Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”

Relatório de Atividades Assistenciais

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas - Barueri
Contrato de Gestão nº 226/2025

SETEMBRO/2026

Barueri, 13 de outubro de 2026

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARUERI

PREFEITO
Beto Piteri

SECRETÁRIA DE SAÚDE
Dra. Luciane Patrícia Amaral

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"

DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Dr. Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO E GERAL
Dr. Eduardo Luna de Oliveira Torres

GERENTE ASSISTENCIAL MULTI
Paula Dal Maso Altimari

COORDENADORA ASSISTENCIAL MULTI
Renata Collesi Cordovil

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL 4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM 4
1.2 Objetivo do Relatório 5
2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO 6
3. ORGANOGRAMA 9
3.1 Dimensionamento 10
4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA 13
4.1 Produção Geral - Meta x Realizado 13
4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional 14
4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR) 17
4.3.1 Pacientes Classificados por Risco 19
4.3.2 Tempos Médio dos Atendimentos por cores na Classificação de Risco 21
4.4 - CID's de maior prevalência 35
4.5 Indicadores de Qualidade 38
4.6 Serviços SADT 39
4.7 Produção Radiologia Detalhada 47
4.8 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro 49
4.9 - Mortalidade Institucional 54
4.10 - Municípios de origem dos pacientes 55
5 INDICADORES ASSISTENCIAIS DE QUALIDADE 56
5.1 Nº Casos novos de PAV 56
5.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC) 58
5.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central 60
5.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos 61
5.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical 62
5.6 Incidência de Queda 64
5.7 Incidência de Lesão por Pressão 66
6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA) 67
6.1 Amostragem das ouvidorias (10%) 67
6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs. 71
6.3 Classificação das queixas 72
6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas 74
7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO 75
7.1 Avaliação do Atendimento 76
7.2 Considerações finais 78
8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS 79
9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES 79
10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS 94
10.1- Relatório do Hospitalista 94
10.2- Relatório do Serviço Social 94
10.3- Relatório do Núcleo de Qualidade 94
10.4- Relatório do SCIH (Antibióticos) 94
10.5- Relatório do SESMT 94
10.6- Relatório da Fisioterapia 94
10.7- Relatório da Nutrição 94
10.8- Relatório da Radiologia 94
10.9- Relatório da Pediatria 94
11. COMISSÕES INTERNAS 95
11.1 Atas das Comissões 95

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

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

Missão

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

Valores

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Objetivo do Relatório

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

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

2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

Todas as atividades desenvolvidas no Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas são registradas e monitoradas por meio do Sistema de Informação em Saúde (SISS), plataforma oficial do Município de Barueri, complementada por planilhas gerenciais utilizadas para consolidação, análise e monitoramento dos indicadores assistenciais e operacionais.

Todos os colaboradores são orientados quanto à obrigatoriedade do registro integral e fidedigno das informações referentes à assistência prestada, garantindo rastreabilidade, segurança das informações e suporte à tomada de decisão baseada em indicadores.

Atualmente, a unidade conta com informatização parcial dos processos assistenciais por meio do SISS, contemplando todo o fluxo de atendimento até a assistência de enfermagem. Os processos relacionados ao gerenciamento de suprimentos permanecem sendo realizados manualmente. Para a conclusão da informatização, estão sendo realizadas reuniões periódicas entre a gestão da unidade, a equipe técnica do SISS e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), visando à implantação do módulo de suprimentos. Embora inicialmente prevista para 01/01/2025, a implantação foi postergada em razão de ajustes técnicos finais, permanecendo a expectativa de implementação no próximo período.

O Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas é uma unidade de porta aberta, destinada ao atendimento de demanda espontânea, integrando a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Barueri. Atua de forma articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a organização e regionalização da assistência.

A unidade presta atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria e Ortopedia, dispondo de:

- 15 leitos de observação destinados ao atendimento adulto e pediátrico;
- 09 leitos de emergência, sendo 01 destinado ao isolamento de pacientes com necessidade de precauções específicas;
- Consultórios médicos para atendimento adulto e pediátrico;
- Salas de procedimentos para eletrocardiograma (ECG), suturas, imobilizações, administração de medicamentos e outros procedimentos de urgência;
- Serviço de diagnóstico por imagem, incluindo radiografia e ultrassonografia, esta última implantada em 26 de junho de 2025;
- Apoio laboratorial para realização de exames complementares.

Com o objetivo de otimizar o fluxo assistencial e reduzir o tempo de permanência dos pacientes de menor complexidade, foi implantado, no final de agosto de 2025, o serviço de Fast Track, inicialmente destinado, prioritariamente, aos pacientes classificados como azul na classificação de risco. O atendimento ocorre em dois consultórios, com consulta médica e administração de medicamentos no mesmo ambiente, funcionando de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

Considerando os resultados positivos obtidos e o aumento da demanda assistencial, a partir de março de 2026 o funcionamento do Fast Track foi ampliado até 0h às segundas-feiras, com possibilidade de extensão para outros plantões noturnos conforme a necessidade operacional da unidade.

A unidade também aguarda a implantação do serviço de Telemedicina, iniciativa coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde para integração entre os serviços de urgência do município, com expectativa de ampliar a resolutividade dos atendimentos e otimizar os fluxos assistenciais.

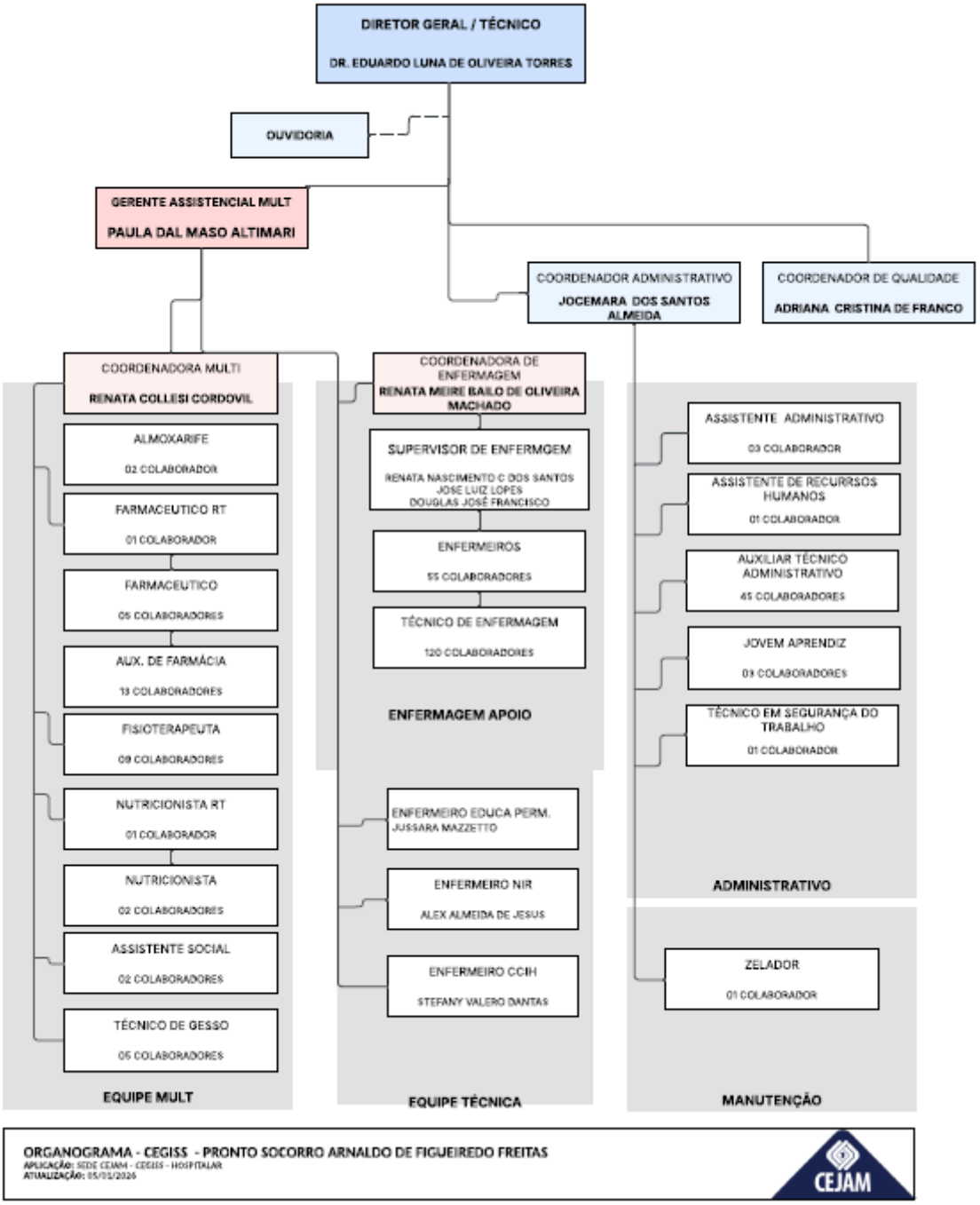
Outro projeto estratégico em andamento refere-se à inversão do fluxo de acolhimento, iniciando o atendimento pela Classificação de Risco antes da abertura da ficha administrativa. Essa proposta foi aprovada por meio de moção na 8ª Conferência Municipal de Saúde de Barueri e posteriormente discutida em reuniões técnicas com a Secretaria Municipal de Saúde. A mudança tem como principal objetivo identificar precocemente pacientes com maior risco clínico,

garantindo atendimento prioritário conforme os princípios da segurança do paciente e das boas práticas em urgência e emergência.

Da mesma forma, permanece em tratativa junto à Secretaria Municipal de Saúde a implementação de um botão específico para "Dor Torácica" no totem de atendimento, estratégia que permitirá identificar imediatamente pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, reduzindo o tempo até a avaliação clínica e contribuindo para melhores desfechos assistenciais.

Além da demanda espontânea, o Pronto-Socorro atua como referência para as Unidades Básicas de Saúde do município de Barueri e municípios da região, recebendo pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar, incluindo SAMU, Corpo de Bombeiros e Defesa Civil, desempenhando papel estratégico na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e contribuindo para a assistência integral à população.

3. ORGANOGRAMA



3.1 Dimensionamento

Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo (36h)	19	17	↓
Administrativo - noturno (36h)	17	16	↓
Administrativo (40h)	9	9	☑
Assistente Administrativo (40h)	3	3	☑
Almoxarife (40h)	2	2	☑
Assistente Social (30h)	2	2	☑
Auxiliar de Farmácia (36h)	8	8	☑
Auxiliar de Farmácia (36h) - noturno	5	5	☑
Coordenador Administrativo (40h)	1	1	☑
Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	☑
Coordenador Multiprofissional (40h)	1	1	☑
Coordenador Qualidade (40h)	1	1	☑
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 (40h)	1	1	☑
Fisioterapeuta (30h)	5	5	☑
Fisioterapeuta (30h) - noturno	3	3	☑
Fisioterapeuta RT	1	1	☑
Jovem Aprendiz (30h)	3	3	☑
Nutricionista (36h)	2	2	☑
Nutricionista RT	1	1	☑
Técnico de Enfermagem (36h)	58	58	☑
Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	52	47	↓
Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta	2	2	☑
Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta - noturno	2	2	☑

Técnico de Enfermagem (36h) Remoção	3	3	☑
Técnico de Enfermagem (36h) Remoção - noturno	3	3	☑
Técnico de Gesso (36h)	3	3	☑
Técnico de Gesso (36h) - noturno	2	2	☑
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	☑
Zelador (40h)	1	1	☑
Assistente de RH (40h)	1	1	☑
Supervisor de Enfermagem (36h) - noturno	3	3	☑
Gerente Assistencial (40h)	1	1	☑
Enfermeiro (36h)	25	25	☑
Diretor Geral RT (40h)	1	1	☑
Total	**281**	**271**	↓

Análise crítica: O quadro de pessoal atualmente previsto encontra-se em conformidade com a última versão do Plano de Trabalho, encaminhado a esta Secretaria, considerando a renovação contratual ocorrida em 15/05/2026.

Na área assistencial, especificamente na equipe de Enfermagem, a unidade apresenta 97% de adequação ao quadro previsto no Plano de Trabalho. As vagas atualmente existentes decorrem, predominantemente, de pedidos de demissão e desligamentos recentes, além de dois afastamentos previdenciários (INSS) e uma licença-maternidade. Todas essas reposições já se encontram em andamento por meio de processos seletivos, visando recompor o quadro assistencial no menor tempo possível e manter a continuidade e a qualidade da assistência prestada.

Em relação à equipe multiprofissional, não temos vagas em aberto, representando 100% de adequação ao quadro previsto no plano de trabalho.

No quadro administrativo, a unidade apresenta adequação de 97% em relação ao quantitativo previsto no novo Plano de Trabalho. As vagas remanescentes também estão sendo tratadas por meio de processos seletivos em andamento, respeitando os fluxos institucionais de contratação.

Destaca-se ainda que, em atendimento às adequações previstas na nova versão do Plano de Trabalho e às necessidades operacionais da unidade, foi ampliado o quadro da Ouvidoria, com a contratação de mais uma profissional, medida que contribuirá para o cumprimento das metas contratuais relacionadas às pesquisas de satisfação, ao fortalecimento dos canais de comunicação com os usuários e à melhoria contínua da experiência do paciente.

De modo geral, a unidade mantém elevado índice de adequação do quadro de colaboradores, adotando medidas contínuas para reposição das vagas abertas e preservação da capacidade operacional, garantindo a continuidade da assistência e o cumprimento das metas pactuadas.

Temos no novo plano 281 colaboradores CLT, conforme tabela 4.1.

E temos os seguintes colaboradores terceiros, sendo:

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

4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA

4.1 Produção Geral - Meta x Realizado

Serviço	Meta Mensal	Realizado	Observações
Clínica Médica + ortopedia	15.600	15.786	1,19%
Pediatria	5.280	5.147	-2,52%
Total	20.880	20.933	0,25%

Análise crítica: Por se tratar de um Pronto-Socorro de porta aberta, a unidade é diretamente influenciada pela demanda espontânea da população, não sendo possível controlar o volume de pacientes que procuram atendimento. Dessa forma, a produção assistencial pode apresentar variações mensais, especialmente em períodos de sazonalidade de doenças respiratórias e outras condições agudas.

No período analisado, observou-se um superávit de 0,25% em relação à meta contratual, com 20.933 atendimentos realizados, frente à meta de 20.880 atendimentos mensais.

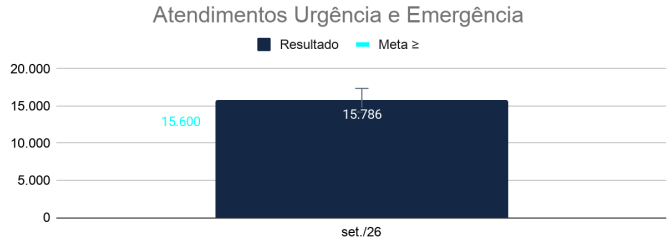
A meta contratual está distribuída em:

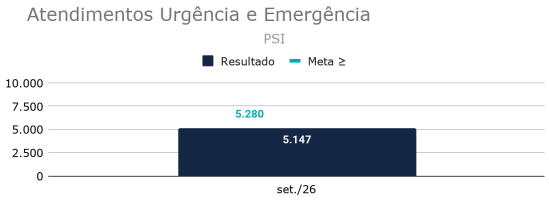
- **15.600 atendimentos no Pronto-Socorro Adulto**; e
- **5.280 atendimentos na Pediatria**.

O Pronto-Socorro Adulto realizou 15.786 atendimentos, correspondendo a um superávit de 1,19% em relação à meta estabelecida.

Já a Pediatria apresentou déficit de (- 2,52%), sobre a meta contratual. com 5.147 atendimentos.

4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional





Atendimentos Urgência e Emergência - PSA	Resultado
Clínico Geral	**14909**
Emergencista	**309**
Sutura	**99**
Ortopedista	**469**
Nutrição	**358**
Fisioterapia	**447**
Serviço social	**217**
Técnicos de Gesso	**278**

Atendimentos Urgência e Emergência - PSI	Resultado
Emergencista	**11**
Pediatria	**5129**
Sutura	**7**
Ortopedista	**0**

Análise crítica: A meta contratual estabelecida para os atendimentos de urgência e emergência no Pronto-Socorro Adulto é de 15.600 atendimentos mensais. No período analisado, foram realizados 15.786 atendimentos, representando um superávit de 0,25% em relação à meta pactuada.

Na Pediatria, foram realizados 5.147 atendimentos, correspondendo a um déficit de 2,52% sobre a meta contratual. Os dados demonstram diminuição, em relação ao mês anterior.

O atendimento adulto representou neste mês aproximadamente 75,19% de toda a produção assistencial da unidade, caracterizando-se como o principal perfil de usuários do serviço. Dentre esses atendimentos, a Clínica Médica concentra cerca de 71% da demanda, evidenciando que a maior procura está relacionada às condições clínicas gerais de baixa e média complexidade.

Quanto ao perfil de gravidade dos pacientes adultos classificados pelo enfermeiro, observa-se predominância dos casos de menor complexidade, distribuídos em 42% de pacientes classificados como verde e 40% como azul, seguidos por 13% de amarelo, 1,89% de vermelho e 3,11% de pacientes não classificados, provavelmente em decorrência de evasão, após a abertura da ficha e antes da realização da classificação de risco.

Esse perfil evidencia que, embora o Pronto-Socorro seja estruturado para atendimento de urgências e emergências, grande parte da demanda é composta por pacientes de baixa e média complexidade, reforçando a importância de estratégias como o Fast Track, da adequada organização da Rede de Atenção à Saúde e da orientação da população quanto ao acesso ao serviço mais apropriado para cada condição clínica.

Além da assistência médica e de enfermagem, a unidade conta com equipes multiprofissionais que desempenham papel fundamental na integralidade do cuidado. No período analisado, foram realizados 447 atendimentos de fisioterapia, 358 atendimentos de nutrição, 217 atendimentos pelo Serviço Social e 278 procedimentos dos técnicos de gesso.

A assistência fisioterapêutica é ofertada 24 horas por dia, garantindo atendimento contínuo aos pacientes de maior gravidade, abrangendo

intervenções em fisioterapia respiratória, fisioterapia motora e manejo de pacientes em ventilação mecânica.

A nutrição atende todos os dias, no período diurno (12 horas), com triagem nutricional, orientação de alta, adequação de consistência de dieta prescrita, cálculos de dietas enterais s/n, além de acompanhamento diário quanto a aceitação alimentar e desnutrição hospitalar.

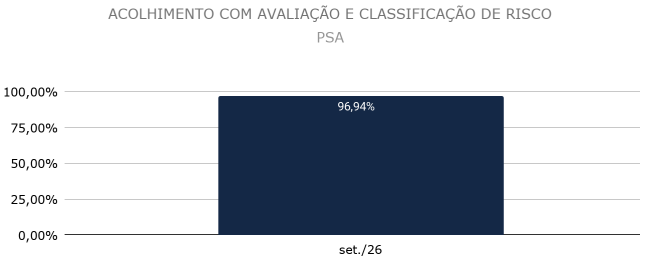
O serviço social atende todos os dias, no período de 12hs diurno, em várias frentes de trabalho, como: acolhimento nos óbitos, interface com a rede ofertada pelo município (PID/CREAs/SAD/CRAS/Conselho tutelar/ CARITAS/Consultório na rua/etc.), além de toda a assistência aos pacientes de porta/internados e seus familiares, sendo aplicada escuta ativa no leito, assim como, acompanhamento das visitas dos familiares e passagens de boletins médicos.

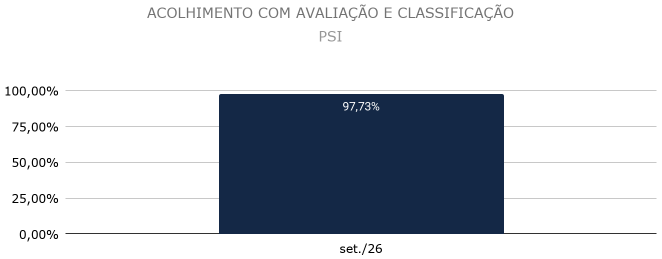
As equipes de Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social participam diariamente das visitas multiprofissionais, contribuindo para a construção do plano terapêutico, avaliação das necessidades específicas de cada paciente e acolhimento de pacientes e familiares, por meio de orientações, suporte técnico e encaminhamentos quando necessários. Da mesma forma, as ouvidoras da unidade realizam visitas aos leitos, fortalecendo a comunicação com os usuários, acolhendo manifestações e identificando oportunidades de melhoria na assistência prestada.

Os técnicos de gesso passaram a fazer os registros dos procedimentos executados no mês, também no SISS,para garantia do registro seguro de toda a equipe assistencial no prontuário eletrônico.

A atuação integrada da equipe multiprofissional contribui significativamente para a humanização do atendimento, qualificação do cuidado, maior resolutividade dos casos e fortalecimento da segurança do paciente, aspectos essenciais para um serviço de urgência e emergência de alta demanda.

4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)





Análise crítica: No período analisado, a adesão à Classificação de Risco manteve-se elevada, com 96,64% dos pacientes adultos submetidos à avaliação de enfermagem e 97,73% na pediatria, demonstrando elevada cobertura do processo de classificação.

Observa-se uma taxa de evasão entre a retirada da senha no totem, abertura da ficha e a realização da classificação de risco de aproximadamente 3% no atendimento adulto e 2% na pediatria. Esses percentuais representam pacientes que deixaram a unidade antes da avaliação de enfermagem, podendo estar relacionados à desistência do atendimento, procura por outro serviço ou resolução espontânea da queixa.

Todas as classificações de risco são realizadas exclusivamente por enfermeiros, que executam avaliação clínica inicial composta por coleta da história clínica, identificação da queixa principal, avaliação dos sinais vitais e julgamento clínico, seguindo os critérios preconizados pelo Acolhimento com Classificação de Risco do HumanizaSUS.

Entretanto, a unidade ainda enfrenta uma importante limitação tecnológica, uma vez que o sistema informatizado não dispõe de ferramenta que determine automaticamente a classificação de risco a partir dos dados clínicos inseridos pelo enfermeiro. Dessa forma, a definição da cor permanece dependente do julgamento clínico do profissional, baseado nos critérios estabelecidos pelo protocolo institucional.

Embora o julgamento clínico seja competência inerente ao enfermeiro é indispensável à avaliação do paciente, a ausência de um sistema estruturado de apoio à decisão pode favorecer maior variabilidade entre avaliadores, além de ocasionar divergências na interpretação da gravidade clínica e discussões entre as equipes assistenciais.

Como estratégia para reduzir essa variabilidade e aumentar a padronização do processo, são realizados treinamentos trimestrais com os enfermeiros classificadores, abordando critérios clínicos, estudos de caso e atualização dos fluxos institucionais.

A gestão assistencial encontra-se avaliando alternativas de Sistemas de Classificação de Risco, incluindo o Protocolo de Manchester, com o objetivo de identificar a metodologia mais adequada ao perfil assistencial, à demanda e às características operacionais da unidade. Para subsidiar essa análise, foi encaminhado ofício à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), solicitando alinhamento e avaliação conjunta quanto à possibilidade de adoção de novo sistema de classificação.

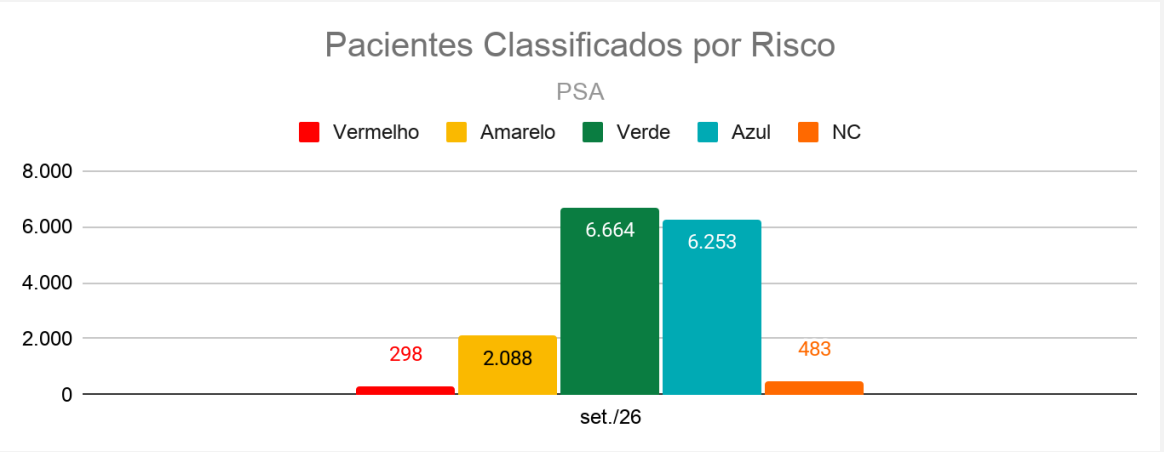
Paralelamente, estamos verificando estudos de viabilidade técnica e financeira, contemplando os custos de implantação, licença, capacitação das equipes, eventuais necessidades de infraestrutura e tecnologia, manutenção do sistema e impactos nas linhas orçamentárias do contrato de gestão. A decisão será fundamentada na análise do custo-benefício, impacto assistencial, capacidade operacional e alinhamento às diretrizes da rede municipal de urgência e emergência.

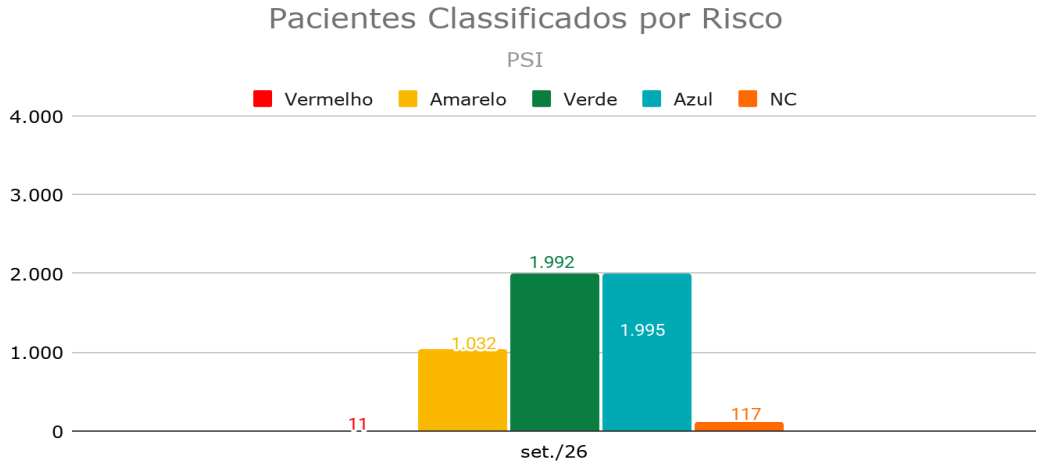
Ressalta-se que a iniciativa está em fase de estudo e avaliação, não representando, neste momento, decisão definitiva quanto à substituição do sistema atualmente utilizado, classificação pelo Humanizasus.

No período, foram abertas 20.933 fichas de atendimentos. Os dados evidenciam que o principal perfil assistencial da unidade é composto por pacientes adultos com demandas clínicas, reforçando a importância do aperfeiçoamento contínuo

da classificação de risco e da organização dos fluxos assistenciais para garantir maior segurança, resolutividade e eficiência no atendimento.

4.3.1 Pacientes Classificados por Risco





Classificação de Risco Adulto	Realizado	%
Vermelho	298	1,89%
Amarelo	2088	13,23%
Verde	6664	42,21%
Azul	6253	39,61%
Sem Classificação	483	3,06%
TOTAL	15786	100,00%

Classificação de Risco Pediátrico	Realizado	%
Vermelho	11	0,21%
Amarelo	1032	20,05%
Verde	1992	38,70%
Azul	1995	38,76%
Sem Classificação	117	2,27%
TOTAL	5147	100,00%

Análise Crítica: No período analisado, o Pronto-Socorro Adulto realizou 15.786 atendimentos, distribuídos da seguinte forma: 1,89% classificados como vermelho, 13,23% como amarelo, 42,21% como verde, 39,61% como azul e 3,06% permaneceram não classificados.

Destaca-se que, entre os pacientes classificados como azul, aproximadamente 47% foram direcionados ao fluxo Fast Track, evidenciando a consolidação dessa estratégia para atendimento dos casos de menor complexidade. A implantação do Fast Track tem contribuído para maior agilidade no atendimento, otimização do fluxo assistencial e redução do tempo de permanência desses pacientes na unidade.

Na Pediatria, foram realizados 5.147 atendimentos, distribuídos em 0,21% vermelho, 20,05% amarelo, 38,70% verde, 38,76% azul e 2,27% não classificado.

Observa-se que, tanto no atendimento adulto quanto no pediátrico, predominam os pacientes classificados como verde e azul, caracterizando um perfil assistencial de média e baixa complexidade, apesar de a unidade ser destinada ao atendimento de urgências e emergências.

Nota-se que nos últimos 07 meses, a classificação verde representou a maior parcela dos atendimentos no perfil adulto, já na pediatria, a classificação verde foi predominante em 05 meses, sendo que em setembro, foram similares.

Essa distribuição reforça o importante papel da classificação de risco na organização do fluxo assistencial e evidencia a necessidade de manutenção de estratégias como o Fast Track, que permitem maior resolutividade dos casos de baixa complexidade, preservando a capacidade operacional da unidade para o atendimento prioritário dos pacientes com maior gravidade. Ao mesmo tempo, os dados demonstram o impacto da elevada demanda de casos pouco urgentes sobre um serviço vocacionado para urgências e emergências, evidenciando a importância do fortalecimento da rede de atenção à saúde e da adequada orientação da população quanto ao acesso aos diferentes pontos da rede assistencial.

4.3.2 Tempos Médio dos Atendimentos por cores na Classificação de Risco

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	
Retirada da Senha à Recepção	00:00:40
Recepção à Classificação de Risco	00:08:07
Duração da classificação pelo enfº	00:04:18
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	01:15:45
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	08:52:53
Tempo Total do Paciente na unidade	10:21:44

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco amarelo	
Retirada da Senha à Recepção	00:02:31
Recepção à Classificação de Risco	00:06:04
Duração da classificação pelo enfº	00:03:42
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	00:43:40
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	06:26:05
Tempo Total do Paciente na unidade	07:22:03

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco verde	
Retirada da Senha à Recepção	00:02:22
Recepção à Classificação de Risco	00:06:23
Duração da classificação pelo enfº	00:02:38
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	01:15:48
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:52:04
Tempo Total do Paciente na unidade	06:19:15

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco AZUL	
Retirada da Senha à Recepção	00:02:14
Recepção à Classificação de Risco	00:06:59
Duração da classificação pelo enfº	00:02:23
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	01:03:18
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:16:00
Tempo Total do Paciente na unidade	05:30:54

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de FAST TRACK	
Retirada da Senha à Recepção	00:02:30
Recepção à Classificação de Risco	00:09:29
Duração da classificação pelo enfº	00:02:01
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:21:19
Tempo Total do Paciente na unidade	01:35:19

Considerando a tabela abaixo, a média mensal de todas as cores classificadas:

TEMPO MÉDIO MENSAL	Mês
mediana cores	
Retirada da Senha à Recepção	**00:02:03**
Recepção à Classificação de Risco	**00:07:24**
Duração da classificação pelo enfº	**00:03:00**
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	**01:07:58**
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	**05:12:28**
Tempo Total do Paciente na unidade	**06:32:54**

Análise Crítica: Após análise detalhada dos dados disponibilizados pelo Business Intelligence (BI) do SISS, foi possível, de forma autônoma pela Gestão da unidade, desenvolver um método de extração e tratamento das informações, permitindo a apuração individualizada dos tempos de atendimento por classificação de risco, conforme a cor atribuída pelo enfermeiro classificador, além da análise específica dos pacientes atendidos pelo fluxo Fast Track.

Essa nova metodologia possibilitou maior precisão no monitoramento dos indicadores operacionais, permitindo o gerenciamento detalhado dos tempos assistenciais em cada etapa do atendimento e subsidiando análises mais fidedignas para a tomada de decisão.

Com a extração direta dos dados do próprio BI do SISS e sua estratificação por classificação de risco, foi possível validar essas inconsistências e passar a trabalhar com indicadores mais precisos e confiáveis. Essa melhoria representa

um importante avanço na gestão dos processos assistenciais, permitindo monitoramento mais efetivo dos tempos de atendimento, avaliação da conformidade dos fluxos institucionais e implementação de ações de melhoria baseadas em dados consistentes.

CONCLUSÃO: Os tempos médios observados no período demonstram desempenho favorável dos principais fluxos assistenciais da unidade, desde a chegada do paciente até o atendimento médico e a conclusão do atendimento, para todas as cores classificadas.

O tempo médio entre a retirada da senha e a abertura da ficha foi de aproximadamente 2 minutos, indicando agilidade no processo inicial de recepção e cadastro. Entre a abertura da ficha e a classificação de risco, o tempo médio foi de 7 minutos, demonstrando resposta rápida da equipe de enfermagem no acolhimento e na avaliação inicial dos pacientes.

A classificação de risco apresentou duração média de aproximadamente 2 a 3 minutos, evidenciando um processo objetivo e ágil, sem prejuízo da avaliação clínica necessária para definição da prioridade assistencial.

O tempo médio para o primeiro atendimento médico foi de aproximadamente 1 hora, resultado que demonstra desempenho satisfatório considerando o fluxo de uma unidade de pronto-socorro de porta aberta e a variabilidade da demanda assistencial.

Por fim, o tempo médio de permanência na unidade foi de aproximadamente 4 a 6 horas, considerando as etapas necessárias

após o atendimento médico, incluindo realização de exames, administração de medicamentos, acompanhamento dos resultados e retorno para reavaliação médica.

De forma geral, os indicadores demonstram boa fluidez do percurso assistencial, com tempos reduzidos nas etapas iniciais e adequado gerenciamento do fluxo até a conclusão do atendimento. Recomenda-se a manutenção do monitoramento sistemático desses indicadores, com estratificação por classificação de risco, faixa horária e perfil de demanda, permitindo identificar precocemente eventuais gargalos e preservar a eficiência do processo assistencial.

Considerações e análises críticas dos tempos, por cor classificada:

1- VERMELHO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	
Retirada da Senha à Recepção	00:00:40
Recepção à Classificação de Risco	00:08:07
Duração da classificação pelo enfº	00:04:18
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	01:15:45
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	08:52:53
Tempo Total do Paciente na unidade	10:21:44

Análise Crítica: Conforme protocolo institucional, os pacientes classificados como vermelho recebem **atendimento imediato**, uma vez que apresentam risco iminente de morte ou comprometimento grave de funções vitais. Esses

pacientes podem chegar diretamente à Sala de Emergência por meio do atendimento pré-hospitalar (SAMU, Corpo de Bombeiros ou outros serviços de resgate) ou serem identificados ainda na entrada principal da unidade pelo controlador de acesso, que aciona prontamente o enfermeiro para avaliação inicial.

Após rápida avaliação clínica, o enfermeiro encaminha imediatamente o paciente à Sala de Emergência, em cadeira de rodas ou maca, priorizando o início das intervenções assistenciais. **Nesse fluxo, a assistência ao paciente precede os registros administrativos e informatizados, uma vez que a estabilização clínica constitui a prioridade absoluta.**

Enquanto a equipe assistencial inicia o atendimento, os familiares ou acompanhantes realizam a abertura da ficha na recepção. Somente após o início das medidas de estabilização é que a equipe de enfermagem e a equipe médica efetuam os registros no sistema, incluindo a classificação de risco, horário do primeiro atendimento e demais informações assistenciais.

Em razão dessa dinâmica operacional, os indicadores extraídos do sistema podem demonstrar tempos aparentemente superiores entre a abertura da ficha, a classificação de risco e o primeiro atendimento médico para os pacientes classificados como vermelhos. Contudo, esses registros não refletem o tempo real de resposta assistencial, mas sim o momento em que as informações foram inseridas no sistema após o atendimento emergencial. No entanto, em comitê de resultados já foi discutido sobre o assunto, e a equipe assistencial estará mais atenta para imputar rapidamente os dados no sistema. Além disso, o administrativo ficou de checar se todos os acompanhantes do vermelho de fato estão abrindo a ficha direto, sem pegar a senha.

Outro aspecto importante é que os pacientes classificados como vermelho apresentam, em geral, maior tempo médio de permanência na unidade quando comparados às demais classificações. Esse comportamento é esperado, considerando a maior gravidade clínica desses pacientes, que frequentemente necessitam de estabilização prolongada, monitorização contínua, realização de

exames complementares, reavaliações seriadas, intervenções terapêuticas e definição do desfecho assistencial, que pode incluir internação, transferência para unidade de maior complexidade, alta após estabilização ou, em situações mais graves, evolução para óbito.

Dessa forma, a análise dos indicadores referentes aos pacientes classificados como vermelho deve considerar as particularidades do fluxo assistencial da Sala de Emergência, evitando interpretações baseadas exclusivamente nos registros informatizados e reconhecendo que, nesses casos, a prioridade institucional é a assistência imediata e a preservação da vida, sendo os registros realizados na sequência, em conformidade com a prática assistencial e os princípios da segurança do paciente.

2- AMARELO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco amarelo	
Retirada da Senha à Recepção	00:02:31
Recepção à Classificação de Risco	00:06:04
Duração da classificação pelo enfº	00:03:42
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	00:43:40
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	06:26:05
Tempo Total do Paciente na unidade	07:22:03

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de 2 minutos e 31 segundos, resultado considerado compatível com o fluxo operacional da unidade e sujeito à variação conforme a demanda espontânea do serviço.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de apenas 6 minutos, desempenho considerado excelente para pacientes classificados como amarelo, uma vez que essa categoria demanda atendimento prioritário, porém não imediato, conforme os protocolos de classificação de risco.

A Classificação de Risco foi realizada em tempo médio de 3 minutos e 42 seg, indicador plenamente compatível com as recomendações da Resolução COFEN nº 661/2021, que estabelece o tempo médio de 4 minutos por paciente, com limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro, preservando a qualidade da avaliação clínica e a segurança do paciente.

Cabe destacar que, em muitos pacientes classificados como amarelo, a avaliação de enfermagem é mais complexa, pois frequentemente há necessidade de abertura imediata de protocolos assistenciais, como Síndrome Coronariana Aguda (Dor Torácica), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Sepse e Trauma, além da realização de eletrocardiograma, coleta de exames laboratoriais, monitorização e demais intervenções iniciais ainda na sala de classificação de risco. Essas atividades justificam eventuais variações na duração da avaliação, sem comprometer a qualidade da assistência.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 43 minutos, permanecendo dentro do tempo máximo recomendado de até 60 minutos para pacientes classificados como amarelos, demonstrando conformidade com os protocolos de priorização clínica.

Em relação ao tempo médio total de permanência na unidade, entre 6 e 7 horas, o resultado é compatível com o perfil desses pacientes. Em sua maioria, necessitam de investigação diagnóstica, realização de exames complementares, administração de medicamentos, observação clínica e reavaliações seriadas antes da definição do desfecho assistencial e tomada de decisão como: alta, internação ou transferência para outro serviço.

De forma geral, os indicadores demonstram boa performance do fluxo assistencial para pacientes classificados como amarelo, evidenciando adequada priorização pela equipe, conformidade com as recomendações técnicas e segurança na condução do atendimento até a definição da conduta médica.

3- VERDE

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco verde	
Retirada da Senha à Recepção	**00:02:22**
Recepção à Classificação de Risco	**00:06:23**
Duração da classificação pelo enfº	**00:02:38**
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	**01:15:48**
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	**04:52:04**
Tempo Total do Paciente na unidade	**06:19:15**

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa variou menor que 2 minutos e 22seg, resultado considerado adequado e compatível com o fluxo operacional da unidade, podendo sofrer pequenas variações conforme a demanda espontânea do serviço.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de aproximadamente 6 minutos, desempenho considerado excelente para pacientes classificados como verde, cujo atendimento é prioritário, porém de menor urgência quando comparado às classificações vermelha e amarela. Ressalta-se que essa classificação representa aproximadamente 40% de todos os atendimentos da unidade, sendo, portanto, a principal demanda do Pronto-Socorro.

A Classificação de Risco apresentou tempo médio de 2 minutos e 38 segundos, indicador inferior ao tempo médio de referência estabelecido pela Resolução COFEN nº 661/2021, que recomenda aproximadamente 4 minutos por paciente, com limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. Esse resultado demonstra agilidade na avaliação inicial, sem prejuízo da coleta da história clínica, avaliação dos sinais vitais e definição da prioridade assistencial.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 1 hora e 15 minutos, permanecendo dentro do tempo máximo recomendado de até 120 minutos para pacientes classificados como verde, evidenciando conformidade com os parâmetros assistenciais para essa categoria.

Quanto ao tempo médio de permanência na unidade, variando entre 5 e 6 horas, o indicador mostra-se compatível com o perfil clínico desses pacientes. Em grande parte dos casos, há necessidade de realização de exames complementares, administração de medicamentos, observação clínica e pelo menos uma reavaliação médica antes da definição da conduta e do desfecho assistencial, geralmente alta hospitalar.

Destaca-se ainda que o tempo médio para liberação dos exames laboratoriais varia entre 3 e 4 horas, influenciado pelo fato de o serviço laboratorial ser terceirizado e realizado em unidade externa, o que impacta diretamente o tempo de permanência dos pacientes no Pronto-Socorro. Apesar dessa limitação operacional, os tempos assistenciais permanecem compatíveis com o perfil de gravidade dos pacientes e demonstram adequada organização do fluxo de atendimento pela equipe.

De forma geral, os indicadores evidenciam boa eficiência do processo assistencial para os pacientes classificados como verde, com tempos de acolhimento, classificação e atendimento médico dentro dos parâmetros esperados e compatíveis com a elevada demanda de casos de baixa complexidade atendidos pela unidade.

4- AZUL

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco AZUL	
Retirada da Senha à Recepção	00:02:14
Recepção à Classificação de Risco	00:06:59
Duração da classificação pelo enfº	00:02:23
Classificação de Risco até início da 1ªconsulta	01:03:18
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:16:00
Tempo Total do Paciente na unidade	05:30:54

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de aproximadamente 2 minutos, resultado considerado adequado e compatível com o fluxo operacional da unidade, podendo variar conforme o volume de pacientes atendidos.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de 7 minutos, desempenho considerado bastante satisfatório para pacientes classificados como azul, que, por definição, apresentam condições não urgentes e sem risco iminente à vida. Essa classificação corresponde a aproximadamente 36% de todos os atendimentos da unidade, constituindo a segunda maior demanda do Pronto-Socorro.

A Classificação de Risco foi realizada em tempo médio de 2 minutos e 23 segundos, indicador compatível com a complexidade clínica desses pacientes e inferior ao tempo médio de referência previsto na Resolução COFEN nº 661/2021, que estabelece aproximadamente 4 minutos por paciente, respeitando o limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. A menor duração da avaliação é esperada, uma vez que esses pacientes, em sua maioria, apresentam queixas de baixa complexidade, sem alterações significativas dos

sinais vitais ou critérios de gravidade, possibilitando uma avaliação mais objetiva e direcionada.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 1 hora e 03 minutos, permanecendo amplamente dentro do tempo máximo recomendado de até 240 minutos para pacientes classificados como azul.

Cabe destacar que, para esse perfil de pacientes, a unidade implantou o Fast Track, estratégia assistencial destinada ao atendimento dos casos de menor complexidade. No período analisado, aproximadamente 47% dos pacientes classificados como azul foram atendidos por esse fluxo, no qual consulta médica e administração de medicamentos ocorrem no mesmo consultório, com apoio do técnico de enfermagem, permitindo alta diretamente após a conclusão do atendimento. Essa iniciativa tem contribuído significativamente para a redução do tempo de permanência, maior rotatividade dos consultórios e otimização do fluxo assistencial.

Para os pacientes classificados como azul que seguem o fluxo convencional, o tempo médio de permanência na unidade variou entre 5 e 6 horas, resultado considerado adequado. Em condições ideais, esses pacientes apresentam baixa probabilidade de necessitar de exames complementares, observação prolongada ou reavaliações médicas sucessivas, sendo esperada resolução rápida da demanda clínica.

A elevada representatividade dessa classificação evidencia uma importante característica do perfil assistencial da unidade. Embora o Pronto-Socorro seja destinado prioritariamente ao atendimento de urgências e emergências, uma parcela expressiva dos usuários procura o serviço por condições de baixa complexidade, que poderiam ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse cenário contribui para o aumento da demanda espontânea, maior utilização dos recursos destinados aos casos graves e potencial impacto sobre os tempos de atendimento e a capacidade operacional do serviço.

Nesse contexto, estratégias como o Fast Track, associadas ao fortalecimento da Atenção Primária e à adequada orientação da população sobre os fluxos da Rede de Atenção à Saúde, são fundamentais para garantir maior resolutividade, racionalização dos recursos e preservação da capacidade do Pronto-Socorro para o atendimento dos pacientes com maior gravidade.

5- FAST TRACK

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de FAST TRACK	
Retirada da Senha à Recepção	**00:02:30**
Recepção à Classificação de Risco	**00:09:29**
Duração da classificação pelo enfº	**00:02:01**
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	**01:21:19**
Tempo Total do Paciente na unidade	**01:35:19**

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de 2 minutos e 30 seg, resultado considerado adequado e compatível com o fluxo operacional da unidade, podendo sofrer pequenas variações conforme a demanda espontânea.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de 09 minutos, desempenho considerado satisfatório para pacientes elegíveis ao Fast Track, uma vez que se trata de usuários classificados como azul, sem sinais de gravidade e com condições clínicas de baixa complexidade. Esse grupo correspondeu a aproximadamente 47% de todos os pacientes classificados como azul no período.

Ressalta-se que os pacientes direcionados ao Fast Track representam um perfil de menor complexidade dentro da própria classificação azul, sendo selecionados conforme critérios institucionais de inclusão e exclusão, que consideram a queixa

principal, a estabilidade clínica, a ausência de alterações significativas dos sinais vitais e a baixa probabilidade de necessidade de exames complementares ou observação prolongada.

A Classificação de Risco foi realizada em tempo médio de 2 minutos, resultado compatível com a complexidade clínica desses pacientes e dentro das recomendações da Resolução COFEN nº 661/2021, que estabelece tempo médio de aproximadamente 4 minutos por paciente, respeitando o limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. A menor duração da avaliação é esperada, considerando que esses pacientes apresentam queixas simples, sem sinais de alerta ou alterações clínicas relevantes.

O tempo médio até o atendimento médico foi de 1 hora e 21 minutos, permanecendo amplamente dentro do tempo máximo recomendado para pacientes classificados como azul, que é de até 240 minutos.

O diferencial do Fast Track está na organização do fluxo assistencial. Nesse modelo, o paciente é atendido em consultório dedicado, onde consulta médica, administração de medicamentos e orientações de alta ocorrem de forma integrada, com atuação conjunta do médico e do técnico de enfermagem, reduzindo deslocamentos e eliminando etapas desnecessárias do atendimento convencional.

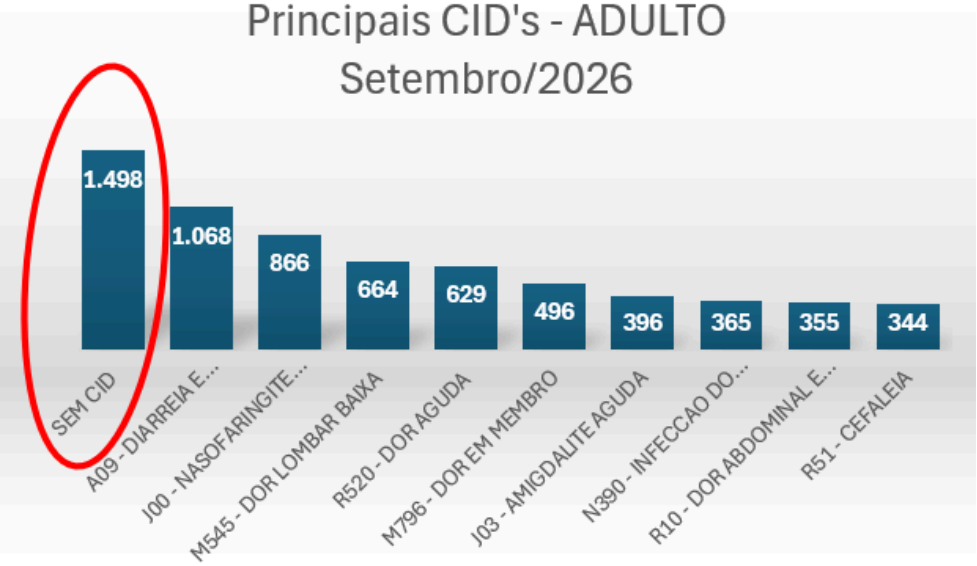
Como resultado dessa estratégia, o tempo médio de permanência do paciente na unidade foi de apenas 1 hora e 35 minutos, representando redução expressiva quando comparado ao fluxo convencional dos pacientes classificados como azul. Esse desempenho demonstra a efetividade do Fast Track na otimização do fluxo assistencial, aumento da rotatividade dos consultórios, redução da permanência dos pacientes e maior disponibilidade de recursos para os casos de maior complexidade.

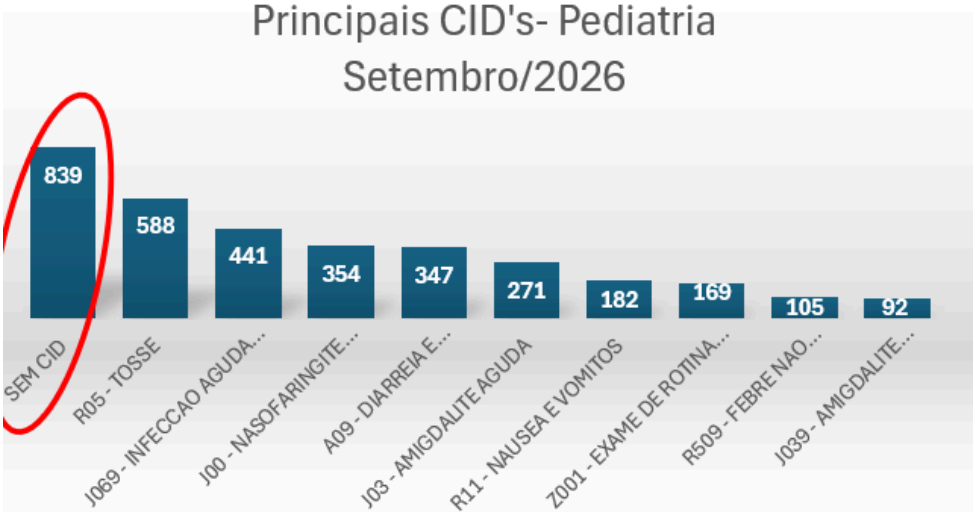
Apesar dos excelentes resultados operacionais alcançados, destaca-se que esse perfil de pacientes não constitui a vocação principal de um Pronto-Socorro, sendo composto por condições clínicas de baixa complexidade que, em sua maioria,

poderiam ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS). A elevada procura desses usuários pelo serviço de urgência contribui para o aumento da demanda espontânea e da pressão sobre a estrutura assistencial.

Nesse contexto, o Fast Track configura-se como uma importante estratégia de gestão do fluxo, permitindo atendimento mais ágil, seguro e resolutivo para os casos de menor complexidade, sem comprometer a capacidade da unidade de priorizar o atendimento aos pacientes com urgências e emergências reais. Entretanto, o fortalecimento da Atenção Primária e a adequada orientação da população sobre o uso da Rede de Atenção à Saúde permanecem fundamentais para garantir maior racionalidade na utilização dos serviços de urgência e emergência.

4.4 - CID's de maior prevalência





Análise Crítica: A análise dos diagnósticos registrados evidencia os CIDs de maior prevalência entre os atendimentos realizados na unidade, permitindo identificar o perfil epidemiológico da população assistida e subsidiar o planejamento de recursos, protocolos assistenciais e ações de educação permanente. Dentre os CID's registrados, os mais prevalentes na pediatria são associados a problemas respiratórios e no adulto relacionados ao trato gastrointestinal, respiratórios e dores no geral.

Entretanto, observou-se um quantitativo expressivo de atendimentos encerrados sem registro de CID, situação que compromete a qualidade das informações assistenciais, dificulta a análise epidemiológica e limita o monitoramento adequado dos indicadores clínicos. No atendimento adulto e pedi, inclusive, a categoria "sem CID" representa ainda o maior grupo de registros, demonstrando a necessidade de aprimoramento desse processo.

O registro correto do CID ao término do atendimento é fundamental para:

- Caracterização do perfil epidemiológico da unidade;
- Planejamento de ações de saúde e dimensionamento de recursos;
- Monitoramento dos principais agravos atendidos;
- Elaboração de indicadores assistenciais fidedignos;
- Prestação de contas aos órgãos gestores e de controle;
- Apoio às decisões estratégicas e ao planejamento da Rede de Atenção à Saúde.

Diante desse cenário, já foi formalmente solicitado, via ofício, à equipe responsável pelo Sistema SISS a implementação de um bloqueio sistêmico que impeça o encerramento do atendimento sem o preenchimento obrigatório do CID, garantindo maior integridade e confiabilidade dos dados registrados. E de acordo com o consultor Luiz, já fez essa parametrização em meados de setembro/26.

Essa medida contribuirá para aumentar a qualidade das informações produzidas pela unidade, fortalecer as análises epidemiológicas e assegurar maior consistência aos indicadores assistenciais utilizados na gestão e na avaliação do desempenho do serviço.

4.5 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**	

Análise Crítica: De acordo com o contrato, estamos apresentando adequação dos conteúdos através deste relatório de prestação de contas mensal. E todas as metas contratuais estão sendo atingidas.

4.6 Serviços SADT

Desempenho Assistencial - SADT	
Tipo de Exame	**Resultado**
Laboratoriais	**17.146**
ECG	**866**
RAIO-X	**4.923**
USG	**333**
RTPCR	**0**
Ag Teste Rápido	**3**
TOTAL	**23.271**

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

Protocolo de Dor Torácica

No período analisado, foram solicitadas 182 dosagens de troponina, sendo abertos **65** protocolos de Dor Torácica, demonstrando elevada sensibilidade da equipe assistencial na identificação precoce de pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA). A orientação institucional é de que todo paciente com queixa sugestiva de dor torácica seja prontamente avaliado e, quando indicado, incluído no protocolo específico.

Dos pacientes incluídos no protocolo, 26 realizaram coleta de marcadores de necrose miocárdica, e 100% foram submetidos à realização de eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos, com média de 1,5 minutos no mês, em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para atendimento da dor torácica.

Entre os casos investigados, 08 pacientes tiveram confirmação diagnóstica de Síndrome Coronariana Aguda, sendo:

- 02 casos de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAM c/ ST), sendo que ambos foram trombolisados no PS.
- 06 casos de Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAM sem supra de ST), seguidos com tratamentos de acordo com as diretrizes.

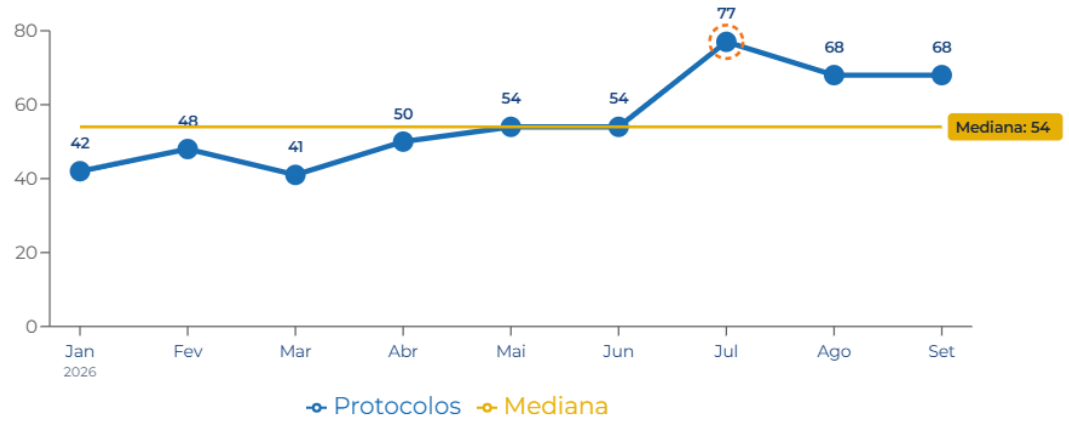
Os demais pacientes tiveram o protocolo encerrado após investigação diagnóstica, sendo identificadas outras hipóteses diagnósticas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ansiedade, Fibrilação Atrial (FA) e Taquicardia Supraventricular (TSV), dor atípica, outros.

O tempo médio de permanência desses pacientes foi de aproximadamente 24 hs, período destinado à estabilização clínica, investigação diagnóstica e definição do tratamento e transferência ou alta.

Os desfechos foram: 03 altas para casa, 03 transferências reguladas pela regulação municipal, pois o Pronto-Socorro não dispõe de serviço de hemodinâmica. E 02 óbitos por outras causas não relacionadas ao IAM.

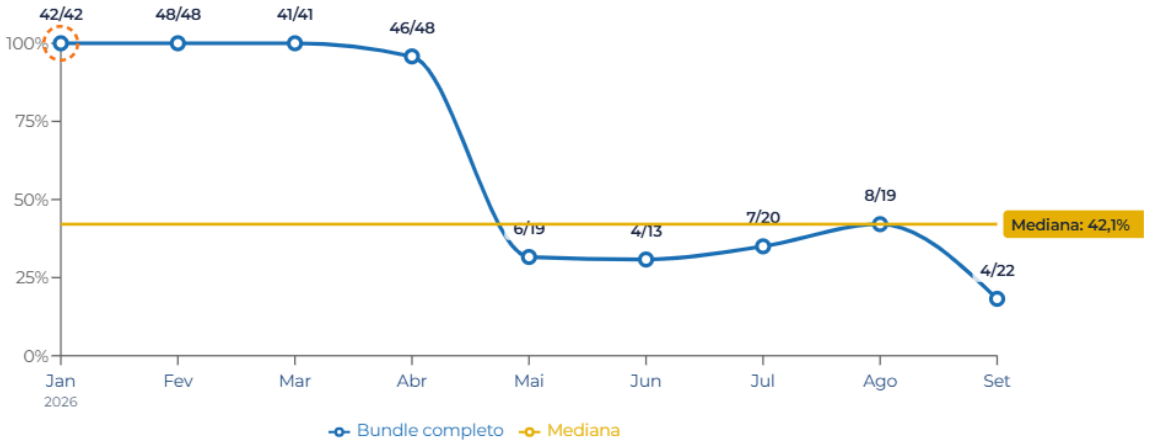
A quantidade de protocolos abertos reforça o comprometimento da equipe com o reconhecimento precoce da doença e a adoção de medidas imediatas, priorizando a segurança do paciente e reduzindo o risco de atraso no diagnóstico.

Protocolos abertos por mês



Inclui protocolos descartados.

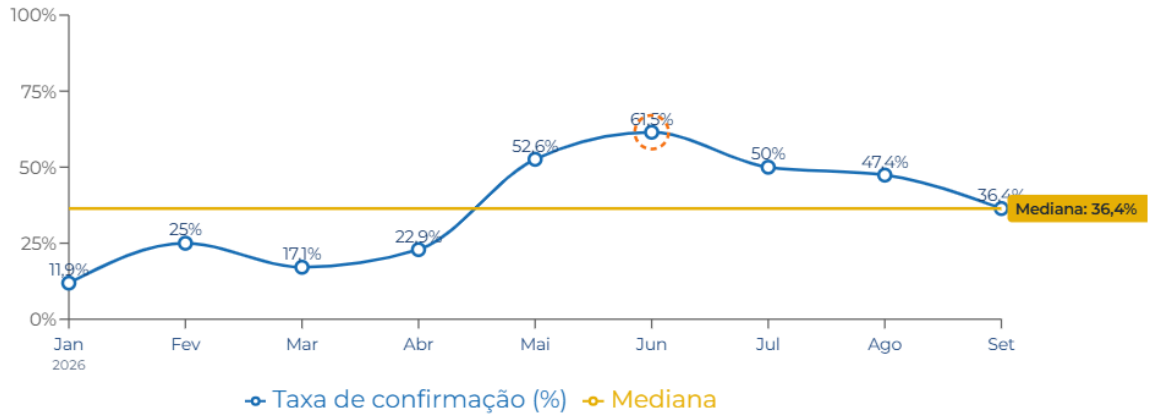
Adesão global ao bundle (100% dos itens)



Protocolos descartados não entram neste gráfico. Eles aparecem apenas nos gráficos de número de protocolos abertos e de mantidos × descartados.

Taxa de Confirmação de IAM

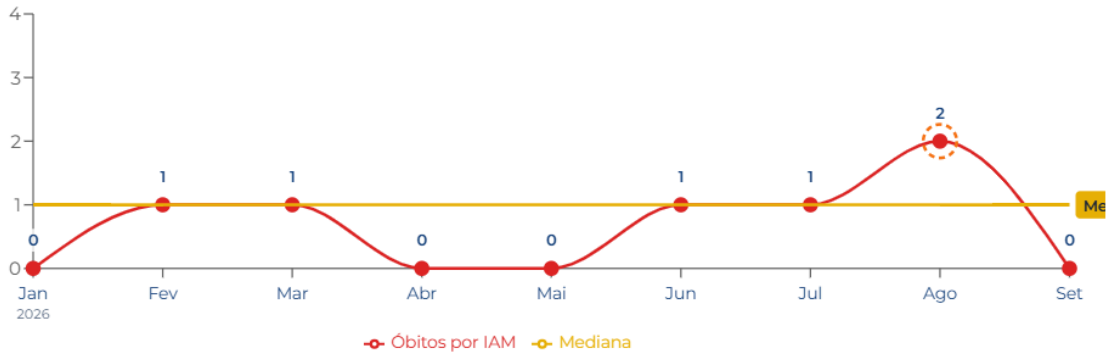
Protocolos abertos vs. IAM confirmados (STEMI + NSTEMI)



Protocolos descartados não entram neste gráfico. Eles aparecem apenas nos gráficos de número de protocolos abertos e de mantidos × descartados.

Óbitos por IAM por mês — evolução

Mês: Todos | Jan/26 | Fev/26 | Mar/26 | Abr/26 | Mai/26 | Jun/26 | Jul/26 | Ago/26 | Set/26



Protocolos descartados não entram neste gráfico. Eles aparecem apenas nos gráficos de número de protocolos abertos e de mantidos × descartados.

Protocolo de Sepse

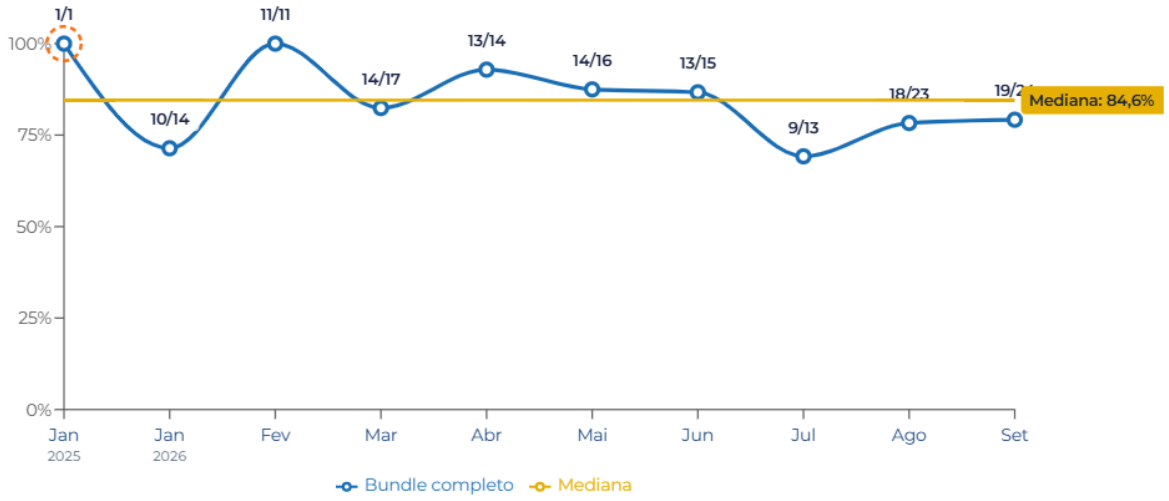
Durante o período, foram identificados 24 pacientes elegíveis para abertura do Protocolo de Sepse, sendo efetivamente abertos 25 protocolos, resultando em uma taxa de adesão de 79%. Dos 25 protocolos iniciados, 24 foram mantidos após confirmação diagnóstica, enquanto os demais foram encerrados por exclusão da hipótese de sepse durante a investigação clínica.

Nos casos confirmados, observou-se importante evolução no cumprimento das medidas do pacote da primeira hora. A realização da gasometria arterial e dosagem de lactato passou a ocorrer em tempo oportuno após a implantação do gasômetro na própria unidade, permitindo obtenção do resultado em menos de 60 minutos e favorecendo maior agilidade na condução clínica, correspondendo a 95,8%.

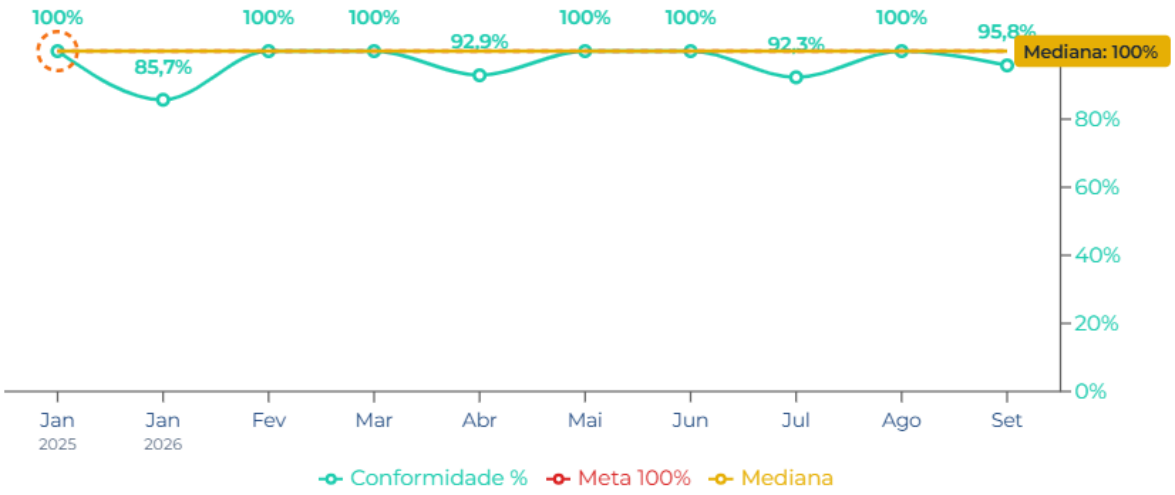
Entre os pacientes com protocolo confirmado, 95,8% receberam o antimicrobiano e o lactato em até 60 minutos, em conformidade com as recomendações das diretrizes para manejo da sepse. Da mesma forma, 94,1% dos pacientes (02) que apresentavam indicação para reposição volêmica receberam o tratamento conforme estabelecido no protocolo institucional, os demais tinham contra indicação. E tivemos cinco óbitos por sepse, representando 21% dos protocolos elegíveis.

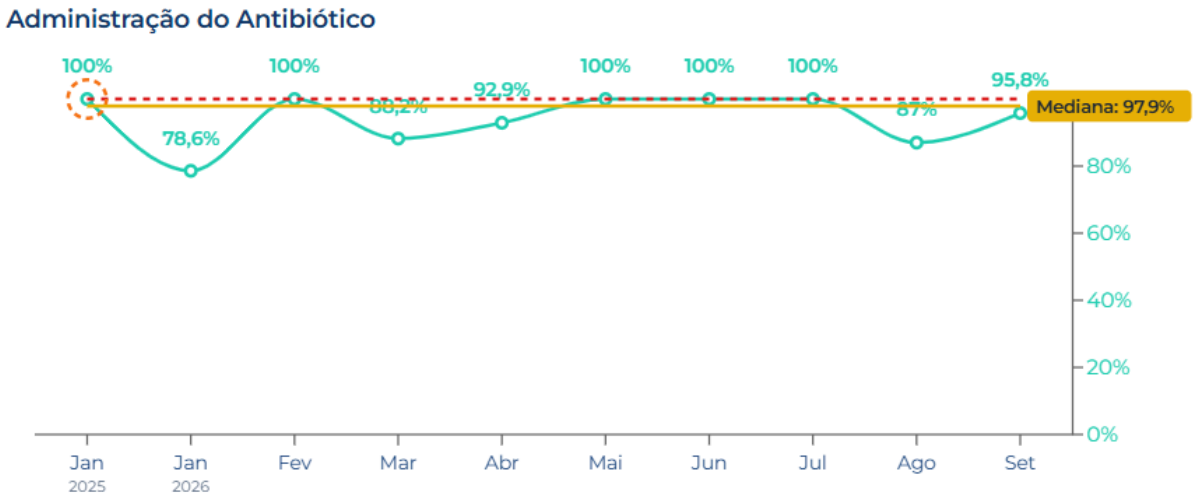
Os resultados demonstram boa adesão da equipe às medidas críticas do manejo inicial da sepse, evidenciando avanços importantes no reconhecimento precoce da síndrome e na implementação das intervenções terapêuticas dentro dos tempos recomendados.

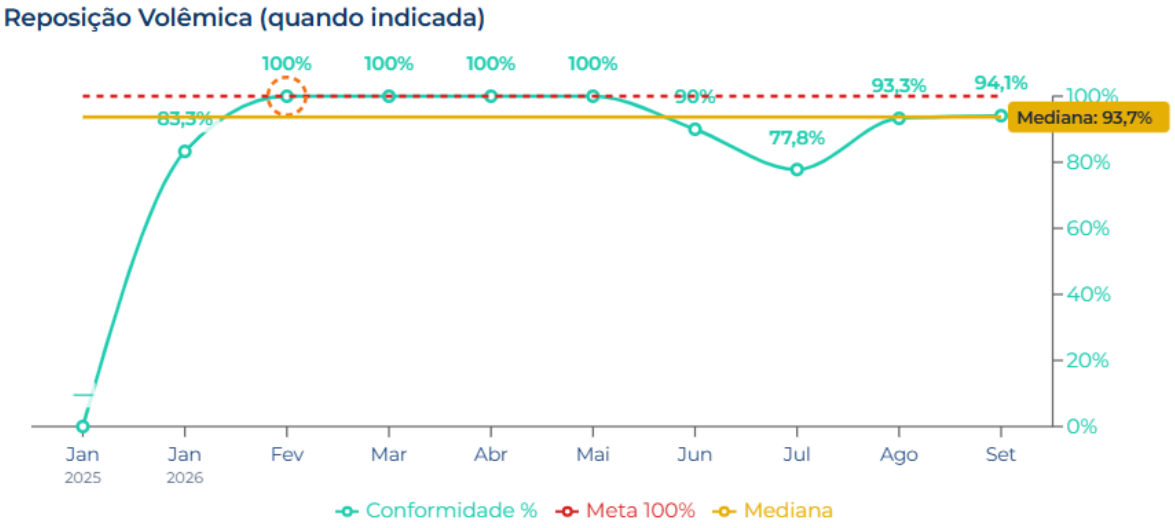
Adesão global ao bundle (100% dos itens)



Adesão ao Lactato







Serviço de Ultrassonografia

No período analisado, foram realizados 333 exames de ultrassonografia, consolidando o serviço como importante ferramenta de apoio diagnóstico no Pronto-Socorro.

Os exames mais frequentemente solicitados foram:

- Ultrassonografia de abdome total;
- Ultrassonografia do aparelho urinário;
- Doppler colorido vascular;
- Ultrassonografia de articulações;
- Ultrassonografia de abdome superior;
- Demais exames direcionados conforme a indicação clínica.

A disponibilidade do serviço de ultrassonografia tem contribuído para maior resolutividade da unidade, permitindo diagnóstico mais rápido de diversas condições clínicas e traumáticas, redução da necessidade de encaminhamentos externos para exames complementares e maior agilidade na definição da conduta médica. Esse recurso fortalece a capacidade diagnóstica do Pronto-Socorro e contribui para a melhoria da qualidade da assistência e da segurança dos pacientes.

PROCEDIMENTOS	QTDE PROCEDIMENTOS EXECUTADOS
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	1
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	158
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	93
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	24
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	2
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	2
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	6
ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	1
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	40
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	1
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	5

4.7 Produção Radiologia Detalhada

Tipo de Radiografia	Quantidade
Tórax	2306
Crânio	344
Abdome	346
Membros Superiores	609
Membros inferiores	930
outros	388
TOTAL	4923

Análise Crítica: No período analisado, foram realizados 4.923 exames de radiografia, contemplando pacientes atendidos nas áreas adulta e pediátrica, demonstrando a elevada utilização do serviço de diagnóstico por imagem como ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica no Pronto-Socorro.

Do total de exames realizados:

- 4.923 exames radiográficos foram executados;
- 3.728 exames foram cadastrados e monitorados pelo sistema SISS;
- Os exames corresponderam a 3.068 pacientes atendidos, evidenciando que parte dos pacientes necessitou de mais de uma incidência radiográfica durante o atendimento;
- 109 exames foram realizados à beira leito, destinados principalmente aos pacientes internados ou com impossibilidade de deslocamento até a sala de radiologia.

As incidências mais frequentemente solicitadas refletem o perfil epidemiológico e assistencial da unidade, destacando-se:

- Radiografia de Tórax (PA, AP e no leito): principal exame solicitado para investigação de síndromes respiratórias, pneumonias, insuficiência respiratória, avaliação cardiopulmonar, traumas torácicos e acompanhamento clínico de pacientes graves.
- Membros Superiores: exames voltados à investigação de fraturas, luxações e outras lesões traumáticas envolvendo mão, punho, antebraço, cotovelo, braço e ombro.
- Membros Inferiores: utilizados na avaliação de traumas envolvendo pé, tornozelo, perna, joelho, fêmur e quadril, especialmente em pacientes vítimas de quedas e acidentes.
- Coluna Cervical, Torácica e Lombar: indicados principalmente para investigação de traumas, acidentes automobilísticos, quedas e quadros de dor aguda.
- Abdômen Agudo: solicitado para avaliação inicial de pacientes com dor abdominal intensa, suspeita de obstrução intestinal, perfuração de vísceras e outras emergências abdominais.
- Pelve e Bacia: frequentemente utilizado na investigação de traumas de alta energia, quedas em idosos e pacientes politraumatizados.

O elevado número de exames realizados demonstra a importância estratégica do serviço de radiologia para a resolutividade do Pronto-Socorro, contribuindo para o diagnóstico precoce, definição da conduta terapêutica e maior segurança na assistência.

Destaca-se ainda que a disponibilidade do exame radiográfico durante todo o funcionamento da unidade possibilita maior agilidade na investigação diagnóstica, reduzindo o tempo para tomada de decisão clínica e favorecendo desfechos mais oportunos. O acompanhamento contínuo do perfil das incidências solicitadas também subsidia o planejamento da capacidade operacional do serviço, a manutenção dos equipamentos e o dimensionamento adequado das

equipes, garantindo suporte eficiente às demandas assistenciais do Pronto-Socorro.

4.8 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro

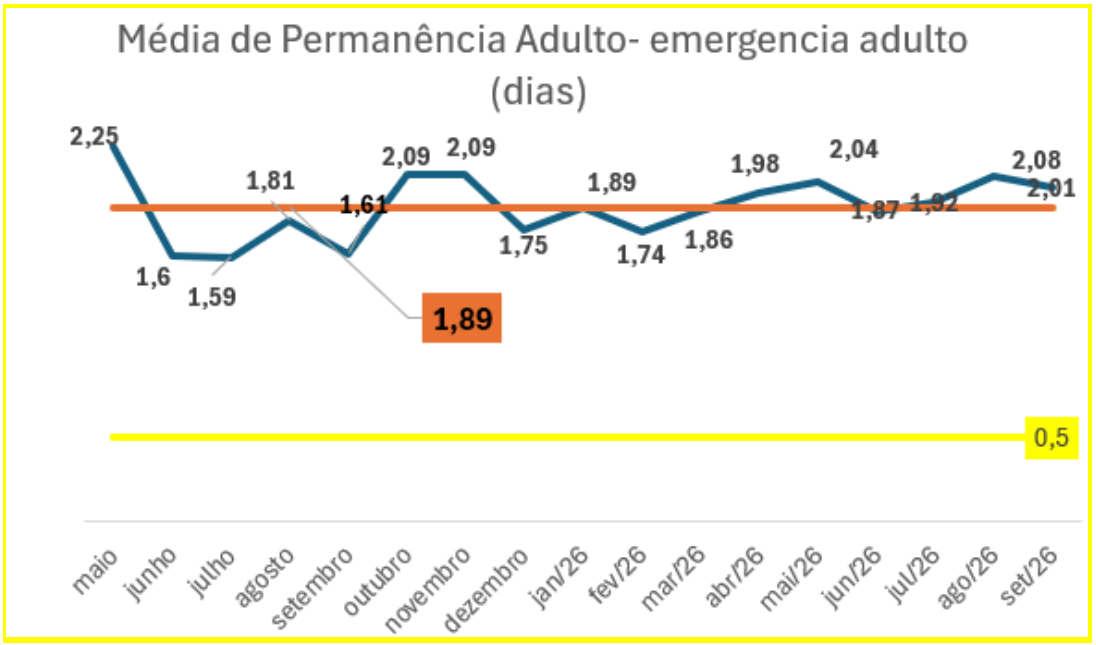
Tempo Médio de Permanência (Dias)	
Setores de Atendimento	**Resultado**
Emergência adulto	**2,01**
Observação adulto	**2,48**
Emergência pediátrica	**1,63**
Observação pediátrica	**1,50**

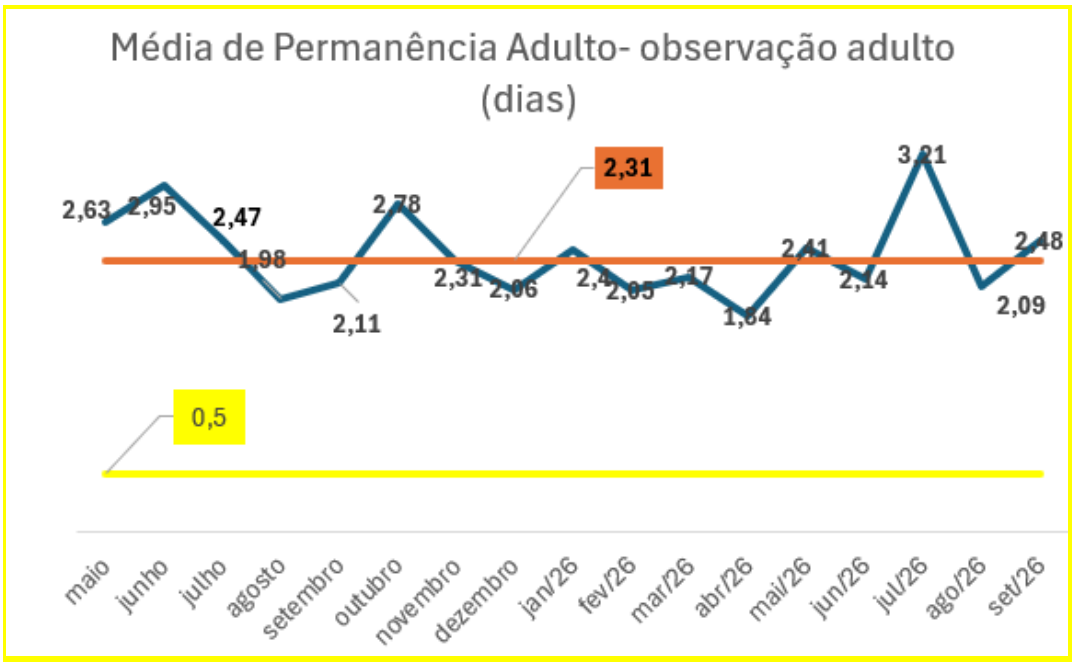
Destino do Paciente Adulto da Sala de Observação	
Destino	**Resultado**
Alta	**23**
Remoção	**64**
Óbito	**1**
Evasão	**5**
TOTAL	**93**

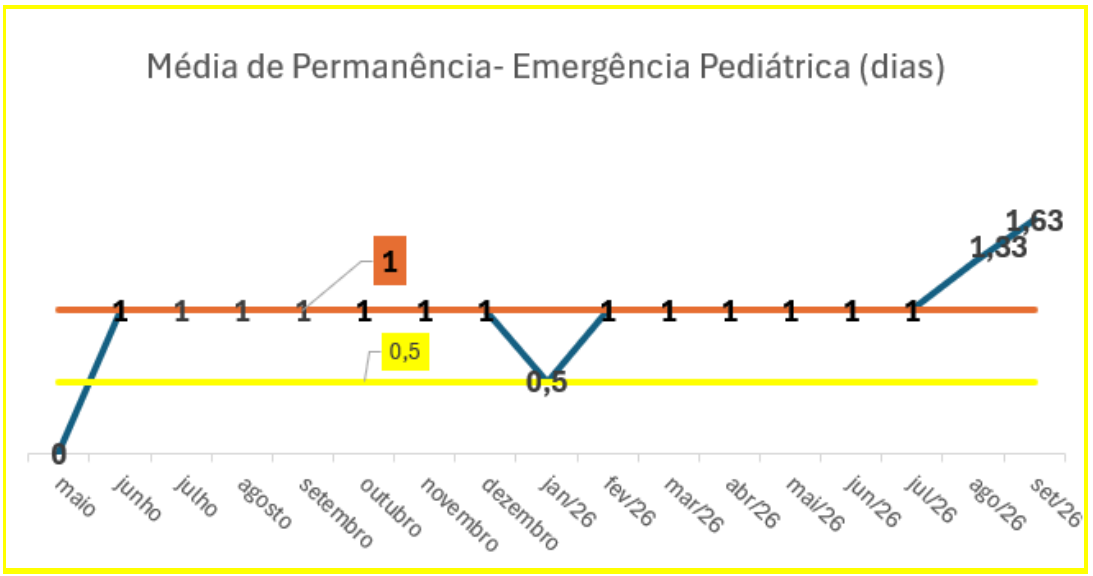
Destino do Paciente Adulto da Sala de Emergência	
Destino	**Resultado**
Alta	**53**
Remoção	**25**
Óbito	**20**
Evasão	**1**
TOTAL	**99**

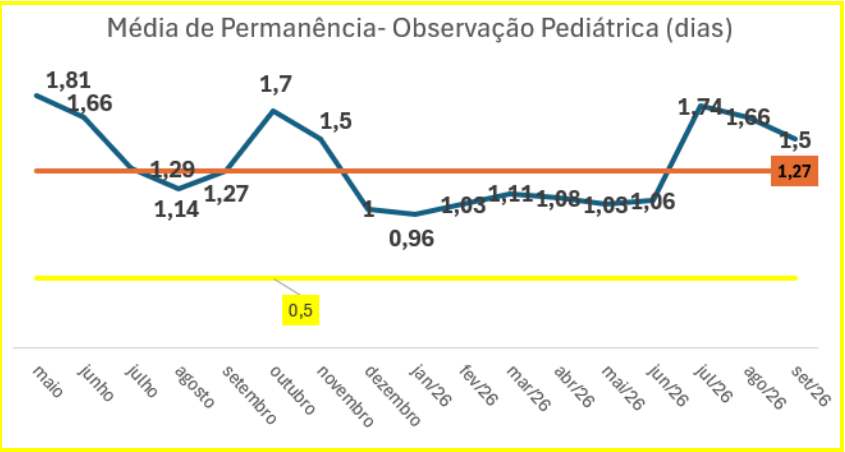
Destino do Paciente Infantil da Sala de Observação	
Destino	**Resultado**
Alta	**12**
Remoção	**15**
Óbito	**0**
Evasão	**1**
TOTAL	**28**

Destino do Paciente Infantil da Sala de Emergência	
Destino	**Resultado**
Alta	**3**
Remoção	**4**
Óbito	**1**
Evasão	**0**
TOTAL	**8**




Média de Permanência Adulto- observação adulto (dias)
2,63
2,95
2,47
1,98
2,11
2,78
2,31
2,06
2,31
2,4
2,05
2,17
1,84
2,41
2,14
3,21
2,09
2,48
0,5
maio
junho
julho
agosto
setembro
outubro
novembro
dezembro
jan/26
fev/26
mar/26
abr/26
mai/26
jun/26
jul/26
ago/26
set/26


Média de Permanência- Emergência Pediátrica (dias)
1
0,5
0
0,5
1,63
1,63
maio
junho
julho
agosto
setembro
outubro
novembro
dezembro
jan/26
fev/26
mar/26
abr/26
mai/26
jun/26
jul/26
ago/26
set/26



Análise Crítica: No período analisado, o Pronto-Socorro Adulto registrou 430 pacientes-dia, considerando os pacientes em permanência nos leitos de emergência e observação. No mesmo período, ocorreram saídas, distribuídas de acordo com as tabelas acima, entre: 76 altas hospitalares, 06 evasões, 89 transferências externas, **14 óbitos com permanência inferior a 24 horas** e 07 óbitos após 24 horas de permanência.

A média de permanência foi de 2,01 dias nos leitos de emergência adulto e 2,48 dias nos leitos de observação adulto. Embora esses tempos estejam abaixo da média observada em muitos serviços de urgência com retenção de pacientes, permanecem superiores ao esperado para um Pronto-Socorro, cuja finalidade é a estabilização clínica, definição diagnóstica e encaminhamento oportuno para internação, transferência ou alta.

A média de permanência foi de 1,63 dia na emergência pediátrica e 1,50 dia na observação pediátrica, refletindo maior agilidade na resolução dos casos e na regulação dos pacientes pediátricos em relação ao adulto, porém observa-se aumento a cada mês, sendo este mês o maior tempo de permanência pediátrica dos últimos meses.

Observa-se que a principal limitação para redução do tempo de permanência dos pacientes internados no Pronto-Socorro não está relacionada ao fluxo interno da unidade, mas sim à dependência da Central de Regulação e à disponibilidade de

leitos hospitalares na rede de atenção. Como consequência, pacientes que já possuem indicação formal de internação permanecem internados no Pronto-Socorro por período superior ao ideal (12horas), ocupando leitos destinados ao atendimento de urgências e emergências.

Essa permanência prolongada gera impactos importantes na dinâmica assistencial, entre eles:

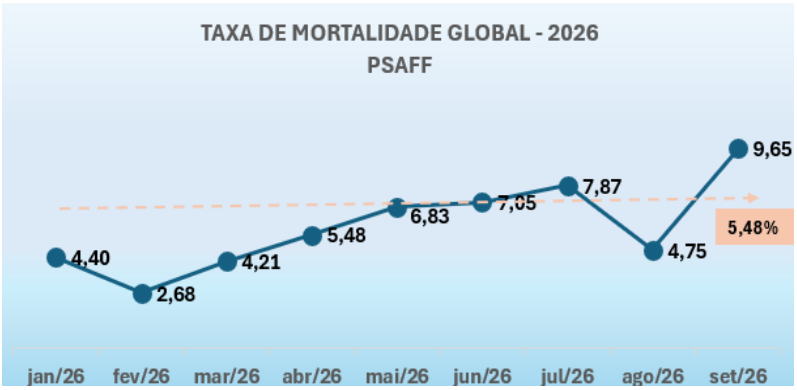
- Redução da rotatividade dos leitos de emergência e observação;
- Maior taxa de ocupação da unidade;
- Dificuldade para absorção de novos casos graves;
- Sobrecarga das equipes assistenciais;
- Aumento do tempo de permanência dos pacientes;
- Maior utilização de recursos humanos, materiais e estruturais originalmente destinados ao atendimento de curta permanência.

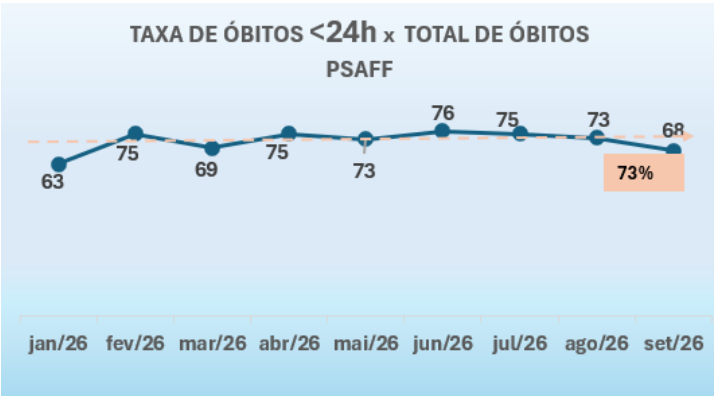
A gestão da unidade tem atuado de forma contínua junto à Central de Regulação e à Secretaria Municipal de Saúde, por meio de ofícios, reuniões técnicas e acompanhamento sistemático dos pacientes com indicação de internação, buscando agilizar a disponibilização de vagas hospitalares e reduzir o tempo de permanência no Pronto-Socorro.

A otimização do processo regulatório é fundamental para garantir maior rotatividade dos leitos, melhorar os desfechos clínicos, preservar a capacidade operacional da unidade e assegurar que o Pronto-Socorro exerça sua função principal: prestar atendimento rápido, resolutivo e seguro aos pacientes com urgências e emergências, evitando sua utilização como unidade de internação prolongada.

A unidade encaminha diariamente, por meio do aplicativo WhatsApp e por intermédio do Diretor Técnico, a relação de pacientes com longa permanência hospitalar, para ciência da equipe de Regulação e acompanhamento dos casos, visando conferir maior celeridade ao processo de disponibilização de vagas e à continuidade do cuidado.

4.9 - Mortalidade Institucional





Análise Crítica: A elevação progressiva observada a partir de fevereiro merece atenção da gestão, especialmente por representar uma tendência sustentada de aumento, e não uma variação isolada. Entretanto, a interpretação do indicador deve considerar o perfil clínico dos pacientes atendidos, a gravidade dos casos, o número de pacientes internados na emergência e observação, as transferências realizadas e o perfil de referência da unidade.

Por se tratar de um pronto-socorro público de porta aberta, a taxa de mortalidade pode ser influenciada pela entrada de pacientes graves, incluindo casos encaminhados pelo atendimento pré-hospitalar, pacientes com necessidade de estabilização e casos dependentes de transferência para serviços hospitalares de maior complexidade, além de pacientes paliativos que tem aumentado significativamente no serviço, com terminalidade. Portanto, a elevação do indicador não deve ser interpretada isoladamente como falha assistencial, sendo necessária a análise do perfil de risco e dos desfechos dos pacientes.
No segundo gráfico, nota-se a representação da mortalidade dos óbitos, sendo a média de 73% no ano, correspondente aos óbitos < 24hs (grande parte chega no PS já em PCR pré hospitalar).

4.10 - Municípios de origem dos pacientes

Atendimentos por Origem do Paciente	
Município	
Barueri	**17.404**
Carapicuíba	**337**
Cotia	**22**
Itapevi	**622**
Jandira	**2.105**
Osasco	**53**
Pirapora do Bom Jesus	**0**
Santana de Parnaíba	**14**
São Paulo	**36**
Não informado	**337**
Outros municípios	**3**
TOTAL	**20933**

Análise Crítica: A análise da procedência dos pacientes atendidos demonstra que o município de Barueri concentra a maior demanda da unidade, correspondendo a 83% de todos os atendimentos realizados. Em seguida, destacam-se os municípios de Jandira, Itapevi e Carapicuíba , além de um percentual residual proveniente de outros municípios.

A predominância de pacientes residentes em Barueri é esperada, considerando que o Pronto-Socorro integra a Rede Municipal de Atenção às Urgências e Emergências e constitui importante porta de entrada para a população local.

Entretanto, observa-se também expressiva procura por moradores de municípios vizinhos, especialmente Jandira, Itapevi e Carapicuíba. Esse comportamento pode ser explicado por diversos fatores, entre eles:

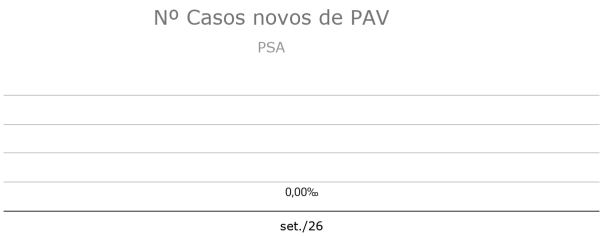
- A proximidade geográfica entre os municípios;
- A facilidade de acesso ao Pronto-Socorro;
- A maior capacidade instalada e oferta de serviços de urgência e emergência disponibilizada pelo município de Barueri;

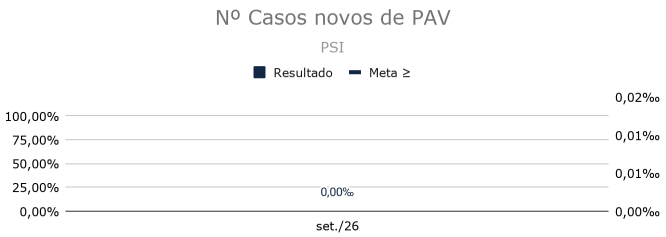
- Limitações estruturais e assistenciais da rede de saúde de alguns municípios do entorno, que podem direcionar parte da população para serviços com maior resolutividade;
- A existência de vínculos familiares, sociais e laborais em Barueri, favorecendo a procura pelo atendimento no município, independentemente da cidade de residência.

Esse cenário evidencia o papel regional desempenhado pelo Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas, que, embora tenha como principal responsabilidade o atendimento da população de Barueri, absorve parcela significativa da demanda de municípios vizinhos. Essa característica impacta diretamente o volume de atendimentos, a utilização da capacidade instalada e a necessidade de planejamento contínuo dos recursos assistenciais, humanos e estruturais, reforçando a importância da integração entre os municípios e do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde para garantir acesso oportuno e assistência qualificada à população.

5 INDICADORES ASSISTENCIAIS DE QUALIDADE

5.1 Nº Casos novos de PAV





Análise Crítica: No período analisado, **não tivemos casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)** na população adulta. Foram contabilizados 09 pacientes-dia em ventilação mecânica, correspondentes a 05 pacientes submetidos à intubação orotraqueal (IOT). Na pediatria, não houve ocorrência de casos de PAV no período.

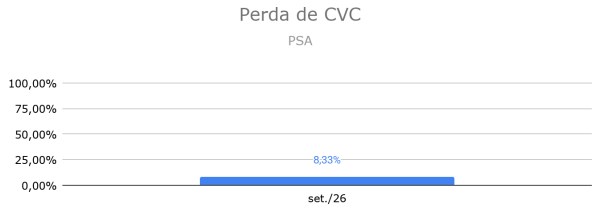
A prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, especialmente da PAV, é realizada de forma sistemática por meio da atuação integrada da Fisioterapia e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que acompanham diariamente os pacientes em uso de via aérea avançada.

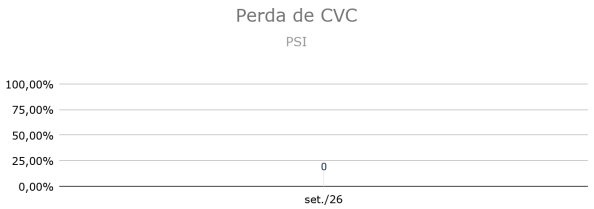
As equipes monitoram continuamente a adesão aos bundles de inserção e manutenção da ventilação mecânica, contemplando medidas baseadas em evidências, como elevação da cabeceira, higiene oral, manejo adequado da pressão do cuff, aspiração de vias aéreas quando indicada, avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e retirada precoce da ventilação mecânica sempre que clinicamente possível.

Além do acompanhamento individualizado, os pacientes com dispositivos invasivos são discutidos diariamente durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação, permitindo avaliação compartilhada das condutas, identificação precoce de fatores de risco e implementação de medidas preventivas.

A ocorrência de apenas um caso de PAV no período, associada ao monitoramento contínuo dos bundles e à atuação integrada das equipes assistenciais, demonstra adequada vigilância dos pacientes críticos e reforça a importância da manutenção das estratégias de prevenção, educação permanente e auditoria dos processos relacionados à ventilação mecânica, visando reduzir ainda mais a incidência desse evento é promover maior segurança aos pacientes.

5.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)

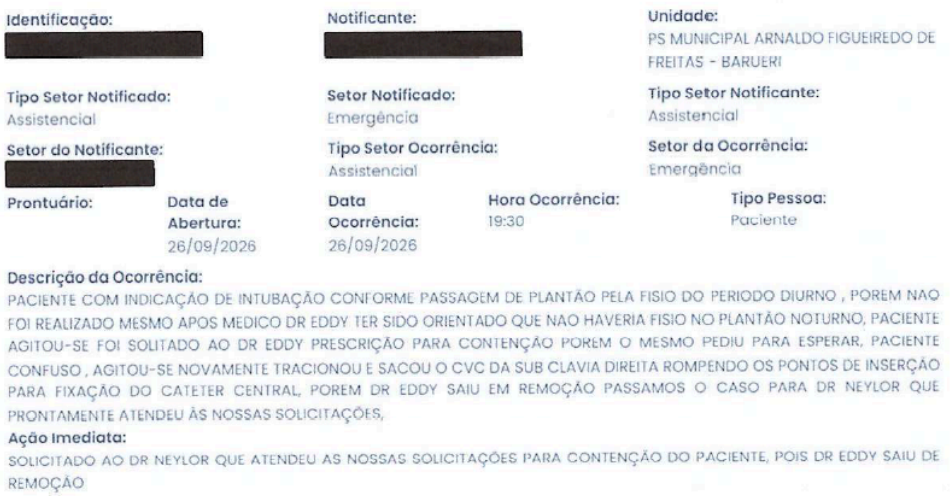




Análise Crítica: No período analisado, tivemos um caso de perda acidental de CVC e 12 pacientes-dia em uso de Cateter Venoso Central (CVC) na população adulta, o que representou 8,33%. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

Tivemos 01 perda acidental de CVC, pela segunda vez, em mais de um ano na gestão da unidade, o evento ocorreu na emergência. Segue relato do caso. O acompanhamento dos pacientes em uso de CVC é realizado de forma sistemática pela Enfermagem, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), por meio do monitoramento dos bundles de inserção e manutenção, contemplando práticas baseadas em evidências para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

- Perda de CVC – 01 ocorrência.

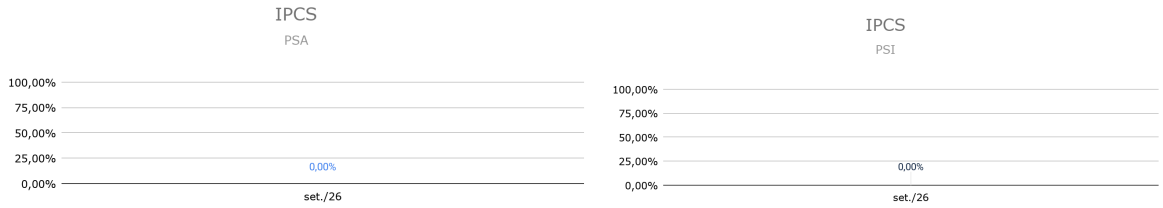


Identificação: [redacted]
Notificante: [redacted]
Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI
Tipo Setor Notificado: Assistencial
Setor Notificado: Emergência
Tipo Setor Notificante: Assistencial
Setor do Notificante: [redacted]
Tipo Setor Ocorrência: Assistencial
Setor da Ocorrência: Emergência
Prontuário:
Data de Abertura: 26/09/2026
Data Ocorrência: 26/09/2026
Hora Ocorrência: 19:30
Tipo Pessoa: Paciente
Descrição da Ocorrência:
PACIENTE COM INDICAÇÃO DE INTUBAÇÃO CONFORME PASSAGEM DE PLANTÃO PELA FISIO DO PERIODO DIURNO , POREM NAO FOI REALIZADO MESMO APOS MEDICO DR EDDY TER SIDO ORIENTADO QUE NAO HAVERIA FISIO NO PLANTÃO NOTURNO, PACIENTE AGITOU-SE FOI SOLITADO AO DR EDDY PRESCRIÇÃO PARA CONTENÇÃO POREM O MESMO PEDIU PARA ESPERAR, PACIENTE CONFUSO , AGITOU-SE NOVAMENTE TRACIONOU E SACOU O CVC DA SUB CLAVIA DIREITA ROMPENDO OS PONTOS DE INSERÇÃO PARA FIXAÇÃO DO CATETER CENTRAL, POREM DR EDDY SAIU EM REMOÇÃO PASSAMOS O CASO PARA DR NEYLOR QUE PRONTAMENTE ATENDEU ÀS NOSSAS SOLICITAÇÕES,
Ação Imediata:
SOLICITADO AO DR NEYLOR QUE ATENDEU AS NOSSAS SOLICITAÇÕES PARA CONTENÇÃO DO PACIENTE, POIS DR EDDY SAIU DE REMOÇÃO

O SCIH acompanha continuamente esse indicador em parceria com a Gestão Assistencial, realizando auditorias, análise crítica dos resultados e implementação de planos de ação sempre que necessário, visando manter elevados padrões de qualidade e segurança do paciente.

Além disso, todos os pacientes portadores de CVC são discutidos diariamente durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação. Essas discussões permitem reavaliar continuamente a necessidade de permanência do dispositivo, identificar precocemente fatores de risco para infecção e reforçar as medidas de manutenção segura, contribuindo para a redução de eventos adversos e para a melhoria contínua da assistência prestada.

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



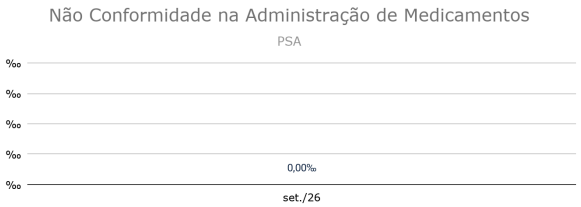
Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 12 pacientes-dia em uso de Cateter Venoso Central (CVC) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

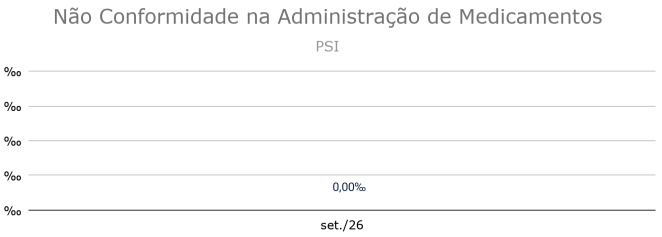
Não foi identificado nenhum caso de Infecção Primária da Corrente Sanguínea associada ao Cateter Venoso Central (IPCS/CVC), resultado que evidencia a efetividade das medidas de prevenção adotadas pela equipe assistencial e o adequado manejo dos dispositivos invasivos.

O acompanhamento dos pacientes em uso de CVC é realizado de forma sistemática pela equipe de Enfermagem, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), por meio da aplicação e monitoramento dos bundles de inserção e manutenção, contemplando práticas baseadas em evidências para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

O SCIH acompanha continuamente esse indicador em parceria com a Gestão Assistencial, realizando auditorias, monitoramento dos resultados e análise crítica dos processos, permitindo a identificação precoce de oportunidades de melhoria e a implementação de ações preventivas sempre que necessário.

5.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos





Análise Crítica: No período analisado, **não foram registrados eventos adversos relacionados ao processo de dispensação de medicamentos**, tanto na população adulta quanto na pediátrica, evidenciando adequada segurança no processo de distribuição e utilização de medicamentos na unidade.

No período, foram dispensados 42.364 medicamentos para pacientes adultos e 2.811 medicamentos para pacientes pediátricos, totalizando 45.175 medicamentos dispensados, sem ocorrência de eventos relacionados à etapa de dispensação.

Esse resultado demonstra a efetividade das barreiras de segurança adotadas pela equipe multiprofissional, incluindo a conferência da prescrição médica, validação farmacêutica, identificação correta do paciente e cumprimento das práticas seguras de administração de medicamentos.

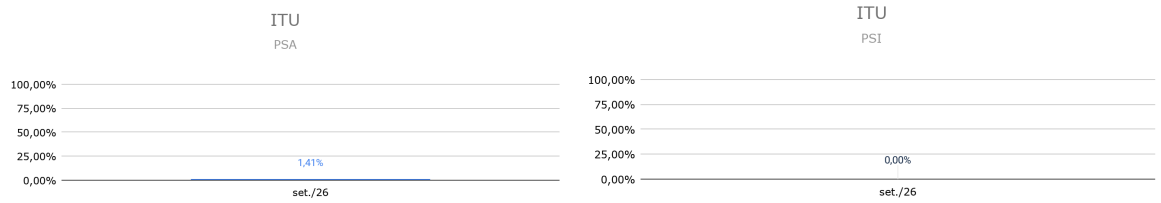
Com o módulo de suprimentos implantado na unidade do SISS, é possível garantir a rastreabilidade do medicamento dispensado/paciente.

Como estratégia permanente de prevenção, durante as visitas multiprofissionais diárias realizadas nos setores de emergência e observação, são discutidos os casos clínicos com foco na reconciliação medicamentosa, uso escalado de antimicrobianos, avaliação de interações medicamentosas, ajustes terapêuticos e revisão da farmacoterapia, especialmente em pacientes críticos, idosos e polimedicados.

A atuação integrada entre as equipes médica, de enfermagem e farmacêutica contribui para a identificação precoce de potenciais riscos, redução da ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

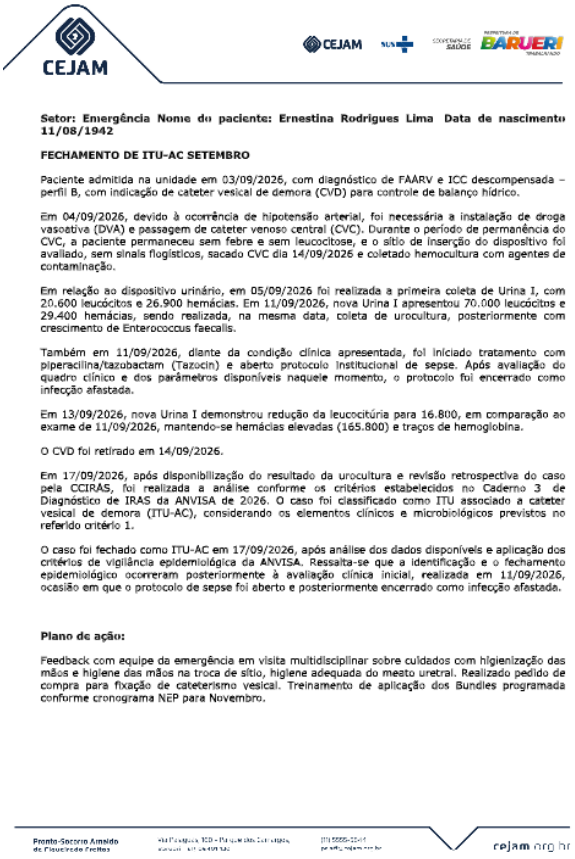
Os resultados observados refletem o compromisso da unidade com a adoção de práticas assistenciais seguras, o monitoramento contínuo dos processos relacionados ao uso de medicamentos e a promoção da qualidade da assistência prestada.

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



Análise Crítica: No período analisado, foram 71 pacientes-dia em uso de Sonda Vesical de Demora (SVD) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

Tivemos 01 caso de Infecção do Trato Urinário Associado à Sonda Vesical de Demora (ITU-SVD), considerando o primeiro depois de mais de **15 meses sem registro**, segue o caso analisado abaixo.



Setor: Emergência Nome do paciente: Ernestina Rodrigues Lima Data de nascimento 11/08/1942

FECHAMENTO DE ITU-AC SETEMBRO

Paciente admitida na unidade em 03/09/2026, com diagnóstico de FAARV e ICC descompensada – perfil B, com indicação de cateter vesical de demora (CVD) para controle de balanço hídrico.

Em 04/09/2026, devido à ocorrência de hipotensão arterial, foi necessária a instalação de droga vasoativa (DVA) e passagem de cateter venoso central (CVC). Durante o período de permanência do CVC, a paciente permaneceu sem febre e sem leucocitose, e o sítio de inserção do dispositivo foi avaliado, sem sinais flogísticos, sacado CVC dia 14/09/2026 e coletado hemocultura com agentes de contaminação.

Em relação ao dispositivo urinário, em 05/09/2026 foi realizada a primeira coleta de Urina I, com 20.600 leucócitos e 26.900 hemácias. Em 11/09/2026, nova Urina I apresentou 70.000 leucócitos e 29.400 hemácias, sendo realizada, na mesma data, coleta de urocultura, posteriormente com crescimento de Enterococcus faecalis.

Também em 11/09/2026, diante da condição clínica apresentada, foi iniciado tratamento com piperacilina/tazobactam (Tazocin) e aberto protocolo institucional de sepse. Após avaliação do quadro clínico e dos parâmetros disponíveis naquele momento, o protocolo foi encerrado como infecção afastada.

Em 13/09/2026, nova Urina I demonstrou redução da leucocitúria para 16.800, em comparação ao exame de 11/09/2026, mantendo-se hemácias elevadas (165.800) e traços de hemoglobina.

O CVD foi retirado em 14/09/2026.

Em 17/09/2026, após disponibilização do resultado da urocultura e revisão retrospectiva do caso pela CCIRAS, foi realizada a análise conforme os critérios estabelecidos no Caderno 3 de Diagnóstico de IRAS da ANVISA de 2026. O caso foi classificado como ITU associado a cateter vesical de demora (ITU-AC), considerando os elementos clínicos e microbiológicos previstos no referido critério 1.

O caso foi fechado como ITU-AC em 17/09/2026, após análise dos dados disponíveis e aplicação dos critérios de vigilância epidemiológica da ANVISA. Ressalta-se que a identificação e o fechamento epidemiológico ocorreram posteriormente à avaliação clínica inicial, realizada em 11/09/2026, ocasião em que o protocolo de sepse foi aberto e posteriormente encerrado como infecção afastada.

Plano de ação:

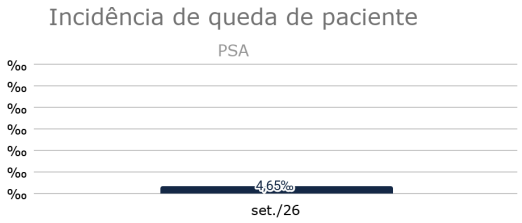
Feedback com equipe da emergência em visita multidisciplinar sobre cuidados com higienização das mãos e higiene das mãos na troca de sítio, higiene adequada do meato uretral. Realizado pedido de compra para fixação de cateterismo vesical. Treinamento de aplicação dos Bundles programada conforme cronograma NEP para Novembro.

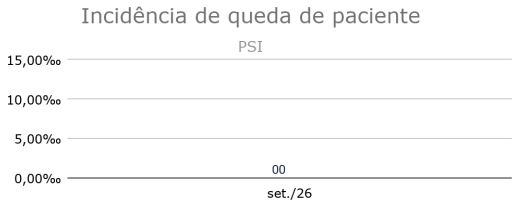
O acompanhamento dos pacientes em uso de SVD é realizado de forma sistemática pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em conjunto com a equipe assistencial, por meio do monitoramento da indicação, permanência e manutenção do dispositivo, além da aplicação dos bundles de inserção e manutenção, fundamentados em práticas baseadas em evidências para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Os pacientes em uso de SVD são avaliados diariamente durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação, ocasião em que são discutidas a necessidade de manutenção da sonda, a possibilidade de retirada precoce (desinvadir o mais precocemente possível) e a adesão às medidas preventivas, reduzindo o tempo de permanência do dispositivo e, consequentemente, o risco de infecção.

A ausência de casos de ITU-SVD no período reforça a efetividade das estratégias de vigilância, da atuação integrada entre o SCIH e a equipe assistencial e do compromisso institucional com a segurança do paciente e a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.

5.6 Incidência de Queda





Análise Crítica: No período analisado, permaneceram internados 430 pacientes-dia na população adulta e 55 pacientes-dia na pediatria, considerando os pacientes admitidos nos leitos de emergência e observação.

Foram registrados 02 incidentes de queda na população adulta, classificado como evento com dano leve, não havendo ocorrência de quedas na pediatria. O indicador correspondeu a 4,65% de quedas por 1.000 pacientes-dia, resultado considerado baixo e compatível com as medidas preventivas adotadas pela unidade. As quedas ocorreram em pacientes agitados, na emergência, mesmo com protocolo de contenção química e mecânica.

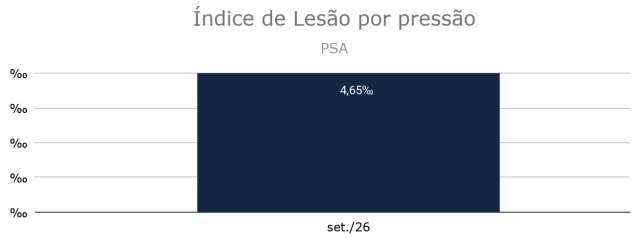
A prevenção de quedas é realizada de forma contínua por meio da identificação precoce dos pacientes com fatores de risco e da implementação de medidas de segurança individualizadas. Todos os pacientes internados são avaliados quanto ao risco de queda, sendo os casos discutidos diariamente durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação.

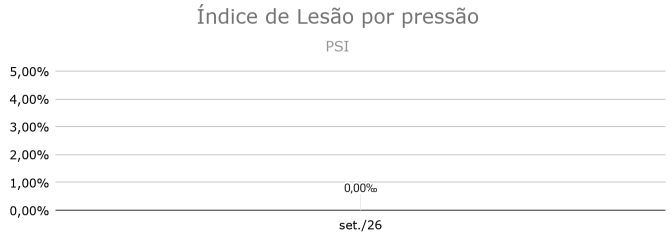
Entre as principais medidas preventivas adotadas destacam-se:

- Identificação dos pacientes com pulseira de risco de queda (cor preta);
- Manutenção das grades dos leitos elevadas, quando indicado;
- Presença de acompanhante para pacientes confusos, com alterações neurológicas, agitação psicomotora, idosos ou com limitação funcional, conforme critérios institucionais;
- Orientação para que pacientes solicitem auxílio da equipe antes de se levantarem, especialmente para idas ao banheiro;
- Disponibilização e incentivo ao uso das campainhas de chamada;
- Reavaliação periódica do risco de queda durante a internação e após alterações do estado clínico.

Os eventos ocorridos sempre são analisados pela equipe assistencial, com identificação das oportunidades de melhoria e reforço das medidas preventivas junto aos profissionais envolvidos, fortalecendo a cultura de segurança do paciente, mesmo nos casos de pacientes agitados com protocolo de contenção, com reforço à equipe do compromisso institucional com a redução de eventos adversos, a vigilância contínua e a promoção de uma assistência segura e de qualidade aos pacientes internados.

5.7 Incidência de Lesão por Pressão





Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 430 pacientes-dia internados nos leitos de emergência e observação da população adulta, todos submetidos à avaliação de risco para desenvolvimento de Lesão por Pressão (LP). Na pediatria, não houve ocorrência de pacientes com lesão por pressão durante o período.

Foram identificados 02 casos de Lesão por Pressão Grau 2, todos classificados como eventos com dano leve, correspondendo a 0,46% de lesões e 4,65 por 1.000 pacientes-dia. Não houve registro de lesões em estágios avançados ou de maior gravidade, adquiridas durante a internação, apenas em pacientes paliativos e crônicos que foram admitidos com lesões pré existentes.

A prevenção da Lesão por Pressão constitui uma das prioridades da assistência aos pacientes com permanência prolongada, mobilidade reduzida ou outras condições predisponentes. Todos os pacientes com risco são acompanhados diariamente, sendo os casos discutidos pelo grupo de curativos e lesões, assim como, durante as visitas multiprofissionais realizadas nos setores de emergência e observação.

Entre as principais medidas preventivas adotadas destacam-se:

- Avaliação sistemática do risco para desenvolvimento de Lesão por Pressão;
- Mudança periódica de decúbito;
- Utilização de colchão tipo caixa de ovo e superfícies de alívio de pressão, quando indicadas;

- Uso de coxins para proteção de proeminências ósseas;
- Avaliação e suporte nutricional para pacientes em risco;
- Monitoramento contínuo da integridade da pele e orientação da equipe assistencial quanto às medidas preventivas.

Como estratégia de fortalecimento das ações de prevenção e tratamento, foi implantada, em abril, **a Comissão de Curativos e Lesões de Pele,** composta por profissionais da Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Fisioterapia. A comissão tem o objetivo de: realizar acompanhamento diário dos pacientes com Lesão por Pressão, padronizar condutas e coberturas, orientar as equipes assistenciais e monitorar a implementação das medidas preventivas e terapêuticas, visando reduzir a ocorrência de novos casos e minimizar a progressão das lesões durante a internação.

Os resultados demonstram o compromisso da unidade com a vigilância contínua dos pacientes em risco, a atuação multiprofissional integrada e a adoção de práticas baseadas em evidências para prevenção de Lesão por Pressão, contribuindo para a segurança do paciente e para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)

6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)

No período foram registradas, ao todo, 65 manifestações de Ouvidoria, sendo:

• 39 elogios;
• 26 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. 100% das ouvidorias são respondidas dentro do prazo estabelecido, exceto as de maior complexidade ou quando não chegam a tempo hábil de resposta, mas sempre finalizamos as

respostas e tratativas. Apenas uma ouvidoria vinda pela SMS, não foi aceita e foi solicitado resposta mais detalhada e justificada.

Ouvidoria		
	mês	%
Ouvidoria meta (10%)	7	10
TOTAL MENSAL	65	

Análise Crítica: Neste período foram recebidas ao todo 65 ouvidorias, sendo 39 elogios e 26 queixas.
Dessa forma, apresentamos uma amostra correspondente a 10% do total, totalizando 7, selecionadas de forma representativa. Lembrando que todas foram analisadas e respondidas dentro do período, pelo respectivo Gestor da área. Seguem alguns casos abaixo.

Ressalta-se que 100% das manifestações recebidas são analisadas individualmente, com investigação dos fatos quando necessária, definição de plano de ação, devolutiva aos setores envolvidos e resposta ao manifestante dentro dos prazos estabelecidos. As informações provenientes da Ouvidoria também subsidiam ações de melhoria contínua, permitindo identificar oportunidades de aperfeiçoamento dos processos assistenciais e administrativos, contribuindo para o fortalecimento da qualidade da assistência, da segurança do paciente e da experiência do usuário.

Todas as manifestações foram analisadas individualmente e encaminhadas às coordenações e lideranças responsáveis para apuração dos fatos, definição das medidas pertinentes e elaboração de planos de ação quando identificadas oportunidades de melhoria. As respostas aos usuários foram fornecidas dentro dos prazos estabelecidos.

A análise sistemática das ouvidorias constitui importante ferramenta de gestão, permitindo identificar fragilidades nos processos assistenciais e administrativos, direcionar ações de educação permanente e monitorar a efetividade das

melhorias implementadas, fortalecendo a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a humanização do atendimento.

Manifestação - 202691559565

Estado : SP	**Cidade :** Barueri	**Unidade :** PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	**Data Criação :** 15/09/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente	**Perfil :** Paciente	**Deseja se Identificar? :** Sim	**Sigilo :** Não
CPF : 38423248801	**Nome Completo :** Kelly Gleice		
CEP :	**Endereço :**		
Número :	**Complemento :**	**Bairro :**	**Cidade :** / **Estado :**
Celular : 11958223090	**Telefone :**	**E-Mail :** kellygleice.oliveira@gmail.com	
Classificação : Elogio	**Motivo da Manifestação :** Elogio		

Manifestação :
Relato da Manifestação Manifestante relata que realizou uma remoção acompanhada pela técnica de enfermagem **Márcia Barbosa**, destacando que recebeu um excelente atendimento durante todo o percurso. Refere que a profissional foi atenciosa, prestativa e acolhedora, ressaltando sua satisfação com o atendimento recebido. Ao final, manifesta sua gratidão e registra seu reconhecimento pelo atendimento prestado pela profissional.

Providência :
Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos sinceramente por dedicar um momento para compartilhar sua experiência e reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado de nossa equipe. Relatos como o seu são muito importantes, pois valorizam o trabalho dos nossos profissionais e contribuem para fortalecer a cultura de um atendimento cada vez mais humanizado e de qualidade. Ficamos felizes em saber que sua experiência foi positiva e transmitiremos seu reconhecimento à equipe envolvida. Agradecemos novamente pela confiança e pelo carinho em registrar sua manifestação. Atenciosamente,

Ativar o Windo
Acesse Configuraçõ

Manifestação - 202691459531

Estado : SP	**Cidade :** Barueri	**Unidade :** PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	**Data Criação :** 14/09/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail	**Perfil :** Pessoa Jurídica	**Deseja se Identificar? :** Não	**Sigilo :** Sim
Classificação : Elogio	**Motivo da Manifestação :** Elogio		

Manifestação :
A equipe de Biomedicina (med. diagnóstico) gostaria de registrar meu sincero elogio e muito obrigado a toda equipe pelo excelente atendimento e pela parceria demonstrada no dia a dia. São sempre solícitos, educados e dispostos a atender seja na busca por resultados de exames, esclarecer dúvidas e ajudar na resolução de qualquer situação relacionada ao trabalho. Essa dedicação e profissionalismo fazem toda a diferença. Que continuem sempre assim, mantendo esse compromisso e essa excelência no atendimento. Que Deus abençoe cada um de vocês e que a presença de vocês se projete a mais e melhores profissionais, com reconhecimento e valorização. Parabéns pelo excelente trabalho e muito sucesso a todos!

Providência :
Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos sinceramente por dedicar um momento para compartilhar sua experiência e reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado de nossa equipe. Relatos como o seu são muito importantes, pois valorizam o trabalho dos nossos profissionais e contribuem para fortalecer a cultura de um atendimento cada vez mais humanizado e de qualidade. Ficamos felizes em saber que sua experiência foi positiva e transmitiremos seu reconhecimento à equipe envolvida. Agradecemos novamente pela confiança e pelo carinho em registrar sua manifestação. Atenciosamente,

Manifestação - 20269959321

Estado :	Cidade :	Unidade :	Data Criação :
SP	Barueri	PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	09/09/2026

Tipo de Atendimento :	Perfil :	Deseja se Identificar? :	Sigilo :
Pessoalmente	Paciente	Sim	Não

CPF :	Nome Completo :
08041533612	Adriana Sergia de Araújo

CEP :	Endereço :

Número :	Complemento :	Bairro :	Cidade :	Estado :

Celular :	Telefone :	E-Mail :
11969704657		

Classificação :	Motivo da Manifestação :
Elogio	Elogio

Manifestação :
Manifestação da Paciente: "Quero registrar meu agradecimento ao Téc. de Enfermagem Everton, que foi extremamente carinhoso, atencioso e humano durante meu atendimento. Ele me tratou de uma forma tão especial que jamais esquecerei. Demonstrou que vai além de simplesmente cumprir suas funções, realizando seu trabalho com amor, dedicação e empatia. Minha nota para o atendimento é 10! Parabéns ao Everton pelo excelente profissionalismo e, principalmente, pela forma humana e acolhedora com que trata os pacientes."

Providência :
Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos sinceramente por dedicar um momento para compartilhar sua experiência e reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado de nossa equipe. Relatos como o seu são muito importantes, pois valorizam o trabalho dos nossos profissionais e contribuem para fortalecer a cultura de um atendimento cada vez mais humanizado e de qualidade. Ficamos felizes em saber que sua experiência foi positiva e transmitiremos seu reconhecimento à equipe envolvida. Agradecemos novamente pela confiança e pelo carinho em registrar sua manifestação. Atenciosamente,

Ativar o Windows

Manifestação - 202691159443

Estado :	Cidade :	Unidade :	Data Criação :
SP	Barueri	PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	11/09/2026

Tipo de Atendimento :	Perfil :	Deseja se Identificar? :	Sigilo :
Pessoalmente	Paciente	Sim	Sim

Classificação :	Motivo da Manifestação :
Reclamação	Comportamento inadequado do profissional

Manifestação :
Manifestante relata insatisfação com a conduta da médica Dra. Stefanie Schultg, CRM 252688, durante atendimento na unidade. Informa que foi orientada pela profissional a retornar ao trabalho utilizando bota, apesar de apresentar, segundo seu relato, bolhas entre dois dedos do pé. Relata, ainda, que a médica teria pegado sua ficha de atendimento e o resultado do exame de raio-X e, durante o atendimento, elevado o tom de voz e se dirigido a ela de forma que considerou inadequada, na presença de outros pacientes e atendentes. Informa possuir testemunhas do ocorrido e afirma ter se sentido constrangida e exposta diante das demais pessoas. A manifestante relata também que a médica não teria solicitado avaliação por ortopedista e que não teria realizado exame físico do pé durante o atendimento. Diante do exposto, manifesta sua insatisfação com a conduta profissional e solicita a apuração dos fatos e as providências cabíveis.

Providência :
Prezada, Em atenção à manifestação apresentada, informamos que o relato foi recebido e encaminhado à Coordenação Médica para análise e apuração dos fatos descritos. Lamentamos que a experiência durante o atendimento tenha gerado desconforto e sentimento de constrangimento. Ressaltamos que a instituição preza por uma assistência pautada no respeito, na comunicação adequada, na privacidade e no acolhimento dos pacientes durante todo o atendimento. O caso foi discutido individualmente com a profissional envolvida, com reforço das orientações referentes à postura profissional, comunicação respeitosa e preservação da privacidade do paciente, especialmente diante de outros usuários e colaboradores. A manifestação será também utilizada como oportunidade de melhoria dos processos assistenciais e de comunicação da equipe. Agradecemos o registro, que contribui para o aprimoramento contínuo da qualidade e da segurança da assistência prestada em nossa unidade. Atenciosamente, Dra. Gabriela Teles Barbosa CRM-SP 250.239 Coordenação Médica e Diretoria Clínica Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

Ativar o Windows
Acesse Configurações

Manifestação - 202691459512				
Estado : SP	**Cidade :** Barueri	**Unidade :** PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI		**Data Criação :** 14/09/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail		**Perfil :** Acompanhante	**Deseja se Identificar? :** Não	**Sigilo :** Sim
Classificação : Reclamação		**Motivo da Manifestação :** Comportamento inadequado do profissional		
Manifestação : CIDADÃ EM CONTATO POR TELEFONE PARA RELATAR QUE ESTEVE NO PS DO PQ DOS CAMARGOS EM 17/08/26 POR VOLTA DAS 04H30 DA MANHÃ SEGUNDO MESMA SUA FILHA MARIA EDUARDA RODRIGUES ROSA DN 21/03/2020 CPF 583.695.230-89 TEVE ATENDIMENTO COM A DRA. LILIAN MARTA FLORES CRM – 103595 AONDE SEGUNDO A CIDADÃ TEVE UM PÉSSIMO ATENDIMENTO MÉDICO, POIS A MEDICA QUESTIONOU O HORÁRIO E AINDA DISSE QUE SUA FILHA TINHA QUE ESTAR COM MAIS DE 10 COM TOSSE PRA LEVAR AO PRONTO SOCORRO RELATA AINDA QUE TEVE MAIS UMAS 3 MÃES QUE SAÍRAM QUESTIONANDO O ATENDIMENTO DA MÉDICA.				
Providência : Prezada Sra., Lamentamos que sua experiência no Pronto-Socorro tenha lhe causado essa impressão e agradecemos por ter compartilhado sua percepção conosco. Entendemos que, especialmente quando se trata do atendimento de uma criança, os familiares esperam ser acolhidos, ouvidos e orientados com clareza. Em relação ao atendimento relatado, é importante esclarecer que a avaliação pediátrica no Pronto-Socorro é baseada não apenas no tempo de evolução da tosse, mas principalmente na presença ou ausência de sinais de alarme, alterações do estado geral, dificuldade respiratória, alterações de saturação, febre persistente, entre outros achados clínicos. Dessa forma, uma orientação sobre quando procurar o pronto atendimento não significa que a criança precise necessariamente permanecer com tosse por determinado número de dias para ser avaliada. Ainda assim, reconhecemos que a forma como uma orientação é comunicada pode gerar diferentes interpretações, especialmente em um momento de preocupação dos pais. Por isso, sua manifestação será considerada pela equipe, com o objetivo de reforçar a importância de uma comunicação sempre clara, respeitosa e acolhedora. Reforçamos nosso compromisso com a segurança das crianças e com um atendimento humanizado a todos os pacientes que procuram nossa unidade. Atenciosamente, Coordenação Médica Pronto-Socorro Pediátrico				

Ativar o Windows
Acesse Configurações

6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.

Canal	Quantidade	Principais Queixas
APP Oficial	17	Comportamento inadequado do profissional
Protocolo Medicsys	48	Elogio ao Profissional/Serviço

Análise Crítica: No período, foram registradas ao todo 65 manifestações de ouvidoria, sendo as vias:

Elogios pelo App Oficial

Reclamações pelo App Oficial

Elogios Pelo Protocolo MedicSys

Reclamações Pelo Protocolo MedicSys

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

- ☐ Demora de atendimento
- ☐ Elogios gerais (institucionais e aos profissionais)

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

6.3 Classificação das queixas

20269158837	elogio	01/09/2026	05/09/2026	Dra. Gabriela/Renata	01/09/2026	realizado
20269158835	reclamação	01/09/2026		Dra. Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
20269258949	reclamação	02/09/2026	06/09/2026	Dra. Gabriela/Jocemara	02/09/2026	realizado
20269859171	elogio	07/09/2026	11/09/2026	Dra. Gabriela	08/09/2026	realizado
20269859268 - APP 37211/2026	reclamação	08/09/2026	14/09/2026	Renata/Jocemara	08/09/2026	realizado
20269959306	elogio	09/09/2026	15/09/2026	Dra. Gabriela	09/09/2026	realizado
20269959321	elogio	09/09/2026	15/09/2026	Renata/Jocemara	09/09/2026	realizado
20262000136314O/ 202691159407	reclamação	11/09/2026	18/09/2026	Renata/Gabriela	11/09/2026	realizado
202691159443	reclamação	11/09/2026	18/09/2026	Dra Gabriela	11/09/2026	realizado
202691459488 - APP 40907/2026	reclamação	14/09/2026	16/09/2026	Renata	14/09/2026	realizado
APP 041100/2026	elogio	14/09/2026	16/09/2026	Proprietário	dd/mm/yyyy	realizado
202691459495 - APP 040908/202	reclamação	14/09/2026	16/09/2026	Dra. Gabriela	14/09/2026	realizado
APP 36930/2026 - 202691459512	reclamação	14/09/2026	18/09/2026	DR Gustavo	14/09/2026	realizado
APP 35907/2026 - 202691459515	reclamação	14/09/2026	18/09/2026	Dra Gabriela e Hedine	14/09/2026	realizado
APP 34937/2026 - 202691459518	reclamação	14/09/2026	18/09/2026	Renata/Dra. Gabriela	14/09/2026	realizado
202691459529 - APP 36793/2026	reclamação	14/09/2026	18/09/2026	Dra Gabriela	14/09/2026	realizado
202691459531 - APP 41095/2026	elogio	14/09/2026	14/09/2026	Renata	14/09/2026	realizado
APP 41094/2026 - 202691459539	elogio	14/09/2026	18/09/2026	Mara	14/09/2026	realizado
202691559565	elogio	15/09/2026	21/09/2026	Renata	15/09/2026	realizado
202691559572 - APP 41507/2026	reclamação	15/09/2026	18/09/2026	Dra. Gabriela	15/09/2026	realizado
202691559579	elogio	15/09/2026	18/09/2026	Renata	15/09/2026	realizado
202691659664	elogio	16/09/2026	21/09/2026	Renata	16/09/2026	realizado
202691759734	elogio	17/09/2026	22/09/2026	Todos	17/09/2026	realizado
202691759747	elogio	17/09/2026	22/09/2026	Renata	17/09/2026	realizado
202691759754	elogio	17/09/2026	22/09/2026	Renata	17/09/2026	realizado
202691759780	elogio	17/09/2026	22/09/2026	Renata	17/09/2026	realizado
202691759778	elogio	17/09/2026		Proprietário	dd/mm/yyyy	realizado
APP 37585/2026 - 202691859804	reclamação	18/09/2026	25/09/2026	Renata/Dra. Gabriela/Jocemara	18/09/2026	realizado
202692159899	reclamação	21/09/2026	25/09/2026	Jocemara	21/09/2026	realizado
202692159902	elogio	19/09/2026	25/09/2026	Renata/Dra. Gabriela/Jocemara	21/09/2026	realizado
202692159924	elogio	21/09/2026	25/09/2026	Renata/Dra. Gabriela/Jocemara	21/09/2026	realizado
202692159925	elogio	19/09/2026	25/09/2026	Renata/Dra. Gabriela	21/09/2026	realizado

202692159926	elogio	21/09/2026	25/09/2026	Renata	21/09/2026	realizado
202692159927	elogio	21/09/2026	25/09/2026	Renata	21/09/2026	realizado
202692159935	elogio	21/09/2026	25/09/2026	Renata	21/09/2026	realizado
202692159936	elogio	21/09/2026	25/09/2026	Renata	21/09/2026	realizado
202692159939	elogio	21/09/2026		Proprietário	dd/mm/yyyy	realizado
202692159941	elogio	21/09/2026	25/09/2026	Renata	21/09/2026	realizado
202692259994 - APP 42754/2026	reclamação	22/09/2026	28/09/2026	Gustavo	22/09/2026	realizado
202692259995	reclamação	22/09/2026	28/09/2026	Jocemara	22/09/2026	realizado
APP 43001/2026/ 202692360009	reclamação	23/09/2026	26/09/2026	Gabriela	23/09/2026	realizado
202692360030	elogio	23/09/2026	26/09/2026	Gabriela	23/06/2026	realizado
202692360031	elogio	23/09/2026	26/09/2026	gabriela	23/06/2026	realizado
202692460039	reclamação	22/09/2026	28/09/2026	Renata/Jocemara	24/09/2026	realizado
202692460042	reclamação	22/09/2026	28/09/2026	Renata	24/09/2026	realizado
202692460043 - APP 43322/2026	reclamação	24/09/2026	28/09/2026	Dra. Gabriela/Renata	24/09/2026	realizado
202692460045	elogio	23/09/2026	28/09/2026	Dr. Gustavo/Renata	24/09/2026	realizado
202692460059	elogio	23/09/2026	28/09/2026	Dra Gabriela/ Renata	24/09/2026	realizado
202692560077	elogio	25/09/2026	29/09/2026	Dra Gabriela	25/09/2026	realizado
202692560084	reclamação	25/09/2026	29/09/2026	Dra Gabriela	25/09/2026	realizado
202692560093	elogio	25/09/2026	29/09/2026	Dra. Gabriela/Renata	25/09/2026	realizado
202692560094	elogio	25/09/2026	29/09/2026	Dra. Gabriela/Renata	25/09/2026	realizado
202692560095	elogio	25/09/2026	29/09/2026	Dra. Gabriela	25/09/2026	realizado
202692560096	elogio	25/09/2026	29/09/2026	Dra .Gabriela	25/09/2026	realizado
202692560097	elogio	25/09/2026	29/09/2026	Dra.Gustavo/Renata	25/09/2026	realizado
202692660104	reclamação	26/09/2026	01/10/2026	Dr Felipe	28/09/2026	realizado
202692760107	reclamação	27/09/2026	01/10/2026	Renata/Paula	28/09/2026	realizado
202692960245	reclamação	28/09/2026	02/10/2026	Renata/Paula	29/09/2026	realizado
202692960271	elogio	29/09/2026	03/10/2026	Renata/Paula	29/09/2026	realizado
202692960275	elogio	29/09/2026	03/10/2026	Renata/Paula	29/09/2026	realizado
202693060402	elogio	30/09/2026	06/10/2026	Dra. Gabriela/Renata	30/09/2026	realizado
202693060321 - APP 44221/2026	reclamação	30/09/2026	06/10/2026	Dra. Gabriela	30/09/2026	realizado
202693060376	elogio	29/09/2026	06/10/2026	Renata	30/09/2026	realizado
202693060402	elogio	30/09/2026	07/10/2026	Dra Gabriela	30/09/2026	realizado
202693060420	reclamação	30/09/2026	07/10/2026	Renata	01/10/2026	realizado
202693060312 - APP 44144/2026	reclamação	30/09/2026	07/10/2026	Dra. Gabriela	01/10/2026	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 65 ouvidorias, sendo 39 elogios e 26 queixas.

Tipos de queixas recebidas:

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

Status das manifestações:

Finalizadas e respondidas: 65
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, constituindo importante ferramenta para o fortalecimento da participação social, da transparência e da melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

As manifestações recebidas são tratadas de forma sistemática, com análise individualizada, encaminhamento às áreas responsáveis, definição de ações corretivas e devolutiva aos usuários dentro dos prazos estabelecidos. Esse processo permite identificar oportunidades de aprimoramento, subsidiar decisões gerenciais e fortalecer a cultura da qualidade e da segurança do paciente.

Da mesma forma, os elogios registrados representam importante indicador de satisfação dos usuários, evidenciando o reconhecimento da população em relação à dedicação, ao comprometimento e às boas práticas desenvolvidas pelos profissionais e setores da unidade. A valorização dessas manifestações positivas contribui para o fortalecimento do engajamento das equipes, estimulando a manutenção de elevados padrões de qualidade, humanização e resolutividade na assistência prestada.

Por fim, a análise contínua das ouvidorias possibilita transformar a percepção dos usuários em oportunidades concretas de melhoria, consolidando a Ouvidoria como instrumento essencial de gestão, monitoramento da qualidade e aprimoramento permanente dos serviços oferecidos à população.

De forma geral, destaca-se o **predomínio de elogios**, que corresponderam a **60% das manifestações**, enquanto as queixas representaram **40%**. Apesar do resultado positivo, as ocorrências relacionadas ao comportamento profissional, cumprimento de rotinas e protocolos e tempo de atendimento devem permanecer sob acompanhamento, visando identificar recorrências e oportunidades de melhoria contínua

7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A Pesquisa de Satisfação constitui uma importante ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços prestados, permitindo captar a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido, identificar oportunidades de melhoria e subsidiar o planejamento de ações voltadas ao aprimoramento contínuo da assistência.

Na unidade, a pesquisa é realizada de forma eletrônica, por meio de tablet institucional, disponibilizado aos pacientes após a conclusão do atendimento, garantindo maior agilidade na coleta das informações e confiabilidade dos dados.

No período avaliado, foram contabilizados 15.786 atendimentos clínicos e 5.147 atendimentos pediátricos, totalizando 20.933 atendimentos. Conforme solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, o número de pesquisas de satisfação deve corresponder a, no mínimo, 10% do total de atendimentos realizados, o que representa, para o período, uma meta mínima aproximada de 2.093 pesquisas respondidas. No entanto foram registradas 2.491 pesquisas de satisfação respondidas, representando 119% do estabelecido como meta (10% do total de atendimentos), uma amostra significativa dos atendimentos realizados e proporcionando um panorama consistente da experiência dos usuários em relação aos serviços ofertados, demonstrando o cumprimento acima da meta estabelecida.

As informações coletadas permitem avaliar diferentes dimensões da assistência, como acolhimento, tempo de atendimento, cordialidade das equipes, qualidade da assistência prestada, estrutura física e satisfação geral com o serviço. Além disso, constituem importante instrumento para identificação de fragilidades, proposição de melhorias nos processos assistenciais e administrativos, bem como para o reconhecimento das boas práticas desenvolvidas pelas equipes.

Os resultados consolidados da competência encontram-se apresentados nos gráficos do item 7.1, possibilitando a análise detalhada dos indicadores de satisfação e o acompanhamento da evolução do desempenho institucional ao longo do período. Essas informações subsidiam as decisões gerenciais e

fortalecem a cultura de melhoria contínua, contribuindo para uma assistência cada vez mais segura, humanizada e centrada nas necessidades dos usuários.

7.1 Avaliação do Atendimento

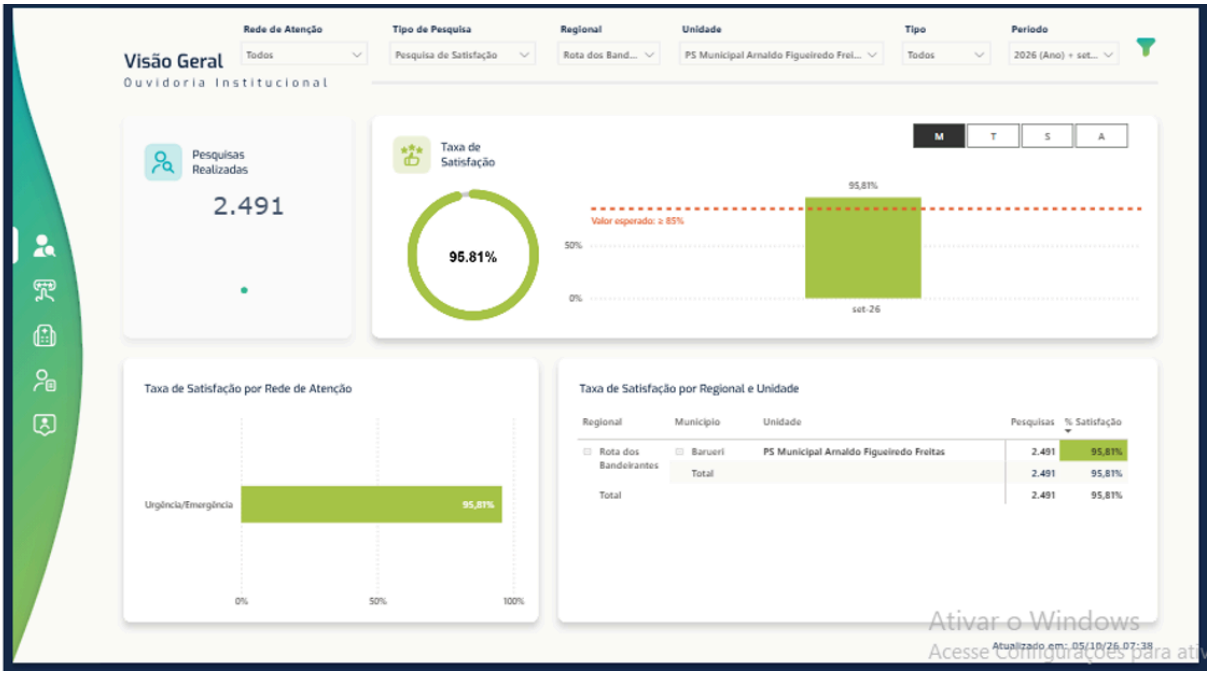
Análise Crítica: Ao comparar os resultados do período anterior com os dados do mês atual, observa-se redução nos principais indicadores de satisfação, embora os resultados permaneçam em patamar positivo.

O NPS geral apresentou redução no período avaliado, passando de 94,63% para 92,21%, o que representa uma queda de 2,42 pontos percentuais em relação ao período anterior. Da mesma forma, observou-se redução no percentual de usuários promotores, que passou de 95,83% (2.522 avaliações) para 93,33% (2.323 avaliações). Em contrapartida, verificou-se aumento no percentual de usuários neutros, que passou de 2,98% (75 avaliações) para 5,54% (138 avaliações), representando um acréscimo de 2,56 pontos percentuais. Já o percentual de detratores apresentou leve redução, passando de 1,19% (30 avaliações) para 1,12% (28 avaliações). Esse cenário evidencia uma migração na percepção dos usuários, especialmente pelo aumento da neutralidade, indicando a necessidade de acompanhamento dos fatores que podem estar impactando a experiência e a satisfação com os serviços prestados. Além da redução observada no indicador geral, verificou-se uma leve diminuição no número de avaliações realizadas, que passou de 2.522 para 2.491 pesquisas, correspondendo a uma redução de aproximadamente 1,23%. Apesar dessa variação, o volume de participação permaneceu expressivo, possibilitando uma amostra relevante da percepção dos usuários em relação aos serviços prestados.

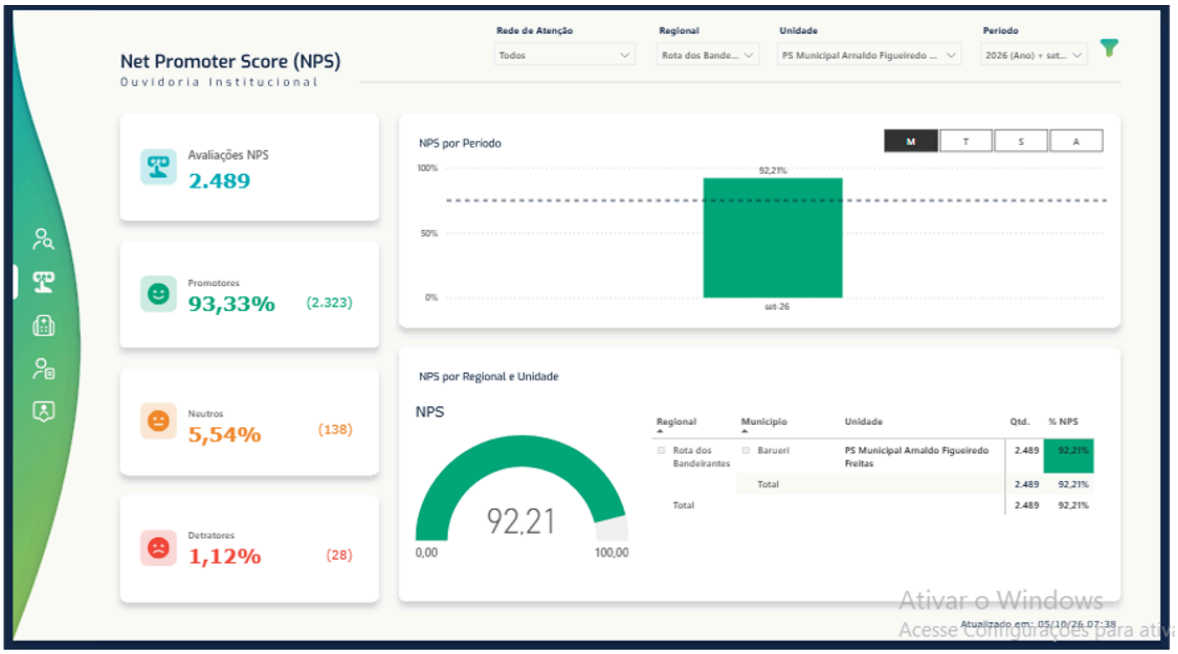
De modo geral, os resultados evidenciam que a unidade mantém índices elevados de satisfação, embora tenha sido observada redução em relação ao período anterior. Apesar da leve diminuição no número de pesquisas realizadas, o volume de avaliações permaneceu expressivo e representativo da percepção dos usuários. O aumento do percentual de avaliações neutras reforça a necessidade de acompanhamento dos fatores que impactam a experiência assistencial, com atenção especial ao acolhimento, à comunicação, à agilidade no atendimento e à qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, torna-se importante fortalecer ações de melhoria contínua, buscando ampliar

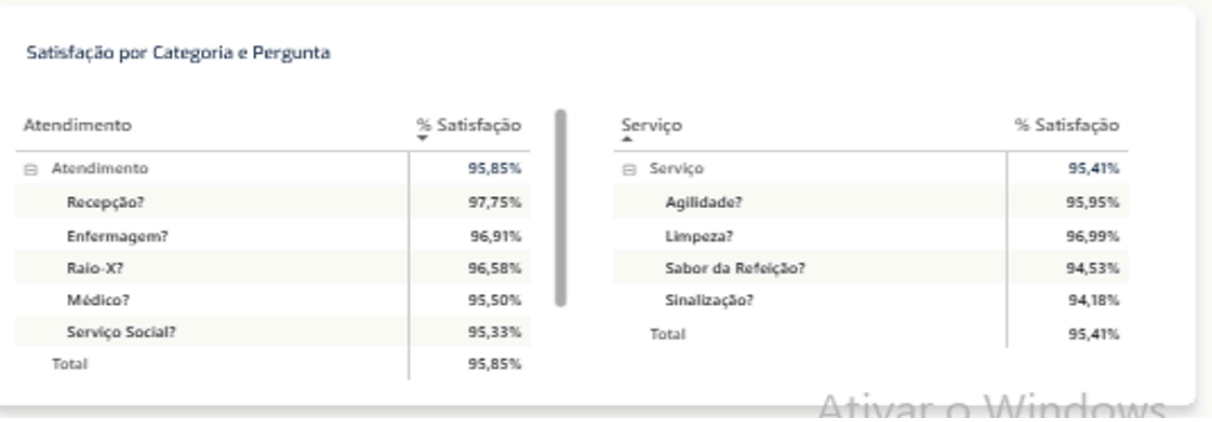
novamente o percentual de usuários promotores e reduzir as avaliações neutras e detratoras.

Percentual Geral de Satisfação:



Indicação do Serviço de Saúde (NPS):





Satisfação por Categoria e Pergunta

Atendimento	% Satisfação
Atendimento	95,85%
Recepção?	97,75%
Enfermagem?	96,91%
Raio-X?	96,58%
Médico?	95,50%
Serviço Social?	95,33%
Total	95,85%

Serviço	% Satisfação
Serviço	95,41%
Agilidade?	95,95%
Limpeza?	96,99%
Sabor da Refeição?	94,53%
Sinalização?	94,18%
Total	95,41%

Ativar o Windows

7.2 Considerações finais

Os resultados reforçam a importância da manutenção do monitoramento sistemático da experiência do paciente, bem como da intensificação de ações direcionadas ao aprimoramento do acolhimento, da comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, da gestão dos tempos de espera e da qualificação permanente das equipes. Essas iniciativas têm como objetivo fortalecer a percepção positiva dos usuários, ampliar o percentual de avaliações promotoras e reduzir as avaliações neutras e detratoras.

Nesse contexto, a Pesquisa de Satisfação e a Ouvidoria constituem importantes instrumentos de gestão da qualidade, permitindo captar a percepção dos usuários, identificar fragilidades e oportunidades de melhoria e subsidiar o planejamento de ações estratégicas pela gestão. A análise integrada dessas informações possibilita maior direcionamento das intervenções e acompanhamento da efetividade das medidas implementadas.

A instituição mantém o compromisso com o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais e administrativos, buscando oferecer uma assistência cada vez mais humanizada, segura, resolutiva e centrada nas necessidades dos pacientes. O acompanhamento sistemático desses indicadores contribui, ainda, para o fortalecimento da relação de confiança entre a população e o serviço, promovendo maior transparência e participação dos usuários na melhoria da qualidade da assistência prestada pelo Pronto-Socorro.

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

Indicadores de treinamento são métricas utilizadas para avaliar a eficácia e os resultados dos programas de capacitação e desenvolvimento dentro de uma organização. Esses indicadores são essenciais para mensurar o impacto das ações educacionais no desempenho individual, coletivo e institucional. Uso permite verificar se os objetivos propostos foram alcançados, além de identificar como os treinamentos contribuem para o aprimoramento das competências profissionais e para o cumprimento das metas estratégicas da organização.

O cronograma foi mantido e atualizado sempre conforme as necessidades da unidade, priorizando temas relacionados à segurança do paciente, protocolos institucionais, qualificação técnica, desenvolvimento comportamental e fortalecimento da cultura de melhoria contínua da assistência.

1. O QUADRO – INDICADORES DE TREINAMENTO NOS MOSTRA, O DIRECIONAMENTO DE CADA INDICADOR PARA QUALIFICAR AS METAS PROPOSTAS DURANTE OS MESES E ANO.

INDICADOR	CONCEITO	OBJETIVO
Status de Treinamentos	Indicador gerencial de acompanhamento que apresenta, de forma sintética, a situação dos treinamentos planejados, permitindo a visualização rápida do desempenho em relação ao cronograma estabelecido.	Monitorar os treinamentos concluídos, em andamento e pendentes, apoiando o controle do planejamento anual e a tomada de decisão.
Taxa de Adesão aos Treinamentos	Mede a relação entre o número de colaboradores convidados para os treinamentos e aqueles que efetivamente participaram. Esse indicador permite avaliar o alcance das ações educativas.	Avaliar a efetividade da divulgação, o interesse dos colaboradores e o nível de engajamento das equipes nos treinamentos ofertados.
Hora-Homem Treinado	Indicador que mensura a quantidade de horas de treinamento realizadas por colaborador em determinado período, considerando ações internas e externas.	Identificar o investimento em capacitação e reduzir lacunas de competências, aproximando o desempenho esperado do desempenho real dos colaboradores.

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	
Protocolo Dor Torácica	Jussara Mazzetto	10/09	11/09	Sala de Treinamento
Manuseio de Curativo	Carlos Queiroz	17/09	18/09	Sala de Treinamento
Jeito CEJAM de Encantar	Jussara Mazzetto	17/09	18/09	Sala de Treinamentos
Emergência em Pediatria	Gustavo Doho	28/09	29/09	Sala de Treinamento
Fluxo de Movimentação Interna e Gerenciamento de Leitos.	Alex Almeida	28/09	28/09	Sala de Treinamento
Treinamento Brigada de incêndio	Junio Ap. Ferreira	09/09	10/09	Barueri
Auditorias das Remoções, Transferências dos Pacientes.	Alex Almeida	21/09	21/09	In loco
Semana SIPAT	Tatiana Barros	22/09	25/09	Sala de Treinamento

No quadro a seguir relacionamos a taxa de adesão em forma de percentual e hora homem treinado por categoria.

1. INDICADOR TAXA DE ADESÃO, HORA HOMEM TREINADO DO MÊS

1	Protocolo Dor Torácica	Enfermagem	168	108	3:34:00	60	64%
2	Manuseio de Curativos	Enfermagem	93	44	3:34:00	60	47%
3	Protocolo Sepse	Médicos	46	46	3:34:00	60	100%
4	Jeito CEJAM de Encantar	Administrativo	17	18	3:34:00	90	100%
5	Emergência em Pediatria	Enfermagem	168	109	3:34:00	60	65%
6	Fluxo de Movimentação Interna e Gerenciamento de Leitos.	Enfermagem	53	21	3:34:00	30	40%
7	Brigada de incêndio	Equipe Multiprofissional	35	32	-	16	91%
8	Auditorias das Remoções, Transferências dos Pacientes.	Equipe Multiprofissional	53	30	3:34:00	30	57%
9	Semana SIPAT	Equipe Multiprofissional	271	241	-	16	89%

O indicador de **Hora-Homem Treinado (HHT)** é calculado com base na média mensal de colaboradores ativos na unidade, com o objetivo de refletir com maior precisão a adesão às ações de capacitação realizadas.

Para garantir a fidedignidade dos dados e a representatividade do indicador, são excluídos da base de cálculo os seguintes grupos de colaboradores:

- Colaboradores em afastamento médico;
- Colaboradores em licença-maternidade;
- Colaboradores em período de férias;

Essa abordagem permite uma análise mais realista da participação nas atividades educativas, alinhando os resultados com a real capacidade de engajamento da equipe no período avaliado.

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.

1	Livian Thayna Costa Magalhães	Aux. Administrativo
2	Vitoria De Jesus Silva Lisboa	Aux. Administrativo
3	Bruna Carolina Aparecida Gonçalves de Oliveira	Técnico de Enfermagem
4	Stefany Dantas	Enfermeiro SCIH
5	Adriana Paula Da Cunha Santana	Enfermeiro
6	Talita Brito Vieira	Ass. Social
7	Luciane Fernandes Brito	Técnico de Enfermagem
8	José Carlos Coelho	Enfermeiro
9	Katia Rosana Santos13	Técnico de Enfermagem
10	Fabiano Holanda	Enfermeiro
11	Breno Ygor Feitoza Pereira	Técnico de Enfermagem
12	Vanuzia De Jesus Santos Alves	Técnico de Enfermagem
13	Weslayne Palmeira Teixeira da Silva	Farmacêutica
TOTAL DE COLABORADORES INTEGRADOS: 12		

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.

	TOTAL DE ESTAGIÁRIOS INTEGRADOS: 0

EVIDÊNCIAS DAS AÇÕES DE TREINAMENTO E AÇÕES REALIZADAS EM SETEMBRO DE 2026:

Protocolo Dor Torácica:



Manuseio de Curativos:






Jeito CEJAM de Encantar:






Emergência em Pediatria:






Brigada de Incêndio:







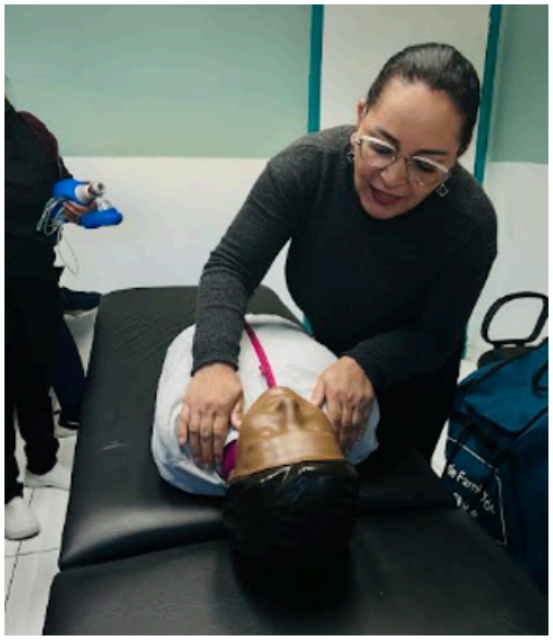


Semana SIPAT:



Integração de novos colaboradores:





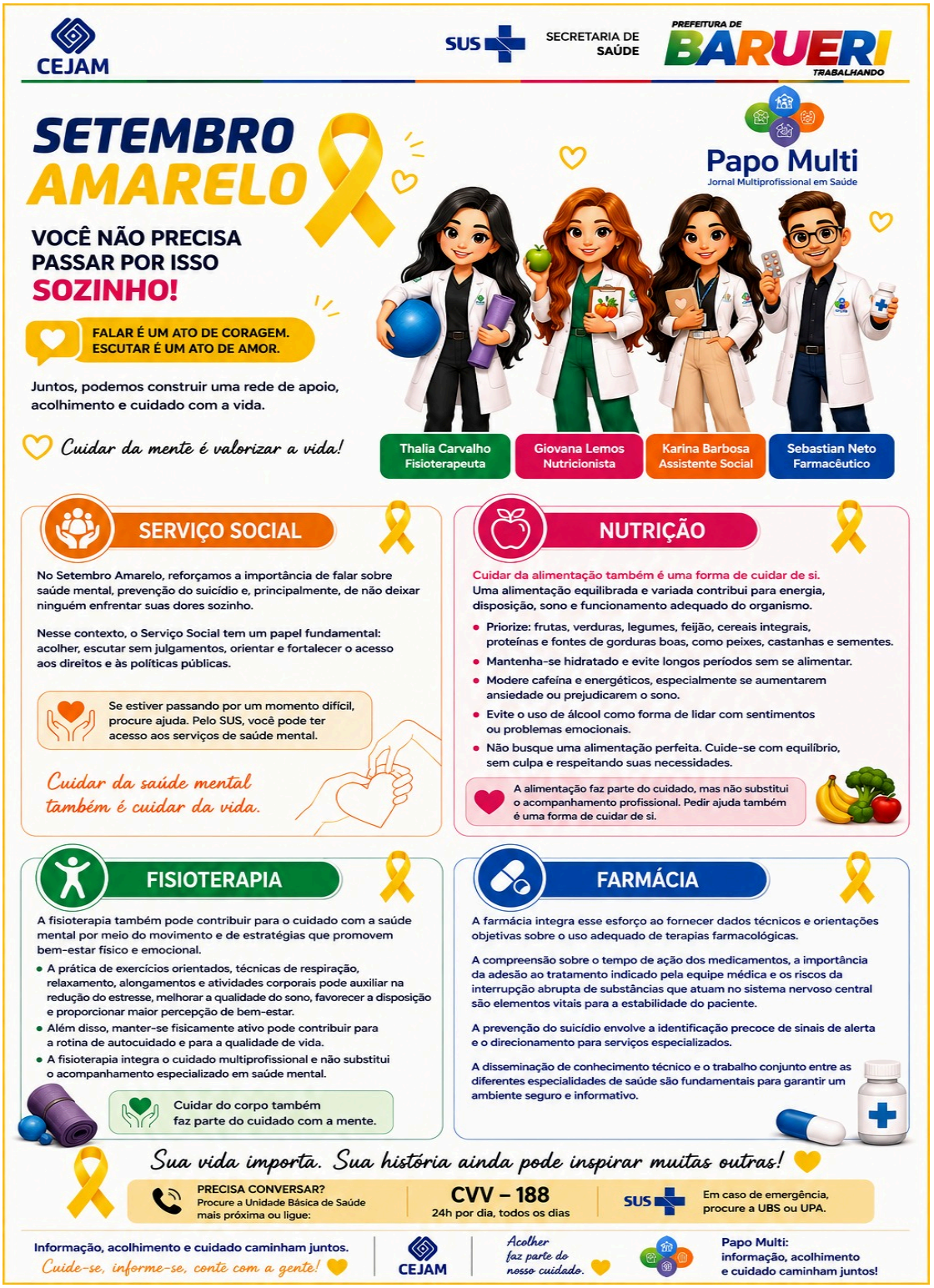

SIMPÓSIO DE SEGURANÇA DO PACIENTE- CEJAM



PARTICIPAÇÃO DO PS NO SEMINÁRIO MUNICIPAL DE ATUALIZAÇÃO EM SÍFILIS E HIV



JORNAL MENSAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL



10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS

10.1- Relatório do Hospitalista

10.2- Relatório do Serviço Social

10.3- Relatório do Núcleo de Qualidade

10.4- Relatório do SCIH (Antibióticos)

10.5- Relatório do SESMT

10.6- Relatório da Fisioterapia

10.7- Relatório da Nutrição

10.8- Relatório da Radiologia

10.9- Relatório da Pediatria

11. COMISSÕES INTERNAS

Nome da Comissão	Reunião Realizada	Ata Anexada
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - ativa	X	X
Comissão de prontuários - ativa	X	X
Comissão de óbitos - ativa	X	X
Comissão de EMTN - ativa	X	X
Comissão de auditorias- ativa		
Comissão Interna de Biossegurança - ativa	X	X
Comissão de Farmácia e Terapêutica - ativa	X	X
Comissão de Padronização de Medicamentos e Material Médico-Hospitalares - ativa	X	X
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - ativa	X	X
Comissão de Curativos e lesão de pele- ativa		
Comissão de Humanização- ativa		
Comissão de Controle de Infecção relacionadas à Assistência à Saúde - ativa	X	X
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - ativa	X	X
Comissão Proteção Radiológica- ativa		
Comissão de Ética de Enfermagem - ativa		
Comissão de Ética Médica- ativa		
Comissão Programa de Prevenção deRiscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes (PPRAMP) - ativa	X	X

11.1 Atas das Comissões

RELATÓRIO ASSISTENCIAL

UNIDADE DE OBSERVAÇÃO ADULTO - SETEMBRO DE 2026
Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

Tipo de atendimento: Observação - Clínica Médica
Responsável: Dra. Gabriela Teles Barbosa - CRM-SP 250.239

1 Introdução

O presente relatório apresenta a produção e o perfil assistencial da Clínica Médica na Unidade de Observação Adulto em setembro de 2026. A área física e os leitos são compartilhados com a Ortopedia; os indicadores da Gestão de Leitos representam a movimentação global do setor, enquanto a análise clínica se restringe ao levantamento nominal da Clínica Médica.

Foram registrados 231 pacientes-dia e 95 pacientes internados no setor compartilhado. Além da diversidade clínica e da demanda por transferências, destacaram-se permanências prolongadas e dificuldades de acesso a avaliações especializadas em pacientes potencialmente graves.

2 Metodologia

Foram utilizados o relatório mensal da Gestão de Leitos e o levantamento parcial nominal de setembro. A listagem contém 95 entradas identificadas por nome, das quais duas sem informações clínicas e uma com admissão e saída em junho. A análise clínica considerou provisoriamente 92 registros, incluindo episódios de reinternação e pacientes admitidos em agosto com permanência em setembro.

As categorias são não excludentes. Os percentuais representam documentação no levantamento, sem equivaler à totalidade dos procedimentos realizados. As datas inconsistentes foram excluídas dos cálculos de permanência; o registro exclusivamente datado de junho foi excluído das estatísticas clínicas até conciliação. Os dados globais e clínicos possuem escopos distintos e não constituem denominadores equivalentes.

3 Produção assistencial e movimentação de leitos

Indicador global da Observação	Setembro de 2026
Pacientes-dia	231
Pacientes internados	95
Altas	23
Evasões	5
Transferências internas	28
Transferências externas	64
Óbitos em menos de 24 horas	0
Óbitos após 24 horas	1

Altas, evasões e transferências são registros de movimentação e sua soma não determina o número de pacientes atendidos. As transferências externas constituíram o maior volume de movimentações do período.

4 Caracterização da base clínica

Dos 92 registros clínicos analisados, 85 apresentavam idade informada. A média etária foi de 60,5 anos, com variação de 14 a 93 anos. Os pacientes com 60 anos ou mais corresponderam a 49 registros (57,6% das idades disponíveis), evidenciando participação expressiva de idosos. Sete registros não continham idade disponível.

Faixa etária	n	Percentual entre 85 idades
Menores de 18 anos	4	4,7%
18 a 39 anos	11	12,9%
40 a 59 anos	21	24,7%
60 a 79 anos	36	42,4%
80 anos ou mais	13	15,3%

5 Perfil clínico e complexidade assistencial

A casuística incluiu doenças neurológicas, respiratórias, cardiovasculares, renais e urológicas, quadros abdominais e condições com demanda cirúrgica, infecções cutâneas, urgências oftalmológicas e crises de saúde mental. Foram observados pacientes com multimorbidade, demência, imobilismo, fragilidade e necessidade de cuidados paliativos.

Grupo clínico	Condições documentadas
Neurológico	AVC isquêmico e hemorrágico, AIT, delirium, crises convulsivas, encefalite límbica e neurotoxoplasmose.
Respiratório e cardiovascular	Pneumonia comunitária e broncoaspirativa, DPOC exacerbada, derrame pleural, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e fibrilação atrial.
Renal e urológico	DRC agudizada, injúria renal, hipercalemia, pielonefrite, obstrução ureteral, hidronefrose e retenção urinária.
Abdominal e cirúrgico	Colecistite, apendicite, obstrução intestinal, hemorragia digestiva, pancreatite, ascite e corpo estranho esofágico.
Cutâneo e vascular	Abscessos, erisipela, lesões por pressão infectadas, necrose, isquemia de membro e pé diabético infectado.
Outros	Urgências oculares, tentativas de autoextermínio, ideação suicida, citopenias graves e trauma de mandíbula.

Entre os casos de maior complexidade destacaram-se hemorragia intracraniana com hemoventrículo, AVC com dependência alimentar, infecções em pacientes frágeis, obstrução intestinal, hemorragia digestiva com piora clínica, apendicite complicada com pneumoperitônio localizado e bicitopenia grave com suspeita de leucemia.

5 1 Distribuição por grupos diagnósticos

A distribuição abaixo considera as condições clínicas atuais, síndromes em investigação e intercorrências registradas no episódio. Comorbidades remotas sem participação descrita no quadro foram excluídas. Cada registro é contado uma única vez em cada grupo, podendo integrar vários grupos. O denominador é de 92 registros clínicos.

Grupo diagnóstico ou assistencial	n	Percentual
Respiratórios	22	23,9%
Gastrointestinais e hepatobiliares	22	23,9%
Neurológicos e síndromes confusionais	21	22,8%
Cardiovasculares e vasculares periféricos	17	18,5%
Renais e urológicos	15	16,3%
Cutâneos e infecções de partes moles	12	13,0%
Metabólicos hidroeletrolíticos e nutricionais	9	9,8%
Oftalmológicos	7	7,6%
Cuidados paliativos	7	7,6%
Crises de saúde mental e autoagressão	4	4,3%
Hematológicos	4	4,3%
Trauma craniano e facial	2	2,2%

Tabela 5.1 - Frequências de grupos não excludentes. Os grupos reúnem diagnósticos e síndromes, incluindo hipóteses principais ainda em investigação. Cuidados paliativos constituem categoria assistencial e não um grupo de doenças.

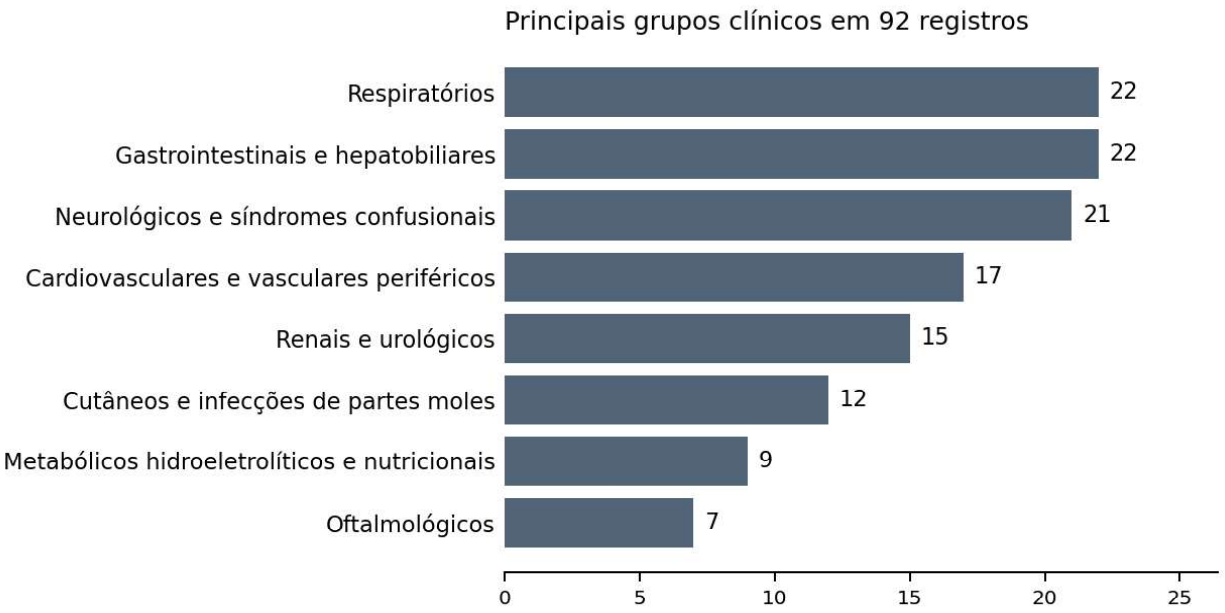


Figura 1 - Número de registros por grupo clínico. Os percentuais não devem ser somados.

5 2 Frequência por categoria CID 10

Os CIDs abaixo são categorias analíticas associadas às descrições clínicas do levantamento; não representam extração dos códigos lançados no sistema nem identificação do CID principal de internação. Foram contabilizados apenas os mais prevalentes.

CID 10	Condição clínica associada	n total	% de 92
I50	Insuficiência cardíaca no episódio	13	14,1%
J18	Pneumonia comunitária ou sem agente definido	12	13,0%
N39	Infecção urinária no episódio	8	8,7%
Z51.5	Assistência em cuidados paliativos	7	7,6%
F05	Delirium hipoativo ou hiperativo	6	6,5%
J69	Pneumonia por aspiração	5	5,4%
J90	Derrame pleural documentado	5	5,4%
E86	Desidratação	4	4,3%
I63	AVC isquêmico atual ou recente	4	4,3%
K81	Colecistite sem cálculo definido ou alitiásica	4	4,3%
L89	Lesões por pressão	4	4,3%
N13	Uropatia obstrutiva ou hidronefrose	4	4,3%
A41	Sepse documentada no episódio	3	3,3%
D64	Anemia sem causa única definida	3	3,3%
D69	Plaquetopenia	3	3,3%
G45	AIT como diagnóstico ou hipótese principal	3	3,3%
I48	Fibrilação atrial com relevância no episódio	3	3,3%
J44	DPOC com participação no quadro atual	3	3,3%
K35	Apendicite aguda	3	3,3%
N20	Calculose renal ou ureteral descrita	3	3,3%
T15	Corpo estranho ocular externo	3	3,3%
X84	Tentativa de autoagressão com meio não informado	3	3,3%
E87.0	Hipernatremia	2	2,2%
I64	AVC sem subtipo informado	2	2,2%

Referência de classificação: CID-10, Ministério da Saúde, tabela BRCID10 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Consulta em 09/10/2026. https://fhir.saude.go.gov.br/r4/reds-go/CodeSystem-BRCID10.html

6 Exames intervenções e recursos assistenciais

A assistência incluiu investigação laboratorial e por imagem, tratamento medicamentoso, suporte respiratório e nutricional e reavaliações seriadas durante a espera por leitos ou avaliações especializadas.

Recurso diagnóstico documentado	n	Percentual entre 92 registros
Exames laboratoriais	92	100,0%
Tomografia computadorizada	37	40,2%
Radiografia	33	35,9%
Ultrassonografia ou POCUS	28	30,4%
Eletrocardiograma	12	13,0%
Endoscopia digestiva alta	3	3,3%

Tabela 6.1 - Recursos diagnósticos mencionados no levantamento nominal.

Intervenção ou recurso documentado	n	Percentual entre 92 registros
Analgesia	67	72,8%
Antibioticoterapia	46	50,0%
Oxigenoterapia como suporte no episódio	7	7,6%
Sonda nasoenteral	6	6,5%
Cuidados paliativos	7	7,6%
Hidratação explicitamente descrita	4	4,3%
Medidas para delirium ou abstinência	3	3,3%
Sonda nasogástrica em drenagem	1	1,1%
Cardioversão	1	1,1%
Paracentese	1	1,1%
Intubação e extubação no episódio assistencial	1	1,1%

Tabela 6.2 - Intervenções e recursos mencionados. A intubação registrada ocorreu em 31/08 e a extubação em 02/09, durante episódio que atravessou os dois meses. Não representa intubação realizada em setembro.

Os registros de uso de sonda nasoenteral refletem necessidade assistencial durante a permanência, sem permitir classificar isoladamente o recurso como complicação. A base também descreve cuidados com feridas, suporte alimentar e manejo de distúrbios hidroeletrolíticos. As categorias não devem ser somadas; a ausência de menção não comprova ausência de realização.

7 Regulação e avaliações especializadas

O levantamento documentou solicitação ou cessão de vaga de Clínica Médica em 47 registros (51,1%). Houve demanda por Cirurgia Geral, Urologia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Psiquiatria, Neurocirurgia, Bucomaxilofacial e leitos destinados a cuidados paliativos. Os encaminhamentos cirúrgicos frequentemente foram registrados como solicitações conjuntas, como Cirurgia Geral e Urologia ou Cirurgia Geral e Vascular.

Foram observadas transferências após aceite de leito, altas após melhora clínica ou avaliação especializada, transferências para a Emergência em situações de agravamento e encaminhamentos em vaga zero. O aceite de avaliação especializada não foi tratado como sinônimo de internação hospitalar concluída.

Demanda de regulação	Exemplos do período
Clínica Médica	AVC, pneumonia, insuficiência cardíaca, DRC agudizada, alterações hematológicas e delirium.
Cirurgia Geral	Obstrução intestinal, colecistite, apendicite, abscessos e avaliação de lesões necróticas.
Urologia	Cálculo obstrutivo, hidronefrose, pielonefrite obstrutiva e retenção urinária.
Cirurgia Vascular	Isquemia de membro, lesões necróticas e pé diabético infectado.
Oftalmologia	Corpo estranho ocular, queimadura química, ceratite e olho vermelho doloroso.
Psiquiatria	Tentativas de autoextermínio e ideação suicida.
Neurocirurgia e cuidados paliativos	Hemorragia intracraniana e pacientes com fragilidade avançada e objetivos terapêuticos de conforto.

8 Evasões óbito e segurança assistencial

A Gestão de Leitos registrou cinco evasões. O levantamento nominal parcial não permite vincular individualmente essas ocorrências a diagnósticos ou à etapa de avaliação especializada; portanto, não é possível repetir para setembro a caracterização das evasões observada em agosto.

Foi registrado um óbito após 24 horas e nenhum em menos de 24 horas. A base clínica descreve um paciente com imobilismo, comorbidades e múltiplas lesões por pressão infectadas e necróticas, com solicitação de vaga clínica e avaliação cirúrgica não aceita, que evoluiu para óbito na Observação. A correspondência nominal com o indicador global e as circunstâncias do desfecho devem ser verificadas na revisão do prontuário e da regulação.

O levantamento também registra pacientes encaminhados à Emergência por evolução para fase ativa de morte. Esses eventos foram mantidos como transferências internas descritas, sem inferência de óbito na Observação. A análise do óbito e das dificuldades de regulação requer a cronologia dos registros, sem estabelecer relação causal apenas pela sequência dos eventos.

9 Longa permanência e dificuldades assistenciais

Três episódios foram explicitamente identificados como de longa permanência, com intervalos de 17 a 18 dias entre a admissão e a saída documentadas. Todos se iniciaram em agosto e tiveram desfecho em setembro, exigindo continuidade assistencial por período prolongado em unidade de pronto atendimento.

Caso e perfil	Intervalo documentado	Dificuldades e desfecho
Caso LP1 - 58 anos AVC isquêmico e comorbidades	29/08 a 16/09 18 dias	Necessidade de sonda nasoenteral, pneumonia broncoaspirativa e ITU registradas durante a internação; medidas para delirium e antibioticoterapia. Vaga clínica aceita em 16/09.
Caso LP2 - 84 anos Hemorragia intracraniana	21/08 a 08/09 18 dias	Hemorragia intraparenquimatosa com edema, hemoventrículo e focos subaracnoides; cuidados paliativos proporcionais. Rabdomiólise e possível sepse urinária descritas durante a permanência. Avaliação neurocirúrgica negada; vaga clínica cedida em 08/09.
Caso LP3 - 80 anos Doença neurológica prévia	17/08 a 03/09 17 dias	Pneumonia tratada, escape convulsivo, cuidados paliativos proporcionais e uso de sonda nasoenteral. Alta pelo Programa de Internação Domiciliar em 03/09.

Os intervalos correspondem à diferença entre as datas, sem contagem inclusiva e sem representar tempo exclusivo nos leitos da Observação: o levantamento não traz todos os horários ou mudanças de setor. Esses episódios não permitem calcular a média de permanência global do mês.

A permanência prolongada concentrou demandas de acompanhamento neurológico, alimentação por sonda, manejo de infecções, cuidados paliativos e articulação de destinos assistenciais. A manutenção desses cuidados e a necessidade de reavaliações sucessivas ampliaram a carga de trabalho e restringiram a disponibilidade dos leitos para novos pacientes.

No caso LP1, pneumonia broncoaspirativa e ITU foram registradas durante a internação; no caso LP2, constam rabdomiólise e possível sepse urinária. A classificação definitiva dessas condições como eventos associados à assistência e sua relação com o tempo de permanência dependem da revisão dos prontuários.

Recomenda-se acompanhamento diário dos pacientes com permanência prolongada, revisão do plano terapêutico e da prioridade de regulação, registro das barreiras à transferência e articulação precoce com a rede hospitalar, cuidados paliativos e atenção domiciliar, conforme a necessidade clínica.

10 Dificuldades de acesso à Cirurgia Geral

O levantamento registra solicitações de Cirurgia Geral inicialmente não aceitas em quadros potencialmente graves, seguidas de aceite após contato médico ou transferência em vaga zero. Os episódios demonstram a necessidade de avaliar o tempo até acesso especializado e os critérios de priorização na rede.

Caso e condição	Cronologia documentada	Repercussão assistencial
Caso CG1 - 59 anos Abdome agudo obstrutivo	Admissão em 25/09; transferência para Cirurgia Geral em 27/09. Solicitação inicialmente negada apesar de laudo significativo para obstrução intestinal. Aceite após contato médico.	Permanência por aproximadamente dois dias na Observação, com analgesia e sonda nasogástrica em drenagem, enquanto aguardava definição especializada.
Caso CG2 - 64 anos Hemorragia digestiva alta	Admissão em 14/09; solicitação inicialmente negada. Piora clínica descrita e transferência em vaga zero em 15/09.	Necessidade de escalonamento do fluxo de transferência diante da evolução clínica. A base não informa aceite posterior pelo fluxo habitual.
Caso CG3 - 77 anos Lesões por pressão infectadas e necróticas	Admissão em 24/09. Solicitação de vaga clínica e avaliação cirúrgica não aceita, segundo o levantamento, em razão do estado crítico. Evolução para óbito na Observação.	Demanda por revisão individual do prontuário e da regulação para esclarecer indicação, justificativa da negativa, prioridades e sequência assistencial. Não há aceite posterior documentado.

No período também houve apendicite complicada com focos de pneumoperitônio localizado e transferência em vaga zero no mesmo dia da admissão. Esse episódio reforça a demanda por recurso cirúrgico urgente, mas não contém registro de negativa inicial e não foi classificado como tal.

A indisponibilidade inicial de acesso especializado manteve pacientes com necessidade de avaliação hospitalar sob os cuidados da equipe de pronto atendimento, exigindo tratamento de suporte, reavaliações e interlocução adicional com os serviços de referência. No caso CG2, foi documentada piora clínica durante o intervalo descrito; isso não permite atribuir a piora exclusivamente à negativa.

Recomenda-se revisão conjunta dos fluxos de avaliação de abdome agudo, hemorragia digestiva e infecções com possível necessidade de abordagem cirúrgica, com registro de horário das solicitações e respostas, justificativa das negativas, reclassificação de prioridade e contato direto entre médicos diante de agravamento ou divergência clínica.

11 Comparação com agosto de 2026

Indicador global	Agosto	Setembro	Variação
Pacientes-dia	276	231	-16,3%
Pacientes internados	132	95	-28,0%
Altas	52	23	-55,8%
Evasões	5	5	+0,0%
Transferências internas	37	28	-24,3%
Transferências externas	75	64	-14,7%
Óbitos em menos de 24 horas	0	0	Sem alteração
Óbitos após 24 horas	0	1	Aumento de 1 registro

Em relação a agosto, setembro apresentou redução de 16,3% nos pacientes-dia, de 28,0% nas internações, de 55,8% nas altas, de 24,3% nas transferências internas e de 14,7% nas externas. As evasões permaneceram em cinco. Houve um óbito após 24 horas, frente a nenhum em agosto; a variação percentual não é calculável com denominador zero.

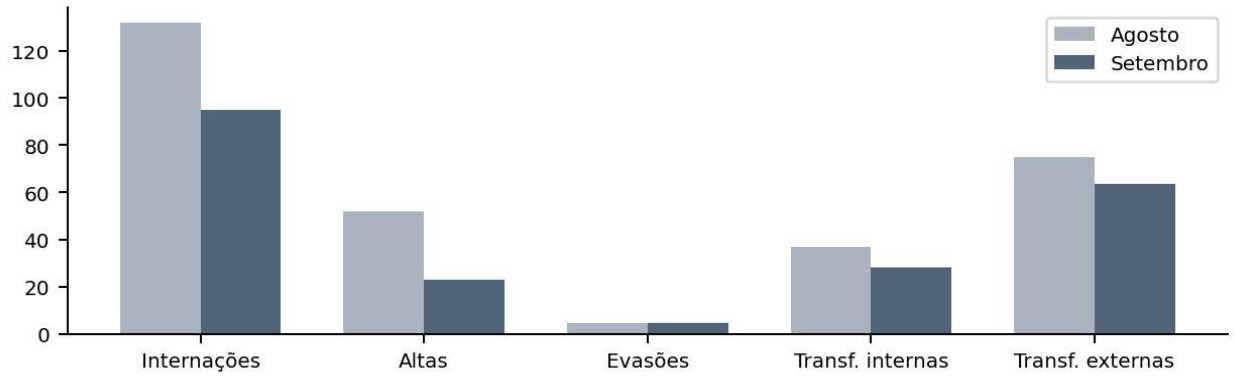


Figura 2 - Comparação das movimentações globais de agosto e setembro de 2026.

12 Considerações finais

Setembro manteve demanda clínica complexa e necessidade expressiva de transferências externas, apesar da redução dos indicadores globais de movimentação. A base parcial mostrou predomínio de adultos e idosos, com doenças agudas sobrepostas a comorbidades e necessidade de investigação, estabilização e regulação.

As permanências de 17 a 18 dias e os episódios de dificuldade de acesso à Cirurgia Geral constituem pontos prioritários de análise. O fortalecimento da comunicação entre serviços, a revisão das prioridades de regulação e o acompanhamento sistemático dos pacientes de longa permanência podem apoiar maior agilidade no acesso aos recursos necessários e na liberação dos leitos.

A conciliação das fontes, a revisão do óbito, a caracterização individual das evasões e a padronização das datas e desfechos são necessárias para consolidar os indicadores e direcionar as melhorias assistenciais.

Dra. Gabriela Teles Barbosa
CRM-SP 250.239
Diretora Clínica e Coordenadora da Porta e Observação

birdID
Documento assinado digitalmente por:
GABRIELA TELES BARBOSA
445.969.188-48
2026-10-09T16:30:16.721954

PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO FREITAS

RELATÓRIO DE ATIVIDADES – SERVIÇO SOCIAL

ATENDIMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL MÊS DE SETEMBRO2026.

Município	Quantidade	Porcentagem
Barueri	63	59%
Jandira	9	8%
Itapevi	1	1%
Outros	20	19%
Total Geral	**93**	**100%**
Sexo	**Quantidade**	**Porcentagem**
Feminino	36	34%
Masculino	57	53%
Total Geral	**93**	**100%**
Acolhimento	**Quantidade**	**Porcentagem**
Acolhimento/Escuta	13	12%
Acolhimento no leito	75	70%
Atendimento Criança	**5**	4%
Total Geral	**93**	**100%**
Demanda Identificada	**Quantidade**	**Porcentagem**
Pessoa em Situação de Rua	6	13%
Boletim Observação / EMERGÊNCIA	75	163%
Visita religiosa	4	9%
Contato com familiar	32	69%
Contato com rede	5	11%
Óbito (Acolhimento e Orientações)	5	11%
PID / PAD	2	4%
Solicitação de Oxigênio Domiciliar	0	0
Relatório Conselho Tutelar	0	0
Conflito Institucional	0	0
Relatório externo (CRAS/CREAS/CRAM	2	4%
Conflito Familiar	1	2%
Ressalva de DO/DNV	1	2%
Orientações Gerais	33	72%
Acolhimento Familiar	38	82%
Total Geral	**217**	**100%**

Situação de Risco	Quantidade	Porcentagem
Acidente de Trânsito	0	0%
Acidente Doméstico	0	0%
Evasão	0	0%
Negligência	3	1%
Tentativa de Suicídio	2	1%
Violência Doméstica	1	1%
Suspeita Abuso Sexual	0	0%
Total Geral	**6**	**100%**
Encaminhamentos Realizados	**Quantidade**	**Porcentagem**
Encaminhamento Casa de Acolhimento	1	1%
Encaminhamento Rede de Saúde	5	1%
Total Geral	**6**	**100%**

Talita Caroline da Silva
CRESS 61.878

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

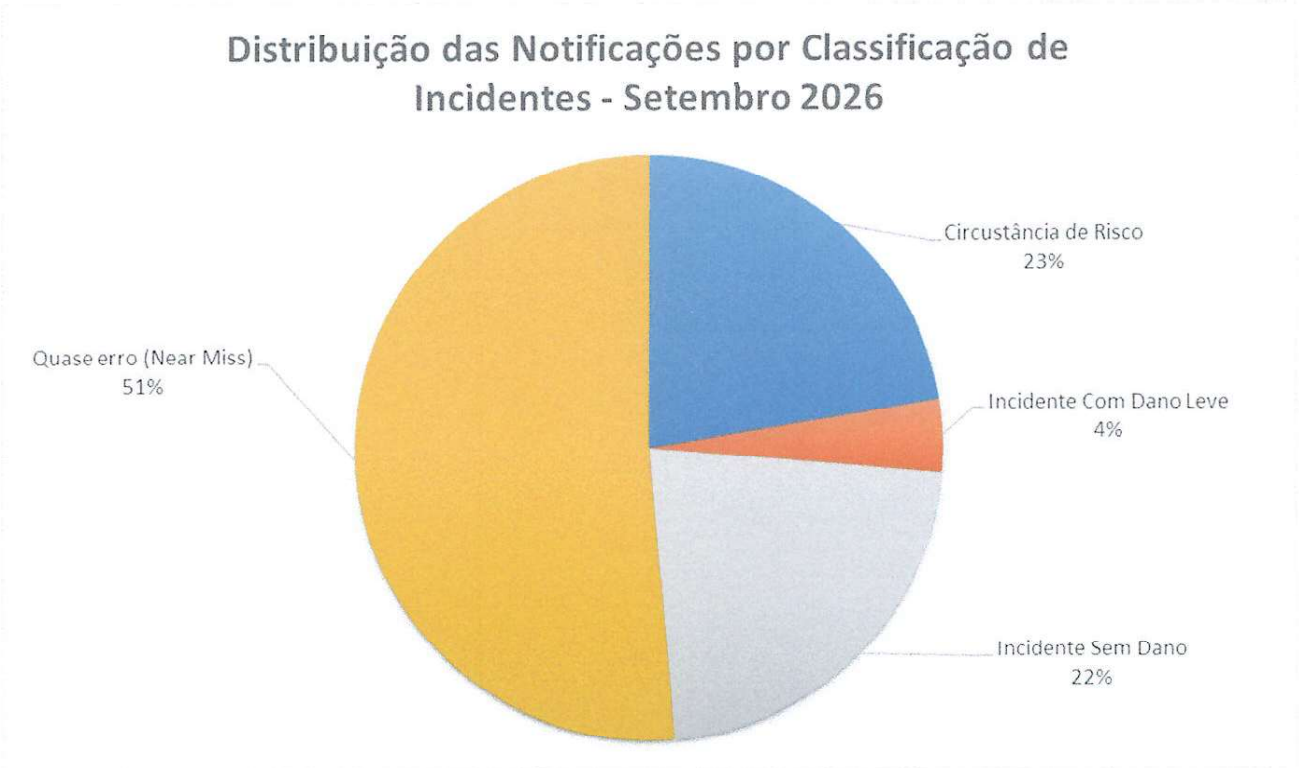
Relatório da Qualidade

SETEMBRO/2026

NOTIFICAÇÕES

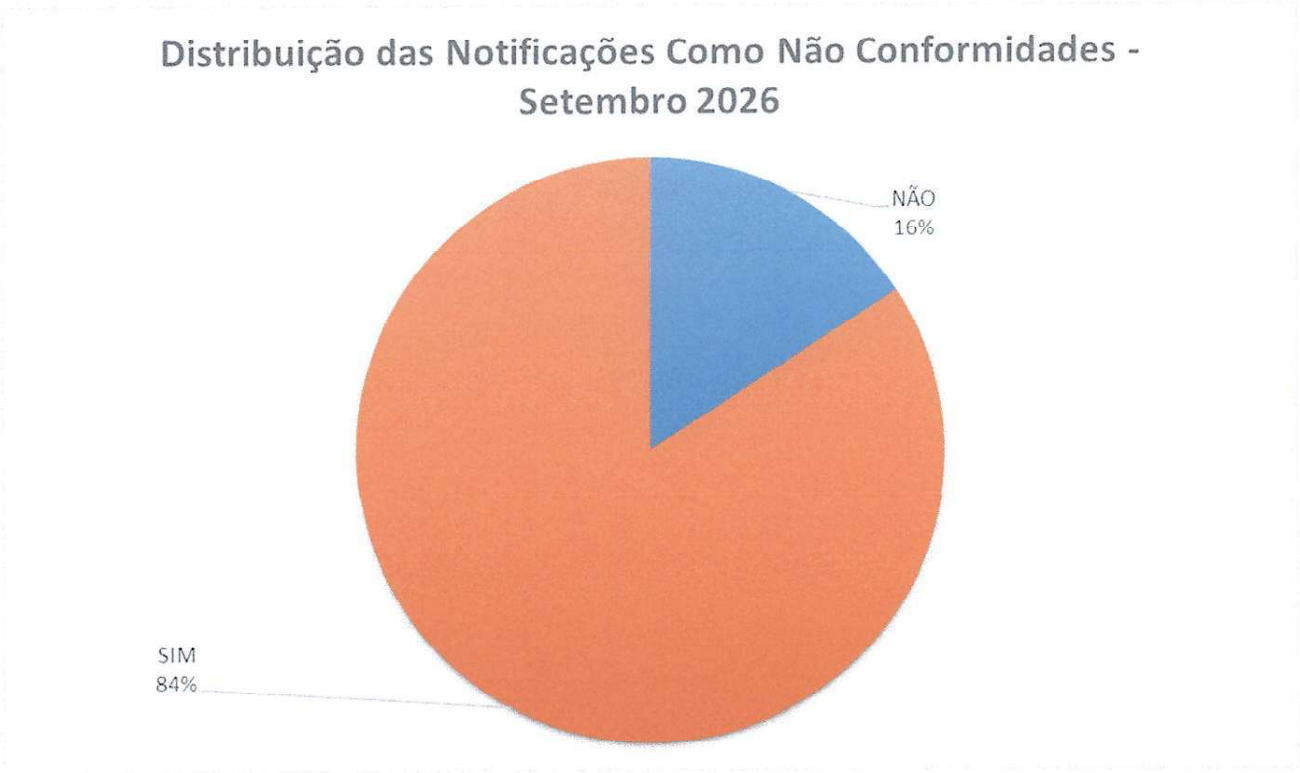
Recebemos no total **76** notificações com as seguintes classificações:

Classificação	Quantidade	Percentual
Circustância de Risco	17	22%
Incidente Com Dano Leve	3	4%
Incidente Sem Dano	17	22%
Quase erro (Near Miss)	39	51%
Circustância de Risco	17	22%



Dessas notificações, **78** foram classificadas como não conformidades:

Incidente é Não Conformidade?	Quantidade	Percentual
NÃO	12	16%
SIM	64	84%



Outros incidentes e/ou eventos adversos:

- Flebite – 09 ocorrências.

Identificação: [redacted]
Notificante: [redacted]
Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI

Tipo Setor Notificado: Assistencial
Setor Notificado: Emergência
Tipo Setor Notificante: Assistencial

Setor do Notificante: Emergência
Tipo Setor Ocorrência: Assistencial
Setor da Ocorrência: Emergência

Prontuário: [redacted]
Data de Abertura: 18/09/2026
Data Ocorrência: 17/09/2026
Hora Ocorrência: 20:00
Tipo Pessoa: Paciente

Descrição da Ocorrência:
PACIENTE APRESENTOU MEMBRO SUPERIOR DIREITO NO LOCAL DO ACESSO PERIFÉRICO EDEMACIADO, APRESENTANDO SINAIS DE FLEBITE.
Ação Imediata:
RETIRADO O ACESSO, REALIZADO COMPRESSA COM ÁGUA MORNA.

Identificação: [redacted]
Notificante: [redacted]
Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI

Tipo Setor Notificado: Assistencial
Setor Notificado: Enfermagem
Tipo Setor Notificante: Assistencial

Setor do Notificante: [redacted]
Tipo Setor Ocorrência: Assistencial
Setor da Ocorrência: Pronto Socorro/Enfermaria COVID

Prontuário:	Data de Abertura:	Data Ocorrência:	Hora Ocorrência:	Tipo Pessoa:
5630830	23/09/2026	23/09/2026	18:45	Paciente

Descrição da Ocorrência:
PACIENTE REFERE QUEIXA DE DOR NA REGIÃO DO PESCOÇO NA ARÉA ESQUERDA, PACIENTE APRESENTA EDEMA E RUBOR NA REGIÃO DO AVP QUE SE ENCONTRA NA JUGULAR ESQUERDA, FOI REMOVIDO A CESSO E PASSADO EM PLANTÃO O CASO, FOI REALIZADO A LIMPEZA DO LOCAL, APÓS ALGUNS MINUTOS FOI PERCEBIDA A DIMINUIÇÃO DO EDEMA.
Ação Imediata:
REALIZADA RETIRADA DO AVP, LIMPEZA DA AREA AFETADA E COMPRESSA DE GAZES PARA DIMINUIÇÃO DO EDEMA E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO.

- Perda de CVC – 01 ocorrência.

Identificação: [redacted]
Notificante: [redacted]
Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI

Tipo Setor Notificado: Assistencial
Setor Notificado: Emergência
Tipo Setor Notificante: Assistencial

Setor do Notificante: [redacted]
Tipo Setor Ocorrência: Assistencial
Setor da Ocorrência: Emergência

Prontuário:	Data de Abertura:	Data Ocorrência:	Hora Ocorrência:	Tipo Pessoa:
	26/09/2026	26/09/2026	19:30	Paciente

Descrição da Ocorrência:
PACIENTE COM INDICAÇÃO DE INTUBAÇÃO CONFORME PASSAGEM DE PLANTÃO PELA FISIO DO PERIODO DIURNO , POREM NAO FOI REALIZADO MESMO APOS MEDICO DR EDDY TER SIDO ORIENTADO QUE NAO HAVERIA FISIO NO PLANTÃO NOTURNO, PACIENTE AGITOU-SE FOI SOLITADO AO DR EDDY PRESCRIÇÃO PARA CONTENÇÃO POREM O MESMO PEDIU PARA ESPERAR, PACIENTE CONFUSO , AGITOU-SE NOVAMENTE TRACIONOU E SACOU O CVC DA SUB CLAVIA DIREITA ROMPENDO OS PONTOS DE INSERÇÃO PARA FIXAÇÃO DO CATETER CENTRAL, POREM DR EDDY SAIU EM REMOÇÃO PASSAMOS O CASO PARA DR NEYLOR QUE PRONTAMENTE ATENDEU ÀS NOSSAS SOLICITAÇÕES,
Ação Imediata:
SOLICITADO AO DR NEYLOR QUE ATENDEU AS NOSSAS SOLICITAÇÕES PARA CONTENÇÃO DO PACIENTE, POIS DR EDDY SAIU DE REMOÇÃO

- Extubação acidental: Nenhuma ocorrência.
- Lesão por pressão: 02 ocorrências.
- Lesão de pele: Nenhuma ocorrência.
- Erros de medicação: Nenhuma ocorrência.
- Queda: 02 ocorrências.

[redacted]
JOSÉ WILSON OLIVEIRA FEITOSA

[redacted]
JENNYFER STEFANNY VULPINI

Unidade:
PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI

Tipo Setor Notificado:
Assistencial

Setor Notificado:
Medicação

Tipo Setor Notificante:
Assistencial

Setor do Notificante:
Enfermagem

Tipo Setor Ocorrência:
Assistencial

Setor da Ocorrência:
Medicação

[redacted]
5629567

Data de Abertura:
18/09/2026

Data Ocorrência:
18/09/2026

Hora Ocorrência:
06:00

Tipo Pessoa:
Paciente

Descrição da Ocorrência:
PACIENTE COM MUITA DOR AO SE SENTAR NA POLTRONA ESCORREGOU E CAIU SENTADO NO CHÃO, SOLICITADO AVALIAÇÃO MEDICA NA HORA, DR THOMAS FOI REALIZAR A AVALIAÇÃO, ABRIR PROTOCOLO DE QUEDA E DR FINALIZOU COM ALTA. PACIENTE SEGUE SOB OBSERVAÇÃO E CUIDADOS DA ENFERMAGEM, POIS IRA REALIZAR EXAMES AINDA NA UNIDADE.

Ação Imediata:
ABERTO PROTOCOLO DE QUEDA E DR FINALIZOU COM ALTA. PACIENTE SEGUE SOB OBSERVAÇÃO E CUIDADOS DA ENFERMAGEM, POIS IRA REALIZAR EXAMES AINDA NA UNIDADE.

Identificação:
[redacted]

Notificante:
[redacted]

Unidade:
PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI

Tipo Setor Notificado:
Assistencial

Setor Notificado:
Pronto Socorro

Tipo Setor Notificante:
Assistencial

Setor do Notificante:
Pronto Socorro

Tipo Setor Ocorrência:
Assistencial

Setor da Ocorrência:
Pediatria

Prontuário:
[redacted]

Data de Abertura:
28/09/2026

Data Ocorrência:
28/09/2026

Hora Ocorrência:
17:00

Tipo Pessoa:
Acompanhante

Descrição da Ocorrência:
17:00 ACOMPANHANTE ESTÁ COM CRIANÇA NO COLO AGUARDANDO ATENDIMENTO NA PEDIATRIA, QUANDO A CRIANÇA SENTIU VONTADE DE VOMITAR, A ACOMPANHANTE A MÃE DA CRIANÇA LEVANTOU RÁPIDO PARA IR ATÉ O BANHEIRO A CRIANÇA VOMITOU E ELA ACBOU PISANDO ESCORREGOU E BATEU O COTOVELO DIREITO NO CHÃO, ENCAMINHO ELA PARA ABRIR ATENDIMENTO, E APÓS ATÉ A SALA DE ORTOPEDIA.

Ação Imediata:
FOI REALIZADO RAIO X, E APÓS ATENDIMENTO COM ORTOPEDISTA, O MESMO RELATA NÃO DEU DANO ALGUM, PERGUNMTA SE ELA QUER MEDICAÇÃO PARA DOR, ELA RECUSA E VAI EMBORA PARA CASA. ORIENTO A PROCURAR O PS SE A DOR AUMENTAR OU ALGO MAIS.

INDICADOR DE TAXA DE NOTIFICAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS

Fórmula	$\frac{\text{N° de notificações de eventos adversos}}{\text{N° total de atendimentos}} \times 1000$

Análise crítica:

Neste mês, tivemos o registro de 03 notificações com eventos adversos dentro do sistema Medicsys, representando 0,14 a cada 1.000 atendimentos (valor total = **20.933** atendimentos).

COMISSÕES

Reuniões Setembro/2026:

- Revisão de prontuários – Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de Julho, com 40 análises. Realizada em 21/09/2026
- Revisão de óbitos - Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de Julho, com 26 óbitos totais. Realizada em 21/09/2026

  Observação: As comissões de revisão de prontuários e de óbitos analisam os prontuários do mês anterior.
- PGRSS - Realizada em 24/09/2026
- CPMMMH – Realizada em 16/09/2026
- Farmácia Terapêutica – 16/09/2026
- Biossegurança - Realizada em 24/09/2026
- PPRAMP - Realizada em 24/09/2026
- CCIRAS – Realizada em 14/09/2026
- CIPA – Realizada em 18/09/2026
- NSP – Realizada em 28/09/2026
- EMTN – Realizada em 16/09/2026

Adriana Cristina De Franco
Coordenadora da Qualidade

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADO À ASSISTÊNCIA
Referente à Setembro de 2026

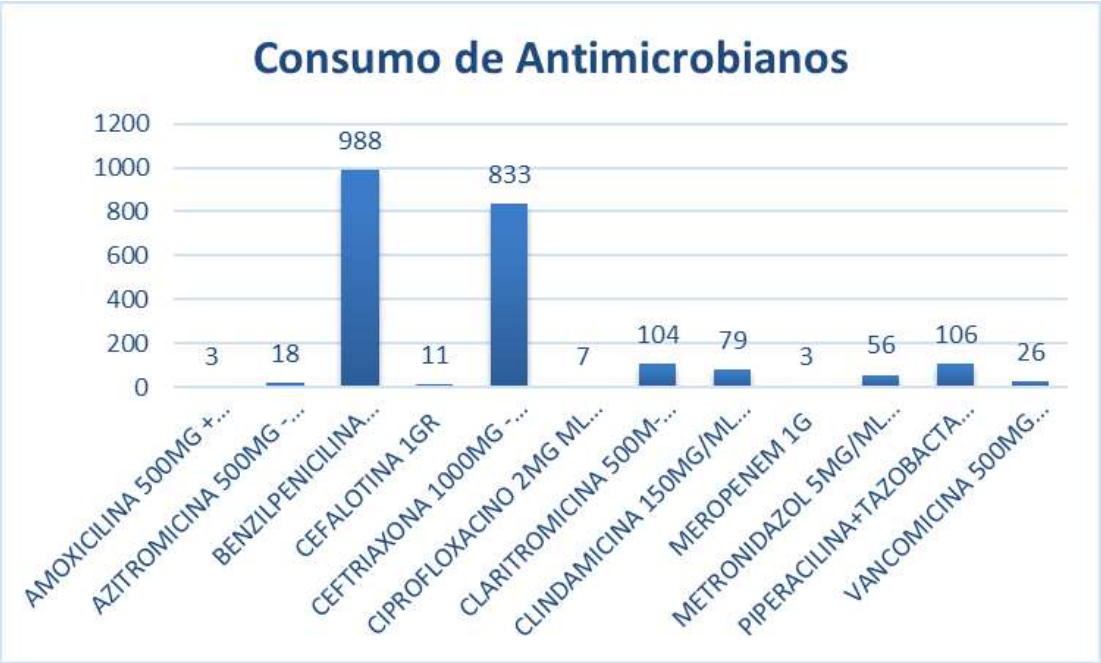
1. Apresentação

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

2. Número total de Antibióticos.

Em Setembro, foram registradas 2.234 unidades de antimicrobianos consumidas, distribuídas entre diferentes apresentações. benzilpenicilina benzatina (988; 44,2%) e ceftriaxona (833; 37,3%) somam 81,5% do total. Os outros 10 itens dividem os 18,5% restantes. **Espectro amplo concentrado na Emergência Adulto:** 62% da piperacilina-tazobactam, 81% da vancomicina e 57% da claritromicina.

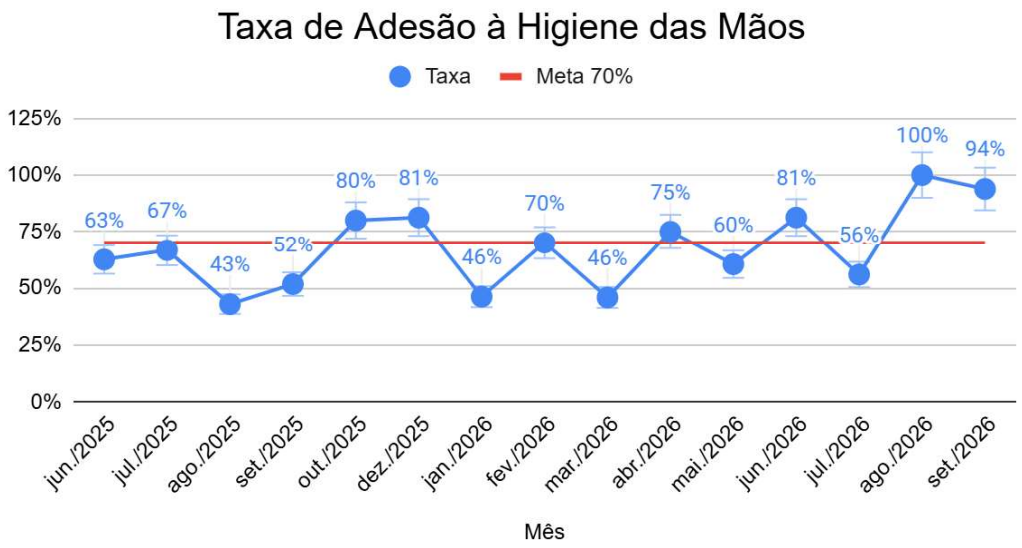
Gráfico 01: Consumo de antimicrobianos



3. **Adesão à Higienização das Mãos**

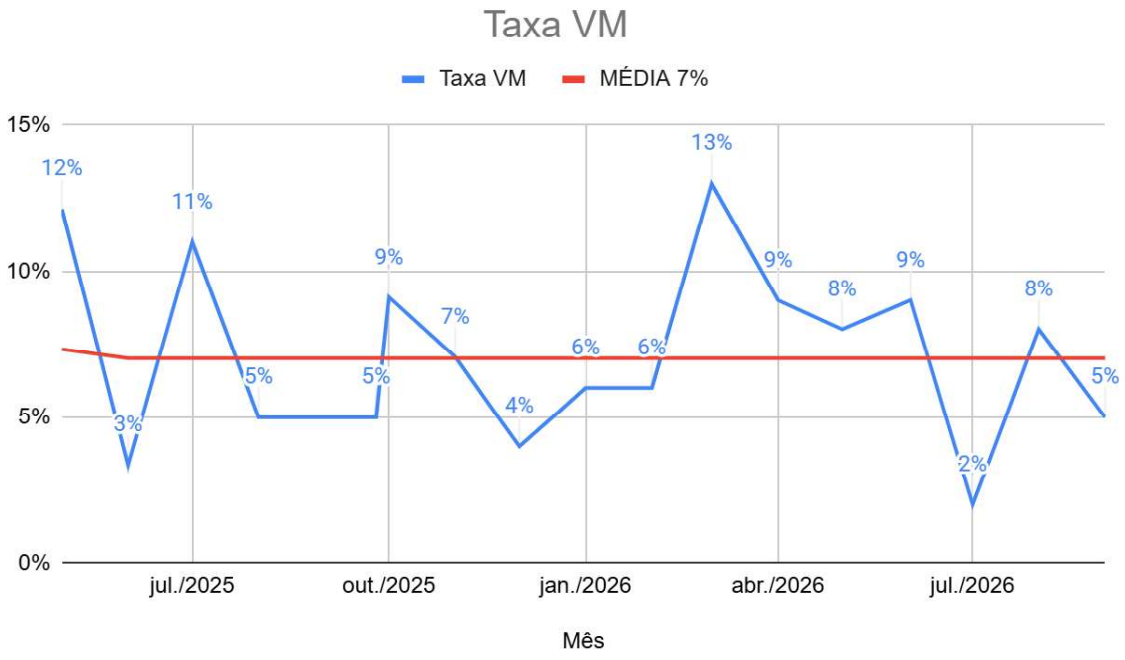
Em setembro, foram realizadas 163 auditorias de higiene das mãos: 153 conformes (94%). Entre as 153 observações conforme, 109 (71%) corresponderam à utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos, enquanto 44 (29%) foram realizadas com água e sabonete.

Gráfico 02: Adesão à Higienização das Mãos.



4. **Taxa de Dispositivos Invasivos e IRAS**

Taxa de Ventilação Mecânica Invasiva: Em setembro, a taxa de utilização de ventilação mecânica (VM) foi de 5%, com 5 pacientes submetidos à intubação orotraqueal por período superior a 24 horas, totalizando 9 VM-dia. Redução comparado com mês anterior. Não houve PAV no mês de Setembro. **Gráfico 03:**



Cateter Vesical de Demora:

Gráfico 04 - Taxa de Cateter Vesical de Demora: A taxa de utilização de CVD foi de 17%, com 19 pacientes em uso e 71 CVD-dia. No período, foi investigada suspeita de ITU associada ao cateter em uma paciente que permaneceu 12 dias com CVD para controle do balanço hídrico, em razão de instabilidade hemodinâmica. Portanto foi identificado 1 caso de ITU-AC. Densidade de ITU-AC 14% (1 caso para 71 CVD/dia).

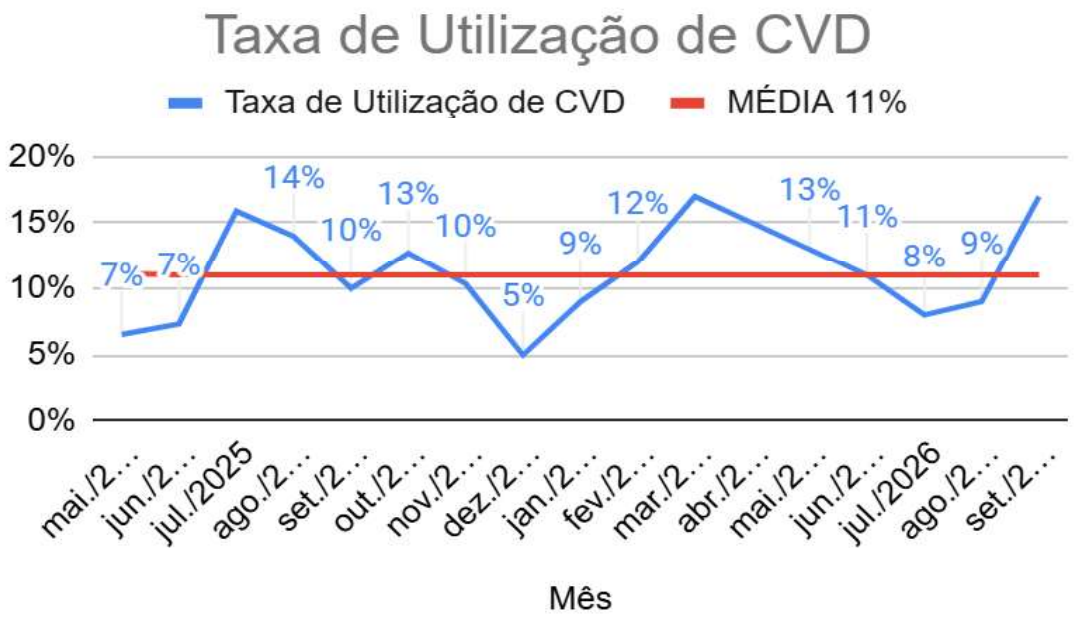
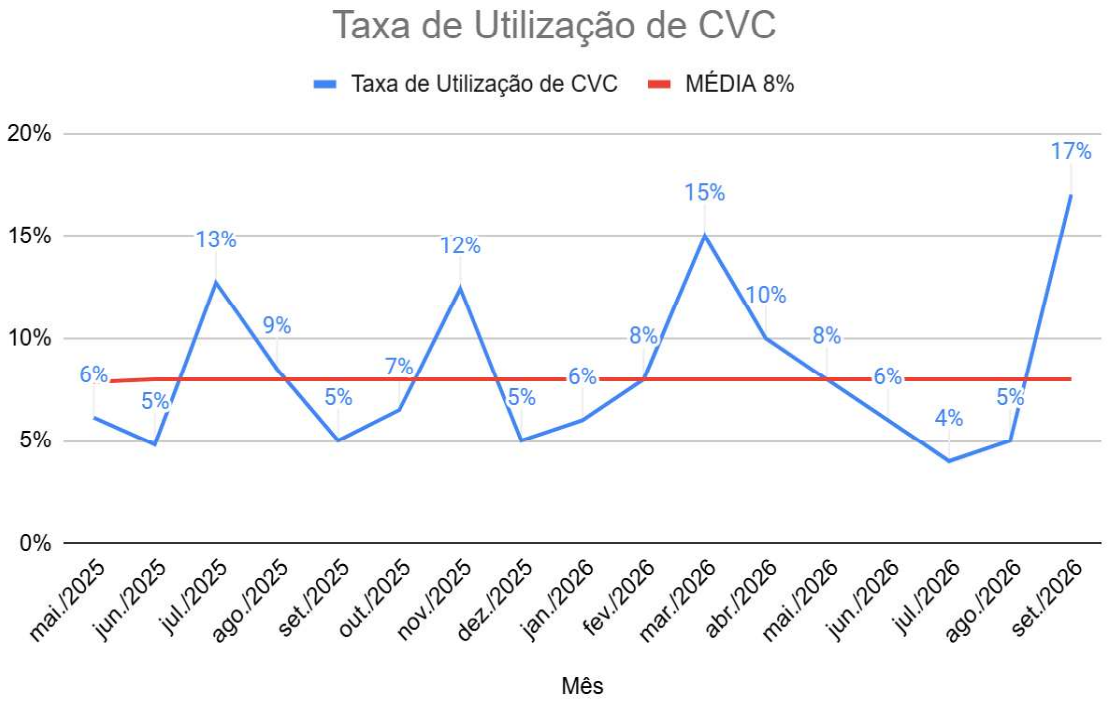


Gráfico 05: Taxa de Cateter Venoso Central : A taxa de utilização de CVC apresentou aumento, com 12 pacientes em uso e 34 CVC-dia. O aumento esteve relacionado à permanência prolongada do dispositivo em pacientes em uso de drogas vasoativas (DVA), destacando-se uma paciente que permaneceu 11 dias com CVC para administração de DVA, retirado dispositivo após o desmame da medicação e estabilização clínica. Não houve IPCS relacionado ao cateter central em setembro.



Stefany Dantas Varelo
COREN-SP 613178 ENF

Atenciosamente,

Stefany Dantas Varelo

Enfermeira SCIRAS

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

RELATÓRIO MENSAL DO SESMT — SETEMBRO/2026

Introdução

Durante o mês de setembro, o SESMT deu continuidade às ações voltadas à promoção da saúde e segurança dos colaboradores, com foco na prevenção de acidentes, identificação de riscos, capacitação das equipes e melhoria contínua das condições de trabalho.

Ações Desenvolvidas

- Rondas e inspeções de segurança: realização de rondas diárias nos setores, com identificação de riscos, orientações aos colaboradores e acompanhamento das condições de trabalho.
- Formação de brigadistas: capacitação de 32 novos brigadistas, fortalecendo a preparação da unidade para situações de emergência e a prevenção de incêndios.
- Treinamentos e orientações in loco: realização de orientações sobre o uso adequado de unhas no ambiente de trabalho, reforçando as medidas de segurança e os cuidados necessários nas atividades assistenciais.
- SIPAT 2026: realização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho, entre os dias 21 e 25 de setembro, com ações voltadas à saúde, segurança e bem-estar dos colaboradores, totalizando 241 participações.
- Reconhecimento da atuação da brigada: valorização e reconhecimento dos novos brigadistas, reforçando a importância do comprometimento e da participação dos colaboradores nas ações de prevenção e resposta a emergências.
- AVCB — Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros: a unidade recebeu a visita do Corpo de Bombeiros. Durante a avaliação, foi identificado um apontamento relacionado ao projeto de emergência, que prevê uma escada inexistente na estrutura atual da unidade, sendo necessária a definição de adequações. A Diretoria já está ciente da situação e mantém tratativas com a Secretaria Municipal. No momento, aguardamos o retorno para continuidade das providências necessárias à regularização.

Registro de Incidentes e Acidentes — Setembro/2026

No mês de setembro, foi registrado 1 acidente de trabalho típico, decorrente de queda em razão de piso molhado, reforçando a importância da atenção às condições dos pisos, da sinalização adequada e da prevenção de quedas.

Em relação aos acidentes com exposição a material biológico, a unidade alcançou 113 dias sem ocorrências, representando um marco importante para a segurança ocupacional e reforçando a relevância das ações preventivas, dos treinamentos, das orientações e do acompanhamento contínuo das equipes.

Conclusão

As ações de setembro reforçaram o compromisso do SESMT com a prevenção de acidentes e a promoção da saúde e segurança dos colaboradores. Destacam-se a formação de 32 novos brigadistas, a SIPAT com 241 participações e o marco de 113 dias sem acidentes com material biológico. Permanecem em acompanhamento as medidas preventivas para evitar quedas e as tratativas para regularização do AVCB.

Atenciosamente,

Tatiana Maria Barros
Técnica de Segurança

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas



RELATÓRIO DE INDICADORES DE FISIOTERAPIA – SETEMBRO/2026

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas – CEJAM

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

1. Indicadores Assistenciais

Indicador	Resultado
Número de atendimentos adultos	428
Número de atendimentos pediátricos	19
Número total de atendimentos no mês	447
Número de pacientes em ventilação mecânica	11
Número de pacientes submetidos à extubação eletiva	3
Número de pacientes com extubação acidental/não planejada	0
Número de pacientes em ventilação não invasiva (VNI)	16
Pacientes intubados/dia	24

Durante o mês de setembro de 2026, o serviço de fisioterapia realizou 447 atendimentos, com predominância de atendimentos em pacientes adultos. Observou-se assistência contínua a pacientes críticos em ventilação mecânica e suporte ventilatório não invasivo, demonstrando a relevância da atuação fisioterapêutica no manejo respiratório e na estabilização clínica. Destaca-se a ausência de eventos de extubação acidental, evidenciando adesão às boas práticas assistenciais e segurança do paciente.

2. Conclusão

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

Thalia Carvalho Do Nascimento
Fisioterapeuta Responsável Técnica
CREFITO 349818-F

ASSINADO DIGITALMENTE POR
Thalia Carvalho Do Nascimento
CPF: 477.015.268-03
Data: 02/10/2026 08:05 -03:00

RELATÓRIO MENSAL DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

Competência: Setembro/2026
Unidade: Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório apresenta os resultados das atividades desenvolvidas pela equipe de Nutrição Clínica no Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas, referentes à competência de setembro de 2026. São contemplados indicadores relacionados à produção assistencial, ao perfil epidemiológico e clínico dos pacientes, ao estado nutricional, à terapia nutricional e às ações de acompanhamento nutricional desenvolvidas no período.

A análise dos indicadores tem como objetivo subsidiar o monitoramento da assistência nutricional, identificar as principais demandas clínicas e nutricionais e contribuir para o planejamento de ações voltadas à segurança, à qualidade e à efetividade do cuidado nutricional.

2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

No período analisado, foram acompanhados 44 pacientes, sendo realizadas 38 triagens e avaliações nutricionais, além de 06 reavaliações nutricionais em pacientes que permaneceram na unidade por período superior a sete dias, conforme os critérios institucionais estabelecidos para acompanhamento.

Quanto ao perfil etário, observou-se predominância de pacientes idosos, com 34 indivíduos (77,3%), seguidos por 9 adultos (20,5%) e 1 paciente classificado na faixa etária de criança/adolescente (2,3%).

Em relação ao sexo, observou-se predominância do sexo masculino, mantendo a tendência identificada no período anterior.

Durante o mês, foram realizadas 358 visitas à beira leito, correspondendo a uma média aproximada de 12 visitas diárias. As visitas foram destinadas tanto aos pacientes previamente triados e avaliados quanto àqueles que, mesmo não se encontrando no período previsto para triagem, avaliação ou reavaliação nutricional, apresentavam necessidade de acompanhamento sistemático.

O acompanhamento contemplou aspectos como ingestão e aceitação alimentar, tolerância à dieta, hábito intestinal, presença de comorbidades, sinais ou risco de disfagia, evolução clínica e demais condições que pudessem indicar a necessidade de adequação da conduta dietoterápica ou de intervenção nutricional específica.

3. CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA

Quanto ao nível de assistência nutricional, observou-se predominância de pacientes classificados no nível terciário, com 32 pacientes (72,7%), seguido pelo nível secundário, com 10 pacientes (22,7%), e pelo nível primário, com 2 pacientes (4,5%).
Os pacientes classificados nos níveis secundário e terciário totalizaram 42 indivíduos, correspondendo a 95,5% dos pacientes acompanhados, evidenciando a predominância de demandas nutricionais de maior complexidade no período.
Esse perfil reforça a necessidade de acompanhamento nutricional sistemático, especialmente diante da presença de múltiplas comorbidades, alterações do estado nutricional, risco de disfagia, necessidade de adequações dietoterápicas e indicação de terapia nutricional especializada.

4. ESTADO NUTRICIONAL

Na avaliação do diagnóstico nutricional, observou-se predominância de pacientes classificados com baixo peso/desnutrição, correspondendo a 19 pacientes (43,2%).
Na sequência, foram identificados 13 pacientes (29,5%) com eutrofia, 11 pacientes (25,0%) classificados na categoria agregada de sobrepeso/obesidade e 1 paciente (2,3%) com obesidade associada à redução de massa muscular.
O predomínio de baixo peso/desnutrição evidencia a relevância da identificação precoce do risco e da inadequação nutricional, bem como da implementação de estratégias individualizadas para recuperação ou manutenção do estado nutricional. A presença concomitante de excesso de peso e redução de massa muscular também requer atenção, considerando o risco de comprometimento funcional e metabólico.

5. PERFIL CLÍNICO

5.1 Comorbidades prévias

Entre as comorbidades prévias registradas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresentou a maior frequência, estando presente em 29 pacientes, seguida por Diabetes Mellitus (DM), identificada em 12 pacientes.
Também foram observadas outras condições clínicas relevantes, incluindo insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC/AVE), doença renal crônica (DRC), câncer, infarto agudo do miocárdio (IAM), entre outras.
Ressalta-se que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma comorbidade. Dessa forma, os quantitativos apresentados representam a frequência de ocorrência das condições clínicas e não devem ser somados para determinação do número total de pacientes.
A elevada frequência de HAS e DM, associada à presença de doenças cardiovasculares,

neurológicas e renais, caracteriza um perfil clínico marcado pela presença de múltiplas condições crônicas. Esse cenário demanda individualização das estratégias nutricionais, considerando as necessidades energéticas e proteicas, o controle glicêmico, a adequação de sódio e de outros nutrientes quando indicados, além do monitoramento contínuo da ingestão e da tolerância alimentar.

5.2 Diagnósticos de internação

Entre as hipóteses diagnósticas registradas no período, destacaram-se as alterações cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca congestiva e outras alterações cardiovasculares, com 12 registros, seguidas por AVC/AVE, com 7 registros, e complicações pulmonares, com 6 registros. Também foram registrados 5 casos de alterações neurológicas, 2 condições renais e 1 caso de cetoacidose diabética (CAD).
A distribuição dos diagnósticos reforça a necessidade de atuação integrada da Nutrição Clínica junto à equipe multiprofissional, especialmente em condições associadas à alteração do nível de consciência, risco de disfagia, comprometimento respiratório, alterações metabólicas e necessidade de terapia nutricional especializada.

6. TERAPIA NUTRICIONAL

6.1 Suplementação nutricional

No mês de setembro, foram registrados 44 usos de suplementos nutricionais e módulos, empregados conforme as necessidades clínicas e nutricionais identificadas durante a avaliação e o acompanhamento dos pacientes. Entre as utilizações registradas, destacaram-se os módulos de probióticos ou simbióticos, com 19 utilizações, seguidos pelo suplemento hipercalórico, com 11, pelo módulo de fibra alimentar, com 6, pelo suplemento nutricional específico para controle glicêmico, com 4, e pelo suplemento Proline, com 4 utilizações, conforme indicação clínica e nutricional para pacientes com lesões por pressão grau II ou superior.
Observou-se predominância do uso de módulos de probióticos ou simbióticos, seguida pela utilização de suplementos hipercalóricos e módulos de fibra alimentar. Também foram adotadas estratégias nutricionais específicas para o controle glicêmico e para o suporte nutricional de pacientes com lesões por pressão, de acordo com as necessidades individuais identificadas no acompanhamento nutricional.
Os suplementos e módulos foram utilizados em 20 pacientes, sendo possível a utilização de mais de um produto por paciente. Dessa forma, foram registrados 44 usos, correspondendo a uma média de 2,2 utilizações de suplementos e módulos por paciente no período.

6.2 Nutrição Enteral

No período analisado, foram registrados 27 dias de utilização de Terapia Nutricional Enteral (TNE), distribuídos entre 15 pacientes, correspondendo a uma média de 1,8 dia de TNE por paciente.
A fórmula enteral de maior utilização foi a hipercalórica e normoproteica com fibras, seguida por fórmulas destinadas a situações clínicas específicas, incluindo produtos com nutrientes direcionados ao suporte à cicatrização de lesões e fórmulas para controle glicêmico. Também foram utilizadas fórmulas hipercalóricas e hiperproteicas, conforme indicação individualizada.
A seleção das fórmulas foi realizada considerando o quadro clínico, o estado nutricional, as necessidades energético-proteicas, a tolerância gastrointestinal, as comorbidades e os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada paciente.

7. INDICADORES ASSISTENCIAIS

No período, observou-se aumento no número de refeições destinadas aos colaboradores, concomitantemente à redução do número de refeições destinadas a pacientes e acompanhantes, quando comparado ao mês de agosto.
A variação observada nas refeições destinadas a pacientes e acompanhantes ocorreu em paralelo à produção assistencial registrada no período, considerando o número de triagens, avaliações e visitas realizadas pela equipe de Nutrição Clínica.
O monitoramento das refeições solicitadas e fornecidas permanece relevante para avaliar a demanda assistencial, a adequação do serviço de alimentação e a correspondência entre o número de refeições disponibilizadas e o perfil de utilização da unidade.

8. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

No período, observou-se predominância dos protocolos relacionados à prevenção de broncoaspiração e ao manejo nutricional de pacientes com lesão por pressão, evidenciando a atuação da equipe de Nutrição Clínica na prevenção de complicações e na promoção da segurança do paciente.
Também foram registrados protocolos relacionados à interação fármaco-nutriente, diarreia e abreviação de jejum, em menor frequência.
A utilização desses protocolos contribui para a padronização das condutas assistenciais, o reconhecimento precoce de riscos nutricionais e clínicos e a atuação integrada da equipe multiprofissional, favorecendo maior segurança e continuidade do cuidado.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores de setembro de 2026 demonstram a atuação contínua da Nutrição Clínica no acompanhamento de pacientes com diferentes níveis de complexidade, com predominância de idosos e elevada representatividade de pacientes classificados nos níveis secundário e terciário de assistência.

O perfil nutricional evidenciou maior frequência de baixo peso/desnutrição, associado à presença de comorbidades crônicas e condições clínicas agudas de relevância nutricional. Nesse contexto, destacam-se a necessidade de monitoramento sistemático da ingestão alimentar, adequação da conduta dietoterápica, prevenção e manejo de complicações relacionadas à disfagia e broncoaspiração, além do emprego criterioso de suplementação e terapia nutricional enteral.

A manutenção do acompanhamento à beira leito e dos protocolos assistenciais contribui para a identificação precoce de alterações nutricionais e clínicas, permitindo intervenções individualizadas e articuladas à equipe multiprofissional.

Dessa forma, os resultados do período reforçam a importância da Nutrição Clínica como componente integrante do cuidado multiprofissional no pronto-socorro, contribuindo para a segurança do paciente, manutenção ou recuperação do estado nutricional e qualificação da assistência prestada.

Giovana Zandoná de Lemos

Nutricionista RT – CRN-3 71034



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 I 0001-30

PERÍODO:01/09/2026 à 30/09/2026

1. Objetivo

Este relatório tem como finalidade apresentar, de forma objetiva, as atividades desenvolvidas pela equipe de Radiologia, no mês de Setembro, 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: 4923**
- Total de exames **cadastrado no SISS 3.728**
- Total de Nº **pacientes atendidos** no mês**: 3.068**
- Total de **exames no leito**/ internados**: 109**

TIPO DE ESTRUTURA RADIOGRÁFICA	QUANTIDADE POR INCIDÊNCIAS
TORAX	2.306
CRÂNIO	344
MM SUPERIORES	609
MM INFERIORES	930
ABDOME	346
OUTROS	388
TOTAL INCIDÊNCIAS=	4.923

TOTAL DE Nº PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADES: TOTAL: 3.068	CLINICA: 1087	PEDIATRIA 977	ORTOPEDIA 1004

4. Principais Incidências Realizadas no período foram:

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

---

5. Considerações Finais

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

PC Rad RADIOLOGIA

ANEXO: PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO DE FREITAS

CONTROLE DE EXAMES RADIOLÓGICOS - SETEMBRO 01 Á 30

EXAMES	QUANTIDADE DE INCIDÊNCIAS POR DIA																														TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
CRÂNIO (PA + LATERAL)	8	12	24	14	10	12	8	14	10	6	12	6	12	12	14	10	12	22	6	8	6	12	2	14	18	12	20	18	6	4		344
MAXILAR/ MANDIBULA					1		1																									2
OSSOS DA FACE		1	1	2		2			1					2				1		1		1	1		1					1		15
SEIOS DA FACE (FN + MN + HIRTZ)	2	4	7	11	5	0	1		2	9	7	2		2		3	3	9		8	7	1		9	9	1		5	2	3		112
COLUNA CERVICAL (AP + LAT	2		4				6					1				2		1			2	2	1		1	1	1	2	2	1		29
COLUNA LOMBO-SACRA									3			4	4	2		1						4	1						1			20
COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)		1		4		2	4	1	3			2	2	2	2					1		2										26
COLUNA TORACO - LOMBAR	2	3	6	2	2	2	3	2		6		2	2		1		2	10		1	2	1	2	3	2		2	2				60
REGIÃO SACRO-COCCIGEA	2	2	1			1			1		1			1			1							1		1			1			13
COSTELAS (HEMITORAX)	1	2		4			2	2		3	3	1	2					2	1		4				2					3		32
TORAX (PA E PERFIL)	39	80	60	69	52	30	71	55	48	45	52	40	41	65	36	55	59	76	61	50	62	68	85	55	60	47	26	92	65	93		1737
TORAX PEDIATRICO	32	30	14	19	21	8	12	17	30	19	26	12	12	13	12	18	14	25	13	8	20	25	10	37	19	20	15	14	26	24		565
ANTEBRAÇO			4	4		2		1						2	1	4	1	1				4	1	1	2							28
ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	1	6	8	1	2		1	1	10	2	1		1	1					1	2		1	2	2		1	8	3	1	1		57
UMERO	1	1	1	2	1	2	3		1	1			2	2		1	1	1	4	1	1	1	5		2	1	1	2	1	1		40
CLAVICULA				2	2						1									1				1				2	1	1		11
COTOVELO		6	8		2				1	1	1			4	2	1	4	4	2	10		1	6	6	2	2		5	3			71
DEDOS / QUIRODACTILOS	14		4	2			2	1	3		4	2	2	0	1	4	2	5			5	1	4	12				2	1			71
MÃO	4	10	2	8	2	5	14	4	14	12	2	4	4	2	2	6	4	6	4	6	8	5	2	10	4	2		16	3	11		176
ESCAPULA/OMBRO (TRES	2	6	1	5	2			1	5		1								1				2					1		1		28
PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	10	8	14	2	6	0	4	8	6	0	6	2	0	2	2	4	1	4	2	2	6	4	8	8	2	8		1	6	1		127
ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3																											1					1
ABDOMEN SIMPLES (AP)	16	10	6	15	18	6	24	16	17	10	8	5	8	7	12	17	11	9	11	3	12	21	9	11	10	6	4	11	10	22		345
ARTICULACAO COXO-FEMORAL							1																	1				1				3
ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	8	4	14	14	10	6	8	4	0	10	6	10	0	10	10	10	14	8	0	16	9	12	10	10	13	2	6	18	8	4		254
PELVE	0	8	7	5	1	1	4	1	4	1	5	0	0	0	1	3		3	5	2	4	2	3	3	4	4		3	4	2		80
CALCÂNEO AXIAL			2	2			2				2																					8
FEMUR		2	6	2	4					1	1			1		3		1	2	1	1	1		1				1	1	1		30
JOELHO (AP + LATERAL)	4	5	10	10	18	6	2	4	2	1	7	2	2	14	15	9	14	4	4	4	20	14	6	8	18	2	2	6	10	1		224
PE / DEDOS DO PE |ANTEPÉ	14	16	12	20	11	4	10	6	2	2	12	10	15	12	8	14	10	6	6	12	18	12	11	20	14	2	2	32	12	8		333
PERNA	2	0	8	4	2	2	2	1	0	0	6	1	8	4	0	4	4	4	1	1	4	0	4	9	2	1	0	3	2	2		81
TOTAL (INTERNO)	164	217	224	223	172	91	185	139	163	129	164	106	117	160	119	169	157	202	124	138	191	195	175	222	185	113	88	240	166	185	0	4923

*DADOS INGRESSADOS DIARIAMENTE CONFORME DEMANDA DE PLANTÃO

RESPONSÁVEL TÉCNICA: Camila de Moura Santos CRTR 24656t

gov.br Documento assinado digitalmente
CAMILA DE MOURA SANTOS
Data: 01/10/2026 09:08:39-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

RELATÓRIO ASSISTENCIAL MENSAL

Pediatria | Setembro de 2026

Unidade: Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

Responsável: Dr. Gustavo Luiz Mandarini Doho

CRM: 222412 - SP

Função: Coordenação Médica da Pediatria

Período: 01 a 30 de setembro de 2026

1. Introdução e objetivo

O presente relatório inaugura o acompanhamento sistematizado dos indicadores assistenciais da Pediatria do Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas, constituindo uma iniciativa inédita no setor no âmbito da atual gestão.

A elaboração deste documento representa um avanço na organização, consolidação e análise das informações assistenciais, permitindo estabelecer uma linha de base para o monitoramento periódico da produção, do perfil dos atendimentos, da classificação de risco, dos desfechos e dos aspectos relacionados à qualidade e à segurança do paciente.

A partir desta iniciativa, busca-se estabelecer uma cultura de acompanhamento contínuo e rastreável dos indicadores da Pediatria, favorecendo a identificação de oportunidades de melhoria, o planejamento de ações direcionadas e a avaliação evolutiva dos resultados. Este primeiro relatório constitui o marco inicial de um processo estruturado de gestão baseada em dados, com foco na transparência dos resultados, na qualificação dos registros e na melhoria contínua da assistência pediátrica.

2. Metodologia e limitações das informações

Este documento foi elaborado com base nos dados disponibilizados para setembro de 2026: total de atendimentos, classificação de risco, distribuição por local de atendimento, gráfico dos principais CID registrados e tabela de Gestão de Leitos para Observação e Emergência. Não foram estimadas informações ausentes.

Por se tratar do primeiro relatório mensal da Pediatria neste formato, ainda não há série histórica consolidada para comparação mensal. Os indicadores apresentados constituem a linha de base inicial e poderão ser utilizados para acompanhamento nos relatórios subsequentes.

Os diagnósticos apresentados correspondem aos dez itens exibidos no gráfico recebido; portanto, não devem ser interpretados como relação completa de todos os diagnósticos registrados no mês.

3. Produção assistencial e classificação de risco

A Pediatria registrou 5.147 atendimentos no período. A distribuição por classificação de risco foi informada conforme tabela abaixo.

Classificação	Atendimentos	Percentual do total
Vermelho	11	0,2%
Amarelo	1.032	20,1%
Verde	1.992	38,7%
Azul	1.995	38,8%
Não classificados	117	2,3%
Total	5.147	100,0%

Nota de consistência: a soma dos quantitativos por classificação de risco totaliza 5.147 atendimentos. Percentuais calculados a partir desses quantitativos, sujeitos a arredondamento.

3.1. Distribuição por local de atendimento

Local de atendimento	Quantidade
Ambiente de emergência	11
Encaminhamento direto para sala de sutura	7
Consultórios	5.129
Total	5.147

Os quantitativos por local de atendimento somam 5.147, correspondendo ao total mensal informado.

4. Principais diagnósticos registrados (CID)

O gráfico disponibilizado apresenta os dez itens com maior frequência, incluindo registros sem CID.

CID / descrição apresentada no gráfico	Quantidade
Sem CID	839
R05 — Tosse	588
J069 — Infecção aguda das vias aéreas superiores, não especificada	441
J00 — Nasofaringite aguda	354
A09 — Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	347
J03 — Amigdalite aguda	271
R11 — Náusea e vômitos	182
Z001 — Exame de rotina da criança	169
R509 — Febre não especificada	105
J039 — Amigdalite aguda não especificada	92

Ponto de melhoria — qualificação dos registros diagnósticos: foram identificados 839 atendimentos sem CID, equivalentes a aproximadamente 16,3% do total mensal. O dado indica oportunidade de aprimoramento do preenchimento e da padronização dos registros diagnósticos. O acompanhamento desse indicador nos próximos meses permitirá avaliar sua evolução.

5. Gestão de Leitos — Observação e Emergência

A tabela a seguir reproduz os quantitativos da última coluna do demonstrativo de Gestão de Leitos, confirmada como referente a setembro de 2026.

5.1. Observação

Indicador	Setembro/2026
Pacientes em observação	28
Altas	12
Evasões	1
Transferências internas	8
Transferências externas	15
Óbitos em menos de 24 horas	0
Óbitos após 24 horas	0
Pacientes-dia	42

5.2. Emergência

Indicador	Setembro/2026
Pacientes em emergência	11
Altas	3
Evasões	0
Transferências internas	2
Transferências externas	4
Óbitos em menos de 24 horas	1
Óbitos após 24 horas	0
Pacientes-dia	13

6. Indicadores de qualidade e segurança

Indicador	Resultado / avaliação
Volume assistencial	5.147 atendimentos no mês
Classificação de risco	117 atendimentos sem classificação
Registro de CID	839 atendimentos sem CID (aprox. 16,3% do total)
Óbitos na Gestão de Leitos	1 na Emergência em menos de 24 horas; 0 após 24 horas; 0 em Observação
Acompanhamento do óbito	Caso em acompanhamento pelo setor da Qualidade, com aplicação do Protocolo de Londres
Rastreabilidade mensal	Este relatório inaugura a consolidação sistemática dos indicadores da Pediatria
Comparação com meses anteriores	Não disponível: primeiro relatório neste formato

A consolidação periódica dos dados permitirá acompanhar os indicadores ao longo do tempo, desde que mantida a disponibilidade e a consistência das fontes de informação. Neste primeiro levantamento, destacam-se como oportunidades de acompanhamento o preenchimento da classificação de risco e o registro do CID.

7. Oportunidades de melhoria e plano de ação

Com base nos dados deste primeiro levantamento e nas ações informadas pela coordenação, destacam-se as seguintes frentes:

• Qualificação do registro diagnóstico: acompanhar a frequência de atendimentos sem CID e estimular o preenchimento adequado dos registros.

• Completude da classificação de risco: monitorar os atendimentos não classificados e acompanhar a evolução desse quantitativo nos relatórios seguintes.

• Capacitação para atendimento de pacientes graves e gravíssimos: foi realizado treinamento direcionado ao reconhecimento e manejo desses pacientes.

• Reanimação cardiopulmonar: foi realizado treinamento de RCP de alta qualidade, seguindo os padrões do PALS (Pediatric Advanced Life Support).

• Protocolos institucionais: recomenda-se avaliar a existência, atualização e aplicabilidade dos protocolos institucionais para urgências e emergências pediátricas, bem como a necessidade de elaborar e implementar aqueles ainda inexistentes. A padronização busca reduzir a variabilidade das condutas e favorecer o reconhecimento e manejo oportunos de situações críticas. Eventual relação entre lacunas de protocolos e desfechos clínicos deve ser avaliada por análise específica dos casos, não sendo possível estabelecer causalidade a partir do indicador de óbito isoladamente.

• Rastreabilidade dos indicadores: manter rotina de coleta e conferência dos dados para permitir comparações mensais e avaliação da evolução dos processos.

8. Comparação mensal

Não há comparação com agosto ou meses anteriores, pois este é o primeiro relatório assistencial mensal da Pediatria elaborado neste formato. Os resultados de setembro de 2026 constituem a linha de base inicial para futuras análises evolutivas.

9. Considerações finais

A apresentação deste primeiro relatório assistencial mensal da Pediatria representa um marco para a gestão do setor, ao estabelecer uma base documental para o acompanhamento sistemático de seus indicadores.

A iniciativa permitirá que, a partir dos próximos períodos, os resultados sejam acompanhados de maneira progressivamente mais estruturada, possibilitando comparações mensais, identificação de tendências, reconhecimento de fragilidades e direcionamento de ações de melhoria.

Entre as oportunidades identificadas neste primeiro levantamento, destaca-se a necessidade de qualificar o preenchimento dos diagnósticos, considerando o volume de atendimentos registrados sem CID, além de acompanhar os registros sem classificação de risco. As capacitações realizadas para atendimento de pacientes graves e gravíssimos e para RCP de alta qualidade, conforme padrões do PALS, integram as ações de aprimoramento da assistência.

Dessa forma, a gestão da Pediatria avança na implantação de um modelo de acompanhamento orientado por dados, com compromisso com a qualidade dos registros, a segurança do paciente, a transparência dos resultados e o aprimoramento contínuo da assistência prestada à população.

---

gov.br
Documento assinado digitalmente
GUSTAVO LUIZ MANDARINI DOHO
Data: 10/10/2026 11:54:33-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Dr. Gustavo Luiz Mandarini Doho
CRM 222412 - SP
Coordenação Médica da Pediatria
Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

ATA REUNIÃO

DATA: 28/09/2026 **HORÁRIO: 10:00**

LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF

ASSUNTO: Reunião Ordinário do Núcleo de Segurança do Paciente

1. PAUTAS ABORDADAS

01. Entrega das cartas de confidencialidade para os membros
02. Apresentação dos Eventos Adversos do período
03. Prazo de resolução das notificações e ferramentas de resolução
04. Arvore de decisões da cultura justa
05. Fases do protocolo de Londres e time de investigação
06. Eventos analisados dentro do protocolo

2. DECISÕES

Iniciamos a reunião do núcleo de segurança do paciente a condução da coordenadora de Qualidade Adriana Cristina de Franco.

Senhora Adriana Cristina de Franco inicia a reunião apresentando os eventos adversos de julho e agosto com informações sobre a classificação das notificações e aumento no numero de algumas classificações cruzando a classificação institucional e a classificação da secretaria.

Foi apresentada nessa reunião a classificação por meta de segurança do paciente sendo a maior parte com relação a meta 02 - comunicação efetiva relacionada ao registro seguro seguida da meta 03 - procedimento seguro.

Foi retratado também o prazo de resolução das notificações e tipos de análise e ferramenta.

Foi apresentada também aos membros a arvore da cultura justa na análise do evento grave, e óbito e as fases da análise do protocolo de Londres.

Foram apresentados 3 eventos analisados em protocolo de Londres e seus desfechos.

3. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Eduardo Luna de Oliveira Torres	Vice-presidente	Vide Lista de presença
Adriana Cristina de Franco	Presidente	Vide Lista de presença
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	Vide Lista de presença

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

Jussara Mazzetto	Membro	Vide Lista de presença
Stefany Dantas Varelo	Membro	Vide Lista de presença
Sebastião Domingos Soares Neto	Membro	Vide Lista de presença
Renata Meire Bailo	Membro	Vide Lista de presença
Renata Collesi Cordovil	Membro	Vide Lista de presença

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

ATA REUNIÃO

DATA: 21/09/2026	**HORÁRIO: 15:30**
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 21 de setembro de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas,160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de prontuários estabelecida no endereço acima onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Assitente Administrativo – Secretária
- Renata Meire Bailo – Coordenadora Assistencial - Membro
- Thalia Carvalho – RT Fisioterapeuta – Membro
- Giovana Zandona de Lemos – RT Nutricionista – Membro
- Alex Almeida de Jesus – Enfermeiro do NIR – Membro

➢ **Período de Análise**

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

De: 01/07/2026

Até: 31/07/2026

➢ **Total de prontuários avaliados: 36**

CEJAM
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

Setor	Tipo	Quantidade
Emergência	óbito	26
Porta / Observação	Clínica Médica	4
Porta / Observação	Ortopedia	4
Porta / Observação	Pediatria	4
Internação	Emergência	2

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

- Identificação completa do paciente: Dos 40 prontuários analisados não foram sinalizadas falhas com relação aos dados do paciente na abertura de ficha (100% de conformidade).
- Registro de classificação de risco SSVV: Dos 40 prontuários análisados apenas 34 atendimentos possuem classificação de risco/SSVV conformes sendo 04 sem o registro completo e 02 não conformes.
- Registro de escala no atendimento: Dos 40 prontuários analisados 23 foram aplicadas a escala de glasglow conforme 04 e 13 não se aplicavam, 24 com escala de maddox conforme e 16 não se aplicam, 24 com escala de morse conforme e 16 não se aplicam, 24 com escala de News conforme e 16 não se aplicam, 24 com escala de Fugulin conforme e 16 não se aplicam.
- Registro de anamnese, historia de doença atual inicio dos sintomas e sua evolução em ordem cronologica: Dos 40 prontuários análisados 39 se encontravam conformes e 1 parcialmente conforme.
- Regisro de checagem de medicação: Dos 40 prontuários análisados 16 se encontravam conformes e 24 com falha na checagem, com uso de corretivo ou sem carimbo do profissional.
- Registro de anotação de medicação realizada: Dos 40 prontuários análisados 20 se encontravam conformes e 20 com falha na checagem.
- Registro de alergias e uso de medicação profilatica: Dos Dos 40 prontuários análisados 39 prontuários se encontravam conformes e 1 inconforme.
- Abertura de protocolo gerenciado: Dos 40 prontuário analisados 10 possuem critrérios para abertura de protocolo gerenciados sendo 09 com abertura realizada e 01 não forai abertos (dor toracica e sepse).
- Retorno em menos de 24 horas: Dos 40 prontuários analisados 09 possuem registro de retorno a unidade em menos de 24 horas.
- Registro de Queixa inicial e duração: Dos 40 prontuários analisados foram registradas queixa inicial e duração apenas em 33 atendimentos e 07 não possuem o registro.
- Exame fisico: dos 40 prontuários analisados 30 não possue registro de exame fisico e 07 não

CEJAM
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

possuem o registro.

- Regisro do CID conforme queixa do paciente: Dos 40 prontuários 31 não possuem CID compativel com a queixa do paciente.
- Conduta Médica: Dos 40 prontuários analisados 03 não possuem conduta médica registrada de acordo com a queixa principal do paciente.
- Prescrição médica completa e legível: Dos 40 prontuários analisados 07 não possue prescrição médica.
- Conduta médica: : Dos 40 prontuários analisados 02 não possuem registo de condua conforme a queixa do paciente.
- Registro de reavaliação: 12 atendimentos não possuem registro de reavaliação médica mesmo com solicitação de eaxmes de imagem ou laboratoriais.
- Evolução multiprofissional: De 40 prontuários analisados ouveram as seguintes triagens: Nutrição após 48 horas de internação – 05 pacientes conformes e 35 não se aplica. Serviço social – não houve avaliação do serviço social nesta análise. Fisioterapia – 26 atendimentos estavam conformes com relação a evolução do fisioterapeuta e 14 não se aplicavam e em relação a reavaliação funcional 19 estavam conformes e 21 não se aplicam, Com relação ao plano terapeutico 25 estavam conformes e 15 não se aplicavam e todos possuiem conformidade em relaçao ao registro em prontuário. Farmacia – Dos 40 prontuários analisados 10 estão inconformes com relaçao a a validação da prescrição médica, 30 não se aplicam, com relação a intervenção farmaceutica 10 estavam incoformes e 30 não se aplicam, triagem farmaceutica 10 não estavam conformes e 30 não se aplicam, reconciliação medicamentosa 10 atendimentos estão inconformes e 30 não se aplicam, plano terapeutico 10 não conformes e 30 não se aplicam, registro de avaliação farmaceutica 10 não conformes e 30 não se aplicam, registro do farmaceutico 07 prontuários não possuem o registro do famaceutico no atendimento do paciente.
- Documentos que compõem o prontário: De 40 prontuários analisados 22 não estavam con formes com relação a ficha de arrolamento de bens e 18 não se aplicavam, Com relação aos termos de internação 05 não estavam conformes 6 estavam conformes e 19 não se aplicam, checklist de transporte seguro 1 não conforme 4 conformes e 35 não se aplicam, solicitação de vaga 13 estavam conformes 27 não se aplicam, Ficha de visita multidisciplinar 4 inconformes 4 conformes e 32 não se aplicam, Prontuário organizado em ordem cronologica 32 estavam conformes 1 parcial conforme e 7 não se aplicam.
- Condição de alta / transferência / óbito: Dos desfechos analisados 26 foram de causa óbito, 08 foram altas imediatas após o atendimento médico na unidade, 06 foram transferidos para outras unidades hospitalares ou com alta após internação nesta unidade.

CEJAM
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

- **INDICADOR**

Indicador	Resultado
Total de prontuários avaliados	**40 Prontuários/FAAS**
Prontuários conformes	**06 Prontuários/FAAS**
Prontuários com não conformidades	**34 Prontuários/FAAS**
Percentual de conformidade (qualitativo)	**71,11%**
Percentual de conformidade Geral (quantitativo)	**85,30%**

- **PRINCIPAIS NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS**

Após análise dos prontuários referentes ao mês de junho, a Comissão de Revisão de Prontuários identificou inconformidades relacionadas principalmente à **completude dos documentos, identificação do paciente, qualidade dos registros médicos e assistenciais, preenchimento de termos obrigatórios, rastreabilidade dos procedimentos e continuidade do cuidado**.

Os achados foram agrupados por categoria para facilitar a análise dos processos e a definição das oportunidades de melhoria.

1. Inconformidades na Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA)

Foram identificadas recorrentes falhas no preenchimento dos dados cadastrais e assistenciais da FAA, destacando-se:

- ausência de **CPF**;
- ausência de **CNS**;
- ausência de **RG**;
- ausência de **telefone celular**;
- ausência de informação sobre **alergias**;
- ausência de informação sobre **medicamentos em uso**;
- ausência de **estado civil**;
- ausência do **CID**;
- ausência do **tempo de duração da queixa**;
- ausência de informações completas sobre a **queixa principal**;
- ausência ou incompletude do **exame físico**;
- ausência de **anamnese completa**;
- ausência de **registro de conduta**;
- ausência de **reavaliação após realização de exames**.

A Comissão considera que a recorrência dessas falhas demonstra necessidade de reforço quanto ao preenchimento completo da FAA, especialmente nos campos relacionados à identificação, antecedentes,

CEJAM
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

avaliação clínica e evolução do atendimento.

2. Registros médicos incompletos

Foram observadas importantes fragilidades nos registros médicos, incluindo:

- ausência de anamnese completa;
- ausência de exame físico;
- ausência de queixa e/ou duração dos sintomas;
- ausência de registro de conduta;
- ausência de reavaliação após exames complementares;
- ausência de registro de reavaliação na alta;
- ausência de CID no sistema/prontuário;
- prescrição que não apresentava correspondência adequada com a queixa registrada;
- possibilidade de abertura de protocolo de AVC diante de sintomas descritos, sem evidência de registro correspondente;
- ausência de registro da avaliação do resultado de exames, incluindo radiografia;
- evolução médica sem carimbo ou identificação do profissional;
- casos em que o prontuário apresentava informações insuficientes para demonstrar de forma clara a sequência do atendimento.

Análise da Comissão: os registros médicos devem permitir a reconstrução cronológica e clínica do atendimento, contemplando avaliação inicial, hipótese diagnóstica, exame físico, conduta, resultados de exames, reavaliação e desfecho. A ausência dessas informações compromete a rastreabilidade da assistência prestada.

3. Termo de Direitos e Deveres do Paciente

Foram identificadas diversas inconformidades relacionadas ao Termo de Direitos e Deveres, incluindo:

- termo sem preenchimento;
- preenchimento incompleto;
- ausência de data;
- ausência de marcação referente à autorização ou não para realização de transfusão de sangue/hemoderivados;
- ausência de carimbo do profissional;
- ausência do nome do profissional responsável;
- ausência de assinatura/identificação do enfermeiro em determinados documentos.

A repetição desse achado em diferentes prontuários demonstra uma oportunidade de melhoria no processo de admissão e conferência documental.

4. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Foram identificadas falhas no preenchimento dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido,

CEJAM
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

principalmente:

- ausência de preenchimento;
- ausência de data;
- ausência da definição quanto à realização de transfusão de sangue/hemoderivados, quando aplicável;
- ausência de identificação do profissional responsável.

Análise da Comissão: recomenda-se reforçar a conferência dos termos antes do encerramento do atendimento ou arquivamento do prontuário, garantindo que todos os campos obrigatórios estejam devidamente preenchidos.

5. Ausência de fichas e documentos obrigatórios

Foram identificados prontuários sem documentos necessários à composição adequada do registro assistencial, destacando-se:

- ausência de **Ficha de Arrolamento de Bens**;
- ausência de **Ficha de Remoção**;
- ausência de **Ficha de Visita Multidisciplinar**, inclusive em paciente com permanência de três dias na unidade;
- ausência de documentação relacionada ao transporte;
- ausência de ficha de identificação de cadáver devidamente preenchida;
- ausência de cópia da **Guia de Transporte do Cadáver**, que deveria permanecer anexada ao prontuário;
- ausência de **SVO/VO**, conforme aplicabilidade;
- ausência de **Boletim de Ocorrência**, nos casos em que se fazia necessário.

A Comissão ressalta que a ausência desses documentos compromete a integralidade e a rastreabilidade do prontuário.

6. Documentação relacionada a óbitos

Nos prontuários de pacientes em situação de óbito foram identificadas inconformidades como:

- DVO incompleta;
- ausência de SVO/VO;
- ausência da cópia da Guia de Transporte do Cadáver;
- ficha de identificação de cadáver não preenchida;
- ausência de documentação complementar relacionada ao processo;
- ausência de registro clínico suficiente para demonstrar adequadamente a evolução do atendimento em determinados casos.

Análise da Comissão: recomenda-se reforçar o checklist de fechamento de prontuários de óbito, contemplando documentação clínica, identificação do cadáver e documentos necessários para remoção

CEJAM
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

e transporte.

7. Fichas de transporte e internação

Foram identificadas inconsistências nas documentações relacionadas ao transporte e transferência dos pacientes:

- Ficha de Transporte Hospitalar com preenchimento incompleto;
- Ficha de Transporte Inter-Hospitalar com dados incompletos;
- ausência de avaliação do paciente durante o transporte;
- Ficha de Internação com dados incompletos;
- ausência de informações necessárias para rastreabilidade da transferência.

A Comissão recomenda reforçar a conferência das fichas antes da saída do paciente da unidade, garantindo que os registros demonstrem as condições clínicas, avaliação e acompanhamento durante o processo de transporte.

8. Registros de exames e procedimentos

Foram identificadas ocorrências de **ECG sem identificação ou carimbo do profissional responsável pela realização do exame**.

Também foram identificadas situações relacionadas à ausência de identificação do profissional responsável por determinadas intervenções e registros de administração de medicamentos.

Análise da Comissão: todo procedimento ou exame realizado deve possibilitar a identificação do profissional responsável, garantindo rastreabilidade e segurança do processo assistencial.

9. Registros de medicamentos

Foi identificada situação de **receituário interno de medicamento sem identificação da FAA e do setor em que o paciente se encontrava**, além de registro sem carimbo do profissional responsável pela administração dos medicamentos conforme prescrição médica.

A Comissão considera necessário reforçar a identificação dos documentos relacionados à prescrição e administração de medicamentos, assegurando a rastreabilidade entre paciente, prescrição, local de atendimento e profissional responsável.

10. Coordenação e continuidade do cuidado

Foi identificado caso de paciente internado no pronto atendimento, transferido para unidade hospitalar de referência e que posteriormente retornou à unidade em curto intervalo de tempo, apresentando os mesmos sintomas.

O achado foi considerado pela Comissão como uma **oportunidade de avaliação do processo de coordenação do cuidado**, especialmente quanto à avaliação clínica, critérios de alta, orientação ao paciente, comunicação entre os serviços e acompanhamento após transferência/alta.

Também foram observadas situações de ausência de reavaliação após exames e ausência de registro da conduta na alta, incluindo caso em que constava apenas a impressão de atestado médico.

CEJAM
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

PARECER DA COMISSÃO

A análise dos prontuários de junho evidenciou **predominância de inconformidades relacionadas à incompletude dos registros e documentos assistenciais**, com destaque para a FAA, Termo de Direitos e Deveres, Termos de Consentimento, fichas de transporte, arrolamento de bens e registros médicos.

Entre os achados de maior recorrência, destacam-se a **ausência de CPF, CNS, RG, telefone, alergias e medicamentos em uso na FAA**, além de falhas no preenchimento de termos e ausência de documentos obrigatórios.

No âmbito médico, os principais pontos identificados foram **ausência de CID, anamnese e exame físico incompletos, ausência de tempo de evolução da queixa, falta de registro de conduta e ausência de reavaliação após exames complementares**. Esses achados dificultam a reconstrução do atendimento e a identificação da sequência das decisões clínicas.

Também foram observadas falhas relacionadas à **identificação profissional em exames e registros assistenciais**, especialmente ECG sem carimbo/identificação, evoluções médicas sem identificação adequada e termos sem identificação do profissional responsável.

A Comissão considera que os achados demonstram necessidade de **fortalecimento do processo de conferência e fechamento dos prontuários**, associado à orientação das equipes quanto ao preenchimento dos documentos assistenciais e à importância da rastreabilidade das informações.

- **PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Alex Almeida de Jesus	Membro	
Renata Meire Bailo	Membro	
Giovana Zandona de Lemos	Membro	
Thalia Carvalho	Membro	

CEJAM
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

ATA REUNIÃO

DATA: 21/09/2026 **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. Indice de Tempo de Internação
8. Cuidados Paliativos

- **DECISÕES**

Aos 21 de setembro de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas,160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de Óbitos estabelecida no endereço acima, onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Secretária

Foram analisadas nesta comissão 26 óbitos referentes ao mês de julho sendo desses 07 óbitos institucionais (26,92%) e 19 não institucionais (73,08%).

Das análises iniciais 16 prontuários se encontravam dentro da conformidade e 10 com inconformidades (2 prontuários com letra ilegível, 2 com falta de preenchimento, fornecimento de DO ao invés de SVO, 2 pacientes com critérios de emergência direcionado para atendimento de porta, paciente direcionado precocemente para a observação tendo que retornar a emergência, 1 prontuário não tem evolução completa do óbito - não tem registro de possíveis causas - registros confusos sobre cronologia dos sintomas do paciente - não encontro registros sobre IOT, mesmo com o paciente em parada - não localizada hipóteses diagnosticas bem definida desde a admissão, Não há registro das causas da DO em evolução do óbito). 25 óbitos foram considerados pelos membros como esperados (96,15%) e 01 como não esperado (3,85%) e 1 óbito passou por investigação em protocolo de Londres.

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

Perfil Etário

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

- Acima de 90 anos: 02 óbitos (7,69%)
- 81 a 90 anos: 08 óbitos (30,76%)
- 71 a 80 anos: 06 óbitos (23,07%)
- 61 a 70 anos: 05 óbitos (19,23%)
- 51 a 60 anos: 03 óbitos (11,53%)
- 41 a 50 anos: 01 óbitos (3,86%)
- 31 a 40 anos: 00 óbitos (0,0%)
- 21 a 30 anos: 01 óbitos (3,86%)
- Abaixo de 21 anos: 0 óbitos (0,0%)

Na comparação com junho, observa-se **aumento do número total de óbitos**, de **23 para 29 casos**.

O principal aumento ocorreu na faixa de **81 a 90 anos**, que passou de **3 óbitos (13,0%) em junho para 8 (27,6%)** no período atual. Também houve aumento na faixa de **61 a 70 anos**, de **2 (8,7%) para 5 (17,2%)**.

A faixa de **71 a 80 anos** permaneceu como uma das mais representativas, com **5 casos em junho e 6 no período atual**, embora sua participação percentual tenha apresentado pequena redução devido ao aumento do total de óbitos.

Por outro lado, houve redução nas faixas de **41 a 50 anos, 31 a 40 anos, 21 a 30 anos e abaixo de 21 anos**. Não foram registrados óbitos abaixo de 40 anos no período atual.

Síntese: o perfil etário apresentou maior concentração de óbitos entre pacientes **acima de 60 anos**, especialmente nas faixas de **81 a 90 anos e 71 a 80 anos**, quando comparado a junho.

Gênero

- **Feminino:** 15 casos → 57,69**%**
- **Masculino:** 11 casos → 42,31**%**

Na comparação com o mês de junho, observa-se **predomínio do sexo feminino nos dois períodos**. No mês atual, foram registrados **15 óbitos femininos (57,69%)**, contra **13 casos (56,52%) em junho**, representando aumento de **2 casos** e de **1,17 ponto percentual**.

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

Entre os homens, foram registrados **11 óbitos (42,31%)** no mês atual, frente a **10 casos (43,48%) em junho**, com aumento de **1 caso**, porém redução de **1,17 ponto percentual** na participação proporcional.

De forma geral, houve **aumento de 23 para 26 óbitos** entre os períodos analisados. A distribuição por sexo, entretanto, permaneceu semelhante, com discreta predominância feminina.

- **Perfis de Óbito**

A imagem fornecida detalha as causas dos óbitos em julho:

CID DE ENTRADA

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 11 (Parada cardíaca não especificada: 07, infarto agudo do miocardio nao especificado:03, Insuficiência cardíaca congestiva:01)
- Outros: 09 (Intoxicação aguda por uso de múltiplas drogas ou outras substâncias psicoativas:01, Transtornos nutricionais e metabólicos em doenças classificadas em outra parte:01, problemas de mobilidade reduzida e dependência de cuidados gerais de saúde:01, Agressão por disparo de arma de fogo de mão (revólver, pistola, etc):01, Hiperosmolalidade e hipernatremia:01, queda da própria altura:01, Infecção abdominal:01, Artrite reumatoide não especificada: 01, Hipertensão secundária, não especificada: 01)
- Doença do sistema respiratório: 02 (Broncopneumonia: 01,Pneumonia: 01)
- Doença do aparelho digestivo: 01 (Outras formas de obstrução intestinal e as não especificadas:01)
- Doença do sistema nervoso: 02 (AVCI:02)

CID SECUNDÁRIO

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 02 Casos (hipertensão essencial (primaria): 01, infarto agudo do miocárdio não especificado:01, Choque cardiogênico:01)
- Outros: 08 casos (desnutrição proteico-calórica grave não especificada:01, sarcopenia:01, Delirium não especificado / Estado confusional agudo:01, hemorragia subaracnóidea (frontotemporoparietais bilateral) e intra-parenquimatosa (cortical, parieto - occipital):01, lesão por pressão infectada:01, Sepse:01, Imunodeficiência não especificada / Imunossupressão: 01, Derrame pleural em afecções classificadas em outra parte (usado como código secundário/adicional:01, Demência na doença de Alzheime:01)

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

- Doença do sistema respiratório: 02 casos (Dispneia: 02)

CID DEFINITIVO

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 04 (Parada cardíaca não especificada: 01, infarto agudo do miocárdio não especificado:01, Choque cardiogênico:02)
- Outros: 07 Casos (choque distributivo :01, Contusão da garganta (inclui contusão de epiglote / laringe) observada durante IOT:01, demência vascular de início agudo: 01, choque misto (séptico/neurogênico):01, Choque septico:02 Senilidade (inclui velhice, debilidade senil e morte por senilidade):01)
- Doença do sistema respiratório: 03 casos (Insuficiência respiratória aguda: 02, Insuficiência respiratória aguda, Tipo I (hipoxêmica) E A41.9 – Sepse não especificada:01)
- Encaminhado ao SVO: 12

Local de Ocorrência dos Óbitos

Os locais de ocorrência dos óbitos em julho foram:

- Emergência: 15 casos (57,69%)
- Em Transporte: 01 caso (3,84%)
- Em Residência: 06 Casos (23,07%)
- Resgate: 04 Casos (15,38%)

Comparando julho com junho, observa-se **redução da proporção de óbitos ocorridos na emergência**, passando de **17 casos (73,91%) em junho para 15 casos (57,69%) em julho**, uma redução de **16,22 pontos percentuais**.

Em contrapartida, houve aumento dos óbitos ocorridos em **residência**, de **6 casos (26,09%) em junho para 6 casos (23,07%) em julho**. Apesar de o número absoluto permanecer igual, a proporção apresentou pequena redução devido ao maior número total de óbitos em julho.

Em julho, foram registrados ainda **1 óbito em transporte (3,84%)** e **4 em resgate (15,38%)**, categorias que não apresentaram registros em junho.

De forma geral, julho apresentou uma distribuição mais diversificada dos locais de ocorrência, com menor concentração de óbitos na emergência e presença de registros relacionados a transporte e resgate. Esse cenário merece acompanhamento pela Comissão de Revisão de Óbitos, especialmente quanto ao **perfil dos pacientes, condições clínicas e circunstâncias relacionadas aos óbitos ocorridos durante transporte ou resgate**.

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

- **Taxa de Conformidade**

- Conformidade: aproximadamente 61,53%
- Não conformidade: aproximadamente 38,47%

Comparando julho com junho, observa-se uma **redução na taxa de conformidade** dos registros analisados. Em junho, foram identificados **21 óbitos conformes (91,3%) e 2 não conformes (8,7%)**. Em julho, a conformidade foi de aproximadamente **61,53%**, enquanto a não conformidade correspondeu a **38,47%**.

Esse resultado representa uma redução de aproximadamente **29,77 pontos percentuais na conformidade** e, consequentemente, aumento das não conformidades em relação ao mês anterior.

O resultado de julho sinaliza a necessidade de **aprofundar a análise das não conformidades identificadas**, verificando os principais tipos de falhas e sua recorrência, especialmente relacionadas aos registros assistenciais, evolução médica, documentação e continuidade do cuidado.

As inconformidades evidenciadas demonstram **fragilidades principalmente na qualidade e completude dos registros médicos e na documentação da trajetória assistencial do paciente**. A presença de registros ilegíveis, campos não preenchidos e informações incompletas dificulta a reconstrução da assistência prestada e a análise adequada do óbito pela Comissão.

Destaca-se também a necessidade de maior atenção à **classificação e direcionamento dos pacientes**, considerando que foram identificados casos de pacientes com critérios de emergência encaminhados inicialmente para atendimento de porta, além de um caso de transferência precoce para observação, com posterior necessidade de retorno à emergência.

Outro ponto relevante refere-se à **documentação do atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória**. A ausência de registros claros sobre procedimentos realizados, incluindo IOT, bem como a falta de evolução completa do óbito e das possíveis causas, compromete a rastreabilidade das condutas e a compreensão da sequência dos eventos.

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

Também merece atenção o **preenchimento e definição da documentação relacionada ao óbito**, incluindo a identificação adequada dos casos que devem ser encaminhados ao SVO e o registro das causas do óbito na evolução médica.

Principais oportunidades de melhoria

Reforçar a obrigatoriedade de **registros legíveis, completos, cronológicos e objetivos**.

Orientar a equipe médica quanto ao **registro da evolução do óbito**, incluindo condutas realizadas, resposta às intervenções e possíveis causas do óbito.

Reforçar a necessidade de **documentação das manobras realizadas em situações de PCR**, incluindo IOT e demais procedimentos pertinentes.

Aprimorar a **definição e registro das hipóteses diagnósticas desde a admissão**.

Reforçar os critérios de **direcionamento de pacientes para emergência, porta e observação**, evitando transferências precoces sem adequada avaliação clínica.

Padronizar a conduta e documentação nos casos com indicação de **SVO**, evitando emissão inadequada de DO.

Realizar **monitoramento mensal das inconformidades**, identificando reincidências e avaliando a efetividade das ações corretivas.

Síntese da Comissão: os achados reforçam a necessidade de fortalecer a **qualidade do registro assistencial, a rastreabilidade da assistência e a segurança no direcionamento dos pacientes**, utilizando as inconformidades identificadas como oportunidades de melhoria dos processos assistenciais.

- **Indice de Tempo de Internação**

- Pacientes com mais de 24 horas: 07 (26,92%)
- Pacientes com menos de 24 horas: 19 (73,08%)

Na comparação entre maio e junho, observa-se **estabilidade no perfil do tempo de internação**. O número de pacientes com permanência superior a 24 horas permaneceu em **7 casos** nos dois meses, com pequena redução proporcional de **31,8% para 30,4%**.

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

Já os pacientes com permanência inferior a 24 horas passaram de **15 casos (68,2%) em maio para 16 casos (69,6%) em junho**, representando aumento de **1 caso e 1,4 ponto percentual**.

Os dados demonstram que o perfil de permanência se manteve bastante semelhante entre os dois meses, com predominância de pacientes que permaneceram **menos de 24 horas** na unidade. A variação percentual observada é pequena e está relacionada também ao aumento de um caso no total de óbitos analisados.

- **Cuidados Paliativos**

Pacientes Classificados em Prontuário como Cuidados Paliativos: 05 (19,24%)

Em **junho**, foram identificados **7 pacientes em cuidados paliativos (30,43%)**, considerando 23 óbitos. Em **julho**, foram **5 pacientes (19,24%)**, em um total de 26 óbitos.

Observa-se, portanto, uma **redução de 2 casos** e de aproximadamente **11,19 pontos percentuais** na proporção de pacientes classificados como cuidados paliativos. A redução observada merece acompanhamento, considerando a importância da identificação e do registro adequado dos pacientes com critérios de cuidados paliativos.

➢ **Continuidade e oportunidade do atendimento**

Os resultados de julho demonstram que as principais fragilidades estão relacionadas à **qualidade, completude e rastreabilidade dos registros assistenciais**, além de pontos relacionados ao **fluxo de atendimento e direcionamento dos pacientes**.

A redução da conformidade em relação a junho merece atenção, especialmente porque registros incompletos ou pouco claros dificultam a reconstrução da trajetória assistencial e limitam a capacidade da Comissão de avaliar adequadamente as condutas realizadas e os fatores relacionados ao óbito.

Também merece destaque a identificação de pacientes com critérios de emergência direcionados inicialmente para atendimento de porta e o caso de transferência precoce para observação, com posterior retorno à emergência. Esses achados devem ser avaliados em conjunto com as equipes responsáveis, buscando compreender se houve falha de classificação, comunicação ou definição do fluxo assistencial.

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

Nos casos de pacientes em parada cardiorrespiratória, a documentação das condutas realizadas deve ser suficientemente clara para permitir a reconstrução da assistência. A ausência de registros sobre procedimentos relevantes, associada à falta de hipóteses diagnósticas e possíveis causas do óbito, representa uma oportunidade de melhoria na **qualidade do registro médico**.

- **PLANOS DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Criação do Manual de registro seguro	Gabriela Teles	30 dias	

- **PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	

Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas
Via Paiaguás, 160 - Parque dos Camargos, Barueri - SP, 06401-120
(11) 5555-5844
ps.aff@cejam.org.br
cejam.org.br

DATA: 16/09/2026 HORÁRIO: 15:35 LOCAL: Sala de Reunião PSAFF

ASSUNTO: COMISSÃO EMTN

ATA REUNIÃO

1. PAUTAS ABORDADAS

- **Controle de custos em Terapia Nutricional:** apresentação e análise dos custos relacionados às dietas enterais, suplementos nutricionais, módulos e demais insumos sob responsabilidade da Nutrição;
- **Acompanhamento de pacientes de nível assistencial terciário:** discussão de casos clínicos de pacientes classificados como nível assistencial terciário, com internação prolongada e maior complexidade assistencial, ressaltando a importância do acompanhamento e manejo nutricional pela EMTN na prevenção e no tratamento da desnutrição, bem como na redução de complicações e agravos relacionados à condição clínica e aos protocolos assistenciais da unidade.
- **Protocolo assistencial de prevenção e manejo da desnutrição:** apresentação da proposta de elaboração de protocolo institucional abrangendo crianças, adultos e idosos, com participação multiprofissional;
- **Instrumento de avaliação do crescimento e diagnóstico nutricional de crianças e adolescentes com PC:** apresentação de modelo de curva de crescimento para utilização na avaliação antropométrica de pacientes pediátricos e adolescentes com paralisia cerebral.

2. DECISÕES E DELIBERAÇÕES

Aos 16 de Setembro de 2026, às 15h35 min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguás, 160 Parque dos Camargos, Barueri-SP - Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de EMTN estabelecida no endereço acima, onde estavam presentes:

- Eduardo Luna Torres de Oliveira (Diretor Geral)
- Gabriela Teles Barbosa (Diretora da Equipe Médica)
- Giovana Zandoná de Lemos (Nutricionista RT)
- Paula Dal Maso Altimari (Gerente Assistencial)

&OLFNVLJQ I H IF I ED D F

- Renata Collesi Cordovil (Coord. Multiprofissional)
- Renata Machado (Coord. Enfermagem)
- Sebastião Domingos Neto (Farmacêutico RT)
- Stefany Dantas Varelo (Enfermeira SCIRAS)

3.1 Controle de custos da Nutrição

Foi realizada a apresentação do controle de custos referente ao mês de **agosto de 2026**, contemplando dietas, suplementos, módulos e demais itens sob responsabilidade do serviço de Nutrição.

Foi observado que o valor registrado no período se apresentou **acima do limite habitual**. Conforme esclarecido durante a reunião, o aumento esteve relacionado à necessidade de **maior estocagem de produtos**, conforme orientação e demanda estabelecidas pela Sede.

3.2 Protocolo institucional de prevenção e manejo da desnutrição

Foi apresentada a proposta de elaboração de **protocolos assistenciais para prevenção, identificação e manejo da desnutrição**, contemplando as diferentes faixas etárias — pediátrica, adulta e idosa.

Após discussão entre os participantes, foi deliberada a **elaboração do protocolo de forma multiprofissional**, com participação dos profissionais interessados, visando à construção conjunta de fluxos e condutas assistenciais aplicáveis à realidade institucional.

3. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Eduardo Luna Torres de Oliveira	Diretora da Equipe Médica	
Gabriela Teles Barbosa	Nutricionista RT	
Giovana Zandoná de Lemos	Gerente Assistencial	
Paula Dal Maso Altimari	Coord. Multiprofissional	
Renata Collesi Cordovil	Coord. Enfermagem	
Renata Machado	Diretor Geral	

Farmacêutico RT
Enfermeira SCIRAS

Sebastião Domingos Neto

Stefany Dantas Varelo

&OLFNVLJQ I H IF I ED D F
Clicksign

SETEMBRO.pdf Documento número
#80f686e9-f6c7-4f84-b6a1-3331859a142c
Datas e horários em GMT -03:00 Brasilia
Log gerado em 21 de setembro de 2026. Versão v1.51.0.

ATA EMTN - 9ª REUNIÃO 2026 -

Hash do documento original (SHA256): 0132beaf9e6308d7bf0515ed41fd43a4258aaa68a411e9b464f2e6577cc00bc3

Assinaturas

Gabriela Teles Barbosa
CPF: 445.969.188-48
Assinou em 21 set 2026 às 14:36:51

Giovana Zandona de Lemos
CPF: 385.051.058-18
Assinou em 16 set 2026 às 18:58:47

Renata Collesi Cordovil
CPF: 220.857.028-64
Assinou em 16 set 2026 às 19:00:03

Paula Dal Maso Altimari
CPF: 150.996.978-01
Assinou em 16 set 2026 às 20:17:00

Renata Meire Bailo de Oliveira Machado
CPF: 039.998.919-63
Assinou em 17 set 2026 às 07:18:44

Eduardo Luna de Oliveira Torres
CPF: 384.159.058-66
Assinou em 16 set 2026 às 19:24:05

Sebastião Domingos Soares Neto
CPF: 937.801.332-53
Assinou em 21 set 2026 às 08:05:17

Log

Clicksign

Datas e horários em GMT -03:00 Brasilia
Log gerado em 21 de setembro de 2026. Versão v1.51.0.

16 set 2026, 18:50:42 Operador com email giovana.lemos@cejam.org.br na Conta fc4b17a5-3faf-4e21-a7b2- dbbf1a080b95 criou este documento número 80f686e9-f6c7-4f84-b6a1-3331859a142c. Data limite para assinatura do documento: 16 de outubro de 2026 (18:50). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.

16 set 2026, 18:57:47 Operador com email giovana.lemos@cejam.org.br na Conta fc4b17a5-3faf-4e21-a7b2-

dbbf1a080b95 adicionou à Lista de Assinatura:
eduardo.torres@cejam.org.br para assinar, via E-mail.

Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF.

16 set 2026, 18:57:47 Operador com email giovana.lemos@cejam.org.br na Conta fc4b17a5-3faf-4e21-a7b2-dbbf1a080b95 adicionou à Lista de Assinatura:
renata.cordovil@cejam.org.br para assinar, via E-mail.

Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF.

16 set 2026, 18:57:47 Operador com email giovana.lemos@cejam.org.br na Conta fc4b17a5-3faf-4e21-a7b2-dbbf1a080b95 adicionou à Lista de Assinatura:
sebastiao.soares@cejam.org.br para assinar, via E-mail.

Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF.

16 set 2026, 18:57:47 Operador com email giovana.lemos@cejam.org.br na Conta fc4b17a5-3faf-4e21-a7b2-dbbf1a080b95 adicionou à Lista de Assinatura:
gabriela.barbosa@uscsonline.com.br para assinar, via E-mail.

Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF.

16 set 2026, 18:57:47 Operador com email giovana.lemos@cejam.org.br na Conta fc4b17a5-3faf-4e21-a7b2-dbbf1a080b95 adicionou à Lista de Assinatura:
paula.altimari@cejam.org.br para assinar, via E-mail.

Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF.

16 set 2026, 18:57:47 Operador com email giovana.lemos@cejam.org.br na Conta fc4b17a5-3faf-4e21-a7b2-dbbf1a080b95 adicionou à Lista de Assinatura:
renata.machado@cejam.org.br para assinar, via E-mail.

Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF.

16 set 2026, 18:57:47 Operador com email giovana.lemos@cejam.org.br na Conta fc4b17a5-3faf-4e21-a7b2-dbbf1a080b95 adicionou à Lista de Assinatura:
giovana.lemos@cejam.org.br para assinar, via E-mail.

Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Giovana Zandona de Lemos e CPF 385.051.058-18.

16 set 2026, 18:58:47 Giovana Zandona de Lemos assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail giovana.lemos@cejam.org.br. CPF informado: 385.051.058-18. IP: 187.70.1.88. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -23.532121 e longitude -46.891522. URL para abrir a localização no mapa: https://app.clicksign.com/location. Componente de assinatura versão v1.1514.15 disponibilizado em https://app.clicksign.com.

16 set 2026, 19:00:03 Renata Collesi Cordovil assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail renata.cordovil@cejam.org.br. CPF informado: 220.857.028-64. IP: 177.189.130.106. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -23.49160484681796 e longitude -46.8578273923836. URL para abrir a localização no mapa: https://app.clicksign.com/location. Componente de assinatura versão v1.1514.15 disponibilizado em https://app.clicksign.com.

16 set 2026, 19:24:05 Eduardo Luna de Oliveira Torres assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail eduardo.torres@cejam.org.br. CPF informado: 384.159.058-66. IP: 143.0.188.174. Componente de assinatura versão v1.1514.15 disponibilizado em https://app.clicksign.com.

16 set 2026, 20:17:00 Paula Dal Maso Altimari assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail paula.altimari@cejam.org.br. CPF informado: 150.996.978-01. IP: 177.140.104.62. Componente de assinatura versão v1.1514.15 disponibilizado em https://app.clicksign.com.

17 set 2026, 07:18:44 Renata Meire Bailo de Oliveira Machado assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail renata.machado@cejam.org.br. CPF informado: 039.998.919-63. IP: 143.0.188.174. Componente de assinatura versão v1.1514.15 disponibilizado em https://app.clicksign.com.

21 set 2026, 08:05:17 Sebastião Domingos Soares Neto assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail sebastiao.soares@cejam.org.br. CPF informado: 937.801.332-53. IP: 143.0.188.174. Componente de assinatura versão 1.1516.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com.

21 set 2026, 14:36:51 Gabriela Teles Barbosa assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail gabriela.barbosa@uscsonline.com.br. CPF informado: 445.969.188-48. IP: 191.183.42.155. Componente de assinatura versão 1.1517.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com.

21 set 2026, 14:36:58 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 80f686e9-f6c7-4f84-b6a1-3331859a142c.



Documento assinado com validade jurídica.
Para conferir a validade, acesse https://www.clicksign.com/validador e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.
As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº 80f686e9-f6c7-4f84-b6a1-3331859a142c, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em www.clicksign.com.

ATA REUNIÃO	
DATA: 24/09/2026	**HORÁRIO: 10hs às 11hs**
LOCAL: Sala de Treinamento	
ASSUNTO: COMISSÃO BIOSSEGURANÇA	

PAUTAS ABORDADAS

A Sra. Tatiana deu início à reunião com a leitura da ata anterior, realizando o acompanhamento das pendências e ações propostas pelas comissões de PGRSS e PPRAMP.

1.1 PGRSS – Gerenciamento de Resíduos

Pesagem dos resíduos: Foi informado que a balança para pesagem dos resíduos já está disponível e que o processo de pesagem e registro dos resíduos foi iniciado.

Caixas laranjas para resíduos químicos: As caixas laranjas foram instaladas nos pontos definidos, acompanhadas dos respectivos informativos de identificação e orientação fixados acima das caixas. Foi reforçada a importância da correta segregação dos resíduos químicos, frascos de vidro de medicamentos e ampolas, conforme orientação estabelecida.

Segregação dos resíduos da cozinha: Foi implantada a segregação dos resíduos orgânicos e recicláveis na cozinha, com início do processo de pesagem e acompanhamento dos volumes gerados.

Descarte de óleo de cozinha: Foi iniciado o monitoramento do descarte do óleo de cozinha, permanecendo o acompanhamento como ação contínua.

Ar-condicionado: Permanece a necessidade de levantamento e orçamento dos pontos que necessitam de instalação ou adequação dos aparelhos de ar-condicionado.

Ar-condicionado do isolamento: A Dra. Mara ficou responsável por verificar junto à empresa responsável pelo sistema de climatização se o ar proveniente do isolamento pode se espalhar pelos dutos para outras áreas da unidade, bem como solicitar os respectivos esclarecimentos/laudos.

Projeto "Devolva-me": Permanece como pendência a busca de informações junto à sede sobre o projeto e a avaliação da possibilidade de alteração do local da lixeira atualmente existente na unidade.

CEJAM
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

Coleta de papel para reciclagem: Foi sugerida a avaliação da instalação de caixas organizadoras em pontos estratégicos da unidade para coleta de papel destinado à reciclagem.

Segregação e descarte de documentos: Foi reforçada a necessidade de retirar ou descaracterizar dados dos pacientes antes da destinação dos documentos, garantindo a proteção das informações. Os papéis sem dados sigilosos deverão ser destinados à reciclagem.

Orientação aos colaboradores: Foi reforçada a necessidade de orientar as equipes quanto à correta segregação, descaracterização e destinação dos resíduos de papel.

1.2 PPRAMP – Prevenção de Acidentes com Materiais Perfurocortantes

Leitura das pendências anteriores: Foi realizado o acompanhamento das pendências registradas na reunião anterior.

Quadro de acidentes: Foi informado que o quadro de acidentes foi concluído.

Fluxograma: O fluxograma referente às condutas após acidentes já foi disponibilizado nos postos de enfermagem da unidade.

Informativo das caixas amarelas: Os informativos referentes às caixas amarelas foram disponibilizados e fixados nos pontos definidos, reforçando a correta utilização para descarte de materiais perfurocortantes.

Ação educativa – dispositivos de segurança: A Sra. Tatiana sugeriu a realização de uma ação educativa com demonstração prática dos dispositivos de segurança e orientação sobre a forma correta de acionamento, envolvendo os profissionais da assistência.

Prevenção de acidentes: Foi reforçada a importância da continuidade das ações preventivas para manutenção do período sem acidentes. Na data da reunião, a unidade contabiliza **97 dias sem acidentes**, considerando como último acidente o ocorrido em **18/06/2026**.

Treinamentos e rondas preventivas: Foi destacado que o treinamento realizado no final de julho, juntamente com as rondas diárias e as orientações realizadas pelas equipes, vem contribuindo para o fortalecimento das medidas preventivas.

Demonstração com fornecedor: Foi sugerida a possibilidade de convidar um fornecedor para realizar demonstração dos dispositivos de segurança. Caso não seja possível a participação do fornecedor, a demonstração será realizada internamente com as equipes da assistência.

CEJAM
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

Uso de EPIs: A Sra. Paula solicitou que seja realizada uma última reorientação aos colaboradores quanto à obrigatoriedade do uso adequado de **óculos de proteção, máscara e luvas**, durante as atividades que exigirem esses equipamentos.

---

2. DECISÕES

- Manter a pesagem dos resíduos e os respectivos registros.
- Manter a segregação e pesagem dos resíduos orgânicos e recicláveis da cozinha.
- Dar continuidade ao monitoramento do descarte de óleo de cozinha.
- Manter as caixas laranjas nos pontos definidos, com os respectivos informativos de orientação.
- Avaliar os pontos necessários para instalação ou adequação dos aparelhos de ar-condicionado e realizar os respectivos orçamentos.
- Verificar junto à empresa responsável a possibilidade de circulação do ar do isolamento pelos dutos para outras áreas.
- Buscar informações junto à sede sobre o Projeto "Devolva-me" e avaliar a possibilidade de alteração do local da lixeira.
- Avaliar a instalação de caixas organizadoras para coleta de papel reciclável.
- Realizar orientação aos colaboradores sobre a correta segregação dos papéis e a proteção dos dados dos pacientes.
- Manter as rondas diárias e as orientações preventivas junto às equipes.
- Realizar ação educativa com demonstração prática dos dispositivos de segurança e sua forma correta de acionamento.
- Verificar a possibilidade de participação de fornecedor na demonstração dos dispositivos.
- Caso não seja possível a participação do fornecedor, realizar a demonstração internamente com as equipes da assistência.
- Dar continuidade às ações preventivas visando à manutenção do período sem acidentes.

CEJAM
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

- Realizar nova orientação quanto ao uso correto de óculos de proteção, máscara e luvas.
- Após a reorientação, acompanhar o cumprimento das orientações referentes ao uso dos EPIs, adotando as medidas administrativas cabíveis em caso de descumprimento, conforme orientação da gestão.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Realizar ação educativa com demonstração dos dispositivos de segurança e forma correta de acionamento	**Sra. Tatiana / Comissão PPRAMP**		
Verificar a possibilidade de participação de fornecedor para demonstração dos dispositivos	**Sr Sebastian**		
Caso não seja possível a participação do fornecedor, realizar demonstração com as equipes da assistência	**Sra. Tatiana / Comissão PPRAMP**		
Manter as rondas diárias e orientações preventivas	**Sra. Tatiana / Comissão PPRAMP**		

CEJAM
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

Acompanhar o cumprimento do uso dos EPIs após a reorientação,	**Lideranças / Comissão PPRAMP**		
Adotar medida administrativa em caso de descumprimento após a reorientação	**Gestão / Lideranças**		
Manter pesagem e registro dos resíduos	**Comissão PGRSS**		
Manter monitoramento do descarte de óleo	**Comissão PGRSS**		
Verificar com a empresa se o ar do isolamento se espalha pelos dutos para outras áreas (laudos)	**Sra Mara**		
Buscar informações sobre o Projeto "Devolva-me" junto à sede e mudança de local	**Sra Tatiana**		
Avaliar instalação de caixas organizadoras para coleta de papel	**Sra Tatiana e Sebastian**		
Orientar colaboradores sobre segregação dos papéis e descarte correto	**Comissão PGRSS**		

CEJAM
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

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

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	**Presente**
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	**Presente**
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	**Presente**
Paula Altimari	Gerente Assistencial	**Presente**
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	**Ausente -Folga**
Jocemara dos Santos Almeida	Coordenadora Administrativo	**Presente**
Jussara Mazzetto	Enfermeira Educ. Continuada	**Presente**
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	**Presente**
Adriana Cristina de Franco	Coordenadora Qualidade	**Presente**

CEJAM
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

ATA REUNIÃO

DATA: 16/09/2026	**HORÁRIO: 16:00**
LOCAL: Sala de Reunião PSAFF	
ASSUNTO: CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica.	

1. Padronização da diluição no sistema SISS para pacientes de porta

Foi discutida a **padronização de diluição no sistema SISS para pacientes de porta**.

Foi informado que a configuração foi realizada no SISS e considerada **totalmente viável**, permanecendo apenas a necessidade de **validação** para conclusão do processo.

2. Padronização da ficha de antibióticos no SISS

Foi discutida a **padronização da ficha de antibióticos (ATB) no sistema SISS**.

Foi informado que o processo é **viável**, estando pendente o **suporte do SISS para a finalização do processo**.

3. Controle de psicotrópicos na emergência

Foi discutido o processo de controle dos psicotrópicos na emergência, sendo apontadas as seguintes necessidades:

Adequação da **caixa de psicotrópicos**;

Controle da **chave da gaveta de psicotrópicos**, devendo a chave permanecer sob responsabilidade da **enfermeira responsável pelo setor**;

Padronização de novo modelo de lacre;

Realização de **conferência dos psicotrópicos, lacre e respectivas quantidades pela Farmácia a cada 12 horas**.

4. Rastreabilidade de medicamentos

Foi registrada a **entrega de etiquetas de medicamentos para o FAST e para a Medicação Pediátrica**, destinadas ao **rastreio dos medicamentos utilizados pelos pacientes**.

Foi registrado que essa medida **já se encontra implementada**.

CEJAM
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

ATA REUNIÃO

DATA: 16/09/2026	**HORÁRIO: 15:00**
LOCAL: Sala de Reunião PSAFF	
ASSUNTO: CPMMH – Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais Hospitalares	

1. Padronização de itens de fisioterapia

Foi apresentada a demanda referente à padronização de itens utilizados pela fisioterapia, contemplando:

Bolinhas;

Faixas;

Fixadores de tubo.

Ficou registrada a necessidade de solicitar justificativa à fisioterapia quanto à necessidade dos itens para posterior avaliação da comissão.

2. Papagaios e comadres descartáveis

Foi discutida a questão referente a papagaios e comadres descartáveis, envolvendo Enfermagem/SCIH.

Foi orientado verificar o e-mail encaminhado pela Stephany, a fim de subsidiar a avaliação da demanda.

3. Indicadores de entregas

Foram apresentados os dados referentes às entregas:

23,44% apresentaram atrasos;

78,13% foram entregues dentro do prazo;

6,25% dos pedidos permanecem pendentes, percentual que não está incluído nos pedidos classificados como atrasados.

CEJAM
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

4. Novas datas para solicitação de compras

Foi apresentada nova programação para as solicitações de compras:

Materiais: solicitação no dia 05 de cada mês;

Materiais – compra complementar: dia 20;

Medicamentos: solicitação no dia 10;

Medicamentos – compra complementar: dia 25.

5. Compra/cotação de carro de parada para emergência

Foi discutida a compra/cotação de carro de parada para emergência, permanecendo o assunto para continuidade da cotação e avaliação da necessidade de aquisição.

6. Fluxo de contagem de Farmácia e Almoxarifado

Foi registrado que o fluxo de contagem da Farmácia e do Almoxarifado é atualizado mensalmente.

7. Detergente enzimático em spray

Foi registrada a necessidade de verificar o valor do detergente enzimático em spray.

Também foi registrada a necessidade de definição quanto à sua utilização pelo SCIH.

CEJAM
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

ATA REUNIÃO	
DATA: 24/09/2026	**HORÁRIO: 10hs às 11hs**
LOCAL:/ Sala de Treinamento	
ASSUNTO:Comissão PGRSS	

PAUTAS ABORDADAS

- **Leitura da ata anterior:** A Sra. Tatiana deu início à reunião realizando a leitura da ata anterior e o acompanhamento das pendências e ações propostas.
- **Balança para pesagem de resíduos:** Foi informado que a balança para pesagem dos resíduos já está disponível e o processo de pesagem dos resíduos já foi iniciado.
- **Caixas laranjas para resíduos químicos:** As caixas laranjas foram instaladas nos pontos definidos, com os respectivos informativos de orientação e identificação fixados acima das caixas.
- **Segregação dos resíduos da cozinha:** Foi realizada a implantação da segregação dos resíduos orgânicos e recicláveis na cozinha, tendo sido iniciado também o processo de pesagem.
- **Descarte de óleo de cozinha:** Foi iniciado o monitoramento do descarte do óleo de cozinha, permanecendo o acompanhamento como ação contínua.
- **Ar-condicionado:** Permanece a necessidade de orçamento para os pontos de instalação/adequação dos aparelhos de ar-condicionado.
- **Ar-condicionado do isolamento:** A Dra. Mara ficou responsável por verificar junto à empresa responsável pelo ar-condicionado se o ar proveniente do isolamento pode se espalhar pelos dutos para as demais áreas da unidade.
- **Projeto "Devolva-me":** Permanece como pendência a busca de informações junto à sede sobre o projeto e a avaliação da possibilidade de mudança do local da lixeira atualmente existente na unidade.
- **Coleta de papel para reciclagem:** A Sra. Tatiana sugeriu avaliar a viabilidade de disponibilizar caixas organizadoras em pontos estratégicos da unidade para coleta de papel destinado à reciclagem.
- **Segregação e descarte de documentos:** Foi reforçada a importância de retirar/descaracterizar os dados dos pacientes dos documentos, seguindo o fluxo adequado para proteção das informações. Os papéis sem dados sigilosos deverão ser destinados à reciclagem.

CEJAM
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

- **Orientação aos colaboradores:** Ficou reforçada a necessidade de realizar orientação às equipes quanto à correta segregação e destinação dos resíduos de papel.

DECISÕES

- Manter a pesagem dos resíduos e os respectivos registros.
- Manter a segregação e pesagem dos resíduos orgânicos e recicláveis da cozinha.
- Dar continuidade ao monitoramento do descarte de óleo.
- Manter as caixas laranjas nos pontos definidos, com os informativos de orientação.
- Avaliar os pontos necessários para orçamento de ar-condicionado.
- Verificar com a empresa responsável a circulação do ar do isolamento pelos dutos.
- Buscar informações junto à sede sobre o Projeto "Devolva-me".
- Avaliar a possibilidade de mudança da lixeira existente na unidade.
- Avaliar a instalação de caixas organizadoras para coleta de papel reciclável.
- Realizar orientação aos colaboradores sobre a correta segregação dos papéis e a proteção dos dados dos pacientes.

3.PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Manter pesagem e registro dos resíduos	**Comissão PGRSS**	**Continuo**	
Manter monitoramento do descarte de óleo	**Comissão PGRSS**	**Continuo**	
Verificar com a empresa se o ar do isolamento se espalha pelos dutos para outras áreas (laudos)	**Sra Mara**		
Buscar informações sobre	**Sra Tatiana**		

CEJAM
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

o Projeto "Devolva-me" junto à sede e mudança de local			
Avaliar instalação de caixas organizadoras para coleta de papel	**Sra Tatiana e Sebastian**		
Orientar colaboradores sobre segregação dos papéis e descarte correto	**Comissão PGRSS**		

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

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	**Presente**
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	**Presente**
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	**Presente**
Paula Altimari	Gerente Assistencial	**Presente**
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	**Ausente -Folga**
Jocemara dos Santos Almeida	Coordenadora Administrativo	**Presente**
Jussara Mazzetto	Enfermeira Educ. Continuada	**Presente**
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	**Presente**
Adriana Cristina de Franco	Coordenadora Qualidade	**Presente**

CEJAM
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

ATA REUNIÃO

DATA: 14/09/2026 **HORÁRIO: 10:10**

LOCAL: Sala de reunião

ASSUNTO: Comissão CCIRAS

1. **PAUTAS ABORDADAS**
   01. **Apresentação**
   02. **Doenças de Notificação Compulsória**
   03. **Taxa de Higiene das Mãos**
   04. **Consumo de produtos para Higiene das mãos**
   05. **Taxa de Dispositivos**
   06. **IRAS**

2. **Discussões**

Pauta 1: A Sra. Stefany Dantas Varelo e presidiu a reunião agradecendo os participantes presentes e reforçando o tempo de tolerância impreterivelmente de até dez minutos para início das reuniões, e procedeu com a apresentação das demais pautas. Informa que a pauta de escova para pacientes em uso de tubo orotraqueal será avaliada em conjunto com a Comissão de Padronização.

Pauta 2: A Sra. Stefany Dantas Varelo e informou que no mês de agosto, foram registradas 61 notificações, correspondentes a 59 CID de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (DNC), demonstrando boa adesão ao processo de notificação. O resultado demonstra participação ativa da enfermagem na identificação e sinalização dos casos, embora ainda seja necessário fortalecer a adesão e a efetivação das notificações compulsórias pelos demais profissionais envolvidos no processo.

Pauta 3: A Taxa de Adesão de Higiene das Mãos os resultados resultados respectivos foram Julho 56% e Agosto 100%. A Sra. Stefany Dantas Varelo informou que o numerador de observações foi baixa em agosto sendo 6 auditorias. A Sra. Paula Dal Maso informa que irá apoiar auditorias e solicita mais membros da visita multidisciplinar para apoio. A Sra Stefany também informa que persistem dispensadores de álcool e sabão de má qualidade e pede apoio para a Sra. Jocemara dos Santos Almeida (Coord. Adm.) qual informa que entrará em contato com empresa de higiene.

Pauta 4: Consumo álcool em gel: A Sra. Stefany Dantas Varelo reportou:

O consumo de álcool em gel no bimestre: na emergência teve aumento de 18ml/paciente (pct)-dia para 31ml/pct-dia demonstrando maior adesão. Observação Adulto 2ml/pct-dia para 13 ml/pct-dia com aumento comparado ao mês anterior entretanto não atingiu meta estabelecida 20ml/pct-dia. Quanto à Observação Infantil ficou em Julho com 34ml/pct-dia superando a meta mas não houve troca de bags no dispensador no setor de um mês para o outro sendo consumo zero resultado em 0ml/pct-dia em Agosto, mas houve adesão à higiene das mãos porém demonstrando à seguir no consumo de sabão.

Consumo Sabão líquido:

Sabão Líquido na Observação Infantil houve um consumo de 33ml/pct-dia em Julho e 13ml/pct-dia em Agosto. Emergência e Observação Infantil obtendo melhora bimestral: Emergência de 8ml para 13ml e Observação Adulto de 5ml para 17ml. Sra Stefany Dantas Varelo informa que dispensadores na Observação Adulto e demais setores, exceto Observação Infantil, no requisito sabão estão sendo utilizados no banho de leito sendo o indicador de consumo de álcool em gel o indicador com mais precisão para comparar adesão à Higiene das Mãos.

Pauta 5: Taxa de Utilização de Ventilação mecânica (VM), Cateter Venoso Central (CVC) e Taxa de Cateter Vesical de Demora (CVD):

- A Sra Stefany demonstra em gráficos de Taxa de CVC e CVD em queda do uso de dispositivo invasivos (3 pontos), isto reflete melhoria devido a resultados de treinamentos e feedback na busca ativa da SCIRAS para descontinuidade do dispositivo invasivo com risco de IRAS. Taxa Ventilação mecânica: Em Julho 2% e Agosto em 8% (média 7%) . Taxa de Cateter Venoso Central em Julho em 4% em Agosto em 5% (média 8%) e Cateter Vesical de Demora em Julho 8% de Agosto em 9% (média 11%).

Pauta 6: Densidade de IRAS: A Sra. Stefany Dantas Varelo apresentou os dados referentes à densidade de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), informando que no bimestre não houve diagnóstico de Infecção relacionado à Assistência à Saúde.

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

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Contato com empresa de higiene para fornecimento de estrutura para Higiene das Mãos.	**Coord. Adm**	**01/10/2026**	

4. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Stefany Dantas Varelo	**Enfermeira do SCIRAS**	
Jocemara Dos Santos Almeida	**Coordenadora Administrativa**	
Adriana Cristina de Franco	**Coordenadora da Qualidade**	
Thalia Carvalho	**RT - Equipe de Fisioterapeutas**	
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	**Coordenadora de Enfermagem**	
Renata Collesi Cordovil	**Coordenadora Multidisciplinar**	
Sebastião Domingos Soares Neto	**Responsável Técnico pelo Serviço de Farmácia**	
Paula Dal Maso de Altimari	**Gerente Multidisciplinar**	

ATA DE REUNIÃO DE CIPA (18/09/2026) – GESTÃO 2026/2027
UNIDADE: Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo Freitas

PRÓ-MEMÓRIA	
Horário de início: 08h30	**Horário de término: 09h30**
Local: Sala de Treinamento	**Data:** 18/09//2026
Membros Presentes (Representantes Indicados e Eleitos)	
TATIANA MARIA BARROS	Presente
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI	Presente
HANNE CABRAL DOS SANTOS	Presente
SILVIA REGINA MUZA	Presente
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO	Presente
DANIELE DA SILVA	Presente
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES	Presente
Membros Ausentes (Representantes Indicados e Eleitos)	
Membro	**Justificativa da Ausência**
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS	Ausência justificada assistência paciente
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES	FALTOU
JANAINA MACHADO RAMIRO	Ausência justificada devido à folga
DOUGLAS JOSE FRANCISCO	Ausência justificada devido à folga
GIOVANA ZANDONA LEMOS	Ausência justificada devido à folga
Participante Convidados	

ASSUNTOS DISCUTIDOS				
Item	**Assunto/Ocorrência**	**Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas a serem tomadas**	**Responsável**	**Prazo**
1	**Leitura do mês de agosto:** realizada a leitura e apresentação dos registros referentes ao mês de agosto.	Sem pendências		
2	**Mapas de Risco:** informada a atualização dos Mapas de Risco dos setores, realizada com sucesso.	Finalizado		
3	**Quadro de Acidentes:** realizado o fechamento e atualização do quadro de acidentes. Foi informado que **não houve acidentes de trabalho no mês de agosto.**	Finalizado		
4	**Análise Microbiológica:** apresentado o resultado da análise microbiológica, com **resultado negativo,** não sendo identificadas alterações que demandassem novas tratativas.	Finalizado		

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

5	**Nova dinâmica das inspeções da CIPA:** o Sr. Presidente informou que será adotada uma nova dinâmica para realização das inspeções. Será elaborado um **cronograma contendo as datas e os respectivos setores** que serão inspecionados pelos membros da CIPA, com posterior entrega dos registros das inspeções.		Sr Presidente	
6	**SIPAT 2026:** foi repassada aos membros a programação da **SIPAT 2026**, que será realizada de **21 a 25/09/2026**, com as atividades previstas para cada dia.			
7	**Organização e decoração da SIPAT:** ficou agendado para **hoje, às 15h**, o encontro para organização e decoração da sala de treinamento, onde serão realizadas as atividades da SIPAT.			
8	**Indicador de acidentes: reforçado que não foram registrados acidentes de trabalho durante o mês de agosto, sendo este um resultado positivo para a unidade e para as ações de prevenção desenvolvidas.**			

PENDÊNCIAS DE REUNIÃO ANTERIOR					
Item	Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas Pendentes	Responsável	Prazo Inicial	Novo Prazo	Motivo
1	Cronograma das inspeções e datas para membros	Sra Presidente	Próxima reunião		

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

Assinatura em lista de presença anexa a esta ata.

LISTA DE PRESENÇA – REUNIÃO DA CIPA (NOME DA UNIDADE)		
Data: 18/09/2026	**Horário:** 08h30 ás 09h30	**Local:** Sala de Treinamento

Participante	Função na CIPA	Assinatura
TATIANA MARIA BARROS	Presidente	
JANAINA MACHADO RAMIRO	Vice- Presidente	FOLGA.
DOUGLAS JOSE FRANCISCO	Membro	FOLGA.
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA	Secretaria	
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI	Membro	
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES	Membro	Franciele Araujo
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS	Membro	Falta justificada.
HANNE CABRAL DOS SANTOS	Membro	
DANIELE DA SILVA	Membro	Daniele
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES	Membro	FALTOU
GIOVANA ZANDONA LEMOS	Membro	FOLGA
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO	Membro	

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

ATA REUNIÃO	
DATA: 24/09/26	**HORÁRIO: 10hs às 11hs**
LOCAL: Sala de Treinamento	
ASSUNTO: Comissão PPRAMP	

PAUTAS ABORDADAS

- **Leitura das pendências anteriores:** A Sra. Tatiana deu início à reunião com a leitura e acompanhamento das pendências registradas na reunião anterior.
- **Quadro de acidentes:** Foi informado que o quadro de acidentes foi concluído.
- **Fluxograma:** O fluxograma referente às condutas após acidentes já foi disponibilizado nos postos de enfermagem da unidade.
- **Informativo das caixas amarelas:** Os informativos referentes às caixas amarelas já foram disponibilizados e fixados nos pontos definidos.
- **Ação preventiva – dispositivos de segurança:** A Sra. Tatiana sugeriu a realização de uma ação educativa com demonstração prática dos dispositivos de segurança e orientação sobre a forma correta de acionamento, envolvendo todos os profissionais da assistência.
- **Prevenção de acidentes:** Foi reforçada a importância da continuidade das ações preventivas para manutenção do período sem acidentes. Na data da reunião, a unidade contabiliza **97 dias sem acidentes**, considerando o último acidente ocorrido em 18/06/2026.
- **Treinamento realizado em julho:** A Sra. Tatiana destacou que o treinamento realizado no final de julho, juntamente com as rondas diárias e as orientações realizadas pelas equipes, pode estar contribuindo para a manutenção do período sem acidentes.
- **Demonstração com fornecedor:** Foi sugerida a possibilidade de convidar um fornecedor para realizar uma demonstração dos dispositivos de segurança. Caso não seja possível realizar a ação com fornecedor, a demonstração será realizada internamente com as equipes da assistência.
- **Uso de EPIs:** A Sra. Paula solicitou que seja realizada uma última reorientação aos colaboradores quanto à obrigatoriedade do uso adequado de **óculos de proteção, máscara e luvas** durante as atividades que exigirem esses equipamentos.

2. DECISÕES

- Manter as rondas diárias e as ações de orientação preventiva junto às equipes.
- Realizar ação educativa com demonstração prática dos dispositivos de segurança.
- Buscar a possibilidade de participação de fornecedor para demonstração dos dispositivos.
- Caso não seja possível a participação do fornecedor, realizar a demonstração com as próprias equipes da assistência.

CEJAM
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

- Dar continuidade às ações preventivas visando manter o período sem acidentes.
- Realizar nova orientação sobre o uso correto de óculos, máscara e luvas.
- Após a reorientação, os casos de não cumprimento das orientações referentes ao uso dos EPIs deverão seguir as medidas administrativas cabíveis, conforme orientação da gestão.

3.PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Realizar ação educativa com demonstração dos dispositivos de segurança e forma correta de acionamento	**Sra. Tatiana / Comissão PPRAMP**	**No máximo até 15 novembro**	
Verificar a possibilidade de participação de fornecedor para demonstração dos dispositivos	**Sr Sebastian**		
Caso não seja possível a participação do fornecedor, realizar demonstração com as equipes da assistência	**Sra. Tatiana / Comissão PPRAMP**		
Manter as rondas diárias e orientações preventivas	**Sra. Tatiana / Comissão PPRAMP**		
Acompanhar o cumprimento do	**Lideranças / Comissão PPRAMP**		

CEJAM
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

uso dos EPIs após a reorientação,			
Adotar medida administrativa em caso de descumprimento após a reorientação	**Gestão / Lideranças**		

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

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Tatiana Maria Barros	Tecnica de Segurança do Trabalho	**Presente**
Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	**Presente**
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	**Presente**
Paula Altimari	Gerente Assistencial	**Presente**
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	**Ausente-Folga**
Jocemara dos Santos Almeida	Coordenadora Administrativo	**Presente**
Jussara Mazzetto	Enfermeira Educação Continuada	**Presente**
Renata Meire Bailo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	**Presente**
Adriana Cristina de Franco	Coordenadora Qualidade	**Presente**

CEJAM
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