Relatório de Atividades Assistenciais

UPA BRUNO COVAS

Contrato de Gestão nº 14/26

CARAPICUÍBA

Setembro

2026

Prefeitura Municipal de Carapicuíba

DIRETOR DEPARTAMENTO HOSPITALAR E EMERGÊNCIAS
Eliane Cristina dos Santos Farias

SECRETÁRIO DE SAÚDE
Diogo Alves Fernandes

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"

DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO
Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL
Patricia Meire Caravante Gaia

DIRETORA GERAL
Paula Magna Marinho

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL 4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM 4
1.2 UPA BRUNO COVAS - Contrato de Gestão nº 14/26 5
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES 6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 6
4. FORÇA DE TRABALHO 6
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT 7
4.1.1 Dimensionamento UPA BRUNO COVAS 7
4.1.2 Absenteísmo 9
4.1.3 Turnover 10
4.1.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) 11
5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial 12
5.1.1 Classificação de Risco 12
5.1.2 Contra-referenciamento para a Atenção Primária à Saúde 13
5.1.3 Horas de Treinamentos 13
5.1.4 Tempo de Espera para Atendimento Médico (Classificação Amarelo) 14
5.1.5 Tempo de Espera para Atendimento Médico (Classificação Verde) 15
5.1.6 Efetivação de Transferências 16
5.1.7 Serviços Médicos / Odontológicos 17
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 18
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário 18
6.1.1 Avaliação do Atendimento e Estrutura 18
6.1.2 Avaliação do Serviço 19
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO 20

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, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão

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

Missão

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

Valores

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 UPA BRUNO COVAS - Contrato de Gestão nº 14/26

Em 27/03/2026 iniciou o novo Contrato de Gestão nº 14/26 , o referido contrato tem como objetivo a implantação e o gerenciamento técnico para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24 HORAS - BRUNO COVAS. A UPA Bruno Covas é de nível III e porte III. A prestação de serviços será ofertada exclusivamente pelo SUS, atendendo prioritariamente casos de urgência e emergência de adultos e crianças, em regime de funcionamento 24 horas por dia ininterrupto, atendendo demanda espontânea da população e também pacientes trazidos pelos serviços de transportes de urgência e emergência (SAMU, Bombeiros, etc). Configura-se como serviço de saúde com estrutura e complexidade intermediária entre a Atenção Primária e o atendimento de Alta Complexidade Hospitalar, integrando uma rede organizada de Atenção às Urgências do Município de Carapicuíba, no Estado de São Paulo.

A população estimada beneficiada com o UPA Bruno Covas será de 386.984 habitantes (IBGE, 2022). A área de abrangência é o Município de Carapicuíba. A Unidade se encontra em local de fácil acesso, situada à Rua Serra Agulhas Negras, 100, Jardim Planalto, Carapicuíba - SP. A UPA Bruno Covas realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência/Emergência, oferecendo serviços de clínica geral, ortopedia, pediatria e odontologia.

A UPA Bruno Covas, após estabilização das condições clínicas e quando indicação de internação referência os pacientes para a internação em unidades hospitalares estaduais por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - SIRESP.

A UPA Bruno Covas conta com 32 (trinta e dois) leitos, sendo 15 (quinze) leitos de observação adulta, sendo 12 (doze) leitos divididos em um quarto masculino com 6 leitos e um quarto feminino com mais 6 leitos e, ainda, 3 (três) de isolamento. Possui também 6 (seis) leitos de observação Pediátrica e 1 Leito de isolamento pediátrico e ainda 10 (dez) leitos na Sala de Emergência, sendo 2 (dois) leitos de estabilização e 8 (oito) leitos de emergência, dentre eles, 2 de isolamento.

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado SALUTEM e planilhas de excel para consolidação dos dados.

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

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

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período de setembro foi de 199 colaboradores, sendo o previsto 203. O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo.

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

4.1.1 Dimensionamento UPA BRUNO COVAS

Cargo	Previsto	Efetivo
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1	1
ASSISTENTE SOCIAL	2	2
ATENDENTE (DIURNO)	9	9
ATENDENTE (NOTURNO)	6	6
AUXILIAR ADMINISTRATIVO (S.A.U., ALMOXARIFADO, SPP, RH)	4	4
AUXILIAR ADMINISTRATIVO - NIR	3	3
AUXILIAR SAUDE BUCAL	3	3
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS COPA	4	4
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS LIMPEZA	0	0
CONTROLADOR DE FLUXO E ACESSO	11	11
CONTROLADOR DE FLUXO E ACESSO (NOTURNO)	6	6
COORDENADORA ADMINISTRATIVA	0	0
COORDENADOR DE ENFERMAGEM (RT)	1	1
DIRETOR GERAL	1	1
ENFERMEIRO (DIURNO)	18	17
ENFERMEIRO (NOTURNO)	16	16
FARMACÊUTICO	2	2
FARMACÊUTICO (NOTUNO)	2	2
FARMACÊUTICO RT	1	1
SUPERVISOR DE HOTELARIA	1	0
NUTRICIONISTA	1	0
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO (DIURNO)	2	2
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO (FOLGUISTA)	1	1
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM FOLGUISTA	0	0
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO (NOTURNO)	2	2
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (DIURNO)	2	2
SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (NOTURNO)	2	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (DIURNO)	44	44
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (NOTURNO)	36	36
TÉCNICO SEGURANÇA DO TRABALHO	1	1
TÉCNICO DE GESSO (DIURNO)	3	3
TÉCNICO DE GESSO (NOTURNO)	3	2

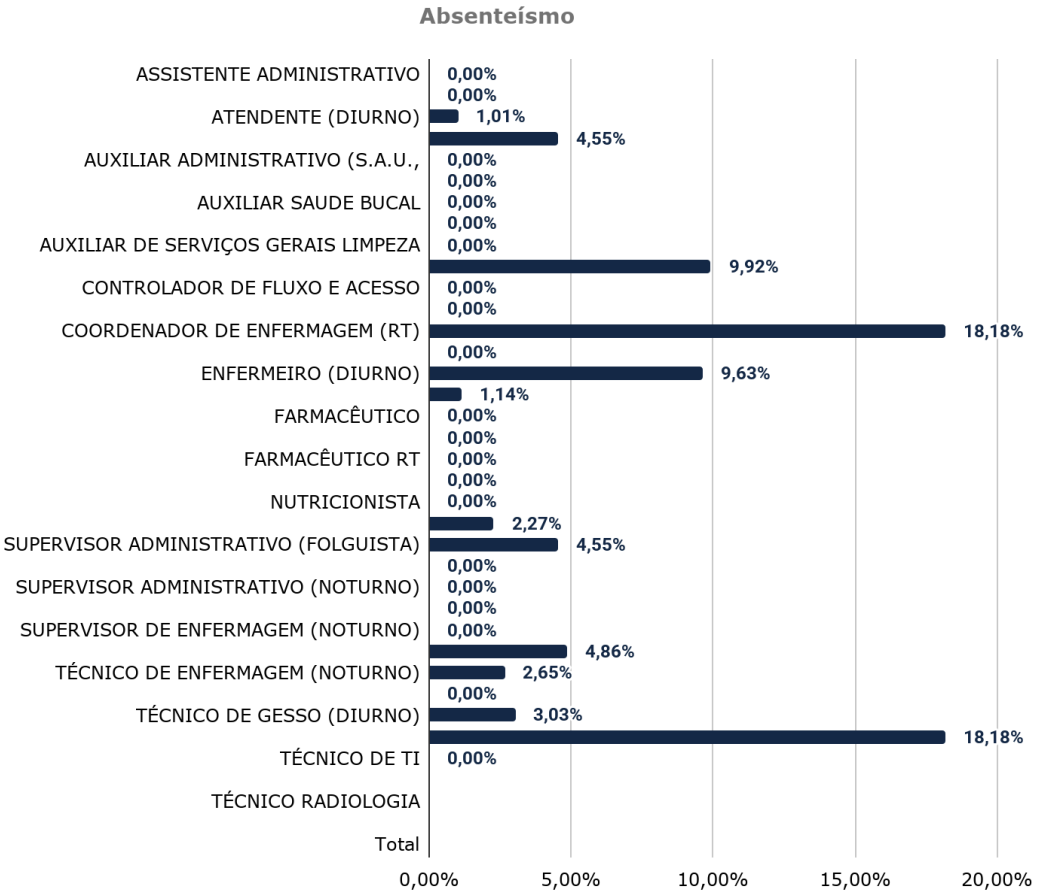
TÉCNICO DE TI	1	1
TÉCNICO FARMACIA (DIURNO)	3	3
TÉCNICO RADIOLOGIA	10	10
TÉCNICO RADIOLOGIA RT	1	1
Total	**203**	**199**

Análise Crítica: No mês de setembro de 2026, a unidade encerrou o período com 199 colaboradores ativos, frente ao quadro contratual previsto de 203 profissionais, correspondendo a 98,03% de cobertura do dimensionamento previsto.

O resultado representa um déficit pontual de 4 profissionais, em relação ao quadro contratual. O setor de Recursos Humanos permanece atuando continuamente nos processos de recrutamento e seleção, com busca ativa de profissionais qualificados e alinhados às necessidades técnicas e ao perfil institucional da unidade.

A gestão mantém o acompanhamento das vagas em conjunto com o RH, visando à recomposição integral do quadro, priorizando não apenas o preenchimento quantitativo das posições, mas também a qualificação e adequação dos profissionais às necessidades assistenciais e operacionais da UPA, contribuindo para a manutenção da qualidade e segurança dos serviços prestados.

4.1.2 Absenteísmo



Análise Crítica: No mês de setembro de 2026, o índice de absenteísmo foi de 2,45%, apresentando discreto aumento em comparação ao mês de agosto, quando o indicador registrou 2,28%.

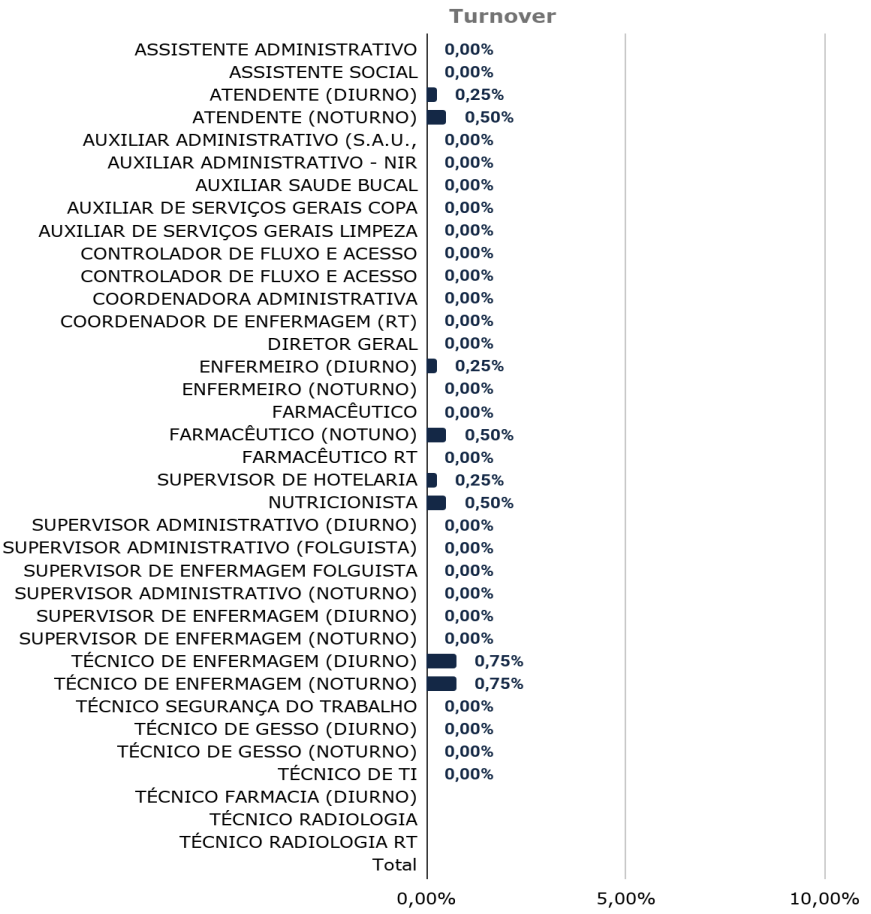
Na análise do período, a gestão identificou, entre os fatores que requerem acompanhamento, situações envolvendo colaboradores que manifestaram interesse em desligamento da instituição e que apresentam recorrência de ausências e apresentação de atestados, contribuindo para impacto no indicador de absenteísmo da unidade.

Considerando que, no momento, não há programação institucional para determinados desligamentos e que alguns desses profissionais também não optaram pelo desligamento voluntário, essas situações vêm sendo acompanhadas individualmente pela gestão e pelo setor de Recursos Humanos.

Ressalta-se que a análise gerencial não questiona a validade ou legitimidade dos atestados apresentados, mas considera necessário acompanhar a recorrência das ausências e seus impactos no dimensionamento das equipes e na continuidade dos processos assistenciais.

Como ação de melhoria, a gestão manterá o monitoramento sistemático do absenteísmo, a análise individual dos casos recorrentes em conjunto com o RH e o acompanhamento das lideranças, buscando estratégias institucionais que contribuam para maior estabilidade das equipes e redução dos impactos das ausências na operação da unidade.

4.1.3 Turnover

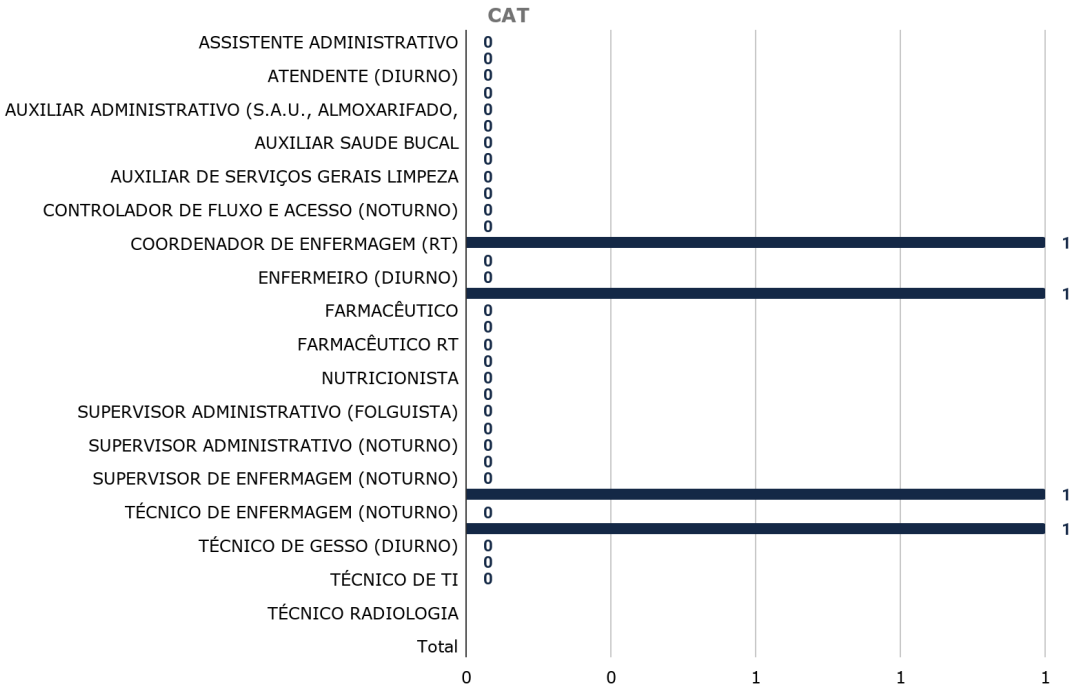


Análise Crítica: No mês de setembro de 2026, o indicador de turnover foi de 0,11%, mantendo-se estável em relação ao mês de agosto, que apresentou o mesmo resultado.

A manutenção do indicador demonstra estabilidade na rotatividade do quadro de colaboradores durante o período, apesar das movimentações de pessoal e da existência de vagas ainda em processo de reposição.

A gestão, em conjunto com o setor de Recursos Humanos, permanece acompanhando as movimentações do quadro, os motivos relacionados aos desligamentos e as necessidades de reposição, buscando garantir maior estabilidade das equipes e continuidade dos processos assistenciais e administrativos.

4.1.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: No mês de setembro de 2026, foram registradas 4 Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT), frente a 2 registros no mês de agosto.

Embora numericamente seja observado aumento no indicador, é importante considerar que a unidade vem desenvolvendo um trabalho contínuo de conscientização e fortalecimento da cultura de notificação dos acidentes de trabalho. Durante o acompanhamento realizado pela gestão e pela Técnica de Segurança do Trabalho, identificou-se que anteriormente algumas ocorrências não eram comunicadas pelos próprios colaboradores, ocasionando possível subnotificação.

Diante desse cenário, foram intensificadas as orientações às equipes quanto à importância da abertura da CAT sempre que aplicável, esclarecendo sua finalidade e reforçando que a comunicação adequada permite o acompanhamento da ocorrência, a investigação dos fatores envolvidos e, principalmente, a implantação de medidas preventivas.

Dessa forma, o aumento dos registros no período deve ser analisado também sob a perspectiva de maior adesão ao processo de notificação, não sendo possível atribuí-lo isoladamente ao aumento da ocorrência de acidentes.

A gestão, juntamente com a Técnica de Segurança do Trabalho e as lideranças, continuará acompanhando individualmente as ocorrências, analisando causas e possíveis recorrências e fortalecendo ações educativas e preventivas, com foco na segurança do colaborador, prevenção de acidentes e consolidação de uma cultura institucional de notificação e aprendizado.

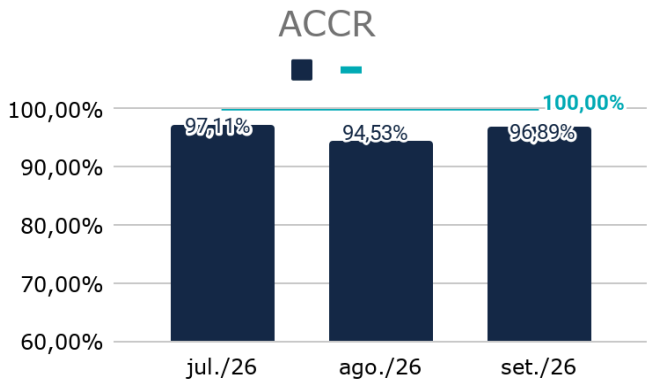
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade. Estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas na unidade.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - BRUNO COVAS.

5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial

5.1.1 Classificação de Risco



Análise crítica: No mês de setembro de 2026, o indicador de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) atingiu 96,89%, permanecendo abaixo da meta contratual de 100%, com diferença de 3,11% pontos percentuais em relação ao resultado esperado.

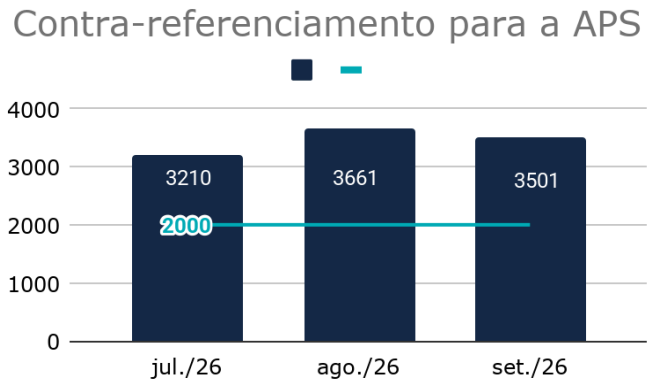
O indicador permanece como ponto de atenção da gestão, considerando a importância da classificação de risco para organização do fluxo assistencial, priorização dos pacientes conforme gravidade e segurança do atendimento.

A gestão mantém o acompanhamento conjunto com as equipes assistenciais e administrativas, reforçando a necessidade de que todos os usuários elegíveis ao processo sejam adequadamente direcionados para o acolhimento e classificação de risco.

Também permanecem as ações de monitoramento e auditoria do indicador, buscando identificar as situações que interferem no alcance dos 100%, incluindo evasões durante o fluxo assistencial e atendimentos/procedimentos que, conforme o percurso realizado pelo usuário na unidade, possam impactar o resultado final do indicador.

Como estratégia de melhoria, serão mantidos o acompanhamento sistemático dos dados, a orientação das equipes e a revisão dos fluxos envolvidos, com foco na redução das perdas durante o processo e no alcance progressivo da meta contratual de 100%.

5.1.2 Contra-referenciamento para a Atenção Primária à Saúde



Análise crítica: No mês de setembro de 2026, foram realizados 3.501 contra-referenciamentos para a Atenção Primária à Saúde (APS), frente à meta contratual de 2.000 encaminhamentos mensais.

O desempenho demonstra a manutenção e o fortalecimento do processo de integração entre a UPA e a rede de Atenção Primária, favorecendo a continuidade do cuidado dos usuários após o atendimento de urgência e emergência e contribuindo para o direcionamento adequado das demandas que necessitam de acompanhamento longitudinal na rede.

A gestão continuará acompanhando o indicador e reforçando junto às equipes a importância do contra-referenciamento responsável e adequado ao perfil clínico do usuário, buscando não apenas a manutenção quantitativa da meta, mas também a qualidade e efetividade dos encaminhamentos realizados.

5.1.3 Horas de Treinamentos

Análise crítica: No mês de setembro de 2026, foram realizadas 151 horas de treinamentos, frente à meta mensal estabelecida de 120 horas do contrato de gestão.

O resultado representa uma evolução importante em relação ao mês de agosto, quando foram realizadas 110 horas de treinamento. Em setembro, houve acréscimo de 41 horas de capacitação, equivalente a um aumento de aproximadamente 37,27% em relação ao mês anterior.

O desempenho demonstra o fortalecimento das ações de educação permanente e desenvolvimento das equipes, após a identificação, no mês anterior, da necessidade de intensificação da participação dos profissionais nas atividades de capacitação.

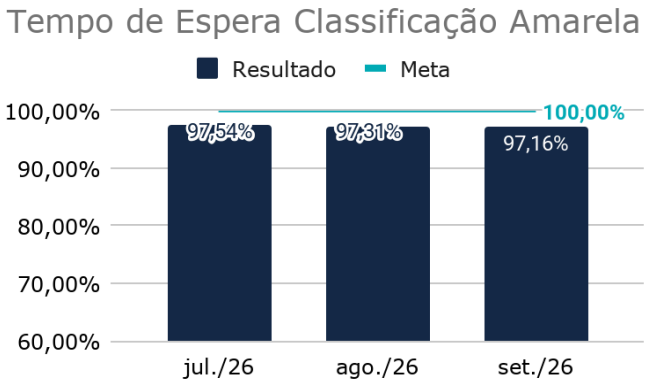
A gestão compreende a capacitação como processo contínuo e essencial para o fortalecimento dos protocolos institucionais, padronização das práticas, desenvolvimento profissional e, principalmente, para a qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente.

Plano de Ação

Mesmo com a superação da meta no período, serão mantidos o planejamento mensal e o acompanhamento das horas de treinamento, buscando garantir regularidade das capacitações e participação multiprofissional.

Objetivo: Manter mensalmente o cumprimento mínimo de 120 horas de treinamento, priorizando conteúdos relacionados às fragilidades identificadas nos processos e fortalecendo a cultura de segurança e melhoria contínua da unidade.

5.1.4 Tempo de Espera para Atendimento Médico (Classificação Amarelo)



Análise crítica: No mês de setembro de 2026, o indicador relacionado ao tempo de atendimento dos pacientes classificados como amarelo atingiu 97,16%, demonstrando desempenho elevado no cumprimento do tempo preconizado para essa classificação.

O resultado evidencia que a grande maioria dos pacientes classificados como urgentes recebeu atendimento dentro do tempo estabelecido. Entretanto, considerando que 2,84%

dos atendimentos permaneceram fora do parâmetro esperado, a gestão manterá ações direcionadas à identificação e redução dessas ocorrências.

Plano de Ação

Será realizado monitoramento dos atendimentos classificados como amarelo que ultrapassarem o tempo preconizado, buscando identificar os principais fatores relacionados ao atraso, como períodos de maior demanda, fluxo interno, disponibilidade da equipe assistencial e demais intercorrências operacionais.

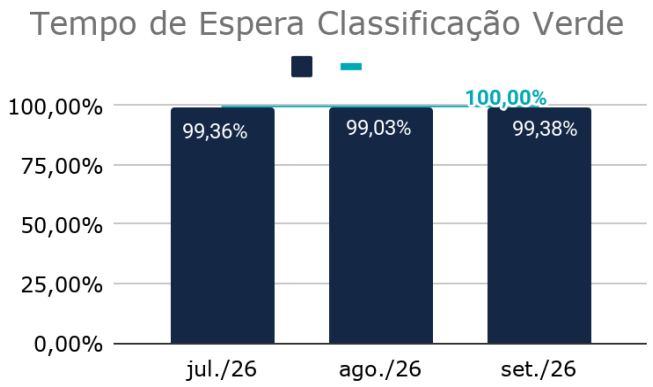
Os casos identificados serão discutidos com as lideranças médica, de enfermagem e administrativa, permitindo atuação direcionada sobre as causas encontradas.

Também será reforçada junto às equipes a necessidade de sinalização e priorização dos pacientes amarelos, especialmente nos períodos de maior demanda, mantendo comunicação ativa entre classificação de risco, supervisão de enfermagem, supervisão administrativa e equipe médica.

Como estratégia de acompanhamento, o indicador será avaliado periodicamente durante o mês, possibilitando intervenção ainda dentro da competência mensal, sem aguardar exclusivamente o fechamento do indicador.

Objetivo: Reduzir progressivamente os atendimentos amarelos fora do tempo preconizado e aproximar o indicador da meta de 100%, garantindo maior agilidade e segurança aos pacientes classificados como urgentes.

5.1.5 Tempo de Espera para Atendimento Médico (Classificação Verde)



Análise crítica: No mês de setembro de 2026, o indicador relacionado ao tempo de atendimento dos pacientes classificados como verde atingiu 99,38%, demonstrando excelente desempenho e proximidade com o alcance integral do parâmetro estabelecido.

O resultado evidencia a efetividade da organização do fluxo assistencial, considerando que 99,38% dos pacientes classificados como pouco urgentes foram atendidos dentro do tempo preconizado, permanecendo apenas 0,62% fora do parâmetro esperado.

Apesar do resultado altamente satisfatório, a gestão manterá o acompanhamento do indicador, buscando compreender pontualmente os casos que ultrapassaram o tempo estabelecido e prevenir novas ocorrências.

Plano de Ação

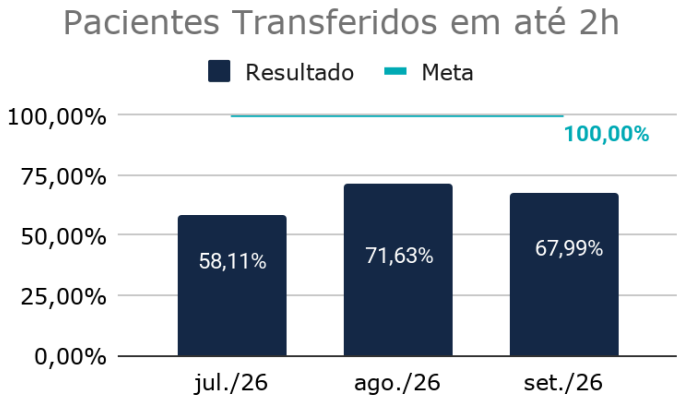
Será mantido o monitoramento dos atendimentos classificados como verde que ultrapassarem o tempo preconizado, com atenção especial aos períodos de maior demanda e possíveis situações de sobrecarga do fluxo assistencial.

A supervisão administrativa e as lideranças assistenciais permanecerão acompanhando o fluxo da unidade, promovendo intervenções sempre que identificada elevação do tempo de espera.

Também será reforçada a comunicação entre classificação de risco, enfermagem, equipe médica e supervisão administrativa, permitindo identificação precoce de situações que possam ocasionar aumento do tempo de atendimento.

Objetivo: manter o desempenho alcançado e reduzir os 0,62% de atendimentos fora do tempo preconizado, buscando a aproximação contínua do indicador de 100%, sem comprometer a priorização clínica dos pacientes classificados em categorias de maior gravidade.

5.1.6 Efetivação de Transferências



Análise crítica: No mês de setembro de 2026, o indicador de transferências realizadas em até 2 horas atingiu 67,99%, frente à meta contratual de 100%.

Em comparação com agosto, quando o resultado foi de 72,36%, observa-se redução de 4,37 pontos percentuais, demonstrando a necessidade de manutenção do acompanhamento sistemático do fluxo de transferências.

Ressalta-se que o processo envolve fatores internos e externos à governabilidade direta da unidade, incluindo a regulação dos pacientes, disponibilidade de recursos na rede e disponibilidade de transporte para efetivação das remoções.

Plano de Ação

A gestão manterá o acompanhamento dos pacientes em processo de transferência, com registro dos horários de solicitação, autorização/regulação e efetivação da remoção, permitindo identificar em qual etapa ocorreu o maior impacto no tempo total.

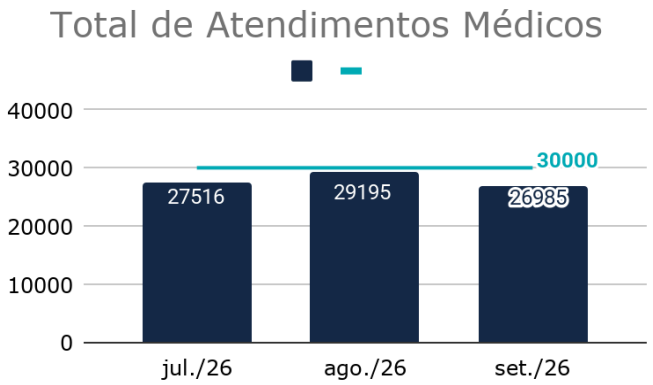
Serão mantidos os registros das justificativas das transferências superiores a 2 horas, possibilitando diferenciar os fatores relacionados ao fluxo interno daqueles dependentes da regulação e/ou transporte.

A equipe do NIR, supervisores e equipe médica deverão manter comunicação ativa durante o processo, com reforço das tratativas junto aos setores responsáveis sempre que identificado risco de ultrapassar o tempo preconizado.

Os casos com tempo superior ao estabelecido serão acompanhados pela gestão, buscando identificar recorrências e subsidiar as tratativas junto aos setores responsáveis e à Secretaria Municipal de Saúde, quando relacionadas a fatores externos à governabilidade da unidade.

Objetivo: ampliar progressivamente o percentual de transferências realizadas em até 2 horas e garantir rastreabilidade das causas relacionadas aos casos que ultrapassarem o tempo estabelecido.

5.1.7 Serviços Médicos / Odontológicos



Análise crítica: No mês de setembro de 2026, foram registradas 28.042 fichas abertas na unidade, demonstrando a manutenção de demanda expressiva pelos serviços de urgência e emergência.

No mesmo período, foram realizados 26.985 atendimentos médicos, correspondendo a aproximadamente 96,23% do total de fichas abertas. A diferença entre os dois indicadores foi de 1.057 registros (3,77%).

Ressalta-se que essa diferença não deve ser interpretada isoladamente como evasão, considerando que o fluxo da unidade contempla situações que podem não resultar em atendimento médico, devendo os dados ser analisados conforme a natureza e o desfecho de cada registro.

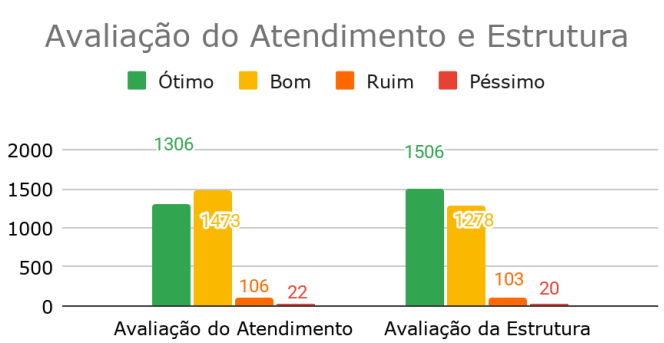
A gestão mantém o acompanhamento da produção assistencial e dos diferentes desfechos das fichas abertas, buscando identificar possíveis evasões e demais situações que interfiram na continuidade do fluxo do usuário.

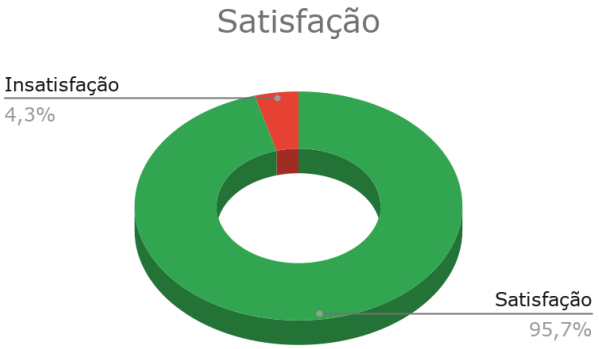
O volume assistencial também deve ser analisado em conjunto com os indicadores de tempo de atendimento. Mesmo diante de 28.042 fichas abertas, a unidade alcançou 97,16% de atendimento dentro do tempo para pacientes amarelos e 99,38% para pacientes verdes, demonstrando manutenção de elevado desempenho na condução do fluxo assistencial durante o período.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

6.1.1 Avaliação do Atendimento e Estrutura





Análise crítica: No mês de setembro de 2026, a Pesquisa de Satisfação dos Usuários apresentou resultado geral de 95,7% de satisfação, frente a 4,3% de insatisfação, demonstrando uma percepção amplamente positiva dos usuários em relação aos serviços prestados pela unidade.

A avaliação da estrutura da unidade apresentou resultado predominantemente positivo, com destaque para a classificação "Ótimo", demonstrando boa percepção dos usuários quanto às condições oferecidas durante sua permanência na UPA.

O resultado de 95,7% de satisfação geral é considerado bastante positivo e reforça a importância das ações desenvolvidas pela gestão e pelas equipes para melhoria contínua da experiência do usuário, qualidade assistencial e organização dos processos.

Plano de Ação

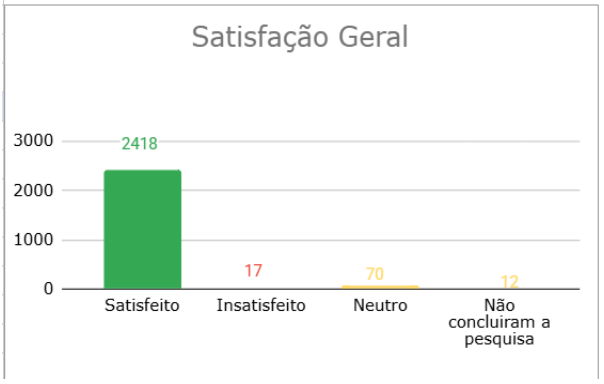
Apesar do elevado índice de satisfação, a gestão manterá o acompanhamento das manifestações e avaliações negativas, buscando identificar os principais motivos relacionados aos 4,3% de insatisfação.

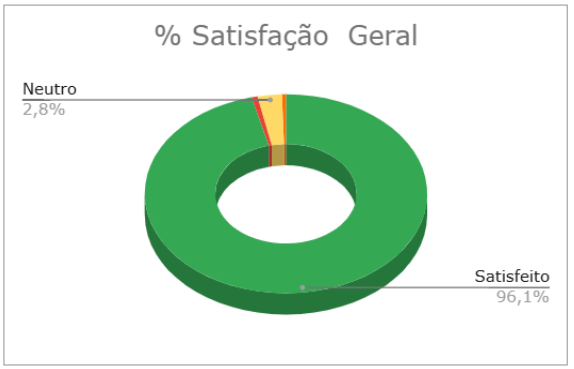
As avaliações classificadas como "Ruim" e "Péssimo", bem como as manifestações recebidas pelos canais de Ouvidoria, serão utilizadas como oportunidades de melhoria, permitindo identificar situações recorrentes e direcionar ações junto aos setores envolvidos.

Será mantido o reforço junto às equipes quanto à importância do acolhimento, comunicação clara, humanização e experiência do usuário, associado ao acompanhamento contínuo das condições estruturais da unidade.

Objetivo: Manter o índice de satisfação acima de 95%, buscando redução progressiva das avaliações negativas e fortalecimento da qualidade percebida pelos usuários.

6.1.2 Avaliação do Serviço





Análise crítica: No mês de setembro de 2026, a avaliação de Satisfação Geral dos Usuários apresentou resultado bastante positivo, com 96,1% de satisfação, demonstrando elevada aprovação dos usuários em relação à experiência na unidade.

No período, foram registrados 2.418 usuários satisfeitos, 17 insatisfeitos, 70 avaliações neutras e 13 usuários que não concluíram a pesquisa. As avaliações neutras corresponderam a 2,8%, enquanto o número de usuários que se declararam insatisfeitos permaneceu bastante reduzido diante do total de avaliações realizadas.

O resultado evidencia uma percepção predominantemente positiva dos usuários e reforça a efetividade das ações desenvolvidas pela gestão e pelas equipes relacionadas ao acolhimento, assistência, organização dos fluxos e experiência do paciente.

Entretanto, a gestão compreende que a análise da satisfação não deve se limitar ao percentual global alcançado. As 17 avaliações de insatisfação, assim como as avaliações neutras e as manifestações registradas pelos demais canais de escuta, representam importantes oportunidades para identificação de fragilidades e aprimoramento dos processos.

Plano de Ação

A gestão manterá a análise periódica das avaliações classificadas como “Insatisfeito”, “Ruim” e “Péssimo”, buscando identificar os setores, processos e motivos mais frequentemente associados às manifestações negativas.

As situações identificadas serão discutidas com as respectivas lideranças e utilizadas para direcionamento de orientações, treinamentos e ajustes de processo, quando aplicáveis.

Também será mantido o fortalecimento das práticas de acolhimento, comunicação, humanização e escuta ativa do usuário, utilizando a pesquisa de satisfação não apenas como indicador quantitativo, mas como ferramenta para melhoria contínua da qualidade assistencial.

Objetivo: Manter elevados índices de satisfação, reduzir progressivamente as manifestações negativas e utilizar a percepção do usuário como instrumento permanente de avaliação e aperfeiçoamento dos serviços prestados.

7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

Além das capacitações previstas no planejamento contratual, o mês foi marcado por ações estratégicas de desenvolvimento profissional. Durante a SIPAT, foi realizado treinamento voltado à Biossegurança e ao uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), reforçando práticas de prevenção de acidentes, exposição ocupacional e proteção dos colaboradores durante a execução de suas atividades.

Também foi iniciado o treinamento para formação do Time de Resposta Rápida (TRR), com participação de enfermeiros previamente selecionados. Esses profissionais atuarão como multiplicadores do conhecimento junto às equipes, contribuindo para disseminação e padronização das condutas diante de situações de deterioração clínica e necessidade de resposta rápida.

A estratégia de formação de multiplicadores possibilita ampliar o alcance das capacitações, fortalecer a atuação das lideranças assistenciais e favorecer a incorporação do conhecimento à prática cotidiana da unidade.

Plano de ação: Manter o cronograma mensal de capacitações; acompanhar a participação multiprofissional; dar continuidade à formação do **Time de Resposta Rápida**; estruturar a multiplicação do treinamento pelos enfermeiros capacitados para os demais profissionais; e direcionar novos treinamentos conforme fragilidades identificadas em indicadores, auditorias, eventos adversos e acompanhamento dos processos assistenciais.

Objetivo: Manter o cumprimento mínimo de 120 horas mensais, fortalecendo a educação permanente como instrumento para segurança do paciente, segurança do colaborador e melhoria contínua da assistência.

Carapicuíba, 08 de setembro de 2026.

Paula Magna Marinho

Gerente Geral