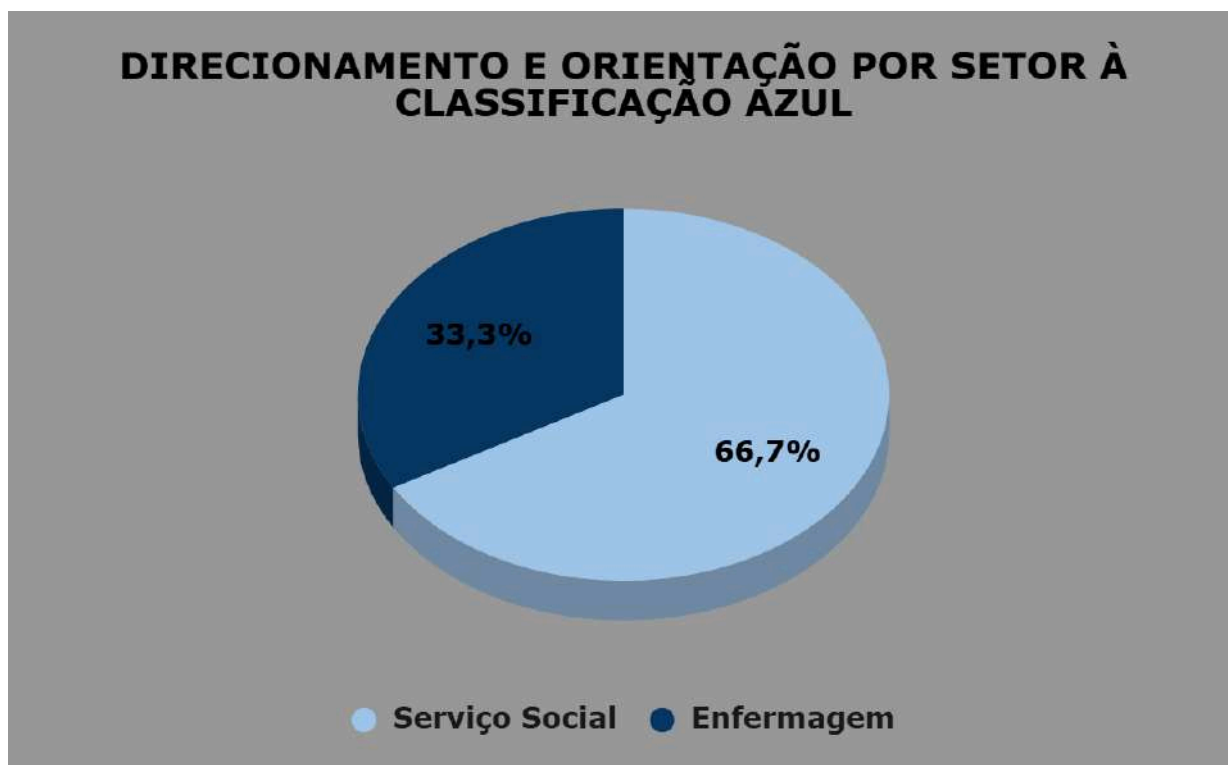
Esse dado reforça que, quando informada de forma clara e humanizada, parte da população aderiu espontaneamente ao fluxo recomendado, contribuindo para consolidar a APS como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS) e promovendo maior integração da rede assistencial.

Considerações Finais: As intervenções das equipes de Enfermagem e Serviço Social mostraram-se fundamentais para qualificar o processo de acolhimento, orientar adequadamente os usuários e reorganizar o fluxo assistencial. A atuação articulada desses profissionais contribuiu para:

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

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

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



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

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

- Garantir direcionamentos compatíveis com a complexidade dos casos;
- Esclarecer dúvidas recorrentes sobre o percurso assistencial e os diferentes níveis de atenção da rede;

- Fortalecer o vínculo dos usuários com a Atenção Primária à Saúde (APS), estimulando seu papel como porta de entrada preferencial do SUS.

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

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

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

Triagem/Enfermagem: A equipe de Enfermagem desempenhou papel decisivo no acolhimento inicial. Um total de 2 pacientes recebeu orientações durante a triagem, sendo informados sobre a continuidade do cuidado na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Esse momento inicial é estratégico, pois:

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

**Serviço Social:** Nesse período, 6 pacientes foram atendidos diretamente, recebendo orientações individualizadas sobre o percurso adequado na rede.

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

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

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

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

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

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

Essa comunicação antecipada:

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

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

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

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

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

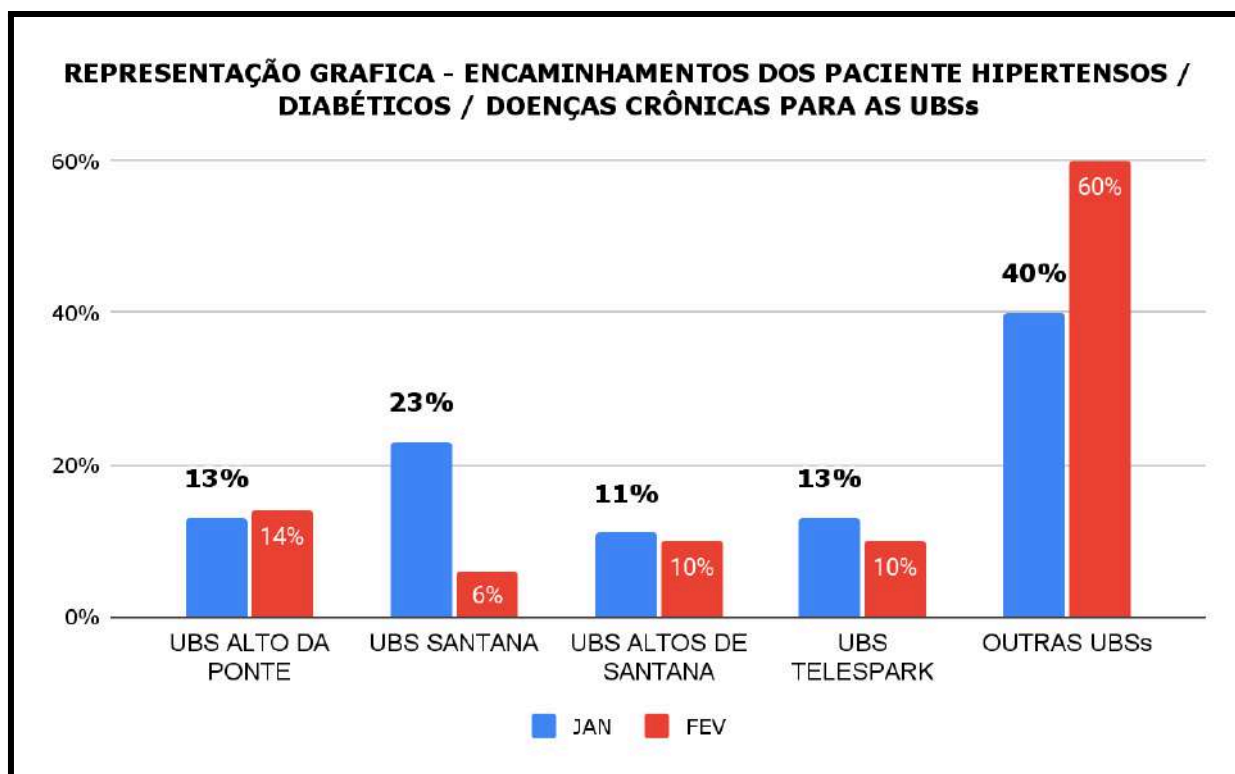
| DATA                   | UBS                        | NOME             | IDADE | SEXO | BAIRRO                                     | CID                                                                           | CLASSIF. | DESFECHO                                                                                                                                                                                  |
|------------------------|----------------------------|------------------|-------|------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01/02/2026<br>20:57    | UBS<br>ALTOS DE<br>SANTANA | A.DE.J.L. A.     | 0     | F    | AREA RURAL<br>DE SAO<br>JOSE DOS<br>CAMPOS | NFECCAO DO<br>TRATO URINARIO<br>DE LOCALIZACAO<br>NAO<br>ESPECIFICADA         | AZUL     | Paciente<br>orientado pela<br>ubs .                                                                                                                                                       |
| 01/02/2026<br>21:21    | UBS<br>ALTOS DE<br>SANTANA | R. F.<br>C.DA.S. | 51    | F    | CONDOMINIO<br>RESIDENCIA<br>L JAGUARI      | DOR EM MEMBRO                                                                 | AZUL     | Realizado vd<br>pelo Acs onde<br>paciente refere<br>que esta bem e<br>recusa consulta<br>na ubs                                                                                           |
| 01/02/2026<br>22:03    | UBS ALTO<br>DA PONTE       | E.P.D.O.         | 39    | F    | ALTO DA<br>PONTE                           | INFECCOES<br>INTESTINAIS<br>VIRAIS<br>OUTRAS E AS<br>NAO<br>ESPECIFICADA<br>S | AZUL     | PACIENTE<br>COMPARECEU EM<br>CONSULTA SEM<br>QUEIXAS, FOI<br>REALIZADO<br>ANALISE DO<br>PREVENTIVO QUE<br>A MESMA HAVIA<br>FEITO<br>RECENTEMENTE;<br>SEM MAIS<br>DEMANDAS NA<br>CONSULTA. |
| 02/02/2026<br>00:56:00 | UBS<br>SANTANA             | V.D.DE.O.S<br>.  | 18    | M    | SANTANA                                    | AFECCOES DA<br>PELE E DO<br>TECIDO<br>SUBCUTANEO,<br>NAO<br>ESPECIFICADO<br>S | AZUL     | Realizado<br>contato<br>telefônico,<br>paciente<br>confirma<br>consulta<br>agendada. 20/2                                                                                                 |

|                        |                                |            |    |   |                           |                                         |      |                                                                                                                                        |
|------------------------|--------------------------------|------------|----|---|---------------------------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05/02/2026<br>20:59:00 | UBS<br>SANTANA                 | J.L.DOS.S. | 37 | M | SANTANA                   | ANSIEDADE<br>GENERALIZADA               | AZUL | Efetuada<br>visita<br>domiciliar,<br>morador<br>Francisco<br>informa que<br>paciente não<br>reside no<br>local.                        |
| 09/02/2026<br>16:43:00 | UBS<br>SANTANA                 | F.S.R.     | 39 | F | SANTANA                   | CEFALEIA<br>TENSIONAL                   | AZUL | Realizado<br>contato<br>telefônico,<br>orientado vir<br>agendar<br>consulta de<br>rotina.                                              |
| 09/02/2026<br>18:45:00 | UBS<br>JARDIM<br>TELESPAR<br>K | D.W.DA.S.  | 20 | M | JARDIM<br>MINAS<br>GERAIS | DOR AGUDA                               | AZUL | Realizado<br>tentativas de<br>contato,<br>falado com tio<br>ismar,<br>agendado<br>consulta<br>médica para<br>investigação<br>do quadro |
| 10/02/2026<br>20:43:00 | UBS ALTO<br>DA PONTE           | J.D.D.     | 56 | F | ALTO DA<br>PONTE          | OUTRAS<br>HEPATITES<br>VIRAIS<br>AGUDAS | AZUL | ENCAMINHADO AO<br>AMBULATÓRIO,<br>AGENDADO PARA<br>DIA 27/02.                                                                          |
| 17/02/2026<br>08:03:00 | UBS<br>SANTANA                 | A. F.      | 46 | M | SANTANA                   | SEM<br>DESCRIÇÃO                        | AZUL | Paciente ativo<br>na unidade,<br>realizada<br>última<br>consulta em<br>21/01/2026                                                      |

|                        |                                |           |    |   |                                              |                     |      |                                     |
|------------------------|--------------------------------|-----------|----|---|----------------------------------------------|---------------------|------|-------------------------------------|
| 21/02/2026<br>09:01:00 | UBS<br>ALTOS DE<br>SANTANA     | D.K.DO.P. | 40 | F | CONDOMINI<br>O<br>RESIDENCI<br>AL<br>JAGUARI | DOR LOMBAR<br>BAIXA | AZUL | Paciente<br>orientado pela<br>ubs . |
| 21/02/2026<br>13:54:00 | UBS<br>JARDIM<br>TELESPAR<br>K | J.B.R.    | 39 | F | SANTANA                                      | DORSALGIA           | AZUL | Em<br>acompanhamento                |



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



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a unidade registrou o atendimento de 121 pacientes portadores de hipertensão, diabetes e outras condições crônicas ou infectocontagiosas, como tuberculose e sífilis, evidenciando a permanência desses agravos entre os principais motivos de procura espontânea pelos serviços de urgência.

A análise do território de procedência desses usuários demonstra concentração relevante da demanda em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacando-se como principais áreas de origem:

- UBS Altos de Santana: 10 pacientes (10%)
- UBS Alto da Ponte: 17 pacientes (14%)

- UBS Telespark: 13 pacientes (10%)
- UBS Santana: 8 pacientes (6%)
- Demais UBS: 25 pacientes (60%)

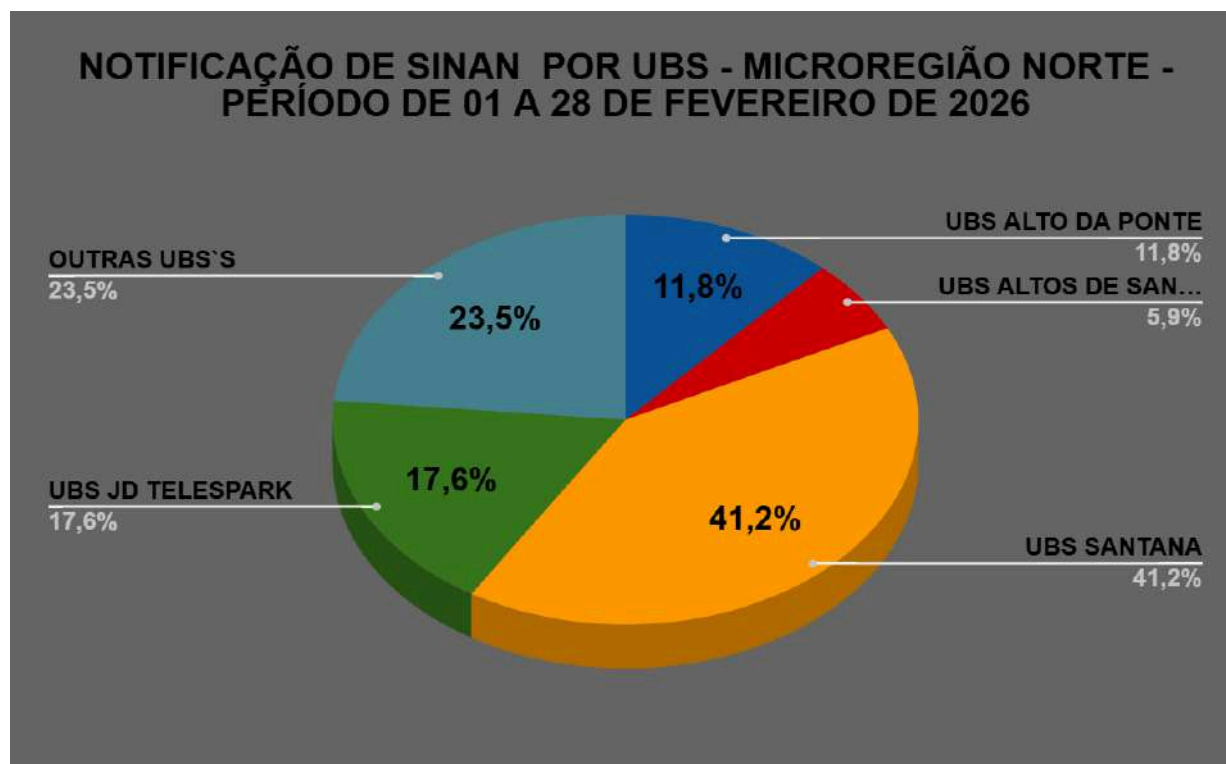
Essa distribuição territorial sugere a presença de áreas com maior pressão assistencial relacionada às condições crônicas, possivelmente associada a fatores como barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), fragilidades no acompanhamento clínico regular, descontinuidade dos planos terapêuticos ou baixa adesão dos usuários às orientações de cuidado.

A recorrência desse perfil de pacientes em um serviço de urgência, especialmente diante de agravos que demandam acompanhamento contínuo e preventivo na APS, pode indicar limitações na resolutividade da atenção básica em determinados pontos do território. Esse cenário reforça a importância de qualificar a comunicação e a integração entre a unidade de urgência e as UBS de referência, fortalecendo a coordenação do cuidado e a continuidade assistencial.

Outro aspecto relevante é que 60% dos atendimentos correspondem a usuários vinculados a UBS localizadas fora da microrregião de referência da unidade, evidenciando o papel ampliado do serviço de urgência como ponto estratégico de atendimento para um território mais abrangente. Esse contexto reforça a necessidade de fortalecimento dos fluxos de contra referência, garantindo que, após a resolução da demanda imediata, os usuários retomem o acompanhamento adequado na APS, evitando descontinuidades no cuidado longitudinal.

Em síntese, os dados analisados evidenciam a importância de intensificar a integração entre os serviços de urgência e a Atenção Primária à Saúde, com foco na qualificação da gestão do cuidado às condições crônicas, no fortalecimento das redes de apoio territorial e na implementação de estratégias que ampliem o acesso, à adesão e o vínculo dos usuários com os serviços responsáveis pelo acompanhamento contínuo.

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



**Análise Crítica:** No mês de fevereiro, foram registradas 17 notificações de violência nesta unidade. A distribuição por Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Microrregião Norte revela importantes diferenças territoriais, que possibilitam reflexões sobre fatores estruturais, institucionais e socioculturais relacionados ao fenômeno.

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

- UBS Alto da Ponte: 2 casos (11,8%) - A UBS Alto da Ponte registrou dois casos notificados no período. Embora represente o segundo menor volume numérico absoluto, esse dado pode sinalizar capacidade de identificação qualificada por parte da equipe, considerando o perfil heterogêneo do

território e a complexidade das situações atendidas. A ocorrência de notificação demonstra que existem mecanismos de acolhimento sensível, escuta ativa e manejo adequado das situações de violência, ainda que o quantitativo registrado seja baixo. Contudo, a baixa frequência também pode refletir subnotificação, barreiras de acesso ou dificuldades estruturais relacionadas ao fluxo de usuários, exigindo monitoramento contínuo.

- UBS Altos de Santana: 1 caso (5,9%) - Com uma notificação, a UBS Altos de Santana apresenta o menor volume da microrregião, o que pode indicar menor capilaridade das ações de vigilância, qualificação da equipe e efetividade das rotinas de identificação de risco. O quantitativo pode estar associado a características do território, como maior densidade populacional ou maior exposição a determinantes sociais da violência. O padrão observado sugere processos de trabalho consolidados, compatíveis com uma equipe sensível às situações de vulnerabilidade, com protocolos bem estabelecidos para acolhimento e notificação.
- UBS Jardim Telespark: 3 casos (17,6%) - Com o segundo maior número de notificações, a UBS Jardim Telespark levanta hipóteses importantes a serem consideradas. A menor incidência pode estar associada a uma demanda efetivamente reduzida, à subnotificação ou a possíveis barreiras de acesso aos serviços. Além disso, fatores socioeconômicos e culturais devem ser analisados, pois influenciam tanto a ocorrência de situações de violência quanto a disposição da comunidade em buscar apoio ou formalizar denúncias.
- UBS Santana: 7 casos (41,2%) - Com o maior número de notificações, a UBS Santana levanta hipóteses importantes a serem consideradas. A alta incidência pode estar associada a uma demanda efetivamente grande, e bom acesso aos serviços de notificação/proteção. Além disso, fatores socioeconômicos e culturais devem ser analisados, pois influenciam tanto a ocorrência de situações de violência quanto a disposição da comunidade em

buscar apoio ou formalizar denúncias.

2. Notificações Procedentes das Demais Unidades do Município: 4 casos (23,5%) -

A dispersão dos registros demonstra que a violência possui caráter transversal e capilar no território, não se concentrando exclusivamente em áreas com maior volume de notificações. Esse panorama reforça a necessidade de manutenção de vigilância contínua e qualificada em todas as unidades da rede.

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

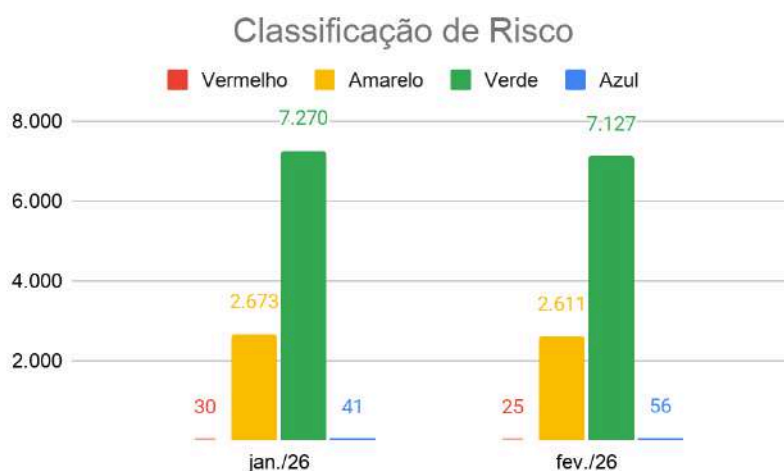
4. Fatores Condicionantes para o Volume de Notificações: A quantificação de notificações está associada a múltiplos fatores interdependentes, e não apenas à ocorrência objetiva dos episódios de violência. Destacam-se:

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

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

c) Cultura de Denúncia e Relação de Confiança com os Serviços: A decisão da vítima de relatar a violência depende da percepção de segurança, da existência de vínculos estabelecidos com a rede de saúde e da confiança na resposta institucional. Medo de represálias, dependência econômica, barreiras culturais e desconhecimento de direitos influenciam diretamente o comportamento de denúncia. Quando a unidade de saúde é percebida como espaço acolhedor e protegido, tende-se ao aumento da procura e à formalização das notificações.

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



**Análise crítica:** No período analisado, a unidade contabilizou 9.699 atendimentos, quantitativo abaixo da meta estipulada de 11.700 atendimentos, conforme previsto no Anexo IIB.

O não atingimento da meta está associado à sazonalidade observada no período, com diminuição natural da demanda assistencial em determinados meses, e, principalmente, à vigência da Portaria Municipal nº 001/2026, que regulamenta o Atestado Responsável no município de São José dos Campos.

A normativa passou a estabelecer critérios mais rigorosos para emissão de afastamentos, atribuindo responsabilidade técnica ao profissional emissor e exigindo justificativa clínica devidamente fundamentada. Como consequência, houve redução na procura por atendimentos de natureza exclusivamente administrativa, o que impactou diretamente o volume total de atendimentos registrados.

Ressalta-se que, apesar da diminuição no número absoluto de atendimentos, a unidade manteve foco na qualidade, segurança e resolutividade da assistência prestada, assegurando a observância dos protocolos assistenciais e das diretrizes institucionais vigentes.

Quanto à classificação de risco segundo o PNH, verificou-se predominância de atendimentos classificados como verde (7.046 – 72,64%), seguidos por amarelo (2.570 – 26,49%), vermelho (26 – 0,26%) e azul (57 – 0,58%), evidenciando perfil assistencial de baixa complexidade. Destaca-se que parcela significativa dessa demanda poderia ser absorvida pela Atenção Primária à Saúde, o que reforça a importância do fortalecimento da articulação entre os níveis de atenção.

Mesmo com as oscilações no volume de atendimentos, a equipe multiprofissional preservou a organização do fluxo assistencial, a adequada classificação de risco e o cumprimento dos tempos de resposta, demonstrando compromisso contínuo com a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a eficiência dos processos internos

| Categoria                   | Quantidade Pacientes | Porcentagem (%) |
|-----------------------------|----------------------|-----------------|
| Vermelho (emergência)       | 26                   | 0,26            |
| Amarelo (urgência moderada) | 2570                 | 26,49           |
| Verde (baixa complexidade)  | 7046                 | 72,64           |
| Azul (não urgente)          | 57                   | 0,58            |

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



**Análise crítica:** No período analisado, foram registradas 653 notificações compulsórias na unidade, com clara predominância de COVID-19 (339 casos) e dengue (235 casos), que juntas correspondem a aproximadamente 88% do total de notificações. Esse cenário evidencia a manutenção de agravos respiratórios e arboviroses como principais demandas epidemiológicas do território.



Os 42 atendimentos antirrâbicos representam número expressivo e indicam necessidade contínua de orientação à população quanto à prevenção de acidentes com animais, guarda responsável e busca precoce por atendimento. Já os 10 acidentes com animais peçonhentos reforçam a importância da vigilância ambiental, especialmente em períodos mais quentes e chuvosos.

Foram registrados ainda 9 casos de tuberculose, 8 de sífilis, 9 de intoxicação exógena e 1 caso de febre maculosa. Embora menos frequentes, esses agravos possuem relevante impacto em saúde pública, seja pelo potencial de transmissão (como tuberculose e sífilis), seja pelo risco de gravidade (intoxicações e febre maculosa), exigindo acompanhamento rigoroso, investigação oportuna e articulação com a vigilância epidemiológica.

Observa-se ausência de notificações para chikungunya, coqueluche, doenças exantemáticas (sarampo/rubéola), HIV, leptospirose, meningite e monkeypox no período, o que pode indicar baixa circulação desses agravos no território ou efetividade das ações preventivas já implementadas.

De forma geral, o perfil epidemiológico demonstra predominância de doenças infecciosas transmissíveis, com destaque para síndromes respiratórias e arboviroses, reforçando a necessidade de manter vigilância ativa, qualificação das notificações, monitoramento territorial e ações educativas contínuas voltadas à prevenção e ao controle desses agravos.

| <b>Doenças de Notificações Compulsórias</b> | <b>Jan</b> | <b>Fev</b> |
|---------------------------------------------|------------|------------|
| ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS           | 9          | 10         |
| ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO                     | 22         | 42         |
| CHIKUNGUNYA                                 | 0          | 0          |
| COQUELUCHE                                  | 0          | 0          |
| COVID                                       | 281        | 339        |
| DENGUE                                      | 156        | 235        |
| DOENÇAS EXANTEMÁTICAS<br>(SARAMPO/RUBÉOLA)  | 0          | 0          |
| FEBRE MACULOSA                              | 0          | 1          |
| HIV                                         | 0          | 0          |
| INTOXICAÇÃO EXÓGENA                         | 9          | 9          |
| LEPTOSPIROSE                                | 0          | 0          |
| MENINGITE                                   | 0          | 0          |
| MONKEYPOX                                   | 0          | 0          |
| SÍFILIS                                     | 2          | 8          |
| TUBERCULOSE                                 | 5          | 9          |

No mês de fevereiro, foram registrados 714 casos de doenças de interesse municipal, com destaque expressivo para diarreia (593 casos), que corresponde à grande maioria das notificações no período. Esse dado evidencia importante ocorrência de agravos gastrointestinais no território, possivelmente relacionados a fatores como condições sanitárias, qualidade da água, manipulação de alimentos e hábitos de higiene.

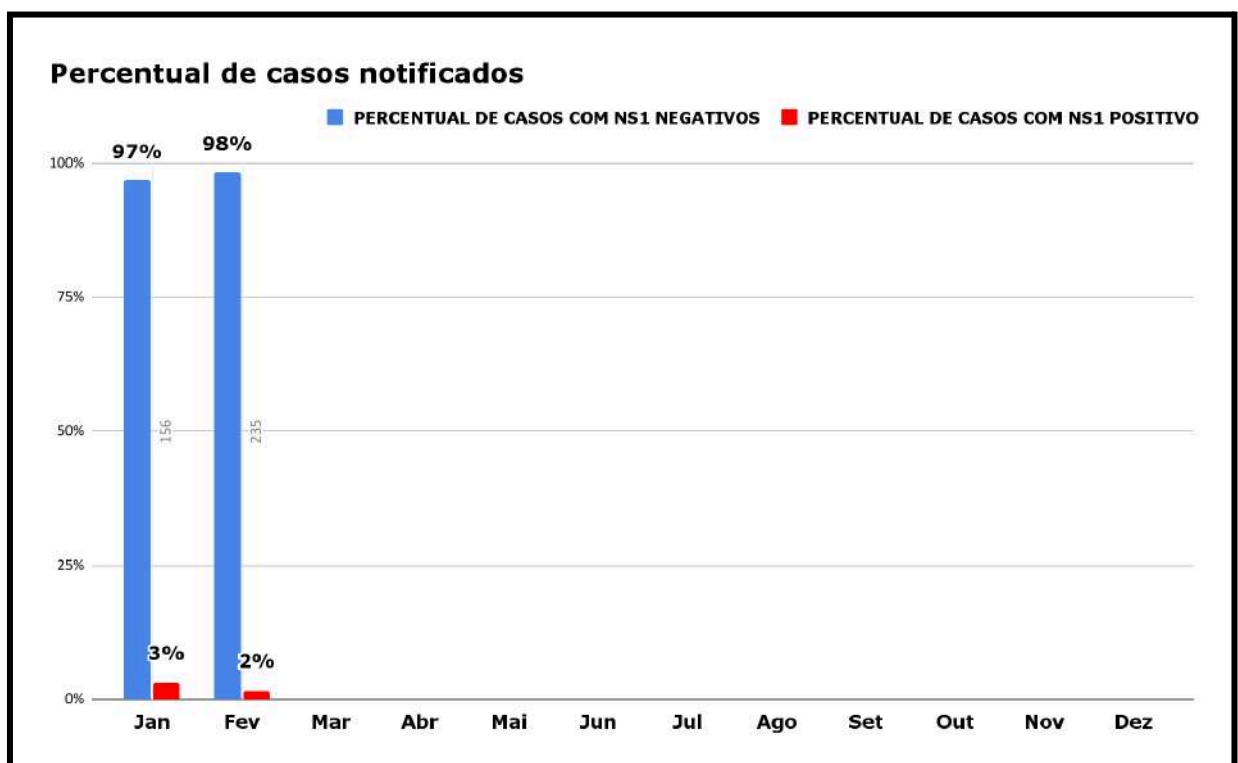
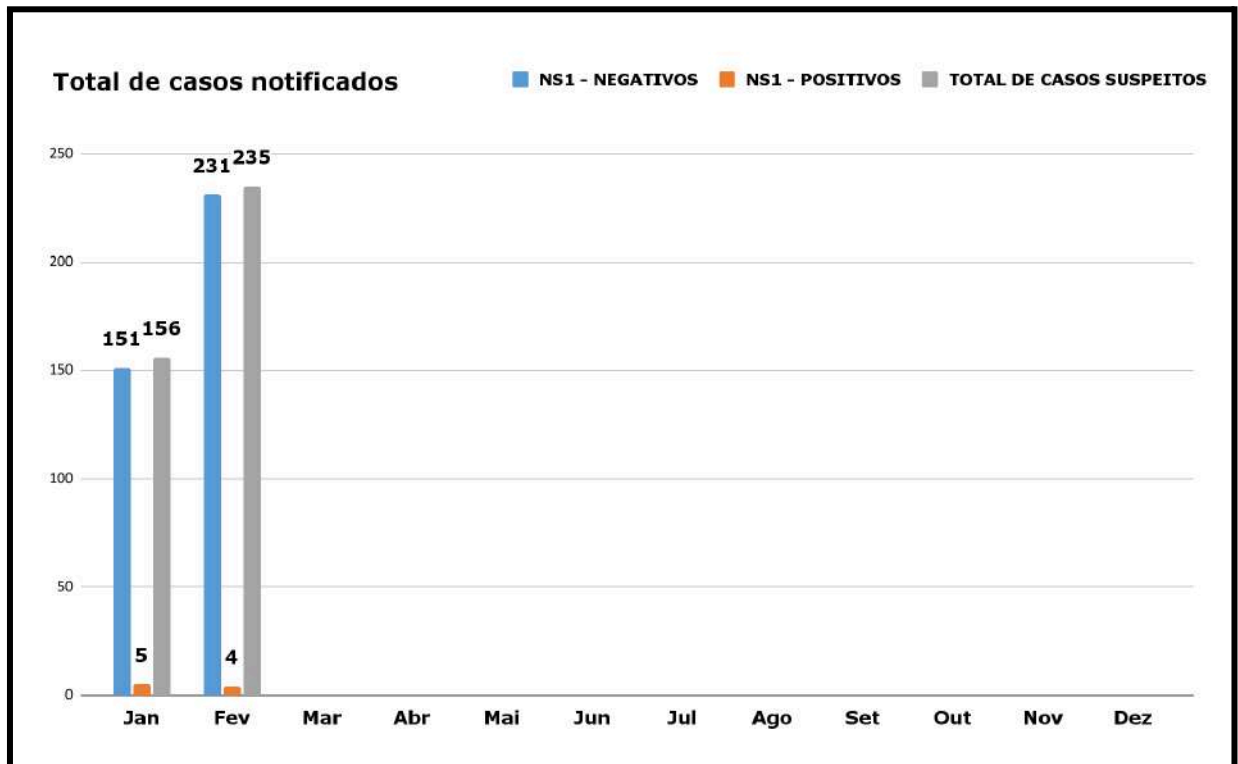
A conjuntivite apresentou 118 casos, configurando também número relevante, principalmente por se tratar de agravo de fácil transmissibilidade, especialmente em ambientes coletivos como escolas, creches e domicílios com múltiplos moradores. Esse cenário reforça a necessidade de intensificar orientações sobre higiene das mãos e etiqueta respiratória.

Foram ainda registrados 2 casos de caxumba e 1 caso de escarlatina, agravos respiratórios que, embora em baixa frequência, exigem monitoramento, especialmente quanto ao histórico vacinal e identificação de possíveis vínculos epidemiológicos. Não houve registro de casos de varicela no período analisado.

De forma geral, o perfil demonstra predominância de doenças de transmissão hídrica e interpessoal, indicando a necessidade de fortalecer ações educativas, vigilância ativa, acompanhamento territorial e articulação com a atenção básica e instituições locais, visando reduzir a ocorrência e prevenir possíveis surtos.

| Doença de interesse Municipal | Jan | Fev |
|-------------------------------|-----|-----|
| CAXUMBA                       | 1   | 2   |
| CONJUNTIVITE                  | 173 | 118 |
| DIARRÉIA                      | 816 | 593 |
| ESCARLATINA                   | 4   | 1   |
| VARICELA                      | 0   | 0   |
| TOTAL                         | 994 | 714 |

## Casos suspeitos ou confirmados de Dengue



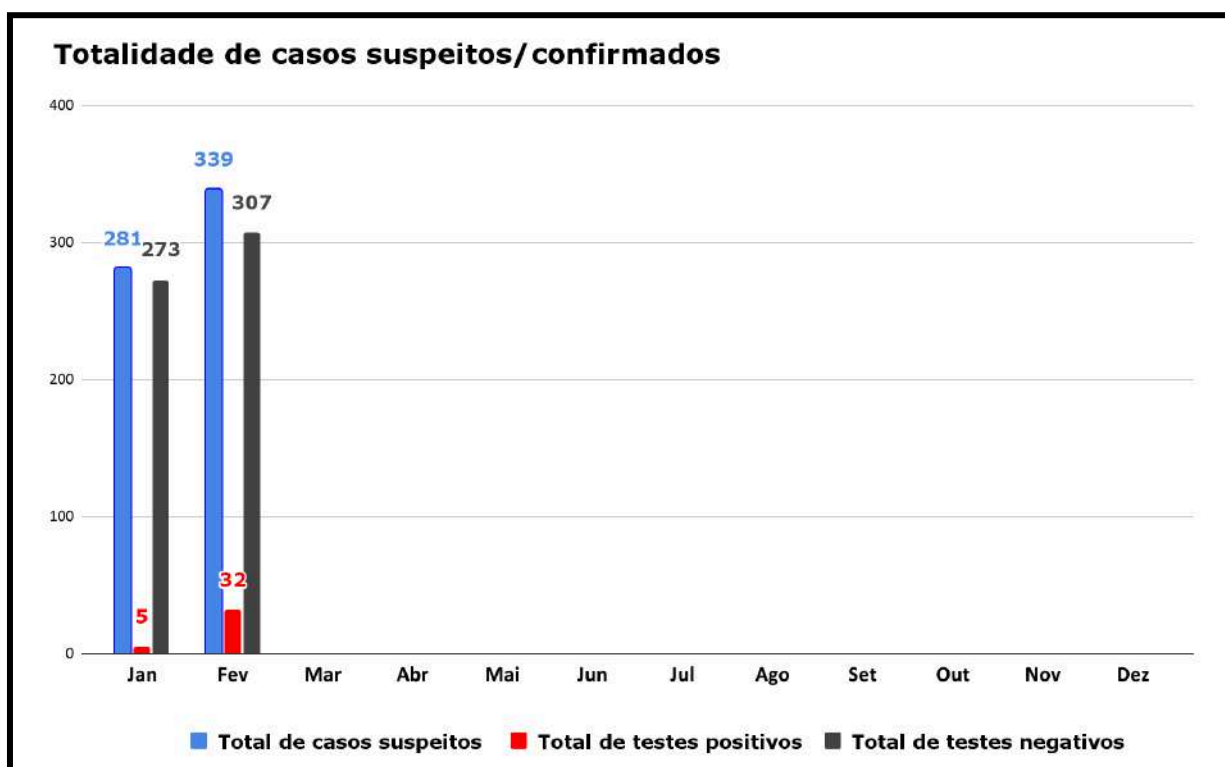
**Análise crítica:** No mês de fevereiro, foram registrados 235 casos suspeitos de dengue na unidade. Desses, 231 apresentaram resultado negativo e 4 foram confirmados como positivos, todos conduzidos conforme fluxo de notificação e acompanhamento preconizado.

Observa-se que, embora o número de casos confirmados tenha sido baixo em relação ao total de suspeitas, a elevada procura por atendimento evidencia preocupação da população frente a quadros febris e síndromes inespecíficas, especialmente em período sazonal favorável às arboviroses. Esse cenário reforça a importância da triagem qualificada e da correta aplicação dos critérios clínico-epidemiológicos.

Foram realizadas 38 coletas de exames para RT-PCR, demonstrando adesão aos protocolos diagnósticos vigentes, principalmente em casos que se enquadram nos critérios estabelecidos para investigação laboratorial. Além disso, houve registro de 1 evento sentinela, o que evidencia a atuação ativa da vigilância e a necessidade de monitoramento contínuo para identificação precoce de possíveis mudanças no padrão epidemiológico.

De forma geral, o cenário indica baixa taxa de confirmação no período, porém mantém a necessidade de vigilância permanente, intensificação das orientações preventivas à população e monitoramento territorial, considerando o potencial de aumento de casos conforme condições climáticas e epidemiológicas.

## Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados COVID 19



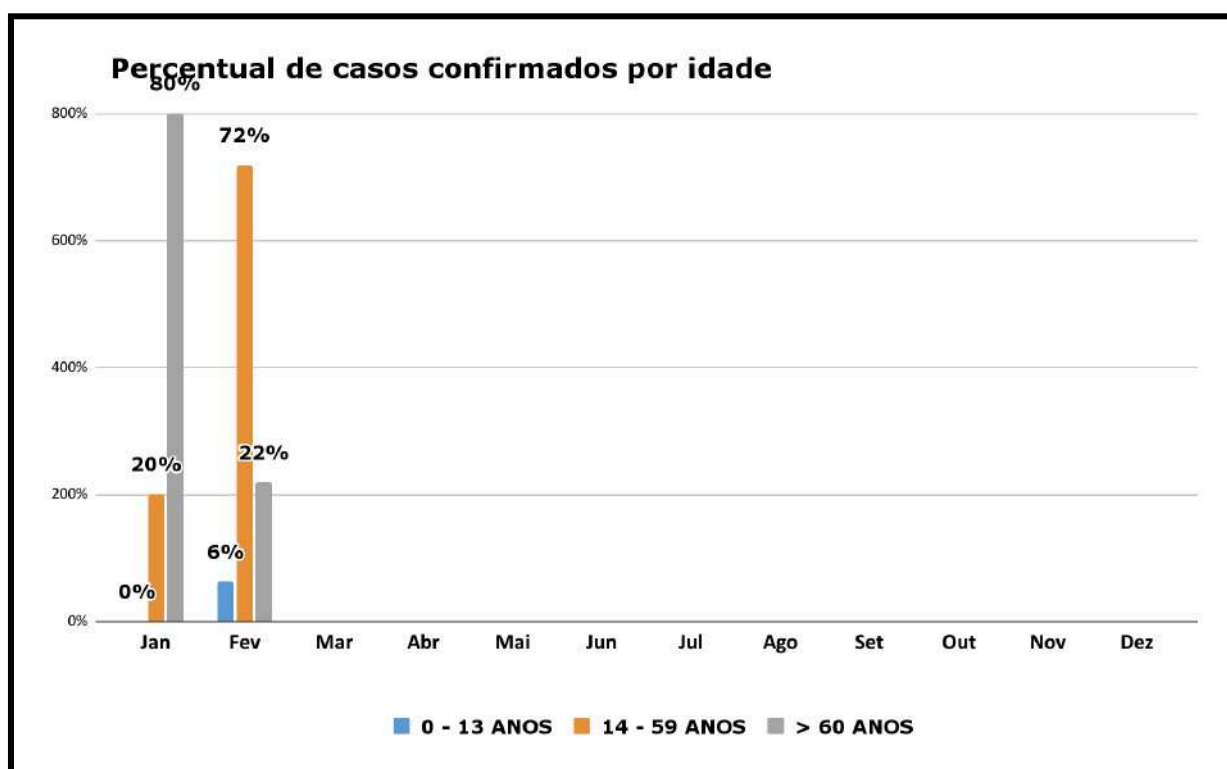
**Análise crítica:** No período analisado, foram realizados 339 testes para COVID-19 na unidade, dos quais 32 apresentaram resultado positivo e 307 resultado negativo, correspondendo a uma taxa de positividade aproximada de 9%.

Esse percentual indica circulação viral ativa no território, porém sem evidência de alta disseminação no momento. O número expressivo de testes realizados demonstram busca ativa por diagnóstico e adesão ao protocolo de investigação de casos sintomáticos, o que contribui para o controle da transmissão e para a tomada de decisões baseadas em dados epidemiológicos.

A manutenção de casos positivos reforça a importância da vigilância contínua, do monitoramento de sinais de agravamento, especialmente em grupos de risco, e da orientação à população quanto às medidas de prevenção, como etiqueta respiratória e higienização das mãos.

De forma geral, o cenário sugere estabilidade, mas exige acompanhamento constante para identificação precoce de possíveis aumentos na taxa de positividade.

### Faixa etária dos casos confirmados COVID 19



**Análise crítica:** A análise do percentual de positividade para COVID-19 por faixa etária demonstra que a maior concentração de casos ocorreu na população de 14 a 59 anos (72%), seguida pela faixa etária acima de 60 anos (22%), enquanto crianças e adolescentes de 0 a 13 anos representaram 6% dos casos positivos.

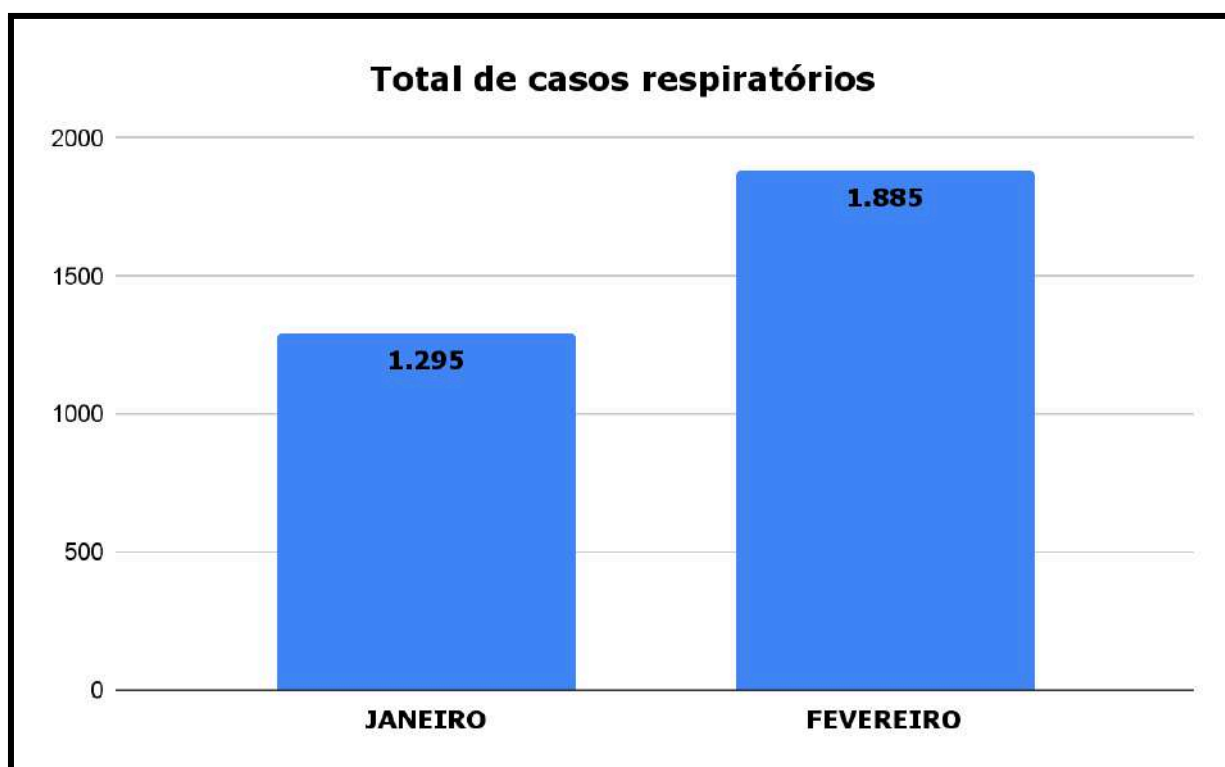
Esse perfil evidencia maior impacto na população economicamente ativa, possivelmente relacionado à maior exposição ocupacional, mobilidade social e contato interpessoal mais frequente. Trata-se de um padrão já observado em outros períodos epidemiológicos, em que adultos apresentam maior taxa de infecção devido à dinâmica social.

Embora o percentual em idosos seja menor que na população adulta, o índice de 22% merece atenção, considerando o maior risco de evolução para formas graves e necessidade de monitoramento clínico mais rigoroso neste grupo.

Já a baixa positividade entre 0 e 13 anos pode estar associada a menor exposição, quadros mais leves ou menor testagem proporcional nessa faixa etária.

De forma geral, os dados indicam circulação predominante entre adultos, reforçando a importância de manter medidas de prevenção, vigilância ativa e acompanhamento dos grupos vulneráveis, especialmente idosos.

### Monitoramento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda

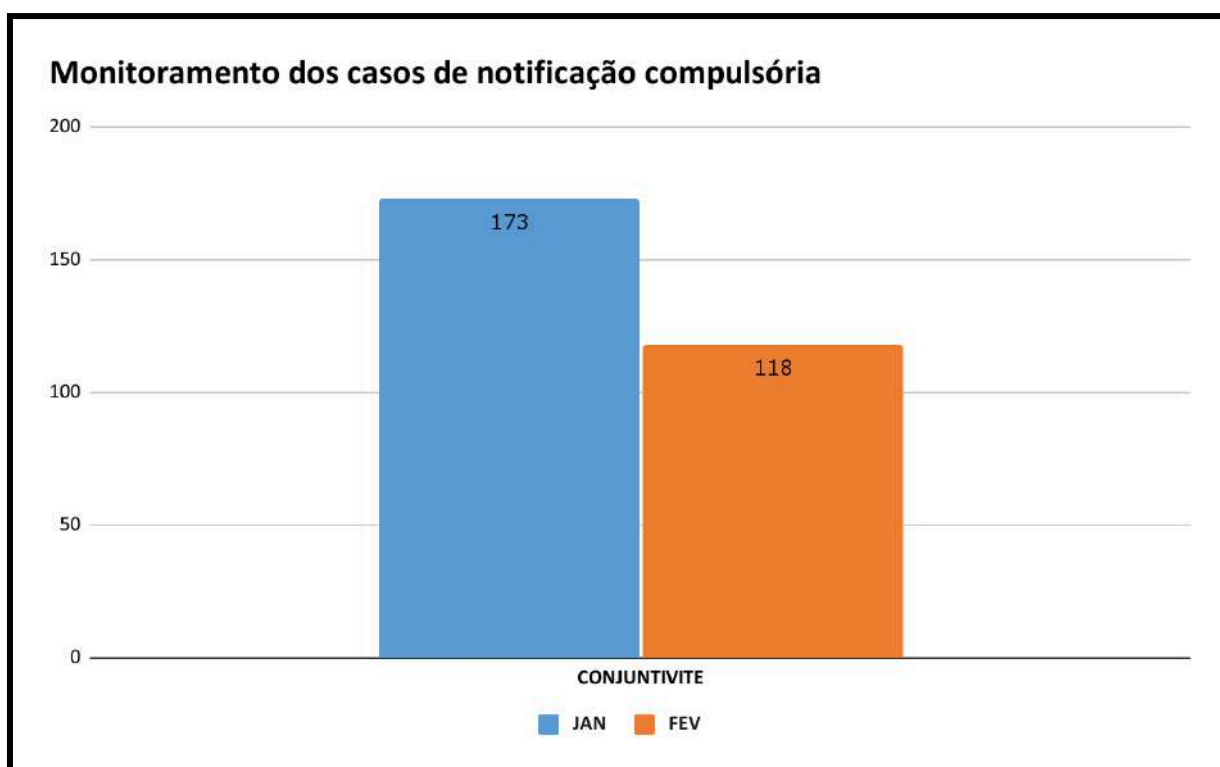


**Análise crítica:** No período analisado, a unidade registrou 1.885 atendimentos por queixas respiratórias, evidenciando demanda expressiva relacionada a síndromes gripais e demais agravos do trato respiratório.

Esse volume elevado pode estar associado à sazonalidade, maior circulação de vírus respiratórios e mudanças climáticas, fatores que tradicionalmente impactam o aumento de casos, especialmente em períodos de transição ou temperaturas mais amenas. O dado reforça a importância da organização do fluxo assistencial, triagem qualificada e identificação precoce de sinais de agravamento.

O cenário também exige atenção especial aos grupos de maior vulnerabilidade, como crianças, idosos e pacientes com comorbidades, que apresentam maior risco de complicações. Além disso, a alta procura por atendimento pode gerar impacto na sobrecarga da equipe e no tempo de espera, demandando planejamento estratégico e monitoramento contínuo dos indicadores.

### Monitoramento dos casos de notificação compulsória



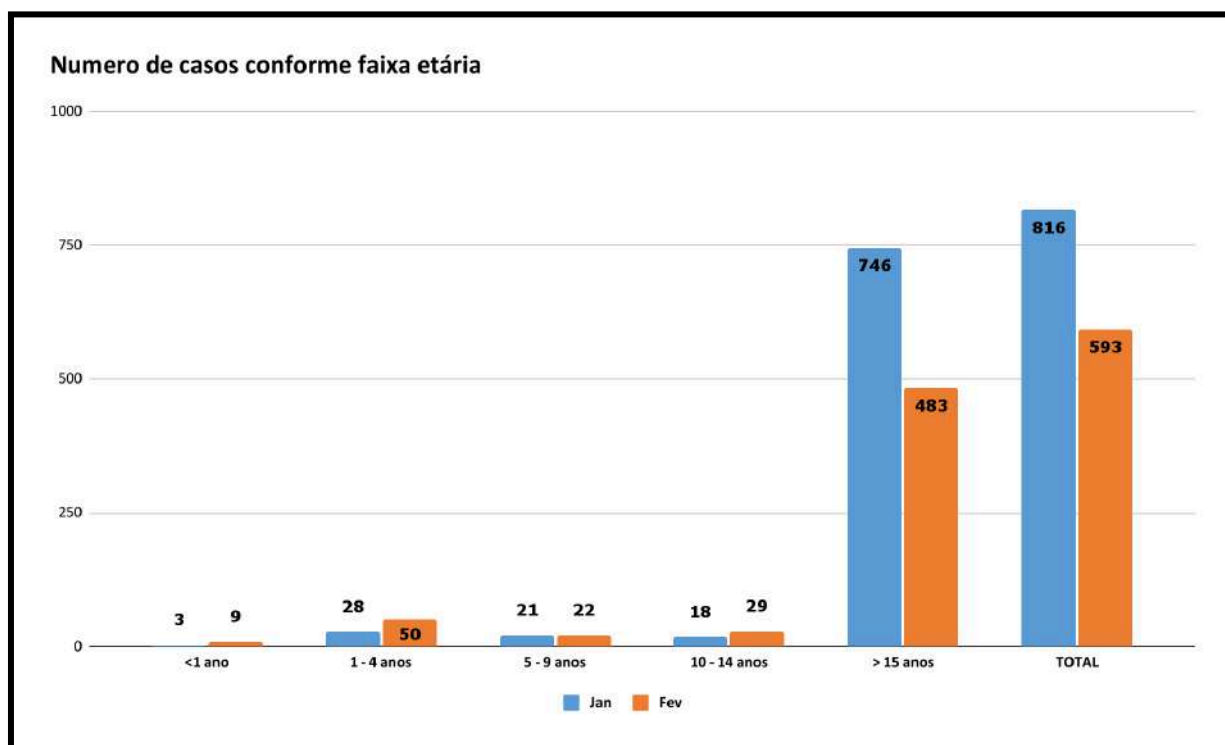


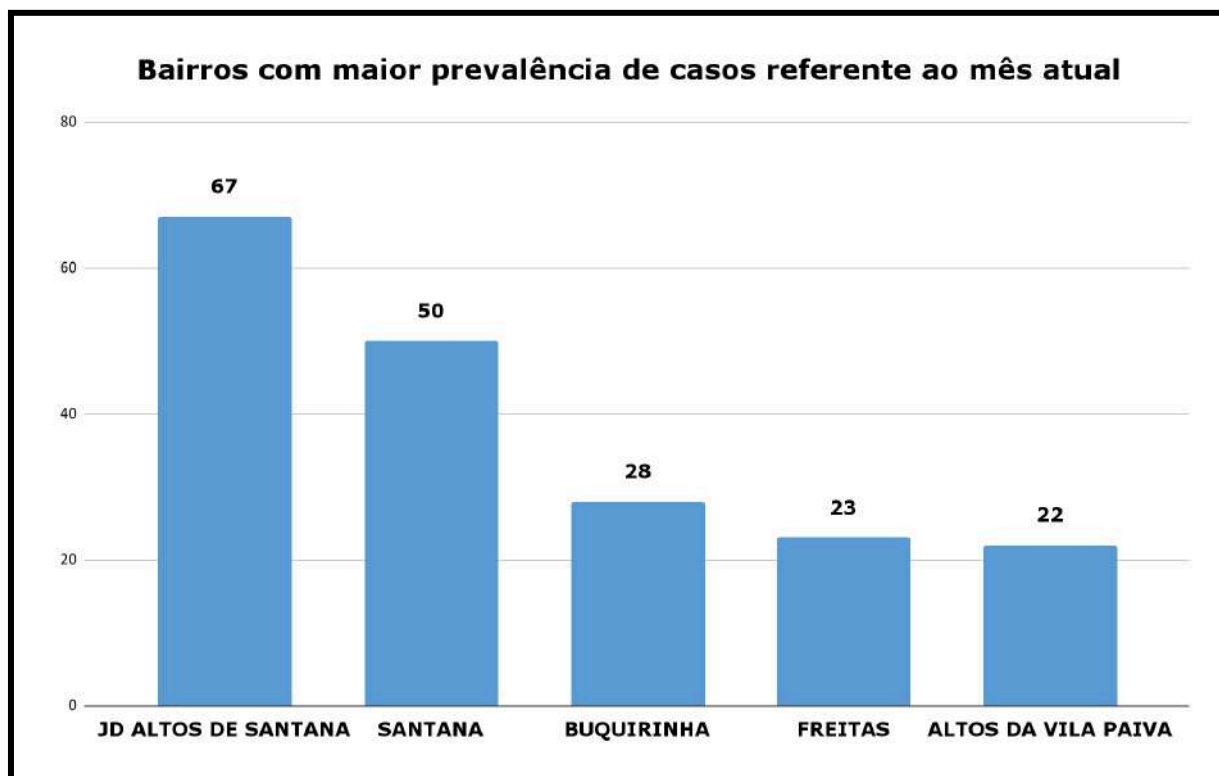
**Análise crítica:** No período analisado, foram registrados 118 casos de conjuntivite na unidade, evidenciando redução em relação ao mês anterior, que apresentou 173 casos. Observa-se uma queda de 55 casos, o que representa diminuição aproximada de 31,8% na ocorrência do agravo.

Essa redução pode estar associada a maior adesão às orientações de higiene, especialmente lavagem das mãos, cuidados com objetos de uso pessoal e afastamento temporário de ambientes coletivos nos casos sintomáticos. Também pode refletir o comportamento natural do agravo, que tende a ocorrer em surtos localizados e posteriormente apresentar declínio.

Apesar da queda, o número ainda é relevante, considerando o alto potencial de transmissibilidade da conjuntivite, principalmente em ambientes escolares e domiciliares. Dessa forma, mantém-se a necessidade de vigilância ativa, reforço das medidas preventivas e orientação contínua à população, a fim de evitar novos picos e interromper cadeias de transmissão.

### Monitoramento dos casos de Doenças Diarreicas Aguda



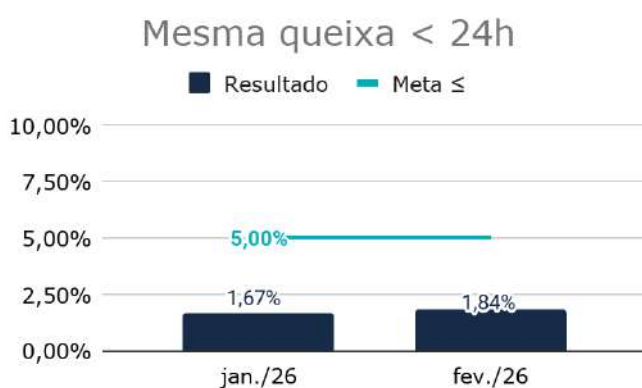


**Análise crítica:** No mês de fevereiro, foram registrados 593 casos de diarreia na unidade, com predominância na faixa etária acima de 15 anos (483 casos), representando aproximadamente 81% do total. As demais faixas etárias apresentaram: 9 casos em menores de 1 ano, 50 casos entre 1 e 4 anos, 22 casos entre 5 e 9 anos e 29 casos entre 10 e 14 anos. Embora os números sejam menores nas crianças, especialmente abaixo de 5 anos, esse grupo permanece mais vulnerável a complicações como desidratação, exigindo atenção clínica criteriosa.

Na análise territorial, observa-se maior concentração de casos no Jardim Altos de Santana (67 casos), seguido por Santana (50 casos), Buquirinha (28 casos), Freitas (23 casos) e Altos da Vila Paiva (22 casos). Essa distribuição evidencia possível concentração territorial do agravo, sugerindo a necessidade de avaliação de fatores ambientais, condições sanitárias, qualidade da água e práticas de manipulação de alimentos nessas localidades.

O volume expressivo de casos, associado à concentração em bairros específicos, reforça a importância do monitoramento contínuo, investigação de possíveis fontes comuns de contaminação e intensificação de ações educativas voltadas à higiene das mãos, consumo de água tratada e preparo adequado de alimentos.

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



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a UPA Alto da Ponte registrou índice de 1,84% de pacientes que retornaram para nova consulta em até 24 horas pela mesma queixa, apresentando leve aumento em relação ao mês de janeiro (1,67%). Apesar dessa pequena variação, o indicador permanece amplamente dentro do limite contratual estabelecido de até 5%, mantendo a unidade em patamar seguro de qualidade assistencial, resolutividade clínica e segurança do paciente.

A oscilação observada entre os meses deve ser interpretada dentro da dinâmica natural do atendimento em serviços de urgência e emergência, não configurando perda de controle do processo assistencial. O percentual registrado em fevereiro continua demonstrando elevada capacidade resolutiva no primeiro atendimento,

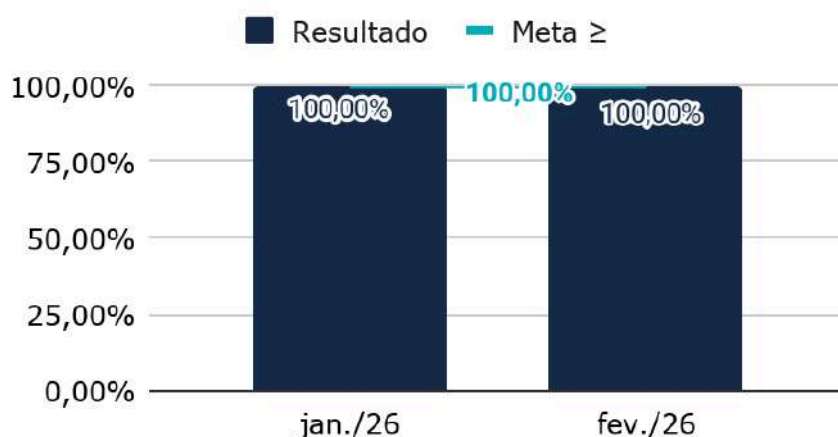
considerando que mais de 98% dos pacientes não retornaram pela mesma queixa no período de 24 horas.

Dessa forma, o resultado de fevereiro mantém-se compatível com os padrões esperados de desempenho assistencial, reforçando a importância de continuidade das estratégias já adotadas pela unidade, como qualificação das orientações de alta, registro adequado das condutas em prontuário e alinhamento institucional sobre os critérios de emissão de atestados conforme normativas vigentes.

Em síntese, o indicador permanece estável e amplamente abaixo do limite contratual, evidenciando que a unidade mantém alto nível de resolutividade clínica no primeiro atendimento, com monitoramento contínuo das causas de retorno para identificação de oportunidades de melhoria e manutenção da qualidade assistencial.

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

#### Serviços de atendimento pré-hospitalar



**Análise crítica:** No mês de fevereiro de 2026, a UPA Alto da Ponte registrou 216 atendimentos de atendimento provenientes do SAMU, mantendo padrão assistencial semelhante ao observado em períodos anteriores. A distribuição das classificações de risco evidencia predominância de casos classificados como amarelos (urgência moderada), que representam o principal perfil de atendimento de unidades de pronto atendimento.

Classificação de Risco – Fevereiro

Total de atendimentos: 216

- **Amarelo (urgência moderada): 180 – 83,3%**
- **Verde (baixa complexidade): 20 – 9,3%**
- **Azul (não urgente): 9 – 4,2%**

- **Vermelho (emergência imediata): 7 – 3,2%**

A elevada proporção de pacientes classificados como amarelos demonstra que a unidade continua recebendo predominantemente quadros agudos que necessitam avaliação médica rápida, porém sem risco imediato de morte. Esse perfil mantém pressão assistencial constante sobre a equipe, exigindo triagem eficiente, disponibilidade de recursos diagnósticos e resposta clínica rápida.

Os casos vermelhos, embora representem pequena parcela do total (3,2%), correspondem às situações de maior gravidade clínica e demandam intervenção imediata, suporte avançado e eventual articulação com retaguarda hospitalar.

### **Perfil Clínico – Principais CIDs em Fevereiro**

A análise diagnóstica demonstra predominância de quadros clínicos inespecíficos, metabólicos, cardiovasculares e relacionados ao consumo de álcool, mantendo padrão típico de portas de entrada do sistema de urgência.

Entre os diagnósticos mais frequentes destacam-se:

- **R53 – Mal-estar e fadiga**

Queixas inespecíficas frequentemente associadas a condições clínicas multifatoriais, incluindo quadros infecciosos iniciais, descompensações metabólicas ou fatores psicossociais.

- **F10 – Transtornos relacionados ao uso de álcool**

Mantém-se como demanda recorrente em serviços de urgência.

- **E16 – Hipoglicemias**

Representam descompensações metabólicas que requerem intervenção imediata e monitorização clínica.

- **R07 – Dor torácica**

Diagnóstico que exige protocolos rigorosos para exclusão de síndromes coronarianas agudas.

- **R10 – Dor abdominal**

Queixa frequente em urgências, com necessidade de investigação para descartar condições cirúrgicas.

Também foram observados casos de septicemia, convulsões e insuficiência respiratória, que, embora em menor número, representam quadros potencialmente graves e de alta complexidade clínica.

### **Interpretação Crítica**

O perfil assistencial de fevereiro confirma que a UPA Alto da Ponte continua exercendo papel central como porta de entrada para condições clínicas agudas, especialmente aquelas classificadas como urgência moderada.

A predominância de classificações amarelas demonstra que a unidade atende majoritariamente pacientes que necessitam avaliação médica rápida, mas que ainda permitem estabilização e manejo dentro do ambiente da UPA.

Por outro lado, a ocorrência de casos vermelhos, septicemias, convulsões e insuficiência respiratória evidencia a necessidade permanente de prontidão clínica, protocolos bem estruturados e capacidade de estabilização de pacientes críticos.

O mês de fevereiro apresentou perfil assistencial compatível com o esperado para uma unidade de pronto atendimento, caracterizado por:

- predominância de **urgências moderadas (83,3%)**;
- baixa proporção de emergências imediatas (**3,2% de casos vermelhos**);

- presença de **casos de baixa complexidade**, reforçando a necessidade de articulação com a atenção primária;
- diversidade diagnóstica típica de portas de entrada do sistema de urgência.

Os dados confirmam que a UPA Alto da Ponte manteve plena capacidade de resposta assistencial, com triagem eficaz, manejo adequado de casos agudos e estrutura preparada para estabilização de pacientes graves quando necessário.

## 6. INDICADORES DE PRODUÇÃO

### 6.1.1 Consultas em clínica médica



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a UPA Alto da Ponte registrou 8.806 atendimentos na ala clínica, mantendo-se acima da média de atendimentos pactuados em contrato. Apesar da diminuição no volume total em relação a Janeiro, o perfil assistencial manteve características semelhantes ao período anterior, com predominância de quadros que demandam avaliação clínica detalhada, analgesia, manejo sintomático e, em muitos casos, reavaliação durante o atendimento.



A análise do perfil epidemiológico demonstra manutenção de um padrão clínico misto, com destaque para condições gastrointestinais, síndromes dolorosas e infecções de vias aéreas superiores, que continuam compondo parcela relevante da demanda assistencial.

A gastroenterite infecciosa presumível (A09) manteve-se como diagnóstico frequente, com 448 registros, evidenciando continuidade da circulação de quadros gastrointestinais na comunidade. Entre as síndromes dolorosas, observam-se 417 casos de dor lombar baixa (M54.5), 339 registros de dor aguda (R52) e 311 casos de dor em membro (M79.6). Esse conjunto de diagnósticos permanece como um dos principais determinantes do tempo assistencial na ala clínica, uma vez que frequentemente exige analgesia, observação e reavaliação do paciente.

Os quadros respiratórios também apresentaram presença significativa no período, destacando-se 303 casos de nasofaringite aguda (J00), além de 153 registros de infecção aguda de vias aéreas superiores não especificada (J06.9), 152 casos de amigdalite aguda (J03.9) e 149 atendimentos por tosse (R05). Esse conjunto reforça a manutenção da demanda por condições respiratórias típicas de sazonalidade.

Outros diagnósticos relevantes incluem náuseas e vômitos (R11), com 186 atendimentos, cefaleia (R51), com 177 registros, além de infecção do trato urinário (N39.0), com 139 casos, e ansiedade generalizada (F41.1), com 137 atendimentos, evidenciando também presença de demandas relacionadas à saúde mental e condições clínicas inespecíficas.

### **Perfil Demográfico**

A distribuição etária dos pacientes demonstra predominância da população adulta jovem e economicamente ativa. O grupo entre 18 e 29 anos representou 22,14% dos atendimentos, seguido pela faixa de 30 a 39 anos (17,51%) e 40 a 49 anos (16,58%). As faixas etárias superiores também apresentaram participação relevante, com 14,14% entre 50 e 59 anos, 11,79% entre 60 e 69 anos e 13,93%

acima de 70 anos, evidenciando presença significativa de pacientes com maior potencial de comorbidades e necessidade de avaliação clínica mais criteriosa.

Quanto ao perfil por gênero, observou-se predominância do sexo feminino, representando 55,21% dos atendimentos, enquanto 44,79% corresponderam ao sexo masculino, padrão frequentemente observado em serviços de urgência devido à maior procura feminina por cuidado em saúde.

### 6.1.2 Consultas em pediatria



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, o setor de Pediatria da UPA Alto da Ponte registrou 1.741 atendimentos, representando aumento de 218 atendimentos em relação a janeiro, quando haviam sido registrados 1.523 atendimentos. Esse crescimento corresponde a elevação aproximada de 14,3% no volume mensal, indicando discreta retomada da procura pediátrica após o período de menor demanda observado no início do ano.

Apesar do aumento em relação ao mês anterior, o volume permanece abaixo da meta contratual de 3.200 atendimentos mensais, comportamento que continua compatível com o padrão sazonal característico do período de verão e do retorno gradual das atividades escolares.

É importante destacar que a demanda pediátrica na UPA é predominantemente espontânea, dependendo diretamente da procura dos munícipes pelo serviço de urgência e emergência, não sendo um fluxo programado ou regulado pela unidade. Dessa forma, variações no volume de atendimentos refletem principalmente mudanças no comportamento epidemiológico da população infantil e na dinâmica de circulação de agentes infecciosos, especialmente aqueles relacionados ao ambiente escolar.

Cabe ressaltar que, independentemente do volume de atendimentos registrados, a escala assistencial da Pediatria operou durante todo o período com 100% da capacidade instalada, mantendo profissionais dimensionados e prontidão integral para atendimento da demanda pactuada, garantindo segurança assistencial, cumprimento de protocolos e disponibilidade para absorção de eventual aumento de procura.

### **Perfil Epidemiológico de Fevereiro**

A análise dos principais diagnósticos confirma predominância de quadros respiratórios leves e autolimitados, padrão esperado para a faixa etária pediátrica nesse período do ano.

Os diagnósticos mais frequentes foram:

- **J00 – Nasofaringite aguda (resfriado comum): 207 casos**
- **J03.9 – Amigdalite aguda não especificada: 168 casos**
- **R05 – Tosse: 103 casos**
- **A09 – Gastroenterite infecciosa presumível: 94 casos**
- **R11 – Náuseas e vômitos: 87 casos**

- **J06.9 – Infecção aguda de vias aéreas superiores não especificada: 83 casos**
- **R50.9 – Febre não especificada: 72 casos**
- **R52 – Dor aguda: 50 casos**
- **T78.4 – Alergia não especificada: 50 casos**
- **L01 – Impetigo: 35 casos**

Também foram registrados casos de laringite aguda (30) e infecções de vias aéreas superiores de localização múltipla (30), reforçando a predominância de quadros respiratórios na composição da demanda.

Esse perfil epidemiológico evidencia:

- **predomínio de infecções respiratórias leves**, como resfriados, amigdalites e quadros inespecíficos de vias aéreas superiores;
- **presença moderada de sintomas gastrointestinais**, representados por gastroenterites, náuseas e vômitos;
- **manutenção de condições dermatológicas e alérgicas**, como impetigo e alergias inespecíficas;
- **baixa ocorrência de quadros de maior complexidade clínica**, compatível com o padrão sazonal do período.

### **Interpretação Crítica do Mês**

O aumento moderado do fluxo pediátrico em fevereiro sugere início de retomada gradual da procura, possivelmente associado ao retorno progressivo das atividades escolares e à maior circulação de vírus respiratórios entre crianças.

Entretanto, o perfil clínico manteve-se majoritariamente composto por quadros autolimitados e de baixa gravidade, permitindo atendimento resolutivo, sem impacto significativo sobre a capacidade assistencial da unidade.

A predominância de nasofaringites, amigdalites e sintomas respiratórios inespecíficos confirma padrão epidemiológico típico da pediatria ambulatorial de urgência, enquanto os quadros gastrointestinais continuam presentes em menor proporção quando comparados aos períodos de maior circulação de agentes entéricos.

### **Síntese Final**

A Pediatria registrou em fevereiro 1.741 atendimentos, apresentando discreto aumento em relação a janeiro, porém ainda abaixo da meta contratual mensal. A variação observada é compatível com o comportamento sazonal da demanda pediátrica e com a natureza espontânea da procura pelo serviço de urgência.

O perfil epidemiológico permaneceu predominantemente composto por quadros respiratórios leves, sintomas gastrointestinais e condições comuns da infância, mantendo padrão assistencial previsível e resolutivo.

Mesmo com a oscilação no volume de atendimentos, a unidade manteve escala assistencial operando com 100% da capacidade instalada, garantindo prontidão permanente para atendimento da população infantil e preservando os padrões de qualidade, segurança e resolutividade clínica no período analisado.

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

Procedimentos de enfermagem na medicação



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a unidade registrou 24.774 procedimentos de administração de medicamentos, mantendo 100% dos atendimentos concluídos em menos de 1 hora, preservando o padrão de excelência operacional observado nos meses anteriores. Em comparação com janeiro, quando foram realizados 25.436 procedimentos, observa-se redução discreta de 662 procedimentos (aproximadamente 2,6%), variação compatível com a diminuição do volume geral de atendimentos no período.

Mesmo com essa redução absoluta, o volume de procedimentos permanece elevado e proporcional à demanda assistencial da unidade, indicando manutenção da intensidade terapêutica e continuidade do perfil clínico caracterizado por manejo sintomático, analgesia, hidratação e administração de medicamentos de ação rápida.

#### Distribuição das Vias de Administração – Fevereiro

A distribuição das vias de administração manteve padrão semelhante ao observado em meses anteriores, com predominância de terapias parenterais e equilíbrio entre intervenções de maior intensidade e condutas ambulatoriais.

Os percentuais registrados foram:

- **Intravenosa (IV): 36,01% – 8.921,5 procedimentos**
- **Intramuscular (IM): 26,59% – 6.587 procedimentos**
- **Oral: 26,21% – 6.494 procedimentos**
- **Bólus: 5,34% – 1.322 procedimentos**
- **Subcutânea: 3,24% – 802 procedimentos**
- **Inalatória: 2,14% – 529 procedimentos**
- **Demais vias (ocular, retal, sonda gástrica e tópica): 0,48% somadas**

### **Interpretação Assistencial**

A via intravenosa permaneceu como principal modalidade terapêutica, representando pouco mais de um terço de todos os procedimentos realizados. Esse padrão reforça a predominância de atendimentos que exigem hidratação venosa, analgesia de ação rápida, antieméticos e terapias parenterais, condutas típicas do manejo clínico em unidades de urgência.

A via intramuscular manteve participação significativa, próxima de 27%, refletindo uso frequente em analgesia, anti-inflamatórios, antialérgicos e medicações de resposta rápida, especialmente em síndromes dolorosas e quadros agudos de baixa e média complexidade.

A via oral apresentou proporção semelhante à intramuscular, demonstrando equilíbrio entre tratamentos sintomáticos ambulatoriais e intervenções parenterais, característica compatível com o perfil clínico da unidade.

Destaca-se também leve aumento proporcional da via inalatória, representando 2,14% dos procedimentos, o que se alinha ao crescimento discreto de quadros respiratórios leves observados no período.

As demais vias de administração permaneceram residuais, utilizadas apenas em indicações clínicas específicas e mantendo participação inferior a 1% do total de procedimentos.

### **Desempenho Operacional**

A manutenção de 100% dos atendimentos concluídos em menos de 1 hora, mesmo diante de elevado volume de procedimentos terapêuticos, reforça a eficiência operacional da unidade e a integração entre triagem, atendimento médico e sala de medicação.

Esse resultado evidencia organização consolidada dos fluxos assistenciais, agilidade na execução das terapias prescritas e adequada coordenação entre as equipes multiprofissionais, permitindo resposta rápida às necessidades clínicas dos pacientes.

### **Síntese Crítica de Fevereiro**

O mês de fevereiro apresentou leve redução no número total de procedimentos em relação a janeiro, acompanhando a variação natural do volume assistencial. Entretanto, o padrão terapêutico permaneceu estável, com predominância de vias parenterais e manutenção de proporções semelhantes entre as diferentes modalidades de administração.

A distribuição das vias confirma que o perfil clínico da unidade continua centrado em manejo sintomático de dor, quadros gastrointestinais e condições respiratórias, que exigem intervenções rápidas e eficazes.

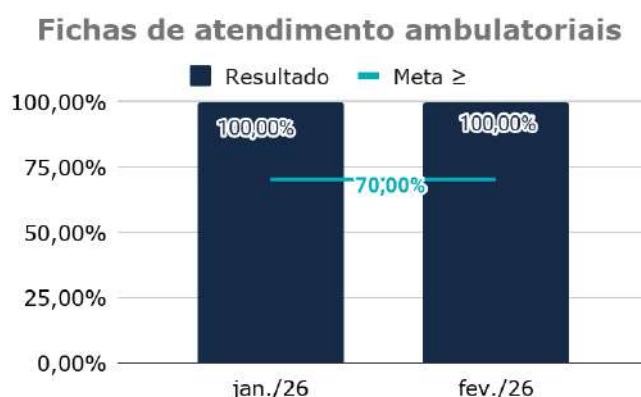


## **Conclusão**

Os resultados de fevereiro demonstram continuidade do alto padrão assistencial da unidade, com manutenção da intensidade terapêutica e desempenho operacional de excelência. A unidade manteve 100% dos atendimentos realizados em menos de 1 hora, mesmo com volume expressivo de procedimentos, evidenciando maturidade organizacional, eficiência dos fluxos internos e capacidade plena de resposta às necessidades assistenciais da população.

## 7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE

### 7.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a UPA Alto da Ponte registrou 10.663 fichas de atendimento faturadas, mantendo 100% de conformidade no processo de faturamento, com integridade completa dos registros e preservação dos padrões de qualidade, rastreabilidade e segurança do processo administrativo.

Em comparação ao mês de janeiro, quando foram faturadas 11.122 fichas, observa-se redução de 459 registros, correspondente a aproximadamente 4,1%, variação compatível com a oscilação natural do volume assistencial do período. Apesar dessa diminuição, o processo de faturamento permaneceu tecnicamente estável, sem perdas de registros, inconsistências ou glosas.

O fluxo operacional manteve a exportação regular dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) por meio da plataforma Saludem, garantindo agilidade na consolidação das informações e rastreabilidade completa dos atendimentos realizados.

As auditorias internas de prontuários e a atuação da Comissão de Revisão de Prontuários continuaram contribuindo para a qualidade documental e para a

correta codificação dos procedimentos, assegurando precisão na composição dos lotes enviados para faturamento.

## 7.2 Percentual de Atendimento a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade

Atendimento a pessoas vulneráveis



**Análise Crítica:** No mês de fevereiro, a UPA Alto da Ponte manteve 100% de conformidade no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, preservando o padrão de acolhimento humanizado e de organização assistencial já consolidado na unidade. Todos os critérios avaliados foram cumpridos integralmente, demonstrando estabilidade dos fluxos institucionais e aderência contínua às práticas de cuidado inclusivo.

A **identificação das pessoas em situação de vulnerabilidade** permaneceu sendo realizada diretamente no sistema informatizado no momento da abertura da ficha de atendimento, permitindo priorização adequada no fluxo assistencial e garantindo abordagem sensível às necessidades específicas de cada usuário.

O campo de nome social e a sinalização eletrônica de vulnerabilidade (flag) seguiram plenamente operacionais no sistema, assegurando que toda a equipe assistencial reconheça previamente as condições que demandam atenção diferenciada, fortalecendo o respeito à identidade e à dignidade da pessoa atendida.

A sinalização de atendimento preferencial manteve-se visível e organizada em pontos estratégicos da unidade, contribuindo para orientação adequada dos usuários e para o cumprimento dos direitos de prioridade estabelecidos.

Os espaços destinados ao atendimento prioritário, como a Sala Lilás, a Sala do Afeto e o ambiente do Serviço Social, permaneceram em pleno funcionamento durante todo o período. Esses ambientes continuaram oferecendo acolhimento qualificado, privacidade e suporte especializado para situações que envolvem vulnerabilidade social, violência ou necessidades específicas de cuidado.

A capacitação contínua da equipe multiprofissional também foi mantida, com reforço dos fluxos assistenciais relacionados ao acolhimento humanizado e ao atendimento às populações vulneráveis. Os registros das capacitações e listas de presença seguem devidamente arquivados no repositório institucional.

Da mesma forma, a divulgação dos direitos de atendimento prioritário permaneceu assegurada por meio de sinalização adequada e organização dos espaços de espera, garantindo acesso claro às informações e ambiente acolhedor para os usuários.

## **Cálculo Final da Conformidade**

Aplicando-se a fórmula do indicador:

$$(AVD + SAI + LEP + CAP + DIV) \div 5 \times 100$$

$$(1 + 1 + 1 + 1 + 1) \div 5 \times 100 = 100\%$$

A análise de fevereiro confirma que a unidade manteve 100% de conformidade no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, demonstrando continuidade das boas práticas de humanização, manutenção dos espaços de acolhimento especializado e atuação integrada das equipes assistenciais e sociais.

O resultado evidencia maturidade institucional e compromisso permanente com a equidade, o respeito à diversidade e o cuidado integral, assegurando que a UPA

Alto da Ponte continue oferecendo atendimento digno, acessível e sensível às necessidades das populações vulneráveis.

### 7.3 Percentual de comissões atuantes e regulares



**Análise crítica:** Segue abaixo um breve relato da atuação das comissões na unidade:

**Comissão Revisão de Prontuários:** A Comissão de Revisão de Prontuários possui caráter bimestral, portanto, a próxima reunião será 25/03/2026.

**Comissão de Ética de Enfermagem:** Durante a reunião, foram abordadas as orientações referentes à realização adequada das anotações e evoluções de enfermagem, em conformidade com as normativas legais e as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem. Reforçou-se a importância de registros completos, claros, objetivos e realizados em tempo oportuno, garantindo a segurança do paciente, a continuidade da assistência e o respaldo ético-legal do profissional.

Também foi enfatizada a necessidade do cumprimento integral do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando princípios como responsabilidade,

sigilo profissional, respeito à dignidade do paciente e atuação dentro dos limites legais da profissão.

Na oportunidade, foi realizada a atualização e revisão das informações referentes à Comissão de Ética de Enfermagem da unidade, reforçando seu papel na orientação, prevenção de infrações éticas e promoção de boas práticas profissionais.

**Comissão Núcleo segurança do Paciente (NSP):** No dia 25/02/2026 foi realizada a reunião da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente, iniciada com agradecimento aos participantes. Na sequência, foi apresentado o evento adverso nº 2026217112499, já discutido previamente na reunião clínica e devidamente notificado e também foi apresentado o cronograma referente ao mês de outubro.

**Comissão de Ética Médica (CEM):** No dia 20/02/2026 foi realizada a comissão de Ética Médica. Onde foi averiguado que não consta nenhum ato que comprometa a atuação ética do médico atuante da unidade. Em nenhum momento neste período a comissão foi acionada. Agendado a próxima reunião para o dia 20/04/2026.

**Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:**

Foi abordada a atividade interativa realizada com os munícipes na UPA sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), destacando a relevância das ações educativas como estratégia de prevenção e promoção da saúde. Também foi mencionada a capacitação sobre uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), reforçando a importância da segurança dos profissionais e da prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Entre as novas ações apresentadas, destacou-se a capacitação sobre rotinas de processamento de produtos para saúde, com foco na padronização de fluxos e fortalecimento das boas práticas. Foi incluída ainda a programação de atividade

alusiva ao Dia Mundial da Tuberculose, visando a sensibilização e conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce e adesão ao tratamento.

Por fim, foi mencionado o Processo de Controle de Infecções (PCI), que será encaminhado ao setor de Qualidade da sede para análise e aprovação, fortalecendo a estruturação das ações institucionais voltadas à prevenção e controle de infecções na unidade.

**Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):** Na reunião da Comissão foi abordada a preparação da equipe de Farmácia em relação à gestão de medicamentos, com ênfase na prevenção de desabastecimentos e na definição prévia de possíveis substituições terapêuticas, quando necessárias, a fim de evitar impactos assistenciais e operacionais na unidade.

Foram discutidas as possíveis causas de desabastecimento, como atraso de fornecedores, indisponibilidade na indústria e questões relacionadas ao processo de compra.

A CFT avaliou as alternativas terapêuticas disponíveis no estoque institucional e na padronização vigente, considerando critérios de eficácia, segurança, perfil clínico dos pacientes atendidos na UPA e viabilidade operacional.

Ficou definido que, caso ocorra desabastecimento, serão adotadas as substituições previamente aprovadas pela Comissão, com orientação formal à equipe médica e de enfermagem, garantindo a continuidade da assistência sem prejuízo à segurança do paciente.

**Reunião Técnica:** Foi discutida a estruturação do Protocolo de Sepses Pediátrico na unidade, com definição dos critérios de abertura e alinhamento do fluxo assistencial. Deliberou-se pela utilização do Score de Phoenix como ferramenta norteadora, com adequação dos parâmetros clínicos à realidade da UPA, visando diagnóstico precoce, início oportuno do tratamento e maior segurança ao paciente pediátrico.

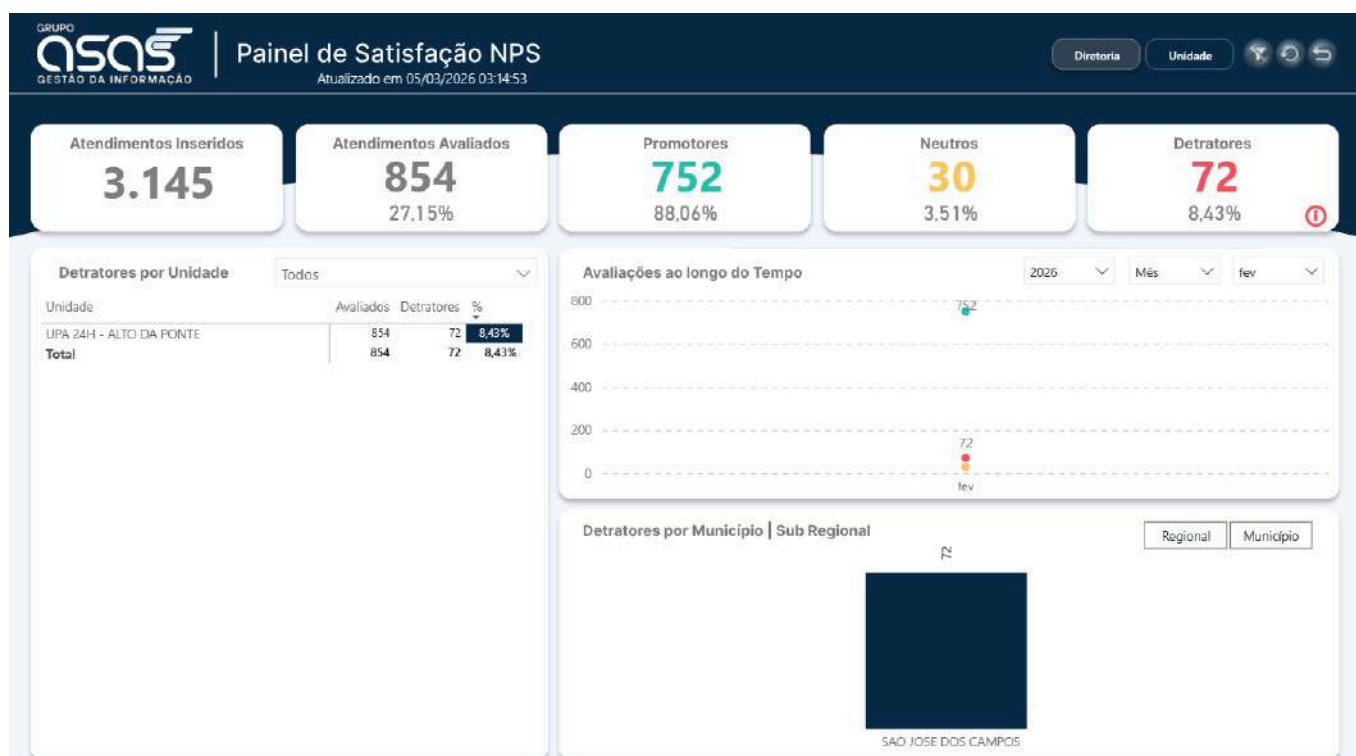
**Reunião Clínica:** Foi discutida a abordagem assistencial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de tuberculose na unidade, reforçando a importância da identificação precoce dos casos sintomáticos respiratórios, adoção imediata de medidas de precaução e encaminhamento adequado para continuidade do tratamento na rede de referência. Também foi ressaltada a necessidade de orientação ao paciente quanto à adesão terapêutica e acompanhamento pela Atenção Básica, garantindo segurança assistencial e controle da transmissão.



## 8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

### 8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

#### 8.1.1 Avaliação da Satisfação NPS



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a unidade registrou 854 avaliações válidas de satisfação, correspondendo a 27,15% dos 3.145 atendimentos inseridos no painel, volume suficiente para garantir boa confiabilidade estatística ao indicador.

Entre as respostas recebidas, 88,06% dos usuários foram classificados como promotores (752 avaliações), 3,51% como neutros (30 avaliações) e 8,43% como detratores (72 avaliações).

O resultado mantém o NPS acima da meta contratual de 85%, reafirmando o compromisso da unidade com a qualidade assistencial, a humanização do cuidado e a experiência do usuário.

## **Interpretação do Desempenho**

O desempenho de fevereiro demonstra manutenção da estabilidade do indicador, com leve melhoria no percentual de promotores em relação ao mês anterior e redução discreta da proporção de detratores.

A elevada participação de promotores indica que a maior parte dos usuários reconhece positivamente:

- a qualidade do atendimento prestado;
- a organização dos fluxos assistenciais;
- o acolhimento e a postura das equipes multiprofissionais;
- a resolutividade clínica da unidade.

Mesmo com a variação natural do indicador, o desempenho permanece consistente e alinhado ao padrão de satisfação esperado para serviços de urgência e emergência.

## **Análise Qualitativa – Enfoque nos Detratores**

O percentual de 8,43% de detratores permanece dentro de patamar considerado administrável, porém continua sendo objeto de atenção gerencial.

A análise qualitativa das avaliações negativas permanece fundamental para identificar oportunidades de melhoria, especialmente em aspectos como:

- comunicação clara durante o atendimento;
- orientação adequada no momento da alta;

- alinhamento de expectativas quanto aos fluxos e critérios clínicos;
- acolhimento em situações específicas de maior sensibilidade.

A continuidade da categorização sistemática das avaliações negativas permitirá identificar padrões recorrentes e orientar intervenções direcionadas junto às equipes assistenciais.

## **Posicionamento em Relação ao Setor de Saúde**

Mesmo considerando as oscilações naturais do indicador, o resultado obtido permanece significativamente acima da média observada em serviços de saúde, nos quais índices de NPS entre 70% e 80% já são considerados excelentes.

O desempenho de fevereiro reforça:

- a maturidade do modelo assistencial da unidade;
- a consistência das práticas de acolhimento e humanização;
- o alto nível de satisfação da maioria dos usuários atendidos;
- a aderência às diretrizes institucionais do CEJAM.

## **Síntese Gerencial**

- **Meta contratual de 85%:** plenamente atingida.
- **Avaliações realizadas:** 854, garantindo confiabilidade do indicador.

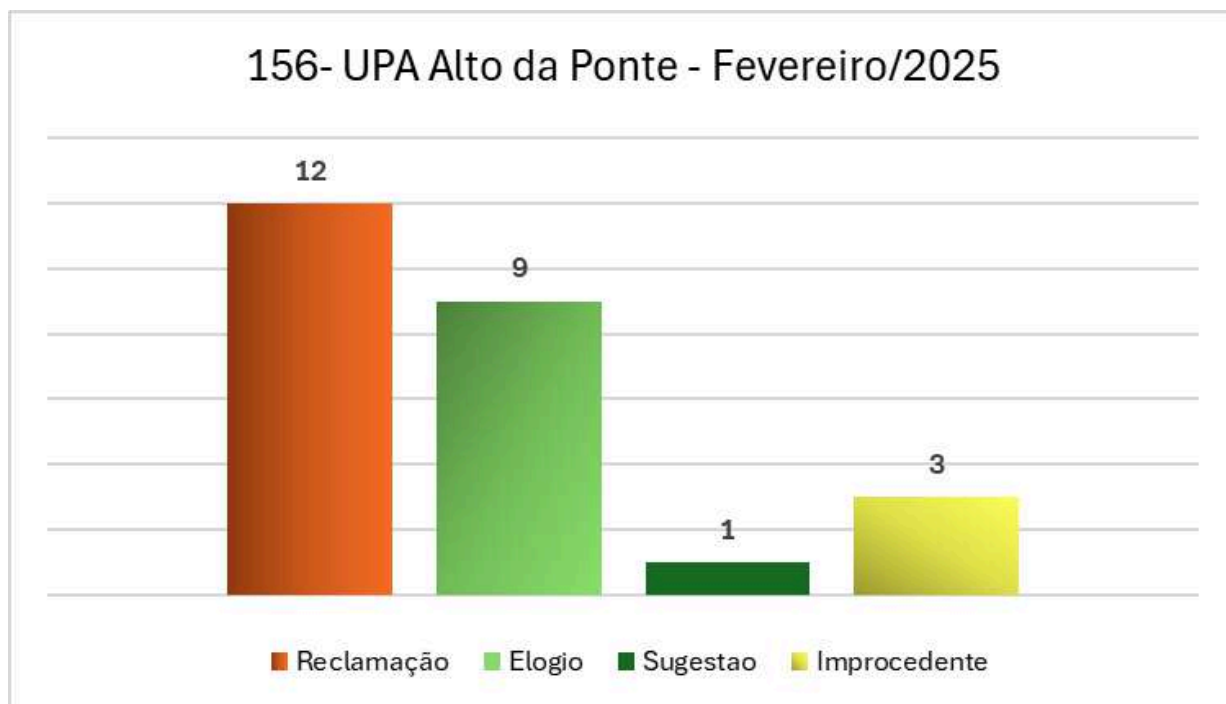
- **Promotores:** 88,06%, demonstrando ampla aprovação do serviço.
- **Neutros:** 3,51%.
- **Detratores:** 8,43%, foco de análise qualitativa contínua.

## Conclusão

O desempenho do NPS em fevereiro confirma que a unidade **mantém elevado padrão de satisfação dos usuários**, com ampla predominância de avaliações positivas e estabilidade do indicador acima da meta contratual.

O resultado reforça a consistência do cuidado prestado, a organização dos fluxos assistenciais e o comprometimento das equipes com a experiência do usuário. A continuidade do monitoramento qualitativo das avaliações permitirá identificar oportunidades de aprimoramento e sustentar o elevado nível de satisfação ao longo dos próximos meses.

#### 8.1.4 Ouvidoria Municipal - 156



**Análise crítica:** No mês de fevereiro, a unidade registrou 25 manifestações por meio do serviço 156, apresentando redução em relação ao mês de janeiro, quando haviam sido registradas 39 manifestações. Essa diminuição do volume indica menor acionamento da ouvidoria municipal no período, mantendo a diversidade de registros relacionados à experiência do usuário.

A distribuição das manifestações foi a seguinte:

- **Reclamações:** 12
- **Elogios:** 9
- **Improcedentes:** 3

- **Sugestões:** 1

### **Análise das Reclamações**

As 12 reclamações registradas foram analisadas individualmente e, em sua maioria, estiveram relacionadas a percepções subjetivas de tempo de espera por parte dos usuários, e não a falhas estruturais do fluxo assistencial.

Cabe destacar que os indicadores operacionais da unidade permanecem em patamar elevado, com mais de 90% dos atendimentos concluídos em até duas horas, demonstrando eficiência no fluxo e aderência às metas contratuais estabelecidas.

Também foram observados registros pontuais relacionados à expectativa de emissão de atestado médico, principalmente em pacientes classificados como verde (baixa complexidade), que apresentavam sintomas leves, receberam tratamento clínico adequado e orientações de alta, porém sem indicação clínica para afastamento laboral, conforme critério técnico do profissional médico.

Todas as reclamações foram devidamente analisadas, tratadas e respondidas aos munícipes, seguindo os fluxos institucionais de ouvidoria.

### **Manifestações Improcedentes**

Foram registradas 3 manifestações classificadas como improcedentes, todas relacionadas à solicitação de atestado médico sem indicação clínica.

Reforça-se que o atestado médico é documento técnico privativo do profissional médico, emitido exclusivamente quando há justificativa clínica para afastamento. Quando não há indicação para afastamento laboral, pode ser fornecida declaração de comparecimento, garantindo transparência e respaldo documental ao usuário.

### **Análise dos Elogios**

Os 9 elogios registrados reforçam o reconhecimento positivo do atendimento prestado pelas equipes da unidade. As manifestações destacaram principalmente atenção, cordialidade e acolhimento durante o atendimento, evidenciando a continuidade das práticas de cuidado humanizado e da qualidade assistencial.

### **Sugestão Recebida**

Foi registrada **1 sugestão**, contribuindo como instrumento de escuta qualificada do usuário e oportunidade para aprimoramento contínuo dos fluxos e da comunicação institucional.

### **Síntese Gerencial**

Do total de **25 manifestações registradas no mês de fevereiro**, observa-se a seguinte distribuição:

- **Reclamações:** 12 manifestações (**48,0%**)
- **Elogios:** 9 manifestações (**36,0%**)
- **Improcedentes:** 3 manifestações (**12,0%**)
- **Sugestões:** 1 manifestação (**4,0%**)

Embora as reclamações tenham superado numericamente os elogios no período, a análise qualitativa demonstra que grande parte dos registros está relacionada à percepção individual do usuário sobre tempo de espera ou expectativa quanto a documentos médicos, não representando falhas estruturais do atendimento.

A análise de fevereiro demonstra redução do volume total de manifestações em relação ao mês anterior, com predominância de registros relacionados à experiência percebida pelo usuário.

As manifestações foram tratadas conforme os fluxos institucionais, garantindo resposta aos munícipes, análise gerencial e identificação de oportunidades de melhoria, especialmente no reforço da comunicação sobre fluxos assistenciais e critérios clínicos.

A unidade permanece comprometida em utilizar as manifestações como ferramenta de melhoria contínua, fortalecendo a transparência, o acolhimento e a qualidade da experiência do usuário no atendimento prestado.



## 9. COMISSÕES E COMITÊS

### 9.1 Comissão de Ética de Enfermagem

**CEJAM**

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

 **PREFEITURA**  
**SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

Nada a relatar.

**2. Temas Técnico-Assistenciais**

**2.1 Anotação de Enfermagem**

Ficou estabelecido que as anotações de enfermagem devem ser realizadas de forma obrigatória, correta, clara, legível, completa e fidedigna, em conformidade com a Lei nº 7.498/86, o Decreto nº 94.406/87, a Resolução COFEN nº 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e a Resolução COFEN nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Tais registros devem garantir a continuidade do processo assistencial, o acompanhamento adequado da assistência por toda a equipe de saúde e o respaldo ético-legal da prática profissional.

**2.2 Evolução de Enfermagem**

Determinou-se que a evolução de enfermagem constitui atividade privativa do enfermeiro, devendo ser realizada obrigatoriamente a cada plantão, em conformidade com a Lei nº 7.498/86, seu Decreto nº 94.406/87, bem como com a Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem, e a Resolução COFEN nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

A evolução deverá conter dados pertinentes, claros, objetivos, completos e fidedignos, assegurando a continuidade do cuidado, a segurança do paciente, a rastreabilidade das ações e o respaldo ético-legal da prática profissional.

**2.3 Conduta e Postura Profissional**

A Comissão reforçou a importância do cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando a necessidade de postura profissional adequada, manutenção do sigilo e responsabilidade no exercício das atividades assistenciais.

**3. Educação Permanente**

Foi reforçada a importância das ações educativas e explicativas acerca das metas de segurança do paciente

UPA Alto da Ponte

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

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

cejam.org

#### 4. Demandas Administrativas da Comissão

Foram atualizados os registros da Comissão de Ética de Enfermagem, revisada a organização documental e discutido o planejamento das próximas reuniões. Também foram distribuídas responsabilidades entre os membros presentes, visando otimizar a atuação da Comissão.

Nada mais havendo a tratar, a secretária agradeceu a presença dos membros e encerrou a reunião às oito horas. Eu, Michelle Aparecida Monteiro da Luz, lavrei a presente ata, que será assinada por mim e pelos demais membros.

*Michelle Aparecida Monteiro da Luz*

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



### PRÓ MEMORIA

|         |                           |         |       |
|---------|---------------------------|---------|-------|
| DATA    | 19/02/2026                | HORÁRIO | 10:30 |
| LOCAL   | UPA ALTO DA PONTE         |         |       |
| ASSUNTO | REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIPA |         |       |

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

- A – Riscos Psicossociais, Assédio Moral e Sexual
- B – Comportamento Adequado no Ambiente de Trabalho
- C – Temas para SIPAT

#### Desenvolvimento:

A reunião se iniciou com o Técnico em Segurança do Trabalho, abordando as alterações da Norma Regulamentadora 1 que entrarão em vigor a partir de maio de 2026, onde será abordado o tema de riscos psicossociais no ambiente laboral.

O mesmo explicou como será feito o mapeamento desses novos riscos, onde muito provavelmente será através de formulários para identificação de riscos psicossociais de forma setorizada, pontuando que não será necessário se identificar com nome, apenas o setor em que executa atividades.

Ainda aguardando orientações por parte da sede, para dar andamento.

Também pontuando a importância de se realizar campanhas de conscientização quanto ao assédio moral e sexual, dentro do ambiente laboral, onde foi sugerido a realização de palestras com profissionais que possuam proficiência no assunto abordado.

Posteriormente, foi abordado o assunto de condutas inadequadas dentro do ambiente de trabalho, em que alguns funcionários acabam “perdendo a linha”, com alguns tipos de brincadeiras com colegas de trabalho. Onde devem ser tomadas atitudes, aplicando treinamentos comportamentais, manuais de condutas, meios que façam com que esse tipo de situações não se repita.

Por fim, foi sugerido que a SIPAT desse ano o assunto principal seja “Assédio Moral e Sexual”, onde foi debatido os meios de conscientização e abordagens ao tema, juntamente com a data em que será realizada.



## 2. DECISÕES:

- A – Abordagens quanto comportamento adequado no ambiente laboral  
B – Definição de tema da SIPAT

## 3. PLANO DE AÇÃO:

| Ação                                                                  | Responsável             | Prazo    | Descrição                            | Indicadores                                |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| Comportamento adequado                                                | Liderança               | Imediato | Fiscalização de condutas inadequadas | Diminuição de indicadores.                 |
| Desenvolvimento de Ações abordando o tema de "Assédio Moral e Sexual" | CIPA / SESMT / Gerência | 03/2026  | Definir ações para tratar do assunto | Lista de presença, execução de capacitação |

### 9.3 Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente

1. Na reunião da Comissão NSP, conduzida pelo Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, foi realizada a abertura com agradecimentos pela presença de todos e a declaração formal de início da reunião.

2. Apresentado o Medicsys de nº 2026217112499, segue o caso: No dia 26/01/2026, às Paciente deu entrada na unidade com quadro de **traumatismo cranioencefálico (TCE)** após queda, sendo indicada a necessidade de transferência para hospital de referência. Após o aceite da unidade receptora, foi solicitada a remoção do paciente às 22h35.

Às 23h38, foi realizado novo contato para posicionamento da equipe de transporte, considerando que, embora o paciente se mantivesse estável, consciente e reativo, já havia transcorrido mais de uma hora desde a solicitação. Na ocasião, fui informada de que a equipe estava em deslocamento para a unidade. Entretanto, a equipe de remoção chegou somente às 00h31, totalizando um tempo de espera de 1 hora e 55 minutos após a solicitação inicial.

Ressalta-se que, no período noturno, a unidade recebeu 07 pacientes provenientes de outra unidade para realização de exames de raio-X, e duas equipes estavam mobilizadas nessas demandas de transporte. Contudo, conforme relato de um colaborador da própria equipe, a ambulância de suporte avançado (USA) encontrava-se disponível na base.

3. O caso foi notificado por meio do sistema Medicsys e posteriormente analisado pela enfermeira Juliana Ferreira, responsável pela Educação Permanente, em conjunto com o Responsável Técnico Médico, Dr. Rodrigo Bicalho, a Responsável Técnica de Enfermagem, Karine, e o gerente administrativo, Dyogo.

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

Pág. 1 de 4



Após a avaliação do fluxo operacional e do tempo-resposta da solicitação de remoção, verificou-se que o atendimento ocorreu dentro do prazo estabelecido em contrato, estando, portanto, em conformidade com os parâmetros institucionais vigentes. Ressalta-se que o monitoramento desses indicadores é fundamental para o acompanhamento da qualidade do serviço e para a garantia da continuidade segura da assistência aos pacientes.

#### 4. Cronograma de capacitação referente ao mês de janeiro

- Integração de novos colaboradores;
- Capacitação sobre NR6 uso correto de EPIs;
- Capacitação sobre marcapasso transcutâneo;
- Capacitação direito de imagem;
- Capacitação sobre dengue.

a) Encerramento da reunião com data agendada da próxima para o dia 25/02 /2026.

#### 1. PLANO DE AÇÃO

| AÇÃO                                                 | RESPONSÁVEL                                  | PRAZO   | COMENTÁRIOS |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------|-------------|
| Capacitação sobre relatório assistencial             | Enfª Educação continuada<br>Juliana Ferreira | 30 Dias |             |
| Capacitação sobre a linha de cuidados e microrregião | Enfª clínica<br>Patrícia Freire              | 30 Dias |             |

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

Pág. 2 de 4

## 9.4 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde






PREFEITURA  
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

---

### PRÓ MEMÓRIA

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 25/02/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>HORÁRIO</b> | 09h15 às 10h00 |
| <b>LOCAL</b>   | UPA ALTO DA PONTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | ATA de Reunião CCIRAS: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Adriano de Almeida, Erick Carvalho da Silva Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues. |                |                |

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

- a) Abertura da reunião com o Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos agradecendo a presença de todos, declarando aberta a reunião.
- b) Fica comunicado o ingresso do Técnico de segurança do trabalho Erick Carvalho da Silva, o qual passa a compor juntamente com os demais membros já designados, a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CCIRAS desta Unidade.
- c) Apresentação dos indicadores e monitoramentos referente ao mês de Janeiro.
  - Consumo de produtos para higienização das mãos;
  - Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - 5 momentos;
  - Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - categoria profissional;
  - Percentual de cumprimento ao protocolo da meta 5;
  - Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de ITU;
  - Percentual de adesão ao protocolo de infecção da corrente sanguínea;
  - Percentual de reprocessamento de PPS -
  - Percentual de coletas de material biológico;
  - Cobertura vacinal de profilaxia antirrábica humana pós exposição;
  - Cobertura vacinal de dupla Adulto pós trauma;
  - Monitoramento do percentual de casos suspeitos de dengue de acordo com resultado do NS1;
  - Monitoramento de casos suspeitos/confirmados de Covid-19;
  - Monitoramento de notificações compulsórias e notificações de agravos de interesse municipal;

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

Pág. 1 de 4

### PRÓ MEMÓRIA

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 25/02/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>HORÁRIO</b> | 09h15 às 10h00 |
| <b>LOCAL</b>   | UPA ALTO DA PONTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | ATA de Reunião CCIRAS: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Carolina de Fátima Ferreira, Fabíola Frias, Adriano de Almeida, Erick Carvalho da Silva Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues. |                |                |

- Monitoramento de casos de DDA - Doenças Diarreicas Agudas;
- Percentual de coletas de material biológicos;
- Percentual de adesão ao protocolo de antibioticoterapia;
- Monitoramento de casos de DDA - Desfecho UBS.

d) A atividade interativa sobre ISTs realizada com os munícipes na UPA Alto da Ponte mostrou-se eficaz como estratégia de educação em saúde, promovendo diálogo, esclarecimento de dúvidas e maior conscientização sobre prevenção, diagnóstico e tratamento. A participação ativa do público favoreceu o aprendizado, contribuiu para a redução de estigmas e reforçou a importância do autocuidado e da busca precoce pelos serviços de saúde;

e) A capacitação sobre EPIs conforme a NR-6 foi realizada com o objetivo de orientar e atualizar os colaboradores quanto ao uso correto, conservação e importância dos equipamentos de proteção individual. Durante a atividade, foram abordados os tipos de EPIs, indicações conforme o risco ocupacional, responsabilidades do trabalhador e do empregador, além do impacto direto do uso adequado na prevenção de acidentes e na segurança do profissional. A capacitação contribuiu para o fortalecimento das práticas seguras no ambiente de trabalho e para a conformidade com a legislação vigente.

f) Declaramos a reunião encerrada.

### PLANO DE AÇÃO

| AÇÃO                                                       | RESPONSÁVEL             | PRAZO     | COMENTÁRIOS |
|------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|-------------|
| Capacitação Boas práticas na administração de medicamentos | RT farmacia<br>Carolina | Fevereiro | Atraso      |



### PRÓ MEMÓRIA

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 25/02/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>HORÁRIO</b> | 09h15 às 10h00 |
| <b>LOCAL</b>   | UPA ALTO DA PONTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | ATA de Reunião CCIRAS: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Adriano de Almeida, Erick Carvalho da Silva Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazare de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues. |                |                |

|                                                                   |                                              |           |                      |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|----------------------|
| Atividade interativa sobre ISTs com os munícipes                  | Assistente social<br>Thais e Ana<br>Carolina | Fevereiro | Concluído            |
| Capacitação sobre EPIs NR6                                        | Técnico<br>segurança<br>Trabalho Erick       | Fevereiro | Concluído            |
| Protocolo de Vacina                                               | SCIRAS Joseane                               |           | Em andamento         |
| Realizado PCI                                                     | SCIRAS Joseane                               | Fevereiro | Aguardando aprovação |
| Capacitação sobre rotinas de processamento de produtos para saúde | SCIRAS Joseane                               | Março     |                      |
| Atividade sobre o dia mundial do combate à Tuberculose            | Enfermeiros<br>Assistenciais                 | Março     |                      |
| Apresentação da ONA                                               | SCIRAS Joseane                               | Março     |                      |

## 9.5 Comissão de Farmácia e Terapêutica

| CEJAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      | UPA24h<br>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO                                            |                | PREFEITURA<br>SÃO JOSÉ DOS CAMPOS                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|--|
| <b>PRÓ MEMÓRIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                                                    |                |                                                  |  |
| <b>DATA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25/02/2026           | <b>HORÁRIO</b>                                                                     | 10h00 às 11h30 |                                                  |  |
| <b>LOCAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | UPA ALTO DA PONTE    |                                                                                    |                |                                                  |  |
| <b>ASSUNTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Comissão de Farmácia |                                                                                    |                |                                                  |  |
| <br><b>1. PAUTAS ABORDADAS</b><br><br>Discussão sobre prevenção de desabastecimento de medicamentos e definição de alternativas terapêuticas.<br><br><b>2. Discussões</b><br><br>Na presente reunião, a Comissão de Farmácia e Terapêutica abordou a preparação da equipe de Farmácia quanto à gestão de medicamentos, com foco na prevenção de desabastecimentos e na organização prévia de possíveis substituições terapêuticas, quando necessárias, a fim de evitar impactos assistenciais e operacionais na unidade.<br><br>Foram discutidas as possíveis causas de desabastecimento, incluindo atrasos de fornecedores, indisponibilidade na indústria e questões relacionadas ao processo de compra.<br><br>A Comissão avaliou as alternativas terapêuticas disponíveis no estoque institucional e na padronização vigente, considerando critérios de eficácia, segurança, perfil clínico dos pacientes atendidos na UPA e viabilidade operacional.<br><br>Ficou definido que, caso ocorra desabastecimento, serão adotadas as substituições previamente aprovadas pela Comissão, com comunicação formal à equipe médica e de enfermagem, garantindo a continuidade da assistência sem prejuízo à segurança do paciente.<br><br>Também foi reforçada a necessidade de monitoramento contínuo dos estoques e comunicação prévia às equipes assistenciais sempre que identificado risco de ruptura.<br><br><b>3. Deliberações</b><br><br>Monitoramento sistemático dos itens críticos.<br><br>Formalização das substituições terapêuticas aprovadas.<br><br>Comunicação institucional às equipes assistenciais em caso de risco de desabastecimento. |                      |                                                                                    |                |                                                  |  |
| Pág. 1 de 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                                                                    |                |                                                  |  |
| UPA Alto da Ponte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte,<br>São José dos Campos/SP - CEP: 12242-531 |                | (12) 3931-5213<br>upaaltoeponte.sjc@cejam.org.br |  |
| cejam.org.br                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                                                    |                |                                                  |  |

## 9.6 Reunião Clínica






**PRÓ MEMÓRIA**

|                |                   |                |                |
|----------------|-------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 27/01/2026        | <b>HORÁRIO</b> | 10h00 às 11h00 |
| <b>LÓCAL</b>   | UPA ALTO DA PONTE |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | Reunião Clínica   |                |                |

**1. PAUTAS ABORDADAS**

- a) Declarando aberta reunião, iniciamos a reunião.
- b) Abordagem assistencial aos pacientes com tuberculose.
- c) Durante a reunião, foi discutida a abordagem assistencial aos pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de tuberculose na unidade, reforçando a importância da identificação precoce dos sintomáticos respiratórios e da adoção imediata de medidas de precaução. Destacou-se a necessidade de encaminhamento adequado para continuidade do tratamento na rede de referência, bem como a orientação aos pacientes quanto à adesão terapêutica e acompanhamento pela Atenção Básica, visando garantir a segurança assistencial e o controle da transmissão da doença.
- a) Declaramos a reunião encerrada.

**2. PLANO DE AÇÃO**

| AÇÃO                                       | RESPONSÁVEL | PRAZO   | COMENTÁRIOS |
|--------------------------------------------|-------------|---------|-------------|
| Verificar processo com secretaria de saúde | RT Médico   | 30 dias | Concluído   |

**3. PARTICIPANTES**

| NOME                               | FUNÇÃO    | ASSINATURA |
|------------------------------------|-----------|------------|
| Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos | RT Médico |            |

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

UPA Alto da Ponte

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

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

Pág. 1 de 2  


## 9.7 Reunião Técnica

| PRÓ MEMÓRIA |                   |         |                |
|-------------|-------------------|---------|----------------|
| DATA        | 24/02/2026        | HORÁRIO | 11h00 às 12h00 |
| LOCAL       | UPA ALTO DA PONTE |         |                |
| ASSUNTO     | Reunião Técnica   |         |                |

**1. PAUTAS ABORDADAS**

**a) Protocolo de Sepses – Pediatria**

Foi agendada para sexta-feira, 27/02/2026, uma reunião com a Coordenadora de Pediatria, juntamente com a equipe da UPA Campo dos Alemães, para definição dos critérios de abertura do Protocolo de Sepses Pediátrico.

Ficou estabelecido que será utilizado o score de Phoenix como base, com a revisão e modificação da abertura do protocolo de atendimento, adaptando os parâmetros clínicos conforme a realidade do serviço.

**b) Processo de Troca de Sonda Vesical de Demora**

Foi colocado em reunião sobre o fluxo dentro da unidade de urgência e emergência o fluxo de troca de sonda vesical de demora, se o paciente é acompanhado pela unidade básica de saúde, como será a abordagem para que não haja prejuízo no atendimento caso o paciente tenha agravante como outras patologias dificultando a passagem de sondas.

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

Pág. 1 de 2

---

UPA Alto da Ponte

Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte,  
São José dos Campos/SP - CEP: 12242-531

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

cejam.org.br

## 9.8 Comissão de Humanização

A Comissão de Humanização tem caráter mensal, definida a data da próxima reunião para o dia 20/03/2026.



### PRÓ MEMÓRIA

|                |                             |                |                |
|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 20/02/2026                  | <b>HORÁRIO</b> | 07h00 às 08h00 |
| <b>LOCAL</b>   | UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | ATA de humanização Nº 11.   |                |                |

### PLANO DE AÇÃO

| AÇÃO                                                                                                    | RESPONSÁVEL                     | PRAZO      | COMENTÁRIOS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------|-------------|
| Implantação da sala do afeto                                                                            | Gerente Dyogo Bezerra           | 120 dias   | Pendente    |
| Palestra: Fibromialgia                                                                                  | Rafael Moreira                  | 26/01/2026 | Concluído   |
| Doação da Decoração mês de Fevereiro. Cores: Roxo (Alzheimer, Lúpus, Fibromialgia) e Laranja (Leucemia) | Tatiana Ferreira e Nivaldo Rosa | 30 dias    | Concluído   |
| Roda de Conversa - Assunto: Leucemia                                                                    | Jean / Alex Botelho             | 26/01/2026 | Concluído   |
| Doação de Medula Óssea                                                                                  | Thais de Paula/ Ana Carolina    | 10 dias    | Concluído   |

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

Pág. 2 de 5



**PRÓ MEMÓRIA**

|                |                             |                |                |
|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 20/02/2026                  | <b>HORÁRIO</b> | 08h00 às 09h00 |
| <b>LOCAL</b>   | UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | ATA de humanização Nº 11.   |                |                |

**1. PAUTAS ABORDADAS FEVEREIRO:**

- A assistente social Thaís inicia a reunião e agradecendo a presença de todos os participantes;
- Thaís, relato de falha de comunicação para as atividades de IST's que ocorreram na recepção;
- Thaís, informou que Grupo interno conduzido por Nicolas enfermeiro não ocorreu;
- Algumas atividades (Humanização/Palestras) ainda não foram realizadas;
- Baixa participação dos colaboradores em determinadas ações;
- Implementação da Sala do Afeto (ideias e organização), com foco em atendimento prioritário e acolhimento de pessoas com deficiência e crianças.

**2. PLANEJAMENTO – MARÇO:**

- Tema do mês: Lilás e Amarelo (Endometriose, Câncer do Colo do Útero e Dia da Mulher);
- Realização de quatro palestras (duas no período diurno e duas no noturno) sobre Leis que protegem as mulheres, com participação de advogadas.
- Organização de coral para o dia 08 de março;
- Atividade de musicoterapia com sorteio para as colaboradoras;
- Realização do "Dia da Beleza" em dois dias de plantão;
- Verificação, junto à gerência, da possibilidade de disponibilização de lembrancinhas;

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

Pág. 1 de 6

### PRÓ MEMÓRIA

|                |                             |                |                |
|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 20/02/2026                  | <b>HORÁRIO</b> | 08h00 às 09h00 |
| <b>LOCAL</b>   | UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | ATA de humanização Nº 11.   |                |                |

- Palestra sobre Endometriose com a enfermeira Joseane.
- Decoração temática do mês Lilás referente a campanha do câncer de colo de útero .
- Ação "Arte das Mulheres" decoração de espelho e bambolê.
- Palestra sobre Sexualidade Feminina 23/02/2026 com a colaboradora Patrícia.
- Sorteio de brindes para as mulheres.
- Palestra sobre Câncer do Colo do Útero (responsável a definir).
- Café da manhã para as colaboradoras nos dias 08 e 09, incluindo todos os plantões.

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

Pág. 2 de 6

### **9.9 Comissão de Verificação de Óbitos**

A Comissão de Verificação de Óbitos tem caráter bimestral, portanto, ficou definida a data da próxima reunião para o dia 12/03/2026

### **9.10 Comissão de Bioética**

A Comissão de Bioética tem caráter trimestral, portanto, ficou definida a data da próxima reunião para o dia 17/03/2026



### 9.11 Comissão de Ética Médica



#### PRÓ MEMÓRIA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

|                    |                                                                                                                               |                |                |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>        | 20/02/2026                                                                                                                    | <b>HORÁRIO</b> | 16:00 às 17:00 |
| <b>LOCAL</b>       | UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos                                                                                       |                |                |
| <b>Integrantes</b> | Reunião CEM - Integrantes: Flávio Taniguchi (Presidente) / Diogo Benain (Secretário) / Rafael Vilela Azevedo (Membro Efetivo) |                |                |

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

- ✓ Abertura da Reunião
- ✓ Verificação de demandas
- ✓ Agendamento da Próxima Reunião
- ✓ Encerramento da Reunião

#### 2. RELATÓRIO DOS PROCESSOS

Dr. Flávio Taniguchi (Presidente da Comissão de Ética Médica), declara aberta a reunião, com os integrantes presentes. Diante ao exposto não houve nenhuma demanda e/ou intercorrências para serem levadas em pauta à Comissão competente no mês de janeiro e fevereiro, até o exato momento. Declaro também que a comissão em nenhum momento foi acionada perante o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão regulador responsável, para esclarecimentos. Sem nenhum ato ilegal médico ocorrido na unidade até este exato momento.

Próxima reunião será agendada dia 20/04/2026; todos integrantes cientes. Dito isso, declaramos nossa reunião de Comissão de Ética Médica encerrada.

### 9.12 Comissão de Radioproteção

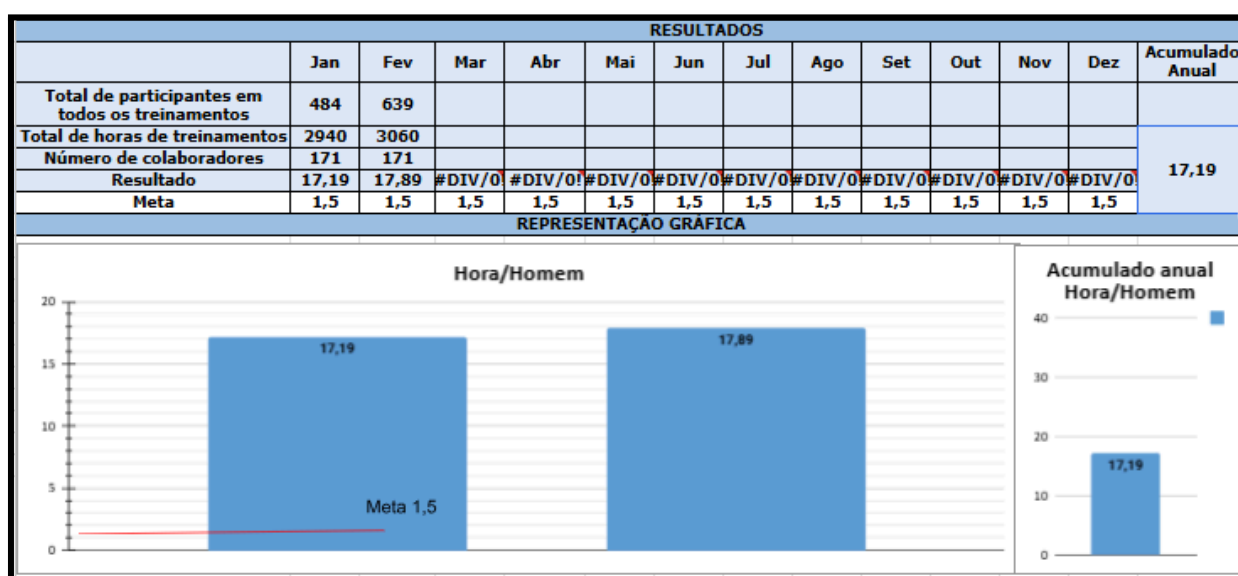
A Comissão de Radioproteção tem caráter trimestral, portanto, ficou definida a data da próxima reunião para o dia 27/03/2026.

### 9.13 Comissão de Revisão de Prontuário

A Comissão de Revisão de Prontuários possui caráter bimestral, portanto, a próxima reunião será 25/03/2026.

## 10. EDUCAÇÃO PERMANENTE

### 10.1 Indicador sobre participação em treinamentos / hora homem



**Análise Crítica:** A avaliação das ações educativas realizadas no mês de fevereiro de 2026 evidencia resultados relevantes e avanços consistentes no fortalecimento da educação permanente em saúde como elemento estruturante da cultura institucional. A participação de 484 colaboradores demonstra elevado nível de adesão das equipes e reforça o compromisso da instituição com o aprimoramento profissional, a segurança do paciente e a qualificação da assistência.

No período, foram desenvolvidas 12 atividades educativas, incluindo palestras, rodas de diálogo e treinamentos técnicos, contemplando temas estratégicos e variados. Entre os assuntos abordados destacam-se: NR6 – uso adequado de EPIs, eficiência no uso de recursos hídricos e energéticos, atendimento ao paciente com suspeita de dengue, marcapasso transcutâneo, conscientização sobre leucemia e doação de medula óssea, direito de imagem e sensibilização sobre fibromialgia.

Destaca-se ainda o fortalecimento das ações voltadas à integração institucional e à padronização de fluxos e rotinas, por meio de capacitações sobre o Protocolo de Documento Interno, orientações para campos de estágio e treinamentos realizados diretamente nos setores. Essas iniciativas contribuíram para o aperfeiçoamento dos processos assistenciais, a uniformização das práticas e o fortalecimento da comunicação entre as equipes multiprofissionais, impactando positivamente na segurança do paciente e na continuidade do cuidado.

Em relação ao indicador de capacitação, o resultado obtido superou significativamente a meta proposta. Foram registradas 2.940 horas de treinamento entre 194 colaboradores efetivos, alcançando uma média de 17,19 horas por colaborador/mês, em comparação à meta de 1,5 hora/mês. Esse desempenho reflete a ampliação da participação nas atividades educativas e a efetividade das estratégias adotadas para mobilização das equipes.

De forma geral, as ações realizadas no período demonstram uma gestão estruturada, comprometida com a melhoria contínua e orientada para resultados. A diversidade dos temas abordados, a expressiva participação dos profissionais e o alcance de indicadores acima do esperado reforçam o papel da educação permanente como ferramenta estratégica para a excelência assistencial, o fortalecimento da cultura de segurança e a promoção de um ambiente de trabalho mais integrado, participativo e qualificado.

| RESULTADOS                 |     |      |     |      |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
|----------------------------|-----|------|-----|------|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|
|                            | JAN | %    | FEV | %    | MAR | % | ABR | % | MAI | % | JUN | % | JUL | % | AGO | % | SET | % | OUT | % | NOV | % | DEZ |
| ADMINISTRATIVO             | 1   | 14%  | 6   | 86%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| CONTROLADORES DE ACESSO    | 7   | 94%  | 12  | 93%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| ENFERMAGEM 35 ENF / 78 TEC | 87  | 77%  | 91  | 81%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| FARMÁCIA                   | 9   | 81%  | 10  | 87%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| ASSISTENTE SOCIAL          | 1   | 99%  | 1   | 90%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| HIGIENE                    | 4   | 33%  | 12  | 75%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| LABORATÓRIO                | 2   | 13%  | 5   | 31%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| CONCIERGE                  | 1   | 100% | 1   | 100% |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| RADIOLOGIA                 | 0   | 0%   | 3   | 43%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| MÉDICOS                    | 0   | 0%   | 0   | 0%   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| SEGURANÇA DO TRABALHO      | 0   | 0%   | 1   | 100% |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| VIGILANTE                  | 2   | 59%  | 4   | 100% |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| T.I                        | 0   | 0%   | 1   | 100% |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| RECEPÇÃO                   | 9   | 99%  | 8   | 80%  |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
| INTEGRAÇÃO                 | 2   | 100% | 1   | 100% |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |

**Análise Crítica:** A avaliação das ações educativas realizadas no mês de fevereiro de 2026 evidencia resultados relevantes e avanços consistentes no fortalecimento da educação permanente em saúde como elemento estruturante da cultura institucional. A participação de 484 colaboradores demonstra elevado nível de adesão das equipes e reforça o compromisso da instituição com o aprimoramento profissional, a segurança do paciente e a qualificação da assistência.

No período, foram desenvolvidas 12 atividades educativas, incluindo palestras, rodas de diálogo e treinamentos técnicos, contemplando temas estratégicos e variados. Entre os assuntos abordados destacam-se: NR6 – uso adequado de EPIs, eficiência no uso de recursos hídricos e energéticos, atendimento ao paciente com suspeita de dengue, marcapasso transcutâneo, conscientização sobre leucemia e doação de medula óssea, direito de imagem e sensibilização sobre fibromialgia.

Essa variedade de temas reforça o caráter abrangente e multidimensional das ações educativas, que contemplam tanto o aperfeiçoamento técnico e científico quanto o fortalecimento de uma assistência humanizada e centrada no cuidado integral.

Outro ponto de destaque foi a execução de capacitações voltadas à integração institucional, orientações sobre campos de estágio e treinamentos direcionados aos protocolos internos, como o *Protocolo Documento Interno* e as capacitações in loco. Essas iniciativas contribuem diretamente para a padronização dos processos assistenciais, o fortalecimento da cultura de segurança e o alinhamento das

equipes multiprofissionais, garantindo maior consistência, qualidade e coesão nas práticas institucionais.

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

- Enfermagem: 81%
- Administrativo: 86%
- Controladores de acesso: 83%
- Segurança do Trabalho, Concierge e Integração: 100% de adesão.

As capacitações têm como meta mínima alcançar 80% de participação por departamento, e, de forma geral, os resultados observados no período foram bastante satisfatórios. Diversos setores superaram o índice estabelecido, demonstrando comprometimento com o desenvolvimento profissional e com a consolidação da cultura de aprendizado contínuo na instituição.

Em síntese, os dados evidenciam avanços expressivos no engajamento das equipes, confirmando a efetividade das estratégias de educação permanente e reforçando o papel das capacitações como instrumento de fortalecimento das práticas institucionais, da segurança do paciente e da qualidade assistencial.



## 11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE

# Fevereiro ROXO

Consientização sobre fibromialgia, mal de alzheimer e Lúpus.



Convidamos para a Palestra sobre Fibromialgia, um momento de informação, acolhimento e conscientização sobre esta condição que afeta milhões de pessoas e ainda é cercada de dúvidas e preconceitos.



CEJAM

UPA ALTO DA PONTE  
2026



# FEVE REIRO *Laranja*

Campanha da Luta contra a Leucemia

Você é nosso convidado para uma palestra informativa sobre Leucemia, abordando prevenção, sinais de alerta, diagnóstico precoce e a importância da doação de medula óssea.

**Seja um doador de medula óssea e espalhe esperança.** Procure informações no hemocentro mais próximo e **transforme vidas com esse ato de amor!**

UPA ALTO DA PONTE  
2026



*Eficiência hídrica e energética*









*Capacitação Dengue colaboradores do período diurno*











***Atividade palhaçaria dia 14/02/2026***









***Capacitação direito de imagem***









# PALESTRA SOBRE LEUCEMIA E CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A DOAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA

ANDRÉIA- HEMONÚCLEO TAUBATÉ  
9/2 AS 20HS(AUDITÓRIO)

FEVEREIRO  
*Laranja* 

UPA ALTO DA PONTE  
2026





*Palestra para os Colaboradores do período Noturno*



*Palestrante Andréia do Hemonúcleo Taubaté e Assist. Social Ana Carolina*

***evento em relação ao Fevereiro Laranja, com a equipe multidisciplinar!***







# FEVE REIRO *Laranja*

Campanha da Luta contra a Leucemia

Você é nosso convidado para uma palestra informativa sobre Leucemia, abordando prevenção, sinais de alerta, diagnóstico precoce e a importância da doação de medula óssea.

23/2 NOTURNO-AUDITÓRIO  
PALESTRANTE- ALEX BOTELHO - ENFERMEIRO

**Seja um doador de medula óssea e  
espalhe esperança.** Procure informações  
no hemocentro mais próximo **e transforme  
vidas com esse ato de amor!**

UPA ALTO DA PONTE  
2026



*Colaboradores período Noturno*





*Colaboradores do Período Noturno*



*Colaboradores período Diurno*





*Colaboradores período Diurno*



*Palestra Conscientização sobre fibromialgia*





*Colaboradores Período Diurno*



***Integração enfermeiros Wanderlei e Kaych***



*Capacitação Marcapasso transcutâneo*



*Colaboradores período Diurno*



*Colaboradores período Diurno*





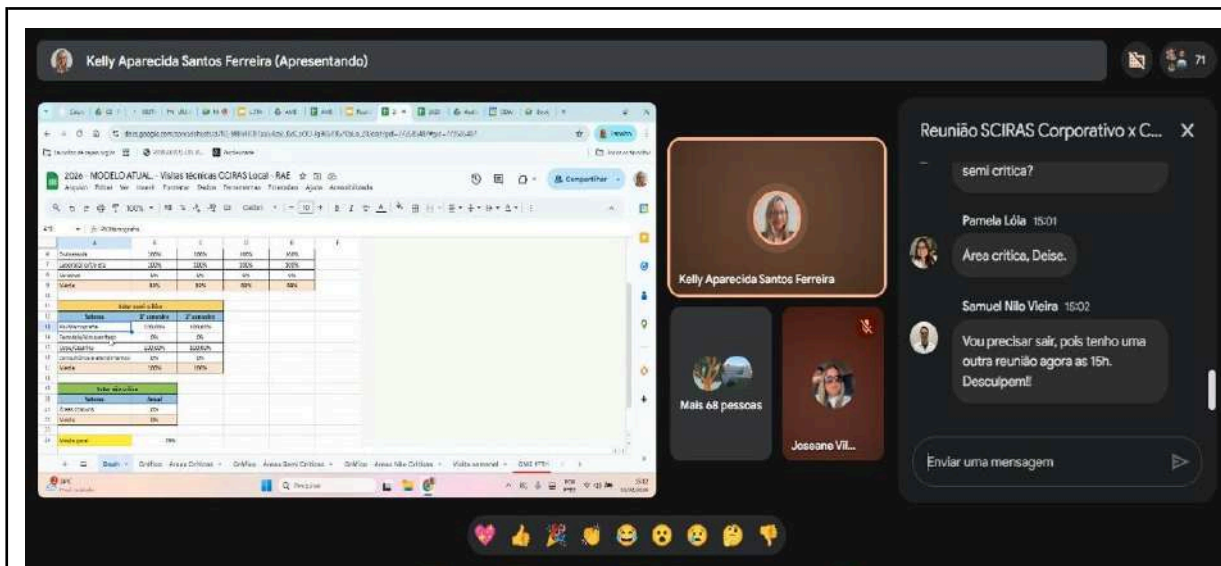
*Colaboradores Período Noturno*

*reunião de alinhamento com enfermeiros noturno A*









*Reunião do SCIRAS*



*Reunião coordenação*





**RESERVE  
ESTA DATA**

REUNIÃO MENSAL

**COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO**

**20 FEVEREIRO**

**8:00**

**UPA ALTO DA PONTE**





*Visita da Vigilância Epidemiológica do estado - Dengue*

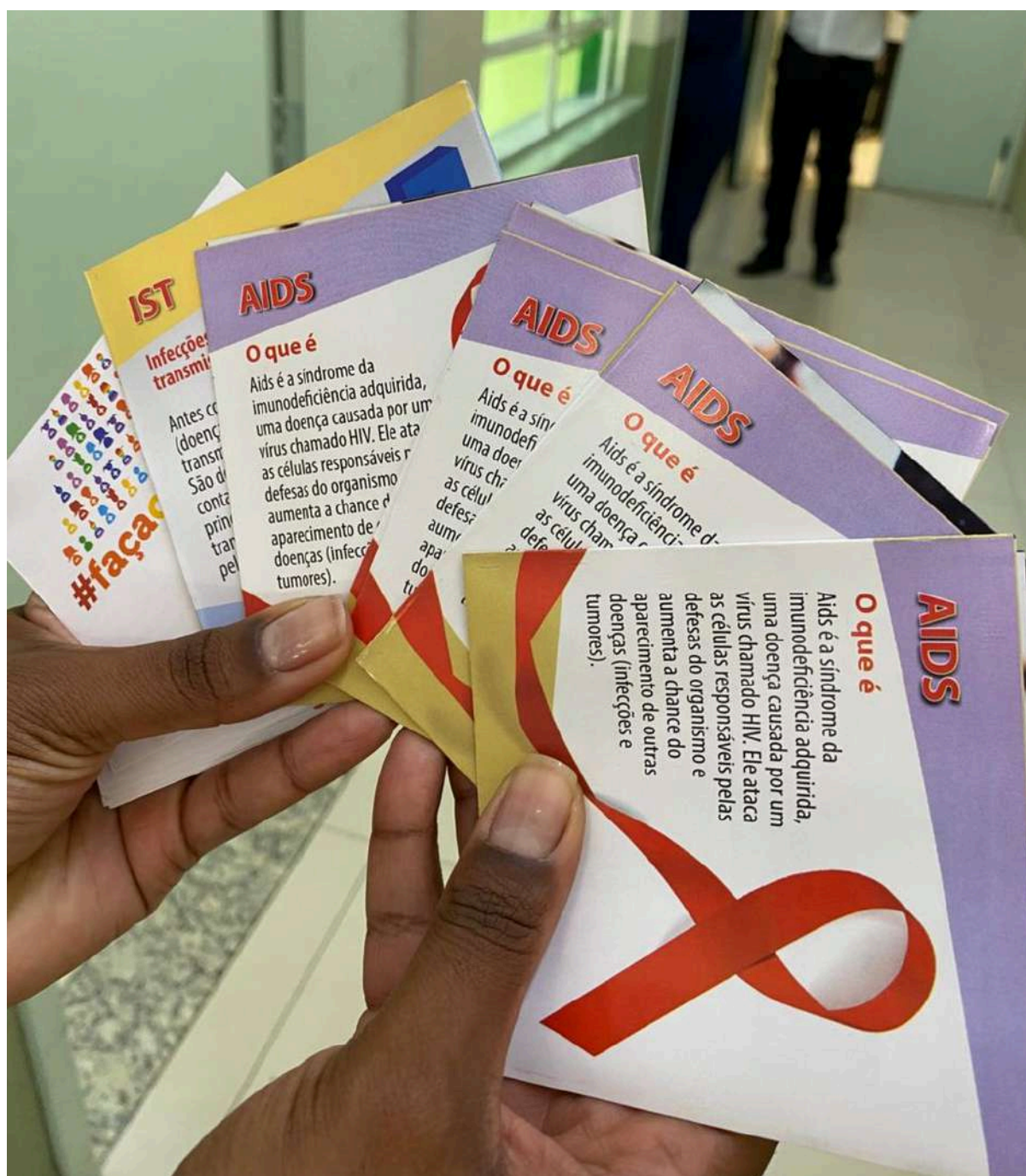
### ***Eleição do CGU***



### ***Eleição dos Conselheiros do CGU dos Trabalhadores e Usuários***



***Fevereiro sem IST, uma orientação para os Municípios que aguardam Atendimento médico sobre o que é IST como Prevenir e Tratar.***



***Fevereiro sem IST***









Colaboradores período Diurno



Colaboradores Período Noturno



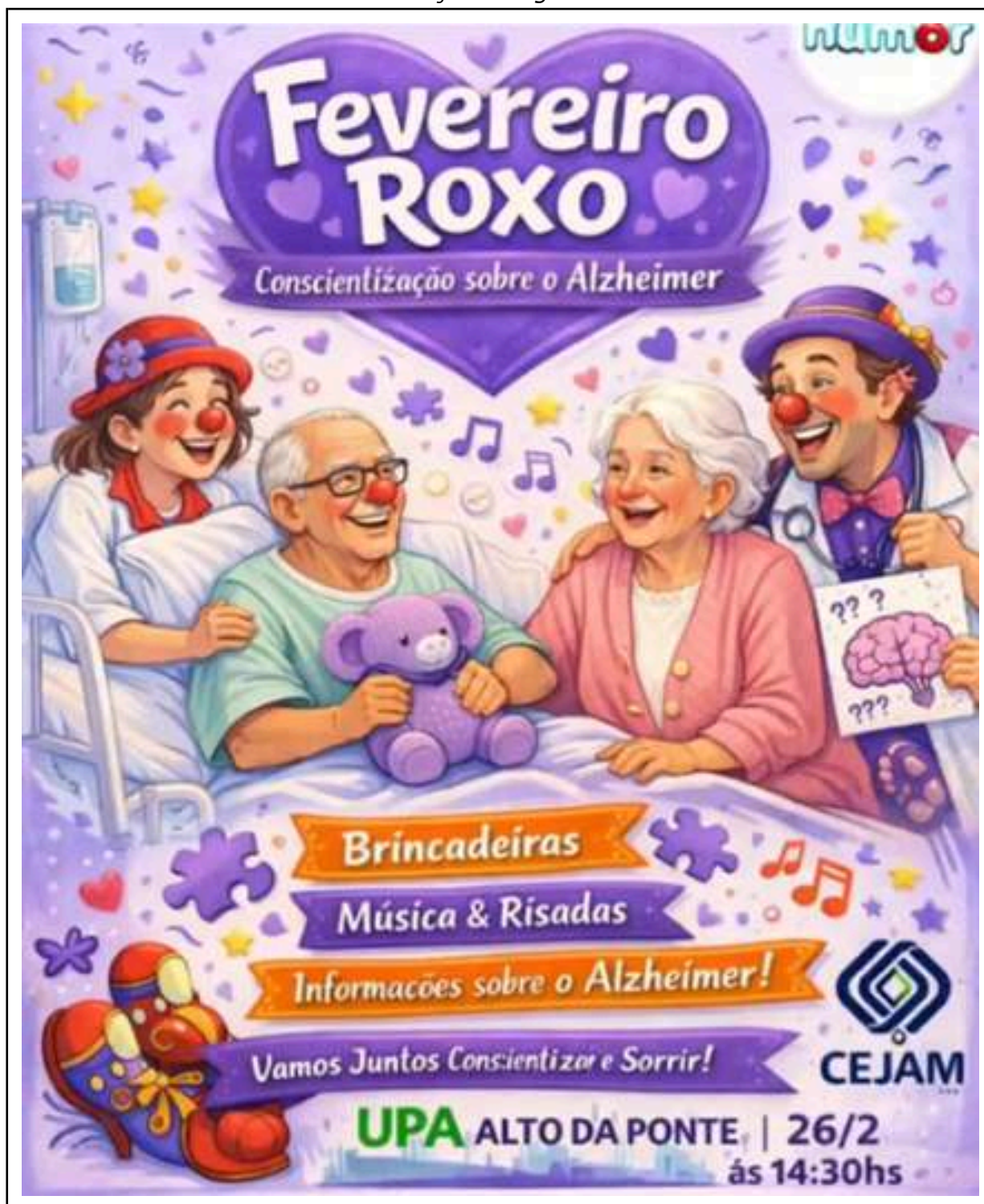








*Visita da Palhaçaria alegrando a unidade*





















## 12. Manutenção





*Ligação dos canos água da rua após queda da árvore*











*Poda da Grama*

*Reparo na manilha de esgoto*









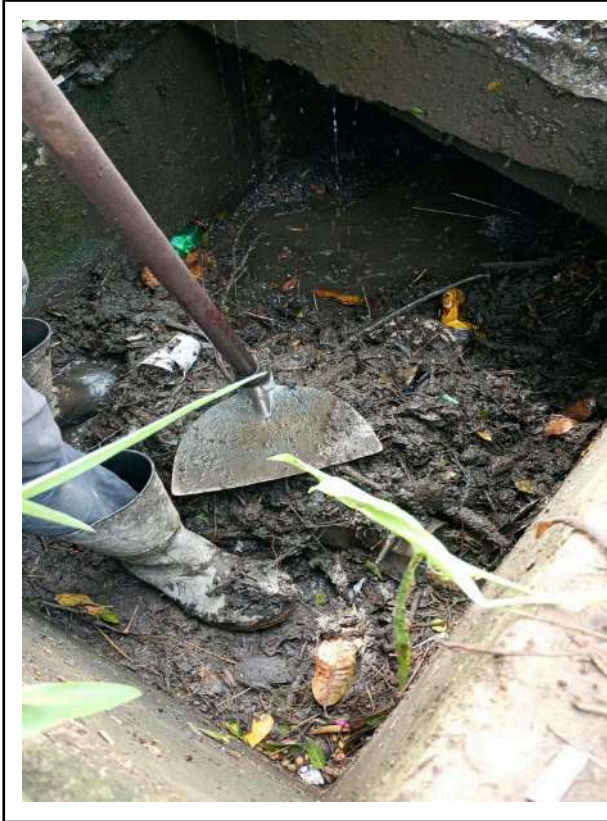






*Limpeza da boca de lobo da entrada*





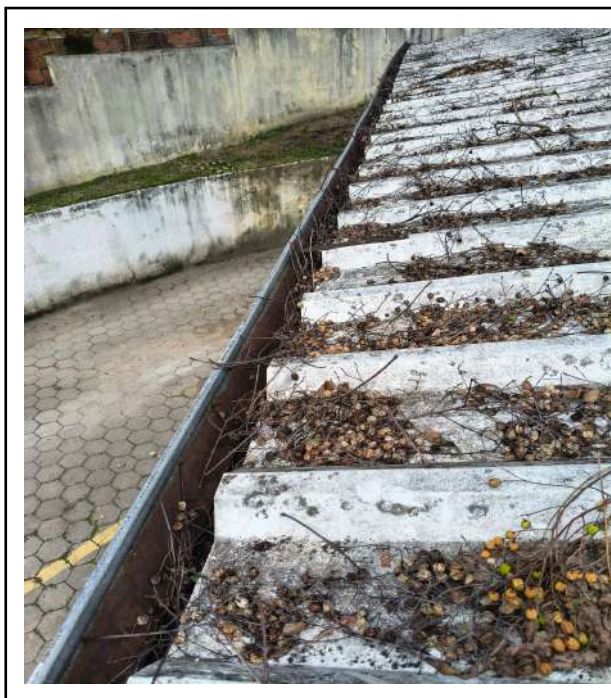














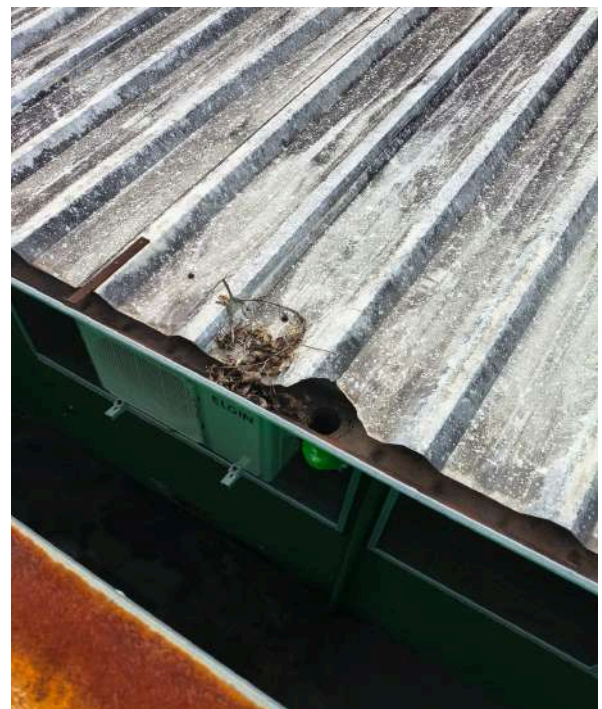
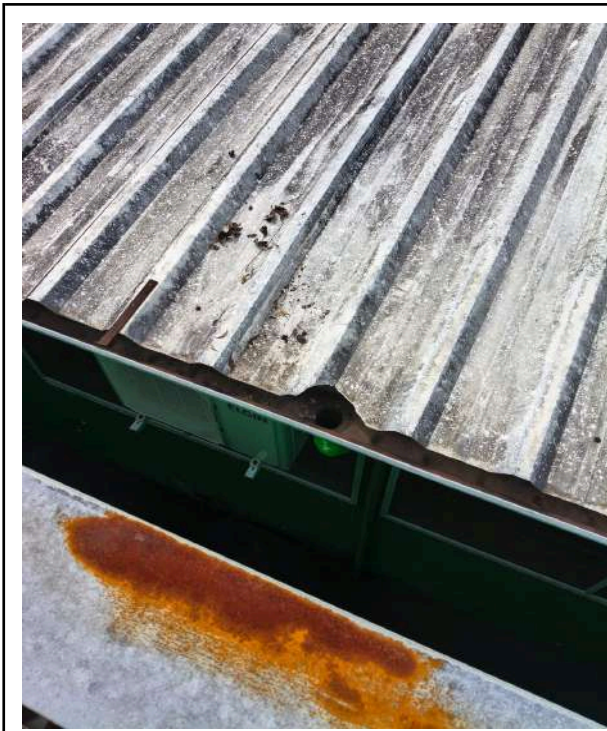


*Preventiva de Gerador*





















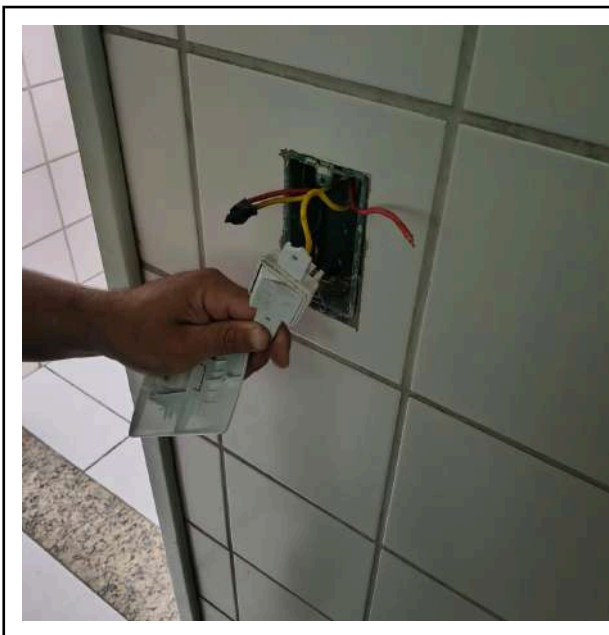
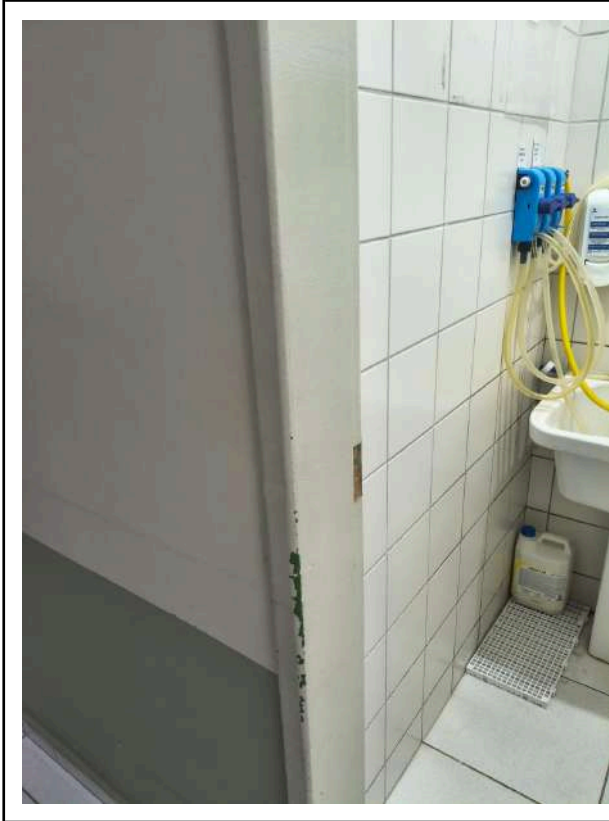












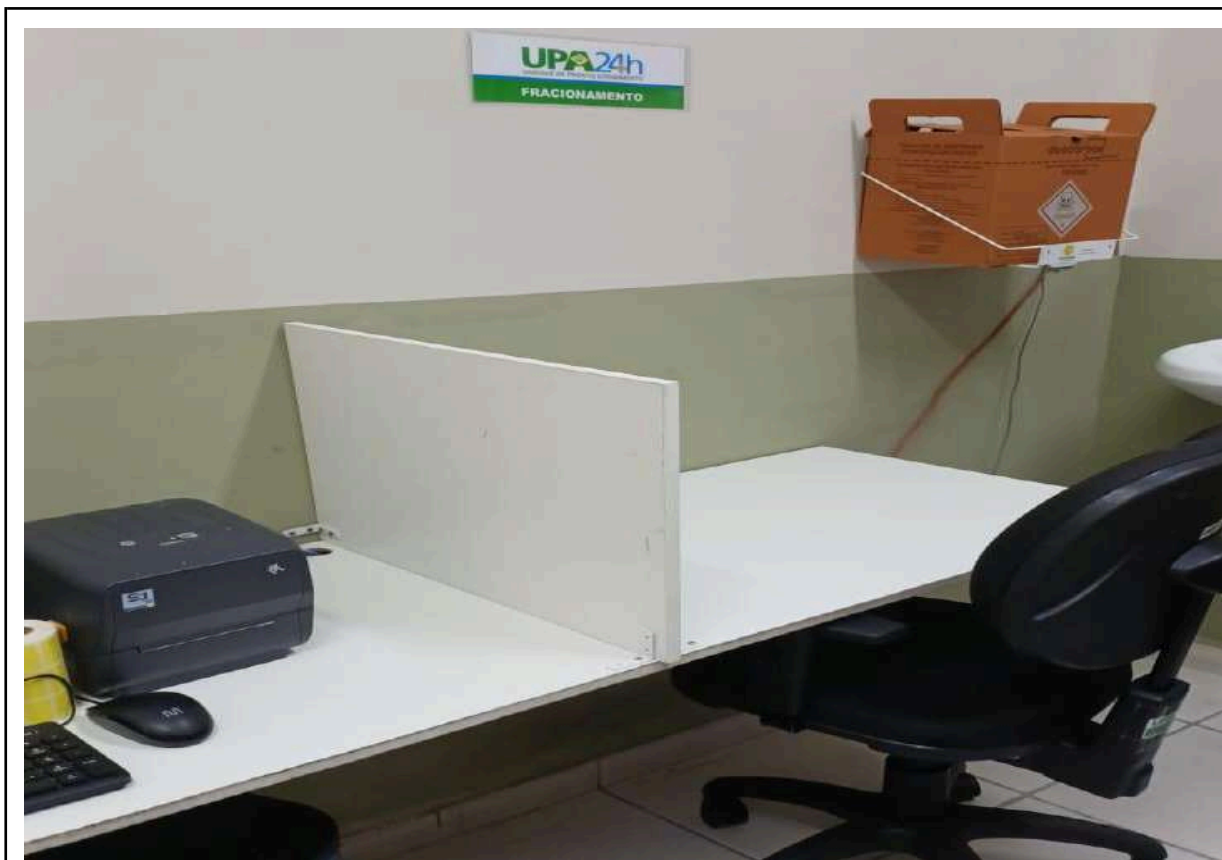


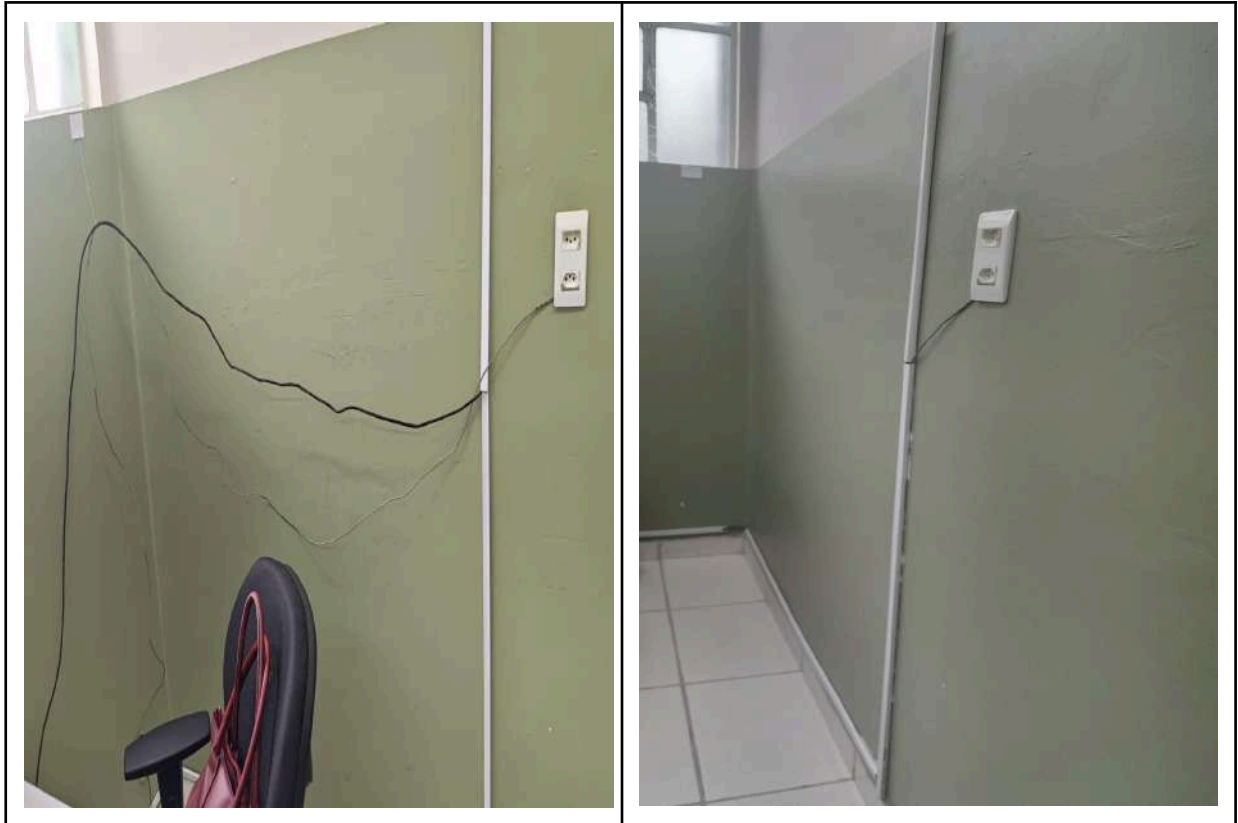














### **13. CONCLUSÃO**

A análise dos resultados assistenciais da UPA Alto da Ponte evidencia um cenário de organização dos processos de trabalho e fortalecimento das práticas assistenciais, refletindo diretamente no desempenho da unidade e no alcance das metas assistenciais pactuadas. Observa-se o comprometimento das equipes assistenciais e administrativas na condução de um atendimento qualificado, pautado na resolutividade, no acolhimento e na eficiência do cuidado prestado à população.

Destaca-se, ainda, o investimento contínuo na qualificação profissional, com a realização de diversos treinamentos e capacitações voltados ao aprimoramento técnico das equipes, fortalecendo a segurança do paciente e a padronização das práticas assistenciais. Nesse contexto, merece evidência a implantação do projeto Fast Track, iniciativa voltada à otimização do tempo de atendimento, que tem se destacado pela maior agilidade na condução dos casos de menor complexidade, contribuindo para a melhoria do fluxo assistencial, redução do tempo de permanência e geração de economia operacional.

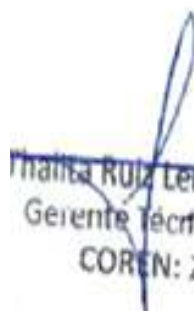
No campo da gestão, ressalta-se o avanço obtido por meio do Programa de Desenvolvimento de Líderes, que proporcionou o fortalecimento das competências gerenciais, especialmente no que se refere à comunicação eficaz no ambiente de trabalho, favorecendo maior integração entre os profissionais, alinhamento das equipes e aprimoramento dos processos institucionais.

Dessa forma, os resultados apresentados refletem o esforço coletivo das equipes na busca permanente pela excelência da assistência, reafirmando o compromisso institucional com a qualidade, eficiência e humanização do cuidado. Nesse sentido, a unidade segue empenhada na melhoria contínua de seus processos, iniciando também o processo de preparação e fortalecimento de suas práticas organizacionais com vistas à futura acreditação pela Organização Nacional de



Acreditação (ONA), consolidando um caminho estruturado para o aprimoramento permanente da qualidade e segurança na atenção à saúde.

Cordialmente,



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

---

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

# Relatório de Atividades Assistenciais

Contrato de Gestão nº 408/2024

Unidades de Saúde da Rede Assistencia:

UBS Alto da Ponte

UBS Altos de Santana

UBS Jardim Telespark

UBS Santana

**São José dos Campos**

**Fevereiro  
2026**

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



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

Pedro Santiago

**Secretário de Saúde**

George Zenha

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



**Diretor De Desenvolvimento Institucional**

Mário Santoro Júnior

**Diretor Técnico**

Renato Tardelli

**Gerente Técnico Regional**

Thalita Ruiz Lemos da Rocha

## SUMÁRIO

|                                                              |            |
|--------------------------------------------------------------|------------|
| <b>HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL.....</b>                 | <b>4</b>   |
| <b>ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES.....</b>        | <b>6</b>   |
| <b>AValiação E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b> | <b>8</b>   |
| <b>FORÇA DE TRABALHO.....</b>                                | <b>9</b>   |
| <b>INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE.....</b>            | <b>12</b>  |
| <b>INDICADORES DE PRODUÇÃO .....</b>                         | <b>40</b>  |
| <b>INDICADORES DE GESTÃO .....</b>                           | <b>57</b>  |
| <b>MELHORIAS IMPLANTADAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS.....</b> | <b>62</b>  |
| <b>TREINAMENTOS, CAPACITAÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE.....</b>      | <b>68</b>  |
| <b>MANUTENÇÃO.....</b>                                       | <b>97</b>  |
| <b>PROJETOS ARQUITETÔNICOS E ENGENHARIA CLÍNICA.....</b>     | <b>101</b> |
| <b>ABASTECIMENTO.....</b>                                    | <b>104</b> |
| <b>COMISSÕES.....</b>                                        | <b>105</b> |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>                                        | <b>117</b> |



## HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

### Visão

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

### Missão

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

### Valores

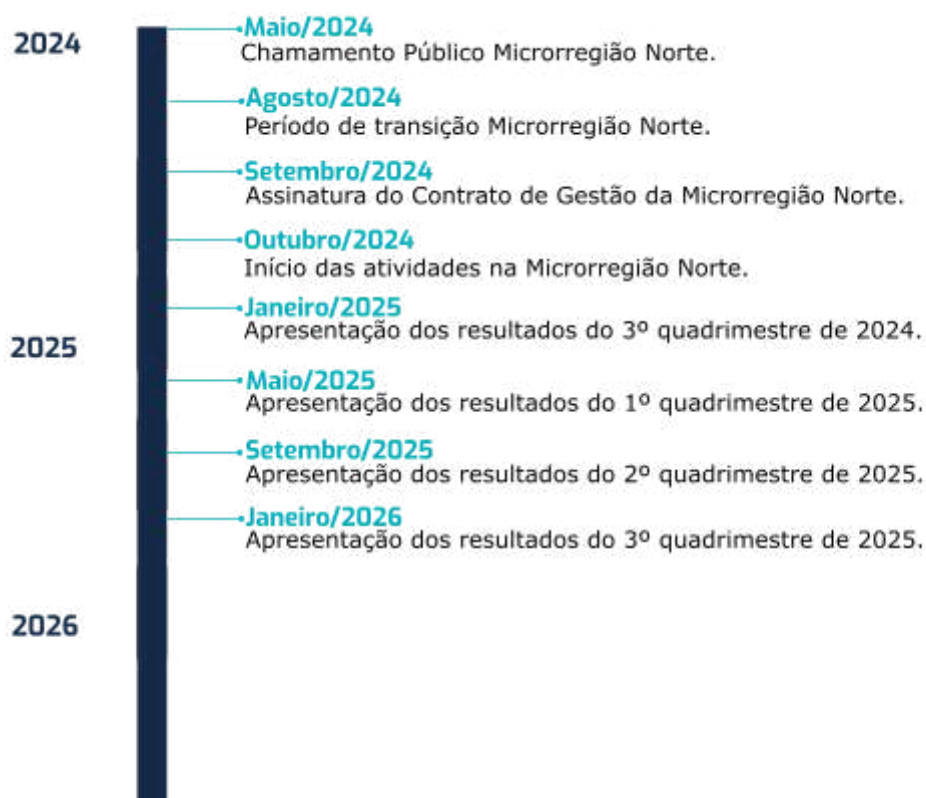
- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

## Pilares Estratégicos

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

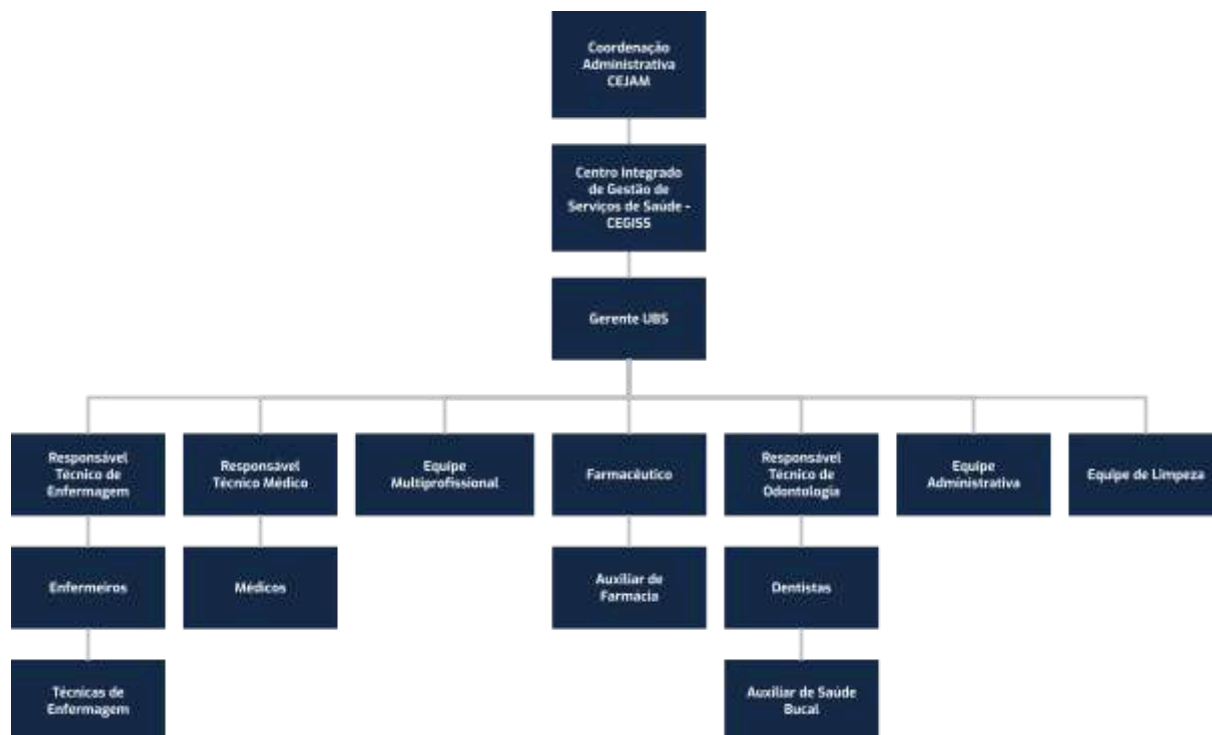
## Linha do Tempo

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



## Estrutura Organizacional

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



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

Em 1º de outubro de 2024, teve início o Contrato de Gestão nº 408/2024, firmado com o **Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM**, uma Organização Social de Saúde (OSS) qualificada no município de **São José dos Campos**. O contrato tem como objetivo a **implantação e o gerenciamento técnico** das unidades de saúde listadas, garantindo a administração, gerenciamento e operacionalização das atividades das **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** da rede assistencial. O CEJAM, inscrito no **CNPJ nº 66.518.267/0001-83**, possui sede Avenida da Liberdade, 765, no bairro Liberdade em São Paulo - SP- CEP 01503-001 e será responsável pela execução das atividades assistenciais, bem como pela conservação e manutenção dos equipamentos públicos permissionados. A execução deste contrato está alinhada com as **Políticas de Saúde do SUS** e as diretrizes da **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**, conforme plano de trabalho aprovado.

### Unidades contempladas e seus endereços:

- **UBS Alto da Ponte**
  - 📍 Rua Alziro Lebrão, 386 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12213-360
  - ◆ CNES: 0009407
- **UBS Altos de Santana**
  - 📍 Rua Pedro de Toledo, 619 - Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12212-050
  - ◆ CNES: 2073469
- **UBS Jardim Telespark**
  - 📍 Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700
  - ◆ CNES: 0009083
- **UBS Santana**
  - 📍 Avenida Rui Barbosa, 2445 - Santana, São José dos Campos - SP, 12212000
  - ◆ CNES: 0008990



## ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

## AValiação e Acompanhamento dos Serviços de Saúde

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

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **1º a 28º de Fevereiro de 2026**, nas quatro Unidades Básicas de Saúde da Microrregião Norte.

### Serviços Oferecidos

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

| Serviços                                                                          | UBS Alto da Ponte | UBS Altos de Santana | UBS Jardim Telespark | UBS Santana |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------|
| Administração e dispensação de medicamentos                                       | x                 | x                    | x                    | x           |
| Aferição de Pressão Arterial                                                      | x                 | x                    | x                    | x           |
| Atendimento odontológico                                                          | x                 | x                    | x                    | x           |
| Atendimento/visitas domiciliares                                                  | x                 | x                    | x                    | x           |
| Cateterismo vesical                                                               | x                 | x                    | x                    | x           |
| Coleta de material para análises clínicas                                         | x                 | x                    | x                    | x           |
| Coleta de material para detecção e erros inatos do metabolismo (teste do pezinho) | x                 | x                    | x                    | x           |
| Coleta de Papanicolaou                                                            | x                 | x                    | x                    | x           |
| Consultas médicas, enfermagem e equipe multiprofissional                          | x                 | x                    | x                    | x           |
| Cuidados com estomas                                                              | x                 | x                    | x                    | x           |
| Grupos/PICS                                                                       | x                 | x                    | x                    | x           |

|                                        |   |   |   |   |
|----------------------------------------|---|---|---|---|
| Lavagem ouvido                         | x | x | x | x |
| Realização de Eletrocardiograma        | x | x | x | x |
| Retirada de pontos                     | x | x | x | x |
| Sutura                                 | x | x | x | x |
| Terapia de Reidratação Oral            | x | x | x | x |
| Teste Imunológico de Gravidez          | x | x | x | x |
| Testes rápidos                         | x | x | x | x |
| Tratamento de Feridas/curativo         | x | x | x | x |
| Vacinas                                | x | x | x | x |
| Verificação de glicemia capilar        | x | x | x | x |
| Verificação de medidas antropométricas | x | x | x | x |
| Verificação de temperatura             | x | x | x | x |
| Vigilância em Saúde                    | x | x | x | x |

## FORÇA DE TRABALHO

### Dimensionamento dos Colaboradores - Microrregião

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

| Setor          | Cargo                             | Previsto | Efetivo | Δ | Turnover | Absenteísmo | CAT |
|----------------|-----------------------------------|----------|---------|---|----------|-------------|-----|
| Administrativo | Assistente Social (40h)           | 2        | 2       | ✓ | 0,00%    | 0,00%       | 0   |
|                | Auxiliar de Farmácia (40h)        | 3        | 3       | ✓ | 0,00%    | 21,67%      | 0   |
|                | Auxiliar de Saúde Bucal (40h)     | 10       | 8       | ↓ | 1,20%    | 7,66%       | 0   |
|                | Auxiliar de Serviços Gerais (40h) | 8        | 8       | ✓ | 0,00%    | 1,09%       | 0   |
| Assistencial   | Dentista (40h)                    | 10       | 11      | ↑ | 0,00%    | 0,00%       | 0   |
|                | Enfermeiro (40h)                  | 13       | 14      | ↑ | 0,00%    | 3,97%       | 0   |
|                | Farmacêutico (40h)                | 4        | 4       | ✓ | 0,00%    | 1,25%       | 0   |
|                | Gerente (40h)                     | 4        | 4       | ✓ | 0,00%    | 1,25%       | 0   |
|                | Jovem Aprendiz (30h)              | 4        | 3       | ↓ | 1,20%    | 4,44%       | 0   |
|                | Médico Clínico Geral (20h)        | 4        | 4       | ✓ | 0,00%    | 0,00%       | 0   |
|                | Médico Gineco-obstetra (20h)      | 2,5      | 2,5     | ✓ | 0,00%    | 0,00%       | 0   |
|                | Médico Pediatra (20h)             | 2        | 2       | ✓ | 0,00%    | 0,00%       | 0   |
|                | Médico Saúde da Família (40h)     | 11       | 11      | ✓ | 0,00%    | 0,00%       | 0   |

|                             |              |              |          |              |              |          |
|-----------------------------|--------------|--------------|----------|--------------|--------------|----------|
| Nutricionista (40h)         | 1            | 1            | ✓        | 0,00%        | 0,00%        | 0        |
| Recepcionista (44h)         | 12           | 17           | ↑        | 0,80%        | 2,19%        | 0        |
| Técnico de Enfermagem (40h) | 30           | 32           | ↑        | 0,00%        | 7,25%        | 0        |
| Técnico de Farmácia (40h)   | 1            | 1            | ✓        | 0,00%        | 0,00%        | 0        |
| <b>Total</b>                | <b>121,5</b> | <b>124,5</b> | <b>↑</b> | <b>0,19%</b> | <b>2,99%</b> | <b>0</b> |

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

### UBS Altos de Santana

**Auxiliar de Saúde Bucal (40h):** No momento, contamos com uma profissional de saúde bucal. Para fevereiro de 2026, já há uma candidata aprovada, com previsão de início em 02/02/2026. Seguimos com o processo de contratação em aberto para uma terceira ASB.

**Recepcionista:** Em relação à profissional recepcionista, no momento estamos com o quadro acima do previsto em contrato, em razão do afastamento por doença de uma das colaboradoras, que se encontra vinculada ao INSS.

**Jovem aprendiz:** Tivemos uma solicitação de desligamento em 12/01/2026. No entanto, já estamos em processo de contratação, com candidata prevista para iniciar na segunda quinzena de fevereiro de 2026.

**Técnico de Farmácia:** Encontra-se em processo de contratação, com início previsto para 06/02/2026.

### UBS Santana:

**Dentista (40h) :** Há um profissional excedente no quadro funcional, tendo em vista o afastamento de uma profissional gestante, que se encontra em licença-maternidade.

#### Enfermeiro (40h):

Verifica-se a existência de 1 profissional excedente. De acordo com os cadastros no mês de Fevereiro de 2026 do E-Sams , a população vinculada encontra-se acima do esperado, considerando o parâmetro de 2.000 pessoas por EAP de 20 horas. Embora o plano de trabalho preveja a atuação de dois enfermeiros com carga horária de 40 horas na Unidade de

Santana, observa-se que, considerando a população atualmente vinculada ao serviço, o quantitativo de recursos humanos existente — totalizando três enfermeiros — mostra-se compatível com a demanda assistencial.

Ressalta-se que a unidade funciona por 11 horas ininterruptas, sendo necessária a cobertura de enfermagem durante todo o período. Ademais, devem ser consideradas as ausências legais, como férias, atestados e outros afastamentos, o que torna insuficiente a atuação de apenas dois enfermeiros para atender às determinações estabelecidas.

### **UBS Alto da Ponte:**

**Recepcionista (44h):** uma profissional afastada por licença-maternidade. Com o objetivo de não comprometer a assistência prestada aos usuários, foi realizada reposição de profissionais, assegurando a continuidade dos serviços.

**Auxiliar de Saúde Bucal (40h):** No mesmo período, ocorreu o desligamento de uma Auxiliar de Saúde Bucal, permanecendo apenas uma profissional na equipe. Ressalta-se que já foi iniciado processo seletivo para reposição da vaga, encontrando-se atualmente em fase de andamento, aguardando a contratação.

### **UBS Telespark:**

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

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

**Técnico de enfermagem (40h):** Uma profissional encontra-se em licença-maternidade e outra profissional afastada pelo INSS. As contratações realizadas tiveram caráter substitutivo, visando garantir a continuidade dos serviços e evitar prejuízos à assistência, não configurando ampliação permanente do quadro de pessoal.

**Jovem Aprendiz (30h):** A vacância de jovem aprendiz decorre de desligamento voluntário da profissional anteriormente contratada. Foi iniciado processo de reposição, porém a candidata selecionada declinou da vaga. Encontra-se em andamento nova seleção para preenchimento da



função, a fim de regularizar a composição do quadro funcional no menor prazo possível.

## INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

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

Em função das atualizações contínuas nos sistemas de informação que subsidiam os indicadores, alguns valores podem sofrer alterações ao longo do tempo, tanto nos relatórios mensais quanto no quadrimestral. Além disso, devido à indisponibilidade/parcialidade de alguns relatórios do mês vigente, pode haver ausência de informações ou lacunas nos dados.

Para este mês, utilizamos para os cadastros vinculados os dados do sistema e-sams.

## Indicadores de Desempenho e Qualidade

### Qualidade - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Fevereiro de 2026**.

|           | SJC Microrregião Norte:<br>11 eSF + 4 eAP + 11 eSB                                   | 28/02/2026 |                                                                                |           |           |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|           |                                                                                      | Meta       | Indicadores                                                                    | Realizado | Resultado |
| Municipal | Cadastro individual vinculado à equipe                                               | -          | UBS Alto da Ponte                                                              | 13.149    | 53.027    |
|           |                                                                                      |            | UBS Altos de Santana                                                           | 14.889    |           |
|           |                                                                                      |            | UBS Telespark                                                                  | 10.755    |           |
|           |                                                                                      |            | UBS Santana                                                                    | 14.234    |           |
|           | Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a | > 45%      | Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana | 37        | 68,52%    |

|                                                                                              |                                                                |                                                                                 |        |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------|
| primeira até a 12ª semanas de gestação                                                       |                                                                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 54     |                                                      |
| Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV                           | ≥ 60%                                                          | Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV                    | 52     | 96,30%                                               |
|                                                                                              |                                                                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 54     |                                                      |
| Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado                                 | ≥ 60%                                                          | Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico                     | 50     | 92,59%                                               |
|                                                                                              |                                                                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 54     |                                                      |
| Cobertura de citopatológico de colo útero                                                    | ≥ 40%                                                          | Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos | 11.973 | 36,53%                                               |
|                                                                                              |                                                                | Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas                               | 32.772 |                                                      |
| Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente                                          | ≥ 95%                                                          | Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses   | 67     | 76,14%                                               |
|                                                                                              |                                                                | Número de crianças que completaram 1 ano no período                             | 88     |                                                      |
| Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre             | ≥ 50%                                                          | Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre             | 13.663 | 61,86%                                               |
|                                                                                              |                                                                | Número total de hipertensos cadastrados                                         | 22.086 |                                                      |
| Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre | ≥ 50%                                                          | Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre  | 4.609  | 47,44%                                               |
|                                                                                              |                                                                | Número total de diabéticos cadastrados                                          | 9.716  |                                                      |
| Proporção de encaminhamentos para serviço especializado                                      | < 20%                                                          | Número de encaminhamentos médicos realizados                                    | 3.106  | 20,69%                                               |
|                                                                                              |                                                                | Número total de consultas médicas realizadas                                    | 15.010 |                                                      |
| Acesso à primeira consulta odontológica programática                                         | Meta estabelecida por unidade conforme e ofício nº 109196/2024 | Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas            | 910    | Resultado por unidade conforme ofício nº 109196/2024 |
|                                                                                              |                                                                | Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe                         | 8.836  |                                                      |

|       |                                                                                                           |       |                                                                        |        |        |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| CEJAM | Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica                                        | < 20% | Número de internações por condições sensíveis à atenção primária       | 24     | 12,24% |
|       |                                                                                                           |       | Total de internações hospitalares                                      | 196    |        |
|       | Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)                | ≥ 80% | Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN  | 327    | 62,76% |
|       |                                                                                                           |       | Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados                        | 521    |        |
|       | Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)                             | ≥ 80% | Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos   | 3.973  | 17,88% |
|       |                                                                                                           |       | Número de diabéticos e hipertensos cadastrados                         | 22.219 |        |
|       | Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES                                   | 100%  | Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES               | 413    | 98,57% |
|       |                                                                                                           |       | Número total de profissionais cadastrados                              | 419    |        |
|       | Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano | N/A   | Circunstância de Risco                                                 | 22     | 302    |
|       |                                                                                                           |       | Quase Erro (Near Miss)                                                 | 0      |        |
|       |                                                                                                           |       | Não Conformidade                                                       | 16     |        |
|       |                                                                                                           |       | Incidente sem dano                                                     | 235    |        |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau I (leve)                                       | 19     |        |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau II (moderado)                                  | 9      |        |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau III (grave)                                    | 1      |        |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau IV (óbito)                                     | 0      |        |
|       | Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo                  | N/A   | Administrativo                                                         | 6      | 302    |
|       |                                                                                                           |       | Assistencial                                                           | 296    |        |
|       | Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)            | ≥ 85% | Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção | 150    | 78,13% |
|       |                                                                                                           |       | Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas | 192    |        |

|                                                                                                    |       |                                                                                  |        |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                                                                    |       |                                                                                  |        |         |
| Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | ≥ 40% | Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | 9.730  | 39,71%  |
|                                                                                                    |       | Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas                                    | 24.502 |         |
| Prevalência de hipertensos no território                                                           | ≥ 80% | Número de hipertensos autorreferidos cadastrados                                 | 21.982 | 93,64%  |
|                                                                                                    |       | Número esperado de hipertensos na população cadastrada                           | 23.476 |         |
| Prevalência de diabéticos no território                                                            | ≥ 80% | Número de diabéticos autorreferidos cadastrados                                  | 9.676  | 118,24% |
|                                                                                                    |       | Número esperado de diabéticos na população cadastrada                            | 8.183  |         |
|                                                                                                    |       |                                                                                  |        |         |

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

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

**Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12a semanas de gestação, Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV e Proporção de gestante com atendimento odontológico**

**realizado:** para estes indicadores apresentamos neste relatório resultados a partir de relatórios disponíveis no sistema e-sams.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** para este indicador apresentamos neste relatório resultados a partir de relatórios disponíveis no sistema e-sams.

**Cobertura de citopatológico:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de saúde da mulher disponibilizado pelo sistema e-sams conforme a população alvo do indicador.

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

**Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no**



**semestre:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de pessoas com diabetes do e-sams que já está customizado com a consulta e a solicitação de hemoglobina glicada. Ao longo dos meses utilizaremos o relatório como importante instrumento de busca ativa e monitoramento por parte das equipes.

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

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

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

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

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

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

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa,**

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

**Percentual de conformidade obtido nas avaliações realizadas em visitas técnicas do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica):** Realizadas adequações apontadas no segundo relatório de visita técnica realizada em Março/25. A terceira visita técnica foi realizada no mês de julho/25 e em dezembro/25 as unidades passaram por um novo período de avaliação para monitoramento das metas estabelecidas passando a realizar de forma autônoma.

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de saúde da mulher

disponibilizado pelo sistema e-sams conforme a população alvo do indicador. Foi encaminhado ofício à secretaria em 23 de Fevereiro de 2026, para mudança ou correção do dado no sistema eSams, onde considera mamografia realizada, e a meta contratual é referente à mamografias solicitadas, como usávamos na fonte anterior (SAMS).

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

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

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

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

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

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

## Qualidade - UBS Alto da Ponte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Alto da Ponte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Fevereiro de 2026**.

|                           | UBS Alto da Ponte:<br>4 eSF + 3 eSB                                                                                         | fevereiro/2026 |                                                                                 |           |                |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
|                           |                                                                                                                             | Meta           | Indicadores                                                                     | Realizado | Resultado      |
| Mu<br>ni<br>ci<br>pi<br>s | Cadastro individual vinculado à equipe                                                                                      | -              | Equipe 1                                                                        | 3.529     | <b>13.149</b>  |
|                           |                                                                                                                             |                | Equipe 2                                                                        | 3.740     |                |
|                           |                                                                                                                             |                | Equipe 3                                                                        | 3.166     |                |
|                           |                                                                                                                             |                | Equipe 4                                                                        | 2.714     |                |
|                           | Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação | > 45%          | Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana  | 3         | <b>75,00%</b>  |
|                           |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 4         |                |
|                           | Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV                                                          | ≥ 60%          | Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV                    | 4         | <b>100,00%</b> |
|                           |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 4         |                |
|                           | Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado                                                                | ≥ 60%          | Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico                     | 4         | <b>100,00%</b> |
|                           |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 4         |                |
|                           | Cobertura de citopatológico de colo útero                                                                                   | ≥ 40%          | Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos | 1.423     | <b>37,66%</b>  |
|                           |                                                                                                                             |                | Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas                               | 3.779     |                |

|                                                                                                           |         |                                                                                |       |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente                                                       | ≥ 95%   | Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses  | 6     | 85,71%                |
|                                                                                                           |         | Número de crianças que completaram 1 ano no período                            | 7     |                       |
| Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre                          | ≥ 50%   | Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre            | 1.576 | 59,11%                |
|                                                                                                           |         | Número total de hipertensos cadastrados                                        | 2.666 |                       |
| Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre              | ≥ 50%   | Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre | 588   | 58,62%                |
|                                                                                                           |         | Número total de diabéticos cadastrados                                         | 1.003 |                       |
| Proporção de encaminhamentos para serviço especializado                                                   | < 20%   | Número de encaminhamentos médicos realizados                                   | 351   | 13,97%                |
|                                                                                                           |         | Número total de consultas médicas realizadas                                   | 2.513 |                       |
| Acesso à primeira consulta odontológica programática                                                      | ≥ 16,5% | Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas           | 105   | 9,58%                 |
|                                                                                                           |         | Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe                        | 1.096 |                       |
| Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica                                        | < 20%   | Número de internações por condições sensíveis à atenção primária               | 0     | Dados não disponíveis |
|                                                                                                           |         | Total de internações hospitalares                                              | 0     |                       |
| Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)                | ≥ 80%   | Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN          | 46    | 46,00%                |
|                                                                                                           |         | Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados                                | 100   |                       |
| Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)                             | ≥ 80%   | Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos           | 573   | 15,62%                |
|                                                                                                           |         | Número de diabéticos e hipertensos cadastrados                                 | 3.669 |                       |
| Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES                                   | 100%    | Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES                       | 44    | 100,00%               |
|                                                                                                           |         | Número total de profissionais cadastrados                                      | 44    |                       |
| Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano | N/A     | Circunstância de Risco                                                         | 22    | 23                    |
|                                                                                                           |         | Quase Erro (Near Miss)                                                         | 0     |                       |



|                                                                                                    |       |                                                                                  |       |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
|                                                                                                    |       | Não Conformidade                                                                 | 0     |         |
|                                                                                                    |       | Incidente sem dano                                                               | 1     |         |
|                                                                                                    |       | Incidente com dano Grau I (leve)                                                 | 0     |         |
|                                                                                                    |       | Incidente com dano Grau II (moderado)                                            | 0     |         |
|                                                                                                    |       | Incidente com dano Grau III (grave)                                              | 0     |         |
|                                                                                                    |       | Incidente com dano Grau IV (óbito)                                               | 0     |         |
| Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo           | N/A   | Administrativo                                                                   | 1     | 23      |
|                                                                                                    |       | Assistencial                                                                     | 22    |         |
| Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)     | ≥ 85% | Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção           | 41    | 85,42%  |
|                                                                                                    |       | Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas           | 48    |         |
| Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | ≥ 40% | Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | 822   | 32,54%  |
|                                                                                                    |       | Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas                                    | 2.526 |         |
| Prevalência de hipertensos no território                                                           | ≥ 80% | Número de hipertensos autorreferidos cadastrados                                 | 2.658 | 106,39% |
|                                                                                                    |       | Número esperado de hipertensos na população cadastrada                           | 2.498 |         |
| Prevalência de diabéticos no território                                                            | ≥ 80% | Número de diabéticos autorreferidos cadastrados                                  | 1.000 | 116,50% |
|                                                                                                    |       | Número esperado de diabéticos na população cadastrada                            | 858   |         |

**Cobertura de citopatológico de colo útero:** Houve resultado positivo em relação ao mês de janeiro. Em janeiro, o indicador foi de 34,21%, passando para 37,66% em fevereiro, representando um aumento de 3% em relação ao mês anterior. A estratégia adotada em fevereiro consistiu na ampliação da divulgação das vagas de livre demanda, tendo seu início na segunda semana do mês. A divulgação foi realizada por meio do grupo do Colegiado Gestor da Unidade, com fixação de cartazes na recepção e em pontos de apoio, além de divulgação em postes no território.

No período, foram agendadas 96 consultas para coleta do exame, entretanto, registraram-se 39 faltas. Com a ampliação da divulgação, foram realizadas 30 coletas por livre demanda.

Embora o resultado ainda esteja abaixo da meta de 40%, consideramos o desempenho satisfatório diante do cenário apresentado, sendo mantida a estratégia para o mês de março.

Ressalta-se ainda que o Relatório de Saúde da Mulher foi analisado e foram identificadas inconsistências que interferem no resultado real do denominador do indicador. Foi realizada a abertura de chamado nº 67736, referente a 48 pacientes que constam no relatório da UBS Alto da Ponte, porém pertencem a outras UBS do município. Também foi aberto chamado no período referente a 3 cadastros com CRAs duplicados, visando à regularização das informações e maior fidedignidade dos dados.



**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** No período, foram identificadas 7 crianças em acompanhamento para atualização das vacinas VIP e Pentavalente. Destas, 1 criança não completou o calendário vacinal.

A equipe responsável pelo acompanhamento familiar relata que a mãe apresenta resistência em levar a criança para a atualização das vacinas, mesmo após orientações quanto à importância da imunização.

Diante da situação, foi realizada notificação por suspeita de negligência conforme protocolo vigente. O caso seguirá em acompanhamento pela equipe de referência e pelo Serviço Social da unidade, com monitoramento contínuo e novas tentativas de sensibilização da responsável quanto à

necessidade de manter o calendário vacinal em dia.

**Acesso à primeira consulta odontológica programática:** No período avaliado, a unidade contou com redução da capacidade operacional da equipe de Saúde Bucal, considerando que, das três cirurgiãs-dentistas, uma esteve em gozo de férias, com retorno em 11/02.

Além disso, a unidade permaneceu fechada nos dias 16 e 17 de fevereiro, em razão do feriado de Carnaval, ocasionando diminuição dos dias úteis de atendimento.

Esses fatores resultaram na redução da oferta de consultas odontológicas e de vagas destinadas ao grupo de acesso, impactando diretamente o resultado do indicador no mês em análise.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica:** Consulta realizada em 02/03/2026 no TABNET sem disponibilidade da informação no mês de avaliação.

**Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS):** No mês de fevereiro, contamos com apenas 17 dias úteis para acompanhamento dos pacientes, em razão do recesso de Carnaval, o que reduziu o tempo disponível para execução das ações programadas.

Ressalta-se ainda que, no período, ocorreram treinamentos programados, férias de profissionais e afastamentos por atestado médico, o que também impactou diretamente na execução das atividades e no alcance das metas estabelecidas.

Estimamos melhora nos resultados a partir do próximo mês, com a consolidação do novo processo de trabalho.

**Proporção de pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão acompanhados em visita domiciliar (ACS):** No mês de fevereiro, contamos com apenas 17 dias úteis para acompanhamento dos pacientes, em razão do recesso de Carnaval, o que reduziu o tempo disponível para execução das ações programadas.

Além disso, visando à melhor organização do território e à ampliação da efetividade dos acompanhamentos, foi realizada a redivisão das áreas entre as equipes. Nesse contexto, a equipe de Agentes Comunitários de Saúde concentrou-se, na primeira semana do mês, na reorganização do

processo de trabalho e no cadastramento da população adscrita.

Ressalta-se ainda que, no período, ocorreram treinamentos programados, férias de profissionais e afastamentos por atestado médico, o que também impactou diretamente na execução das atividades e no alcance das metas estabelecidas.

Estimamos melhora nos resultados a partir do próximo mês, com a consolidação do novo processo de trabalho.

**Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** A estratégia adotada consistiu na análise sistemática dos atendimentos realizada pela Enfermeira Responsável Técnica (RT), que passou a avaliar os pacientes atendidos dentro dos parâmetros do indicador, identificando oportunidades de solicitação de exames conforme protocolo.

Como resultado dessa ação, houve elevação no número de solicitações, passando de 60 no mês de janeiro para 100 no mês de fevereiro, demonstrando impacto positivo da intervenção.

Além disso, houve intensificação da divulgação, utilizando a mesma metodologia aplicada no acompanhamento do citopatológico, o que contribuiu para ampliação do acesso e sensibilização da população-alvo.

Ressalta-se ainda que o Relatório de Saúde da Mulher foi analisado e foram identificadas inconsistências que interferem no resultado real do denominador do indicador. Foi realizada a abertura de chamado nº 67736, referente a 48 pacientes que constam no relatório da UBS Alto da Ponte, porém pertencem a outras UBS do município. Também foi aberto chamado no período referente a 3 cadastros com CRAs duplicados, visando à regularização das informações e maior fidedignidade dos dados.

Adicionalmente, identificou-se que o relatório utilizado apresenta metodologia de consolidação baseada em mamografias realizadas, o que pode influenciar a leitura do indicador, considerando que o parâmetro de monitoramento estabelece como critério a mamografia solicitada, e não necessariamente a realizada. Essa divergência pode impactar na interpretação dos resultados apresentados. **Foi encaminhado um ofício (nº0006/2026 - Regional São José dos Campos) em 23 de Fevereiro, relatando a divergência na informação ao ser apresentado o dado de mamografia realizada e o método de cálculo do indicador ser mamografia solicitada.**



## Qualidade - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Fevereiro de 2026**.

|                        | UBS Altos de Santana:<br>4 eSF + 3 eSB                                                                                      | fevereiro/2026 |                                                                                 |           |                |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
|                        |                                                                                                                             | Meta           | Indicadores                                                                     | Realizado | Resultado      |
| Mu<br>nici<br>pai<br>s | Cadastro individual vinculado à equipe                                                                                      | -              | Equipe 1                                                                        | 3.449     | <b>14.889</b>  |
|                        |                                                                                                                             |                | Equipe 2                                                                        | 3.449     |                |
|                        |                                                                                                                             |                | Equipe 3                                                                        | 4.386     |                |
|                        |                                                                                                                             |                | Equipe 4                                                                        | 3.605     |                |
|                        | Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação | > 45%          | Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana  | 4         | <b>66,67%</b>  |
|                        |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 6         |                |
|                        | Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV                                                          | ≥ 60%          | Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV                    | 6         | <b>100,00%</b> |
|                        |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 6         |                |
|                        | Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado                                                                | ≥ 60%          | Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico                     | 6         | <b>100,00%</b> |
|                        |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 6         |                |
|                        | Cobertura de citopatológico de colo útero                                                                                   | ≥ 40%          | Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos | 1.555     | <b>33,95%</b>  |
|                        |                                                                                                                             |                | Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas                               | 4.580     |                |
|                        | Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente                                                                         | ≥ 95%          | Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses   | 9         | <b>69,23%</b>  |

|                                                                                                           |         |                                                                                |       |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
|                                                                                                           |         | Número de crianças que completaram 1 ano no período                            | 13    |                       |
| Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre                          | ≥ 50%   | Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre            | 1.447 | 53,43%                |
|                                                                                                           |         | Número total de hipertensos cadastrados                                        | 2.708 |                       |
| Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre              | ≥ 50%   | Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre | 680   | 59,29%                |
|                                                                                                           |         | Número total de diabéticos cadastrados                                         | 1.147 |                       |
| Proporção de encaminhamentos para serviço especializado                                                   | < 20%   | Número de encaminhamentos médicos realizados                                   | 486   | 19,19%                |
|                                                                                                           |         | Número total de consultas médicas realizadas                                   | 2.533 |                       |
| Acesso à primeira consulta odontológica programática                                                      | ≥ 15,4% | Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas           | 120   | 9,67%                 |
|                                                                                                           |         | Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe                        | 1.241 |                       |
| Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica                                        | < 20%   | Número de internações por condições sensíveis à atenção primária               | 0     | Dados não disponíveis |
|                                                                                                           |         | Total de internações hospitalares                                              | 0     |                       |
| Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)                | ≥ 80%   | Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN          | 74    | 97,37%                |
|                                                                                                           |         | Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados                                | 76    |                       |
| Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)                             | ≥ 80%   | Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos           | 718   | 18,63%                |
|                                                                                                           |         | Número de diabéticos e hipertensos cadastrados                                 | 3.855 |                       |
| Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES                                   | 100%    | Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES                       | 42    | 93,33%                |
|                                                                                                           |         | Número total de profissionais cadastrados                                      | 45    |                       |
| Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano | N/A     | Circunstância de Risco                                                         | 0     | 1                     |
|                                                                                                           |         | Quase Erro (Near Miss)                                                         | 0     |                       |
|                                                                                                           |         | Não Conformidade                                                               | 0     |                       |

|                                                                                                    |       |                                                                                  |       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
|                                                                                                    |       | Incidente sem dano                                                               | 0     |        |
|                                                                                                    |       | Incidente com dano Grau I (leve)                                                 | 1     |        |
|                                                                                                    |       | Incidente com dano Grau II (moderado)                                            | 0     |        |
|                                                                                                    |       | Incidente com dano Grau III (grave)                                              | 0     |        |
|                                                                                                    |       | Incidente com dano Grau IV (óbito)                                               | 0     |        |
| Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo           | N/A   | Administrativo                                                                   | 0     | 1      |
|                                                                                                    |       | Assistencial                                                                     | 1     |        |
| Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)     | ≥ 85% | Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção           | 0     | 85,00% |
|                                                                                                    |       | Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas           | 0     |        |
| Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | ≥ 40% | Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | 1.062 | 34,83% |
|                                                                                                    |       | Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas                                    | 3.049 |        |
| Prevalência de hipertensos no território                                                           | ≥ 80% | Número de hipertensos autorreferidos cadastrados                                 | 2.700 | 98,52% |

|                                         |       |                                                        |       |         |
|-----------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------|-------|---------|
|                                         |       | Número esperado de hipertensos na população cadastrada | 2.741 |         |
| Prevalência de diabéticos no território | ≥ 80% | Número de diabéticos autorreferidos cadastrados        | 1.143 | 121,40% |
|                                         |       | Número esperado de diabéticos na população cadastrada  | 942   |         |

### Análise Crítica:

**Cobertura de citopatológico:** Em referência ao mês de fevereiro/2026 ficamos abaixo da meta esperada e como estratégia de melhoria, foi implantado um dia de atendimento em livre demanda, mantendo-se a oferta de agendamentos ao longo de toda a semana. Além disso, foi designada, em todas as sextas-feiras do mês, de forma escalada, que uma equipe seja responsável pela realização da busca ativa das pacientes que se enquadram nos critérios estabelecidos. Também foi reforçado junto à equipe o compromisso com a continuidade das buscas e o acompanhamento dessas mulheres, a fim de garantir maior adesão e seguimento adequado. Identificou-se ainda que o exame preventivo apresenta melhor adesão quando realizado pelo médico, possivelmente em razão de fatores culturais. Dessa forma, para o mês de março, os exames preventivos iremos reformular a agenda para que o exame seja realizado também pelos médicos em dias alternados juntamente aos enfermeiros. Salientamos que houve uma leve melhora em relação ao mês anterior, com ajuste no denominador do indicador, provavelmente devido a ajustes nos cadastros, exclusão de óbitos e inativação de algumas mulheres que constavam como pertencentes à unidade, mas que na realidade não estavam na área de abrangência.

### Cobertura de citopatológico de colo útero

| Indicador (Controle Interno)                                                    | Meta  | jan./26 | fev./26 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|
| Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos | ≥ 40% | 1.546   | 1.555   |
| Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas                               |       | 5.022   | 4.580   |

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** Em relação à cobertura vacinal, os pacientes de CRA 1190578, 1190037 e 1190175 realizaram o esquema vacinal em clínica particular, com aplicação da vacina hexavalente. No caso do CRA 1193783, o esquema vacinal encontra-se completo; entretanto, a equipe informou que as vacinas foram administradas em outro município. Foi reforçado com a equipe de enfermagem quanto à necessidade de registrar no sistema todas as vacinas realizadas em outros municípios, a fim de garantir a atualização adequada das informações e a fidedignidade dos dados de cobertura vacinal.



**Acesso à primeira consulta odontológica programática:** O resultado ficou aquém do esperado em razão do afastamento de uma profissional cirurgiã-dentista, bem como do impacto de emenda e feriado no período, o que reduziu a oferta de atendimentos e comprometeu o desempenho previsto.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica:** Consulta realizada em 03/03/2026, dados ainda não disponíveis.

**Proporção de pessoas com diabetes e hipertensão acompanhadas em visita domiciliar (ACS):** A unidade conta atualmente com 12 Agentes Comunitários de Saúde, enquanto o quantitativo ideal seria de 16 profissionais. Desses, 2 encontram-se readaptadas 100%, o que compromete o alcance da meta. Além disso, durante o período houve impacto devido a férias, participação em cursos, absenteísmo por atestados médicos e emenda de feriado de 3 dias. Como estratégia para melhoria do indicador, foi orientado o uso do tablet, o registro correto e diário das atividades no sistema, Além das reuniões semanais com ACS, enfermeiros e médicos da área para acompanhamento das visitas, especialmente dos grupos prioritários, também realizamos uma reunião mensal com a gerência para avaliar indicadores e demandas da unidade. No momento, aguardamos a contratação de novos ACS pela SMS para recomposição da equipe.

**Proporção de gestantes,puérperas e recém nascidos acompanhadas em visita domiciliar (ACS):** haverá reforço da busca ativa aos ACS das gestantes, orientando sobre a importância da visita mensal e do acompanhamento regular para garantir um pré-natal adequado.

**Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES -** Neste mês, a meta não foi atingida em razão do aguardo pela atualização no CNES, referente à exclusão e inclusão de profissionais. Foram solicitadas as exclusões de duas profissionais — recepcionistas — bem como a inclusão de uma profissional na função de auxiliar de higienização. A Ficha 21 foi encaminhada ao setor responsável após a solicitação de desligamento das colaboradoras, ocorrida na primeira quinzena de fevereiro, juntamente com a solicitação de inclusão da nova profissional.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):** Para este indicador, foi realizado um treinamento com a equipe com o objetivo de identificar as principais dificuldades dos colaboradores em relação às notificações. Durante o encontro, também foram reforçadas as orientações sobre a forma correta de realizar as notificações e destacada a

importância desse registro para o acompanhamento e monitoramento adequado das informações. Para o mês de março, serão intensificadas as ações voltadas ao fortalecimento do engajamento da equipe, bem como à continuidade das estratégias de sensibilização e acompanhamento dos profissionais, com o objetivo de qualificar o processo de notificação e melhorar o desempenho do indicador.

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** Para este indicador, permanecemos abaixo da meta estabelecida; entretanto, em comparação ao mês anterior, foi possível observar discreta melhora no desempenho.

#### Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos

| Indicador                                                                        | Meta  | jan./26 | fev./26 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|
| Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | ≥ 40% | 1.090   | 1.062   |
| Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas                                    |       | 3.336   | 3.049   |

Diante disso, manteremos as estratégias já implementadas, como a busca ativa das mulheres dentro da faixa etária preconizada e a solicitação do exame em qualquer atendimento, seja em consultas de enfermagem ou médicas. Além disso, reforçamos com a equipe o compromisso com a continuidade das buscas ativas e o acompanhamento dessas mulheres, com o objetivo de ampliar a adesão e garantir o seguimento adequado. Salientamos que houve uma leve melhora em relação ao mês anterior, com ajuste no denominador do indicador, provavelmente devido a ajustes nos cadastros, exclusão de óbitos e inativação de algumas mulheres que constavam como pertencentes à unidade, mas que na realidade não estavam na área de abrangência.

#### Qualidade - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Fevereiro de 2026**.

| Municipal | UBS Jardim Telespark:<br>3 eSF + 1 eSB | fevereiro/2026 |             |           |               |
|-----------|----------------------------------------|----------------|-------------|-----------|---------------|
|           |                                        | Meta           | Indicadores | Realizado | Resultado     |
|           | Cadastro individual vinculado à equipe | -              | Equipe 1    | 3.295     | <b>10.755</b> |
|           |                                        |                | Equipe 2    | 3.526     |               |
|           |                                        |                | Equipe 3    | 3.934     |               |

|                                                                                                                             |        |                                                                                 |       |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação | > 45%  | Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana  | 6     | 66,67%  |
|                                                                                                                             |        | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 9     |         |
| Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV                                                          | ≥ 60%  | Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV                    | 9     | 100,00% |
|                                                                                                                             |        | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 9     |         |
| Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado                                                                | ≥ 60%  | Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico                     | 9     | 100,00% |
|                                                                                                                             |        | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 9     |         |
| Cobertura de citopatológico de colo útero                                                                                   | ≥ 40%  | Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos | 1.256 | 36,32%  |
|                                                                                                                             |        | Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas                               | 3.458 |         |
| Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente                                                                         | ≥ 95%  | Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses   | 7     | 70,00%  |
|                                                                                                                             |        | Número de crianças que completaram 1 ano no período                             | 10    |         |
| Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre                                            | ≥ 50%  | Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre             | 1.182 | 50,88%  |
|                                                                                                                             |        | Número total de hipertensos cadastrados                                         | 2.323 |         |
| Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre                                | ≥ 50%  | Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre  | 594   | 64,85%  |
|                                                                                                                             |        | Número total de diabéticos cadastrados                                          | 916   |         |
| Proporção de encaminhamentos para serviço especializado                                                                     | < 20%  | Número de encaminhamentos médicos realizados                                    | 277   | 13,29%  |
|                                                                                                                             |        | Número total de consultas médicas realizadas                                    | 2.085 |         |
| Acesso à primeira consulta odontológica programática                                                                        | ≥ 5,5% | Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas            | 67    | 7,48%   |
|                                                                                                                             |        | Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe                         | 896   |         |

|       |                                                                                                           |       |                                                                                  |       |                       |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| CEJAM | Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica                                        | < 20% | Número de internações por condições sensíveis à atenção primária                 | 0     | Dados não disponíveis |
|       |                                                                                                           |       | Total de internações hospitalares                                                | 0     |                       |
|       | Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)                | ≥ 80% | Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN            | 14    | 15,73%                |
|       |                                                                                                           |       | Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados                                  | 89    |                       |
|       | Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)                             | ≥ 80% | Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos             | 309   | 9,54%                 |
|       |                                                                                                           |       | Número de diabéticos e hipertensos cadastrados                                   | 3.239 |                       |
|       | Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES                                   | 100%  | Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES                         | 71    | 97,26%                |
|       |                                                                                                           |       | Número total de profissionais cadastrados                                        | 73    |                       |
|       | Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano | N/A   | Circunstância de Risco                                                           | 0     | 2                     |
|       |                                                                                                           |       | Quase Erro (Near Miss)                                                           | 0     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Não Conformidade                                                                 | 0     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente sem dano                                                               | 1     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau I (leve)                                                 | 1     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau II (moderado)                                            | 0     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau III (grave)                                              | 0     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau IV (óbito)                                               | 0     |                       |
|       | Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo                  | N/A   | Administrativo                                                                   | 0     | 2                     |
|       |                                                                                                           |       | Assistencial                                                                     | 2     |                       |
|       | Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)            | ≥ 85% | Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção           | 43    | 89,58%                |
|       |                                                                                                           |       | Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas           | 48    |                       |
|       | Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos        | ≥ 40% | Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | 800   | 34,77%                |



|                                          |       |                                                        |       |        |
|------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------|-------|--------|
|                                          |       | Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas          | 2.301 |        |
| Prevalência de hipertensos no território | ≥ 80% | Número de hipertensos autorreferidos cadastrados       | 2.241 | 96,47% |
|                                          |       | Número esperado de hipertensos na população cadastrada | 2.323 |        |
| Prevalência de diabéticos no território  | ≥ 80% | Número de diabéticos autorreferidos cadastrados        | 891   | 97,27% |
|                                          |       | Número esperado de diabéticos na população cadastrada  | 916   |        |

### Análise Crítica:

**Cobertura de citopatológico:** No período analisado, o indicador de rastreamento do câncer do colo do útero não atingiu a meta pactuada de 40%. As equipes mantiveram estratégias de busca ativa com base em dados do E-SAMS, associadas a ações educativas no território com orientações sobre importância do exame preventivo, desmistificação da coleta do exame (dor, vergonha, medo) e utilização da maca portátil para coleta de exame nas ações realizadas no território e organização de agendas com disponibilidade para demanda espontânea, bem como agenda programada diariamente, com suporte médico, visando ampliar o acesso.

O percentual passou de 33,48% em janeiro para 36,32% em fevereiro. Embora ainda aquém do esperado, os resultados indicam tendência de crescimento, recomendando-se a continuidade e intensificação das ações para alcance da meta estabelecida.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** verificou-se que, de um total de 10 crianças acompanhadas, 3 não completaram o esquema vacinal no período avaliado. Após monitoramento nominal e realização de busca ativa, constatou-se que parte das pendências decorre de inconsistências cadastrais devido à mudança de território. Em um dos casos, o cadastro encontra-se bloqueado, visto que foi realizada visita domiciliar, identificando-se que a criança (N.H.C.A.) não reside no endereço informado, permanecendo apenas o genitor no local, sem êxito nas tentativas subsequentes de contato. Em outros dois casos, verificou-se que as crianças (B.S.S e M.G.R) não residem mais na área de abrangência, sendo uma delas atualmente residente em outro município, e outra com orientação para atualização da situação vacinal junto ao serviço de referência.

Diante do exposto, observa-se que o não atingimento da meta está relacionado a mudanças de

território e não à recusa vacinal. Permanecem em curso ações de qualificação do cadastro, atualização do vínculo territorial e monitoramento sistemático, com vistas ao alcance da meta estabelecida.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na atenção básica:** Conforme consulta ao sistema TABNET em 02/03/2026, os dados referente ao mês de fevereiro de 2026 não estão disponíveis.

**Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS):** No mês de fevereiro, o desempenho assistencial ficou abaixo dos parâmetros estabelecidos, em decorrência de afastamentos programados e ausências legais como (férias e atestados), bem como da participação da equipe em capacitação, matriciamento, grupos e atividades internas da unidade, incluindo sala de espera e reuniões da CIPA e do COMUS.

Destaca-se, ainda, que os ACSs contaram com apenas 17 dias úteis no período, em razão da emenda do feriado de Carnaval, impactando diretamente na produção mensal. Ademais, enfatizamos que este indicador está em análise pelo DAPRIS.

**Proporção de pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão acompanhadas em visita domiciliar (ACS):** No período analisado, o indicador apresentou resultado inferior ao parâmetro estabelecido, refletindo a redução da capacidade operacional da equipe no mês. O cenário foi influenciado por afastamentos previstos e intercorrentes, além do envolvimento dos profissionais em ações institucionais, como capacitação, matriciamento, grupos educativos e atividades internas da unidade.

Ressalta-se que os ACSs atuaram em apenas 17 dias úteis, em virtude da emenda do feriado de Carnaval, fator que impactou diretamente na realização das visitas domiciliares e, consequentemente, na produção do indicador. Informamos, ainda, que o referido indicador encontra-se em análise pelo DAPRIS.

**Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES:** Solicitadas exclusão de dois profissionais (técnico em patologia) em 02/03/2026. Aguardando atualização de sistema CNES.

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

No mês de fevereiro, foram registradas duas ocorrências de eventos adversos relacionados à assistência. Reitera-se que permanecem em desenvolvimento ações de sensibilização junto à equipe multiprofissional, com ênfase na importância da notificação oportuna e adequada dos eventos adversos, como estratégia fundamental para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, qualificação dos processos assistenciais e prevenção de recorrências.

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** No período analisado, o indicador de solicitação de mamografia na faixa etária preconizada (40-69 anos) não atingiu a meta de 40%. Conforme relatório extraído do sistema e-SAMS, o percentual passou de 33,32% em janeiro para 34,77% em fevereiro, representando. Em relação a fonte do indicador, foi encaminhado um ofício (nº0006/2026 - Regional São José dos Campos) em 23 de Fevereiro, relatando a divergência na informação ao ser apresentado o dado de mamografia realizada e o método de cálculo do indicador ser mamografia solicitada.

Considerando o cálculo realizado conforme dados do sistema SAMS, foram solicitadas, nos últimos 24 meses, 1.514 mamografias para um denominador de 2.301 mulheres na faixa etária preconizada para rastreamento, resultando em uma cobertura de 65,8%.

Consulta Demanda - Unidade

Seleção

Unid. Atend.: 0000197 UBS JARDIM TELES PARK

Exame: 0204030188 AA MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

Tp. Atend.: TODOS Tp. Vaga Solic.: TODOS Status: TODOS

Período de Seleção

Dt. Inicial: 01/02/2024

Dt. Final: 28/02/2026

Atendimentos(1514)

| Classif. | Dt. Solic. | Paciente | Susp. Clínica                          | Obs.            |
|----------|------------|----------|----------------------------------------|-----------------|
| 1        | 02/02/2024 |          | RASTREAMENTO                           |                 |
| 2        | 02/02/2024 |          | RASTREAMENTO                           |                 |
| 3        | 02/02/2024 |          | MAMOGRAFIA                             |                 |
| 4        | 02/02/2024 |          | RASTREAMENTO                           |                 |
| 5        | 05/02/2024 |          | MAMOGRAFIA                             |                 |
| 6        | 06/02/2024 |          | RASTREAMENTO                           |                 |
| 7        | 06/02/2024 |          | RASTREAMENTO                           |                 |
| 8        | 09/02/2024 |          | MAMOGRAFIA                             |                 |
| 9        | 09/02/2024 |          | ROTINA                                 | MAMOGRAFIA REAG |
| 10       | 09/02/2024 |          | AVALIAÇÃO DE SAÚDE                     | EXAME REAGENDAI |
| 11       | 12/02/2024 |          | AVALIAÇÃO DE SAÚDE PAPANICOLAU E MA... |                 |
| 12       | 12/02/2024 |          | ROTINA                                 |                 |
| 13       | 14/02/2024 |          | AVALIAÇÃO DE SAÚDE                     |                 |
| 14       | 14/02/2024 |          | NODULO NAS MAMAS                       |                 |

Paciente

Nome:

CRA:

Idade:

Nº Tel:

Consulta:

Unid. Exec:

Data:

Hora:

Impressão

Sair

A equipe permanece intensificando ações de sensibilização pela equipe multiprofissional, a busca ativa com base no e-SAMS e as atividades educativas em sala de espera.

### Qualidade - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Fevereiro de 2026**.

|                    | UBS Santana:<br>4 eAP + 3 eSB                                                                                               | fevereiro/2026 |                                                                                 |           |                |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
|                    |                                                                                                                             | Meta           | Indicadores                                                                     | Realizado | Resultado      |
| Mu<br>nici<br>pais | Cadastro individual vinculado à equipe                                                                                      | -              | Equipe 1                                                                        | 3.755     | <b>14.234</b>  |
|                    |                                                                                                                             |                | Equipe 2                                                                        | 2.395     |                |
|                    |                                                                                                                             |                | Equipe 3                                                                        | 1.029     |                |
|                    |                                                                                                                             |                | Equipe 4                                                                        | 7.055     |                |
|                    | Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação | > 45%          | Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana  | 5         | <b>55,56%</b>  |
|                    |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 9         |                |
|                    | Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV                                                          | ≥ 60%          | Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV                    | 9         | <b>100,00%</b> |
|                    |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 9         |                |
|                    | Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado                                                                | ≥ 60%          | Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico                     | 9         | <b>100,00%</b> |
|                    |                                                                                                                             |                | Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período                 | 9         |                |
|                    | Cobertura de citopatológico de colo útero                                                                                   | ≥ 40%          | Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos | 1.747     | <b>35,46%</b>  |
|                    |                                                                                                                             |                | Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas                               | 4.926     |                |
|                    | Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente                                                                         | ≥ 95%          | Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses   | 5         | <b>71,43%</b>  |
|                    |                                                                                                                             |                | Número de crianças que completaram 1 ano no período                             | 7         |                |



|       |                                                                                                           |       |                                                                                |       |                       |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| CEJAM | Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre                          | ≥ 50% | Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre            | 1.765 | 50,97%                |
|       |                                                                                                           |       | Número total de hipertensos cadastrados                                        | 3.463 |                       |
|       | Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre              | ≥ 50% | Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre | 470   | 39,76%                |
|       |                                                                                                           |       | Número total de diabéticos cadastrados                                         | 1.182 |                       |
|       | Proporção de encaminhamentos para serviço especializado                                                   | < 20% | Número de encaminhamentos médicos realizados                                   | 544   | 21,36%                |
|       |                                                                                                           |       | Número total de consultas médicas realizadas                                   | 2.547 |                       |
|       | Acesso à primeira consulta odontológica programática                                                      | ≥ 13% | Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas           | 154   | 12,98%                |
|       |                                                                                                           |       | Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe                        | 1.186 |                       |
|       | Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica                                        | < 20% | Número de internações por condições sensíveis à atenção primária               | 0     | Dados não disponíveis |
|       |                                                                                                           |       | Total de internações hospitalares                                              | 0     |                       |
|       | Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES                                   | 100%  | Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES                       | 59    | 100,00%               |
|       |                                                                                                           |       | Número total de profissionais cadastrados                                      | 59    |                       |
|       | Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano | N/A   | Circunstância de Risco                                                         | 0     | 17                    |
|       |                                                                                                           |       | Quase Erro (Near Miss)                                                         | 0     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Não Conformidade                                                               | 16    |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente sem dano                                                             | 0     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau I (leve)                                               | 1     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau II (moderado)                                          | 0     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau III (grave)                                            | 0     |                       |
|       |                                                                                                           |       | Incidente com dano Grau IV (óbito)                                             | 0     |                       |
|       | Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à                                               | N/A   | Administrativo                                                                 | 5     | 17                    |

|                                                                                                    |       |                                                                                  |       |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| assistência à saúde por Tipo                                                                       |       | Assistencial                                                                     | 12    |         |
| Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)     | ≥ 85% | Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção           | 44    | 91,67%  |
|                                                                                                    |       | Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas           | 48    |         |
| Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | ≥ 40% | Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos | 1.219 | 38,07%  |
|                                                                                                    |       | Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas                                    | 3.202 |         |
| Prevalência de hipertensos no território                                                           | ≥ 80% | Número de hipertensos autorreferidos cadastrados                                 | 3.457 | 103,11% |
|                                                                                                    |       | Número esperado de hipertensos na população cadastrada                           | 3.353 |         |
| Prevalência de diabéticos no território                                                            | ≥ 80% | Número de diabéticos autorreferidos cadastrados                                  | 1.177 | 102,19% |
|                                                                                                    |       | Número esperado de diabéticos na população cadastrada                            | 1.152 |         |

**Cobertura de citopatológico colo de útero:** no mês de fevereiro de 2026, apresentou evolução positiva, alcançando o percentual de 35,46%, em comparação aos 34,19% registrados em janeiro. Apesar dos esforços, o resultado ainda se mantém abaixo da meta estabelecida de ≥40%. A unidade permanece aguardando retorno do chamado nº 0065159, aberto em razão da não conformidade na transmissão das informações do E-SAMS para a planilha da condição avaliada "Saúde da Mulher", que atualmente é a fonte deste indicador. Destaca-se que os exames são devidamente realizados e registrados no BDA, contudo não estão sendo refletidos automaticamente no indicador. Além disso, foram identificados mais 10 novos casos de inconsistência, os quais foram incluídos no referido chamado para análise e seguimento das tratativas.

Como plano de ação, será intensificada a busca ativa interna por meio de levantamento em prontuário e convocação das pacientes durante os atendimentos na unidade, além da ampliação de vagas para demanda espontânea. Destaca-se que a coleta de exame citopatológico é realizada pelos profissionais de enfermagem da unidade e pela equipe médica de ginecologia, o que amplia a capacidade assistencial, fortalece a oferta do exame e contribui para o alcance da meta preconizada.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** Em fevereiro de 2026, a cobertura vacinal

para Poliomielite Inativada (VIP) e Pentavalente foi de aproximadamente 71%, com cinco das sete crianças acompanhadas apresentando esquema vacinal completo registrado no e-SAMS. Duas crianças permaneciam com vacinas em atraso e foram incluídas em busca ativa, com realização de contato telefônico e visita domiciliar pela equipe de enfermagem para orientação e agendamento. A situação foi posteriormente regularizada, sendo atualizada após o fechamento do relatório. Em comparação a janeiro de 2026, quando a cobertura foi de 70%, observou-se redução do número absoluto de pendências. Destaca-se que as crianças com atraso vacinal também apresentam faltas nas consultas de puericultura, impactando a atualização oportuna das vacinas.

**Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre:** No mês de fevereiro, a unidade registrou 1.182 pessoas com diabetes em comparação a 1.154 no mês de janeiro, evidenciando ampliação da população adscrita acompanhada. No período, 470 pessoas foram avaliadas, demonstrando esforço da equipe na intensificação do acompanhamento e na organização do cuidado longitudinal. Entretanto, a proporção de pessoas com diabetes que realizaram consulta e tiveram hemoglobina glicada solicitada no semestre ainda permanece abaixo da meta estabelecida, refletindo desafios relacionados à adesão ao acompanhamento regular, necessidade de fortalecimento do monitoramento clínico e registros. Como plano de ação, serão mantidas e intensificadas as buscas ativas das pessoas sem registro recente de consulta ou exame, a organização de agenda com garantia de vagas para seguimento programado, o fortalecimento dos grupos de Hiperdia realizados semanalmente e a qualificação dos registros no sistema e-SAMS, com atenção ao correto lançamento de CID, CIAP e solicitação de exames, visando melhoria do indicador e maior efetividade do cuidado.

**Proporção de encaminhamentos para serviço especializado:** No mês de fevereiro, a proporção de encaminhamentos para serviços especializados foi de 21,36%, considerando o total de 2.547 atendimentos realizados, mantendo-se acima da meta preconizada (<20%). O resultado aponta a necessidade de intensificar estratégias voltadas à ampliação da resolutividade na Atenção Primária à Saúde. Como ponto positivo, destaca-se a participação da equipe no matriciamento em saúde mental, fortalecendo o suporte técnico e ampliando a capacidade de manejo dos casos na própria unidade. Além disso, a equipe participou do treinamento do novo protocolo de dermatologia, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, o que contribui para qualificação da abordagem clínica e maior resolutividade dos casos dermatológicos, uma das principais causas de encaminhamento. Como plano de ação, será mantido o monitoramento mensal dos encaminhamentos por especialidade e por profissional, intensificada a discussão de casos clínicos em

equipe e incentivada a utilização sistemática dos protocolos atualizados. A expectativa é que, com o fortalecimento técnico decorrente do matriciamento e das capacitações, ocorra redução gradual dos encaminhamentos, aproximando o indicador da meta estabelecida.

**Acesso à primeira consulta odontológica programática:** No mês de fevereiro, o indicador atingiu 12,98%, totalizando 154 primeiras consultas realizadas no período. Para fortalecimento do acesso, foram realizadas ações de divulgação na sala de espera da unidade, captação durante a demanda espontânea, organização de grupos às terças e quartas-feiras, além de visitas domiciliares e visitas às casas de repouso da área de abrangência, ampliando a oferta e o alcance do atendimento odontológico programático. Permanecerá o monitoramento contínuo do indicador e a manutenção das estratégias implementadas, visando ultrapassar a meta nos próximos períodos.

**Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** Em fevereiro de 2026, o território registrou 3.002 mulheres cadastradas na faixa etária preconizada, com 1.219 mamografias realizadas, alcançando 38,07% de cobertura, resultado próximo da meta estabelecida de 40%. Em comparação a janeiro, quando a cobertura foi de 31,67% (1.061 exames entre 3.350 mulheres), observou-se aumento de 6%, demonstrando evolução no desempenho do rastreamento. Ressalta-se que o dado ainda está em processo de qualificação, devido à necessidade de readequação da fonte de extração. Atualmente, o indicador é obtido pelo campo "mamografia realizada" do Relatório Saúde da Mulher do sistema e-SAMS. Contudo, recomenda-se a utilização do SAMS, contemplando todas as mamografias solicitadas no período, a fim de garantir maior fidedignidade na análise do desempenho real.



## Indicadores de Produção

As tabelas abaixo apresentam o desempenho das equipes da Microrregião Norte de São José dos Campos (11 ESF, 4 EAP, 11 ESB) no mês de **Fevereiro de 2026**. São monitorados atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos e visitas domiciliares, comparando metas previstas, realizadas e ajustes conforme os dias úteis. O objetivo é acompanhar a produtividade e apoiar a gestão na melhoria dos serviços de saúde.

## Produção - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Produção para **Fevereiro de 2026**.

| SJC Microrregião Norte:<br>1 eSF + 4 eAP + 11 eSB |                                    |                                                | Indicadores | fevereiro/2026 |         |               |                        |                      |        |                |                       | Dias úteis: 18           |                          |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|----------------|---------|---------------|------------------------|----------------------|--------|----------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                   |                                    |                                                |             | Previsto       | Efetivo | Meta<br>(Mês) | Esperado<br>(Previsto) | Realizado<br>fev./26 |        | %<br>Realizado | Esperado<br>(Efetivo) | % Corrigido<br>(Efetivo) | Esperado<br>(Dias úteis) |
| SMS                                               | Médico Saúde da<br>Família (40h)   | Consulta Médica                                | 22          | 22             | 416     | 9.152         | 7.405                  | 7.626                | 83%    | 9.152          | 83%                   | 7.488                    | 102%                     |
| C                                                 |                                    | Atendimento Domiciliar                         |             |                |         |               | 221                    |                      |        |                |                       |                          |                          |
| SMS                                               | Médico Clínico<br>Geral (20h)      | Consulta Médica                                | 8           | 8              | 208     | 1.664         | 1.906                  | 1.916                | 115%   | 1.664          | 115%                  | 1.361                    | 141%                     |
| C                                                 |                                    | Atendimento Domiciliar                         |             |                |         |               | 10                     |                      |        |                |                       |                          |                          |
| SMS                                               | Médico<br>Gineco-obstetra<br>(20h) | Consulta Médica                                | 5           | 5              | 208     | 1.040         | 688                    | 692                  | 67%    | 1.040          | 67%                   | 851                      | 81%                      |
| C                                                 |                                    | Atendimento Domiciliar                         |             |                |         |               | 4                      |                      |        |                |                       |                          |                          |
| SMS                                               | Médico Pediatra<br>(20h)           | Consulta Médica                                | 4           | 4              | 208     | 832           | 564                    | 564                  | 68%    | 832            | 68%                   | 681                      | 83%                      |
| C                                                 |                                    | Atendimento Domiciliar                         |             |                |         |               | 0                      |                      |        |                |                       |                          |                          |
| SMS                                               | Enfermeiro (40h)                   | Consulta de Enfermagem                         | 26          | 29             | 208     | 5.408         | 5.846                  | 5.919                | 109%   | 6.032          | 98%                   | 4.935                    | 120%                     |
| C                                                 |                                    | Atendimento Domiciliar                         |             |                |         |               | 73                     |                      |        |                |                       |                          |                          |
| SMS                                               | Dentista (40h)                     | Primeira Consulta<br>Odontológica Programática | 20          | 18             | 208     | 4.160         | 875                    | 2.616                | 63%    | 3.744          | 70%                   | 3.063                    | 85%                      |
|                                                   |                                    | Atendimento Individual                         |             |                |         |               | 1.741                  |                      |        |                |                       |                          |                          |
| SUBTOTAL SMS:                                     |                                    |                                                | 85          | 86             | 1.456   | 22.256        | 19.333                 |                      | 84,19% | 22.464         | 83,47%                | 18.380                   | 102,01%                  |
| SMS                                               | Agente Comunitário<br>de Saúde     | Visita Domiciliar                              | 88          | 70             | 200     | 17.600        | 7.862                  | 7.862                | 44,67% | 14.000         | 56,16%                | 11.455                   | 68,64%                   |
| TOTAL SMS:                                        |                                    |                                                | 173         | 156            | 1.656   | 39.856        | 27.195                 |                      | 78,54% | 36.464         | 79,56%                | 29.834                   | 97,25%                   |

## Produção - UBS Alto da Ponte

| UBS Alto da Ponte:<br>4 eSF + 3 eSB |                             |                                             | Indicadores | fevereiro/2026 |         |            |                     |                   |        |             |                    | Dias úteis: 18        |                       |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|-------------|----------------|---------|------------|---------------------|-------------------|--------|-------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                     |                             |                                             |             | Previsto       | Efetivo | Meta (Mês) | Esperado (Previsto) | Realizado fev./26 |        | % Realizado | Esperado (Efetivo) | % Corrigido (Efetivo) | Esperado (Dias úteis) |
| SMS                                 | Médico                      | Consulta Médica                             | 4           | 4              | 416     | 1.664      | 1.311               | 1.342             | 80,65% | 1.664       | 80,65%             | 1.361                 | 98,57%                |
| C                                   |                             | Atendimento Domiciliar                      |             |                |         |            | 31                  |                   |        |             |                    |                       |                       |
| SMS                                 | Enfermeiro                  | Consulta de Enfermagem                      | 4           | 4              | 208     | 832        | 689                 | 697               | 83,77% | 832         | 83,77%             | 681                   | 102,39%               |
| C                                   |                             | Atendimento Domiciliar                      |             |                |         |            | 8                   |                   |        |             |                    |                       |                       |
| SMS                                 | Cirurgião Dentista          | Primeira Consulta Odontológica Programática | 3           | 3              | 208     | 624        | 105                 | 464               | 74,36% | 624         | 74,36%             | 511                   | 90,88%                |
|                                     |                             | Atendimento Individual                      |             |                |         |            | 359                 |                   |        |             |                    |                       |                       |
| SUBTOTAL SMS:                       |                             |                                             | 11          | 11             | 832     | 3.120      | 2.503               | 2.503             | 79,59% | 3.120       | 79,59%             | 2.553                 | 97,28%                |
| SMS                                 | Agente Comunitário de Saúde | Visita Domiciliar                           | 16          | 13             | 200     | 3.200      | 1.291               | 1.291             | 40,34% | 2.600       | 49,65%             | 2.127                 | 60,69%                |
| TOTAL SMS:                          |                             |                                             | 27          | 24             | 1.032   | 6.320      | 3.794               | 3.794             | 69,78% | 5.720       | 72,11%             | 4.680                 | 88,13%                |

**Médico:** Durante o mês de fevereiro, foram realizadas capacitações externas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Para viabilizar a participação, houve necessidade de bloqueio da agenda de quatro profissionais em dias específicos.

Essa medida impactou diretamente a oferta de consultas ao longo do período, reduzindo a disponibilidade de vagas e, consequentemente, interferindo no desempenho do indicador no mês em análise.

**Enfermeiro:** Assim como ocorreu com a equipe médica, a equipe de enfermagem também foi convocada para treinamentos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o que demandou bloqueio parcial das agendas. Essas intercorrências impactaram diretamente a disponibilidade de profissionais e comprometeram a oferta de vagas ao longo do mês, refletindo no desempenho do indicador. Entretanto, considerando o número reduzido de dias úteis no período.

**Dentista:** No período analisado, houve redução da capacidade assistencial da equipe de Saúde Bucal, tendo em vista que, das três cirurgiãs-dentistas da unidade, uma esteve em período de férias, retornando às atividades em 11/02. Além disso, em virtude do Carnaval a unidade estava fechada nos dias 16 e 17 de fevereiro, o que ocasionou diminuição dos dias disponíveis para atendimento. Dessa forma, verificou-se redução na oferta de consultas odontológicas e nas vagas destinadas ao grupo de acesso, refletindo diretamente no desempenho do indicador no mês em questão.

**ACS:** No mês de fevereiro, contamos com apenas 17 dias úteis para acompanhamento dos pacientes, em razão do recesso de Carnaval, o que reduziu o tempo disponível para execução das ações programadas. Além disso, com o objetivo de aprimorar a organização do território e qualificar os acompanhamentos, foi realizada a redivisão das áreas entre as equipes, promovendo ajustes na distribuição das microáreas e na responsabilidade dos profissionais.

Nesse contexto, a equipe de Agentes Comunitários de Saúde concentrou-se, na primeira semana do mês, na reorganização do processo de trabalho e na atualização/recadastramento da população adscrita, etapa fundamental para garantir maior fidedignidade das informações e melhor direcionamento das ações futuras.



| UBS Alto da Ponte | fevereiro/2026             |                           |                 |                    |                      |                             |                                                                                                                                                                                   |
|-------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | Nº de Famílias Cadastradas | Nº de Pessoas Cadastradas | Meta Contratual | Meta Personalizada | Visitas Domiciliares | % Alcançada (Personalizada) | Justificativa                                                                                                                                                                     |
| Equipe 1          | 936                        | 2.391                     | 800             | 450                | 162                  | 36,00%                      | Atestado de 5,6 a 9<br>13/2: tarde horario de banco; 20/2 e 27/2 -HB;<br>; 06/2 - horario de banco;                                                                               |
| Equipe 2          | 1.037                      | 2.030                     | 800             | 260                | 177                  | 68,08%                      | 4-13: Férias<br>3/2: tarde HB; Licença maternidade; 13/2-tarde HB;                                                                                                                |
| Equipe 3          | 1.562                      | 2.406                     | 800             | 640                | 646                  | 100,94%                     | 13/2: Tarde HB<br>27/2: Tarde HB; Atestado 5 e 6<br>2/2: Tarde BH<br>19/2 HB<br>26/2 HB integral; ; 5/2 tarde BH                                                                  |
| Equipe 4          | 1.110                      | 1.754                     | 800             | 350                | 306                  | 87,43%                      | 15 dias de atestado; 13/2 e 26/2-tarde BH; 13/2 - tarde horario de bacno<br>16/2 a 18/2 - feriado carnaval;<br>18 e 19: Folga Eleição;<br>26/2 - REunião CIPA;<br>27/2- tarde HB; |
| <b>TOTAL</b>      | <b>4.645</b>               | <b>8.581</b>              | <b>3.200</b>    | <b>1.700</b>       | <b>1.291</b>         | <b>75,94%</b>               |                                                                                                                                                                                   |

Na comparação entre janeiro e fevereiro de 2026, observa-se redução nos registros de atendimento na maioria dos setores — Dispensação de Medicamentos (3.333 para 3.060 e 9.496 para 8.315), Recepção (3.114 para 2.776), Coleta de Exames (582 para 518), Escuta Inicial (1.214 para 885), Hipodermia (777 para 709) e Vacinas aplicadas (476 para 367). De modo geral, a diminuição é compatível com a redução de dias úteis no mês de fevereiro, não indicando queda de produtividade, mas impacto direto do calendário operacional no volume de atendimentos realizados.

| Serviços                    | UBS Alto da Ponte |
|-----------------------------|-------------------|
| Dispensação de medicamentos | 3060              |
| Recepção                    | 2776              |
| Coleta de exames            | 518               |
| Escuta inicial              | 885               |
| Hipodermia                  | 709               |
| Vacina                      | 367               |

## Produção - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Produção para **Fevereiro de 2026**.

| UBS Altos de Santana:<br>4 eSF + 3 eSB |                             |                                             | Indicadores | fevereiro/2026 |         |            |                     |                   |        |             |                    | Dias úteis: 18        |                       |
|----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|-------------|----------------|---------|------------|---------------------|-------------------|--------|-------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                        |                             |                                             |             | Previsto       | Efetivo | Meta (Mês) | Esperado (Previsto) | Realizado fev./26 |        | % Realizado | Esperado (Efetivo) | % Corrigido (Efetivo) | Esperado (Dias úteis) |
| SMS                                    | Médico                      | Consulta Médica                             | 4           | 4              | 416     | 1.664      | 1.478               | 1.518             | 91,23% | 1.664       | 91,23%             | 1.361                 | 111,50%               |
| C                                      |                             | Atendimento Domiciliar                      |             |                |         |            | 40                  |                   |        |             |                    |                       |                       |
| SMS                                    | Enfermeiro                  | Consulta de Enfermagem                      | 4           | 4              | 208     | 832        | 671                 | 672               | 80,77% | 832         | 80,77%             | 681                   | 98,72%                |
| C                                      |                             | Atendimento Domiciliar                      |             |                |         |            | 1                   |                   |        |             |                    |                       |                       |
| SMS                                    | Cirurgião Dentista          | Primeira Consulta Odontológica Programática | 3           | 3              | 208     | 624        | 120                 | 324               | 51,92% | 624         | 51,92%             | 511                   | 63,46%                |
|                                        |                             | Atendimento Individual                      |             |                |         |            | 204                 |                   |        |             |                    |                       |                       |
| SUBTOTAL SMS:                          |                             |                                             | 11          | 11             | 832     | 3.120      | 2.514               | 2.514             | 74,64% | 3.120       | 74,64%             | 2.553                 | 91,23%                |
| SMS                                    | Agente Comunitário de Saúde | Visita Domiciliar                           | 16          | 12             | 200     | 3.200      | 1.387               | 1.387             | 43,34% | 2.400       | 57,79%             | 1.964                 | 70,63%                |
| TOTAL SMS:                             |                             |                                             | 27          | 23             | 1.032   | 6.320      | 3.901               | 3.901             | 66,82% | 5.520       | 70,43%             | 4.516                 | 86,08%                |

### Análise Crítica:

**Médicos:** No mês de fevereiro, os profissionais médicos estiveram ausentes da unidade em decorrência de cursos disponibilizados pela SMS, totalizando cinco dias intercalados de ausência entre os médicos. Além disso, houve emenda de feriado, com a unidade permanecendo fechada nos dias 16 e 17/02, fatores que impactaram o alcance da meta geral estabelecida.

**Enfermeiros:** No mês de fevereiro, uma enfermeira esteve em período de férias, com início em 16/02/2026 e retorno em 03/03/2026. Além disso, houve emenda de feriado, mantendo a unidade fechada nos dias 16 e 17/02, tivemos também alguns dias de treinamento disponibilizado pela SMS, o que pode ter impactado na oferta de atendimentos e, consequentemente, no alcance da meta estabelecida.

**Cirurgião-Dentista:** No mês de fevereiro, uma profissional apresentou atestado médico por 15 dias. Além disso, houve emenda de feriado, com a unidade permanecendo fechada nos dias 16 e 17/02, fatores que impactaram diretamente o alcance da meta geral estabelecida.

**ACS:** No mês de fevereiro, houve afastamento de servidores em período de férias, além de emenda de feriado entre os dias 16/02 e 18/02, fatores que impactaram diretamente o alcance da meta estabelecida. Atualmente, a equipe conta com apenas 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com duas profissionais readaptadas. Ressalta-se que o quantitativo ideal para adequada cobertura do território seria de 16 profissionais, o que evidencia a necessidade de recomposição da equipe para melhor desempenho dos indicadores

| UBS Altos de Santana | fevereiro/2026             |                           |                 |                    |                      |                             | Justificativa                                                                                                                                                  |
|----------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | Nº de Famílias Cadastradas | Nº de Pessoas Cadastradas | Meta Contratual | Meta Personalizada | Visitas Domiciliares | % Alcançada (Personalizada) |                                                                                                                                                                |
| Equipe 1             | 1.487                      | 2.285                     | 800             | 195                | 251                  | 128,72%                     | Férias retorno em 19/02<br>Atestados em 19 e 20/02; Emenda de carnaval 16 a 18/02<br>Curso unesp 04/02; Exonerada;                                             |
| Equipe 2             | 1.109                      | 1.552                     | 800             | 86                 | 91                   | 105,81%                     | Readaptada; Exonerada; Emenda de carnaval 16 a 18/02<br>Férias 16/02 a 03/03<br>Curso unesp 04/02; Transferida para outra unidade                              |
| Equipe 3             | 3.130                      | 4.209                     | 800             | 425                | 500                  | 117,65%                     | Emenda de carnaval 16 a 18/02<br>Curso unesp 04/02; Emenda de carnaval 16 a 18/02; Readaptada;<br>Emenda de carnaval 16 a 18/02<br>férias apartir do dia 23/02 |
| Equipe 4             | 3.042                      | 4.495                     | 800             | 545                | 619                  | 113,58%                     | Emenda de carnaval 16 a 18/02; Emenda de carnaval 16 a 18/02;<br>Emenda de carnaval 16 a 18/02<br>Curso unesp 04/02; Emenda de carnaval 16 a 18/02             |
| <b>TOTAL</b>         | <b>8.768</b>               | <b>12.541</b>             | <b>3.200</b>    | <b>1.251</b>       | <b>1.461</b>         | <b>116,79%</b>              |                                                                                                                                                                |



Ressaltamos, ainda, a produção de atendimentos e procedimentos, os quais também demandam tempo assistencial significativo das equipes.

| Serviços                    | UBS Altos de Santana |
|-----------------------------|----------------------|
| Dispensação de medicamentos | 3.582                |
| Recepção                    | 2.674                |
| Coleta de exames            | 533                  |
| Escuta inicial              | 1.448                |
| Hipodermia                  | 1.336                |
| Vacinas                     | 385                  |

### Produção - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Produção para **Fevereiro de 2026**.

| UBS Jardim Telespark:<br>3 eSF + 1 eSB |        |                        | fevereiro/2026 |          |         |            |                     |                   |             |                    |                       | Dias úteis: 18        |                          |
|----------------------------------------|--------|------------------------|----------------|----------|---------|------------|---------------------|-------------------|-------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
|                                        |        |                        | Indicadores    | Previsto | Efetivo | Meta (Mês) | Esperado (Previsto) | Realizado fev./26 | % Realizado | Esperado (Efetivo) | % Corrigido (Efetivo) | Esperado (Dias úteis) | % Corrigido (Dias úteis) |
| SMS                                    | Médico | Consulta Médica        | 3              | 3        | 416     | 1.248      | 1.023               | 1.043             | 83,57%      | 1.248              | 83,57%                | 1.021                 | 102,15%                  |
| C                                      |        | Atendimento Domiciliar |                |          |         |            | 20                  |                   |             |                    |                       |                       |                          |

|               |                             |                                             |    |    |       |       |       |       |          |       |         |       |         |
|---------------|-----------------------------|---------------------------------------------|----|----|-------|-------|-------|-------|----------|-------|---------|-------|---------|
| SMS           | Enfermeiro                  | Consulta de Enfermagem                      | 3  | 3  | 208   | 624   | 810   | 816   | 130,77 % | 624   | 130,77% | 511   | 159,83% |
| C             |                             | Atendimento Domiciliar                      |    |    |       |       | 6     |       |          |       |         |       |         |
| SMS           | Cirurgião Dentista          | Primeira Consulta Odontológica Programática | 1  | 1  | 208   | 208   | 67    | 192   | 92,31%   | 208   | 92,31%  | 170   | 112,82% |
|               |                             | Atendimento Individual                      |    |    |       |       | 125   |       |          |       |         |       |         |
| SUBTOTAL SMS: |                             |                                             | 7  | 7  | 832   | 2.080 | 2.051 | 2.051 | 102,22 % | 2.080 | 102,22% | 1.702 | 124,93% |
| SMS           | Agente Comunitário de Saúde | Visita Domiciliar                           | 12 | 8  | 200   | 2.400 | 649   | 649   | 27,04%   | 1.600 | 40,56%  | 1.309 | 49,58%  |
| TOTAL SMS:    |                             |                                             | 19 | 15 | 1.032 | 4.480 | 2.700 | 2.700 | 83,42%   | 3.680 | 86,80%  | 3.011 | 106,09% |

**Consulta de enfermagem:** A meta pactuada foi ultrapassada no período em razão da elevada demanda de pacientes. Além dos atendimentos realizados por demanda espontânea, foram mantidos os atendimentos previamente agendados, conforme agenda estruturada pela equipe.

**ACS:** No mês de fevereiro, o desempenho assistencial apresentou resultado inferior aos parâmetros pactuados, em razão de afastamentos programados e ausências legais da equipe (férias e atestados), bem como da participação dos profissionais em ações institucionais, incluindo capacitação, matriciamento, grupos educativos e atividades internas da unidade, como sala de espera e reuniões da CIPA e do COMUS.

Ressalta-se que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuaram em apenas 17 dias úteis no período, em virtude da emenda do feriado de Carnaval, circunstância que impactou diretamente a produção mensal.

| UBS Jardim<br>Telespark | fevereiro/2026                |                              |                    |                       |                         |                                | Justificativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | Nº de Famílias<br>Cadastradas | Nº de Pessoas<br>Cadastradas | Meta<br>Contratual | Meta<br>Personalizada | Visitas<br>Domiciliares | % Alcançada<br>(Personalizada) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Equipe 1                | 2.144                         | 2.837                        | 800                | 87                    | 156                     | 179,31%                        | ; O mês de fevereiro contou com 17 (dezessete) dias úteis, dos quais 3 (três) foram marcados por ocorrência de chuvas. O ACS apresentou 2 (dois) dias de HB, participou de cursos de capacitação e desenvolveu atividades na unidade, incluindo ações de sala de espera.; ;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Equipe 2                | 1.886                         | 2.414                        | 800                | 201                   | 229                     | 113,93%                        | No mês de fevereiro foram registrados 17 (dezessete) dias úteis, sendo 3 (três) deles caracterizados por condições climáticas chuvosas. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) contabilizou 2 (dois) dias de HB, participou de atividades de capacitação e executou ações na unidade de saúde, incluindo condução de sala de espera e participação em grupo de gestantes.; O mês em referência contou com 17 (dezessete) dias úteis, dos quais 3 (três) foram caracterizados por condições climáticas adversas (chuva). A Agente Comunitária de Saúde (ACS) apresentou 2 (dois) dias de afastamento mediante atestado médico e 2 (dois) dias de HB. Ademais, realizou atividades administrativas, participou de cursos de capacitação, matriciamento de saúde mental e atividades de sala de espera.; O mês de fevereiro contou com 17 (dezessete) dias úteis. Contudo, a presente Agente Comunitária de Saúde (ACS) encontrava-se em período de férias, retornando às atividades no dia 19, dispondo, portanto, de apenas 7 (sete) dias úteis para a realização de visitas domiciliares. Ressalta-se que, em um desses dias, houve ocorrência de meio período de chuva, bem como de HB. Adicionalmente, a ACS participou de atividade, tais como grupo da horta e execução de demandas administrativas.; |
| Equipe 3                | 0                             | 0                            | 800                | 0                     | 264                     | 0,00%                          | ; ; ;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>TOTAL</b>            | <b>4.030</b>                  | <b>5.251</b>                 | <b>2.400</b>       | <b>288</b>            | <b>649</b>              | <b>225,35%</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

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

| Serviços                    | UBS<br>Telespark |
|-----------------------------|------------------|
| Dispensação de medicamentos | 2.906            |
| Recepção                    | 1.944            |
| Coleta de exames            | 497              |
| Escuta inicial              | 806              |
| Hipodermia                  | 845              |
| Vacinas Administradas       | 474              |

**Análise Crítica:** No período analisado, foram emitidas 7.472 senhas, evidenciando alta demanda da população pelos serviços ofertados. A maior concentração ocorreu na farmácia, com 2.906 prescrições atendidas, seguida pelos atendimentos administrativos na recepção, que totalizaram 1.944 registros.



## Produção - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Produção para **Fevereiro de 2026**.

| UBS Santana:<br>4 eAP + 3 eSB |                      |                                             | Indicadores | fevereiro/2026 |         |            |                     |                   |          |             |                    | Dias úteis: 18        |                       |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|-------------|----------------|---------|------------|---------------------|-------------------|----------|-------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
|                               |                      |                                             |             | Previsto       | Efetivo | Meta (Mês) | Esperado (Previsto) | Realizado fev./26 |          | % Realizado | Esperado (Efetivo) | % Corrigido (Efetivo) | Esperado (Dias úteis) |
| SMS                           | Médico Clínico       | Consulta Médica                             | 4           | 4              | 208     | 832        | 1.003               | 1.013             | 121,75 % | 832         | 121,75%            | 681                   | 148,81%               |
| C                             |                      | Atendimento Domiciliar                      |             |                |         |            | 10                  |                   |          |             |                    |                       |                       |
| SMS                           | Médico Ginecologista | Consulta Médica                             | 2,5         | 2,5            | 208     | 520        | 359                 | 363               | 69,81%   | 520         | 69,81%             | 425                   | 85,32%                |
| C                             |                      | Atendimento Domiciliar                      |             |                |         |            | 4                   |                   |          |             |                    |                       |                       |
| SMS                           | Médico Pediatra      | Consulta Médica                             | 2           | 2              | 208     | 416        | 303                 | 303               | 72,84%   | 416         | 72,84%             | 340                   | 89,02%                |
| C                             |                      | Atendimento Domiciliar                      |             |                |         |            | 0                   |                   |          |             |                    |                       |                       |
| SMS                           | Enfermeiro           | Consulta de Enfermagem                      | 2           | 3              | 208     | 416        | 729                 | 729               | 175,24 % | 624         | 116,83%            | 511                   | 142,79%               |
| C                             |                      | Atendimento Domiciliar                      |             |                |         |            | 0                   |                   |          |             |                    |                       |                       |
| SMS                           | Cirurgião Dentista   | Primeira Consulta Odontológica Programática | 3           | 4              | 208     | 624        | 154                 | 525               | 84,13%   | 832         | 63,10%             | 681                   | 77,12%                |
|                               |                      | Atendimento Individual                      |             |                |         |            | 371                 |                   |          |             |                    |                       |                       |
| TOTAL SMS:                    |                      |                                             | 14          | 16             | 1.040   | 2.808      | 2.933               |                   | 104,75%  | 3.224       | 88,87%             | 2.638                 | 108,61%               |

### Análise Crítica:

**Médico Ginecologista:** No mês de fevereiro foram realizados 363 atendimentos, alcançando desempenho de 85,32%. Observa-se redução do absenteísmo para 25%, em comparação ao mês anterior (31%), evidenciando impacto positivo das estratégias adotadas, como ligações telefônicas e

mensagens via WhatsApp para confirmação prévia das consultas. Apesar do percentual ainda demandar monitoramento, o resultado demonstra avanço nas medidas de adesão implementadas pela equipe. Também houve melhora na gestão da agenda, com registro de 9 vagas perdidas, número inferior à média mensal de 15 vagas em 2025, indicando maior aproveitamento da oferta assistencial e redução de perdas primárias. Esse cenário reforça a efetividade das ações de organização e monitoramento das agendas. Como plano de ação, será mantida e intensificada a confirmação antecipada das consultas, com reforço das orientações em sala de espera sobre a importância do comparecimento e cancelamento prévio. O Colegiado Gestor da Unidade seguirá apoiando as medidas de mitigação do absenteísmo, com acompanhamento sistemático dos indicadores. Destaca-se ainda a realização de ações extramuros no Abrigo Feminino LGBTQIA+, com oferta de consultas e orientações sobre IST, ampliando o acesso ao cuidado e fortalecendo o vínculo com a população em situação de vulnerabilidade. O conjunto dessas ações visa consolidar a redução das faltas, minimizar perdas de vagas e qualificar a assistência à saúde da mulher.

**Médico Pediatra:** Em fevereiro de 2026, observa-se manutenção do absenteísmo em torno de 20%, demonstrando melhora consistente em relação ao ano anterior e refletindo o impacto das estratégias adotadas para fortalecimento da adesão das usuárias. As perdas primárias também reduziram, totalizando, até o momento, aproximadamente 30 ocorrências no ano, evidenciando avanço na gestão e no monitoramento sistemático da agenda, ainda que o indicador demande acompanhamento contínuo para consolidação dos resultados. O desempenho do indicador, que em 2025 apresentou média aproximada de 78% com oscilações ao longo do ano, demonstra evolução em 2026, destacando-se os resultados de janeiro (94,93%) e fevereiro (89,02%), ambos superiores à média histórica anterior. Esse avanço está diretamente relacionado à implementação de ações estruturadas para qualificação do acesso e melhor aproveitamento da agenda, tais como ligações prévias para confirmação das consultas, realização de ações extramuros em comunidades e escolas, orientações em sala de espera, apoio do CGU nas medidas de mitigação do absenteísmo e busca ativa de pacientes atendidos na UPA pertencentes à área de abrangência da unidade.

**Cirurgião Dentista:** No mês de fevereiro de 2026, foram realizados 525 atendimentos, correspondendo a 77,12% da meta estabelecida. Como medidas para ampliação do acesso, são realizados grupos de Saúde Bucal às terças e quartas-feiras, com o objetivo de facilitar a entrada da população no serviço, estimular a procura espontânea e organizar a demanda programática. Também foram desenvolvidas ações extramuros, com avaliação de saúde bucal em casas de repouso e abrigos da área de abrangência, além de visitas domiciliares voltadas à captação ativa de novos

pacientes e oferta de tratamento a usuários que não procuram espontaneamente a unidade. No que se refere à organização do processo de trabalho, foram intensificadas orientações em sala de espera acerca do absenteísmo e adotadas estratégias para redução de vagas livres. Em fevereiro de 2026, registraram-se 7 vagas perdidas, em comparação a 27 no mesmo período de 2025, evidenciando melhora no monitoramento da agenda. Apesar das ações implementadas, incluindo ligações para confirmação de consultas e utilização do WhatsApp Business, o absenteísmo permanece como desafio, apresentando taxa de 25% no período.

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

| Serviços                    | UBS Santana |
|-----------------------------|-------------|
| Dispensação de medicamentos | 3718        |
| Coleta de exames            | 531         |
| Acolhimento                 | 729         |
| Escuta inicial              | 958         |
| Hipodermia                  | 1409        |
| Vacina                      | 490         |
| Recepção                    | 2961        |

### Análise Crítica

O total de 10.796 atendimentos realizados na UBS Santana evidencia uma elevada demanda assistencial, demonstrando forte utilização dos serviços ofertados pela unidade e importante capacidade operacional da equipe para atender diferentes necessidades da população do território. A

dispensação de medicamentos concentra 3.718 atendimentos (34,44%), configurando-se como a principal atividade registrada. Esse dado indica importante perfil de usuários em acompanhamento contínuo de condições crônicas, reforçando o papel estratégico da assistência farmacêutica na garantia da continuidade do tratamento e na adesão terapêutica. A recepção, com 2.961 atendimentos (27,43%), representa a segunda maior demanda. Esse número expressivo evidencia o elevado fluxo de usuários que procuram a unidade para orientações, agendamentos, encaminhamentos e informações, demonstrando a relevância da organização do acesso e do acolhimento administrativo para o funcionamento adequado do serviço. A escuta inicial contabilizou 958 atendimentos (8,87%), enquanto o acolhimento registrou 729 atendimentos (6,75%), evidenciando a aplicação de dispositivos fundamentais da Atenção Primária, voltados à qualificação do acesso, avaliação das necessidades do usuário e direcionamento adequado da demanda dentro da unidade. Já as atividades relacionadas à coleta de exames, com 531 procedimentos (4,92%), e à vacinação, com 490 doses aplicadas (4,54%), representam ações essenciais de prevenção, diagnóstico e vigilância em saúde, embora com menor participação proporcional no total de atendimentos. Esse cenário pode indicar oportunidade para fortalecimento das ações preventivas e ampliação da cobertura de exames e imunização no território.

Em relação aos atendimentos médicos, registraram-se 1.668 atendimentos e 525 atendimentos odontológicos, evidenciando a oferta de cuidado assistencial direto nas áreas de clínica geral e saúde bucal. Esses quantitativos demonstram a atuação das equipes na assistência individual, garantindo avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários, além de reforçar o papel da Atenção Primária como porta de entrada preferencial para a organização do cuidado no território.

No que se refere ao acesso programático, a manutenção de grupos de odontologia às terças e quartas-feiras, grupos de Hiperdia às sextas-feiras e artesanato demonstra integração entre assistência individual e ações coletivas, fortalecendo a promoção da saúde e o autocuidado. As ações extramuros em abrigos e casas de repouso, bem como as visitas domiciliares realizadas por equipe multidisciplinar composta por enfermeiro, assistente social, médico e dentista, ampliam o alcance do cuidado, favorecendo a equidade e a atenção às populações em maior vulnerabilidade.

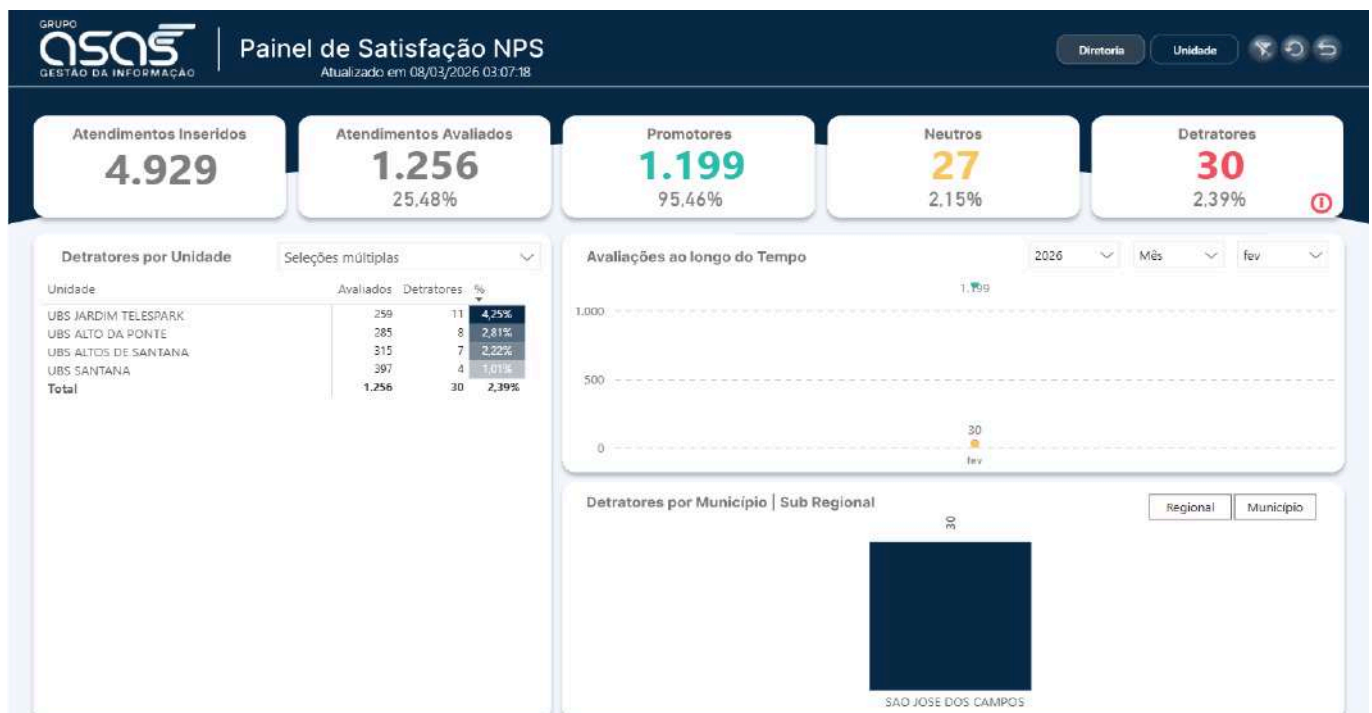


## Indicadores de Gestão

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

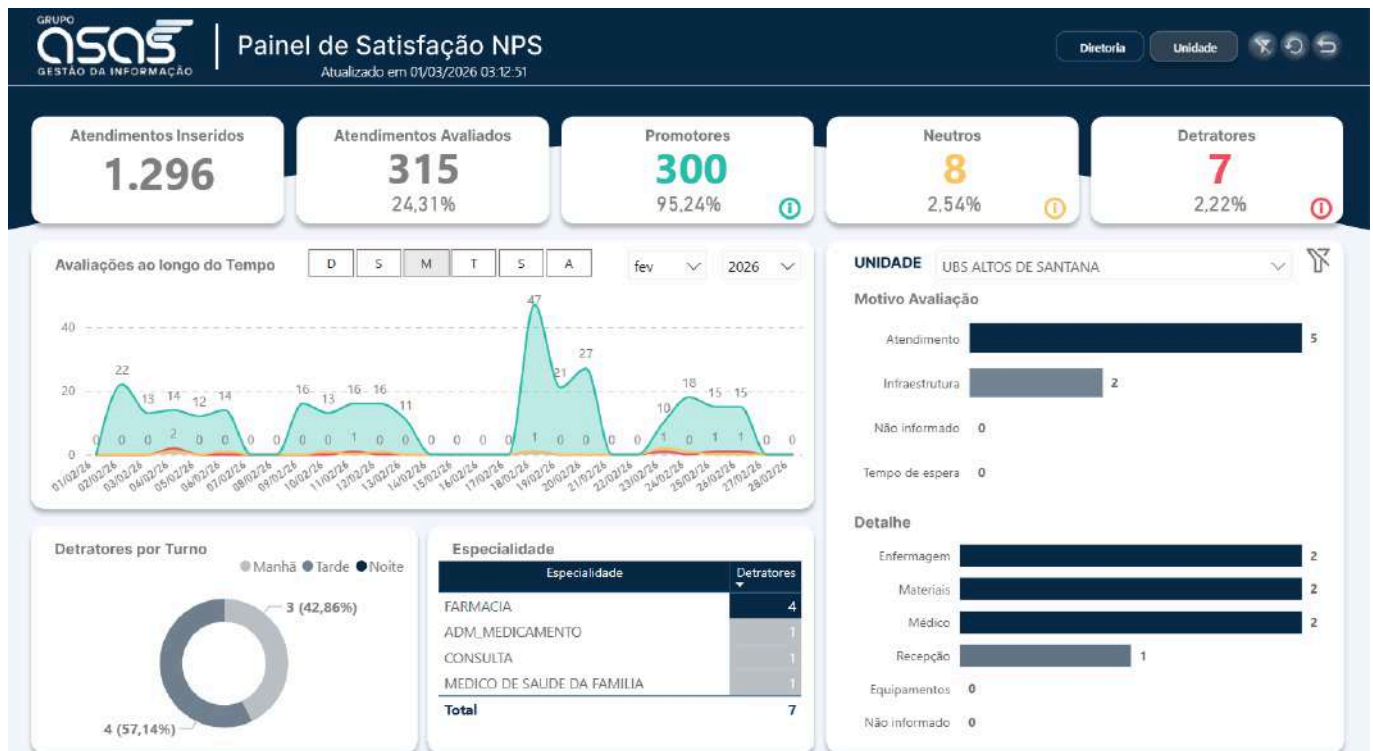
### Net Promoter Score (NPS)

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



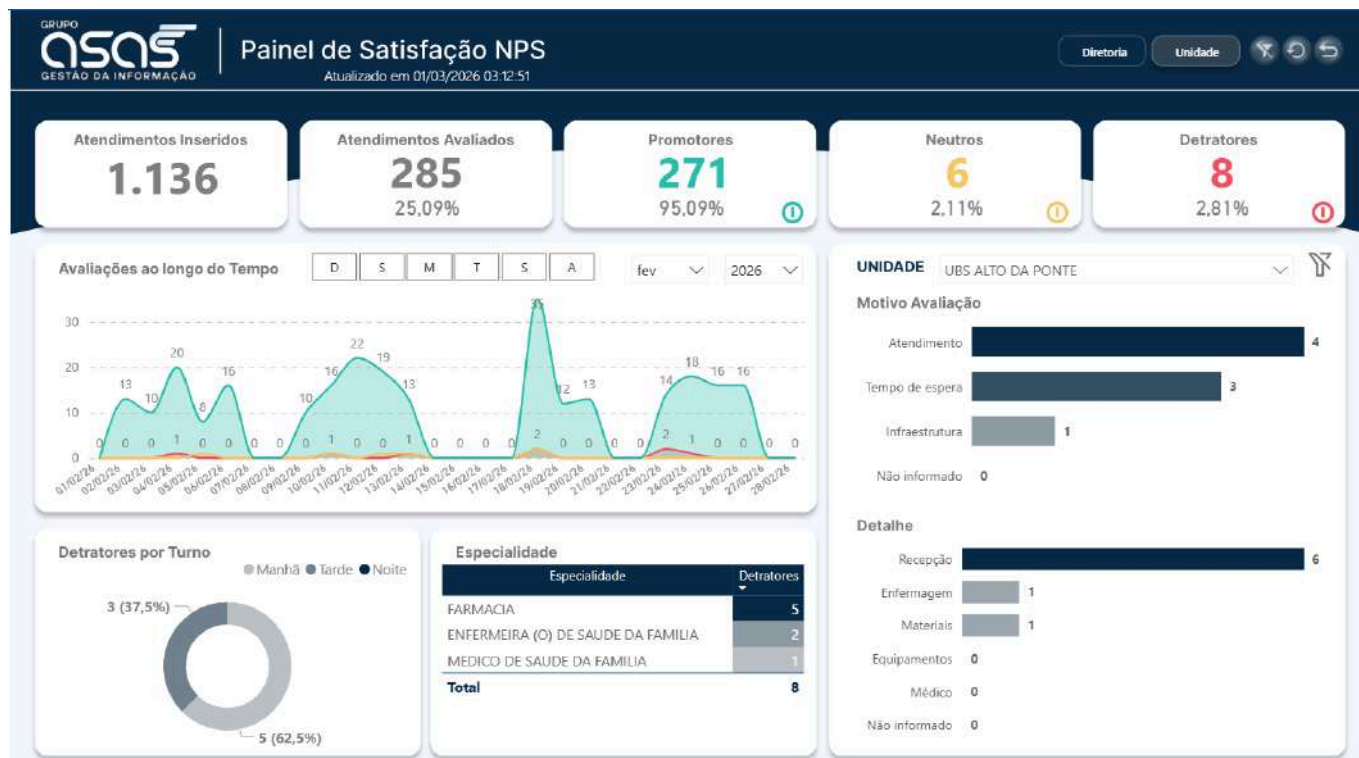
**Análise Crítica:** A análise do painel de satisfação demonstra um cenário amplamente positivo em relação à percepção dos usuários sobre os serviços prestados. Observa-se elevado percentual de promotores (95,46%), totalizando 1.199 avaliações, o que evidencia alto nível de satisfação e confiança dos pacientes nas equipes e nos processos assistenciais das unidades. Esse resultado reflete a qualidade do atendimento, a resolutividade das ações de saúde e o comprometimento dos profissionais com uma assistência humanizada e eficiente. A baixa proporção de neutros (2,15%) e detratores (2,39%) reforça a predominância de experiências positivas no cuidado ofertado. De forma geral, os dados indicam que as práticas assistenciais implementadas têm contribuído significativamente para a consolidação de um serviço de saúde bem avaliado pelos usuários, demonstrando alinhamento entre gestão, equipe e qualidade na prestação do cuidado.

## UBS Altos de Santana



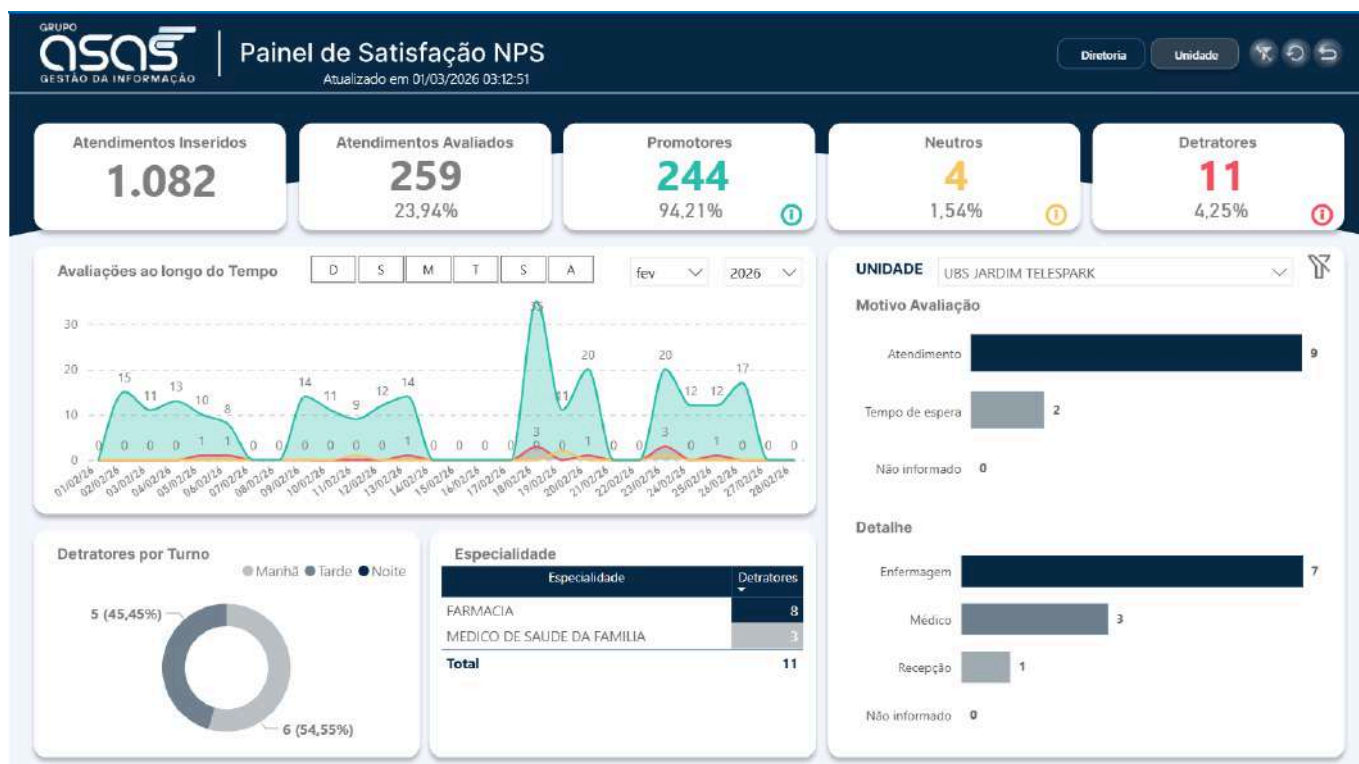
**Análise Crítica:** A análise do painel de satisfação evidencia um cenário bastante favorável em relação à percepção dos usuários quanto aos serviços ofertados. Observa-se predominância expressiva de promotores, representando 95,24% das avaliações (300 usuários), o que demonstra elevado grau de satisfação com o atendimento recebido. Esse resultado reflete diretamente a qualidade da assistência prestada, evidenciando a efetividade das práticas assistenciais, o acolhimento das equipes e a resolutividade das ações desenvolvidas na unidade. A baixa proporção de avaliações neutras (2,54%) e detratoras (2,22%) reforça que a experiência da maioria dos pacientes tem sido positiva. De forma geral, os dados indicam que os processos de trabalho e a organização da assistência têm contribuído para fortalecer a confiança dos usuários no serviço de saúde, consolidando um padrão de atendimento qualificado e humanizado.

## UBS Alto da Ponte



**Análise Crítica:** O relatório de NPS, com 285 atendimentos avaliados, evidencia elevado nível de satisfação dos usuários, com predominância de 271 promotores (95,09%) e 8 detratores (2,81%). Apesar do desempenho positivo, a presença de 6 avaliações neutras indica a necessidade de tratativa específica, sendo previsto o contato com esses usuários para compreender os motivos da avaliação e identificar oportunidades de melhoria, subsidiando ajustes no processo de atendimento e fortalecendo a qualidade e resolutividade dos serviços prestados.

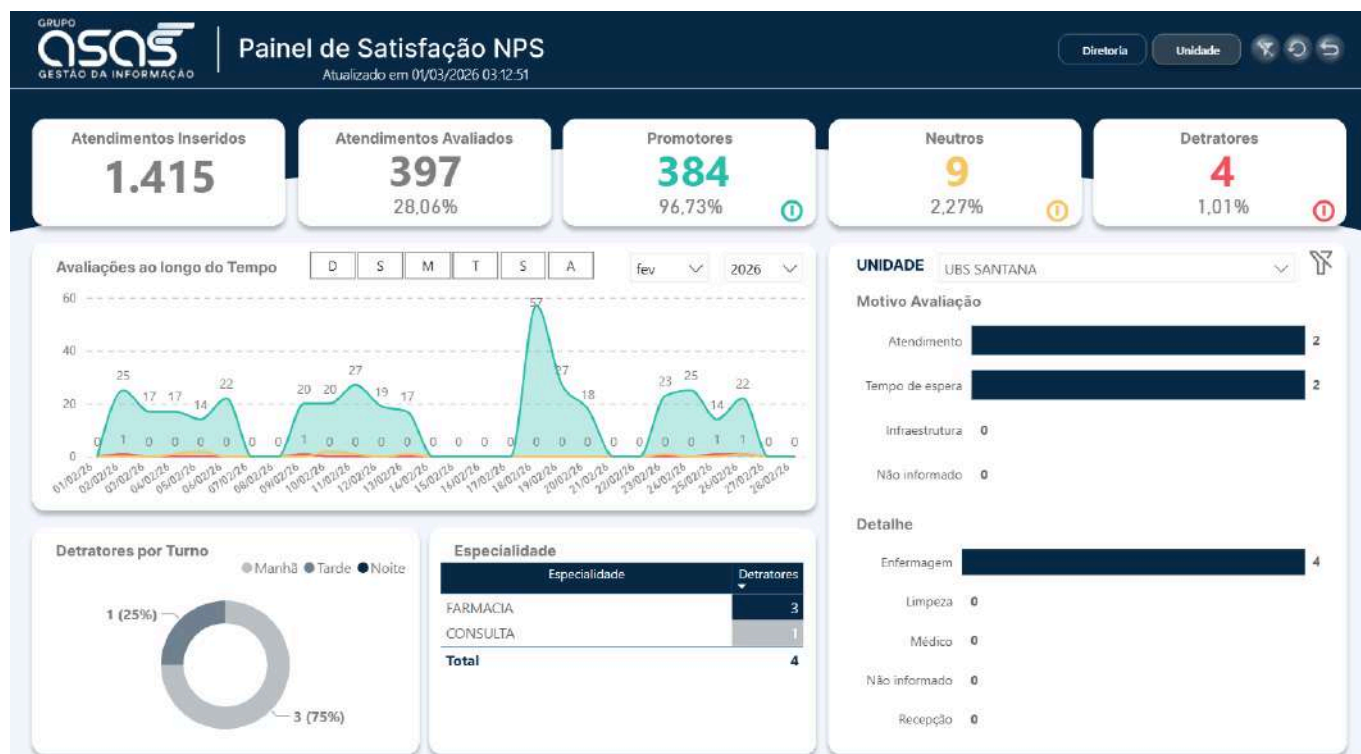
## UBS Jardim Telespark



**Análise Crítica:** no mês de fev/26, tivemos 259 atendimentos avaliados, evidenciando desempenho satisfatório, com predominância expressiva de usuários classificados como promotores (244 registros), correspondendo a 94,21%. O resultado reflete elevado grau de satisfação, confiança na assistência prestada e significativa propensão à recomendação do serviço. Não obstante, a identificação de 11 usuários classificados como detratores (4,25%), bem como o registro de 4 avaliações neutras, sinaliza a existência de experiências que não atenderam integralmente às expectativas. Embora tais percentuais não comprometam o desempenho global do indicador, configuram oportunidades relevantes para análise crítica e implementação de melhorias contínuas nos processos assistenciais a partir das informações disponibilizadas.



## UBS SANTANA



**Análise crítica:** Os resultados do NPS evidenciam desempenho positivo, com predomínio de promotores (96,73%), índice reduzido de neutros (2,26%) e percentual residual de detratores (1,01%). Esses dados refletem elevada percepção de qualidade e satisfação dos usuários com os serviços ofertados. A baixa proporção de respostas neutras sugere que a experiência do usuário é majoritariamente positiva, reforçando a consistência e a qualidade do atendimento prestado pela unidade. Como plano de ação geral, a equipe mantém o monitoramento contínuo dos resultados do NPS, com análise periódica dos apontamentos realizados pelos usuários, fortalecimento das estratégias de acolhimento e humanização do atendimento, além da identificação e tratamento oportuno de eventuais insatisfações, visando manter e aprimorar o nível de satisfação apresentado.

## MELHORIAS IMPLANTADAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS

### Melhorias - UBS Altos de Santana

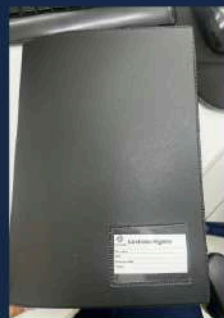
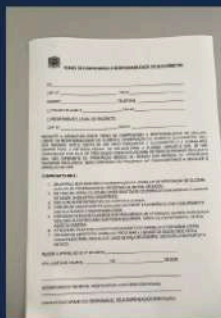
**Ações de conscientização ambiental: identificação nos interruptores de luz e avisos junto às torneiras com orientações de uso responsável.**



## Melhorias - UBS Jardim Telespark

### Melhorias assistenciais:

Atualização do termo de dispensação de glicosímetro para gestantes, adequação quadros de escalas e avisos, sinalizações de economia, adequação quadros de equipe e adequação dos documentos da equipe de higiene



UBS TELESARK

## Melhorias - UBS Santana

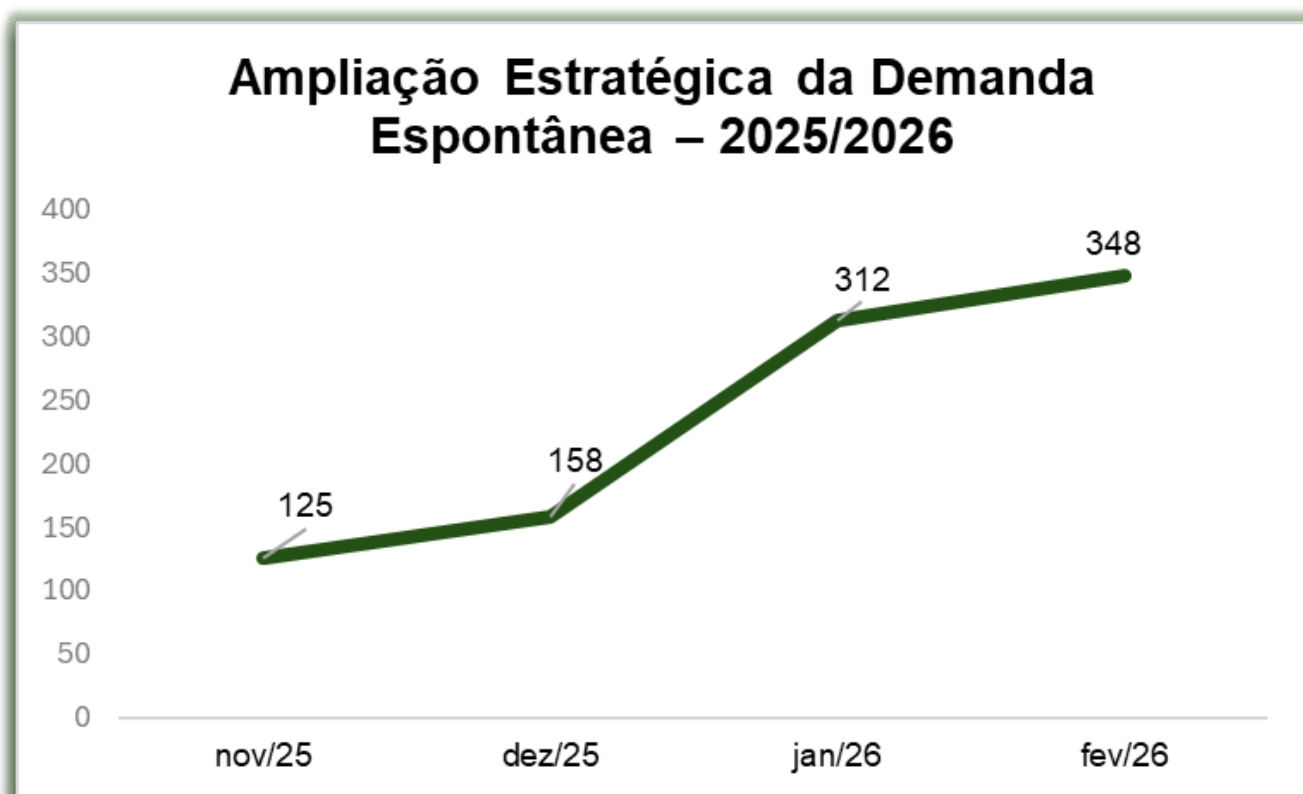
### 1- Implantação do Aparelho de Raio x Odontológico



#### Melhoria implementada:

Aparelho de raio-X odontológico, qualificando o diagnóstico, ampliando a resolutividade dos atendimentos e reduzindo a necessidade de encaminhamentos externos.

## 2- Ampliação Demanda Espontânea



Observa-se crescimento expressivo da oferta de vagas para demanda espontânea no período analisado, passando de 125 em novembro de 2025 para 348 em fevereiro de 2026, representando aumento superior a 170%. Esse avanço evidencia ampliação estratégica do acesso e reorganização do processo de trabalho para melhor absorção da demanda não programada.

A ampliação das vagas de demanda espontânea é fundamental para:

- Reduzir procura desnecessária por serviços de urgência e UPA
- Garantir acolhimento oportuno às queixas agudas
- Fortalecer o papel da Atenção Primária como porta de entrada do sistema
- Melhorar a resolutividade e o vínculo com a população

O crescimento sustentado indica reorganização interna da agenda e maior capacidade de resposta da equipe, refletindo alinhamento com os princípios de acesso ampliado e cuidado contínuo.



### 3- Ampliação de Vagas de retorno e Redução do Tempo de Espera



No período analisado, observou-se avanço significativo na organização e na capacidade assistencial do serviço. A média de vagas de retorno passou de 225 em 2025 para 320 em 2026, representando um aumento absoluto de 95 vagas e crescimento aproximado de 42%. Paralelamente, houve redução expressiva no tempo de espera para atendimento na demanda espontânea, que passou de aproximadamente 3 meses (90 dias) para 15 dias, correspondendo a uma diminuição de cerca de 83%.

Esses resultados foram possíveis a partir da reorganização do processo de trabalho, com a incorporação da avaliação de exames laboratoriais no momento do acolhimento. Essa estratégia permitiu qualificar a avaliação inicial e realizar análise clínica prévia dos resultados, possibilitando melhor estratificação de risco e direcionamento mais adequado dos casos. A partir dessa avaliação, os usuários passaram a ser classificados conforme a necessidade assistencial: priorização imediata quando identificado risco ou alteração significativa, atendimento na demanda do dia quando necessário, agendamento em até 15 dias para situações que exigiam acompanhamento oportuno e manutenção na rotina normal da agenda para casos estáveis.

Essa mudança promoveu maior racionalização das vagas, redução de atendimentos desnecessariamente urgentes, melhor aproveitamento da agenda e ampliação do acesso para os casos que realmente demandam intervenção em tempo oportuno. Além disso, a diminuição do tempo entre agendamento e atendimento tende a impactar positivamente o absenteísmo, favorecendo maior adesão do usuário e fortalecimento do vínculo com o serviço.

De forma geral, os indicadores demonstram que a qualificação do acolhimento, associada à análise prévia dos exames laboratoriais, foi determinante para ampliar a oferta de vagas, reduzir o tempo de espera e tornar o processo assistencial mais eficiente, resolutivo e equitativo.

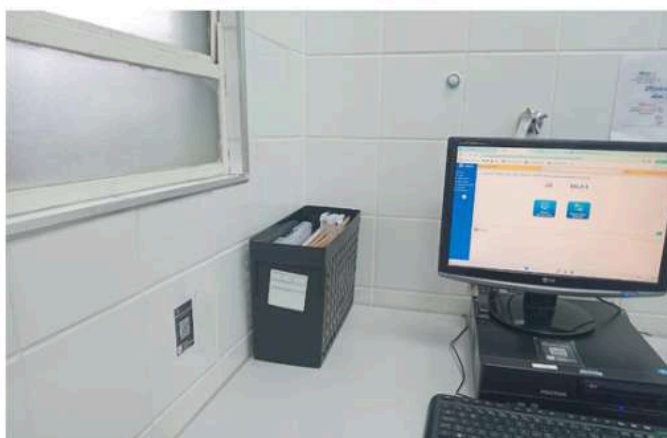
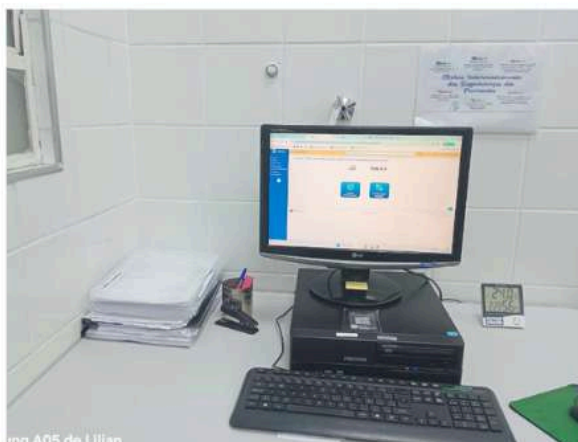
## Melhorias - UBS Alto da Ponte



**Etiqueta na borda da gaveta, e identificação dos kits de procedimento por cor**



**Ações de conscientização ambiental**



### Organização dos prontuários de curativo



## TREINAMENTOS, CAPACITAÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE

### UBS Altos de Santana

**Realização de ação no território com orientações e prevenção de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis).**



**Capacitação da equipe sobre precauções padrão e medidas de prevenção de infecções.**



**Realização de avaliação e acompanhamento do pé diabético em pacientes diabéticos da área de abrangência.**



**Homenagem e despedida ao Agente Cidadão da FUNDHAS pelo período de atuação.**





**Comemoração dos aniversariantes – Fevereiro/2026.**



**Capacitação ambiental com foco em consumo consciente e sustentabilidade.**



**Realização de sala de espera com orientações educativas sobre ISTs e distribuição de kits de preservativos.**





**Realização da dinâmica 'Cabelo Maluco' com os funcionários, promovendo integração e descontração.**



**Capacitação da equipe da farmácia quanto à conferência e dispensação de medicamentos mediante receitas especiais.**





### Participação no PDL – Programa de Desenvolvimento e Liderança.



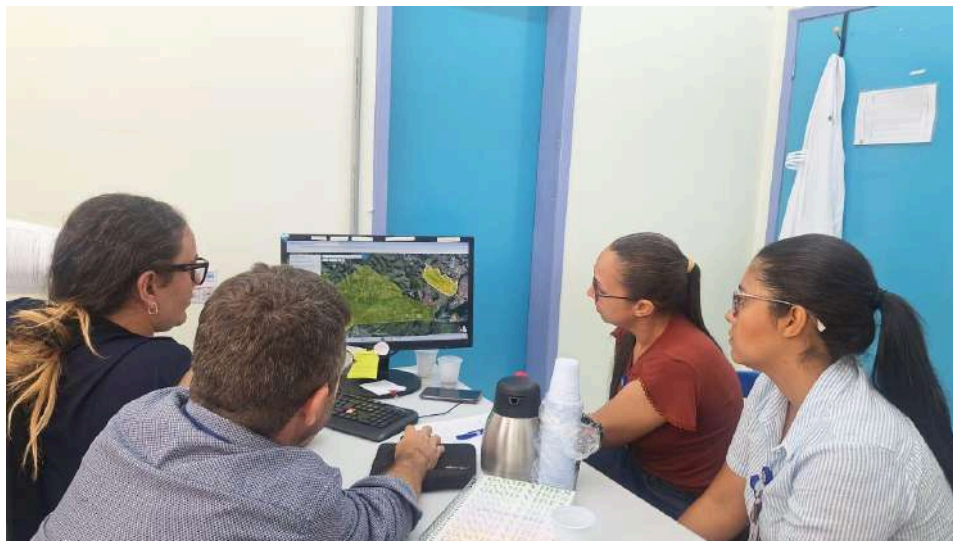
### Discussão de indicadores da APS SP e da SMS em reunião de equipe.



**Realização de reunião com a supervisão do DAPRIS para delimitação do território da Zona Norte.**







## UBS Santana



 \*Unidade:\* UBS Santana

 \*Nome da Ação :\* UBS na Rua -  
**Atendimento Ginecologista e orientações  
sobre prevenção de ists**

 \*Data da Ação:\* 05/02/2026

 \*Equipe Responsável\*  
Equipe de Enfermagem  
Dra. Débora Galhardo - ginecologista

 \*Descritivo da Ação\*  
Realizado atendimento Ginecológico individual  
para as pacientes do Abrigo LGBTQI e  
orientações a todas as pacientes sobre a  
importância da prevenção de ISTs.  
Realizado distribuição de preservativos e  
folders com orientações sobre ISTs.

 \*Público Alvo\* 15 pessoas



06/02/2026 Grupo de tabaco





13/02/2026 Sala de Espera: Prevenção de IST e entrega de preservativos femininos e masculinos



A iniciativa teve como objetivo ampliar o acesso à primeira consulta odontológica, organizar a demanda e fortalecer a cobertura de saúde bucal da população da área de abrangência.



23/02/2026 Visita domiciliar a pacientes acamados, em parceria com a Enfermagem, para avaliação e orientação sobre higiene bucal.





**05/02/2026 CAPACITAÇÃO  
HANSENIASE , LEISHMANIOSE E ESPOROTRICOSE**



**06/02/2026 Treinamento Teórico sobre aplicação de BCG com  
a Cristina Alvarenga da Vigilância Epidemiológica**





**18/02 Treinamento sobre montagem de caixa de perfuro cortantes**



**26/02/2026 Capacitação: Executores de teste rápido**



**Orientação para a Equipe**  
Sustentabilidade e Consumo  
consciente:  
**Água e Energia**

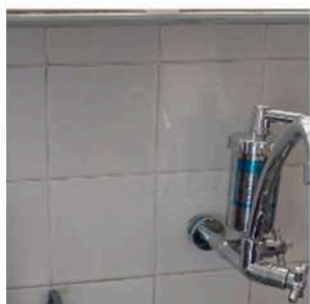


**Ações voltadas para economia  
de Energia Elétrica**

- Instalação de placas que incentivem o desligamento das luzes e equipamentos quando não estiverem em uso



Instalação de placas próximas às torneiras para  
incentivar a economia e o uso consciente da água



**Antes**



**Depois**



Reunião com a supervisão do DAPRIS, alinhamento de indicadores e delimitação do território da Zona Norte.



## UBS Jardim Telespark

### Capacitações/Treinamentos

- Treinamento Teórico sobre aplicação de BCG com a Cristina Alvarenga da Vigilância Epidemiológica
- Capacitação Hanseníase, Violência, Leishmaniose no Centro de Juventude - 05/02
- Capacitação odonto 06/02 - Monitoramento dos pacientes em uso de ATB / Protocolo de profilaxia antes de ISC
- Capacitação Limpeza Assistencial
- Capacitação Testes Rápidos





## Capacitações/Treinamentos

- Capacitação Indicadores de Saúde
- Capacitação sustentabilidade e economia de água
- Capacitação de reciclagem montagem de caixa de perfurocortantes e descarte seguro - 12/02.
- Capacitação manejo do tratamento e fluxo do Alzheimer e lúpus
- Matriciamento Saúde Mental



## Ações de Saúde

- 🏠 Unidade: UBS Jd Telespark - SJC  
 ✅ Nome da Ação: Ação de Saúde Ubs na rua - Zona rural Jaguari  
 Data da ação: 24/02/2026  
 👤 Equipe Responsável: Equipe Multidisciplinar  
 📌 Descritivo da Ação: Foi realizada uma ação de saúde na área de abrangência, a qual incluiu atendimento médico, acolhimento por enfermeiro, verificação de pressão arterial, dosagem de glicose (dextro) e realização de curativos.





## Ações de Saúde

🏠 Unidade: UBS Jd Telespark - SJC

✅ Nome da Ação: Hiperdia

📅 Data da ação: Todas as terças

👥 Equipe Responsável: Equipe de enfermagem.

📌 Descritivo da Ação: Grupo realizado para a renovação de receitas e acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Durante a atividade, foram realizadas dinâmicas e orientações a respeito dos cuidados necessários para o manejo dessas condições.



## Ações de Saúde

📸 Fotos da Ação: Início Primeiro Grupo Tabaco - 2026

🏠 Unidade: UBS Jd Telespark - SJC

✅ Nome da Ação: Programa Contra o Tabagismo

📅 Data da ação: Toda sexta - feira

👥 Equipe Responsável: Dra Yenima e Enf. Adolfo

📌 Descritivo da Ação: Apresentação e Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.

👥 Números de Pessoas Impactadas com a Ação: 15



## Ações de saúde

-  Fotos da Ação: Grupo De Saúde Gestacional
-  Unidade: UBS Jd Telespark - SJC
-  Nome da Ação: Grupo de Gestantes
-  Data da ação: 11/02/2026
-  Equipe Responsável: Enfermagem e Médica
-  Descritivo da Ação: Amamentação e autocuidado. Realizado grupo de saúde gestacional, com foco na amamentação e autocuidado, foram abordados temas com vacinação e ISTs. Realizado dinâmicas e plantão de dúvidas



## Ações de Saúde

### Grupo Caminha e Lian Gong - 25/02/2026

Realizado caminhada, alongamento. O bate papo de hoje durante os exercícios teve como foco os benefícios da atividade física para prevenção de doenças como Alzheimer.

### Grupo Horta Comunitária - 25/02/2026

Realizado cronograma de atividades do ano e organização do plantio.





## Ações de Saúde - Sala de Espera Enfermagem

Sala de espera equipe de enfermagem -  
11/02/2026

**Tema:** Vacinação e IST

Realizado orientações a respeito da importância da vacinação e nova campanha da dengue. Distribuição de kits com preservativos, lubrificantes e informativos sobre prevenção de Ist, reforçado com população a importância do uso de preservativos na prevenção das its durante a época do carnaval.



CEJAM SUS

## Ações de Saúde - Salas de espera ACS

Sala de espera ACS 13/02/2026

**Tema:** Prevenção de Gravidez na Adolescência

Realizado orientações a respeito da importância da prevenção de gravidez na adolescência, distribuídos folder e preservativo.

Sala de espera ACS - 09/02/2026

**Tema:** Prevenção do Alzheimer - Fevereiro Roxo



SUS

## Humanização:

- Celebração de aniversário do mês
- Despedida da profissional de coleta de exames.
- Dia do cabelo maluco



## UBS ALTO DA PONTE



Vacinação Dengue Equipe UBS Alto da Ponte





### Grupo de artesanato





**Planejamento familiar**



**Grupo do Tabaco com auriculoterapia**

Lian Gong - Vila Cândida



Terapia comunitária





**Ação: Adote uma caneca**



**Ação em saúde - Fevereiro Roxo (fibromialgia) - Canindú**





Ação em saúde UBS Alto da Ponte - Equipe 3

## Treinamentos e Capacitações - UBS Alto da Ponte

A seguir, lista de treinamentos separados por tema, data e participantes realizados nas unidades da Microrregião Norte de São José dos Campos

| Treinamento                                                        | Data       | Modalidade | fevereiro/2026 |          |             |
|--------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------|----------|-------------|
|                                                                    |            |            | Participantes  | Duração  | Horas-homem |
| Hanseníase, Leishmaniose e Esporotricose                           | 02/02/2026 | Presencial | 1              | 3:30:00  | 3:30:00     |
| Indicadores de Boas Práticas e Novo Modelo de Financiamento da APS | 03/02/2026 | Presencial | 2              | 4:00:00  | 8:00:00     |
| Treinamento para identificar lesões pré-malignas e câncer de boca  | 04/02/2026 | Presencial | 12             | 4:00:00  | 48:00:00    |
| Hanseníase, Leishmaniose e Esporotricose                           | 05/02/2026 | Presencial | 2              | 3:30:00  | 7:00:00     |
| Indicadores de Boas Práticas e Novo Modelo de Financiamento da APS | 10/02/2026 | Presencial | 3              | 4:00:00  | 12:00:00    |
| Indicadores de Boas Práticas e Novo Modelo de Financiamento da APS | 11/02/2026 | Presencial | 2              | 4:00:00  | 8:00:00     |
| Sustentabilidade e economia de água e energia                      | 11/02/2026 | Presencial | 40             | 0:30:00  | 20:00:00    |
| Implanon                                                           | 24/02/2026 | Presencial | 1              | 4:00:00  | 4:00:00     |
| Montagem de descarpac                                              | 24/02/2026 | Presencial | 8              | 0:30:00  | 4:00:00     |
| PDL: Comunicação                                                   | 24/02/2026 | Presencial | 1              | 8:00:00  | 8:00:00     |
| TOTAL                                                              |            |            | 72             | 36:00:00 | 122:30:00   |

## Treinamentos e Capacitações - UBS Altos de Santana

| Treinamento                                                                               | Data       | Modalidade | fevereiro/2026 |          |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------|----------|-------------|
|                                                                                           |            |            | Participantes  | Duração  | Horas-homem |
| Capacitação - Hanseníase, Leishmaniose e Esporotricose                                    | 02/02/2026 | Presencial | 2              | 5:00:00  | 10:00:00    |
| Capacitação Dermato sobre Protocolo de Regulação e acesso a Dermato                       | 03/02/2026 | Presencial | 2              | 5:00:00  | 10:00:00    |
| TREINAMENTO PRECAUÇÃO PADRÃO                                                              | 03/02/2026 | Presencial | 8              | 1:00:00  | 8:00:00     |
| Treinamento para identificar lesões pré-malignas e câncer de boca                         | 04/02/2026 | Presencial | 3              | 5:00:00  | 15:00:00    |
| Capacitação - Hanseníase, Leishmaniose e Esporotricose                                    | 05/02/2026 | Presencial | 2              | 5:00:00  | 10:00:00    |
| TREINAMENTO VACINA DENGUE-BUTANTAN                                                        | 09/02/2026 | Online     | 10             | 5:00:00  | 50:00:00    |
| Capacitação Dermato sobre Protocolo de Regulação e acesso a Dermato                       | 10/02/2026 | Presencial | 1              | 5:00:00  | 5:00:00     |
| Aperfeiçoamento da Prática em Coordenação do Cuidado a partir da Atenção Primária à Saúde | 10/02/2026 | Presencial | 2              | 5:00:00  | 10:00:00    |
| Aperfeiçoamento da Prática em Coordenação do Cuidado a partir da Atenção Primária à Saúde | 11/02/2026 | Presencial | 6              | 5:00:00  | 30:00:00    |
| PDL                                                                                       | 24/02/2026 | Presencial | 1              | 8:00:00  | 8:00:00     |
| Saúde sexual, reprodutivo e prevenção das IST's                                           | 26/02/2026 | Presencial | 2              | 5:00:00  | 10:00:00    |
| TOTAL                                                                                     |            |            | 39             | 54:00:00 | 166:00:00   |

## Treinamentos e Capacitações - UBS Jardim Telespark

| Treinamento                                                                                           | Data       | Modalidade | fevereiro/2026 |         |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------|---------|-------------|
|                                                                                                       |            |            | Participantes  | Duração | Horas-homem |
| Capacitação Hanseníase, Violência e Leishmaniose                                                      | 05/02/2026 | Presencial | 1              | 3:00:00 | 3:00:00     |
| Treinamento teórico sobre aplicação de BCG                                                            | 06/02/2026 | Presencial | 2              | 2:00:00 | 4:00:00     |
| Capacitação Odonto - Monitoramento dos pacientes em uso de ATB e Protocolo de Profilaxia antes de ISC | 06/02/2026 | Presencial | 2              | 1:00:00 | 2:00:00     |
| Capacitação de Indicadores de Saúde 2026                                                              | 10/02/2026 | Presencial | 2              | 2:30:00 | 5:00:00     |
| Capacitação Sustentabilidade e economia de água e energia                                             | 11/02/2026 | Presencial | 24             | 1:00:00 | 24:00:00    |
| Capacitação de Indicadores de Saúde 2026                                                              | 11/02/2026 | Presencial | 4              | 2:30:00 | 10:00:00    |

|                                                                 |            |            |           |                 |                 |
|-----------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|-----------------|-----------------|
| Capacitação Montagem de Caixa Perfurocortante e Descarte Seguro | 12/02/2026 | Presencial | 9         | 1:00:00         | 9:00:00         |
| Capacitação manejo do tratamento e fluxo de alzheimer e lúpus   | 12/02/2026 | Presencial | 5         | 1:00:00         | 5:00:00         |
| Capacitação de Limpeza Assistencial Terminal e Concorrente      | 13/02/2026 | Presencial | 9         | 1:00:00         | 9:00:00         |
| PDL                                                             | 24/02/2026 | Presencial | 1         | 8:00:00         | 8:00:00         |
| Capacitação Implanon                                            | 25/02/2026 | Presencial | 1         | 4:00:00         | 4:00:00         |
| Capacitação Testes Rápidos                                      | 26/02/2026 | Presencial | 2         | 4:00:00         | 8:00:00         |
| <b>TOTAL</b>                                                    |            |            | <b>62</b> | <b>31:00:00</b> | <b>91:00:00</b> |

## Treinamentos e Capacitações - UBS Santana

| Treinamento                                                                                    | Data       | Modalidade | fevereiro/2026 |         |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------------|---------|-------------|
|                                                                                                |            |            | Participantes  | Duração | Horas-homem |
| CAPACITAÇÃO - HANSENIASE , LEISHMANIOSE E ESPOROTRICOSE                                        | 05/02/2026 | Presencial | 2              | 2:30:00 | 5:00:00     |
| TREINAMENTO TEÓRICO E PRÁTICO VACINA BCG                                                       | 06/02/2026 | Presencial | 10             | 2:00:00 | 20:00:00    |
| CAPACITAÇÃO GERENTES-INDICADORES DO NOVO FINANCIAMENTO                                         | 06/02/2026 | Presencial | 1              | 3:00:00 | 3:00:00     |
| TREINAMENTO VACINAÇÃO DA DENGUE PROFISSIONAIS DA SAÚDE                                         | 09/02/2026 | Online     | 2              | 2:00:00 | 4:00:00     |
| CAPACITAÇÃO SOBRE INDICADORES DE BOAS PRÁTICAS E NOVO FINANCIAMENTO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS | 10/02/2026 | Presencial | 1              | 4:00:00 | 4:00:00     |
| CAPACITAÇÃO SOBRE INDICADORES DE BOAS PRÁTICAS E NOVO FINANCIAMENTO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS | 11/02/2026 | Presencial | 1              | 4:00:00 | 4:00:00     |
| CAPACITAÇÃO PROTOCOLO DE DERMATO                                                               | 11/02/2026 | Presencial | 1              | 2:00:00 | 2:00:00     |
| TREINAMENTO ECONOMIA DE ÁGUA E ENERGIA                                                         | 11/02/2026 | Presencial | 16             | 0:30:00 | 8:00:00     |
| CAPACITAÇÃO GERENTES-INDICADORES DO NOVO FINANCIAMENTO                                         | 13/02/2026 | Presencial | 1              | 3:00:00 | 3:00:00     |
| TREINAMENTO MONTAGEM CAIXA DE PERFUROCORTANTE                                                  | 18/02/2026 | Presencial | 10             | 0:30:00 | 5:00:00     |
| CAPACITAÇÃO GERENTES-INDICADORES DO NOVO FINANCIAMENTO                                         | 20/02/2026 | Presencial | 1              | 3:00:00 | 3:00:00     |
| PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE LÍDERES                                                         | 24/02/2026 | Presencial | 1              | 8:00:00 | 8:00:00     |
| MATRICIAMENTO SAÚDE MENTAL                                                                     | 25/02/2026 | Presencial | 3              | 2:00:00 | 6:00:00     |
| CAPACITAÇÃO EXECUTORES DO TESTE RÁPIDO IST - 1* ENCONTRO                                       | 26/02/2026 | Presencial | 4              | 4:00:00 | 16:00:00    |

|                                                                  |            |            |    |          |           |
|------------------------------------------------------------------|------------|------------|----|----------|-----------|
| NR 32, PGRSS, FLUXO DE ACIDENTE COM PERFUROCORTANTE E USO DE EPI | 27/02/2026 | Presencial | 16 | 1:00:00  | 16:00:00  |
| TOTAL                                                            |            |            | 70 | 41:30:00 | 107:00:00 |

## MANUTENÇÃO

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

### Manutenção Predial

#### UBS Alto da Ponte

##### Manutenções realizadas na unidade em 03/02/2026:

- Limpeza dos ventiladores;
- Troca da válvula banheiro feminino;
- Instalação do banner - recepção;
- Instalação canaleta para cabo de rede sala da gerência;
- Troca de Lâmpadas área externa.

#### UBS Altos de Santana

##### Manutenções realizadas na unidade em 20/02/2026:

- Poda da grama;
- Pintura da área externa e interna;
- Resolução de vazamentos e goteiras;
- Instalação de novo toldo no DML;
- Limpeza da área externa;
- Limpeza da calha.

#### UBS Santana



### Serviços de manutenção realizados no período:

- Poda de grama
- Limpeza da área externa
- Troca de tomadas
- Instalação de novas tomadas
- Conserto de telhado com aplicação de manta
- Pintura de teto e paredes
- Conserto de armário
- Troca de lâmpadas
- Ajustes na rede elétrica
- Instalação de quadros
- Retirada de suportes em desuso
- Ajuste de cortinas
- Ajustes em portões
- Manutenção de fechaduras e portas

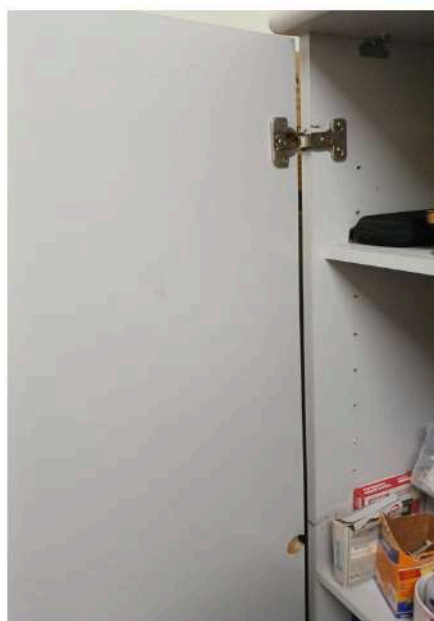




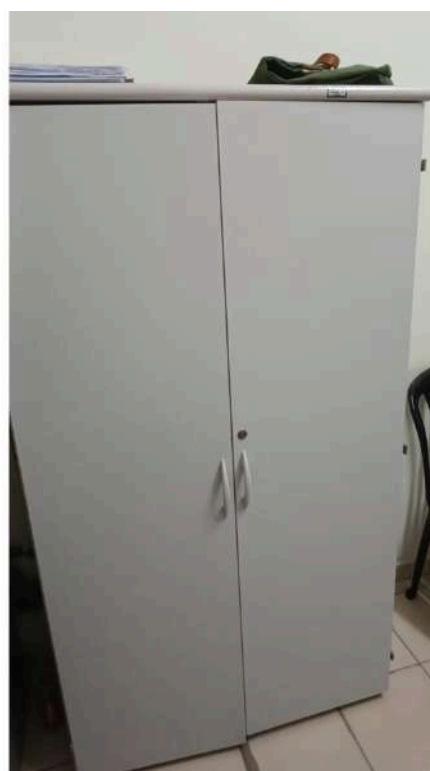
**Limpeza área externa**



**Conserto do armário**



**Antes**



**Depois**



**Antes**



**Depois**



**Antes**



**Depois**

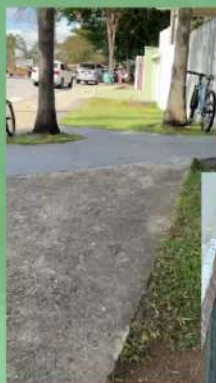
## UBS Telespark

### Serviços de manutenção realizados no período:

- Manutenção do telhado com rachaduras e telhas quebradas
- Poda de grama
- Reparo do ventilador recepção

### Manutenção

- Conserto do ventilador recepção
- Aparação da grama
- Conserto de rachadura do telhado



## Projetos Arquitetônicos

Em 2026, as UBSs seguem empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.



## Engenharia Clínica

| UBS ALTO DA PONTE |                                               |                                                                                                                                                         | fev-26 |
|-------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Item              | Indicador                                     | Objetivo                                                                                                                                                | %      |
| 1                 | % de Equipamentos Inventariados (cadastrados) | Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos. | 100%   |
| 2                 | % de Equipamentos Críticos Operacionais       | Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.                                                    | 100%   |
| 3                 | % de Manutenções Preventivas Realizadas       | Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.                        | 100%   |

| UBS ALTOS DE SANTANA |                                                                    |                                                                                                                                                         | fev-26 |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Item                 | Indicador                                                          | Objetivo                                                                                                                                                | %      |
| 1                    | % de Equipamentos Inventariados (cadastrados)                      | Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos. | 100%   |
| 2                    | % de Equipamentos Críticos Operacionais                            | Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.                                                    | 100%   |
| 3                    | % de Manutenções Preventivas Realizadas                            | Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.                        | 100%   |
| 4                    | % de Equipamentos com Calibração em Dia                            | Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.                                                 | 100%   |
| 5                    | % de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE) | Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.                                                        | 100%   |

| UBS SANTANA |                                                                    |                                                                                                                                                         | fev-26 |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Item        | Indicador                                                          | Objetivo                                                                                                                                                | %      |
| 1           | % de Equipamentos Inventariados (cadastrados)                      | Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos. | 100%   |
| 2           | % de Equipamentos Críticos Operacionais                            | Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.                                                    | 100%   |
| 3           | % de Manutenções Preventivas Realizadas                            | Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.                        | 100%   |
| 4           | % de Equipamentos com Calibração em Dia                            | Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.                                                 | 100%   |
| 5           | % de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE) | Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.                                                        | 100%   |

| UBS JARDIM TELES PARK |                                                                    |                                                                                                                                                         | jan-26 |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Item                  | Indicador                                                          | Objetivo                                                                                                                                                | %      |
| 1                     | % de Equipamentos Inventariados (cadastrados)                      | Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos. | 100%   |
| 2                     | % de Equipamentos Críticos Operacionais                            | Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.                                                    | 100%   |
| 3                     | % de Manutenções Preventivas Realizadas                            | Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.                        | 100%   |
| 4                     | % de Equipamentos com Calibração em Dia                            | Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.                                                 | 100%   |
| 5                     | % de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE) | Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.                                                        | 100%   |

### Patrimônio - UBS Alto da Ponte

Não constam equipamentos em manutenção.

### Patrimônio - UBS Santana

Não constam equipamentos em manutenção.

### Patrimônio - UBS Alto de Santana

No momento, a unidade encontra-se com o ar-condicionado do laboratório inoperante, aguardando a substituição da peça necessária, por se tratar de um equipamento mais antigo, encontramos dificuldade em localizar peças para reposição.

### Patrimônio - UBS Telespark

Não constam equipamentos em manutenção.

## ABASTECIMENTO

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

## COMISSÕES

### UBS Altos de Santana

#### Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à assistência à saúde - CCIRAS



**PRÓ MEMÓRIA**

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| <b>DATA:</b> 11/02/2026            | <b>HORÁRIO:</b> 9h30 |
| <b>LOCAL:</b> UBS ALTOS DE SANTANA |                      |
| <b>ASSUNTO:</b> COMISSÃO CCIRAS    |                      |

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. PLANILHAS DE ACOMPANHAMENTO
02. CONCLUSÃO DOS INDICADORES DE JANEIRO
03. ADEQUAÇÃO E REALIZAÇÃO DOS INDICADORES DE FEVEREIRO
04. DÚVIDAS PARA SEREM ENVIADAS A KELLY EM REUNIÃO
05. REVISÃO DA LISTA DE COMPRAS E SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÃO PREDIAL

**2. DECISÕES**

01. Intensificar observação e cumprimento das novas planilhas, conforme orientado nas mesmas, até reunião com a Kelly no dia 18/02/2026.
02. Discussão sobre o não cumprimento dos indicados de álcool e sabão devido o não preenchimento adequado das folhas de controle e a necessidade de realização de um treinamento sobre o assunto.
03. Discussão sobre as metas que necessitam ser alcançadas e adequadas para o mês de Fevereiro.
04. Levantamento de dúvidas para serem sanadas com a Kelly na reunião do dia 18/02/2026 a ser acompanhado pelo enfermeiro João.
05. Revisão e readequação da lista de compras dos materiais necessários para resolução das pendências das visitas técnicas e lista de adequações prediais para resolução das pendências das visitas técnicas

**3. PLANO DE AÇÃO**

| AÇÃO                                                                                                                       | RESPONSÁVEL | PRAZO      | COMENTÁRIOS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|-------------|
| Preenchimento das novas planilhas de acompanhamento, conforme explicado nas mesmas, até reunião com Kelly                  | CCIRAS      | 18/02/2026 |             |
| Realizar treinamento de conscientização sobre o preenchimento adequado das folhas de controle de consumo de álcool e sabão | CCIRAS      | 30 dias    |             |

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR-ADM-CEGISS-QA-004.001

Pag. 1 de 2



**PRÓ MEMÓRIA**

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| <b>DATA:</b> 11/02/2026            | <b>HORÁRIO:</b> 9h30 |
| <b>LOCAL:</b> UBS ALTOS DE SANTANA |                      |
| <b>ASSUNTO:</b> COMISSÃO CCIRAS    |                      |

|                                                                                                                                                        |                                               |         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------|--|
| Discutir em Comissão de Gerenciamento de riscos possíveis fragilidades da unidade que ainda não foram solucionadas                                     | MILENA                                        | 23 dias |  |
| Realizar lista de compra de materiais para ser enviado por email, solicitando compra imediata para adequação da estrutura conforme estabelecido em PCI | SEFORA<br>JOÃO<br>MILENA<br>JOSELITA<br>DIONE | 3 dias  |  |



**PRÓ MEMÓRIA**

|                |                      |                |     |
|----------------|----------------------|----------------|-----|
| <b>DATA</b>    | 04/02/2026           | <b>HORÁRIO</b> | 10h |
| <b>LOCAL</b>   | UBS ALTOS DE SANTANA |                |     |
| <b>ASSUNTO</b> | COMISSÃO CCIRAS      |                |     |

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. PLANILHAS DE ACOMPANHAMENTO
02. CONCLUSÃO DOS INDICADORES DE JANEIRO
03. FRAGILIDADES DA UNIDADE E NECESSIDADES DE TREINAMENTO
04. REVISÃO DAS VISITAS TÉCNICAS

**2. DECISÕES**

01. Intensificar observação e cumprimento das novas planilhas, conforme orientado nas mesmas, até possível reunião com a Kelly.
02. Discutir na próxima reunião as pendências dos indicadores de Janeiro que não foram fechadas devido ao prazo
03. Discutir em Comissão de Gerenciamento de riscos possíveis fragilidades da unidade que ainda não foram solucionadas e promover treinamentos que se adequem a essas necessidades
04. Lista de compras dos materiais necessários para resolução das pendências das visitas técnicas e lista de adequações prediais para resolução das pendências das visitas técnicas

**Comissão de Óbitos.****PRÓ MEMÓRIA**

|                |                      |                |     |
|----------------|----------------------|----------------|-----|
| <b>DATA</b>    | 10/02/2026           | <b>HORÁRIO</b> | 16H |
| <b>LOCAL</b>   | UBS ALTOS DE SANTANA |                |     |
| <b>ASSUNTO</b> | COMISSÃO DE ÓBITO    |                |     |

**1- PAUTAS ABORDADAS**

1. Abertura da reunião com Enfermeira Gleidiane agradecendo a presença de todos.
2. Planilha de acompanhamento
3. Reforço sobre os objetivos e responsabilidades da Comissão de Óbito.

**2 - DECISÕES**

- 1- Avaliar o acompanhamento prestado pela Atenção Primária
- 2- Identificar oportunidades de melhoria no cuidado

**Comissão de revisão de prontuários.**



| PRÓ MEMÓRIA |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| DATA        | 20/02/2026                         |
| HORÁRIO     | 10H                                |
| LOCAL       | UBS ALTOS DE SANTANA               |
| ASSUNTO     | COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS |

**1- PAUTAS ABORDADAS**

1. Abertura da reunião com Enfermeira Gleidiane agradecendo a presença de todos.
2. Reforçado a importância da Comissão de Revisão de Prontuários como instrumento de avaliação da qualidade da assistência, da segurança do paciente e da conformidade dos registros em saúde.

**2 - DECISÕES**

- 1- Realizar orientação/educação permanente sobre registros adequados.
- 2- Identificar oportunidades de melhoria no cuidado
- 3- Elaborar devolutiva formal às equipes assistenciais.

**Comissão Gerenciamento de Riscos**



| PRÓ MEMÓRIA |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| DATA        | 26/02/2026                      |
| HORÁRIO     | 10H                             |
| LOCAL       | UBS ALTOS DE SANTANA            |
| ASSUNTO     | COMISSÃO GERENCIAMENTO DE RISCO |

**1- PAUTAS ABORDADAS**

- 1.1 Relembrosos os assuntos discutidos na última reunião.
- 1.2 Tuberculose: alinhamento realizado com o enfermeiro João, que está realizando o encaminhamento dos casos suspeitos aos dentistas para acompanhamento.
- 1.3 Reforço das boas práticas assistenciais, com necessidade de alinhamento junto à RT Sefora para discussão em reunião com os técnicos, abordando:
  - Uso adequado de luvas;
  - Comunicação entre funcionários;
  - Comunicação sobre pacientes;
  - Panfleto sobre descarte aos funcionários públicos, aguardando posicionamento da RT Sefora.
- 1.4 Mudança de área de pacientes: foi informado que estão ocorrendo mudanças com autorização da RT. No entanto, essa prática pode gerar desorganização do fluxo assistencial, sendo sugerida a implantação de planilha de controle para melhor organização.
- 1.5 Reforçada a orientação sobre lavagem correta das mãos.
- 1.6 Informado que os indicadores passarão a vigorar oficialmente.
- 1.7 Orientado que notificações de casos específicos deverão ser realizadas no sistema Medysy.
- 1.8 Odontologia elaborará plano de ação com foco em classificação de risco e estratégias para redução do absenteísmo.

## 2 - DECISÕES

- 2.1 Manter o alinhamento sobre tuberculose, com continuidade do fluxo de encaminhamento aos dentistas.
- 2.2 Reforçar boas práticas assistenciais em reunião específica com a equipe técnica, mediante alinhamento prévio com a RT Sefora.
- 2.3 Sugerir a criação de planilha de controle para organização das mudanças de área de pacientes.
- 2.4 Melhorar lavagem das mãos, visando a melhoria dos indicadores.
- 2.5 Reforçar a obrigatoriedade das notificações no sistema Medysy.

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR.ADM.CEGISS.QA.004.001

Pág. 1 de 3

## UBS Jd Telespark

## Comissão Gerenciamento de Riscos

1/2



## PRÓ MEMÓRIA

|                |                                      |                |       |
|----------------|--------------------------------------|----------------|-------|
| <b>DATA</b>    | 25/02/2026                           | <b>HORÁRIO</b> | 14:20 |
| <b>LOCAL</b>   | UBS JARDIM TELES PARK                |                |       |
| <b>ASSUNTO</b> | Comissão de Gerenciamento dos Riscos |                |       |

**2. PAUTAS ABORDADAS**

01. Discutido plano de segurança do paciente
02. Verificado notificações realizadas
03. Metas de Segurança do paciente

**3. DECISÕES**

01. Intensificação para realização de notificações
02. Finalização do plano de segurança do paciente de 2026
03. Elaborado ações para melhor uso da meta 1 e 2

**3. PLANO DE AÇÃO**

| AÇÃO                                                                                                           | RESPONSÁVEL         | PRAZO   | COMENTÁRIOS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|-------------|
| Capacitação a respeito das notificações<br>Elaboração de ações para próxima reunião, para o cumprimento do PSP | MEMBROS DA COMISSÃO | 30 DIAS |             |



**Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à assistência à saúde - CCIRAS****PRÓ MEMÓRIA**

|                |                                                                            |                |       |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|
| <b>DATA</b>    | 25/02/2026                                                                 | <b>HORÁRIO</b> | 14:20 |
| <b>LOCAL</b>   | UBS JARDIM TELESPARK                                                       |                |       |
| <b>ASSUNTO</b> | Comissão Controle de Infecções Relacionados à Assistência à Saúde - CCIRAS |                |       |

**6. PAUTAS ABORDADAS**

- 01.Revisado com equipe planilha dos indicadores
- 02.Discutido acompanhamento de casos
- 03.Realizado alinhamento de Fluxos
- 04.Verificado Notificações realizadas até o presente momento.
- 05.Compilado dúvidas para serem tiradas na próxima reunião com kelly

**7. DECISÕES**

- 01.Discutido planos de ações para aumento do uso do álcool e sabão em março
- 02.Alinhado inserção dos novos indicadores de 2026
- 03.Revisado pontos a serem melhorados para o alcance das metas
- 04.Elaborado capacitação aos colaboradores sobre notificações e higiene das mãos.
- 05.Realizado compilado de dúvidas para próximo alinhamento com kelly

**8. PLANO DE AÇÃO**

| AÇÃO                                                     | RESPONSÁVEL            | PRAZO   | COMENTÁRIOS |
|----------------------------------------------------------|------------------------|---------|-------------|
| Elaboração de treinamentos<br>Novas auditorias da meta 5 | MEMBROS DA<br>COMISSÃO | 30 dias |             |

**Comissão Óbitos****PRÓ MEMÓRIA**

|         |                      |         |       |
|---------|----------------------|---------|-------|
| DATA    | 20/02/2026           | HORÁRIO | 14:20 |
| LOCAL   | UBS JARDIM TELESPARK |         |       |
| ASSUNTO | Comissão de Óbitos   |         |       |

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. Apresentado sistema de verificação de óbitos TABNET
02. Elaborado forms para auditoria de prontuários

**2. DECISÕES**

01. Discutido verificação e elaboração de questionário para acompanhamento dos casos discutidos em comissão.
02. Discutido sistema de verificação e reiterado dúvidas acerca do mesmo.

**3. PLANO DE AÇÃO**

| AÇÃO                                    | RESPONSÁVEL         | PRAZO   | COMENTÁRIOS |
|-----------------------------------------|---------------------|---------|-------------|
| Utilização do forms na próxima reunião. | MEMBROS DA COMISSÃO | 30 DIAS |             |

## UBS ALTO DA PONTE



PREFEITURA  
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

### PRÓ MEMÓRIA

|         |                                   |         |       |
|---------|-----------------------------------|---------|-------|
| DATA    | 26/02/2026                        | HORÁRIO | 11:00 |
| LOCAL   | UBS ALTO DA PONTE                 |         |       |
| ASSUNTO | Reunião de comissão núcleo cciras |         |       |

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

- CME/ CONTROLE DE INFECÇÃO.
- SUPERVISÃO EM SALA DE VACINA.
- MONITORAMENTO DE PACIENTES DE EXODONTIA.
- REVISÃO DE PCI.

#### 2. PLANO DE AÇÃO

| AÇÃO                           | RESPONSÁVEL                    | PRAZO                | COMENTÁRIOS |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------|
| Previsão das planilhas         | Técnico de enfermagem escalado | preenchimento diário |             |
| Vistoria na sala de vacina     | Enfermeira assistencial        | realizado            |             |
| Monitoramento de pacientes     | odonto RT                      | Em andamento         |             |
| revisão do protocolo e setores | Enfermeira RT                  | em andamento         |             |

|                |                            |                |                |
|----------------|----------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 23/02/2026                 | <b>HORÁRIO</b> | 14h00 às 15h00 |
| <b>LOCAL</b>   | UBS ALTO DA PONTE/ SALA 11 |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | ATA de Reunião NSP nº02    |                |                |

**1. PAUTAS ABORDADAS**

2. Abertura da reunião com Enfermeira Camila agradecendo a presença de todos.
3. Tema: Medidas assistenciais e estratégias de segurança no atendimento aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de dengue, considerando o aumento sazonal de casos na região.
4. **Atualização do cenário epidemiológico local :**

Foi apresentado o aumento de atendimentos por síndrome febril compatível com dengue, reforçando a necessidade de triagem adequada e identificação precoce de sinais de alarme.

**5. Classificação de risco:**

Reforçando o protocolo de estratificação clínica conforme sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Sangramentos;
- Hipotensão ou lipotímia;
- Letargia ou irritabilidade.

Definido que todos os pacientes com suspeita deverão ter sinais vitais registrados e avaliação clínica documentada.

**6. Segurança na hidratação :**

Discutir importância de:

- Prescrição segura e cálculo correto de volume de hidratação ;
- Monitoramento rigoroso de balanço hídrico;
- Observação de sinais de sobrecarga volêmica;
- Registro adequado em prontuário.

Reforçado cuidado especial com idosos, gestantes e pacientes com comorbidades.

**7. Prevenção de eventos adversos :**

Foram elencados riscos potenciais:



**PRÓ MEMÓRIA**

|                |                            |                |                |
|----------------|----------------------------|----------------|----------------|
| <b>DATA</b>    | 23/02/2026                 | <b>HORÁRIO</b> | 14h00 às 15h00 |
| <b>LOCAL</b>   | UBS ALTO DA PONTE/ SALA 11 |                |                |
| <b>ASSUNTO</b> | ATA de Reunião NSP nº02    |                |                |

- Erro de dose de medicação;
- Administração inadequada de anti-inflamatórios (contraindicados);
- Falhas na identificação de sinais de gravidade;
- Desidratação por falta de orientação.

Definidas estratégias de prevenção:

- Dupla checagem medicamentosa;
- Checklist para sinais de alarme;
- Orientação escrita ao paciente na alta.

**8. Educação em saúde:**

- Sinais de alerta;
- Importância da hidratação oral;
- Retorno imediato em caso de piora;
- Medidas de prevenção domiciliar.

**9. Encerramento:**

Reforçando a importância da comunicação clara para orientação ao paciente, dos cuidados domiciliares e sinais de alarme.

**UBS SANTANA****Comissão Gerenciamento de Riscos****PRÓ MEMÓRIA**

|                |                                           |                |      |
|----------------|-------------------------------------------|----------------|------|
| <b>DATA</b>    | 19/02/2026                                | <b>HORÁRIO</b> | 7:30 |
| <b>LOCAL</b>   | UBS SANTANA                               |                |      |
| <b>ASSUNTO</b> | PREVENÇÃO DE INFECÇÃO EM SÍTIO CIRÚRGICO. |                |      |

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. Apresentação dos dados de ICS do período.
02. Orientação sobre higiene das mãos, situação da esterilização (indicadores biológicos e químicos).

**2. DECISÕES**

01. Implantação de checklist pré procedimento, reforço da higienização das mãos, padronização da antissepsia, controle rigoroso da esterilização, uso racional de antibióticos, monitoramento mensal dos indicadores e capacitação periódica da equipe.

**3. PLANO DE AÇÃO**

| <b>AÇÃO</b>                                                                   | <b>RESPONSÁVEL</b>      | <b>PRAZO</b> | <b>COMENTÁRIOS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|--------------------|
| Apresento dados de ICS, realizo capacitação com toda equipe multi da unidade. | Mariana,<br>Dentista RT | 30 dias      |                    |

**Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à assistência à saúde - CCIRAS****PRÓ MEMÓRIA**

|         |                         |         |       |
|---------|-------------------------|---------|-------|
| DATA    | 26/02/2026              | HORÁRIO | 15:00 |
| LOCAL   | UBS SANTANA             |         |       |
| ASSUNTO | REUNIÃO MENSAL - CCIRAS |         |       |

**1. PAUTAS ABORDADAS**

1. Atualização da ata de Nomeação e Constituição da Comissão com inclusão de um responsável do setor odontológico.
2. Visita Técnica dos setores

**2. DECISÕES**

1. Compartilhado em reunião sobre a importância da visita técnica nos setores, bem como a participação de todos no processo de qualidade na assistência prestada.
- 2- Será verificado com a Dra. Mariana (RT.ODONTO) quem será o participante da Odonto que irá participar da comissão e auxiliar nos processos da CCIRAS da unidade.

**3. PLANO DE AÇÃO**

| AÇÃO                                                                                                                | RESPONSÁVEL    | PRAZO      | COMENTÁRIOS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|-------------|
| Orientação da equipe sobre a importância das visitas técnicas dos setores e da importância da participação de todos | Membros CCIRAS | 25/03/2026 |             |

## CONCLUSÃO

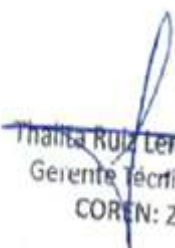
A análise consolidada da produção assistencial das Unidades Básicas de Saúde UBS Alto da Ponte, UBS Altos de Santana, UBS Santana e UBS Jardim Telespark evidencia um cenário de organização estrutural e operacional alinhado aos princípios da Atenção Primária à Saúde, refletindo um desempenho assistencial consistente e orientado ao alcance das metas pactuadas. Observa-se o comprometimento das equipes assistenciais e administrativas na qualificação dos processos de trabalho, garantindo maior resolutividade, acesso e continuidade do cuidado à população adscrita.

Destaca-se, ainda, o fortalecimento da gestão local por meio do Programa de Desenvolvimento de Líderes, que promoveu o aprimoramento das competências gerenciais, com ênfase na comunicação eficaz no ambiente de trabalho, favorecendo a integração das equipes, a melhoria do clima organizacional e maior alinhamento das práticas assistenciais e administrativas.

Dessa forma, os resultados apresentados refletem o esforço coletivo das equipes na busca permanente pela excelência do cuidado, reforçando o compromisso institucional com a melhoria contínua dos processos, a qualificação da assistência prestada e a eficiência na gestão dos serviços. Nesse contexto, as unidades iniciam também o processo de preparação e fortalecimento de suas práticas organizacionais com vistas à futura acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), consolidando um caminho estruturado para a elevação dos padrões de qualidade e segurança na atenção à saúde.



Cordialmente,



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

---

Thalita Ruiz Lemos da Rocha  
Gerente Técnica Regional