

Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”

# Relatório de Atividades Assistenciais

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

Abril/2026

Barueri, 13 de Maio de 2026



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

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARUERI**



**PREFEITO**  
Beto Piteri

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**  
Dra. Luciane Patrícia Amaral

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



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**  
Dr. Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO E GERAL**  
Dr. Eduardo Luna de Oliveira Torres

**GERENTE ASSISTENCIAL MULTI**  
Paula Dal Maso Altimari

**COORDENADORA ADMINISTRATIVA**  
Elaine de Lima Santos

## SUMÁRIO

<b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>	<b>4</b>
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Objetivo do Relatório	5
<b>2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>3. ORGANOGRAMA</b>	<b>8</b>
3.1 Dimensionamento	9
<b>4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA</b>	<b>11</b>
4.1 Produção Geral - Meta x Realizado	11
4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional	12
4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)	13
4.3.1 Pacientes Classificados por Risco	14
4.3.2 Tempo Médio de Espera para o Atendimento	16
4.4 Indicadores de Qualidade	19
4.5 Serviços SADT	19
4.6 Produção Radiologia Detalhada	21
4.7 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro	22
4.8 - Municípios de origem dos pacientes	24
<b>5 Indicadores Assistenciais e de Qualidade</b>	<b>25</b>
5.1.1 Nº Casos novos de PAV	25
5.1.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)	26
5.1.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	26
5.1.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	27
5.1.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	28
5.1.6 Incidência de Queda	28
5.1.7 Incidência de Lesão por Pressão	29
<b>6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)</b>	<b>31</b>
6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)	31
6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.	34
6.3 Classificação das queixas	35
6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas	36
<b>7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b>	<b>37</b>
7.1 Avaliação do Atendimento	37
Considerações finais:	40
<b>8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS</b>	<b>41</b>
<b>9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES</b>	<b>41</b>
<b>10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS</b>	<b>46</b>
Relatório do Hospitalista	46
Relatório do Serviço Social	53
Relatório do Núcleo de Qualidade	55
Relatório do SCIH (Antibióticos)	59
Relatório do SESMT	64
Relatório da Nutrição	66
Relatório da Radiologia	68
<b>11. COMISSÕES INTERNAS</b>	<b>70</b>
11.1 Atas	71

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

#### Visão

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

#### Missão

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

#### Valores

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;

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

### Pilares Estratégicos

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

### Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

### 1.2 Objetivo do Relatório

---

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

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas pelo PS Barueri no período de **01 a 30 de Abril de 2026**.

## 2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

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

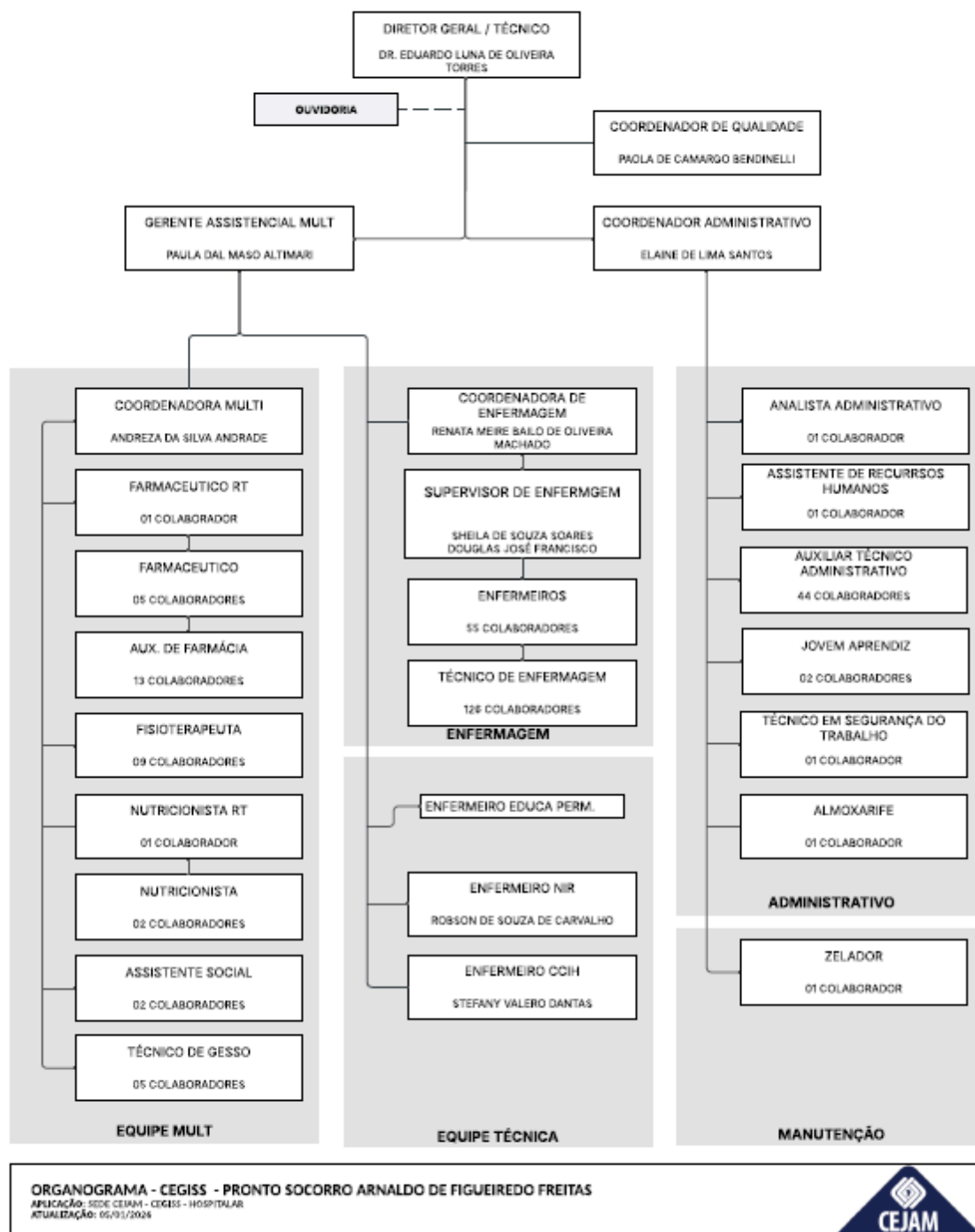
O PS Arnaldo de Figueiredo Freitas, com acesso via demanda espontânea, oferece as especialidades de clínica médica, pediatria e ortopedia, colabora com a organização e a regionalização do Sistema Único de Saúde, na região de Barueri.

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

Iniciamos no final de agosto/2025 o serviço de fast track para os atendimentos de baixa complexidade (principalmente para a classificação azul), em dois consultórios, de segunda a sexta das 07:00 às 19:00h, com consulta e medicação no mesmo consultório. Em março, estendemos o fast até as 00:00h às segundas feiras, devido a alta demanda de pacientes, e se necessário, em outros plantões do noturno, a depender da demanda. Estamos no aguardo desta Secretaria para iniciar a telemedicina, em conjunto com as demais unidades do município. Assim como, no aguardo da SMS para a inversão do fluxo, já aprovado em monção e reunião, iniciando o atendimento pela classificação de risco antes da abertura da ficha e a inserção de "dor torácica" no totem.

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

### 3. ORGANOGRAMA



### 3.1 Dimensionamento

Área de Trabalho	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
PS Barueri	Administrativo (36h)	19	14	↓
	Administrativo - noturno (36h)	17	11	↓
	Administrativo (40h)	8	7	↓
	Analista Administrativo (40h)	1	0	↓
	Almoxarife (40h)	1	1	✓
	Assistente Social (30h)	2	2	✓
	Auxiliar de Farmácia (36h)	8	8	✓
	Auxiliar de Farmácia (36h) - noturno	5	4	↓
	Coordenador Administrativo (40h)	1	1	✓
	Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
	Coordenador Multiprofissional (40h)	1	0	↓
	Coordenador Qualidade (40h)	1	0	↓
	Enfermeiro (36h) - noturno	25	23	↓
	Enfermeiro (36h) Equipe de Coleta	2	2	✓
	Enfermeiro (36h) Remoção	3	3	✓
	Enfermeiro CCIH (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro Educação Permanente (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro NIR (40h)	1	1	✓
	Farmacêutico (36h)	2	2	✓
	Farmacêutico (36h) - noturno	3	3	✓
	Farmacêutico RT (20h)	1	1	✓
	Fisioterapeuta (30h)	6	6	✓
	Fisioterapeuta (30h) - noturno	3	3	✓
	Jovem Aprendiz (30h)	3	3	✓
	Nutricionista (36h)	3	3	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	60	54	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	56	49	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta	2	2	✓
	Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta - noturno	2	2	✓
	Técnico de Enfermagem (36h) Remoção	3	3	✓
Técnico de Enfermagem (36h) Remoção - noturno	3	3	✓	
Técnico de Gesso (36h)	3	3	✓	

Técnico de Gesso (36h) - noturno	2	2	✓
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
Zelador (40h)	1	1	✓
Assistente de RH (40h)	1	1	✓
Supervisor de Enfermagem (36h) - noturno	3	3	✓
Gerente Assistencial (40h)	1	1	✓
Enfermeiro (36h)	25	25	✓
Diretor Geral RT (40h)	1	1	✓
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>252</b>	↓

**Análise crítica:** O quadro previsto está sendo considerado de acordo com a última versão do plano de trabalho enviado a esta secretaria, porém no aguardo da assinatura do último aditivo de contrato.

Em relação ao quadro de colaboradores, na área assistencial estamos com uma adequação de 94% ao plano de trabalho, com 12 vagas devido a pedidos de demissão/desligamentos, em processo seletivo, sendo todas na enfermagem, todas sendo trabalhadas com processo seletivo. Em relação ao quadro de colaboradores no administrativo, estamos com uma adequação de 75% em relação ao plano de trabalho, com a última versão enviada a esta secretaria, aguardando a assinatura do aditivo de contrato, considerando mais 08 administrativos.

Temos no novo plano 283 colaboradores CLT, conforme tabela 4.1.

E temos os seguintes colaboradores terceiros, sendo:

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

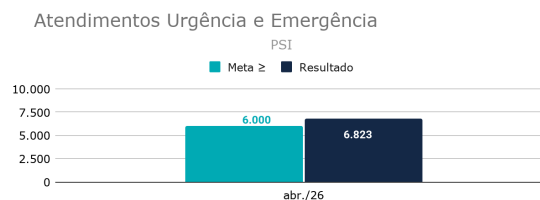
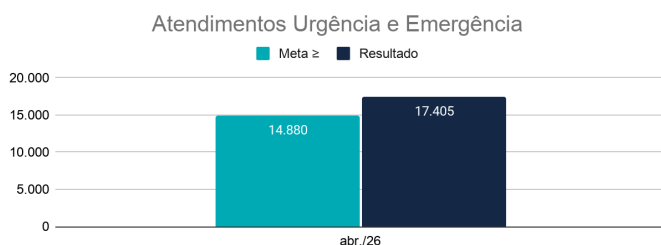
## 4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA

### 4.1 Produção Geral - Meta x Realizado

Serviço	Meta Mensal	Realizado	Execução (%)	Observações
Clínica Médica + ortopedia	14.880	17.405	116,97%	superavit 27,17%
Pediatria	6.000	6.823	113,72%	superavit 18,73%
Total	20.880	24.228	116,03%	superavit 24,75%

**Análise crítica:** Devido sermos um Pronto Socorro porta aberta, dependente de demanda espontânea, neste mês no atendimento adulto voltamos a ter um superávit de 27,17% no atendimento adulto, em relação a meta contratual, e no atendimento pediátrico, tivemos um superávit de 18,73% em relação a meta contratual. Em relação a meta global ficamos com superávit de 24,75%.

## 4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional



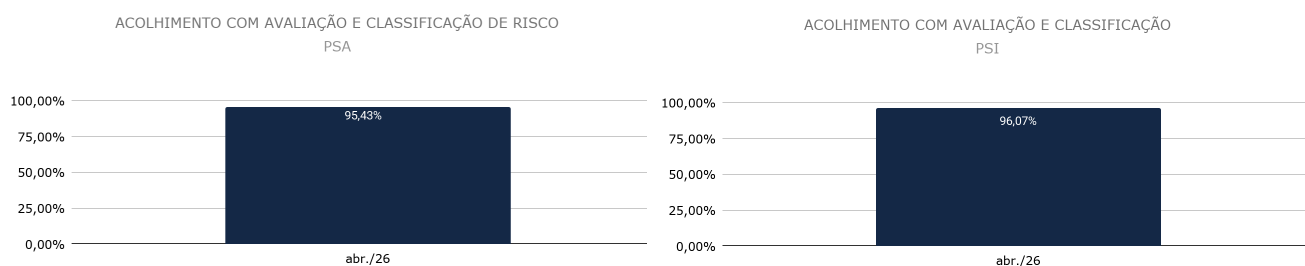
Atendimentos Urgência e Emergência - PSA	Resultado
Clínico Geral	16412
Emergencista	298
Sutura	99
Ortopedista	596
Nutrição	373
Fisioterapia	642
Serviço social	203

Atendimentos Urgência e Emergência - PSI	Resultado
Emergencista	6
Pediatria	6799
Sutura	18
Ortopedista	0

**Análise crítica:** A meta pactuada para os atendimentos de urgências e emergências no adulto no contrato é de 14.880 , e atendemos 17.405 adultos, correspondendo a 117% de adesão à meta contratual, com superávit de 17%. Já na pediatria atendemos 6.823 crianças, correspondendo a 113,72% de adesão à meta contratual, com superávit de 13,72%. A nossa maior demanda é o atendimento adulto, representando 71,83% dos atendimentos, e deste a clínica médica tem a maior demanda, representando 94% do total, sendo 33,89% de atendimentos clínicos azuis e 44,90% de verdes. Como serviços complementares tivemos também 642 atendimentos de fisioterapia, 373 atendimentos de nutrição

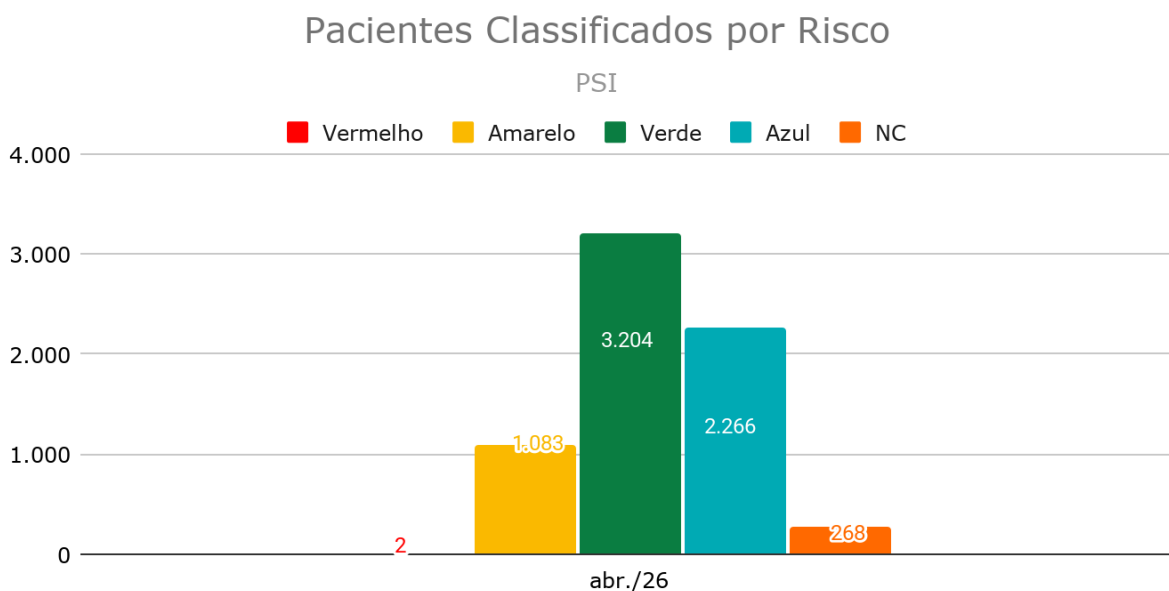
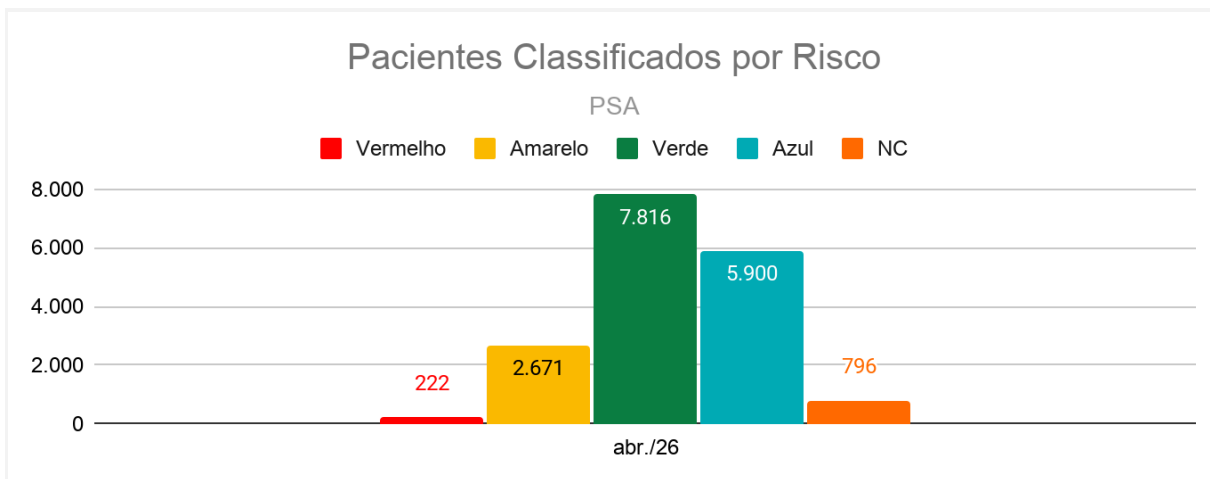
e no serviço social 203 atendimentos. A assistência fisioterapêutica acontece no período de 24 horas e os pacientes com maior gravidade são atendidos em todos os períodos e são divididos em fisioterapia respiratória, motora e ventilação mecânica. Tanto a fisioterapia, serviço social e nutrição, participam da visita multi diária e fazem todo o acolhimento no leito dos pacientes e familiares com orientações gerais e demandas específicas.

### 4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)



**Análise crítica:** Em ambas as triagens adulto e pediátrica, as avaliações de risco ficaram acima de 95%, sendo 95,43% no adulto e acima de 96,07% na pediatria, sempre com enfermeiros nas classificações e coleta de história clínica e sinais vitais, seguindo a classificação recomendada pelo HumanizaSUS. Considerando a abertura de 24.228 fichas pela recepção. Destes, 68% foi atendimento clínico geral- adulto, 28,16% pediatria, 2,45% ortopedia, 1,25% de emergência e 0,48% de sutura. Nosso maior público é o adulto e deste a clínica.

### 4.3.1 Pacientes Classificados por Risco



Classificação de Risco Adulto	Realizado	%
Vermelho	222	1,28%
Amarelo	2671	15,35%
Verde	7816	44,91%
Azul	5900	33,90%
Sem Classificação	796	4,57%
<b>TOTAL</b>	<b>17405</b>	<b>100,00%</b>

Classificação de Risco Pediátrico	Realizado	%
Vermelho	2	0,03%
Amarelo	1083	15,87%
Verde	3204	46,96%
Azul	2266	33,21%
Sem Classificação	268	3,93%
<b>TOTAL</b>	<b>6823</b>	<b>100,00%</b>

**Análise Crítica:** No adulto tivemos 17.405 atendimentos, sendo: 1,28% vermelho, 15,35% amarelo, 44,91% verde, 33,90% azul, 4,57% não classificado. No adulto, o "fast track" representou cerca de 48,45% do total de atendimentos classificados como azul, neste mês.

Na pediatria tivemos 6.823 atendimentos, sendo: 0,03% vermelho, 15,87% amarelo, 46,96% verde, 33,21% azul e 3,93% não classificado. Em ambos os atendimentos, o que prevalece é o verde e azul. **Neste mês, tanto no adulto quanto na pediatria, o que prevaleceu em atendimentos, foi o verde, seguido do azul, amarelo e vermelho nesta proporção..**

### 4.3.2 Tempo Médio de Espera para o Atendimento



Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Setores de Atendimento	Abril
Retirada da Senha à Recepção	00:10:32
Recepção à Classificação de Risco	00:48:32
Classificação de Risco ao Consultório	01:10:09
Início da Consulta até a retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:01:09
<b>Tempo Médio Total do Atendimento</b>	<b>06:10:23</b>

**Análise Crítica:** A média de **06:10:23** se refere desde a retirada da senha no totem até o desfecho do atendimento médico adulto e pediátrico, após a 1ª consulta, medicação, exames e retorno médico S/N.

#### Considerações:

1- Desde a transição, temos nas 24hs nos sete dias da semana, enfermeiros nas 03 triagens adulto e 01 na triagem pediátrica, nos Atendimentos Urgência e Emergência, nos momentos de pico, abrimos a segunda triagem pediátrica. Estamos avaliando a possibilidade de abertura da quarta triagem no adulto nos dias de maior pico para reduzir este tempo, para isso, se faz necessário

adequação estrutural e revisão do dimensionamento dos enfermeiros no plano de trabalho.

2- Solicitamos via ofício e monção à CPACG (Comissão Permanente de Acompanhamento dos Contratos de Gestão) a inversão do módulo da classificação antes da recepção desde a nossa assunção. Assim como, a colocação do item DOR TORÁCICA, no totem, para priorização do atendimento, de acordo com o nosso protocolo assistencial. Participamos da reunião com esta comissão em julho, e com todos os outros serviços, para definição e confirmação da aprovação desta inversão, onde ficou definido que seríamos o piloto deste fluxo, nos Atendimentos Urgência e Emergência. Estamos no aguardo desta secretaria para iniciarmos a inversão, desde então, inclusive como proposta de sermos o piloto.

3- Temos reforçado com as equipes médicas e assistenciais a finalização da ficha no sistema, pois a falta desta ação acarreta no aumento do tempo de permanência do paciente na unidade, o que não é real, isso explica os números não serem fiéis a realidade da unidade. Principalmente nos casos em que os pacientes não querem aguardar os resultados de exames na unidade e evadem. Essa é uma prática muito comum da população atendida. Ao serem chamados e não atenderem, a equipe colocava numa fila de "não atendeu", mas o tempo continua sendo computado, como se ele estivesse na unidade aguardando conduta. Nestes casos estamos orientando os pacientes para não saírem da unidade, caso insistam, as equipes precisam dar baixa na ficha, entendemos que a população deve ser reeducada nesta prática. Também estamos acompanhando a liberação dos resultados dos exames laboratoriais e reportando a esta secretaria, os atrasos frequentes (laudo >2hs), a fim de otimizar o retorno médico e assim, minimizar o tempo total do paciente na unidade.

4- Neste mês, em alguns períodos, devido às falhas e lentidão do SISS, precisamos abrir os atendimentos de forma manual, o que contamina os dados no sistema, inclusive no feriado, houve a paralisação do sistema geral para ajustes do servidor.

5- Em alguns casos também houve demora na internação do paciente por parte médica, onde o mesmo ficou na unidade apenas como " observação", elevando

seu tempo de permanência na unidade. Reforçado com todas as equipes médicas sobre esta necessidade de tomada de decisão em relação a internação, transferência ou alta.

6- Também ocorrem atrasos por parte das equipes em dar baixa nas fichas, quando os pacientes são chamados e não respondem, devido evasão. Estamos cobrando essa ação diariamente para todas as equipes.

7- Em comitê executivo semanal, temos discutido muito sobre estes tempos e em colegiado estamos levando planos de ação para mitigar essas inconsistências.

#### 4.4 Indicadores de Qualidade

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

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

#### 4.5 Serviços SADT

Desempenho Assistencial - SADT	
Tipo de Exame	Resultado
Laboratoriais	18.045
ECG	586
RAIO-X	5.586
USG	497
RTPCR	0
Ag Teste Rápido	0
<b>TOTAL</b>	<b>24.714</b>

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

**DOR TORÁCICA-** As troponinas foram 169 solicitações, sendo que tivemos 47 protocolos de dor torácica abertos no período, foram coletadas enzimas de 37 pacientes, todos realizaram ECG em até 10 min, sendo 09 casos confirmados de SCA, sendo 04 IAM c/supra ST (três foram trombolisados neste serviço), 05 IAM s/supra ST, e os demais casos foram descartados do protocolo, devido HD's: HAS, ICC, DPOC, ansiedade, FA, TSV. O tempo médio de permanência foi de 01 dia e meio de internação e todos foram transferidos, sem desfecho desfavorável. A abertura de quase 50 protocolos mostra a sensibilidade da equipe em relação à doença e seus sinais clínicos. As equipes são incentivadas a abrir com qualquer queixa de dor torácica.

**SEPSE-** Tivemos 16 protocolos abertos, sendo 06 mantidos. No entanto, tivemos 18 pctes elegíveis para abertura do protocolo, porém foram abertos apenas 16 protocolos, representando 88% de adesão à abertura do protocolo. Em 83% dos casos confirmados foram feitas gasometria e encaminhadas ao gasômetro interno (sala de coleta) , desta forma ficaram com o tempo de lactato < 60min, apenas 01 pcte não atendeu ao pacote de 1h, devido falha no cadastro no sistema SISS, o que inviabilizou a realização do exame na própria unidade (gasômetro). Dos 06 mantidos, todos tiveram o início dos antimicrobianos em até 60 min, cerca de 100%. Em relação a reposição volêmica, 02 tiveram indicação, e foram realizadas conforme conduta médica. Não tivemos desfecho desfavorável no período relacionado à SEPSE.

**ULTRASSONOGRAFIA:** No período foram realizados 497 exames, com prevalência de solicitação de ultrassom abdome total, seguido de aparelho urinário, doppler colorido de vasos, articulação, abdome superior, entre outros.

PROCEDIMENTOS	QTDE PROCEDIMEN
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	22
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	202
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	190
ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	27
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	5
ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	5
ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	1
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	35
ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	4
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	2
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	4

#### 4.6 Produção Radiologia Detalhada

Tipo de Radiografia	Quantidade
Tórax	2619
Crânio	306
Abdome	293
Membros Superiores	872
Membros inferiores	1218
outros	278
<b>TOTAL</b>	<b>5586</b>

**Análise Crítica:** Foram realizados **5586 exames de radiografia**. Sendo desse total, contemplando os adultos e a pediatria. As incidências mais demandadas no período foram:

**Total de exames realizados por incidência neste período: 5586**

**Total de pacientes atendidos neste período: 3079**

**Total de exames no leito/internados: 73**

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

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

#### 4.7 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro

Tempo Médio de Permanência (Dias)	
Setores de Atendimento	Resultado
<b>Emergência adulto</b>	<b>1,98</b>
<b>Observação adulto</b>	<b>1,84</b>
<b>Emergência pediátrica</b>	<b>1</b>
<b>Observação pediátrica</b>	<b>1,08</b>

Destino do Paciente Adulto da Sala de Observação	
Destino	Resultado
<b>Alta</b>	<b>41</b>
<b>Remoção</b>	<b>69</b>
<b>Óbito</b>	<b>0</b>
<b>Evasão</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>

Destino do Paciente Adulto da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	72
Remoção	39
Óbito	16
Evasão	2
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>

Destino do Paciente Infantil da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	16
Remoção	30
Óbito	0
Evasão	1
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>

Destino do Paciente Infantil da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	0
Remoção	4
Óbito	0
Evasão	0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>

**Análise Crítica:** No perfil adulto foram atendidos 463 pacientes-dia, considerando internações na emergência e observação, e as saídas foram de 241 pacientes, sendo: 113 altas; 04 evasão; 108 transferências externas; 12 óbitos < de 24hs e 04 óbitos > de 24hs, representando 1,98 (dias) em média de permanência na emergência adulto, 1,84 (dias) na observação adulto.

Já na pediatria foram atendidos 55 pacientes-dia e as saídas foram de 51 pacientes, sendo: 16 altas; 01 evasão; 34 transferências externas; 0 óbito, representando 1 dia em média de permanência na emergência pediátrica e 1,08 dia em média na observação pediátrica. Devido a dependência da regulação e a

disponibilidade de vagas no município, ficamos com os pacientes internados no PS, mesmo sendo uma unidade de PS e não hospitalar. Temos solicitado acesso constante a regulação e a esta secretaria, através de ofícios e reuniões, para otimizar as vagas aos nossos pacientes e assim melhor o desfecho dos casos.

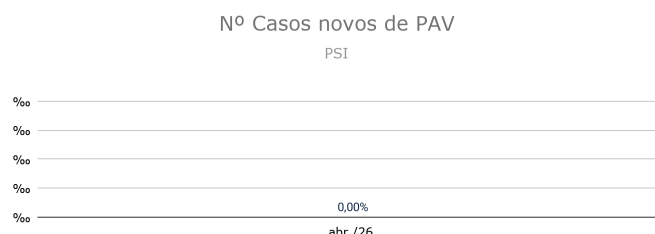
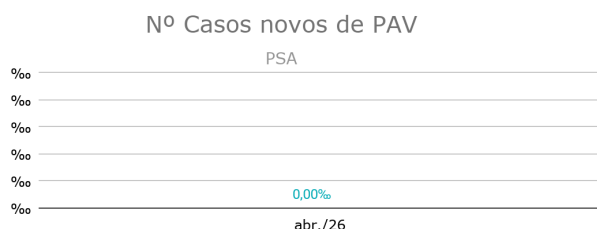
#### 4.8 - Municípios de origem dos pacientes

Atendimentos por Origem do Paciente	
Município	ABR
Barueri	20.075
Carapicuíba	493
Cotia	29
Itapevi	709
Jandira	2.526
Osasco	47
Pirapora do Bom Jesus	0
Santana de Parnaíba	23
São Paulo	34
Não informado	270
Outros municípios	22

**Análise Crítica:** O município de maior prevalência é Barueri que representa a maior parte da demanda com 82,85%, seguido de Jandira com 10,42%, Carapicuíba com 2,03% e Itapevi com 2,92%. Esse fato se dá pelas proximidades dessas regiões e pela maior abrangência e oferta de serviços que o município dispõe, considerando que os demais municípios apresentam menos estabelecimentos de saúde e fragilidade na rede e por última instância, é observado também a questão do envolvimento familiar que culmina no aumento dessa demanda local.

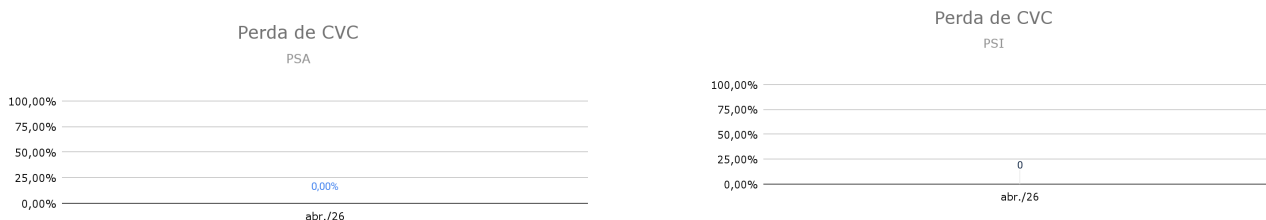
## 5 Indicadores Assistenciais e de Qualidade

### 5.1.1 Nº Casos novos de PAV



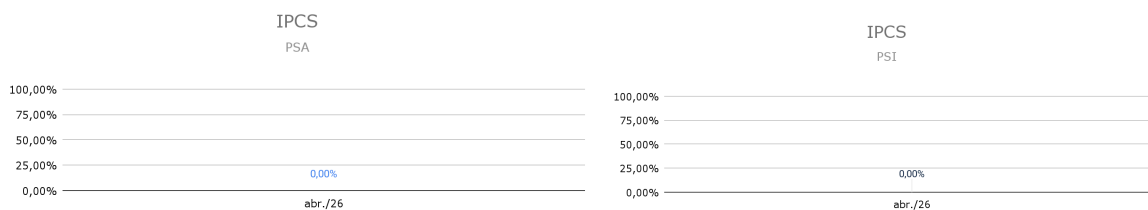
**Análise Crítica:** No período referido **não tivemos evento de PAV**. Foram 24 pacientes-dia internados em VM no adulto, sendo no total 08 pacientes intubados. Na pediatria nenhum caso. A Fisioterapia/SCIH faz acompanhamento dos dispositivos de via aérea avançada (IOT) e os bundles de inserção e manutenção dos pacientes intubados, com risco de desenvolver infecção associada (PAV). Com discussão dos casos dos pacientes com os dispositivos, durante as visitas multi diárias na emergência e observação.

### 5.1.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)



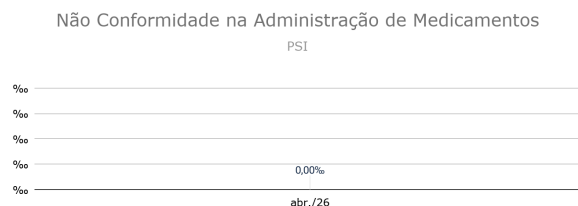
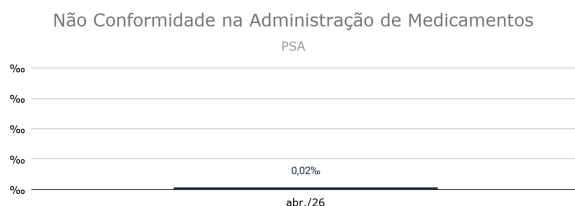
**Análise Crítica:** No período, tivemos no adulto 27 pacientes-dia com CVC, e na pediatria nenhum caso. **Não tivemos perdas de CVC no adulto.** A Enfermagem/SCIH faz acompanhamento dos dispositivos de CVC com o preenchimento dos bundles de inserção e manutenção dos pacientes, com risco de desenvolver infecção associada. A SCIH faz o acompanhamento do indicador junto com a gestão assistencial, para as tratativas necessárias e planos de ações. Os casos dos pacientes com os dispositivos, são discutidos durante as visitas multi diárias na emergência e observação.

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



**Análise Crítica:** No período, tivemos no adulto 27 pacientes-dia com CVC, e na pediatria nenhum caso em uso de CVC. **Nenhum caso de IPCS.** A Enfermagem/SCIH faz acompanhamento dos dispositivos de CVC, com o preenchimento dos bundles de inserção e manutenção dos pacientes, com risco de desenvolver infecção associada. A SCIH faz o acompanhamento e acompanha o indicador junto com a gestão assistencial. Os casos dos pacientes com os dispositivos, são discutidos durante as visitas multi diárias na emergência e observação.

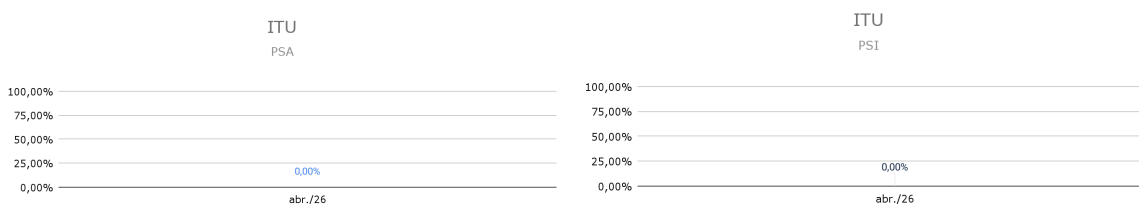
## 5.1.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



**Análise Crítica:** No período, **tivemos 01 evento** envolvendo processo medicamentoso no adulto, no momento da dispensação, considerado evento sem dano, representando 0,018 (considerando x 1000). Na pediatria não houve evento. Foram dispensados 54.660 medicamentos no adulto, e 5.838 medicamentos na pediatria. Durante as visitas multi diárias na emergência e observação, são discutidos os casos de interação medicamentosa e reconciliação.

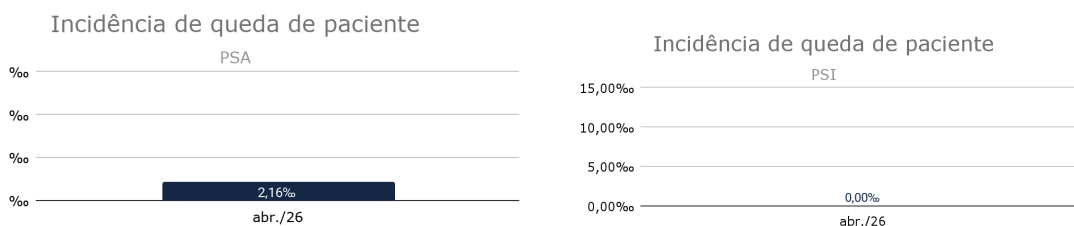
<b>Identificação:</b> [REDACTED]		<b>Notificante:</b> [REDACTED]		<b>Unidade:</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
<b>Tipo Setor Notificado:</b> Assistencial		<b>Setor Notificado:</b> Farmácia		<b>Tipo Setor Notificante:</b> Assistencial	
<b>Setor do Notificante:</b> Farmácia		<b>Tipo Setor Ocorrência:</b> Assistencial		<b>Setor da Ocorrência:</b> Medicação	
<b>Prontuário:</b> [REDACTED]	<b>Data de Abertura:</b> 13/04/2026	<b>Data Ocorrência:</b> 13/04/2026	<b>Hora Ocorrência:</b> 01:45	<b>Tipo Pessoa:</b> Paciente	
<b>Descrição da Ocorrência:</b> RELATO QUE NA DATA DE 13/04/2026 FOI ENTREGUE PELA FÁRMACIA 2 AMPOLAS SENDO 1 DE DEXAMETASONA E OUTRA DE TRAMADOL JUNTO A PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA SER REALIZADO, FOI ADMINISTRADO AS MEDICAÇÕES VIA IM NO PACIENTE DESCRITO, PORÉM AO VERIFICAR NOVAMENTE A FICHA CONSTO QUE AS MEDICAÇÕES A SEREM REALIZADAS SERIAM DEXAMETASONA + DAPIRONA , OCORRENDO UMA ADMINISTRAÇÃO INCORRETA , RELATO QUE DEVIDO AO VOLUME E ROTINA, DE FATO OCORREU UMA FALHA DE CONFERENCIA DE AMPOLAS, PORÉM O ERRO FOI INDUZIDO, DURANTE A SEPARAÇÃO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS.					
<b>Ação Imediata:</b> AO VERIFICAR OCORRIDO FOI INFORMADO A PROFISSIONAL DO APOIO E POSTERIORMENTE A ENFERMEIRA DO SETOR, REALIZANDO A IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO ADVERSO E ORIENTADA PELA ENFERMEIRA DO SETOR SOBRE MEDIDAS PARA MELHORIA DE QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA, LOGO APÓS FUI ORIENTADA PELA SUPERVISÃO.					

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



**Análise Crítica:** No período, tivemos no adulto 69 pacientes-dia, e na pediatria nenhum caso em uso de SVC. **Nenhum caso de ITU.** A SCIH faz acompanhamento dos dispositivos de SVC e os bundles de inserção e manutenção dos pacientes, com risco de desenvolver infecção associada ao SVC. Com discussão dos casos dos pacientes com os dispositivos, durante as visitas multi diárias na emergência e observação.

### 5.1.6 Incidência de Queda



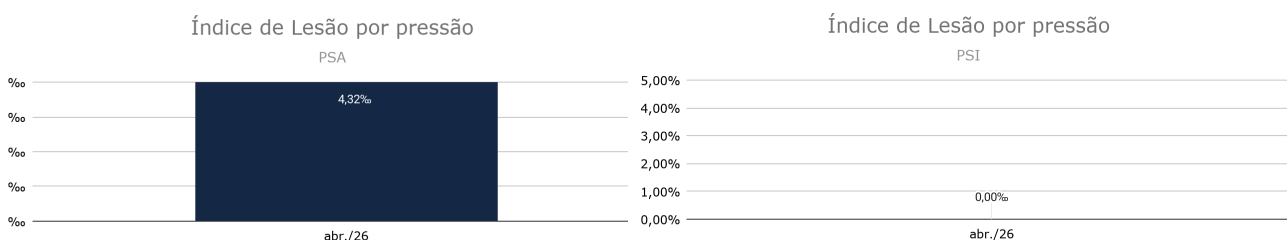
**Análise Crítica:** No período, tivemos 463 pacientes-dia adultos e 55 pacientes-dia pediátricos, internados na observação e emergência, com risco de queda, e **tivemos 01 caso registrado de queda no adulto, incidente com dano leve, no setor do RX, representando 2,16% dos pacientes internados (indicador x 1000)** . Em todos os pacientes internados, discutimos os casos dos pacientes com riscos de queda, durante as visitas multi diárias, na emergência e observação, reforçando as medidas de prevenção, como: grades elevadas, acompanhantes no caso de pacientes confusos/ neurologicamente agitados e/ou idosos, acionamento da equipe para idas ao banheiro, uso das campainhas, pulseira de identificação de risco de queda- preta, entre outras medidas.

<b>Identificação:</b> [REDACTED]		<b>Notificante:</b> [REDACTED]		<b>Unidade:</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
<b>Tipo Setor Notificado:</b> Assistencial		<b>Setor Notificado:</b> SADT		<b>Tipo Setor Notificante:</b> Assistencial	
<b>Setor do Notificante:</b> Emergência		<b>Tipo Setor Ocorrência:</b> Assistencial		<b>Setor da Ocorrência:</b> SADT	
<b>Prontuário:</b> [REDACTED]	<b>Data de Abertura:</b> 24/04/2026	<b>Data Ocorrência:</b> 24/04/2026	<b>Hora Ocorrência:</b> 00:30	<b>Tipo Pessoa:</b> Paciente	

**Descrição da Ocorrência:**  
Venho notificar a ocorrência do paciente acima aguardando na sala de RX para realização do exame quando o tecnico de RX se ausentou e o mesmo caiu da maca de exames, batendo a cabeça, o mesmo foi assistido pela equipe de emergência e NIR, encaminhado para atendimento na ortopedia para continuação do atendimento. Enf. Fabiana Esteves coren 530054

**Ação Imediata:**  
Paciente encaminhado para a avaliação e continuidade do atendimento na ortopedia.

### 5.1.7 Incidência de Lesão por Pressão



**Análise Crítica:** Foram no período 547 pacientes-dia adultos, internados na observação e emergência com risco de LP, e **tivemos 02 casos registrados de LP**, com dano leve (LP grau 1), nos pacientes internados adultos e não tivemos eventos na pediatria, o que representou 4,32% dos pacientes internados (indicador x 1000). Sempre há discussão dos casos dos pacientes com riscos de LP, durante as visitas multi diárias na emergência e observação, reforçando as medidas nutricionais, mudanças de decúbito, uso de colchão tipo casca de ovo, coxins, entre outros. A comissão de curativos e lesão de pele iniciou suas atividades em abril, a mesma é composta por membros da enfermagem, farmacêutico, nutricionista e fisioterapia. A primeira ação será uma aula a todos da equipe multi sobre os estágios de lesão, prevenção, tipos de coberturas, entre

outros assuntos relevantes para o acompanhamento diário dos pacientes com riscos e as medidas para mitigação de eventos durante a internação.

<b>Identificação:</b> [REDACTED]	<b>Notificante:</b> [REDACTED]	<b>Unidade:</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI		
<b>Tipo Setor Notificado:</b> Assistencial	<b>Setor Notificado:</b> Emergência	<b>Tipo Setor Notificante:</b>		
<b>Setor do Notificante:</b>	<b>Tipo Setor Ocorrência:</b> Assistencial	<b>Setor da Ocorrência:</b> Emergência		
<b>Prontuário:</b> [REDACTED]	<b>Data de Abertura:</b> 17/04/2026	<b>Data Ocorrência:</b> 16/04/2026	<b>Hora Ocorrência:</b> 19:00	<b>Tipo Pessoa:</b> Paciente
<b>Descrição da Ocorrência:</b> PACIENTE APRESENTA LESÃO PRESSÃO GRAU I EM REGIÃO SACRAL , DEVIDO A AGITAÇÃO E FRICÇÃO NO LEITO E NÃO ACEITA MUDANÇA DE DECÚBITO. PACIENTE CONFUSO E AGITADO.				
<b>Ação Imediata:</b> ORIENTO PACIENTE QUANTO A IMPORTÂNCIA DA MUDANÇA DE DECÚBITO E REALIZAÇÃO DE CURATIVO EM REGIÃO SACRAL.				

<b>Identificação:</b> [REDACTED]	<b>Notificante:</b> COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	<b>Unidade:</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI		
<b>Tipo Setor Notificado:</b> Assistencial	<b>Setor Notificado:</b> Emergência	<b>Tipo Setor Notificante:</b> Assistencial		
<b>Setor do Notificante:</b> Emergência	<b>Tipo Setor Ocorrência:</b> Assistencial	<b>Setor da Ocorrência:</b> Emergência		
<b>Prontuário:</b>	<b>Data de Abertura:</b> 28/04/2026	<b>Data Ocorrência:</b> 25/04/2026	<b>Hora Ocorrência:</b> 10:00	<b>Tipo Pessoa:</b> Paciente
<b>Descrição da Ocorrência:</b> FOI OBSERVADO UMA LPP NA REGIÃO SACRAL DO PACIENTE, PACIENTE JÁ HAVIA SIDO INTERNADO SEM LESÃO PORÉM NÃO HOUE MEDIDAS PREVENTIVAS EFETIVAS PARA PREVENIR O APARECIMENTO DA LESÃO, PACIENTE ESTAVA INTERNADO DESDE O DIA 24 E NO DIA SEGUINTE JÁ HAVIA SIDO OBSERVADO O APARECIMENTO DE UMA LPP.				
<b>Ação Imediata:</b> REALIZADO ORIENTAÇÃO DA EQUIPE QUANTO AOS CUIDADOS COM LESÃO, REFORÇADO MUDANÇA DE DECÚBITO E COLOCAÇÃO DE COXINS				

## 6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)

### 6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)

No período de Abril de 2026 foram registradas, ao todo, 37 manifestações de Ouvidoria, sendo:

- 19 elogios;
- 18 queixas.

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

Ouvidoria- ABRIL/26		
	Mês- Abr	%
<b>Ouvidoria meta (10%)</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
<b>TOTAL MENSAL</b>		<b>37</b>

nº do protocolo	Classificação	Síntese da queixa	Resolvido
202641450706	Elogio	Elogio ao serviço	Sim
202643051804	Elogio	Elogio ao Profissional	sim
20264750386	Reclamação	Comportamento inadequado do profissional	Sim

**Análise:** Em abril de 2026, foram recebidas ao todo 37 ouvidorias, sendo 19 elogios e 18 queixas. Dessa forma, apresentamos uma amostra correspondente a 10% do total, totalizando 3 registros, selecionados de forma representativa. Lembrando que 100% foram analisadas e respondidas dentro do período.

### Manifestação - 202643051804

<b>Estado :</b> SP	<b>Cidade :</b> Barueri	<b>Unidade :</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	<b>Data Criação :</b> 30/04/2026
<b>Tipo de Atendimento :</b> Pessoalmente	<b>Perfil :</b> Pessoa Física	<b>Deseja se Identificar? :</b> Não	<b>Sigilo :</b> Sim
<b>Classificação :</b> Elogio		<b>Motivo da Manifestação :</b> Elogio do Profissional	
<b>Manifestação :</b> O paciente Willian Batista dos Santos procurou a Ouvidoria para registrar um elogio referente ao atendimento realizado pela Dra. Stefanie Sara Schult. Relata que, todas as vezes que comparece ao pronto-socorro, é sempre muito bem atendido. Destaca que a médica é excelente, atenciosa e uma ótima profissional. Ressalta ainda que, em sua percepção, o atendimento está melhor do que o oferecido por seu convênio. ----- ----- Nome do manifestante: Willian Batista dos Santos			
<b>Providência :</b> Prezado Sr. Willian Batista, Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade. Carla Delgado Ouvidoria   Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas			

### Manifestação - 202641450706

<b>Estado :</b> SP	<b>Cidade :</b> Barueri	<b>Unidade :</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	<b>Data Criação :</b> 14/04/2026
<b>Tipo de Atendimento :</b> Pessoalmente	<b>Perfil :</b> Pessoa Física	<b>Deseja se Identificar? :</b> Não	<b>Sigilo :</b> Sim
<b>Classificação :</b> Elogio		<b>Motivo da Manifestação :</b> Elogio ao Serviço	
<b>Manifestação :</b> A paciente Magali Rodrigues Barbosa, em observação na sala de emergência, deseja registrar uma manifestação de elogio aos profissionais Flávio, Renata, Alessandra, Karina e Everton. Estende também seu reconhecimento aos médicos Dra. Mariana e Dr. Daniel, bem como aos enfermeiros Carlos, Bianca e Lilian. A mesma informa que não teve queixas em relação ao atendimento prestado, desejando apenas parabenizar todos os envolvidos e destacar que está muito satisfeita com a assistência recebida.			
<b>Providência :</b> Prezada Sra, Magali Rodrigues. Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade. Carla Delgado Ouvidoria   Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas			

### Manifestação - 20264750386

<b>Estado :</b>	<b>Cidade :</b>	<b>Unidade :</b>	<b>Data Criação :</b>
SP	Barueri	PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	07/04/2026
<b>Tipo de Atendimento :</b>	<b>Perfil :</b>	<b>Deseja se Identificar? :</b>	<b>Sigilo :</b>
Pessoalmente	Pessoa Física	Sim	Não
<b>CPF :</b>	<b>Nome Completo :</b>		
25942511861	ANDREA ANTONIA GONÇALVES DE OLIVEIRA		
<b>CEP :</b>	<b>Endereço :</b>		
<b>Número :</b>	<b>Complemento :</b>	<b>Bairro :</b>	<b>Cidade :</b>
<b>Celular :</b>	<b>Telefone :</b>	<b>E-Mail :</b>	
(11) 946706015	1194670601		
<b>Classificação :</b>	<b>Motivo da Manifestação :</b>		
Reclamação	Comportamento inadequado do profissional		
<b>Manifestação :</b>			
Andrea Antonia, acompanhante da paciente Ana Antonia de Jesus, procurou a Ouvidoria na data de hoje para registrar uma manifestação negativa referente ao atendimento realizado na sala de emergência nesta mesma data. (07/04/2026) Relata que chegou à unidade acompanhando sua mãe, que apresentava um quadro de confusão, o qual acredita estar relacionado à hipoglicemia. Informa que, ao entrar na sala de emergência, os profissionais presentes foram extremamente mal-educados, solicitando de forma ríspida e sem empatia que ela se retirasse do local. A acompanhante relata que informou que sairia após falar com o médico, considerando que sua mãe não estava em condições de explicar o que estava acontecendo. Afirma que se sentiu extremamente desconfortável com a situação. Por fim, solicita a formalização e resposta desta manifestação, destacando que não é a primeira vez que passa pelo constrangimento de ser maltratada por profissionais dessa unidade.			
<b>Providência :</b>			
Em atenção à manifestação registrada pela Sra. Andrea Antonia, acompanhante da paciente Ana Antonia de Jesus, referente ao atendimento na sala de emergência no dia 07/04/2026, apresentamos os seguintes esclarecimentos: Inicialmente, lamentamos a experiência relatada e o desconforto causado durante o atendimento. Ressaltamos que situações envolvendo pacientes em estado de emergência exigem agilidade e, por vezes, a adoção de protocolos que visam garantir a segurança e a adequada assistência ao paciente. Ainda assim, isso não justifica qualquer conduta que possa ser percebida como desrespeitosa ou desprovida de empatia. A equipe de enfermagem envolvida foi devidamente reorientada quanto à importância de manter uma comunicação clara, respeitosa e acolhedora com pacientes e acompanhantes, mesmo em contextos de alta demanda e criticidade. Reforçamos junto aos profissionais a necessidade de alinhamento entre a condução técnica e o cuidado humanizado. Agradecemos pelo registro da manifestação, que contribui para a melhoria contínua dos serviços prestados por esta unidade. Carla Delgado Ouvidoria PS Arnaldo Figueiredo de Freitas			

## 6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.

Canal	Quantidade	Principais Queixas
APP Oficial	16	Demora no atendimento
Protocolo Medicsys	21	Elogio ao Profissional/Serviço

**Análise Crítica:** No período de Abril de 2026, foram registradas ao todo 37 manifestações de ouvidoria, sendo:

### **Elogios pelo App Oficial 3**

### **Reclamações pelo App Oficial 13**

### **Elogios Pelo Protocolo MedicSys 16**

### **Reclamações Pelo Protocolo MedicSys 5**

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

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

### **Comportamento inadequado de profissionais**

#### **Elogio ao Profissional**

#### **Demora no atendimento**

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

### 6.3 Classificação das queixas

20264750386	reclamação	07/04/2026	10/04/2026	Paula/ Renata	07/04/2026	realizado
20264850481	reclamação	08/04/2026	13/04/2026	Dra Gabriela / Dra Mariana	08/04/2026	realizado
APP 12269 /2026 20264650345	reclamação	06/04/2026	09/04/2026	Dra Gabriela	06/04/2026	realizado
APP 8685 /2026 20264750357	reclamação	07/04/2026	09/04/2026	Paula/ Renata	07/04/2026	realizado
APP 12280 /2026 20264750363	reclamação	07/04/2026	09/04/2026	Paula/ Renata	07/04/2026	realizado
APP 12419/2026 20264950503	reclamação	08/04/2026	14/04/2026	Paula/ Renata	09/04/2026	realizado
APP 13137/2026 20264950508	reclamação	09/04/2026	14/04/2026	Dra Gabriela/ Dra Mariana	09/04/2026	realizado
202641350643	elogio	13/04/2026	13/04/2026	Dr Diego	13/04/2026	realizado
202641450687	elogio	14/04/2026	14/04/2026	Paula/ Renata	14/04/2026	realizado
202641450706	elogio	14/04/2026	14/04/2026	Paula/ Renata	14/04/2026	realizado
202641450708	elogio	14/04/2026	14/04/2026	Paula/ Renata	14/04/2026	realizado
202641550743	reclamação	15/04/2026	20/04/2026	Elaine	15/04/2026	realizado
APP 14428/2026 202642050998	reclamação	17/04/2026	17/04/2026	Eliane	17/04/2026	realizado
APP 14458 /2026 202642050999	elogio	20/04/2026	20/04/2026	Paula / Renata	20/04/2026	realizado
APP 14586/2026 202642051001	reclamação	20/04/2026	24/04/2026	Paula / Renata	20/04/2026	realizado
APP 14719/2026 202642351181	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Renata/Paula	23/04/2026	realizado
APP 15132/2026 202642351183	reclamação	23/04/2026	28/04/2026	Dr Diego	23/04/2026	realizado
202642351188	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dra Gabriela	23/04/2026	realizado
202642351219	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dra Gabriela	23/04/2026	realizado
202642351234	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dra Gabriela	23/04/2026	realizado
202642351248	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dra Gabriela	23/04/2026	realizado
202642351337	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dra Gabriela	23/04/2026	realizado
202642351339	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dra Gabriela	23/04/2026	realizado
202642351341	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dra Gabriela	23/04/2026	realizado
202642351342	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dra Gabriela	23/04/2026	realizado
202642351355	reclamação	23/04/2026	28/04/2026	Elaine	23/04/2026	realizado
APP 15318/2026 202642351384	elogio	23/04/2026	23/04/2026	Dr Diego	24/04/2026	realizado
APP 16626/2026 202642751444	reclamação	24/04/2026	29/04/2026	Elaine	27/04/2026	realizado
APP 15895/2026 202642751446	reclamação	27/04/2026	30/04/2026	Dra Gabriela	27/04/2026	realizado
APP 16396/2026 202642851495	reclamação	28/04/2026	30/04/2026	Paula/ Renata	28/04/2026	realizado
APP 16034/2026 202642851498	reclamação	28/04/2026	30/04/2026	Paula/ Renata	28/04/2026	realizado
APP 17531/2026 202642851577	reclamação	28/04/2026	28/04/2026	Renata/Paula	28/04/2026	realizado
202642951621 / 202642951661	elogio	29/04/2026	29/04/2026	Dra Gabriela	29/04/2026	realizado
202642951684	elogio	29/04/2026	29/04/2026	Paula/ Renata	29/04/2026	realizado
202643051785	elogio	30/04/2026	30/04/2026	Dra Gabriela	30/04/2026	realizado
202643051788	reclamação	30/04/2026	05/05/2026	Paula/ Renata	30/04/2026	realizado
202643051804	elogio	30/04/2026	30/04/2026	Dra Gabriela	30/04/2026	realizado

**Análise Crítica:** As ouvidorias recebidas foram classificadas de acordo com o tipo de ocorrência e o status de resolução. No período foram registradas ao todo 37 ouvidorias, sendo 19 elogios e 18 queixas.

#### **Tipos de queixas recebidas:**

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

#### **Status das manifestações:**

Finalizadas e respondidas: 37

Em análise e tratativas: 0

#### **Setores responsáveis pelas demandas:**

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

### **6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas**

---

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

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

## 7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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

No período avaliado, fizemos no total de **2.198 pesquisas de satisfação**, ultrapassando a meta considerada de 10% do total de internações (261 pacientes, sendo 51 pediátricas e 210 adultos), pois também fizemos pesquisas com pacientes atendidos na urgência e emergência que não internaram.

Os gráficos no item 7.1, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

### 7.1 Avaliação do Atendimento

O indicador de satisfação, apresentou desempenho positivo no período analisado. Foram registradas 2.198 avaliações, resultando em um NPS geral de 92,02 evidenciando um elevado nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pela unidade.

Observa-se predominância significativa de usuários promotores, representando 93,21% (2.044 avaliações), o que demonstra alto grau de recomendação dos serviços. Em contrapartida, os usuários neutros corresponderam a 5,61% (123) e os detratores a 1,19% (26), indicando oportunidades pontuais de melhoria na experiência assistencial.

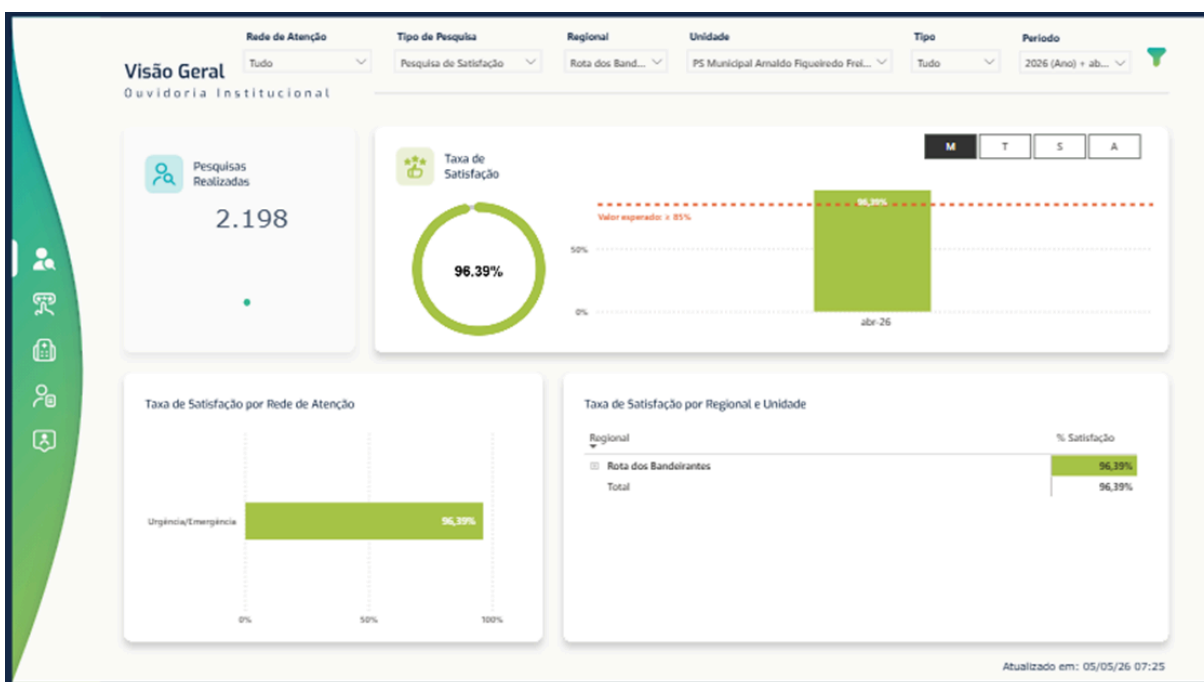
Na análise por categorias, o atendimento geral apresentou índice de satisfação de 92,02%, com destaque para a recepção (98,09%) e a equipe de enfermagem (96,95%), reforçando a percepção positiva quanto ao acolhimento e à assistência

prestada. Outros setores, como serviço social (96,82%), raio-X (96,63%) e laboratório (96,63%), também mantiveram resultados consistentes.

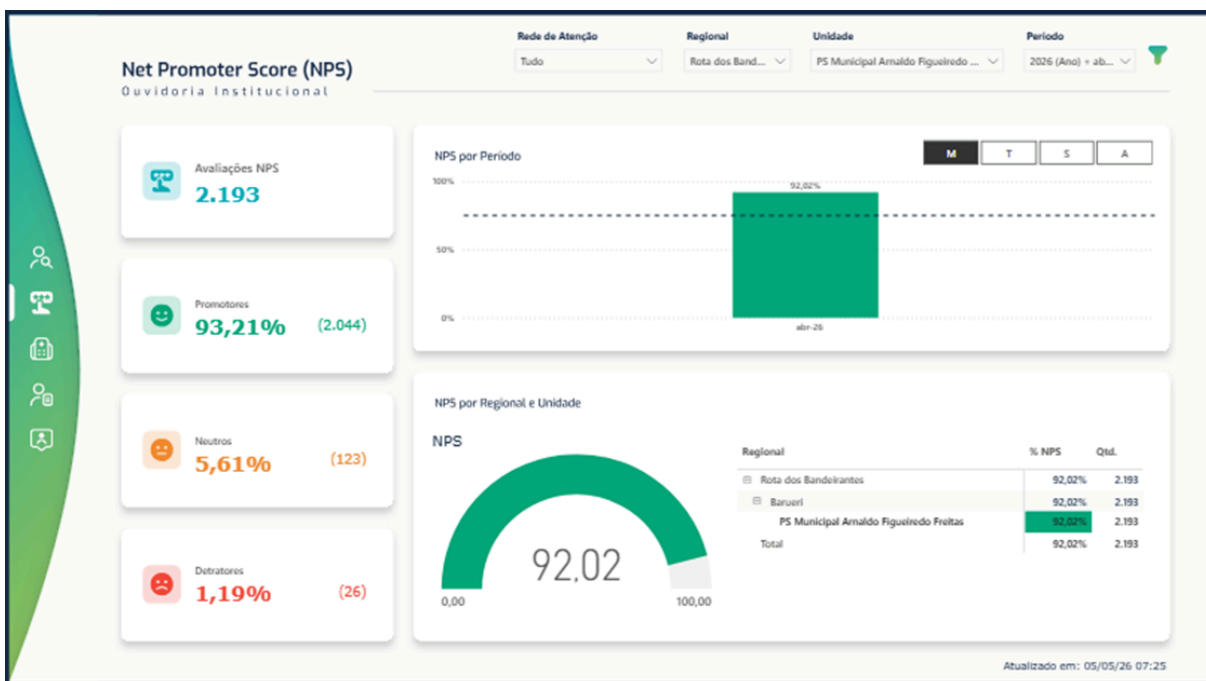
Pontos como "agilidade" (95,27%) e "sinalização" (96,22 %) também apresentaram bons resultados, embora possam ser continuamente aprimorados visando a excelência no atendimento.

De modo geral, os resultados demonstram um cenário favorável, com alto nível de satisfação e forte engajamento dos usuários. Ainda assim, a Ouvidoria mantém seu papel estratégico na escuta ativa, buscando identificar oportunidades de melhoria contínua nos processos, com foco permanente na qualidade, segurança e humanização do atendimento prestado.

### Percentual Geral de Satisfação:



### Indicação do Serviço de Saúde (NPS):



### Satisfação por item de pesquisa:

#### Satisfação por Categoria e Pergunta

Atendimento	% Satisfação
Enfermagem?	96,95%
Serviço Social?	96,82%
Laboratório?	96,63%
Raio-X?	96,63%
Médico?	95,81%
Como você avalia este Serviço de Saúde?	95,04%
Total	96,57%

Serviço	% Satisfação
Serviço	96,01%
Agilidade?	95,27%
Limpeza?	96,45%
Sabor da Refeição?	96,09%
Sinalização?	96,22%
Total	96,01%

### Considerações finais:

Os dados apresentados no período analisado indicam um cenário bastante favorável quanto à percepção dos usuários em relação aos serviços oferecidos pela unidade. O alto índice de satisfação, evidenciado pelo NPS de 92,02, aliado à predominância de usuários promotores, reforça a qualidade da assistência prestada e o engajamento das equipes assistenciais e administrativas.

A avaliação por categorias também sustenta esse resultado positivo, com bons índices em áreas essenciais como atendimento, enfermagem e serviços de apoio, evidenciando pontos importantes como acolhimento, organização e eficiência no cuidado. Apesar disso, ainda são identificadas oportunidades de melhoria, especialmente relacionadas à agilidade dos processos e ao tempo de espera.

Dessa forma, a Ouvidoria mantém seu papel como importante ferramenta de escuta qualificada e apoio à gestão, contribuindo para a identificação de pontos de atenção, implementação de melhorias e fortalecimento contínuo dos serviços prestados, visando sempre a excelência no atendimento e a satisfação dos usuários.

## 8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS

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

## 9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

Tivemos a retomada dos treinamentos específicos e gerais do planejamento para 2026, pela nova enfermeira de educação continuada, recém contratada. Readequado o planejamento de acordo com as necessidades atuais e cronograma pré estabelecido.

Seguem os temas abordados e participação das equipes:

## 2. CAMPANHAS E TREINAMENTOS REALIZADOS

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

TEMA	MINISTRADO	DATAS		LOCAL
		INICIO	TÉRMINO	
código azul e amarelo	Selma	01/04/2026	02/04/2026	Sala de Treinamento
Técnica de ressuscitação cardiopulmonar	Selma	01/04/2026	02/01/2026	Sala de Treinamento
Protocolo clínico gerenciado de Sepsis	Selma	06/04/2026	10/04/2026	Sala de Treinamento
Protocolo clínico gerenciado do trauma	Selma	06/04/2026	10/04/2026	Sala de Treinamento
Protocolo clínico gerenciado do AVC	Selma	06/04/2026	10/04/2026	Sala de Treinamento
Protocolo clínico gerenciado dor torácica	Selma	06/04/2026	10/04/2026	Sala de Treinamento
indicadores assistenciais queda, lesão por pressão, perda cateter enteral/periférico/central/vesical de demora, cateter dia, erro de medicação, (quais, como fazer, fluxos)	Selma	16/04/2026	17/04/2026	Sala de Treinamento
Deterioração clínica do paciente score NEWS	Selma	14/01/2026	15/01/2026	Sala de Treinamento
aplicação do plano de contingência (impressos e fluxos)	Selma e Renata	17/04/2026	18/04/2026	In -Loco
protocolo de atendimento a paciente com receita trazida do usb e	Renata e Selma	22/04/2026	23/04/2026	In -Loco
Classificação de risco humaniza SUS	Selma	24/04/2026	30/04/2026	Sala de Treinamento

Nº	Tema	Categoria	Convocados Quantidade	Participantes Quantidade	Folgas	Atestados	Total Ausência	HH/T	Meta HH/T 01h00	Taxa de participação	META
					-	-	-	1578,8		100%	100%
1	aplicação do plano de contingência (impressos e fluxos)	Enfermagem	171	80				24:00:00		47%	70%
2	deterioração clínica do paciente score NEWS	Enfermagem	171	130				38:00:00		76%	70%
3	código azul e amarelo	Enfermagem	171	130				38:00:00		76%	70%
4	Técnica de ressuscitação cardiopulmonar	Enfermagem	171	130				130:00:00		76%	70%
5	indicadores assistenciais queda, lesão por pressão, perda cateter enteral/periférico/central /vesical de demora, cateter dia, erro de medicação, (quais, como fazer, fluxos)	Enfermagem	171	125				37,5:00:00	<b>1005,5</b> horas treinada dividida por 253 colaboradores ativos média mensal de <b>6,34:00:00</b> horas	73%	70%
6	Protocolo clínico gerenciado do trauma	Enfermagem	171	77				23,1:00:00		100%	70%
7	Protocolo clínico gerenciado do AVC	Enfermagem	77	77				23,1:00:00		100%	70%
8	Protocolo clínico gerenciado dor torácica		77	77				23,1:00:00		100%	70%
9	Protocolo clínico gerenciado de sepse	Enfermagem	77	77				23,1:00:00		100%	70%
10	protocolo de atendimento a paciente com receita trazida da UBS	Enfermagem	77	52				15,8:00:00		68%	70%
11	Fluxo de impressão de exames Laboratoriais	Enfermagem	77	52				15,8:00:00		68%	70%
12	Classificação de risco humaniza SUS	Enfermagem	89	89				26,7:00:00			

## 9. INTEGRAÇÃO

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

<b>Nº</b>	<b>NOME DO COLABORADOR</b>	<b>FUNÇÃO</b>
1	MARIA DE LOURDES M SEBASTIAO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
2	FATIMA DAS DORES V DE ALMEIDA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
3	MARCIA CELESTINO DE OLIVEIRA	ENFERMEIRO
4	JULIA CAMILA VIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
5	BIANCA FURTUNATA SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
6	FRANCILANE ARAUJO S PEREIRA	ENFERMEIRO
7	RAVENLHEN MARIA DA S MARQUES	FISIOTERAPEUTA
8	JÚLIA DE ALENCAR PINHEIRO	ENFERMEIRA
9	ALEXANDRA OLIVEIRA CAÇAL	AUXILIAR DE FARMÁCIA
10	LUANA CAMARGO GALAN CARDOSO	FARMACÊUTICA
11	TATIANE STHEFANY DA CONCEIÇÃO	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO
12	GEISA SACRAMENTO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
13	EIAS ELIZEU DE AZEVEDO	ZELADOR
<b>TOTAL DE COLABORADORES INTEGRADOS: 13</b>		

### 11. INTEGRAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS

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

<b>Nº</b>	<b>NOME DOS ESTAGIÁRIOS</b>
<b>1</b>	<b>IVONE CRUZ DE OLIVEIRA</b>
<b>2</b>	<b>KIMBERLY L.</b>
<b>3</b>	<b>LAURIENE PEREIRA MACHADO</b>
<b>4</b>	<b>ANA APARECIDA L. DIAS</b>
<b>5</b>	<b>VERA LUCIA S ANÉRCIO</b>
<b>6</b>	<b>RANIERI TEODORO GUERRA</b>
<b>7</b>	<b>KAREN CRISTINA MAGICHE</b>
	<b>TOTAL DE ESTAGIÁRIOS INTEGRADOS: 07</b>

## 10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS

---

### Relatório do Hospitalista

---

## RELATÓRIO ASSISTENCIAL - ABRIL

PACIENTES INTERNADOS – CLÍNICA MÉDICA (OBSERVAÇÃO)

MÊS DE ABRIL/2026

**Unidade:** Pronto Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

**Período de referência:** Abril de 2026

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

**Fonte dos dados:** Prontuário eletrônico institucional - SISS

### 1. INTRODUÇÃO

Conforme análise assistencial referente ao mês de abril de 2026, a unidade de Observação – Clínica Médica do Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas manteve perfil assistencial de média e alta complexidade, atuando como importante retaguarda clínica da rede municipal.

Durante o período, foram acompanhados **86 pacientes sob responsabilidade da Clínica Médica**, dentro de um total de **94 pacientes internados na unidade**, evidenciando elevada demanda assistencial e necessidade frequente de suporte clínico contínuo. Esta diferença se da ao compartilhamento de leitos com a Ortopedia

A unidade manteve predominância de pacientes com:

- múltiplas comorbidades,
- doenças crônicas descompensadas,
- necessidade de investigação diagnóstica ampliada,
- suporte respiratório,
- antibioticoterapia venosa,
- monitorização contínua,
- interconsultas especializadas,

### 2. PRINCIPAIS INDICADORES ASSISTENCIAIS

Indicador	Resultado
Pacientes sob responsabilidade da Clínica Médica	86
Pacientes internados na unidade	94
Altas médicas	41
Permaneciam internados no fechamento	9
Encaminhamento para sala de emergência	6
Evasões	2
Óbitos	0

### 3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

As principais comorbidades identificadas foram:

Comorbidade	Frequência estimada
Hipertensão arterial sistêmica	65–70%
Diabetes mellitus	35–40%
Doença renal crônica	20–25%
Insuficiência cardíaca	15–20%
AVC prévio	~15%
Neoplasias	10–15%
Transtornos psiquiátricos	10–12%

O perfil epidemiológico evidenciou predominância de pacientes com multimorbidade, baixa reserva fisiológica e elevado risco de deterioração clínica, impactando diretamente no tempo de permanência e na necessidade de suporte multiprofissional contínuo.

### 4. PRINCIPAIS GRUPOS DIAGNÓSTICOS

Grupo Diagnóstico	Percentual
Infecções respiratórias, urinárias e sepsse	32,5%
Doenças abdominais agudas/cirúrgicas	20,9%
Síndromes neurológicas	14,0%
Transtornos psiquiátricos agudos	10,4%
Doenças cardiológicas	7,0%
Neoplasias/cuidados paliativos	5,8%
Outros	9,3%

Destacaram-se quadros infecciosos graves, síndromes neurológicas, doenças cirúrgicas e pacientes psiquiátricos em crise aguda, reforçando o perfil de alta complexidade assistencial absorvido pela unidade.

## 5. TEMPO DE PERMANÊNCIA

Tempo de Permanência	Percentual
Menos de 24 horas	20,9%
1 a 3 dias	37,2%
4 a 7 dias	24,4%
Mais de 7 dias	17,4%

Observou-se que:

- **41,8% dos pacientes permaneceram por mais de 3 dias**
- **17,4% ultrapassaram 7 dias de permanência**

Os dados demonstram utilização da unidade além do perfil tradicional de observação de curta permanência, principalmente devido à limitação de leitos de retaguarda e entraves regulatórios.

## 6. INTERVENÇÕES E SUPORTE CLÍNICO

### Antibioticoterapia

- Utilizada em aproximadamente **32,5%** dos pacientes, principalmente em casos de:
  - sepse,
  - pneumonia,
  - infecção urinária complicada,
  - infecções intra-abdominais.

### Exames Complementares

Exame	Frequência
Exames laboratoriais	~100%
Exames de imagem	~90%

### Suporte Clínico

Intervenção	Frequência estimada
Analgesia sistêmica	40–45%
Hidratação venosa	30–35%
Oxigenioterapia	20–25%
Correções metabólicas	15–20%

## 7. BARREIRAS OPERACIONAIS

Aproximadamente **40% dos casos apresentaram barreiras operacionais**, principalmente relacionadas à:

- limitação de leitos,
- demora regulatória,
- necessidade de exames complementares para aceite especializado,
- permanência prolongada aguardando transferência hospitalar.

## Principais barreiras identificadas

Tipo de barreira	Casos	%
Falta de vaga sem justificativa	19	22,1%
Necessidade de TC abdome para aceite (CG/Uro)	11	12,8%
Necessidade de exames laboratoriais para psiquiatria	6	7,0%

## 8. INDICADORES DE QUALIDADE

Indicador	Frequência
Registro adequado em prontuário eletrônico	~100%
Reavaliação clínica diária documentada	~100%
Monitorização contínua em pacientes graves	~100%
Realização de exames de imagem quando indicados	~90%

Foram mantidos protocolos institucionais como:

- Protocolo de Sepsis,
- Dor Torácica,
- AVC,

com atuação multiprofissional integrada entre equipe médica, enfermagem, fisioterapia, nutrição, assistência social e farmácia,

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mês de abril de 2026 manteve perfil assistencial de elevada complexidade clínica, com importante impacto operacional relacionado à limitação de leitos de retaguarda e aos entraves regulatórios da rede.

Apesar dos desafios estruturais observados, a unidade manteve:

- assistência resolutiva,
- suporte clínico contínuo,

- adesão aos protocolos institucionais,
- monitorização adequada dos pacientes graves,
- atuação multiprofissional integrada.

Os indicadores reforçam o papel estratégico da unidade de Observação como importante estrutura de suporte à rede municipal, absorvendo pacientes de média e alta complexidade e funcionando como retaguarda clínica e regulatória hospitalar.



**Responsável pelo relatório**

**Gabriela Teles Barbosa**  
CRM-SP 250.239  
Coordenação Médica / Diretoria Clínica

## Relatório do Serviço Social

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

Município	Quantidade	Porcentagem
Barueri	159	78%
Jandira	27	13%
Itapevi	8	4%
Outros	9	4%
<b>Total Geral</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>
Sexo	Quantidade	Porcentagem
Feminino	121	60%
Masculino	82	40%
<b>Total Geral</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>
Acolhimento	Quantidade	Porcentagem
Acolhimento/Escuta	119	58,52%
Acolhimento no leito	78	38,42%
<b>Atendimento Criança</b>	<b>6</b>	<b>2,96%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>
Demanda Identificada	Quantidade	Porcentagem
Pessoa em Situação de Rua	5	2%
Boletim Observação / EMERGÊNCIA	72	33%
Contato com familiar	65	30%
Contato com rede	11	5%
Óbito (Acolhimento e Orientações)	5	2%
PID / PAD	3	1%
Solicitação de Oxigênio Domiciliar	2	1%
Relatório Conselho Tutelar	1	0%
Conflito Institucional	0	0%
Relatório externo (CRAS/CREAS/CRAM)	0	0%
Conflito Familiar	0	0%
Ressalva de DO/DNV	2	1%
Orientações Gerais	49	22%

Acolhimento Familiar	5	2%
<b>Total Geral</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>
<b>Situação de Risco</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Acidente de Trânsito	3	25%
Acidente Doméstico	2	17%
Evasão	3	25%
Negligência	0	0%

Via. Palaguás, nº 160 – Id. Silveira - CEP: 06434-200 – Barueri/SP – (11) 5555-5844

[1]		
Tentativa de Suicídio	3	25%
Violência Doméstica	1	8%
Suspeita Abuso Sexual	0	0%
<b>Total Geral</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b>Encaminhamentos Realizados</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Encaminhamento Casa de Acolhimento	3	38%
Encaminhamento Rede de Saúde	5	63%
<b>Total Geral</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

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

Atenciosamente;



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



## Relatório do Núcleo de Qualidade

### Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

#### Relatório da Qualidade

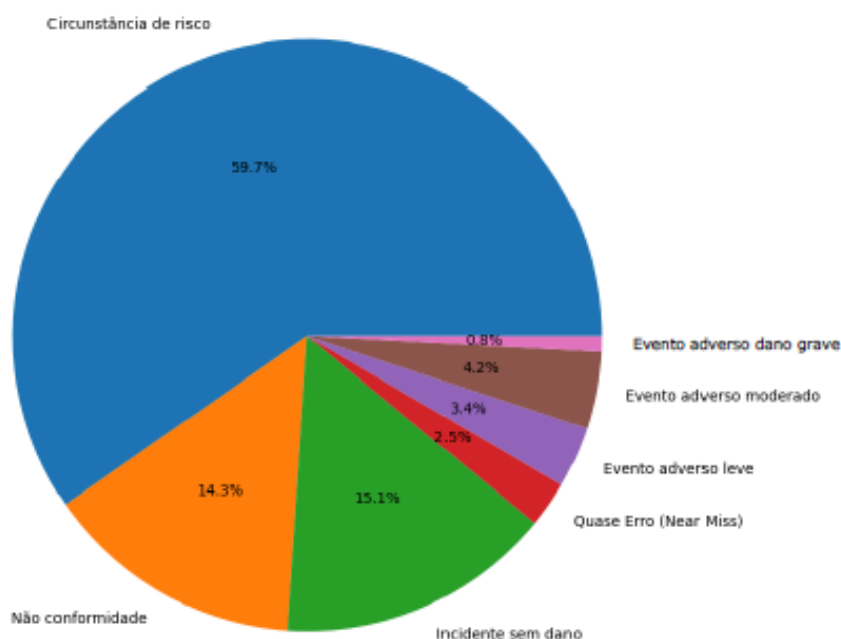
ABRIL/2026

#### NOTIFICAÇÕES

Recebemos no total 119 notificações com as seguintes classificações:

- Circunstância de risco - 71 (59,66%)
- Não conformidade - 17 (14,29%)
- Incidente sem dano - 18 (15,13%)
- Quase Erro (Near Miss) 3 (2,52%)
- Evento adverso com dano leve - 4 (3,36%)
- Evento adverso com dano moderado - 5 (4,20%)
- Eventos adverso com dano grave 1 (0,84%)

Classificação das 119 Notificações



**Outros incidentes e/ou eventos adversos:**

- Flebite, Perda de CVC e CNE, Extubação acidental: 0

- Lesão por pressão: 2

**Lesão por pressão grau 1 - Emergência - Evento adverso com dano leve**

Resumo - Análise Protocolo de Londres (Protocolo Nº 2026417119628)

X

<b>Identificação:</b> [REDACTED]		<b>Notificante:</b> [REDACTED]		<b>Unidade:</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
<b>Tipo Setor Notificado:</b> Assistencial		<b>Setor Notificado:</b> Emergência		<b>Tipo Setor Notificante:</b>	
<b>Setor do Notificante:</b>		<b>Tipo Setor Ocorrência:</b> Assistencial		<b>Setor da Ocorrência:</b> Emergência	
<b>Prontuário:</b> [REDACTED]	<b>Data de Abertura:</b> 17/04/2026	<b>Data Ocorrência:</b> 16/04/2026	<b>Hora Ocorrência:</b> 19:00	<b>Tipo Pessoa:</b> Paciente	
<b>Descrição da Ocorrência:</b> PACIENTE APRESENTA LESÃO PRESSÃO GRAU 1 EM REGIÃO SACRAL, DEVIDO A AGITAÇÃO E FRICÇÃO NO LEITO E NÃO ACBITA MUDANÇA DE DECÚBITO. PACIENTE CONFUSO E AGITADO.					
<b>Ação Imediata:</b> ORIENTO PACIENTE QUANTO A IMPORTÂNCIA DA MUDANÇA DE DECÚBITO E REALIZAÇÃO DE CURATIVO EM REGIÃO SACRAL.					

<b>Identificação:</b> [REDACTED]		<b>Notificante:</b> COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE		<b>Unidade:</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
<b>Tipo Setor Notificado:</b> Assistencial		<b>Setor Notificado:</b> Emergência		<b>Tipo Setor Notificante:</b> Assistencial	
<b>Setor do Notificante:</b> Emergência		<b>Tipo Setor Ocorrência:</b> Assistencial		<b>Setor da Ocorrência:</b> Emergência	
<b>Prontuário:</b>	<b>Data de Abertura:</b> 28/04/2026	<b>Data Ocorrência:</b> 25/04/2026	<b>Hora Ocorrência:</b> 10:00	<b>Tipo Pessoa:</b> Paciente	
<b>Descrição da Ocorrência:</b> FOI OBSERVADO UMA LPP NA REGIÃO SACRAL DO PACIENTE, PACIENTE JÁ HAVIA SIDO INTERNADO SEM LESÃO PORÉM NÃO HOUVE MEDIDAS PREVENTIVAS EFETIVAS PARA PREVENIR O APARECIMENTO DA LESÃO, PACIENTE ESTAVA INTERNADO DESDE O DIA 24 E NO DIA SEGUINTE JÁ HAVIA SIDO OBSERVADO O APARECIMENTO DE UMA LPP.					
<b>Ação Imediata:</b> REALIZADO ORIENTAÇÃO DA EQUIPE QUANTO AOS CUIDADOS COM LESÃO, REFORÇADO MUDANÇA DE DECÚBITO E COLOCAÇÃO DE COXINS					

- Erros de medicação: 1

**Erro de dispensação e administração de medicação - Sala de medicação - Incidente sem dano**

<b>Identificação:</b> [REDACTED]		<b>Notificante:</b> [REDACTED]		<b>Unidade:</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
<b>Tipo Setor Notificado:</b> Assistencial		<b>Setor Notificado:</b> Farmácia		<b>Tipo Setor Notificante:</b> Assistencial	
<b>Setor do Notificante:</b> Farmácia		<b>Tipo Setor Ocorrência:</b> Assistencial		<b>Setor da Ocorrência:</b> Medicação	
<b>Prontuário:</b> [REDACTED]	<b>Data de Abertura:</b> 13/04/2026	<b>Data Ocorrência:</b> 13/04/2026	<b>Hora Ocorrência:</b> 01:45	<b>Tipo Pessoa:</b> Paciente	

**Descrição da Ocorrência:**  
RELATO QUE NA DATA DE 13/04/2026 FOI ENTREGUE PELA FÁRMACIA 2 AMPOLAS SENDO 1 DE DEXAMETASONA E OUTRA DE TRAMADOL JUNTO A PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA SER REALIZADO, FOI ADMINISTRADO AS MEDICAÇÕES VIA LM NO PACIENTE DESCRITO, PORÉM AO VERIFICAR NOVAMENTE A FICHA CONSTA QUE AS MEDICAÇÕES A SEREM REALIZADAS SERIAM DEXAMETASONA + DIPIRONA , OCORRENDO UMA ADMINISTRAÇÃO INCORRETA , RELATO QUE DEVIDO AO VOLUME E ROTINA, DE FATO OCORREU UMA FALHA DE CONFERENCIA DE AMPOLAS, PORÉM O ERRO FOI INDUZIDO, DURANTE A SEPARAÇÃO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS.

**Ação Imediata:**  
AO VERIFICAR OCORRIDO FOI INFORMADO A PROFISSIONAL DO APOIO E POSTERIORMENTE A ENFERMEIRA DO SETOR, REALIZANDO A IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO ADVERSO E ORIENTADA PELA ENFERMEIRA DO SETOR SOBRE MEDIDAS PARA MELHORA DE QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA, LOGO APÓS FLUI ORIENTADA PELA SUPERVISÃO.

- **Queda - Sala de Raio x - Incidente dano leve**

<b>Identificação:</b> [REDACTED]		<b>Notificante:</b> [REDACTED]		<b>Unidade:</b> PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
<b>Tipo Setor Notificado:</b> Assistencial		<b>Setor Notificado:</b> SADT		<b>Tipo Setor Notificante:</b> Assistencial	
<b>Setor do Notificante:</b> Emergência		<b>Tipo Setor Ocorrência:</b> Assistencial		<b>Setor da Ocorrência:</b> SADT	
<b>Prontuário:</b> [REDACTED]	<b>Data de Abertura:</b> 24/04/2026	<b>Data Ocorrência:</b> 24/04/2026	<b>Hora Ocorrência:</b> 00:30	<b>Tipo Pessoa:</b> Paciente	

**Descrição da Ocorrência:**  
Venho notificar a ocorrência do paciente acima aguardando na sala de RX para realização do exame quando o tecnico de RX se ausentou e o mesmo caiu da maca de exames, batendo a cabeça, o mesmo foi assistido pela equipe de emergência e NR, encaminhado para atendimento na ortopedia para continuação do atendimento. Enf. Fabiana Esteves coren 530054

**Ação Imediata:**  
Paciente encaminhado para a avaliação e continuidade do atendimento na ortopedia.

### INDICADOR DE TAXA DE NOTIFICAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS

	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de notificações de eventos adversos}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendimentos}} \times 1000$
<b>Fórmula</b>	

#### Análise crítica:

Neste mês, tivemos o registro de 10 notificações com eventos adversos dentro do sistema Medicsys, representando 0,41 a cada 1.000 atendimentos (valor total = 24.228 atendimentos).

## COMISSÕES

### Reuniões abril/2026:

- Revisão de prontuários – Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de fevereiro, com 25 análises.
- Revisão de óbitos - Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de fevereiro, com 9 óbitos totais.
- Observação: As comissões de revisão de prontuários e de óbitos analisam os prontuários do mês anterior.
- CCIRAS – Reuniões Bimestrais (próxima reunião em Maio)
- Núcleo de qualidade e segurança do paciente - Não realizada
- Farmácia terapêutica (CFT) - Realizada em 10/04/2026.
- CPMMH - Realizada em 10/04/2026.
- PGRSS - Realizada em 23/04/2026.
- Biossegurança - Realizada em 23/04/2026.
- PPRAMP - Realizada em 23/04/2026.
- EMTN - Realizada em 10/04/2026.
- Ética médica – Não realizada
- Diretoria clínica - Realizadas em 02/04, 16/04, 23/04 e 30/04 .
- Auditoria - Aguardando primeira reunião.
- Humanização – 24/04
- Cuidados com a pele (Feridas e curativos) – 10/04.
- CIPA – 06/04/2026

### Implementação em andamento:

- Ética de enfermagem – aguardando agendamento do COREN para empossamen

*Paula Dal Maso Altissimi*  
Paula Dal Maso Altissimi  
Gerente Assistencial  
Coren SP - 68.994

*Wagner F. J. Silva*

## Relatório do SCIH (Antibióticos)

## RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADO À ASSISTÊNCIA Referente Abril/2026

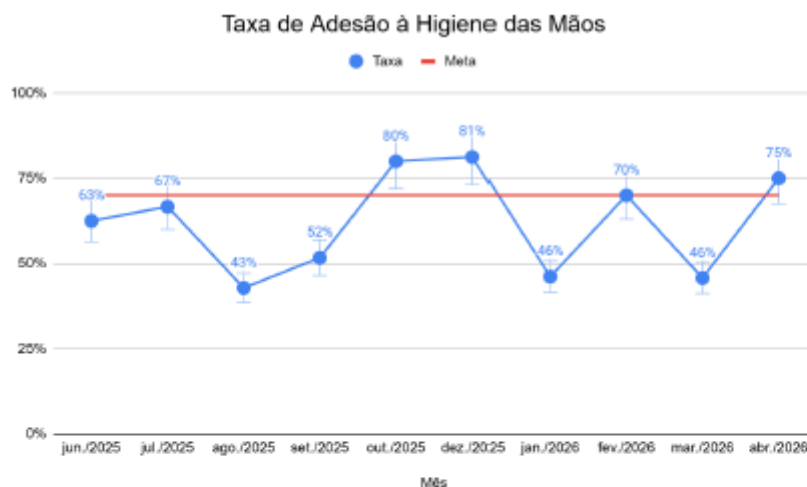
### 1. Apresentação

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

### 2. Adesão à Higienização das Mãos

#### Gráfico 02: Taxa de Adesão Higienização das Mãos - Abril

Das 16 auditorias/observações planejadas, 12 foram realizadas (adesão de 75%). Foram implementados no início de Fevereiro treinamentos sobre higienização das mãos corretamente e o uso indiscriminado de luvas (tema abordado nas 6 metas) e trocado insumos de higienização das mãos. Mês de Maio 21 e 22 programado ação de higiene das mãos.

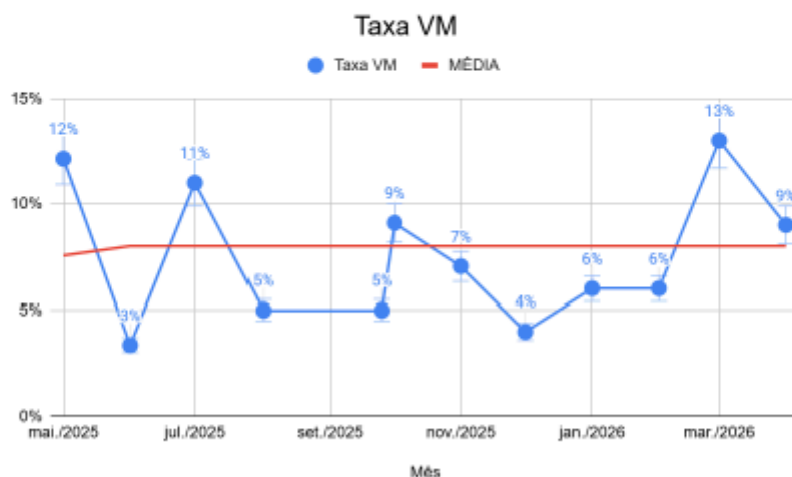


### 3. Taxa de Dispositivos Invasivos e IRAS - Abril

#### Gráfico 03: Taxa de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)

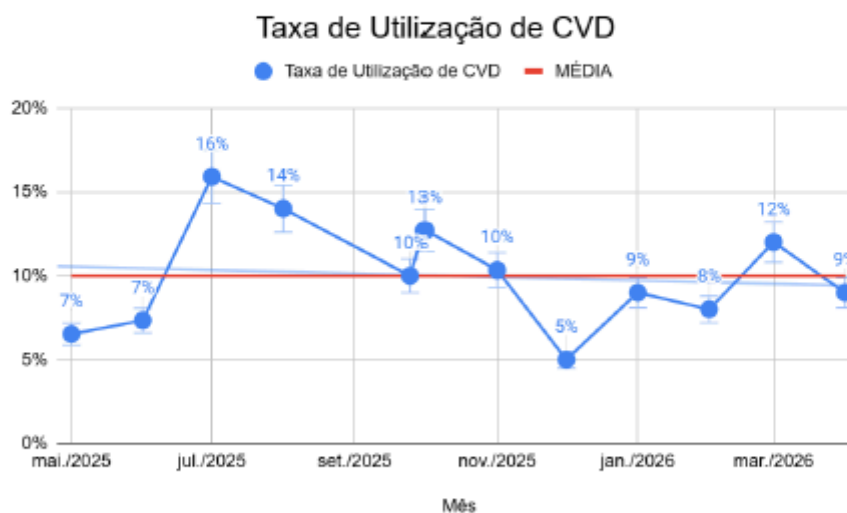
Em abril, a taxa de ventilação mecânica foi de 9%, com 7 pacientes submetidos à intubação orotraqueal, totalizando 24 dias de VMI/OT. Observa-se redução em relação ao

mês anterior, no qual houve o mesmo número de pacientes intubados, porém com maior tempo de permanência.



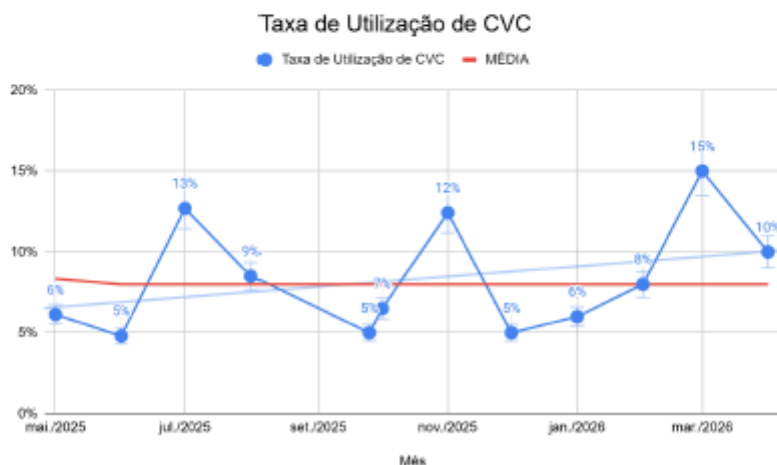
**Gráfico 04: Taxa de Cateter Vesical de Demora - Abril**

A taxa de uso do cateter vesical de demora ficou em 9%, foram registrados 17 pacientes em uso, totalizando 69 CVD/dia.



### Gráfico 05: Taxa de Cateter Venoso Central

A taxa de uso de cateter venoso central foi de 10%, com 8 pacientes e total de 27 CVC/dia (15% no mês anterior), evidenciando redução, possivelmente associada à menor necessidade de intubação e à atuação da CCIH na indicação de retirada.



#### 1. 06. Sepses - Abril

- Taxa de Abertura do Protocolo Sepses em Abril 89%** -Em abril, foram registradas novamente 18 suspeitas de sepsis, com abertura de protocolo em 16 casos. Entre os dois casos sem abertura, um não foi iniciado e o outro não teve protocolo instituído por se tratar de paciente em cuidados paliativos proporcionais. Assim, a taxa de abertura manteve-se igual à do mês anterior, em 89%.
- Taxa de Adesão ao protocolo: 80%.** Em abril, dos 16 casos suspeitos, 10 tiveram sepsis afastada e 1 permaneceu sem desfecho. Dos 5 casos restantes, 1 evoluiu para choque séptico e 4 foram confirmados como sepsis. Entre os protocolos, 4 estavam em conformidade e 1 foi considerado inconforme devido ao atraso na coleta/registro do lactato, relacionado a falha no cadastro da amostra no sistema SISS. Alteração do indicador: a análise passará a considerar apenas os casos confirmados, excluindo os descartados sepsis. Conforme orientação da gestão

4. **Taxa de Atb 1ª Hora: 100%:** Em abril, nos 5 protocolos confirmados de sepse (sendo 1 de choque séptico), houve administração de antibiótico na primeira hora em 100% dos casos (1 caso estava em uso na abertura).
5. **Taxa de análise do lactato até 60 min 80%:** Em abril, dos 5 protocolos confirmados de sepse, 4 tiveram dosagem de lactato realizada na primeira hora. Em 1 caso, houve atraso devido à ausência de cadastro da amostra no sistema SISS.
6. **Taxa coleta de Hemocultura: 100%**  
Em abril, nos 5 protocolos confirmados de sepse, houve coleta de hemocultura antes da administração do antibiótico em todos os casos, resultando em 100% de conformidade.
7. **Taxa expansão volêmica 100%:**  
Em abril, dos 5 protocolos confirmados de sepse, 2 apresentaram indicação de reposição volêmica. Ambos avaliados pela Médica Dra. Gabriela considerado terapêutica fluidoterapia deve ser individualizada, ambas conformes.
8. Não houve óbito registrado no mês de Abril por Sepse.

Atenciosamente,

Stefany Dantas Varelo



Stefany Dantas Varelo  
CORRIGIR 511715-438

Enfermeira SCIRAS

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

## Relatório do SESMT



### RELATÓRIO MENSAL – SEGURANÇA DO TRABALHO

Período: abril de 2026

#### Introdução:

O presente relatório tem como objetivo apresentar as ações, acompanhamentos e atividades desenvolvidas pelo SESMT durante o mês de abril de 2026, visando fortalecer as práticas de segurança do trabalho, prevenção de acidentes, adequações de emergência e conscientização dos colaboradores.

#### 1. Adequações de Emergência

As adequações relacionadas aos sistemas de emergência permanecem em andamento. Atualmente, resta pendente somente a adequação da bomba de incêndio para conclusão do processo e posterior solicitação da vistoria do Corpo de Bombeiros.

#### 2. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Fluxo de Acidentes

O POP referente ao Fluxo de Acidentes permanece aguardando validação da Qualidade Sede. Ressaltamos que a solicitação de validação já foi realizada mais de uma vez, permanecendo em acompanhamento.

#### 3. Gestão de Resíduos

A implantação da balança para pesagem de resíduos segue em andamento. A opção de balança suspensa não foi validada/aprovada pelo CCIH e SESMT, sendo necessário avaliar outra alternativa adequada ao processo.

#### 4. Ação Abril Verde

Nos dias 27 e 28 de abril foram realizadas ações referentes ao Abril Verde, mês mundial de conscientização e prevenção de acidentes de trabalho, contemplando os períodos diurno e noturno.

A ação contou com boa adesão dos colaboradores, totalizando a participação de 138 colaboradores, reforçando a importância da conscientização sobre segurança, prevenção de acidentes e promoção da saúde no ambiente de trabalho.

## 5. Acidentes com Material Biológico

No mês de abril não houve registro de acidentes com material biológico na unidade.

Resultado do mês: Zero acidentes registrados.

### Conclusão:

As rondas de segurança e inspeções diárias permanecem sendo realizadas regularmente, visando identificar oportunidades de melhoria, prevenir riscos e garantir maior segurança aos colaboradores, pacientes e demais usuários da unidade.

Destaca-se positivamente que no período não houve registro de acidentes com material biológico, reforçando o comprometimento das equipes com as práticas de segurança e prevenção.

Atenciosamente,

Tatiana Maria Barros  
Técnica de Segurança

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas



Tatiana Maria Barros  
Técnica de Segurança  
Registro 0475997 / SP

## Relatório da Nutrição



### RELATÓRIO MENSAL DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

Competência: abril/2026

Unidade: Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

#### 1. APRESENTAÇÃO

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

#### 2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

No período analisado, foram realizadas 324 visitas nutricionais aos pacientes internados, 47 triagens nutricionais, incluindo 02 ~~triagens~~ em pacientes de nível terciário (reavaliação em 7 dias).

Observou-se nas triagens predominância de pacientes idosos, indicando maior complexidade clínica e necessidade de acompanhamento contínuo e maior prevalência do sexo masculino.

#### 3. CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA

Verificou-se nas triagens a igualdade em pacientes classificados como nível terciário e níveis secundário, seguidos de níveis primário, evidenciando perfil assistencial de alta complexidade e necessidade de cuidado especializado contínuo.

#### 4. ESTADO NUTRICIONAL

Identificou-se nas triagens predominância de pacientes desnutridos, seguidos por indivíduos com sobrepeso/obesidade e, em menor proporção, eutrofia, reforçando a importância da avaliação e conduta nutricional individualizada.

#### 5. TERAPIA NUTRICIONAL

##### 5.1 Suplementação Nutricional

Observou-se maior utilização de espessantes, especialmente associados a quadros de disfagia, seguidos de probiótico, associado a quadro de diarreia e profilaxia, devido ao uso de antibiótico (protocolo de diarreia) e fibra alimentar, associado ao quadro de constipação.

Foram utilizados também em maior utilização suplementos específicos hipercalóricos e ~~hiperproteicos~~, seguidos de suplementação específica para diabetes e lesão por pressão.

Destaca-se média de 3,89 suplementações/dia.

##### 5.2 Nutrição Enteral

Observou-se maior utilização das fórmulas hipercalóricas e ~~hiperproteicas~~, seguido de fórmulas específicas para diabetes e dietas padrão hipercalóricas.

Destaca-se média de 2,5 dietas enterais/dia.

## 6. PERFIL CLÍNICO

### 6.1 Comorbidades

Predomínio de Hipertensão Arterial Sistêmica (51%), seguida de Diabetes Mellitus (17%) e Acidente Vascular Cerebral (12%).

### 6.2 Diagnósticos de Internação

Predomínio de quadros de pneumonia, seguido de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, caracterizando perfil de alta complexidade clínica.

## 7. INDICADORES ASSISTENCIAIS

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

## 8. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

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

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

**Renata Collesj Cordovil – Nutricionista RT**

**CRN 3: 13.692**

## Relatório da Radiologia



### RELATÓRIO DE ATIVIDADES: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

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

OBJETIVO: SETOR RADIOLOGIA

CONTRATO DE GESTÃO: CEJAM 226/2025

EMPRESA: PC RAD CNPJ:16.684.393 | 0001-30

PERÍODO:01/04/2026 à 30/04/2026

#### 1. Objetivo

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

#### 2. Descrição das Atividades

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

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

#### 3. Quantitativo de Atendimentos

- Total de exames realizados por incidências: **5.581**
- Total de pacientes atendidos no mês: **3.079** □ Total de exames no leito/ internados: **73**

Página 1

Elaborado por: Camila de Moura Santos Responsável Técnica- CRTR 24656t cpf:36417568-70	Data de elaboração:  03/05/2026
---	---------------------------------------

Via. Palaguás, nº 160 – Jd. Silveira - CEP: 06434-200 – Barueri/SP – (11) 5555-5844



TIPO DE ESTRUTURA RADIOGRÁFICA	QUANTIDADE
TORAX	2.619
CRÂNIO	306
MM SUPERIORES	872
MM INFERIORES	1.218
ABDOME	293
OUTROS	278
<b>TOTAL*</b>	<b>5.581</b>

TOTAL POR ESPECIALIDADES:	CLÍNICA:	PEDIATRIA	ORTOPEDIA
	2.917	1294	1.370

#### 4. Principais Incidências Realizadas


As incidências mais demandadas no período foram:

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

#### 5. Considerações Finais

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

Página 2

<p>Elaborado por: Camila de Moura Santos Responsável Técnica- CRTR 246561 cpf:36417568-70 Documento assinado digitalmente  CAMILA DE MOURA SANTOS Data: 03/05/2026 12:26:53 -0300 Verifique em <a href="https://validar.jf.gov.br">https://validar.jf.gov.br</a></p>	<p>Data de elaboração: 03/05/2026</p>
---	---

Via. Palaguás, nº 160 – Jd. Silveira - CEP: 06434-200 – Barueri/SP – (11) 5555-5844



## 11. COMISSÕES INTERNAS

Nome da Comissão	Reunião Realizada	Ata Anexada
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (Mensal)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão de prontuários (mensal)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão de óbitos (mensal)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão de EMTN (mensal)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão Interna de Biossegurança (bimestral)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão de Farmácia e Terapêutica (Mensal)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão de Padronização de Medicamentos e Material Médico-Hospitalares (Bimestral)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (Mensal)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão de Curativos e lesão de pele- <b>em criação, com ata de nomeação</b>	x	sim
Comissão de Humanização- <b>em criação, com ata de nomeação</b>	x	sim
Comissão de Controle de Infecção relacionadas à Assistência à Saúde (Bimestral)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (PPRAMP)- <b>ativa</b>	x	sim
Comissão de Ética de Enfermagem ( <b>aguardando a posse pelo COREN</b> ), <b>MEMBROS ELEITOS.</b>		
Comissão de Ética Médica- <b>ativa</b>	x	sim

## 11.1 Atas



### ATA REUNIÃO

DATA: 23/04/26

HORÁRIO: 10hs às 11hs

LOCAL: Sala de Treinamento

ASSUNTO: COMISSÃO BIOSSEGURANÇA

#### PAUTAS ABORDADAS

##### 1. PAUTAS ABORDADAS

1. Pesagem dos resíduos utilizando a balança fornecida pela sede; entretanto, o equipamento não se mostrou adequado, havendo necessidade de uma balança apropriada para pesagem.
2. Necessidade de correta segregação dos químicos perigosos, incluindo a aquisição de caixas laranjas adequadas para armazenamento.
3. Adequação dos abrigos de resíduos infectantes e comuns.
4. Readequação das rotas de coleta de resíduos e limpeza dos elevadores.
5. Aquisição de lixeiras menores para setores administrativos, banheiros e demais áreas conforme necessidade.
6. Necessidade de ventilação e adequação estrutural no morgue.
7. Identificação de uso inadequado da geladeira da copa dos funcionários, com armazenamento simultâneo de alimentos e gelox, gerando risco de contaminação cruzada.
8. Validação pendente do POP de Acidente Interno, atualmente em análise pelo setor da Qualidade.
9. Registro de **02 acidentes com material biológico perfurocortante** ocorridos no mês de março, sendo:
  - o Um acidente por não acionamento completo do dispositivo de segurança, resultando em perfuração com scalp durante o descarte.
  - o Um acidente durante o descarte de scalp 23 a vácuo sem dispositivo de segurança, manuseado de forma inadequada, resultando em perfuração.

Classificação da Informação: Documento Interno  
FOR.ADM.CBGISS.QA.000.002

Pág. 1 de 5

10. Sugestão de criação de estratégias mais lúdicas para treinamentos, incluindo a utilização da plataforma **Trilhas**, com o objetivo de aumentar a efetividade das capacitações e prevenção de acidentes.

## 2. DECISÕES

1. O Sr. Eduardo solicitou à Sra. Elaine verificar junto ao Sr. Anderson, da Secretaria, a disponibilidade de balança adequada para a unidade. Caso não haja disponibilidade, verificar junto à empresa Nelmar a possibilidade de locação.
2. Foi aprovada pelo Sr. Eduardo a compra de caixas laranjas de 13 litros para adequação do armazenamento de químicos perigosos.
3. Referente à adequação dos abrigos de resíduos infectantes e comuns, foi solicitada verificação junto ao zelador sobre as necessidades da reforma e suas proporções, a fim de avaliar se as adequações poderão ser realizadas pela própria equipe da unidade.
4. A Sra. Tânia informou que já encaminhou o novo documento referente às rotas de coleta, o qual foi enviado à Sra. Elis, da sede ambiental, para validação.
5. A Sra. Tatiana ficou responsável por realizar o levantamento das necessidades de lixeiras e encaminhar a solicitação ao setor de compras.
6. O Sr. Eduardo solicitou à Sra. Elaine prosseguir com os Splits já consertados e realizar adequações nas áreas necessárias, incluindo o morgue.
7. A geladeira da copa dos funcionários será realocada para a sala de coleta, passando a ser utilizada exclusivamente para armazenamento de gelox. O Sr. Eduardo realizará a doação de uma nova geladeira para uso exclusivo dos funcionários.
8. Aguardar a finalização do Procedimento Operacional Padrão (POP) de Acidente de Trabalho para posterior realização de treinamento junto aos colaboradores.
9. O Sr. Sebastian informou que já realizou a compra de scalp 23 com dispositivo de segurança, estando no aguardo da entrega. Enquanto isso, será necessário utilizar o estoque restante sem dispositivo de segurança.

10. Realizar treinamentos em parceria com a Educação Continuada, promover ações educativas e verificar a viabilidade de utilização da plataforma Trilhas para fortalecimento das ações de biossegurança.

### 3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Sra Elaine verificar junto ao Anderson da a balança para pesagem dos resíduos ou a locação junto a empresa Nelmar	Sra Elaine	PRÓXIMA REUNIÃO	
levantamento de custos do orçamento da caixa laranja bem como pedido de compra já aprovado	Sr. Sebastião	PRÓXIMA REUNIÃO	
Adequação abrigos de infectante e comum junto ao zelador possibilidade de nos fazermos a reforma	Sra Tatiana	PRÓXIMA REUNIÃO	
Adequação do cronograma de limpeza coleta de resíduos empresa gestap já	Sra Tânia	PRÓXIMA REUNIÃO	

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

Pág. 3 de 5

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

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Técnica de Segurança do Trabalho	
Stefany Dantas Varelo	Enfermeira	
Andreza da Silva Andrade	Coordenadora Multidisciplinar	
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	
Paula Altimari	Gerente Assistencial	
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	
Elaine de Lima Santos	Coordenadora Administrativo	
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	
Selma Lima Pereira Guimaraes	Enfermeira Educação Continuada	

#### ATA REUNIÃO

**DATA:** 23/04/2026

**HORÁRIO:** 10hs às 11hs

**LOCAL:** Sala de Treinamento

**ASSUNTO:** Comissão PGRSS

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

- 01.** Pesagem dos resíduos utilizando a balança fornecida, pela sede, porem não deu certo existe a necessidade de uma balança adequada para pesagem.
- 02.** Outro ponto refere-se à correta segregação dos químicos perigosos, incluindo a necessidade de aquisição de caixas laranjas adequadas para o armazenamento.
- 03.** Realizar adequação dos abrigos de resíduos infectante e comum
- 04.** Readequação na roostas de coleta de resíduos e limpeza dos elevadores
- 05.** Aquisição das lixeiras menores para administrativo e banheiro e demais necessidade
- 06.** Morgue sem a ventilação e adequação
- 07.** Geladeira na copa dos funcionários a mesma e usada inadequadamente na parte superior com gelox.

#### 2. DECISÕES

1. Sr. Eduardo solicitou Sra Elaine verificar com Anderson da Secretaria se existe uma balança para disponibilizar para unidade para realização da pesagem dos resíduos, caso da não possibilidade verificar junto a empresa Nelmar para locação de uma.
2. Sr. Eduardo aprovou a compra das caixas laranjas 13 lts, para adequação dos químicos perigosos.
3. Referente a um dos itens apontados sobre a **adequação dos abrigos de resíduos infectantes e comuns**, o Sr. Eduardo solicitou a verificação, junto ao zelador, sobre as necessidades da reforma e suas proporções, a fim de avaliar se as adequações poderão ser realizadas pela própria equipe da unidade.
4. Sra Tânia já enviou novo documento, o mesmo foi enviado pra Sede ambiental Sra Elis para validação.
5. A Sra. Tatiana, ficaram responsáveis por realizar o levantamento e passar compras
6. Sr Eduardo solicitou a Sra Elaine e seguir com Splyty consertados e adequar as áreas incluindo o morgue.

7. Referente à pontuação sobre a geladeira da copa dos funcionários, foi identificado risco de contaminação cruzada devido ao armazenamento de alimentos e gelox no mesmo equipamento. A geladeira será realocada para a sala de coleta para uso exclusivo de gelox, e o Sr. Eduardo realizará a doação de uma nova geladeira para os funcionários.

#### 8. PLANOS DE AÇÃO

<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
Sra Elaine verificar junto ao Anderson da a balança para pesagem dos resíduos ou a locação junto a empresa Nelmar	Sra Elaine	Próxima reunião	
levantamento de custos do orçamento da caixa laranja bem como pedido de compra já aprovado	Sr. Sebastião	Próxima reunião	
Adequação abrigos de infectante e comum junto ao zelador possibilidade de nos fazermos a reforma	Sra Tatiana	Próxima reunião	
Adequação do cronograma de limpeza coleta de	Sra Tânia/ Sra Elis	Próxima reunião	

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

Pág. 2 de4

resíduos empresa gestap já enviado aguardando validação sede			
Levantamento para aquisição das lixeiras menores adm e banheiros	Sra Tatiana	Próxima reunião	
Adequação Morgue/ refrigeração	Sra Elaine	Próxima reunião	
Geladeira da copa de funcionário compartilhamento de alimentos e gelox retirada para sala de coleta	Sra Stefany	Próxima reunião	

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

<b>NOME</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>ASSINATURA</b>
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	
Stefany Dantas Varelo	Enfermeira	
Andreza da Silva Andrade	Coordenadora Multidisciplinar	
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	
Paula Altimari	Gerente Assistencial	
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	
Elaine de Lima Santos	Coordenadora Administrativo	
Selma Lima Pereira Guimarães	Enfermeira Educ. Continuada	
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	

**ATA REUNIÃO****DATA: 23/04/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: Comissão PPRAMP****1. PAUTAS ABORDADAS**

**02(Pendencia anterior)** Validação do POP acidente interno está com qualidade validação

**03** A Sra. Presidente informou que, no mês de março, ocorreram 02 acidentes envolvendo material biológico com perfurocortantes. Um dos acidentes ocorreu devido ao não acionamento completo do dispositivo de segurança do material; ao realizar o descarte, a colaboradora acabou se perfurando com um scalp. O outro acidente ocorreu durante o descarte de um scalp 23 a vácuo, que não possuía dispositivo de segurança. O material foi manuseado de forma inadequada, resultando em perfuração do colaborador.

**04** Sr. Eduardo pede que o seja criado algo mais lúdico nos treinamentos sugeriu plataforma de treinamento do Cejam chamado Trilhas, assim ajudar os treinamentos ser mais efetivos na questão de acidentes.

**2.DECISÕES**

2. Aguardar a finalização do Procedimento Operacional Padrão (POP) de Acidente de Trabalho para posterior realização de treinamento junto aos colaboradores.
3. Sr Sebastian já realizou a compra do Scalp 23 com dispositivo aguardando chegar, porem vamos ter que usar o restante dos que não tem dispositivo
4. Realizar os treinamentos em parceria com Educação continuada, promover ações, e verificar a viabilidade dessa plataforma trilhas

### 3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Validação POP Fluxo – Acidente de Trabalho Interno	Sra. Tatiana e Setor qualidade	Próxima reunião	
Treinamento em parceria com Educ. Continuada verificar a viabilidade da plataforma de treinamento trilhas	Sra. Tatiana/Educação continuada	Próxima reunião	

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

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

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

Pág. 2 de 2

DATA: 10/03/2026

HORÁRIO: 16:00

LOCAL: Sala 101 - Reunião PSAFF

ASSUNTO: CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica.

**ATA REUNIÃO****1. PAUTAS ABORDADAS****Padronização:** Antieméticos (Dramin vs. Ondansetrona).**SLA:** Entrega de prescrições e aprazamento.**Protocolos:** Antibióticos (ATB).**Manual:** Farmacológico e Lista MAV (Medicamentos de Alta Vigilância).**2. DESENVOLVIMENTO****2.1 Revisão de Protocolo de Antieméticos**

Decisão Técnica: O uso de Dramin EV será restrito a quadros de tontura e vertigem. Para casos gerais de náuseas, a Ondansetrona passa a ser o padrão de porta.

Justificativa: Além do perfil de segurança, a padronização visa a otimização terapêutica baseada no consumo médio observado.

**2.2 Fluxos e Prazos (SLA)**

Entrega de Prescrições: Definido o fluxo de 12/12h entre Farmácia e Enfermagem (janelas 14:00/02:00), com validade de prescrição de 24h.

Aprazamento: Necessidade de definir e padronizar o horário de aprazamento em sistema para garantir a continuidade do tratamento sem interrupções.

**2.3 Antibioticoterapia e Segurança**

Ficha de ATB: Implementação da ficha de controle de antibióticos diretamente no sistema para maior rigor clínico.

Fluxo de ATB: Foi solicitada a rediscussão do fluxo de dispensação e repadronização desses

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

Pág. 1 de 2

itens para evitar atrasos na primeira dose.

**2.4 Medicamentos de Alta Vigilância (MAV)**

Controle: Atualização da lista MAV em andamento. A equipe aguarda o envio das validades via e-mail pelos responsáveis (Eduardo/Gabriela).

**ATA REUNIÃO****DATA: 22/04/2026****HORÁRIO: 15:30****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinária Comissão de  
Revisão de óbitos****• PAUTAS ABORDADAS**

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

**• DECISÕES**

Aos 22 de abril de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiguas,160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de Óbitos estabelecida no endereço acima, onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Secretária
- Mariana Sarlo Silva – Coordenador emergencista – Membro

Foram analisadas nesta comissão 09 óbitos referentes ao mês de fevereiro sendo desses 02 óbitos institucionais (22,2%) e 07 não institucionais (77,8%).

Das análises iniciais 08 prontuários se encontravam dentro da conformidade, 1 inconformes (letra ilegível), 04 óbitos foram considerados pelos membros como inevitáveis (44,4%) e 05 como evitáveis (55,6%).

**Perfil Etário**

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

- Acima de 90 anos: 00 óbitos (0%)
- 81 a 90 anos: 00 óbitos (0%)
- 71 a 80 anos: 03 óbitos (33,3%)

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

Pág. 1 de5

- 61 a 70 anos: 02 óbitos (22,2%)
- 51 a 60 anos: 01 óbitos (11,1%)
- 41 a 50 anos: 01 óbitos (11,1%)
- 31 a 40 anos: 01 óbitos (11,1%)
- 21 a 30 anos: 00 óbitos (0%)
- Abaixo de 21 anos: 01 óbito (11,1%)

Observa-se redução do número total de óbitos entre janeiro e fevereiro, passando de 16 para 09 casos, representando diminuição de aproximadamente **43,8%**.

Em ambos os meses, a maior concentração de óbitos ocorreu nas faixas etárias acima de 60 anos, evidenciando maior impacto entre pacientes idosos. Entretanto, houve redução proporcional nas faixas:

- **71 a 80 anos:** de 43,8% para 33,3%;
- **61 a 70 anos:** de 31,3% para 22,2%.

No mês de janeiro, os óbitos estavam predominantemente concentrados em idosos acima de 61 anos, correspondendo a aproximadamente **87,6%** dos casos. Já em fevereiro, apesar da manutenção do predomínio em idosos, observou-se maior distribuição entre faixas etárias mais jovens.

Destaca-se ainda ausência de óbitos acima de 90 anos em fevereiro e surgimento de casos nas faixas de **31 a 40 anos e abaixo de 20 anos (criança de 1 ano e 3 meses)**, inexistentes em janeiro e um aumento proporcional nas faixas de **41 a 50 anos e 51 a 60 anos**, embora mantendo apenas 01 caso absoluto em cada faixa.

De forma geral, fevereiro apresentou menor número absoluto de óbitos; redução da concentração em idosos longevos e distribuição etária mais heterogênea em comparação a janeiro.

#### **Gênero**

No mês de **fevereiro**, observou-se discreta predominância do sexo feminino 05 óbitos femininos (55,6%) e 04 óbitos masculinos (44,4%).

O sexo feminino apresentou aumento proporcional de **50,0%** em janeiro para **55,6%** em fevereiro, já o sexo masculino apresentou leve redução proporcional de **50,0%** para **44,4%**. Os

dados demonstram manutenção de distribuição relativamente equilibrada entre os sexos nos dois períodos analisados, com discreta predominância feminina no mês de fevereiro.

#### Perfis de Óbito

A imagem fornecida detalha as causas dos óbitos em fevereiro:

#### CID DE ENTRADA

- Doença do Sistema Respiratório: 03 casos (Pneumonia: 02, Parada respiratória: 01)
- Doenças do Sistema Cardiovascular: 05 casos (Parada cardíaca: 04, Dor torácica: 01)
- Trauma: 01 caso (Ferimento do pescoço)

#### CID SECUNDÁRIO

- Sistema Cardiovascular: 03 Casos (IAM:01, Parada cardíaca:01, Dor torácica: 01)
- Sistema neurológico: 01 Caso (Acidente Vascular Encefálico (AVE))
- Trauma: 01 caso (Ferimento do pescoço)

#### CID DEFINITIVO

- Sistema Cardiovascular: 03 Casos (Choque Cardiogênico: 01, Parada cardíaca:02)
- Trauma: 01 caso (Ferimento do pescoço)

#### Local de Ocorrência dos Óbitos

Os locais de ocorrência dos óbitos em fevereiro foram:

- Emergência: 03 casos (33,3%)
- Em Transporte: 00 caso (0%)
- Em Residência: 06 Casos (66,7%)

Observa-se mudança importante no perfil do local de ocorrência dos óbitos entre janeiro e fevereiro.

No mês de janeiro, os óbitos ocorreram predominantemente na **Emergência**, representando **93,8%** dos casos (15 óbitos), enquanto apenas **6,3%** ocorreram em residência.

Já em fevereiro, houve redução importante dos óbitos ocorridos na Emergência, passando para **33,3%** (03 casos), acompanhada de aumento expressivo dos óbitos em residência, que representaram **66,7%** dos casos (06 óbitos).

Não houve registro de óbitos em transporte em nenhum dos períodos analisados.

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

Pág. 3 de5

Redução proporcional de óbitos na Emergência de **93,8%** em janeiro para **33,3%** em fevereiro.

Aumento proporcional de óbitos em residência de **6,3%** em janeiro para **66,7%** em fevereiro.

Os dados demonstram alteração relevante no padrão de ocorrência dos óbitos entre os meses avaliados, com migração predominante do ambiente hospitalar/emergencial para o ambiente domiciliar no mês de fevereiro.

#### Taxa de Conformidade

- Conformidade: aproximadamente 88,9%
- Não conformidade: aproximadamente 11,1%

Observa-se melhora significativa nos indicadores de conformidade dos prontuários entre janeiro e fevereiro. Houve uma redução da inconformidade de **43,8%** em janeiro para **11,1%** em fevereiro e um aumento da conformidade de **56,3%** para **88,9%**.

Os dados demonstram evolução importante na qualidade dos registros analisados em fevereiro, evidenciando melhora na adesão aos critérios de conformidade e redução expressiva das inconformidades identificadas nos prontuários revisados.

#### Índice de Tempo de Internação

- Pacientes com mais de 24 horas: 07 (77,8%)
- Pacientes com menos de 24 horas: 02 (22,2%)

Observa-se mudança importante no perfil do tempo de internação entre janeiro e fevereiro. No mês de janeiro, predominavam pacientes com permanência inferior a 24 horas, representando **62,5%** dos casos (10 pacientes) e os pacientes com internação superior a 24 horas correspondiam a **37,5%** (06 pacientes). Já em fevereiro, ocorreu inversão desse perfil pacientes com internação superior a 24 horas passaram a representar **77,8%** dos casos (07 pacientes); enquanto os casos com permanência inferior a 24 horas reduziram para **22,2%** (02 pacientes).

Aumento proporcional dos pacientes com mais de 24 horas de **37,5%** em janeiro para **77,8%** em fevereiro e redução proporcional dos pacientes com menos de 24 horas de **62,5%** para **22,2%**.

Os dados demonstram aumento expressivo do tempo de permanência dos pacientes em fevereiro, com predominância de internações superiores a 24 horas, diferentemente de janeiro, quando prevaleciam permanências mais curtas.

### Índice de Pacientes Classificados como Cuidados Paliativos

- Cuidados Paliativos: 1 (11,1%)

Em janeiro, foram identificados **06 pacientes classificados como paliativos**, correspondendo a **37,5%** do total de óbitos analisados (16 casos). Já em fevereiro, houve redução importante desse perfil, com **01 paciente paliativo**, representando **11,1%** dos 09 óbitos avaliados.

Houve uma Redução absoluta de 06 para 01 paciente paliativo, redução percentual de **37,5%** em janeiro para **11,1%** em fevereiro.

Os dados demonstram diminuição significativa da proporção de pacientes classificados como paliativos no mês de fevereiro quando comparado a janeiro, indicando mudança no perfil clínico dos pacientes evoluídos a óbito no período analisado.

- **PLANOS DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Cuidados Paliativos – implantar rotina e fluxo como critérios a paliativo. Solicitar elaboração de documento para gestor do processo	Corpo Clínico	Junho	
Solicitado o acesso para SISS para que os membros tenham acessos ao prontuário do paciente após desfecho óbito.	TI	Maio	
Capacitar a equipe e estabelecer rotina e fluxo para atendimento de paciente de auto extermínio. Solicitar elaboração de documento para gestor do processo	Corpo Clínico	Junho	

- **PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Mariana Sarlo Silva	Membro	

**ATA REUNIÃO****DATA: 22/04/2026****HORÁRIO: 16:00****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinária da Comissão de  
Revisão de Prontuários****• PAUTAS ABORDADAS**

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

**• DECISÕES**

Aos 22 de abril de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas,160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de Óbitos estabelecida no endereço acima onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Auxiliar Técnico Administrativo – Secretária
- Mariana Sarlo Silva – Coordenador emergencista – Membro

**> Período de Análise**

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

**De:** 01/02/2026**Até:** 28/02/2026

➤ **Total de prontuários avaliados: 25**

Setor	Tipo	Quantidade
Emergência	óbito	9
Porta / Observação	Clínica Médica	4
Porta / Observação	Ortopedia	4
Porta / Observação	Pediatria	6
Internação	Emergência	2

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

- Identificação completa do paciente: 100% dos prontuários e ficha de atendimento analisados possuem os dados de identificação corretamente preenchidos (Nome completo, Data de nascimento e Nome da mãe).
- Registro de anamnese e história clínica: Este item não foi avaliado pelo auditor assistencial
- Exame físico inicial: 21 prontuários com registro (84%), sendo 4 prontuários (16%) não houve registro de exame físico devido ao estado que adentraram a unidade - via resgate já iniciando manobras de RCP tendo desfecho desfavorável - óbito.
- Evolução médica diária: Dos 25 atendimentos analisados apenas 2 pacientes permaneceram na unidade por um período superior a 24 horas onde 100% deles possuem evolução médica nos dias de internação. Das 25 análises 02 pacientes tiveram historico de retorno a unidade em menos de 24 horas.
- Registro de enfermagem: Não houve registro da avaliação da equipe assistencial
- Evolução multiprofissional: De 25 prontuários analisados ocorreram as seguintes triagens: Nutrição após 48 horas de internação - 1 paciente, Serviço social 6 pacientes. (os outros setores tiveram análise parcial ou não registraram análise).
- Prescrição médica completa e legível: 100% dos prontuários auditados possuem prescrição completa e legível.
- Checagem de medicamentos pela enfermagem: Não houve avaliação pelo auditor assistencial
- Termos de consentimento e documentos obrigatórios: Dos 25 prontuários auditados 13 não foram pacientes elegíveis a internação (52%). Dos 12 pacientes elegíveis a internação 5 se encontravam conformes (20%), 5 não conformes (20%) e 2 parcialmente conformes (8%).

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

Pág. 2 de 6

- Identificação do profissional (nome, número do conselho e assinatura): 100% dos prontuários e atendimentos auditados possuem a identificação e registros dos profissionais com assinatura e carimbo em seus atendimentos ou evoluções.
- Condição de alta / transferência / óbito: Dos desfechos analisados 9 foram de causa óbito, 15 foram altas imediatas após o atendimento médico na unidade ou foram transferidos para outras unidades para atendimento especializado.
- Protocolos institucionais: Dos 24 prontuários analisados 07 pacientes estavam elegíveis a abertura de protocolos, sendo aberto apenas para 04 pacientes sendo abertos 3 para dor toracica e 1 para sepse. No protocolo de dor toracica 1 paciente foi transferido e 02 pacientes tiveram desfecho de óbito. E para o protocolo de sepse o desfecho do paciente foi óbito. Dos protocolos abertos os 4 foram por parte da equipe médica
- Análise de desfecho: Dos 25 prontuários analisados 23 (92%) estavam adequados ao quadro clínico e 2 (8%) não.

- **INDICADOR**

<b>Indicador</b>	<b>Resultado</b>
<b>Total de prontuários avaliados</b>	<b>25 Prontuários/FAAS</b>
<b>Prontuários conformes</b>	<b>16 Prontuários/FAAS</b>
<b>Prontuários com não conformidades</b>	<b>09 Prontuários/FAAS</b>
<b>Percentual de conformidade</b>	<b>64%</b>

#### • PRINCIPAIS NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS

Prontuário sem duração de queixa e sem exame físico, exame físico da admissão incompleto, PACIENTE EM PCR COM CID Z00, EXAME FISICO EXISTENTE, MAS INCOMPLETO, Paciente com 3 passagens por pronto atendimento em fev. Queixa relatada na triagem não é a mesma relatada durante a consulta médica, conforme anotações de ambos, 1. Queixa registrada sem duração 2. cid não condiz com a queixa, foi colocado cid z000 e a queixa era de epigastralgia + astenia, 1. paciente com quadro de parestesia em mid - podiam ter aberto protocolo de AVC 2. exame físico incompleto. 3 não há duração da queixa, nem comorbidades prévias que são importantes para o caso clínico, Não foi aberto protocolo de trauma Não foi anotado reavaliação após exames Não foi anotado desfecho, Não encontro evidências sobre protocolo trauma, registro do prontuário eletrônico diferente do prontuário físico, Sem ficha de transporte intra-hospitalar, Direitos e Deveres sem carimbo e Nome do Enfermeiro e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sem assinatura, Falta de assinatura da enfermeira no termo de responsabilidade Falta de assinatura da enfermagem na prescrição médica, Termos de internação parcial com parcial assinatura faltando do enfermeiro, Sem registro de alta médica no prontuário, Termos de internação sem assinatura dos responsáveis, Prescrição médica não checada, Protocolo de dor torácica sem desfecho e assinatura médica e Sem ficha de transporte inter-hospitalar .

#### • ANÁLISE DA COMISSÃO

Foram analisados 25 prontuários/fichas de atendimento ambulatorial (FAAS), identificando-se 16 prontuários conformes (64%) e 09 prontuários com não conformidades (36%). Os resultados demonstram desempenho satisfatório em itens essenciais relacionados à identificação do paciente, prescrição médica e identificação profissional, todos com 100% de conformidade, evidenciando adesão adequada aos requisitos básicos de segurança e rastreabilidade assistencial. Observou-se conformidade satisfatória quanto ao registro do exame físico inicial, presente em 84% dos prontuários auditados. Nos casos sem registro, verificou-se justificativa clínica pertinente, relacionada à admissão de pacientes em parada cardiorrespiratória já em manobras avançadas de ressuscitação, com evolução para óbito. Em relação à evolução médica diária, os pacientes com permanência superior a 24 horas apresentaram registros adequados durante todo o período de internação.

Entretanto, a auditoria evidenciou fragilidades importantes nos registros assistenciais multiprofissionais, especialmente relacionados à ausência de registros da equipe de enfermagem, baixa adesão às evoluções multiprofissionais e falhas documentais em termos obrigatórios de internação, consentimento e responsabilidade. Também foram identificadas inconsistências

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

Pág. 4 de 6

clínicas relevantes, como ausência de duração da queixa, exames físicos incompletos, CID incompatível com quadro clínico, ausência de reavaliações médicas após exames e divergências entre prontuário físico e eletrônico.

No que se refere aos protocolos institucionais, verificou-se baixa adesão à abertura de protocolos assistenciais, considerando que apenas 4 dos 7 pacientes elegíveis tiveram protocolos iniciados.

Destaca-se ainda ausência de evidências documentais referentes a protocolos de trauma e possível oportunidade perdida para abertura de protocolo de AVC em paciente com quadro sugestivo. Entre os protocolos abertos, observou-se predomínio de desfechos graves, incluindo transferências e óbitos, reforçando a importância da identificação precoce e correta aplicação dos fluxos institucionais.

A análise dos desfechos demonstrou que 92% dos casos apresentaram compatibilidade entre a condução clínica e o quadro apresentado, indicando adequada tomada de decisão assistencial na maior parte dos atendimentos. Contudo, os achados relacionados à documentação, registros incompletos e ausência de assinaturas representam riscos assistenciais, legais e institucionais, além de impactarem diretamente a continuidade do cuidado, segurança do paciente e conformidade com padrões de qualidade e acreditação.

Diante dos achados, recomenda-se:

- Reforço das capacitações sobre registros assistenciais e qualidade do prontuário;
- Sensibilização das equipes médica e multiprofissional quanto à importância da completude documental;
- Implantação de monitoramento sistemático dos protocolos institucionais;
- Fortalecimento das auditorias concorrentes e devolutivas setoriais;
- Padronização dos registros entre prontuário físico e eletrônico;
- Intensificação da atuação da liderança assistencial no acompanhamento das não conformidades recorrentes.

Conclui-se que, apesar dos resultados demonstrarem conformidade predominante, persistem oportunidades significativas de melhoria relacionadas à segurança documental, adesão protocolar e registros multiprofissionais, sendo fundamental a implementação de ações corretivas e educativas contínuas para fortalecimento da qualidade assistencial e da segurança do paciente.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião, sendo lavrada a presente ata que, após lida e aprovada, será assinada pelos membros presentes.

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

Pág. 5 de 6

#### • PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Mariana Sarlo Silva	Membro	

DATA: 10/04/2026

HORÁRIO: 15:00

LOCAL: Sala de Reunião PSAFF

ASSUNTO: CPMMH - Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais Hospitalares

## ATA REUNIÃO

### 1. PAUTAS ABORDADAS

Padronização: Antieméticos (Dramin vs. Ondansetrona).

SLA: Entrega de prescrições e aprazamento.

Protocolos: Antibióticos (ATB).

Manual: Farmacológico e Lista MAV (Medicamentos de Alta Vigilância).

### 2. DESENVOLVIMENTO

#### 2.1 Revisão de Protocolo de Antieméticos

Decisão Técnica: O uso de Dramin EV será restrito a quadros de tontura e vertigem. Para casos gerais de náuseas, a Ondansetrona passa a ser o padrão de porta.

Justificativa: Além do perfil de segurança, a padronização visa a otimização terapêutica baseada no consumo médio observado.

#### 2.2 Fluxos e Prazos (SLA)

Entrega de Prescrições: Definido o fluxo de 12/12h entre Farmácia e Enfermagem (janelas 14:00/02:00), com validade de prescrição de 24h.

Aprazamento: Necessidade de definir e padronizar o horário de aprazamento em sistema para

garantir a continuidade do tratamento sem interrupções.

#### 2.3 Antibioticoterapia e Segurança

Ficha de ATB: Implementação da ficha de controle de antibióticos diretamente no sistema para

maior rigor clínico.

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

Pág. 1 de 2

Fluxo de ATB: Foi solicitada a rediscussão do fluxo de dispensação e repadronização desses itens para evitar atrasos na primeira dose.

#### **2.4 Medicamentos de Alta Vigilância (MAV)**

Controle: Atualização da lista MAV em andamento. A equipe aguarda o envio das validades via

e-mail pelos responsáveis (Eduardo/Gabriela).

**ATA DE REUNIÃO DE CIPA (06/04/2026) – GESTÃO 2026/2027**  
**UNIDADE: Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo Freitas**

PRÓ-MEMÓRIA				
Horário de início: 10hs	Horário de término: 11hs			
Local: Sala de Treinamento	Data: 06/04/2026			
Membros Presentes (Representantes Indicados e Eleitos)				
TATIANA MARIA BARROS	SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS			
JANAINA MACHADO RAMIRO	HANNE CABRAL DOS SANTOS			
DOUGLAS JOSE FRANCISCO	DANIELE DA SILVA			
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA	GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES			
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI	GIOVANA ZANDONA LEMOS			
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES	SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO			
Membros Ausentes ( Representantes Indicados e Eleitos)				
Membro	Justificativa da Ausência			
Participantes convidados				
Paula Altimari	Renata Meire Bailo			
ASSUNTOS DISCUTIDOS				
Item	Assunto/Ocorrência	Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas a serem tomadas	Responsável	Prazo
1	Aos 06 dias do mês de abril de 2026 (1º dia útil do novo mandato da CIPA), nesta cidade, presente o (a) Sr. (a) <b>Paula Del Maso Altimari</b> (Presidente da Comissão Eleitoral) <b>PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS/BARUERI</b> , bem como os demais presentes, conforme Ata de presença, reuniu-se para instalação e Posse da CIPA desta Unidade, conforme estabelecido na NR 5 Portaria 3.214 de 8 de Junho de 1978, o (a) Senhor (a) <b>Elaine de Lima Santos</b> (Vice	Posse	SESMT	

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

	presidente) eleito da CIPA, representante dos empregados, tendo convidado a mim, Tatiana Maria Barros para Secretário (a), declarou abertos os trabalhos, lembrando a todos que o objetivo desta reunião é a Instalação e Posse dos membros da nova CIPA <b>Gestão 2026-2027</b> . Neste momento, foi declarada e instalada a Comissão sendo dado posse aos <b>Representantes designados</b> do Empregador:			
2	Plano de Trabalho da CIPA - Atividades da CIPA/Avaliação de ações/ Melhorias necessárias	Ciência do plano		
3	Check-list de inspeção mensal	Mensais inspeções		
4	Abril verde	Ação a realizar dentro mês		
5				
6				
7				
8				

PENDÊNCIAS DE REUNIÃO ANTERIOR					
Item	Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas Pendentes	Responsável	Prazo Inicial	Novo Prazo	Motivo
1	Ação abril verde /Prevenção de Acidente	Cipeiros	07/04/2026	30/04/2026	Dentro mês

Classificação de Informação: Não Informar

Assinatura em lista de presença anexa a esta ata.

LISTA DE PRESEÇA – REUNIÃO DA CIPA (NOME DA UNIDADE)		
<b>Data:</b> 06/04/2026	<b>Horário:</b> 10hs às 11hs	<b>Local:</b> Sala de Treinamento
Participante	Função na CIPA	Assinatura
TATIANA MARIA BARROS	Presidente	
JANAINA MACHADO RAMIRO	Vice- Presidente	
DOUGLAS JOSE FRANCISCO	Membro	
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA	Secretaria	
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI	Membro	
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES	Membro	
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS	Membro	
HANNE CABRAL DOS SANTOS	Membro	
DANIELE DA SILVA	Membro	
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES	Membro	
GIOVANA ZANDONA LEMOS	Membro	
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO	Membro	

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

Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim"

Rua Dr. Lund, 41 - Liberdade  
 São Paulo-SP - CEP: 01513-020

11 3469-1818  
 cejam@cejam.org.br

[cejam.org.br](http://cejam.org.br)



**CEJAM**  
CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. São Marcos"  
Lista de Presença CEJAM  
por adesão contínuo ou esporádica

DE	ASSINADO / LOCAL	ASSINADO / LOCAL	ASSINADO / LOCAL	ASSINADO / LOCAL
1	2	3	4	5
1	PSAFPE	Dr. Yang Dantas Vaz	011970	Capo S. 616/65
2	PSAFPE	Roberto L. L. Camargo	0443208	Enf. Ed. B. 616/65
3	PSAFPE	Andreyer Andreyer	0345224	Coord. mult. 616/65
4	PSAFPE	Raoni de Camargo Sandoval	0386528	Coord. Qualidade 616/65
5	PSAFPE	Roberto Vitor Sandoval	034070	616/65
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				