

Relatório de Atividades Assistenciais

UPA CAMPO DOS ALEMÃES

**Contrato de Gestão nº 343/2024
UPA 24h Unidade Campo dos Alemães**

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

**Janeiro
2025**

Prefeitura Municipal de São José dos Campos



DIRETOR DEPARTAMENTO HOSPITALAR E EMERGÊNCIAS

Wagner Marques

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Margarete Carlos da Silva Correa

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Thalita Ruiz Lemos

GERENTE ADMINISTRATIVO

Rafael Sebastião Costa Rodrigues

GERENTE DE ENFERMAGEM

Daiany Helena de Souza Dias

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	5
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	5
1.2 UPA DOS ALEMÃES - Contrato de Gestão nº 343/2024	6
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	7
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	7
4. FORÇA DE TRABALHO	8
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT e PJ (item 1.2 anexo II B)	8
4.1.1 Dimensionamento UPA DOS ALEMÃES colaboradores CLT	8
4.1.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	9
4.1.3 Relação nominal de Profissionais - PJ	13
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	16
4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais	16
4.2.2 Absenteísmo	17
4.2.3 Turnover	17
4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	18
4.2.5 Percentual de número de leitos	19
5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial	20
5.1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo em 2 horas	20
5.1.2 Taxa de Mortalidade < de 24H	21
5.1.3 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidado AVC	22
5.1.4 Percentual de pacientes trombolisados + percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidado do IAM	23
5.1.5 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma	24
5.1.6 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo	30
5.1.7 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE	31
5.1.8 Adesão ao protocolo de SEPSE	31
5.1.9 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS	32
5.1.10 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelo serviço de atendimento pré-hospitalar	33
5.1.11 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco	34
5.1.12 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória	35
5.1.13 Nova consulta em <24h	35
6.1 Indicadores - Produção	36
6.1.1 Consultas em clínica médica	36
6.1.2 Consultas em pediatria	37
6.1.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação < 1h	38
7.1 Indicadores de Gestão	39
7.1.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período	39

	40
7.1.2 Proporção de atendimento prioritário a pessoas vulneráveis	40
7.1.3 Percentual de comissões atuantes e regulares	42
8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	43
8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	44
8.1.1 Avaliação do Atendimento	44
9. TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO E MELHORIAS.	45

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 DOS ALEMÃES - Contrato de Gestão nº 343/2024

Em 01/06/2024 iniciou o novo Contrato de Gestão nº 343/2024 , o referido contrato visa a implantação e o gerenciamento técnico para a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24 HORAS - CAMPO DOS ALEMÃES**, realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em Pediatria e Clínica Médica. A UPA CAMPO DOS ALEMÃES disponibilizará os atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados. Será unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada.

A UPA CAMPO DOS ALEMÃES referenciam pacientes após estabilização das condições clínicas, para internação em unidades hospitalares com pactuação municipal.

A UPA CAMPO DOS ALEMÃES tem 04 leitos de emergência (sala vermelha e amarela), sendo indiferenciados, e 08 leitos de observação adultos sendo 04 femininos e 04 masculinos, 06 leitos infantis e 02 leitos de isolamento (01 adulto e 01 infantil), em consequência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24h (não caracterizando internação hospitalar);

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado SALUTEM, sistema de prontuário eletrônico de paciente e planilhas padronizadas em 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 a cada 04 meses realizado o **relatório quadrimestral** e o **anual**.

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 31 de janeiro de 2025**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi de **171** colaboradores subrogados e **106** colaboradores PJs . O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo.

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

4.1.1 Dimensionamento UPA DOS ALEMÃES colaboradores CLT

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativa	Gerente Administrativo	1	1	✓
	Auxiliar Administrativo	4	3	↓
	Auxiliar de Recursos Humanos	1	1	✓
	Coordenador Administrativo	1	1	✓
	Técnico de Segurança de Trabalho (40h)	1	1	✓
	Técnico de Suporte (44h)	1	1	✓
	Vigilante (36h)	4	3	↓
Recepção	Recepcionista (36h)	7	7	✓
	Recepcionista (36h) noturno	5	5	✓
	Coordenador de Recepção	0	0	✓
Concierge	Concierge em atendimento	2	2	✓
Manutenção	Auxiliar de Manutenção	2	1	↓
Assistencial	Gerente de Enfermagem (44h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36h)	16	18	↑
	Enfermeiro noturno (36h)	16	13	↓
	Enfermeiro da Qualidade (44h)	1	1	✓
	Enfermeiro da CCIH (44h)	1	1	✓
	Enfermeiro de Educação Permanente (44h)	1	1	✓
	Enfermeiro Supervisor (36h) - noturno	2	2	✓
	Técnico de enfermagem (36h)	42	47	↑
	Técnico de enfermagem (36h) - noturno	41	38	↓
	Técnico de CME (44h)	1	1	✓
	Farmacêutico (36h)	2	2	✓
	Farmacêutico (36h) noturno	2	2	✓
	Farmacêutico RT	1	1	✓
	Auxiliar de farmácia (36h)	4	4	✓

Auxiliar de farmácia (36h) noturno	3	3	✓
Tecnico de Radiologia (24h)diurno	4	4	✓
Tecnico de Radiologia (24h)noturno	3	3	✓
Técnico Radiologia RT	1	1	✓
Auxiliar de farmácia FOLGUISTA	0	0	✓
Assistente Social (40h)	2	2	✓

Com relação ao total de colaboradores previsto e dimensionado, foi realizado processo seletivo para novas contratações administrativas e assistenciais que irão iniciar no mês de Fevereiro, com relação ao **total de colaboradores temos 98,84 % do total do quadro previsto.**

Em relação ao cargo de coordenador de recepção, informamos que a liderança da recepção está sob a responsabilidade da coordenadora administrativa. Diante disso, solicitaremos a revisão do quadro de pessoal

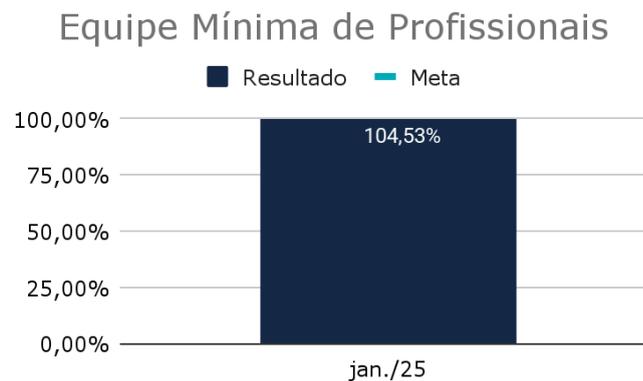
Com relação aos quadros de enfermeiros diurno e noturno houve dimensionamento da equipe, ficando 13 enfermeiros noturno e 19 diurno, mantendo o total de 32 enfermeiros, atualmente tem um déficit de 1 enfermeiro que solicitou desligamento e estamos em processo seletivo de contratação.

Com relação ao quadro de técnico de enfermagem houve também o remanejamento de horário, ficando 36 noite e 47 dia mantendo o total de 83 técnicos , atualmente estamos com 85 técnicos de enfermagem 2 a mais que o preconizado devido cobertura de afastamento INSS.

No quadro de vigilantes, um dos colaboradores solicitou desligamento no mês devido a uma nova oportunidade de emprego. A vaga já está em processo de contratação, com edital publicado, o que justifica a redução temporária de um colaborador.

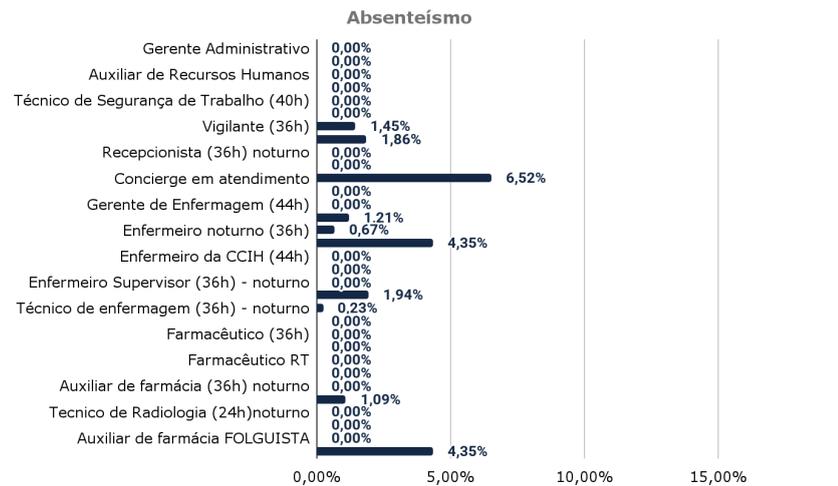
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais



Análise Crítica: No mês de janeiro ficamos com 104,53% da equipe mínima assistencial prevista, o dado abrange Equipe de enfermagem e médica, tal dado justifica a com relação a equipe de enfermagem que no mês devido ao turnover da equipe em um plantão não houve período de gozo de férias.

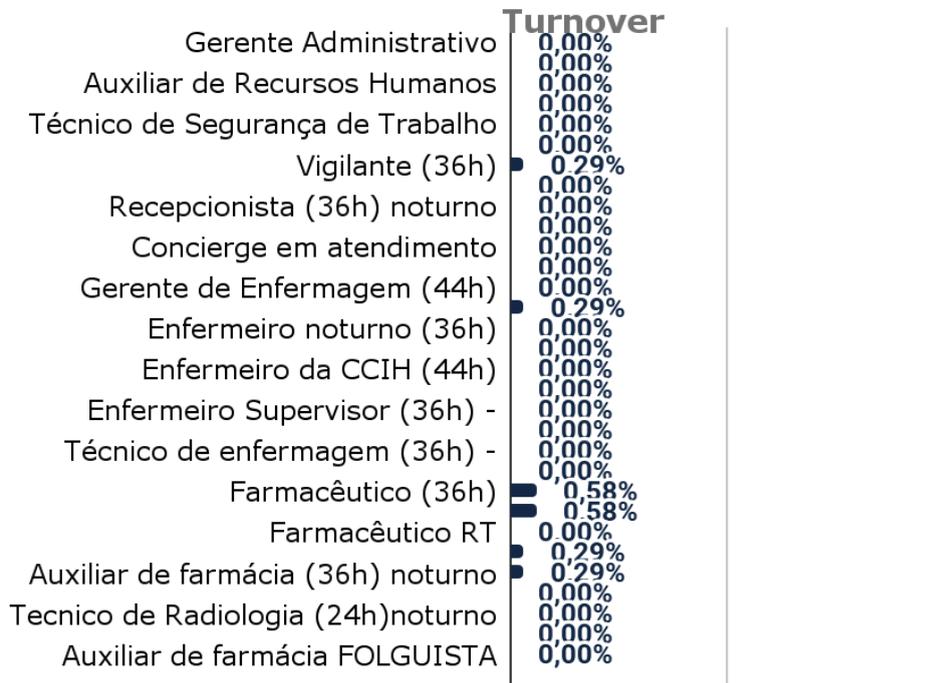
4.2.2 Absenteísmo



Análise Crítica: O gráfico de absenteísmo mostra variações entre diferentes setores. O cargo de **Concierge de Atendimento** tem a maior taxa (6,52%) devido ao tamanho reduzido da equipe (apenas 2 colaboradores), o que faz com que uma ausência tenha grande impacto percentual. O **Vigilante** apresenta uma taxa baixa (1,45%) com 4 colaboradores. A **Recepção** tem 1,86% de absenteísmo com relação à uma única colaboradora em um time de 12. O **Técnico de Enfermagem**, com 85 colaboradores, tem a maior taxa absoluta, com maior número de absenteísmo, mas sua taxa percentual (1,94%) é moderada pelo grande número de colaboradores, e dentro de um padrão aceitável para esse tipo de setor.

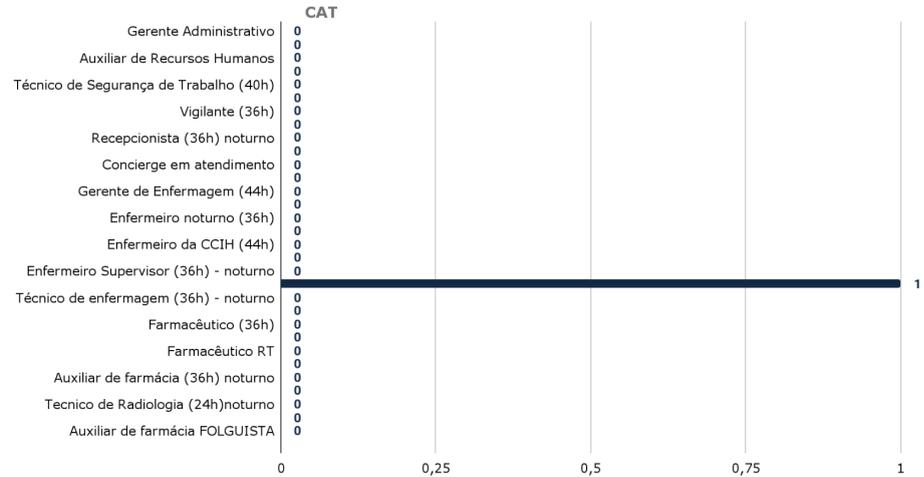
Em resumo, a taxa de absenteísmo nos setores está relativamente controlada, mas ações como monitorar o absenteísmo de perto em setores menores podem ajudar a melhorar a gestão geral.

4.2.3 Turnover



Análise Crítica: A análise do turnover no mês de janeiro revela uma taxa baixa de desligamentos, com 0,29% para vigilante, enfermeiro e auxiliar de farmácia, e 0,58% para farmacêuticos. O setor da farmácia apresentou o maior índice no turnover, os farmacêuticos saíram por motivos pessoais e familiares, e um deles, por não querer manter o duplo vínculo, optando pelo outro vínculo por mais tempo de admissão. A contratação de uma enfermeira nova foi uma resposta adequada à necessidade de completar a equipe, devido a um pedido de desligamento no mês de dezembro que ainda não havia sido repostado. O auxiliar de farmácia deixou a empresa por uma nova proposta. O desligamento do vigilante se deu por uma nova oportunidade no mercado. Esses dados indicam uma rotatividade relativamente baixa, com causas variadas, sem evidências de questões internas significativas.

4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: No mês de janeiro, foi registrado um único acidente de trabalho, envolvendo a queda de uma colaboradora. O incidente ocorreu enquanto ela estava sentada, momento em que perdeu o equilíbrio e caiu. A colaboradora recebeu atendimento imediato, não apresentando nenhuma lesão.

Além da avaliação física, a unidade oferece suporte emocional e psicológico por meio de consultas gratuitas no Zen Club, reforçando o compromisso com o bem-estar integral dos colaboradores. Essa iniciativa reflete a preocupação da instituição em proporcionar um ambiente de trabalho seguro e em oferecer o apoio necessário para a recuperação, considerando tanto os aspectos físicos quanto emocionais

4.2.5 Percentual de número de leitos



Análise crítica: No mês de janeiro, o monitoramento da gestão de leitos foi uma medida fundamental para garantir a eficiência e a melhor utilização dos recursos disponíveis na unidade. A manutenção do funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, foi bem-sucedida, conforme demonstram os indicadores, que apontaram uma efetividade de 100%. Esse resultado reflete não apenas o impacto positivo das estratégias implementadas, mas também o comprometimento da equipe na otimização da ocupação dos leitos.

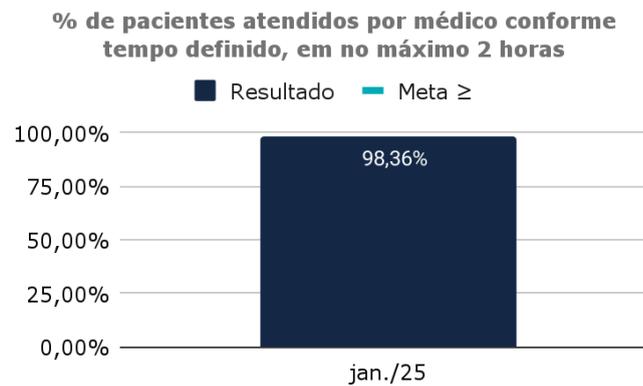
Apesar do desempenho global positivo, o monitoramento identificou um paciente com tempo médio de observação de 28 horas, ultrapassando o limite de 24 horas estabelecido para permanência nesse regime. Embora a diferença seja pequena, esse dado sinaliza um ponto de atenção para prevenir possíveis impactos na qualidade do atendimento e na dinâmica do fluxo de leitos.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade. Estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24 HORAS - CAMPO DOS ALEMÃES.

5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial

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

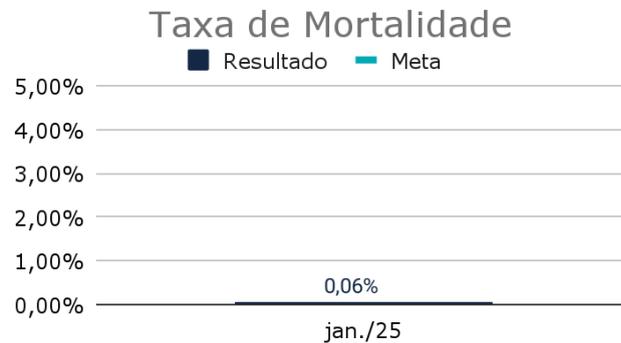


Análise crítica: No mês de janeiro, a unidade atingiu um excelente percentual de atendimentos realizados em até duas horas, superando o desempenho do mês anterior. Esse resultado reflete um período relativamente tranquilo em relação ao volume de atendimentos, apesar de ter ultrapassado a meta contratual estabelecida.

Um dos fatores que contribuíram para esse desempenho foi a redução no número total de atendimentos em comparação ao mês anterior. No período, **13.170 pacientes** foram atendidos dentro do tempo preconizado de duas horas, excedendo a meta contratual de **11.700 pacientes** (incluindo pediatria e clínica) em **1.470 atendimentos**. Esse resultado evidencia a eficiência e o comprometimento da equipe no cumprimento dos prazos, garantindo um serviço ágil e de qualidade.

Destaca-se ainda que nenhum paciente aguardou mais de 2 horas e 28 minutos para ser atendido, reforçando a eficiência e a agilidade dos serviços prestados. Além disso, o dia de maior movimentação na unidade foi 6 de dezembro, com o registro de 537 atendimentos.

5.1.2 Taxa de Mortalidade < de 24H



Análise crítica: No período em questão, a unidade registrou 6 óbitos, todos ocorrendo em menos de 24 horas após a internação. Com isso, mantivemos a taxa de óbitos abaixo da meta estabelecida, atingindo um índice de 0,06%, que é consideravelmente inferior à meta de 4%.

Continuamos a monitorar os dados de perto para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e o cumprimento das metas da instituição.

Com relação ao perfil dos óbitos houve uma equidade em relação ao sexo, com relação ao sexo feminino 3 (50%) podemos observar média de idade de 73 anos, com comorbidades e como causa de óbito todas de origem cardiogênica. No sexo masculino 3 (50%) dos casos podemos observar média de idade de 78 anos, 2 (66,66%) tinham comorbidades, com relação a causa de óbito 2 (66,66%) de origem cardíaca e 1 (33,33%) Choque hipovolêmico. Com relação ao tempo médio de permanência na unidade foi de 3:24 minutos evidenciando a gravidade dos casos atendidos. Logo abaixo iremos explicar sobre os óbitos ocorridos.

1. Paciente NLPS, feminino 56 anos, história prévia de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), deu entrada neste serviço dia 03/01/25 às 03h20min e permaneceu na unidade por 30min. Deu entrada na emergência por meios próprios na companhia do esposo, apresentando respiração agônica e evoluindo para PCR (Parada Cardíaca Respiratória). Relatado por familiares que há 1 semana iniciou com quadro de dor torácica, indo ao Hospital Clinica Sul dia 02/01/25 e sendo liberada após resultado de enzimas

cardíacas negativas segundo informações colhidas. Retornou para casa e na madrugada do dia 03/01/25 começou a apresentar novamente mal estar e síncope, vindo a este nosocômio. Constatado óbito dia 03/01/25 às 03h50min por infarto agudo do miocárdio.

2. Paciente HSS, feminino 84 anos, história prévia de HAS, DM (Diabetes mellitus), ICC (Insuficiência cardíaca congestiva), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Asma, DRC não dialítica (Doença Renal Crônica), deu entrada neste serviço dia 16/01/25 às 15h59min e permaneceu por 02h51min. Deu entrada na unidade com relato de mal estar, apresentando na entrada sinais vitais normais durante a triagem, porém após 1 minuto da liberação da classificação, a paciente evoluiu com perda de consciência seguida de PCR, sendo iniciado RCP (Reanimação Cardiopulmonar) conforme protocolo da American Heart Association, apresentando retorno de pulso e sendo encaminhada à emergência, onde apresentou nova PCR, reanimada sem sucesso e evoluindo a óbito dia 16/01/2025 às 18h50min por choque cardiogênico.
3. Paciente JFS, masculino 73 anos, com história prévia de HAS, DM, Cardiopata, deu entrada na unidade dia 17/01/25 às 06h11min e permaneceu no serviço por 01h21min. Deu entrada pela emergência trazido pela companheira, que relatou que às 6h do dia 16/01/25 começou a apresentar dor torácica e tosse, ficando arresposivo logo em seguida e sendo trazido a este nosocômio, onde deu entrada responsivo apenas a estímulos dolorosos, porém evoluindo para PCR após ser transferido da cadeira para maca. Realizada RCP de alta qualidade de acordo com o ACLS por 40 minutos, 20 ciclos, sendo realizadas 9 adrenalinas, 3 amiodaronas e 1 frasco de 250ml de bicarbonato, porém sem sucesso e evoluindo a óbito dia 14/01/25 às 07h32min por infarto agudo do miocárdio.
4. Paciente AJN, masculino 91 anos, com história prévia de arritmia/HAS/hipertrigliceridemia, deu entrada neste serviço dia 18/01/25 às 20h58min e permanecendo na unidade por 06h34min. Deu entrada neste serviço trazido pelo SAMU e acompanhado pela filha, que relata que

há 3 dias o paciente iniciou com quadro de privação de sono associado a delírio religioso com alteração de nível de consciência, não comendo, não comunicando e fazendo repetidas rezas incessantemente sem parar. Encaminhado para observação com sinais vitais estáveis, porém evoluiu com PCR e sendo encaminhado para sala de emergência, onde foi realizado RCP sem sucesso, evoluindo a óbito dia 19/01/25 às 03h32min por morte súbita cardíaca.

5. Paciente JBS, masculino 70 anos, com história prévia de AVE (Acidente Vascular Encefálico) e cardiopatia, deu entrada na unidade dia 19/01/25 às 18h31min e permaneceu no serviço por 24min. Paciente deu entrada pela emergência acompanhado pelo filho, que relatou que o paciente apresentou queda do estado geral, não abria os olhos, não se movimentava e febre de 40°C em casa, chegando a este serviço já arresposivo, em gasping, apresentando sinais de hipovolemia, desidratação grave 4+/4+ e pústulas em urina, visível por sonda vesical de demora e sem pulso em ritmo não chocável (assistolia), sendo colocado imediatamente em maca de prancha rígida, onde foram realizados compressões torácicas 30/2 e suporte ventilatório conforme ACLS, porém sem sucesso, evoluindo a óbito dia 19/01/25 às 18h55min por choque hipovolêmico.
6. Paciente TJO, feminino 80 anos, com história prévia de HAS, DM, Alzheimer, deu entrada neste serviço dia 25/01/25 às 21h32min e permaneceu no serviço por 07h54min. Paciente deu entrada já em PCR, sendo realizado manobra de reanimação conforme ACLS por 22 minutos com retorno em taquicardia sinusal. Paciente gravíssima sem resposta a estímulos, IOT (intubação orotraqueal) em primeira tentativa com muita saída e secreção pela boca, cianose central e periférica. Após conversa com familiares foi informado e discutido sobre a paliatividade da paciente, que evoluiu com bradicardia e hipotensão seguido de PCR às 05h26min, não sendo feitas medidas invasivas devido a paciente ser paliativa. Paciente evoluiu a óbito dia 26/01/25 às 05h26min por choque cardiogênico.

5.1.3 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidado AVC

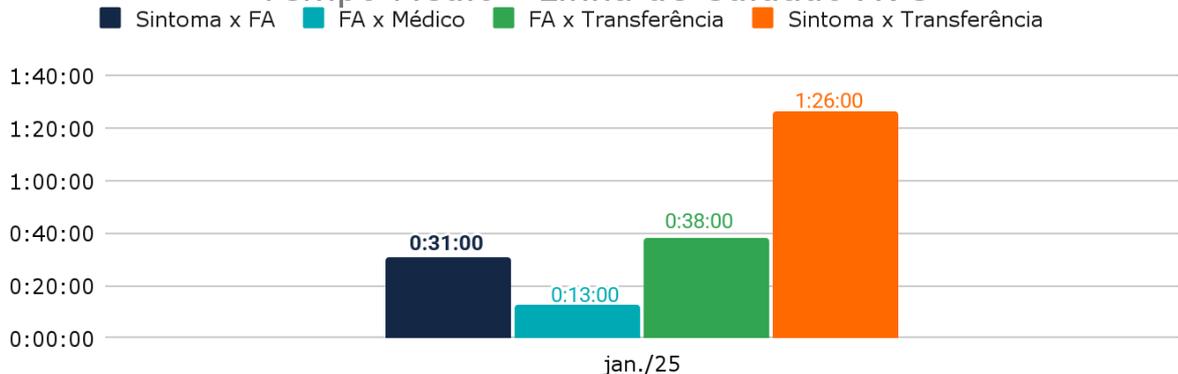
Suspeitas de AVC com Transferência em até 3h



Análise crítica: No período, tivemos 13 pacientes com abertura de protocolos de AVC, desses 76,92% (10) pacientes foram descartados, 15,38% (2) pacientes apresentaram AVC fora do delta e 7,69% (1) paciente apresentou AVC dentro do delta, que será descrito abaixo.

1. Paciente JRBS, prontuário 1328966, masculino, 64 anos, com história prévia de AVC há 10 anos e HAS, deu entrada no dia 10/01/25 às 14:43. Deu entrada no setor de emergência com relato de desvio de rima à esquerda, afasia e hemiparesia à direita há 30 minutos antes da chegada neste nosocômio. Aberto protocolo na triagem e **mantido protocolo de AVC com delta** em primeiro atendimento às 14h49min. Paciente transferido para hospital de referência às 15h09min, com 1:26 de início de sintomas.

Tempo Médio - Linha de Cuidado AVC



Em relação aos tempos de atendimento dos pacientes, obtivemos um excelente desempenho, evidenciando a eficiência da equipe no manejo e atendimento de casos suspeitos de AVC. Esse tempo de resposta rápido é fundamental para garantir um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz, o que contribui diretamente para a melhoria dos resultados clínicos e a redução de possíveis sequelas.

Ainda tivemos **2 pacientes na linha de cuidado de AVC fora do delta**, ambas deram entrada na unidade com mais de 20 horas de início de sintomas, tempo de atendimento médico e abertura de atendimento ficou com média de 6 minutos, e o tempo médio de transferência foi de 21:41 horas. Logo abaixo descreveremos os casos.

1. Paciente AMSS, prontuário 207612, feminino, 77 anos, com história prévia de demência, HAS, artrite e arritmia, deu entrada no dia 17/01/25 às 10h21min. Deu entrada na emergência acompanhada pela filha com relato de ter sido vista bem pela última vez no dia 16/01/25 às 22h, estando no momento atendimento afônico e com abertura ocular aos comandos verbais. Aberto protocolo na triagem e **mantido protocolo de AVC sem delta em primeiro atendimento médico** às 10h36min, sendo transferido ao hospital de referência às 12h26min.
2. Paciente BBS, prontuário 179083, feminino, 47 anos, com história prévia de HAS, DAC e asma, deu entrada no dia 09/01/25 às 12:35. Deu entrada com relato de há 1 dia com cefaleia e PA alta, evoluindo no dia do atendimento às 04h com sensação de "lábios repuxados" e as 10h com cefaleia, parestesia de MMSS e precordialgia. Foi avaliada no setor de emergência às 13h30min, sendo **mantido o protocolo de AVC sem delta** e sendo solicitado vaga de transferência para hospital de referência.

Com relação aos 10 protocolos **descartados de AVC**, observamos uma variação de idade de 23 a 92 anos com predominância 8 casos abaixo de 60 anos, prevalente no sexo feminino 9 casos, predominante na raça/cor branca 4 casos,

3 branco e 3 pardo, todos abertos na classificação de risco, com relação aos tempos médios

- Início de sintoma e FA: 4 horas e 27 minutos;
 - Abertura de atendimento e consulta médica: 25 minutos;
 - Tempo médio de transferência: 10 horas e 21 minutos.
1. Paciente ECSA, prontuário 29425, feminino, 63 anos, com história prévia de HAS, DM e hipotireoidismo, deu entrada dia 01/01/25 às 17h26min. Paciente deu entrada acompanhada pela filha, que referiu que a paciente apresentou síndrome gripal há 1 semana e há 1 dia sentiu ardência no olho esquerdo pois não "fechava" completamente. Além disso, refere que 1 hora antes de chegar neste nosocômio, ao olhar no espelho notou a boca/face caída à esquerda. Negou qualquer tipo de alteração neurológica ou motora, negou afasia e disartria. Paciente avaliada no setor de emergência pela chefe de plantão do dia às 17h39, sendo descartado protocolo de AVC por paralisia de Bell.
 2. Paciente RFS, prontuário 181528, feminino, 37 anos, sem história prévia de comorbidades, deu entrada dia 09/01/25 às 08h52min. Deu entrada com relato de formigamento e dor em membros após passar nervoso em casa. Foi avaliada em primeiro atendimento médico às 09h04min e descartado protocolo de AVC por ansiedade generalizada.
 3. Paciente ALMC, prontuário 266532, feminino, 23 anos, sem história prévia de comorbidades, deu entrada no dia 09/01/25 às 18h56min. Deu entrada com relato de que por volta das 19h do dia do atendimento, sentiu dor súbita intensa do tipo pulsátil em região temporal a direita com irradiação para occipital associado a parestesia de hemiface e membro superior ipsilateral, sem relato de eventos estressores e sem história prévia de sintomas parecidos anteriormente. Aberto protocolo na triagem e descartado protocolo de AVC durante primeiro atendimento médico às 20h10min por cefaleia.

4. Paciente BBS, prontuário 179083, feminino, 47 anos, com história prévia de HAS, DAC e asma, deu entrada no dia 11/01/25 às 16h32min. Deu entrada com relato de cefaléia e dificuldade de fechar o olho direito há 1 hora antes da entrada neste serviço. Paciente com relato do mesmo episódio há 2 dias, sendo transferida para o hospital de referência e descartado quadro de AVC. Aberto protocolo na triagem e descartado protocolo de AVC em primeiro atendimento médico às 16h57min por crise de ansiedade.
5. Paciente JML, prontuário 175290, feminino, 40 anos, com história prévia de ansiedade, deu entrada no dia 16/01/25 às 11h37min. Deu entrada com relato de crise de ansiedade, vômito, dor abdominal, cefaleia, formigamento na boca, MMSS e MMII há 1 dia. Aberto protocolo na triagem e descartado protocolo de AVC em primeiro atendimento médico às 11h39min por crise de ansiedade.
6. Paciente BS, prontuário 173927, feminino, 31 anos, sem história prévia de comorbidade, deu entrada no dia 17/01/25 às 13h06min. Deu entrada com relato de com relato de que no dia do atendimento acordou com mal estar e durante o trabalho evoluiu com palidez cutânea, dispnéia, dor precordial sem irradiações, sudorese e parestesia de MID, chegando a este serviço assintomática no momento da consulta. Aberto protocolo na triagem e descartado protocolo de AVC em primeiro atendimento médico às 13h55min por crise de ansiedade.
7. Paciente SJO, prontuário 1329234, feminino, 43 anos, com história prévia de esquizofrenia, asma, labirintite e epilepsia, deu entrada no dia 17/01/25 às 19h09min. Paciente deu entrada com quadro de tontura associado a crise convulsiva presenciada na residência, sem sintomas associados e sem crise presenciada na unidade. Aberto protocolo na triagem e descartado protocolo de AVC em primeiro atendimento médico às 04h44min por labirintite.
8. Paciente BBCS, prontuário 289851, masculino, 73 anos, com história prévia de cardiopatia e labirintite, deu entrada 25/01/25 às 12h59min. Paciente deu entrada com relato de que no dia do atendimento médico

acordou com a sensação de parestesia de lábios bilateral. Aberto protocolo na triagem e descartado protocolo de AVC em primeiro atendimento médico às 13h30min.

9. Paciente ROS, prontuário 171257, feminino, 31 anos, sem história prévia de comorbidades, deu entrada dia 27/01/25 às 09h49min. Deu entrada com relato de ter acordado dia 27/01/25 às 04h com dor em membros inferiores e dificuldade de movimentar MIE. Aberto protocolo na triagem e descartado protocolo de AVC em primeiro atendimento médico às 10h04min por lombociatalgia.
10. Paciente MADS, prontuário 227446, feminino, 92 anos, com história prévia de demência, deu entrada dia 29/01/25 às 20h11min. Deu entrada acompanhada pelas netas, que relataram que a paciente sofreu queda da própria altura com TCE em região frontal direita há 1 dia antes do atendimento neste nosocômio, sendo atendida no HMJCF e sendo liberada. Porém, no dia do atendimento acordou às 17h prostrada, sonolenta, apática, sem aceitação alimentar e balbuciando. Aberto protocolo na triagem e descartado protocolo de AVC em primeiro atendimento médico às 20h34min por demência e traumatismo.

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



Análise crítica: No período não tivemos nenhum caso de atendimento de paciente com diagnóstico de IAM CSST.

Adicione uma série para acessar seus dados

Análise crítica: No período não tivemos nenhum caso de encaminhamento de IAM CSST para ICP e nem administração de trombolítico.

No período tivemos 149 protocolos abertos, desses 28,19% (42) pacientes seguiram a linha de cuidado de SCA, 0,67% (1) paciente apresentou IAM SST.

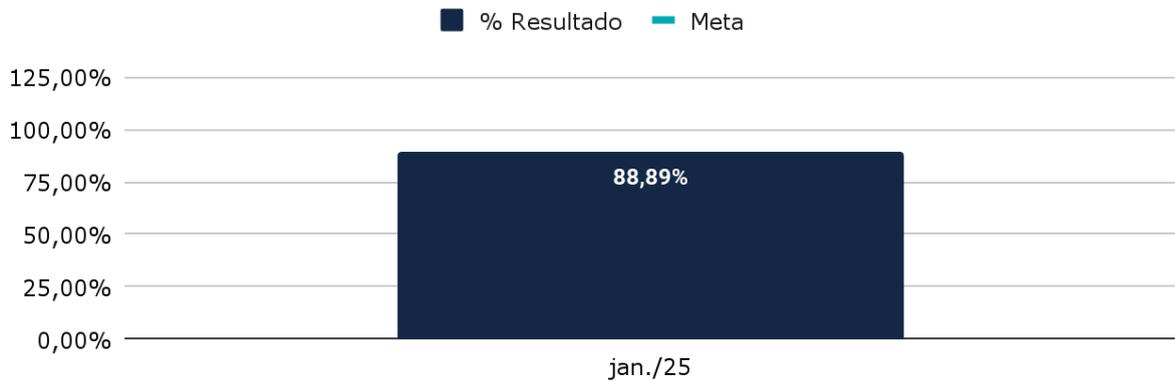
Com relação aos tempos de porta eletro de todos os protocolos abertos tivemos 88,59% (132) ECG (eletrocardiogramas) realizados dentro do tempo de 10 minutos, os período de maior incidência de um tempo porta ECG acima de 10 minutos é horários de picos às 10h, as 12h horário de almoço. Como ação será dimensionado o rendimento dos enfermeiros na sala de classificação.

No período tivemos um caso de uma paciente com IAM SSST, paciente LBC, atendimento 1329630, feminino, 77 anos, deu entrada na unidade com dor no peito, taquicardia e palpitação há cerca de 40 minutos, antecedentes de HAS, DM e arritmia, medicações de uso continua captopril, atenolol, metformina, sinais vitais sem alterações. Paciente no primeiro atendimento não seguiu a linha de cuidado de SCA (HEART SCORE: baixo risco) e sim cuidados para taquicardia sinusal, paciente com desestabilização no quadro (taquicardia) paciente seguiu para emergência e seguiu a linha de cuidado de SCA e taquicardia supraventricular, apresentou alterações no ECG e enzimas cardíacas, diagnosticado com IAM SSST com (HEART SCORE: moderado), sendo necessário encaminhamento para cateterismo de urgência, paciente transferida ao Hospital Clinica Sul após 16 horas e 23 minutos de permanência na unidade.

Com relação a adesão à terapia ,medicamentosa será realizado o monitoramento de cada classe medicamentosa de acordo com o protocolo institucional que abrange anticoagulante, anti hipertensivo, betabloqueador, estatinas.

5.1.5 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma

Desfechos Positivos em Trauma



Análise crítica: No período de janeiro de 2025, tivemos 9 pacientes atendidos em sala de trauma, com perfil de idade variando entre 9 e 45 anos, prevalente 6 (66,66%) casos no público de atendimento clínico maior de 14 anos, 8 (88,88%) casos no sexo masculino, de raça cor branca 6 (66,66%) casos. Com relação aos tempos de trauma.

Com relação aos pacientes atendidos vítimas de trauma segue um breve relato de seu atendimento.

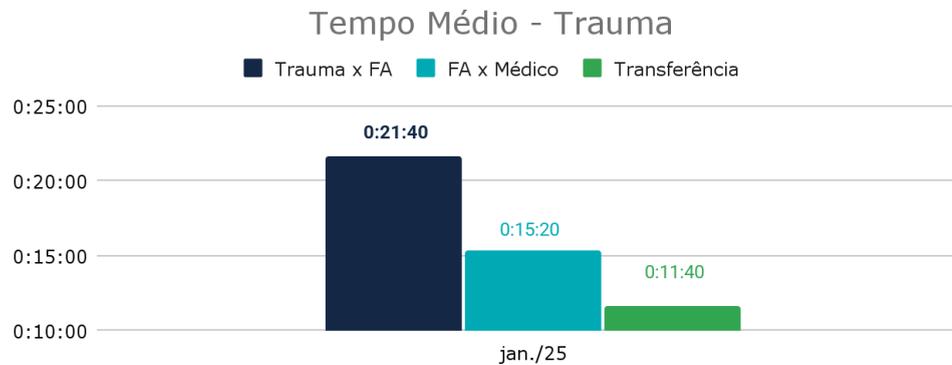
1. Paciente 173015, DBSA, 19 anos, masculino, pardo, deu entrada na unidade às 15:28, foi classificado às 15:31h com relato de trauma automobilístico, carro com moto, relata TCE, dor em cervical, tórax, ferimento em MMSS (membros superiores) e MMII (membros inferiores), encaminhado para sala de emergência, realizado protocolo de trauma, exames de imagens e medicações, solicitação de transferência após 10 minutos da primeira avaliação médica. Solicitado transferência ao hospital

de referência Dr. José de Carvalho Florence, após 3:02h de permanência na unidade transferido a referência.

2. Paciente 1328566, MO, 38 anos, masculino, branco, deu entrada na unidade pela porta de emergência, às 20:28, às 20:32 foi classificado de vermelho, com relato de queimadura em MMII após derrubar óleo quente, avaliado pelo médico após 4 minutos da classificação, apresentando queimadura de 2 grau, necessidade de transferência, solicitado transferência após 6 minutos da avaliação médica, porém paciente relatou ter convênio médico, orientado que seguiríamos o protocolo de contato com o hospital conveniado para transferência de ambulância, porém o mesmo não concordou com a conduta, optando evadir e ir de meios próprios após 52 minutos de permanência na unidade.
3. Paciente 235713, ISFB, 10 anos, masculino, pardo, deu entrada na unidade às 17:53h no mesmo momento foi classificada com reação alérgica à picada de inseto "marimbondo", apresentando edema de face e reação alérgica difusa, encaminhado à emergência, após 7 minutos da classificação atendido pelo médico, mantido em observação por 5 horas, apresentando melhora do quadro, encaminhado de alta médica.
4. Paciente 1328976, AGS, 45 anos, masculino, pardo, deu entrada na unidade às 19:06h na sala de emergência no mesmo momento foi classificado, após queda da propria altura, após 23 minutos de admissão foi atendido pelo médico, avaliado sem necessidade de transferência, realizado sutura, exame de imagem sem alteração, após 41 minutos de permanência foi liberado de alta médica.
5. Paciente 256369, MFB, 12 anos, masculino, branco, deu entrada na unidade às 17:54h acompanhado pela mãe, foi classificado às 17:56h com relato de queda do telhado apresentando deformidade no punho esquerdo, foi classificado de vermelho e encaminhado para emergência, após 12 minutos da entrada foi atendido pelo médico, solicitado medicação e exames de imagem e transferência, após 2:20h de permanência foi transferido ao hospital Dr. José de Carvalho Florence.

6. Paciente 248917, PFAMS, 30 anos, masculino, branco, deu entrada na unidade às 21:10h, foi classificado às 21:15h com relato de TCE em um jogo de futebol, após impacto com outro jogador, acabou colidindo em um alambrado, apresentando ferimento na cabeça com sangramento, apresentou síncope no local, letárgico, confuso, encaminhado para a sala de emergência, medicado, realizado sutura e exame de imagem, reavaliado com bom estado geral, sem alterações nos exames liberado de alta médica.
7. Paciente 187358, EDD, 18 anos, masculino, branco, deu entrada na unidade às 20:15h, foi classificado às 20:32h com relato de colisão moto com ônibus há 20 minutos, relata dor em MMSS e MMII, episódio de síncope, uso de bebida alcoólica e drogas, foi classificado de vermelho e encaminhado à emergência, após avaliação médica medicado, solicitado exames e transferência, após 1:39h de permanência foi transferido ao hospital Dr. José de Carvalho Florence.
8. Paciente 233713, MLSP, 9 anos, feminina, branca, deu entrada na unidade pela emergência via SAMU às 2:07h, foi classificada às 2:27h acompanhada pela tia que relatou que "o pai dirigia embriagado" acabou perdendo o controle do veículo ocasionando um trauma automobilístico, carro com poste de luz, estava sem cinto de segurança, apresenta hematoma subgaleal, dor em face, dor abdominal, foi atendida pelo médico prontamente, seguido protocolo de trauma, solicitado transferência às 2:59h, foi acionado o conselho tutelar, a conselheira de plantão veio até a unidade, mediante termo de responsabilidade passou a tutela para tia. paciente estável, após 2 horas de permanência foi transferido ao hospital Dr. José de Carvalho Florence.
9. Paciente 254329, FEPS, 42 anos, masculino, branco, deu entrada na unidade às 14:37h, foi classificado imediatamente, com relato de amputação do 2º dedo da mão direita enquanto trabalha com a serra, foi encaminhado para a sala de emergência, atendido pelo médico após 20 minutos de sua admissão, realizado medicação e curativo compressivo no

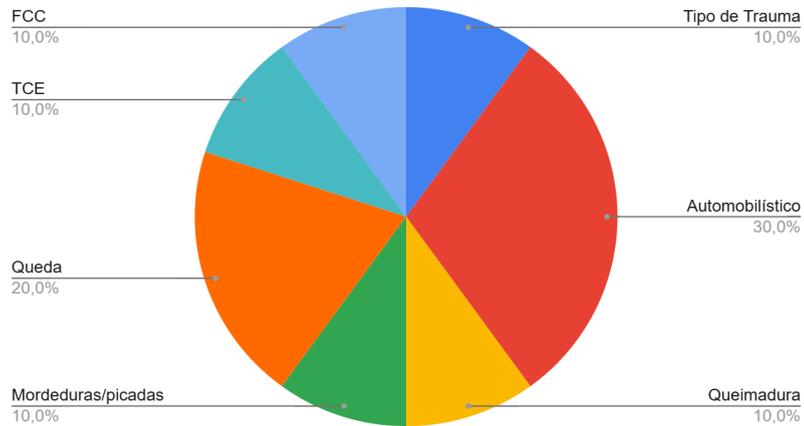
local. após 2:40 horas de permanência foi transferido ao hospital Dr. José de Carvalho Florence.



Análise crítica: Na imagem acima podemos observar as médias de tempos de atendimento dos pacientes e abaixo descreveremos a variações dos tempos.

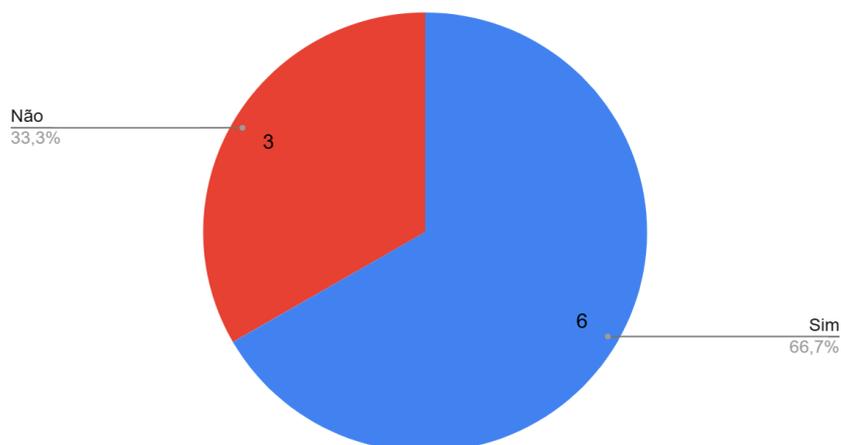
- Tempo ocorrência do trauma e abertura de atendimento na unidade variou de 2 a 59 minutos, um bom tempo levando em consideração a ocorrência, mostra uma melhora na população em procurar atendimento na rede de urgência e emergência;
- Tempo porta x Médico houve variação de 7 a 30 minutos, com relação ao tempo de 30 minutos foi um caso que foi realizado sutura e depois a evolução médica no sistema;
- Tempo de transferência "tomada de decisão" variou entre 0 e 49 minutos.

Tipos de traumas



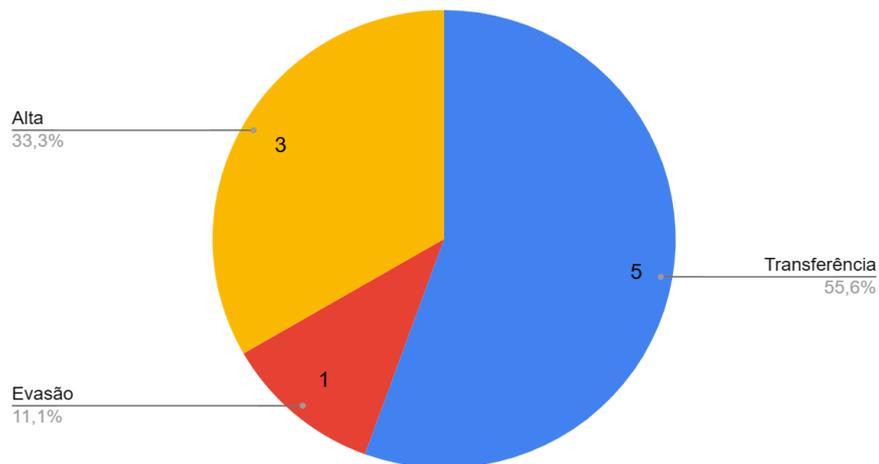
Com relação aos tipos de traumas podemos observar uma prevalência de acidente automobilístico, apesar da unidade não ser referência para a regulação de trauma é uma unidade livre demanda porta aberta, ainda de encontro com o perfil da unidade população jovem, condiz com a predominância no mês, ainda levando em consideração o período de janeiro, festivo de férias, o qual corrobora com o aumento no índice de acidentes. Com relação às vítimas de acidentes automobilístico podemos observar em (3) 100% dos casos relato de envolvimento de álcool na direção, salvo um caso na pediatria que o motorista era o condutor e houve relato de suposta embriaguez ao volante.

Contagem de Necessidade de Transferência



Com relação a solicitação de transferência podemos observar que 6 (66,7%) dos casos houveram necessidade de transferência a referência, esse dado ressalta a importância do protocolo de trauma na unidade e a tomada de decisão médica frente aos casos.

Contagem de Desfecho

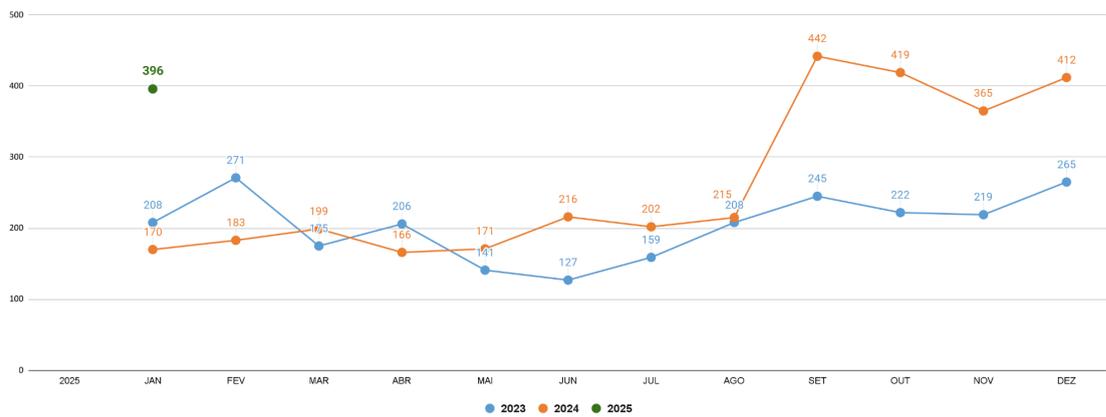


Com relação aos desfechos podemos observar que 5 (55,6%) casos foram transferidos ao hospital de referência, 3 (33,3%) foram de alta médica após período de observação na unidade e 1 (11,1%) foi de evasão.

Com relação ao tempo de permanência na unidade, podemos observar uma variação de 30 a 4:47h na unidade.

Além dos pacientes vítimas de trauma em sala vermelha, **foram atendidos 387 pacientes vítimas de trauma de menor complexidade**, com relação às classificações de risco dos atendimentos foram de classificação Amarela 236, classificação verde 150 e azul 1. Com relação aos desfechos desses casos, 332 (85,79%) pacientes foram de alta médica e 55 (14,21%) foram transferidos para o hospital de referência Dr. José de Carvalho Florence.

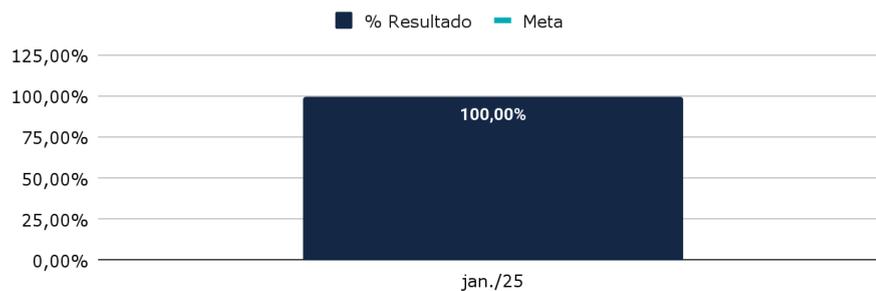
Comparativo anual mensal



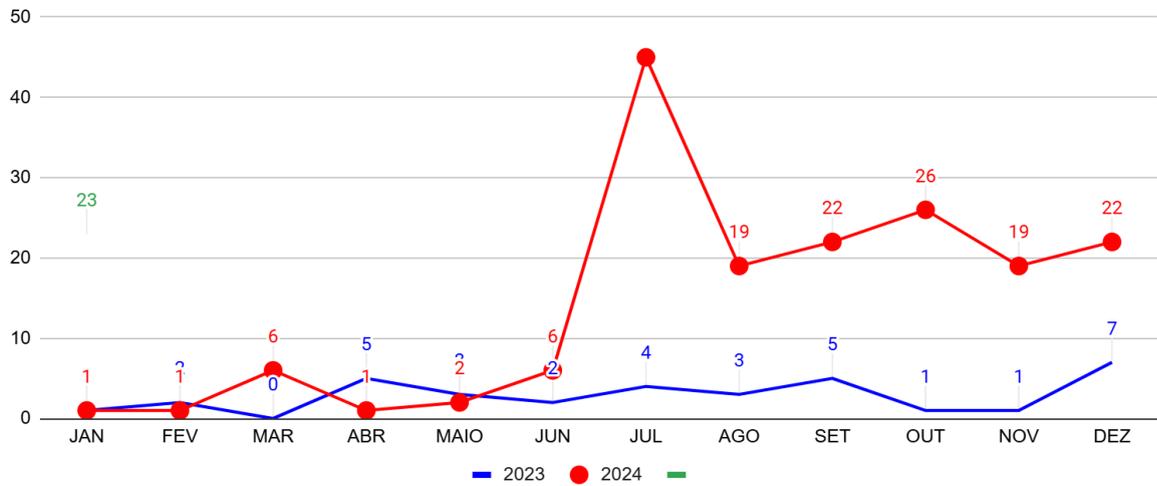
Com relação ao gráfico podemos observar um aumento em comparação com o mesmo período do ano passado de 132%, porém com relação aos atendimentos em sala de emergência podemos observar que o dado manteve em média de 10 casos ao mês.

5.1.6 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo

Protocolos Abertos



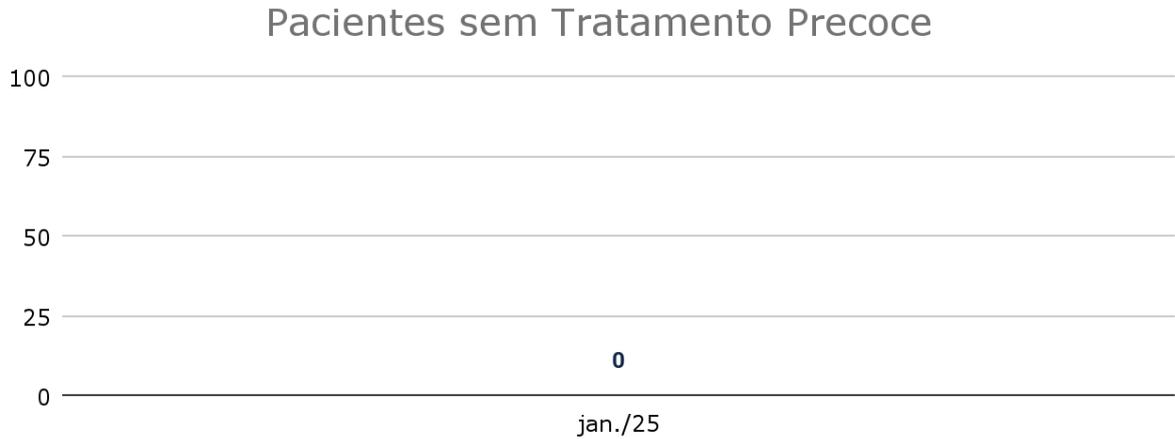
Abertura de Protocolo de Sepsis



Análise crítica: No período tivemos 23 protocolos de Sepsis abertos na unidade, em comparação com o mesmo período dos anos anteriores (série histórica da unidade) , podemos observar um aumento expressivo na sensibilidade de abertura, porém em comparação com o mês anterior podemos observar que a unidade tem mantido em linear de aberturas.

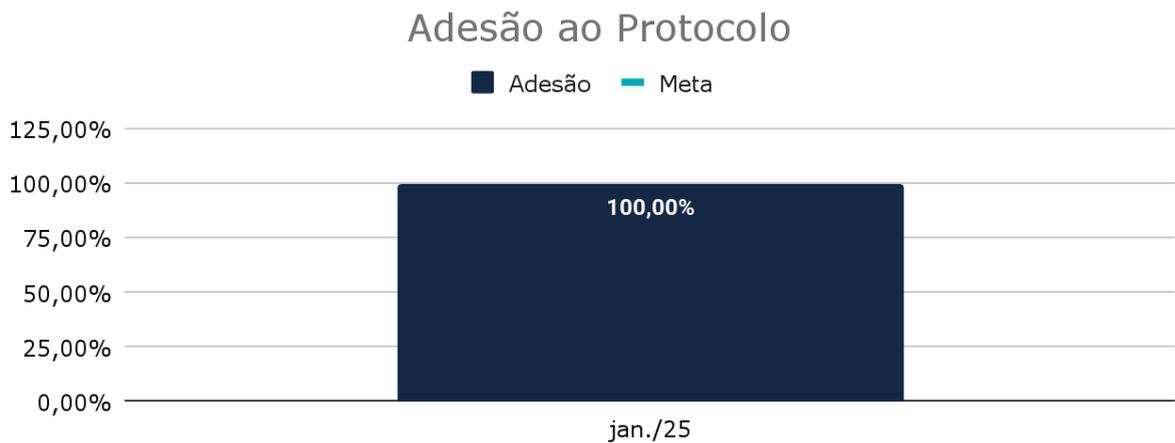
Com relação à sensibilidade, todos os pacientes que deram entrada por sinais de SIRS tiveram protocolo aberto. Dos **23 protocolos, 11 (47,83%)** foram abertos na emergência, **7 (30,43%)** na classificação de risco, **3 (13,04%)** no consultório médico e **2 (8,70%)** na observação.

5.1.7 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE



Análise crítica: No período todos os pacientes da SEPSE receberam o pacote de 1 hora.

5.1.8 Adesão ao protocolo de SEPSE

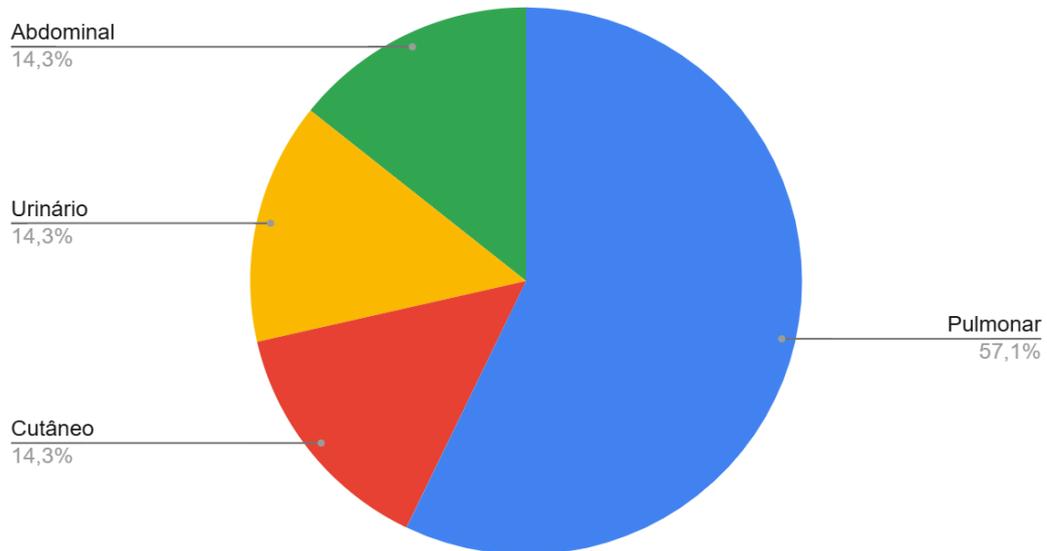


Análise crítica: Tivemos 100% de adesão ao pacote de 1 hora.

Com relação aos 12 pacientes que tiveram o protocolo mantido podemos observar uma variação de idade de 12 a 95 anos, predominante 83,33% (10)

pacientes acima de 60 anos, com relação ao sexo foram 58,33% (7) casos masculinos e 41,67% (5) feminino.

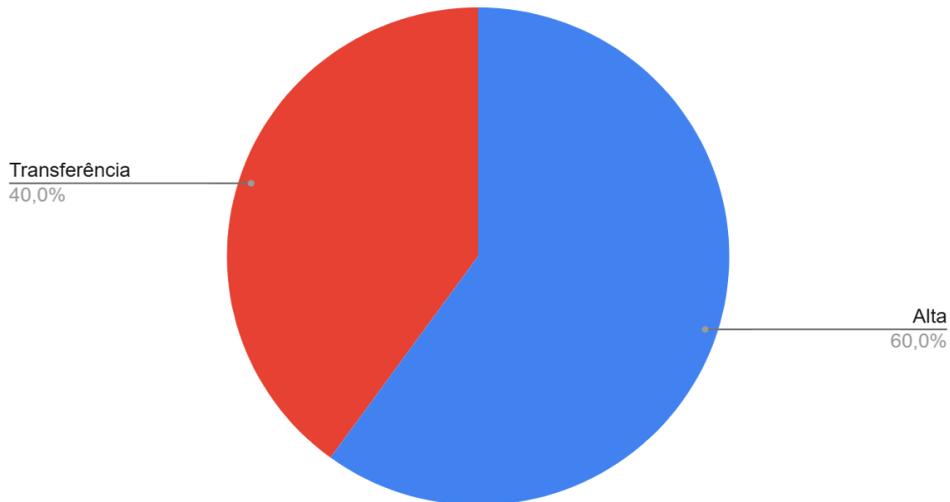
Origem do Foco



Com relação ao podemos observar foco predominante pulmonar, o que condiz com o perfil mais idoso.

Com relação ao pacote na primeira hora, todos os pacientes tiveram adesão ao pacote da primeira hora. Na adesão ao pacote da 6ª hora, **58,33% (7)** pacientes receberam o pacote da 6ª hora. Com relação aos **5 pacientes** que não receberam a reavaliação médica na 6ª hora, **4 (80%)** foram por transferência e **1 (20%)** foi de alta médica por HD de ITU.

Desfecho



Desfecho dos casos, podemos observar que 60% (8) pacientes foram transferidos para o hospital de referência, logo abaixo iremos descrever os casos.

1. Paciente S.A.V, prontuário 279257, sexo masculino, 54 anos, admitido no dia 01/01/2025 às 10h44, procedente da residência, com HPP de transtornos psiquiátricos e queixa no dia de hiperemese, falta de ar, cansaço, tosse e anorexia. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 10h46 devido 2 sinais de SIRS e hipotensão, sendo **mantido o protocolo de SEPSE**, após avaliação médica, com foco pulmonar. Referente ao pacote da primeira hora, foram coletados exames laboratoriais com 8 minutos e iniciado antibióticoterapia com 13 minutos. Referente ao pacote de segunda hora, o paciente foi reavaliado com 2 horas, apresentando melhora do quadro de hipotensão e mantendo-se estável. A reavaliação referente à sexta hora, ocorreu com 7h38 de permanência, com a paciente permanecendo estável. A transferência foi solicitada após 7 horas de permanência na unidade, tendo como desfecho a transferência ao hospital municipal Dr. José de Carvalho Florence após 11h34 de permanência na unidade.
2. Paciente F.A.F., prontuário 237003, sexo masculino, 82 anos, admitido no dia 04/01/2025 às 01h25, encaminhado pelo SAMU, com História Prévia de patologia de (HPP) de enfisema pulmonar e queixa no dia de dispnéia e

- febre. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 01h36 devido 2 sinais de SIRS e dispneia, sendo **mantido o protocolo de SEPSE**, após avaliação médica, com foco pulmonar. Referente ao pacote da primeira hora, foram coletados exames laboratoriais com 3 minutos e iniciado antibioticoterapia com 24 minutos. Referente ao pacote de segunda hora, o paciente foi reavaliado com 3 horas, apresentando discreta melhora do quadro de hipotensão. A reavaliação referente à sexta hora, ocorreu às 5h57. A transferência foi solicitada após 3 horas de permanência na unidade, tendo como desfecho a transferência ao hospital de Clínicas Sul após 10h41 de permanência na unidade.
3. Paciente V.L.S, prontuário 185607, sexo feminino, 71 anos, admitido no dia 05/01/2025 às 06h24, encaminhada pelo SAMU, com HPP de diabetes, hipertensão arterial e queixa na data de dor abdominal associado à febre. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 06h26 devido a 3 sinais de SIRS e rebaixamento do nível de consciência, sendo **mantido o protocolo de SEPSE**, após avaliação médica, com foco urinário. Referente ao pacote da primeira hora, foram coletados exames laboratoriais com 4 minutos, iniciado antibioticoterapia com 8 minutos. Referente ao pacote de segunda hora, o paciente foi reavaliado com 1h30, mantendo-se hemodinamicamente estável. A reavaliação referente à sexta hora, ocorreu com 5h14 de permanência. A transferência foi solicitada após 4 horas de permanência na unidade, tendo como desfecho a transferência ao hospital municipal Dr. José de Carvalho Florence, após 06h54 de permanência na unidade.
 4. Paciente A.T.S.F., prontuário 283531, sexo masculino, 77 anos, admitido no dia 06/01/2025 às 11:33, encaminhada pelo SAMU, sem história de comorbidade e com queixa na data de fraqueza, vômitos, febre e confusão mental. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 12:04 devido a 1 sinal de SIRS, rebaixamento do nível de consciência e dispneia, sendo **mantido o protocolo de SEPSE**, após avaliação médica, com foco cutâneo. Referente ao pacote da primeira hora, foram coletados exames laboratoriais com 50 minutos, iniciado antibioticoterapia com 55 minutos. Referente ao pacote de segunda hora, o paciente foi reavaliado com 4:00,

mantendo-se hemodinamicamente estável. A reavaliação referente à sexta hora, ocorreu com 7h42 de permanência. A transferência foi solicitada após 6 horas de permanência na unidade, porém não houve aceite das solicitações de vaga, tendo como desfecho a alta do paciente no dia 07/01/2025 com 26:55 de permanência na unidade.

5. Paciente A.M.J., prontuário 234336, sexo feminino, 95 anos, admitido no dia 06/01/2025 às 15:38, com HPP de estar em tratamento de Câncer (CA) de pele, com queixa na data de confusão mental, associado à cefaléia, dor abdominal e dor lombar. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 15:42 devido a 2 sinais de SIRS, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão, sendo **mantido o protocolo de SEPSE**, após avaliação médica, com foco pulmonar. Referente ao pacote da primeira hora, foram coletados exames laboratoriais com 31 minutos, iniciado antibioticoterapia com 41 minutos. A paciente não foi reavaliada referente ao pacote de segunda hora, mantendo-se estável hemodinamicamente, porém não ocorreu a reavaliação da sexta hora devido alta da paciente no próprio dia 06/01/2025 às 22:47 com desfecho da alta médica após 7:04 de permanência na unidade.
6. Paciente J. G. N., prontuário 176274, sexo masculino, 75 anos, admitido no dia 10/01/2025 às 14:28, encaminhada via SAMU à sala de emergência, com HPP de AVE previo, HAS, neurosífilis e queixa no data de tosse secretiva, febre, desconforto respiratório e urina escurecida. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 14:30 devido a 2 sinais de SIRS, hipotensão e dispneia, sendo **mantido o protocolo de SEPSE**, após avaliação médica, com foco pulmonar. Referente ao pacote da primeira hora, foram coletados exames laboratoriais com 19 minutos e iniciado antibioticoterapia com 25 minutos. Referente ao pacote de segunda hora, o paciente foi reavaliado com 2:10, mantendo-se hemodinamicamente estável. A reavaliação referente à sexta hora, ocorreu com 7:08 de permanência na unidade. A transferência foi solicitada após 18:54 de permanência na unidade, não havendo aceite das solicitações de vaga, tendo como desfecho alta médica com 53:49 de permanência na unidade.

7. Paciente O.G.O, prontuário 1274721, sexo masculino, 75 anos, admitido no dia 11/01/2025 às 16:53, encaminhado do consultório, com HPP de HAS, cardiopatia e AVC prévio, com queixa na data de diarreia, hematúria e queda do estado geral. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 16:53 devido a 2 sinais de SIRS, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão, sendo **mantido o protocolo de SEPSE**, após avaliação médica, com foco urinário. Referente ao pacote da primeira hora, foram coletados exames laboratoriais com 33 minutos, iniciado antibioticoterapia com 43 minutos. Referente ao pacote de segunda hora, o paciente foi reavaliado com 3h40, mantendo-se hemodinamicamente estável. A reavaliação referente à sexta hora não ocorreu, pois como desfecho o paciente recebeu alta médica por HD de ITU com antibiótico domiciliar após 4:57 de permanência na unidade.
8. Paciente H. S. B., prontuário 227222, sexo masculino, 90 anos, admitido no dia 12/01/2025, procedente de SAMU, com queixa na data de dispneia, taquipneia e taquicardia. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 10:25 devido a 2 sinais de SIRS e dispneia, sendo mantido o protocolo de SEPSE, após avaliação médica, com foco pulmonar. Referente ao pacote da primeira hora, foram coletados exames laboratoriais com 05 minutos e iniciado antibioticoterapia com 10 minutos e iniciado reposição volêmica. Referente ao pacote de segunda hora, o paciente foi reavaliado com 2 horas de permanência na unidade, mantendo-se instável hemodinamicamente, sendo iniciado uso de drogas vasoativas e solicitado transferência com 3h na unidade. A reavaliação referente à sexta hora, não ocorreu devido ao desfecho de transferência do paciente para com 6:25 de permanência na unidade, para o Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence.
9. Paciente M.E.S.S., sexo masculino, 12 anos, admitido no dia 13/01/2024 às 12:54, procedente da residência, devido queixa na data de crise convulsiva e historico de diarreia e febre na semana. Foi realizada a abertura do protocolo de SEPSE às 13/01/2025 às 13:00, devido a 2 sinais de SIRS e dispneia, sendo **mantido o protocolo de SEPSE**, após avaliação médica, com foco abdominal. Referente ao pacote da primeira

hora, foram coletados exames laboratoriais com 05 minutos, iniciado antibioticoterapia com 30 minutos e reposição volêmica. Referente ao pacote de segunda hora, o paciente foi reavaliado com 1h30, mantendo-se hemodinamicamente instável, sendo iniciado uso de drogas vasoativas. A reavaliação referente à sexta hora, não ocorreu devido ao desfecho de transferência com 3:30 de permanência na unidade, para o Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence.

10. Paciente AAS, prontuário 180603, feminino, 24 anos, sem história prévia de comorbidade, deu entrada no dia 26/01/25 às 11:20. Deu entrada com relato de calafrio, mialgia, dor abdominal em cólica, hipotensão, taquicardia e vômitos. Foi aberto protocolo de SEPSE às 11h32min devido a 2 sinais de SIRS e 2 de disfunção orgânica. O primeiro atendimento médico foi realizado às 11h37min e o **protocolo de sepse foi mantido**, como foco urinário. O pacote da primeira hora realizado com coleta de exames com 23 minutos e o antibiótico com 23 minutos minutos. Reavaliação da segunda hora, realizada com 1h20min, paciente apresentando melhora clínica e melhor estabilidade hemodinâmica, evoluindo com sinais dentro da normalidade. Não ocorreu reavaliação na 6ª hora pois a paciente foi transferida após 6 horas de permanência neste nosocômio.
11. Paciente VAOC, prontuário 174569, feminino, 61 anos, com história prévia de HAS/DM, deu entrada 22/01/25 às 12h31min. Deu entrada por meios próprios com relato de fraqueza e mal estar iniciados no dia 22/01/25, sendo atendida no setor de emergência e **descartado sepse**. Após isso, a paciente teve alta e às 22h16min retornou a emergência com relato de fraqueza e síncope em casa, apresentando rebaixamento de nível de consciência e hipotensão na triagem e sendo novamente aberto e **mantido o protocolo de sepse** após primeiro atendimento médico às 22h20min. O pacote da primeira hora realizado com coleta de exames com 25 minutos e o antibiótico com 25 minutos minutos. Reavaliação da segunda hora não foi realizada e a reavaliação da 6ª hora foi realizada após 7h15min, paciente apresentando piora clínica e sendo necessário iniciar Droga vasoativa (DVA) com noradrenalina em (VSCD), aí então

evoluindo melhora clínica e com sinais vitais estáveis. Paciente transferida dia 23/05/25 às 19h47min.

12. Paciente EGO, prontuário 175466, feminino, 65 anos, com história prévia de AVE há 2 meses, deu entrada no serviço no dia 16/01/25 às 17h39min. Paciente deu entrada pelo SAMU com relato de dor abdominal, diarreia, queda do estado geral e dispneia, apresentando hipotensão e febre na entrada. **Protocolo de sepse aberto na triagem e mantido pelo médico** no primeiro atendimento às 18h05min. O pacote da primeira hora realizado com coleta de exames com 15 minutos e o antibiótico com 29 minutos. A reavaliação da segunda hora foi realizada com 2h12min, sendo que o paciente apresentou melhora dos sintomas. A reavaliação da 6ª hora não foi realizada, pois a paciente foi transferida com 5h09min.

Casos descartados que não seguiram a linha de cuidado da SEPSE

1. Paciente DSS, prontuário 213099, masculino, 38 anos, deu entrada no dia 02/01/25 às 05h39min. Deu entrada na emergência com relato de artralgia e dextro HI, apresentando hipotensão, taquicardia, estado febril e dextro HI na triagem, sendo então aberto o protocolo de sepse, sendo então **descartado sepse** durante o primeiro atendimento médico as 06h09min do dia 02/01/25.
2. Paciente CVS, prontuário 269018, masculino, 80 anos, com história prévia de AVCi/demência/hipotireoidismo/"mancha pulmonar", deu entrada dia 03/01/25 às 13h55min. Deu entrada acompanhado pela filha, que relatou que o paciente há 1 semana iniciou com quadro de tosse secretiva e rinorreia, evoluindo com piora há 3 dias. Na entrada apresentava saturação de 89% mas sem esforço respiratório. Aberto protocolo na triagem e **descartado sepse** durante o primeiro atendimento médico às 14h09min por infecção de vias aéreas.
3. Paciente SJMC, prontuário 141071, feminino, 19 anos, sem história prévia de comorbidades, deu entrada no dia 06/01/25 às 07h21min. Deu entrada na unidade com queixa de dor em MMII, febre, astenia, cefaléia e dor

retroorbital. Aberto protocolo na triagem e também classificado como dengue classe D. Primeiro atendimento médico realizado às 10h01min e **descartado protocolo de sepse.**

4. Paciente DSO, prontuário 181710, masculino, 25 anos, sem história prévia de comorbidades, deu entrada no dia 06/01/25 às 16h30min. Deu entrada com relato de dor, edema e calor em MMII há 3 semanas com piora há 14 dias. Deu entrada neste nosocômio em estado febril e apresentando claudicação. Aberto protocolo na triagem na entrada e **descartado protocolo de sepse em primeiro atendimento** médico às 16h43min por dor aguda.
5. Paciente MGO, prontuário 192765, masculino, 76 anos, com história prévia de HAS/hipotireoidismo, deu entrada no dia 08/01/25 às 09h14min. Deu entrada com relato de tremor noturno, febre, cefaléia, tosse produtiva e odinofagia iniciados no dia do atendimento. Aberto protocolo na triagem e **descartado protocolo de sepse** durante primeiro atendimento médico às 12h20min por infecção por COVID-19.
6. Paciente CCS, prontuário 1328875, feminino, 71 anos, com história prévia de HAS/obesidade, deu entrada dia 11/01/25 às 21:02. Deu entrada na emergência acompanhada pela neta, que relata estar em tratamento para infecção em MID com bactrim (D3/D7), porém apresentando dor local associada a inapetência. Aberto protocolo na triagem e **descartado protocolo de sepse no primeiro atendimento médico** às 21h16min por erisipela.
7. Paciente RDO, prontuário 90952, feminino, 55 anos, com história prévia de HAS/DM/dislipidemia, deu entrada neste nosocômio dia 13/01/25 às 21h33min. Deu entrada com relato de dispnéia, tosse produtiva e astenia. Aberto protocolo na triagem e **descartado protocolo de sepse** no primeiro atendimento médico às 21h53min por bronquite aguda.
8. Paciente ALSG, prontuário 261651, masculino 45 anos, sem história prévia de comorbidades, deu entrada neste nosocômio dia 23/01/25 às 12h27min. Deu entrada com relato de dispnéia associado à crise asmática.

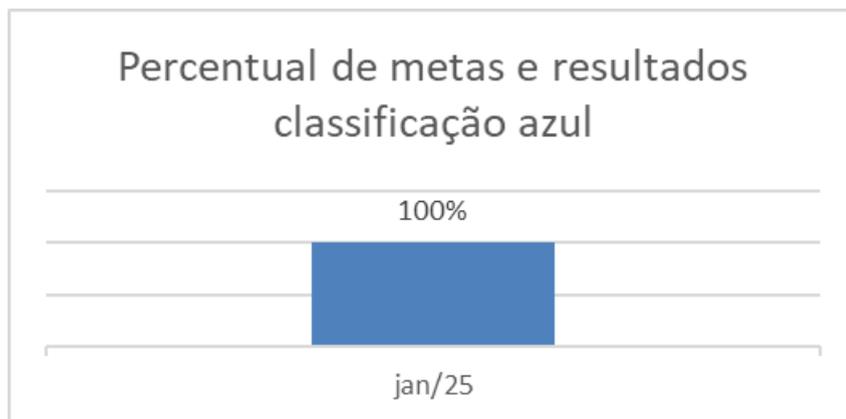
Aberto protocolo na triagem e **descartado protocolo de sepse** durante o primeiro atendimento médico às 12h52min.

9. Paciente JAC, prontuário 1329564, masculino, 67 anos, com história prévia de dislipidemia, deu entrada neste nosocômio dia 23/01/25 às 17h16min. Deu entrada com relato de tosse produtiva, febre, astenia e dor torácica ventilatório dependente há 4 dias. Aberto protocolo de sepse na triagem em um primeiro momento às 16h59, porém avaliado por chefe de plantão, sendo reclassificado às 17h16min e após isso **descartado protocolo de sepse** após nova verificação de sinais vitais normais.
10. Paciente HGCG, prontuário 273219, masculino, 24 anos, com história prévia de asma, deu entrada dia 23/01/25 às 02h54min. Deu entrada com relato de febre há 1 hora e mialgia há 1 dia. Aberto protocolo na triagem e **descartado protocolo de sepse** durante primeiro atendimento médico às 03h06min.
11. Paciente JBS, prontuário 287098, masculino, 70 anos, com história prévia de AVE prévio e cardiopatia. Deu entrada pela emergência por meios próprios acompanhado pelo filho Tony, que relatou que o paciente teve febre 40°C, queda do estado geral, não se movimentava e não abria os olhos há 10 minutos. Logo após chegar neste nosocômio, já na sala de emergência, o paciente encontrava-se arresposivo, em gasping, com sinais de hipovolemia desidratação grave 4+/4+ e sem pulso, sendo imediatamente verificado ritmo não chocável de assistolia e iniciados compressões torácicas 30/2 e suporte ventilatório conforme protocolo de ACLS por 10 minutos. **Paciente deu entrada logo em seguida já apresentando PCR, impossibilitando avaliação e confirmação de protocolo de sepse.**

5.1.9 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS



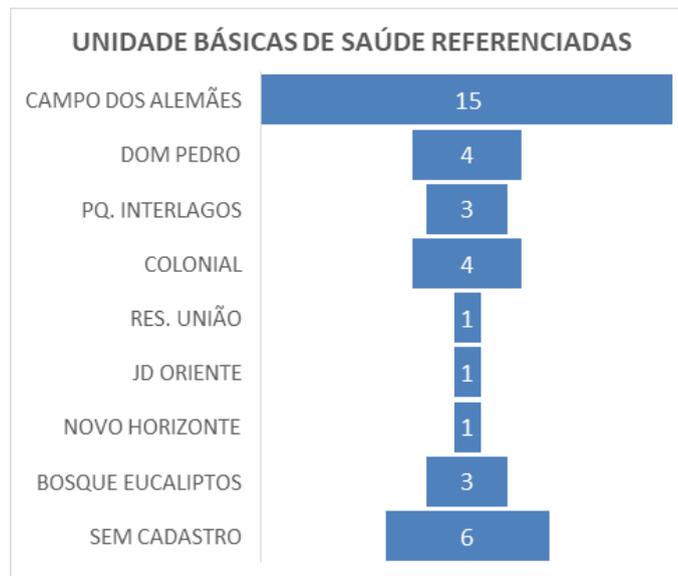
Análise crítica: No período de janeiro de 2025, a unidade atendeu 38 pacientes classificados na triagem como azul, geralmente casos de menor gravidade e assintomáticos. Em comparação com o mês anterior podemos observar que no mês de janeiro tivemos um aumento de 8 pacientes. Esses casos foram acolhidos, orientados e encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência na região de São José dos Campos. O gráfico abaixo apresenta o "Percentual de Meta e Resultado - Classificação Azul".



Aqui estão as principais observações: em relação aos indicadores mensais, o percentual mantém-se constante em 100% indicando que a meta foi completamente atingida em todos os períodos. Em relação a estabilidade não há variação nos resultados, o que demonstra um desempenho uniforme em relação à meta estabelecida.

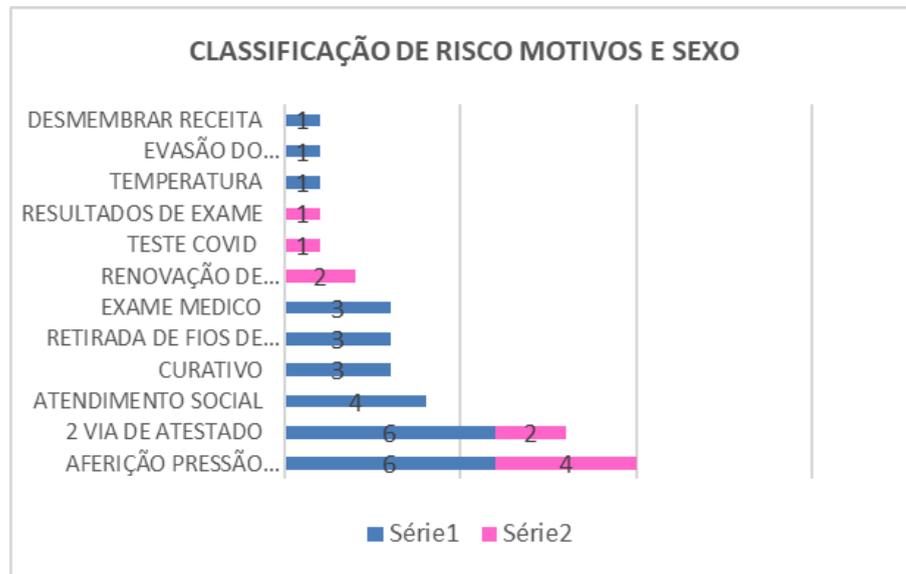
Unidades Básicas de Saúde Referenciadas na classificação azul

O gráfico abaixo apresenta as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) referenciadas e a quantidade de pacientes referenciados em cada unidade. Seguem as principais observações: A UBS Campo dos Alemães é a unidade com o maior número de referências, totalizando 15 pacientes. A UBS Colonial e a Dom Pedro ocupam o segundo lugar, com 4 referências cada. As UBSs Pq. Interlagos, Dom Pedro e Residencial União possuem 3 pacientes referenciados cada. As UBS Parque Interlagos e Bosque dos Eucaliptos apresentam 3 pacientes cada, Residencial União, Jardim Oriente e Novo Horizonte apresentam 1 paciente referenciados em cada, sendo a UBS Novo Horizonte fora do território de abrangência da UPA. Ressaltamos o número de 6 pacientes sem registros em UBSs.



Esse panorama destaca uma concentração maior de referências em algumas UBSs, enquanto outras apresentam números significativamente menores. Estes pacientes foram orientados pela enfermagem e pelo Serviço Social, onde, por meio de escuta e acolhimento, foi possível realizar o direcionamento adequado e fornecer orientações. Ressalta-se o respeito à escolha e autonomia do paciente em optar pelo atendimento na UPA ou pelo encaminhamento à UBS de referência.

Atendimentos na classificação de risco azul por motivos e sexo



Principais pontos observados: Correção de Atestados: (masculino: 6 casos) e Feminino: 2 casos. Sendo mais frequente entre os homens (série azul).

Aferição da pressão arterial: (masculino 6 casos) e (feminino 4 casos), também é mais prevalente em homens (série azul).

Atendimento Social: (masculino 2 casos) e (feminino 2 casos); denominamos atendimento social ao atendimento aos pacientes que abriram ficha para atendimento porém, desconhecem o fluxo de atendimento de UPA/UBS precisavam somente de orientações, exemplos:

Paciente F.G.Z, estava passando férias na cidade e veio até a unidade solicitando aplicação de anticoncepcional, foi realizado acolhimento social, enviado e-mail para UBS relatando o caso e entregue uma carta para que a mesma fosse até a UBS com sua receita em mãos para suporte.

Paciente M.N.G.M, estava com uma receita para aplicação de noripurum endovenoso, porém não tinha conhecimento onde encontrar a medicação.

Paciente G.R.F, elitista, sem sintomas, relatou que o abrigo municipal pediu uma declaração de que passou na unidade.

Paciente R.R.J. foi trazido à unidade pelo SAMU sem documentos, sendo registrado inicialmente como desconhecido. No momento da admissão,

encontrava-se assintomático. O Serviço Social realizou acolhimento e iniciou busca ativa para identificação e localização de familiares por meio da rede de apoio. Após levantamento das informações, foi confirmada a identidade do paciente e contatado um familiar, que compareceu à unidade para buscá-lo. Paciente entregue ao responsável em boas condições gerais.

Curativo: 3 Pacientes sendo do sexo Masculino;

Fios de sutura: 3 Pacientes sendo do sexo Masculino;

Exame médico: 3 pacientes do sexo masculino. A categoria 'exame médico' refere-se aos atendimentos realizados em janeiro de 2025 para solicitações de teste de aptidão para trabalho, emissão de atestado para uso de piscina e participação em atividades esportivas.

Renovação de Receita: 2 Pacientes (femininos);

Retorno de exame: 1 paciente do sexo feminino retornou à unidade após evasão, buscando informações sobre resultados de exames. Foi realizada nova ficha de atendimento, sendo classificada com a cor azul, pois já havia sido previamente atendida e medicada. O retorno ocorreu especificamente para consulta sobre exames laboratoriais.

Teste SWAB (COVID 19): 1 Paciente (feminino), após tratamento de vários dias retornou a unidade solicitando para refazer exame, foi orientada sobre protocolo.

Aferição de temperatura: 1 paciente do sexo masculino compareceu à unidade exclusivamente para verificar possível alteração da temperatura corporal.

Desmembrar Receita: 1 Paciente (Masculino), retornou a unidade para suporte em receituário médico, prescrições de medicações de controle onde necessitava estar separada das demais medicações prescritas;

Troca de curativos: 2 pacientes do sexo masculino vieram para troca de curativos.

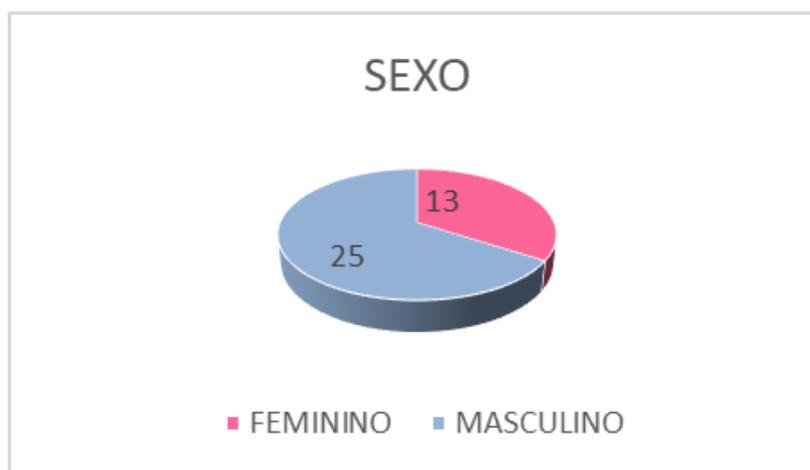
Análise crítica: Observa-se que a maioria dos atendimentos foi realizada em pacientes do sexo masculino (representados pela cor azul). Essa predominância pode estar relacionada a diversos fatores, como:

1. Maior procura por serviços de saúde – Homens podem ter buscado mais atendimentos devido a demandas específicas, como exames médicos, curativos e aferição de pressão.

2. Tipos de atendimentos registrados – Algumas categorias, como “Atendimento social”, “Curativo” e “Exame médico”, tiveram mais registros no sexo masculino, sugerindo maior necessidade desses serviços.

Já o sexo feminino (representado pela cor rosa) aparece em menor número, mas ainda assim tem participação em algumas categorias, especialmente “Aferição de pressão” e “2ª via de atestado”, sugerindo que as mulheres podem buscar atendimentos mais específicos dentro do serviço.

Perfil da classificação de risco azul por sexo

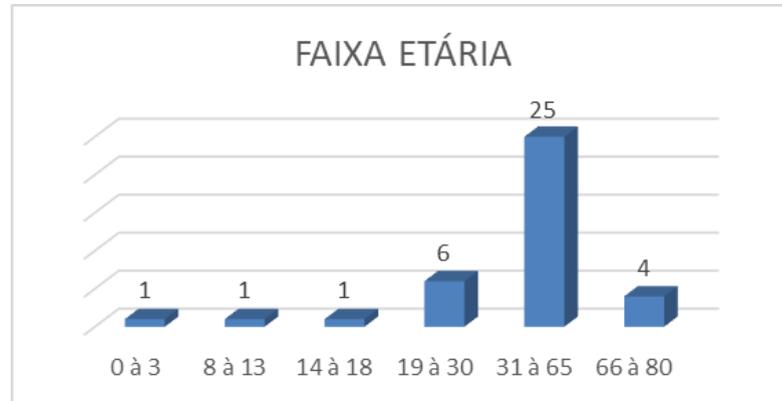


O gráfico "Perfil da Classificação Azul por Sexo" evidencia uma comparação entre os sexos masculino e feminino em relação à procura ou classificação dentro do sistema azul.

Resumo numérico: masculino 25 ocorrências, com percentual de 66%. Feminino 13 ocorrências, com percentual de 34%.

Perfil da classificação de risco azul por faixa etária

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

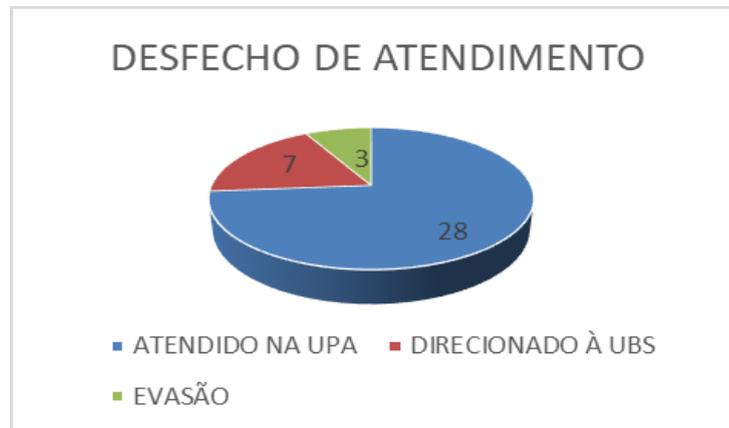


O gráfico apresenta o Perfil da Classificação Azul por Faixa Etária, que possivelmente indica a distribuição de pacientes classificados como azul (geralmente casos de menor gravidade) em diferentes grupos etários. A seguir, a análise detalhada:

1. Faixa etária de 31 a 65 anos: é a mais representativa, com 25 pacientes.
2. Faixa etária de 19 a 30 anos: ocupa o segundo lugar, com 6 pacientes.
3. Faixa etária de 66 a 80 anos: com terceiro lugar com 4 pacientes.
4. Faixas etárias menores (0 a 3, 8 a 13, 14 a 18) representam uma parcela significativamente menor de 0 a 3 anos: 1 paciente. De 8 a 13 anos: 1 pacientes. De 14 a 18 anos; 1 pacientes.

Análise crítica: O gráfico evidencia que a maior parte dos casos classificados como azul está concentrada em adultos (31 a 65 anos). As faixas etárias mais jovens apresentam menor representação. Isso pode indicar uma demanda maior por atendimentos de baixa complexidade entre adultos.

Desfecho de atendimento por classificação de risco azul



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

Dos dados apresentados, 28 pacientes optaram por permanecer em atendimento médico na UPA, com percentual de 74%, 7 pacientes decidiram se direcionar à UBS de referência com percentual de 18% e 3 pacientes não aguardaram orientação e foram embora logo após abertura de ficha, com percentual de 8%.

Interpretação: a maioria preferiu permanecer na UPA, indica uma possível percepção de que suas necessidades médicas eram mais urgentes ou que sentiam maior segurança na UPA.

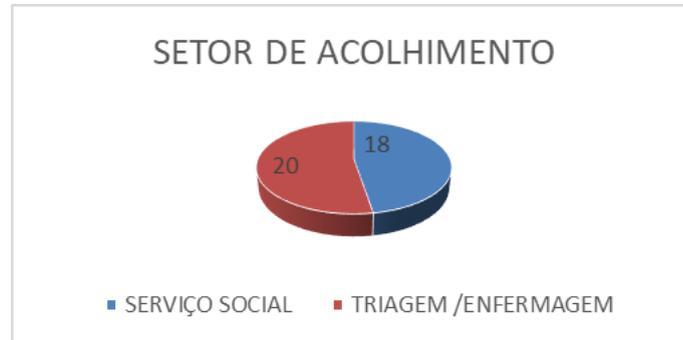
Decisão de se direcionar à UBS: 7 pacientes aceitaram as orientações e reconheceram que seus casos poderiam ser resolvidos em uma unidade básica, o que demonstra o impacto positivo da orientação da equipe.

Considerações: as intervenções realizadas pela Enfermagem e Serviço Social foram fundamentais para esclarecer dúvidas e redirecionar parte da demanda.

Desafios: Apesar disso, ainda há um alto índice de permanência na UPA, o que pode indicar a necessidade de fortalecer a confiança na UBS ou melhorar o acesso aos serviços básicos de saúde.

Direcionamentos e orientações realizados por setores na classificação de risco azul

No contexto do atendimento à classificação de risco azul, as orientações aos pacientes foram distribuídas entre os setores de triagem/enfermagem e serviço social.



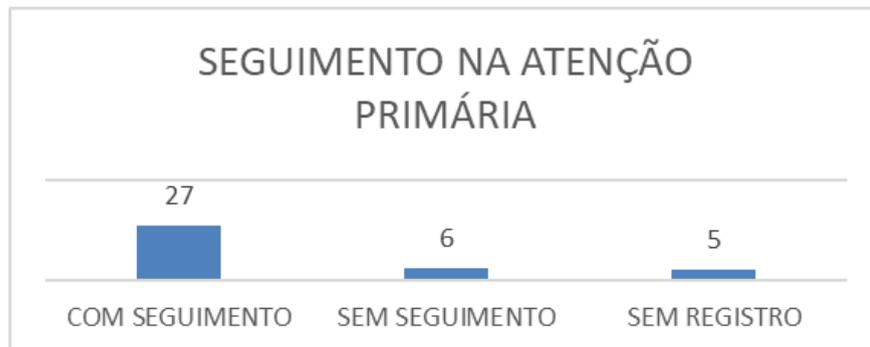
Triagem/Enfermagem: 20 pacientes receberam orientações diretamente da equipe de enfermagem no setor de triagem, reforçando o direcionamento para o seguimento na Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse acolhimento inicial é essencial para esclarecer o fluxo da rede de atenção à saúde.

Serviço Social: 18 pacientes foram orientados pelas assistentes sociais, quando disponíveis, durante o plantão do serviço social (segunda a sexta-feira, das 08h00 às 20h15). Por meio de ferramentas como os sistemas Saludem e SAMS, o serviço social também apoia no monitoramento dos pacientes e em ações como envio de e-mails às UBSs e ligações telefônicas para garantir a continuidade do cuidado. Essa integração entre os setores promove um atendimento mais completo, garantindo que os pacientes da classificação azul sejam adequadamente informados e direcionados dentro do sistema de saúde.

Seguimento na atenção primária por classificação de risco azul

O gráfico abaixo demonstra o seguimento na atenção primária dos pacientes classificados como risco azul: (27) Pacientes com Seguimento a maioria dos pacientes direcionados para a UBS realizou o acompanhamento. Isso evidencia a eficácia das orientações realizadas na UPA, especialmente pelo Serviço Social, que atua ativamente no direcionamento e na comunicação com as UBS.

Pacientes sem seguimento (6): Uma pequena parcela não seguiu com atendimento na UBS. Esse grupo representa um desafio que exige estratégias mais efetivas de adesão, como reforço nas orientações e possíveis contatos posteriores.



Pacientes sem Registro (5): indica um caso sem dados sobre o seguimento, apontando para a necessidade de melhorar os registros e a comunicação entre UPA e UBS.

Na UPA, o Serviço Social e a Enfermagem são responsáveis por identificar e orientar os pacientes de risco azul, ressaltando a importância do seguimento na UBS para atendimento continuado.

Além disso, utilizam sistemas como SaluTem e SAMS para monitorar e documentar os casos, garantindo a rastreabilidade das orientações.

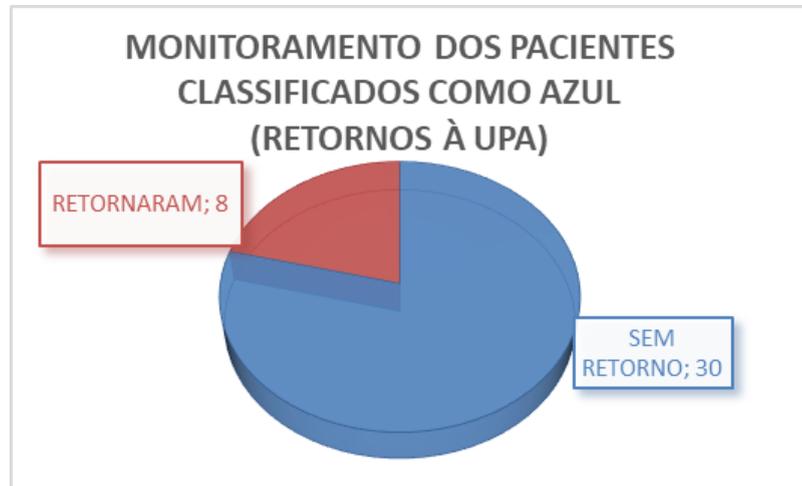
As UBSs desempenham o papel de continuidade do cuidado, absorvendo os pacientes encaminhados pela UPA e garantindo o tratamento adequado.

O serviço social facilita essa contrarreferência ao estabelecer contato prévio com as UBS por e-mail, telefone ou carta, além de realizar o acompanhamento posterior.

Análise dos retornos de pacientes classificados como azul na UPA – Janeiro 2025

O gráfico representa os retornos de pacientes à UPA após atendimento inicial com classificação AZUL, realizado ao final de janeiro de 2025. O levantamento

tem como objetivo avaliar a frequência de retorno e possíveis motivos, auxiliando no aprimoramento do atendimento e das orientações fornecidas.



Como parte do monitoramento, foi realizada uma busca no sistema Saludem para analisar o retorno desses pacientes à unidade.

A análise dos dados revela que, dos 38 pacientes classificados como AZUL e orientados no atendimento inicial, 30 (79%) não retornaram à UPA, enquanto 8 (21%) buscaram novo atendimento.

Interpretação crítica:

Alta taxa de não retorno (79%)

- Isso pode indicar que as orientações fornecidas foram eficazes e os pacientes não sentiram necessidade de um novo atendimento.
- Também pode sugerir que os casos eram realmente de baixa complexidade, não exigindo acompanhamento adicional.

2. Retorno de 21% dos pacientes

- A busca por um novo atendimento pode ter ocorrido por persistência dos sintomas, dúvidas sobre o tratamento ou dificuldades no acesso a outros serviços de saúde.

Pontos de atenção e melhorias:

- Reforçar a qualidade das orientações no primeiro atendimento para evitar retornos desnecessários;
- Avaliar os motivos dos retornos para identificar se há falhas na triagem, na condução dos casos ou dificuldades no acesso a outros serviços;
- Acompanhamento e educação em saúde, especialmente para pacientes com risco de agravamento, garantindo que saibam quando e onde procurar atendimento adequado.

Em resumo, a maioria dos pacientes não retornou, o que pode indicar um atendimento resolutivo. No entanto, o percentual de 21% que voltou merece análise para aprimorar o processo de atendimento e orientação.

Papel do Serviço Social na Integração entre UPA e UBS

Mediação e Comunicação: O Serviço Social atua como ponte entre os dois níveis de atenção, fortalecendo a articulação para garantir que o paciente seja atendido adequadamente.

Monitora casos sem seguimento ou registro, propondo intervenções que reduzam falhas no processo de referência e contrarreferência.

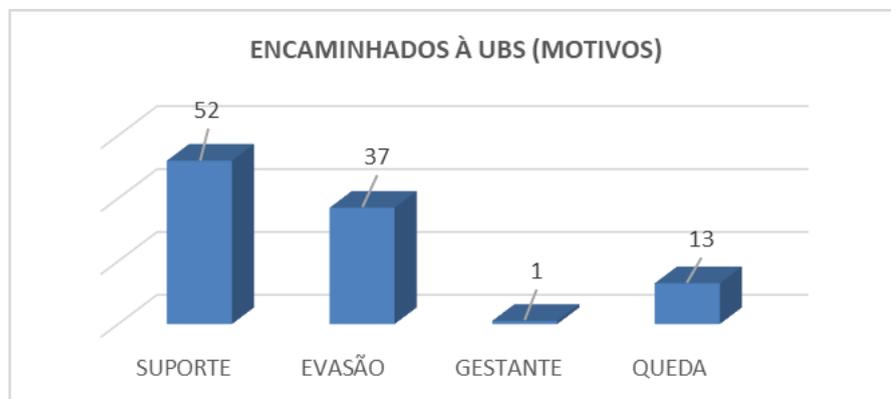
Empoderamento do Paciente: por meio das orientações, incentiva o paciente a compreender a importância do seguimento na UBS e a participar ativamente do seu cuidado.

Análise crítica: destacamos a relevância do Serviço Social na integração entre a UPA e a UBS, promovendo a continuidade do cuidado por meio de um processo bem estruturado de referência e contrarreferência. O trabalho conjunto entre os serviços e o fortalecimento dos registros são essenciais para minimizar as lacunas e garantir a eficácia do atendimento ao pacientes.

Casos encaminhados às UBS pelo Serviço Social (Jan/2025)

O Serviço Social da unidade, em parceria com a equipe multidisciplinar, realiza diariamente o acolhimento humanizado dos pacientes, garantindo um atendimento integral e qualificado em somatória ao atendimento de classificação Azul, no mês de janeiro/2025, foram encaminhados 103 casos para a rede de atenção primária, por meio de busca ativa de prontuários, atendimento social e de casos identificados pela equipe em situações como evasões, quedas, pacientes com comorbidades. Essa atuação reforça

o compromisso com a continuidade do cuidado e a promoção da saúde dos usuários.



Com o objetivo de prevenir agravos e promover a saúde, foi realizado o encaminhamento de casos via e-mail e cartas para suporte e acompanhamento pela rede de atenção primária, conforme o gráfico a seguir. Os dados apontam:

- 13 pacientes vítimas de quedas, pertencentes a grupos vulneráveis (6 crianças e 7 idosos);
- 37 pacientes pertencentes ao grupo de vulneráveis que evadiram do atendimento na unidade;
- 52 pacientes com comorbidades que necessitam de acompanhamento contínuo, incluindo diabetes, hipertensão, transtornos de comportamento, doenças respiratórias, cardiovasculares e gastrointestinais;
- 1 paciente gestante que evadiu-se sem concluir atendimento;

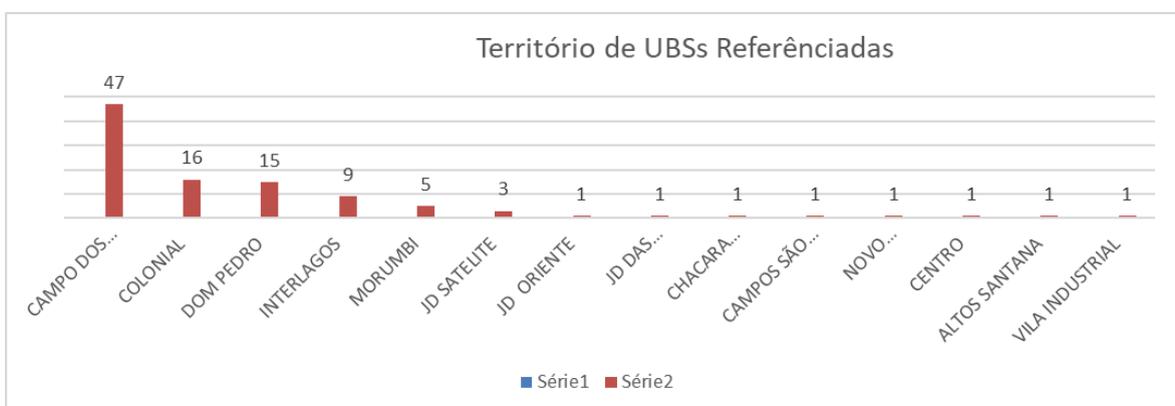
Busca Ativa de Prontuários

- **Monitoramento de pacientes vulneráveis:** A busca ativa de prontuários garante que nenhum paciente em situação de risco fique sem acompanhamento, como aqueles que se evadiram sem alta médica ou apresentaram agravamento de condições de saúde.
- **Identificação de demandas ocultas:** Permite identificar casos que não foram imediatamente encaminhados, como quedas ou situações de comorbidades.

Encaminhamento de Casos Prioritários

- **Evasões:** Pacientes que deixam a unidade sem completar o atendimento são acompanhados e reconectados à rede de atenção primária para continuidade do cuidado;
- **Quedas:** Casos de quedas, especialmente em idosos, são direcionados para acompanhamento na atenção básica, prevenindo agravamentos futuros;
- **Comorbidades:** Pacientes com múltiplas condições de saúde são encaminhados para cuidados contínuos e especializados na atenção primária.

Estamos localizados na região Sul da cidade de São José dos Campos-SP, sendo predominante a UBS referência do bairro Campo dos Alemães, bairro onde estamos localizados, no entanto a unidade recebe atendimento de munícipes de diversificados bairros conforme representação do gráfico abaixo.



Fortalecimento da Rede de Atenção Primária

- Continuidade do cuidado: O encaminhamento para a atenção primária assegura que o tratamento iniciado na UPA seja mantido, evitando a descontinuidade;
- Integração da rede de saúde: A atuação do Serviço Social fortalece o vínculo entre os diferentes níveis de cuidado do SUS, contribuindo para a efetividade do sistema.

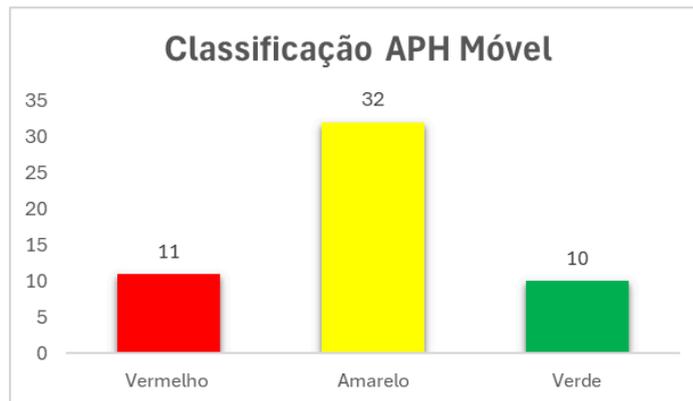
Impacto Social e de Saúde

- Redução de complicações: Ao identificar e encaminhar pacientes com demandas específicas, evita-se a piora das condições de saúde e o retorno à emergência.;
- Promoção da saúde: Garante que os pacientes tenham acesso a cuidados preventivos e reabilitação no nível adequado;

A atuação do Serviço Social em janeiro de 2025 proativo e articulado, garantindo o cuidado contínuo aos pacientes por meio de ações humanizadas e integradas. O encaminhamento de 103 casos para a rede de atenção primária reforça o compromisso com a saúde da população, prevenindo agravos e promovendo a equidade no acesso aos serviços.

5.1.10 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelo serviço de atendimento pré-hospitalar

Serviços de atendimento pré-hospitalar



Análise crítica: Em janeiro, foram atendidos **53 pacientes** nesta unidade provenientes dos serviços APH móvel, representando uma redução de **30,26%** em relação ao mês anterior, quando foram registrados 76 atendimentos.

Dos 53 pacientes, **32 foram classificados na cor amarela**, o que equivale a **60,38%** do total. Esse dado evidencia que uma parte significativa dos atendimentos foi destinada a pacientes com condições de urgência moderada, requerendo intervenção médica relevante, embora não imediata.

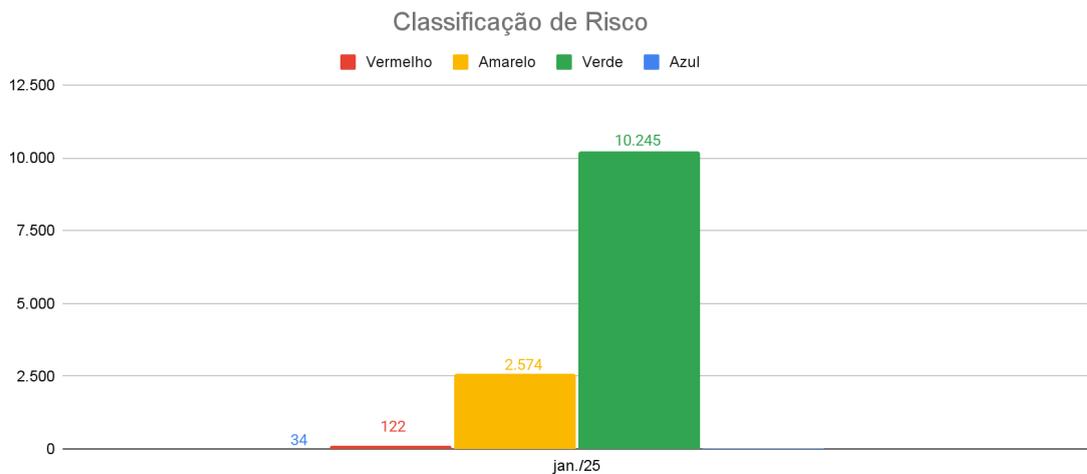
Além disso, **11 pacientes foram classificados na cor vermelha**, correspondendo a aproximadamente **20,75%** do total. Esse percentual de

pacientes em estado crítico destacam a gravidade das situações atendidas, demandando cuidados médicos imediatos e intensivos.

Os **10 pacientes restantes foram classificados na cor verde**, representando **18,87%** dos atendimentos, não sendo casos de urgência ou emergência.

Esses dados indicam que, apesar da redução na demanda, o perfil dos pacientes atendidos manteve uma alta proporção de casos de urgência e emergência, reforçando a importância da capacidade de resposta rápida e eficaz da equipe clínica.

5.1.11 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco



Análise crítica: Em Janeiro, a triagem classificou um total de **13.487** pacientes, distribuídos conforme os níveis de prioridade abaixo:

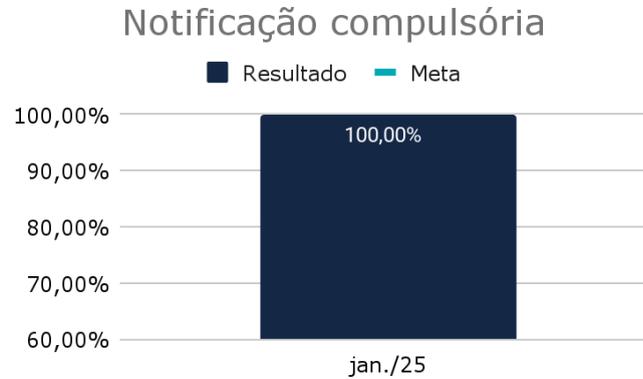
- **Vermelho (emergência): 122 pacientes (0,98%)** – Representando os casos mais graves, a classificação vermelha apresentou um discreto declínio em relação ao mês anterior.

- **Amarelo (urgência moderada): 2.574 pacientes (20,78%)** – Pacientes classificados como amarelo corresponderam a 20,78% dos atendimentos, evidenciando uma leve redução em comparação ao mês anterior. Esse comportamento pode indicar um discreto declínio na demanda por casos de urgência moderada.
- **Verde (baixa complexidade): 10.245 pacientes (77,97%)** – A maioria dos atendimentos permaneceu na categoria verde, que representa os casos de baixa complexidade, totalizando 77,97% do total. Esse valor demonstra um leve declínio em relação ao mês anterior e reforça a predominância de atendimentos de menor complexidade na unidade.
- **Azul (não urgente): 34 pacientes (0,27%)** – A quantidade de pacientes classificados como azul foi a menor entre todas as categorias e apresentou uma pequena elevação em relação ao mês anterior. Esses atendimentos foram devidamente acolhidos e encaminhados conforme detalhado no item 5.1.9, que trata do percentual de pacientes desta classificação direcionados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os demais pacientes que não foram classificados entraram na fila dedicada ao cinza para medicação externa.

Categoria	Quantidade Pacientes	Porcentagem (%)
Vermelho (emergência)	122	0.98%
Amarelo (urgência moderada)	2.574	20.78%
Verde (baixa complexidade)	10.245	77.97%
Azul (não urgente)	34	0.27%

5.1.12 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória



AGRAVO	CONTA de AGRAVO
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	1
ACIDENTE DE TRABALHO	26
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO	58
DENGUE	492
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	17
SÍFILIS	8
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	80
Total geral	682

No período a unidade realizou cerca de 682 notificações compulsórias, dentre elas podemos observar uma elevação no período sazonal e perfil da região.

Com relação ao perfil sazonal epidemiológico

No mês analisado tivemos um aumento expressivo nos casos de atendimentos de suspeitas de dengue e um aumento na taxa de positividade em comparação com mês anterior, porém um dado que nos chama a atenção é um número expressivo de exames coletados e baixa positividade, foram 2,35% 11 resultados positivos.

Todos os casos suspeitos receberam atendimento e seguiram o fluxo de atendimento de casos suspeitos de dengue, no período de janeiro não tivemos nenhum caso do grupo C.

Com relação ao perfil da região é predominante da região Sul, cerca de 99%.

Com relação ao perfil regional podemos observar

A notificação das violências interpessoais e autoprovocadas em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é essencial para identificar, monitorar e combater situações de risco à saúde e à vida de indivíduos e comunidades.

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas em uma UPA é um ato essencial de cuidado e proteção à vida. Ela fornece dados indispensáveis para prevenir novas ocorrências, proteger as vítimas e transformar a realidade social e de saúde da comunidade atendida.

Perfil demográfico das Notificações de Violência interpessoal e autoprovocada em UPA Campo dos Alemães

Número de casos de violência por sexo notificados:

- As mulheres (54%) são as principais vítimas.
- Os Homens (46%) aparecem em menor proporção.



A predominância de mulheres vítimas reflete a vulnerabilidade histórica e estrutural desse grupo em contextos de violência

Número de casos de violência por raça/cor notificados:



- Os Brancos (59%) representam a maioria das notificações, seguidos por pardos (31%) e pretos (10%).

A alta presença de vítimas pardas e pretas pode estar associada a desigualdades sociais e econômicas, enquanto os números elevados de brancos refletem o contexto demográfico da região.

Número de casos violência por Faixa etária



O gráfico mostra que a faixa etária mais afetada por violências interpessoais e autoprovocadas é de 0 a 3 anos com 27 casos notificados. As faixas de 19 a 30 anos também apresentam números significativos. Já as idades de 66 a 80 anos e 81 anos ou mais, registram os menores índices.

Segue uma análise geral: de 0 a 3 anos cerca de 27 casos registrados. De 4 a 7 anos aproximadamente 6 casos. De 8 a 13 anos, em torno de 8 casos. De 14 a 18 anos, com cerca de 11 casos. De 19 a 30 anos, aumenta significativamente

para cerca de 20 casos. De 31 a 65 anos, 19 casos. De 66 a 80 anos, cerca de 4 casos. De 81 anos ou mais, aproximadamente 2 casos.

O gráfico reflete aspectos sociais importantes sobre a distribuição das violências interpessoais e autoprovocadas por faixa etária. Aqui está uma análise social:

De 0 a 3 anos: a alta incidência nesta faixa etária pode estar relacionada a casos de violência doméstica e negligência, indicando vulnerabilidade de crianças pequenas que dependem integralmente de cuidadores.

De 4 a 7 anos e 8 a 13 anos: a redução dos casos pode ser associada a maior presença em ambientes escolares e proteção social, mas ainda há registros que podem envolver maus-tratos, bullying e problemas psíquicos.

De 14 a 18 anos: o aumento nessa faixa pode refletir conflitos familiares, bullying, violência urbana, ou até mesmo início de questões relacionadas à saúde mental, como automutilação ou tentativas de suicídio.

De 19 a 30 anos: essa faixa reflete transições críticas na vida adulta, como inserção no mercado de trabalho, independência financeira e relacionamentos, o que pode aumentar o risco de violência interpessoal e questões relacionadas à saúde mental.

De 31 a 65 anos: No ranking do gráfico como terceiro maior número de casos, essa faixa etária pode envolver violência doméstica, conflitos no ambiente de trabalho, ou desafios econômicos e sociais, especialmente relacionados à estabilidade e pressão cotidiana.

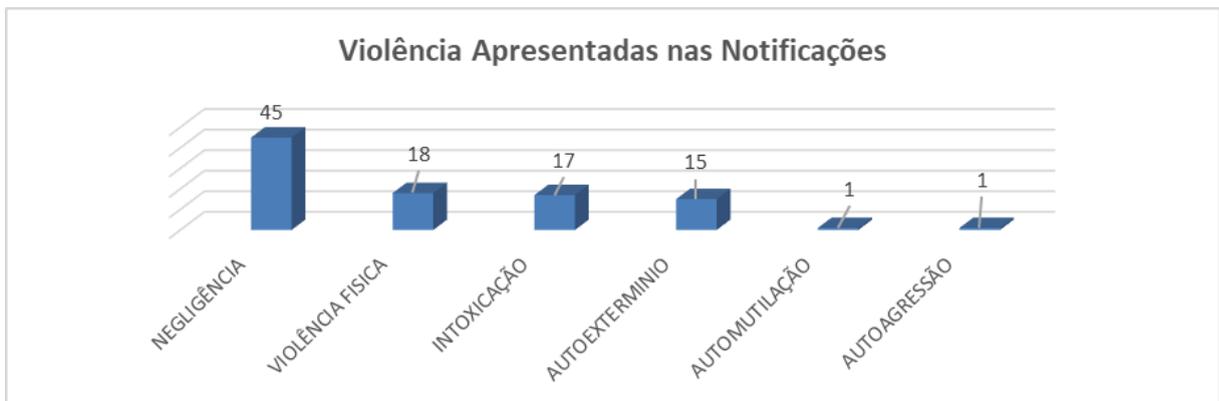
De 66 a 80 anos e 81+ anos: o número reduzido pode ser subestimado devido à subnotificação. Idosos são frequentemente vítimas de violência negligenciada, como abusos financeiros ou maus-tratos em ambientes domésticos e institucionais.

Considerações sociais (Violência estrutural): as disparidades nas condições de vida, educação e acesso a redes de apoio influenciam os índices em todas as faixas etárias.

Gênero: Mulheres e crianças podem ser mais vulneráveis em certos contextos, como violência doméstica.

Saúde mental: O aumento de casos nas faixas de 14 a 30 anos sugere necessidade de políticas preventivas e maior acesso a apoio psicológico. Intervenções devem ser adaptadas às especificidades de cada faixa etária, com foco em educação, suporte psicológico e fortalecimento de redes de proteção.

Tipos de Violências apresentadas nas notificações

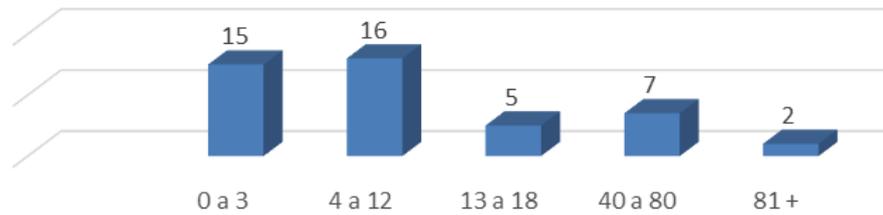


Os tipos mais comuns: a negligência é a violência predominante (45 casos), representando mais da metade do total. Seguem-se: violência física (18 casos), intoxicação exógena (17 casos), tentativas de autoextermínio (15 casos), automutilação (1 caso) e autoagressão (1 caso).

A negligência domina os casos reportados, indicando carências nas estruturas familiares e comunitárias, como segundo no ranking do gráfico acima a violência física, considerando que estamos localizados em uma região de grande vulnerabilidade social. As intoxicações, autoextermínio, automutilação e autoagressão destacam problemas de saúde mental e comportamental.

Número de casos de Negligência por faixa etária

Faixa Etária de Notificações Negligência



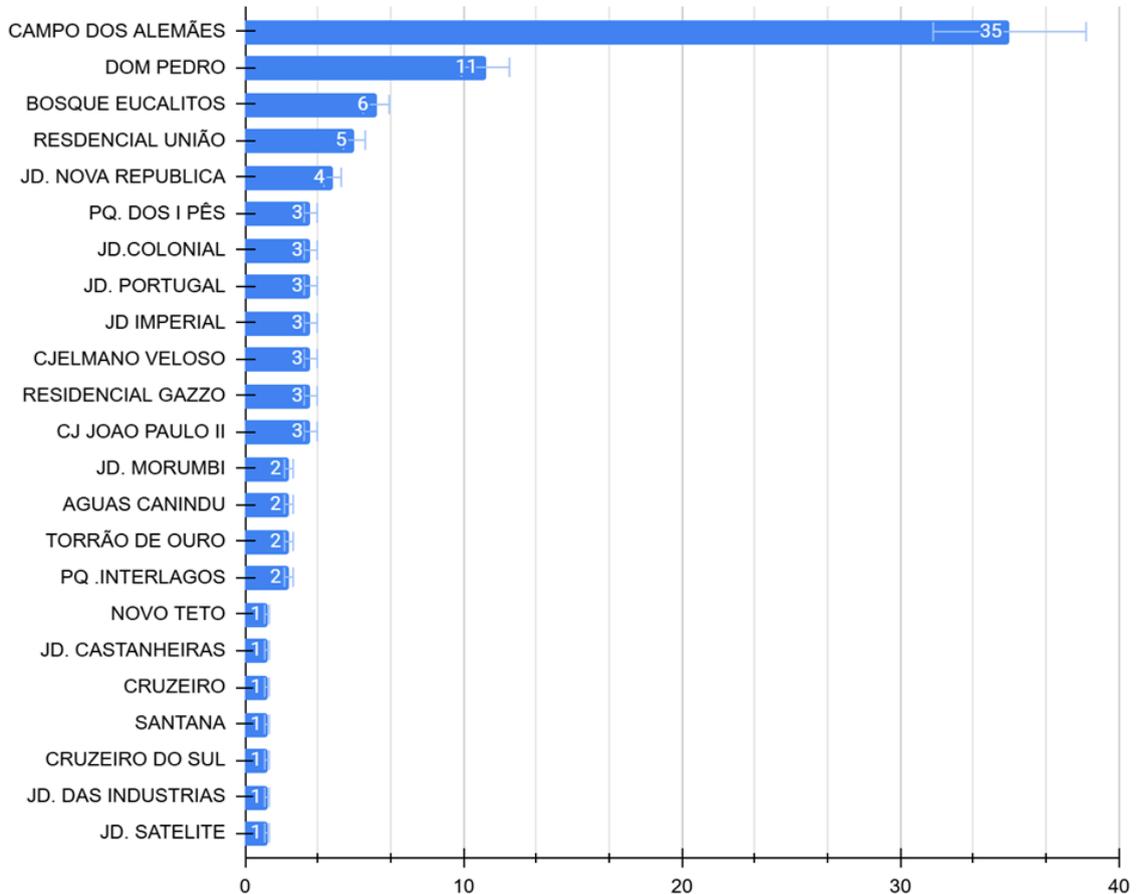
As idades mais afetadas: crianças de 0 a 3 anos representam (15 casos). Seguida por crianças de 4 a 12 anos (16 casos).

Grupos menores, mas significativos: adolescentes de 13 a 18 anos (5 casos), idosos de 40 a 80 anos (7 casos) e 81 anos mais (2 casos) também aparecem como vítimas.

A negligência afeta principalmente grupos dependentes (crianças e idosos), demonstrando falta de suporte familiar ou social adequado para esses indivíduos.

Número de casos de violência por local de ocorrência (bairros)

Violência por Local e Ocorrências (BAIRROS)



Os bairros com maior número de casos: Campo dos Alemães lidera com ampla margem, superando 35 notificações. Seguem-se: Dom Pedro 11 (casos) e Bosque dos Eucaliptos 6 (casos). Os bairros com menos ocorrência: muitos bairros têm poucos registros, como Cruzeiro do Sul e Jardim das Indústrias.

O Campo dos Alemães apresenta um padrão crítico de violência, possivelmente associado a fatores socioeconômicos. A alta concentração de casos demanda ações específicas.

Análise crítica: De acordo com os dados, a negligência como violência predominante, evidencia a vulnerabilidade de crianças pequenas e a falta de suporte familiar adequado. A negligência também aparece em idosos, destacando a necessidade de atenção à população idosa.

A Violência Física e Questões de Saúde Mental (tentativa de autoextermínio e intoxicação exógena), sugerem problemas relacionados à violência interpessoal e à saúde mental, especialmente em adolescentes e jovens adultos.

As mulheres são 54% das vítimas, destacando a persistência da desigualdade de gênero em contextos de violência e 31% das vítimas são pardas e 10% pretas, refletindo como as desigualdades sociais podem aumentar a vulnerabilidade desses grupos.

Os dados indicam uma forte correlação entre violência e fatores como idade, gênero, raça e localização geográfica. Crianças, mulheres e moradores do Campo dos Alemães são os grupos mais vulneráveis, enquanto questões relacionadas à saúde mental demandam atenção urgente. Esses resultados reforçam a importância de fortalecer políticas públicas de proteção social, campanhas de conscientização e serviços de apoio psicológico, além de priorizar intervenções em áreas críticas como o Campo dos Alemães.

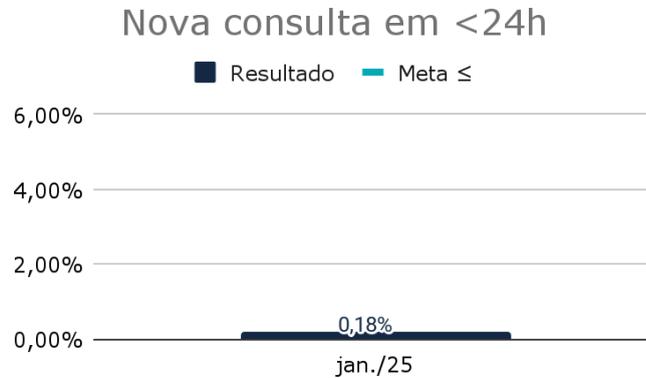
Serviço Social e articulação com as Unidades Básicas de Saúde

O papel do serviço social na UPA Campo dos Alemães, em articulação com a atenção primária, é fundamental para garantir um atendimento integral e humanizado aos pacientes. No contexto de contra referência, o assistente social desempenha as funções de identificação das necessidades: as vulnerabilidades sociais, econômicas e de saúde que impactam os pacientes atendidos na UPA.

Através da articulação com a atenção primária, os pacientes são encaminhados às UBSs assegurando o seguimento contínuo do tratamento iniciado na UPA, visando o fortalecimento da rede. O encaminhamento se faz através de cartas, ligações e e-mails.

O serviço social na UPA Campo dos Alemães é um elo essencial entre a urgência/emergência e a atenção primária. Por meio da contrarreferência, o assistente social assegura que os pacientes recebam um cuidado integral, contribuindo para a redução das desigualdades sociais e a promoção da saúde no território.

5.1.13 Nova consulta em <24h



Análise crítica: Em janeiro, observamos uma leve redução no percentual de pacientes que retornaram para nova consulta em até 24 horas, passando de 0,22% para 0,19%. Embora a variação seja discreta, ela está diretamente associada ao menor volume de atendimentos no período, um comportamento esperado em comparação ao mês anterior.

Apesar da redução modesta, essa queda representa um indicativo positivo, especialmente considerando o contexto de menor demanda. Além disso, verificamos que os principais motivos para o retorno dos pacientes foram a necessidade de atestado médico e a ausência de melhora no quadro viral.

6.1 Indicadores - Produção

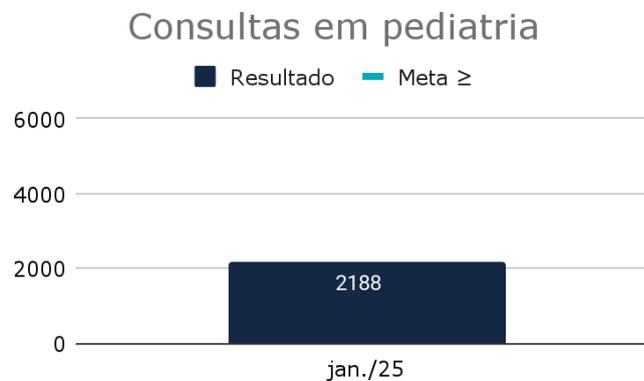
6.1.1 Consultas em clínica médica



Análise crítica: No mês de janeiro, a unidade realizou **11.202** atendimentos, registrando um leve aumento em relação ao mês anterior. Esse resultado superou expressivamente a meta estipulada no plano de trabalho, que era de 8.500 atendimentos, representando um crescimento de **31,8%** acima do esperado. Esse desempenho evidencia a excelente preparação e o comprometimento da equipe clínica em atender um grande volume de pacientes.

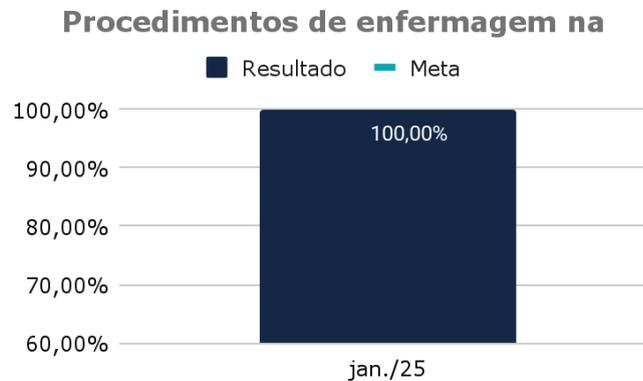
O dia de maior movimentação na ala clínica foi **06/01**, com **537 atendimentos realizados**, reforçando o padrão de alta demanda observado no período. O CID mais prevalente nos atendimentos de urgência no mês foi o **A09**, em conformidade com a sazonalidade do período.

6.1.2 Consultas em pediatria



Análise crítica: Durante o mês de janeiro, o setor de pediatria registrou **2.188** atendimentos, ficando abaixo da meta estabelecida de **3.200** atendimentos, o que representa uma redução de aproximadamente **31,6%** em relação ao esperado. Esse desempenho está diretamente associado ao impacto do período de férias escolares, característico dos meses de dezembro e janeiro, que tradicionalmente resulta em uma menor demanda por atendimentos pediátricos. O dia de maior fluxo de atendimentos na pediatria ocorreu em 05/01.

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



Análise crítica: Em janeiro, a unidade atendeu um total de 12.639 pacientes na sala de medicação, todos assistidos em menos de uma hora. Em comparação com dezembro, quando foram atendidos 13.377 pacientes, houve uma redução de 5,52% no número de atendimentos.

Apesar dessa variação, a eficiência no atendimento permaneceu consistente em ambos os meses, com 100% dos pacientes sendo assistidos dentro do tempo estipulado. Esse desempenho reforça o compromisso da equipe em assegurar qualidade e agilidade no serviço, independentemente das flutuações na demanda.

No período analisado, foram realizados diversos procedimentos, com destaque para as seguintes vias de administração e suas respectivas proporções:

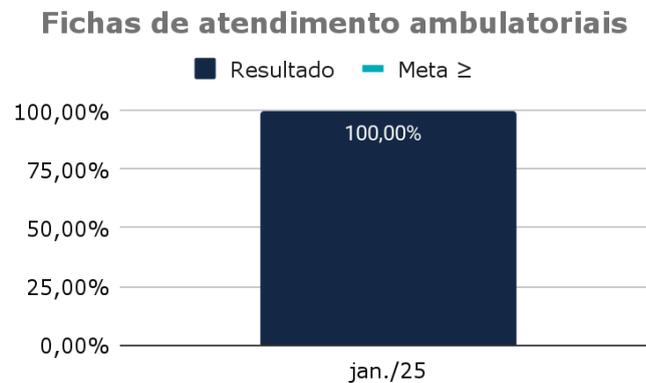
- **Endovenosa (46,12%): 38.576 procedimentos**
- **Intramuscular (33,34%): 27.885 procedimentos**
- **Oral (16,67%): 13.943 procedimentos**
- **Subcutânea (3,39%): 2.833 procedimentos**
- **Inalatória (0,49%): 407 procedimentos**

Embora os indicadores apontem um desempenho sólido, a ampliação do quadro de profissionais técnicos poderia fortalecer ainda mais a capacidade de resposta da unidade. Diante de um possível aumento contínuo da demanda, essa expansão contribuiria para a manutenção da qualidade e agilidade nos

atendimentos, reduzindo impactos nos tempos de espera e garantindo suporte adequado à equipe para lidar com o alto fluxo de pacientes.

7.1 Indicadores de Gestão

7.1.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período

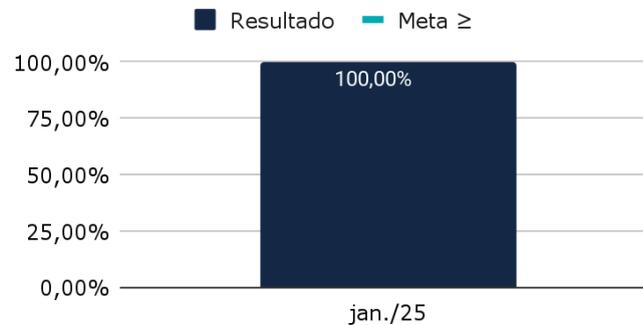


Análise crítica: No mês de janeiro, atingimos 100% de conformidade no faturamento, com um total de 13.629 fichas faturadas, superando amplamente a meta estipulada de 70%. Esse resultado destaca a precisão e a eficiência da equipe de faturamento, demonstrando que os processos internos estão sendo conduzidos de maneira extremamente eficaz.

Ressaltamos que a implementação da nova plataforma tem desempenhado um papel fundamental na otimização do faturamento. A funcionalidade de exportações diárias do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) automatiza e acelera o registro dos procedimentos realizados, impactando diretamente a produtividade da equipe. Essa automação reduziu significativamente o risco de erros manuais e garantiu a manutenção da conformidade em 100%.

7.1.2 Proporção de atendimento prioritário a pessoas vulneráveis

Atendimento a pessoas vulneráveis



Análise crítica: No mês de Janeiro , a unidade alcançou êxito em atender integralmente os critérios estabelecidos no edital relacionados ao atendimento diferenciado para pessoas vulneráveis. Os critérios incluídos são:

- Atendimento Diferenciado às Pessoas Vulneráveis (AVD)
- Sinalização Indicativa de Atendimento Preferencial (SAI)
- Local Específico para Atendimento Prioritário com Garantia do Direito de Livre Escolha (LEP)
- Capacitação de Pessoal para Atendimento às Pessoas Vulneráveis (CAP)
- Divulgação Visível do Direito ao Atendimento Prioritário (DIV)

Análise Crítica: O cumprimento completo desses critérios demonstra um forte compromisso da unidade com a inclusão e o atendimento humanizado, refletindo uma abordagem centrada no paciente e a preocupação com as necessidades específicas de pessoas vulneráveis. Cada um desses aspectos contribui de forma

significativa para a criação de uma experiência positiva para os usuários e para a eficiência global dos serviços prestados.

Atendimento Diferenciado às Pessoas Vulneráveis (AVD): A adesão a esse critério assegura que as pessoas em situações de vulnerabilidade recebam um atendimento que considere suas necessidades especiais e desafios. Isso não apenas melhora a qualidade do atendimento, mas também demonstra sensibilidade e respeito pelas circunstâncias individuais dos pacientes.

Sinalização Indicativa de Atendimento Preferencial (SAI): A sinalização adequada facilita a orientação e o acesso das pessoas que têm direito ao atendimento preferencial, ajudando a garantir que esses pacientes sejam atendidos de maneira eficiente e sem dificuldades.

Local Específico para Atendimento Prioritário com Garantia do Direito de Livre Escolha (LEP): A existência de um local específico para atendimento prioritário, combinado com a garantia do direito de livre escolha, assegura que os pacientes vulneráveis possam ser atendidos com dignidade e conforme suas preferências, o que é crucial para uma experiência positiva.

Capacitação de Pessoal para Atendimento às Pessoas Vulneráveis (CAP): A formação contínua da equipe para lidar com as necessidades específicas das pessoas vulneráveis melhoram a qualidade do atendimento e aumenta a eficácia da equipe ao tratar com empatia e competência.

A Divulgação Visível do Direito ao Atendimento Prioritário (DIV) é uma medida de comunicação essencial para garantir que o direito ao atendimento prioritário seja respeitado e amplamente reconhecido nos estabelecimentos de saúde e outros serviços essenciais do qual essa prática envolve a exibição clara e acessível de informações sobre os direitos de atendimento prioritário para grupos específicos, como idosos, gestantes, pessoas com deficiência, lactantes e outras categorias definidas por lei além do nossos sistemas serem parametrizados para melhor atendimento e agilidade no atendimento.

7.1.3 Percentual de comissões atuantes e regulares



Comissão de Ética Médica: A Comissão de Ética Médica, realiza mensalmente suas atividades por demanda e de forma ativa, avaliando os casos individuais de reclamações referente a equipe médica no portal do Cejam Cloud através da ferramenta MedicSys. No mês de Janeiro, não tivemos demandas éticas e profissionais para esta comissão, ficando de forma ativa a análise de 2 casos via MedicSys com suas respectivas análises, discussões e planos de ações determinados conforme em ATA.

Comissão de Verificação de Óbitos:

A comissão de verificação de óbitos analisa mensalmente todos os óbitos ocorridos na unidade.

No mês de janeiro ocorreram 6 óbitos, sendo todos menores que 24h. A análise dos dados evidencia que não há perfil predominante dos óbitos, sendo 3 do sexo feminino e 3 casos masculinos, com faixa etária média de 75,6 anos.

Na verificação de casos de óbitos, observamos as seguintes causas: Choque cardiogênico (2 casos), IAM (2 casos), morte súbita cardíaca e choque hipovolêmico.

As principais ações para os casos avaliados, estão em orientar a equipe quanto ao preenchimento do diagnóstico das D.O e atenção quanto ao campo de preenchimento da declaração de óbito.

Comissão de Ética de Enfermagem: Seguimento no período eleitoral, pois foi recusado os membros no período eleitoral sendo realizado novo envio ao conselho com novos membros.

Comissão da CIPA: Já foi realizada a eleição e capacitação.

Comissão CCIH: Nos dias 20,23 e 24 de Janeiro foi realizado capacitação com os enfermeiros a respeito da plataforma Nick Guardian com relação às linhas de cuidados de SEPSE, IAM, AVE e Trauma, com os enfermeiros iniciando a aplicação dos dados no dia 26/12/2024.

Foi liberado no mês de Janeiro o uso do relatório solicitado para avaliação dos pacientes encaminhados para realização de prova do laço, permitindo abranger o monitoramento dos pacientes estadiados na classificação de risco.

Nos dias 09,10,13,14 e 17 de janeiro foram realizadas capacitações a respeito de estadiamento e manejo clínico dos casos de dengue, sendo abordado de maneira minuciosa os cuidados, estratégias e manejos esperados para os grupos A, B, C e D de dengues, evidenciando inclusive as pontuações feitas pela secretária referentes ao ano de 2024, com todos os enfermeiros da unidade. A capacitação foi também compartilhada com o RT e Coordenação médica afim de disseminar o treinamento também para todo o corpo clínico da unidade.

Nos dias 29 e 30 de Janeiro foram realizadas as capacitações referente à prevenção de infecção relacionado a cateter venoso periférico, com toda a equipe de enfermagem, visando trabalhar as principais pontuações analisadas durante as visitas técnicas nos setores realizados realizados pela SCIRAS e os pontos de melhoria do manejo dos dispositivos relacionados à acesso venoso periférico.

Comissão de Farmácia Terapêutica: No mês de janeiro a comissão despadronizou ibuprofeno em gotas de 50 mg , sendo substituído pelo de 100 mg como novo padrão. Além disso, houve uma redução significativa no uso de antimicrobianos

Núcleo de Segurança do Paciente: No mês de janeiro, foram identificadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente,79 notificações no sistema MedicSys,

sendo elas 3 incidentes sem danos, 2 eventos adversos, sendo 1 leve e 1 moderado. Os incidentes foram a troca do paciente, o evento adverso leve foi uma queda e o evento moderado foi uma extubação acidental. Houve uma capacitação sobre Meta 01 no mês, conforme cronograma mensal, porém foi reforçado com os colaboradores envolvidos nos incidentes. A queda foi decorrente ao descumprimento da orientação que a equipe de enfermagem havia feito ao acompanhante do paciente, onde era para chamar a equipe caso necessitasse de auxílio para encaminhar o paciente ao banheiro, mesmo assim a acompanhante levou o paciente sozinho e o mesmo teve queda da própria altura. Após investigação do NSP sobre a extubação acidental, foi identificado que ela foi ocasionada devido a demora na tomada de decisão sobre a prescrição verbal da sedação de manutenção do paciente da pediatria, onde a Coordenadora da Pediatria irá realizar uma orientação com as pediatras envolvidas. Está sendo elaborado o Plano de Segurança do Paciente de 2025, com previsão de término no mês de fevereiro.

Comissão de Revisão de Prontuários: Em Janeiro a comissão avaliou 40 prontuários via FORMS, de pacientes que ficaram nos setores da hipodermia , observação e emergência.

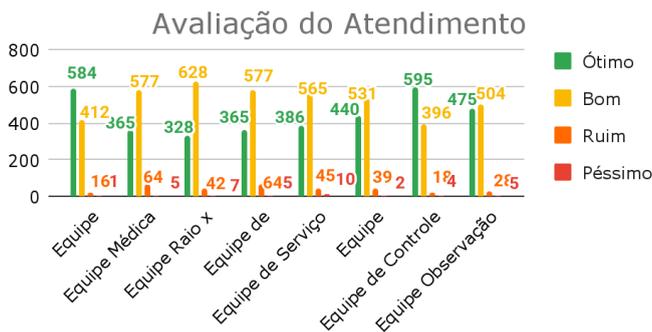
Dentre os prontuários avaliados, 30 prontuários de clínica médica e 10 prontuários da pediatria, tivemos 35 com análise de exame físico e 5 prontuários sem análises de exame físico, o registro de conduta esteve presente em 38 prontuários e apenas 2 sem registro, 3 pacientes com procedimentos realizados (Sutura/SNE), tivemos 27 pacientes que foram solicitados exames, 13 pacientes sem necessidade de exames, avaliados 6 pacientes com protocolo gerenciados (SCA/SEPSE) sendo 2 casos com segmentos incompletos, 32 pacientes tiveram segmentos de alta médica e 7 de transferência ou remoção, 1 paciente evadiu da unidade e todos os prontuários foram assinados.

Dentro os prontuários analisados percebemos como oportunidade de melhoria intensificar as orientações com relação ao registro médico no prontuário e sua conduta e reforçar a toda equipe sobre o seguimento quanto ao protocolo de SCA.

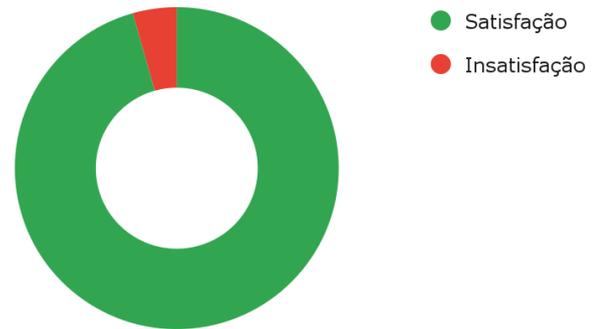
8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

8.1.1 Avaliação do Atendimento



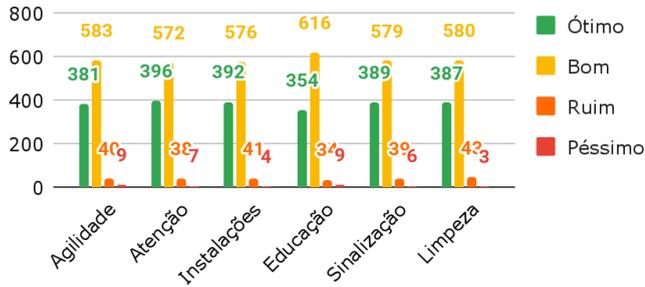
% Satisfação - Atendimento



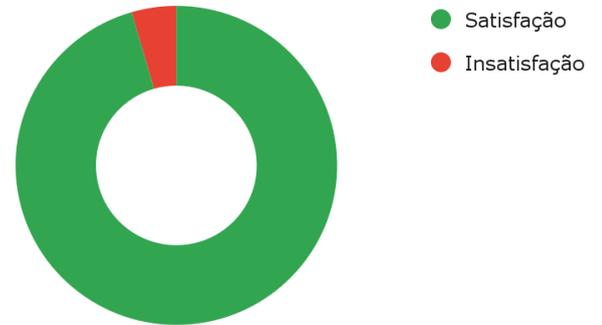
Análise crítica: No mês de janeiro, a unidade registrou uma taxa de satisfação de 95,61%, representando um leve crescimento em relação ao mês anterior. O resultado foi baseado em 1.013 pesquisas respondidas, evidenciando um alto nível de aprovação dos clientes. Em contrapartida, o índice de insatisfação foi de apenas 4,39%, apresentando uma discreta redução em comparação ao mês anterior, o que reforça a qualidade dos serviços oferecidos.

O alto índice de satisfação demonstra o reconhecimento positivo dos pacientes em relação ao atendimento recebido. No entanto, ainda que a taxa de insatisfação seja baixa, observa-se que as principais queixas estão relacionadas ao tempo de espera em dias de maior demanda, especialmente às segundas, terças e sextas-feiras, quando o fluxo de pacientes é mais intenso. Embora o tempo médio de espera não tenha apresentado variações significativas, algumas manifestações indicaram insatisfação nesses períodos de maior movimentação.

Avaliação do Serviço



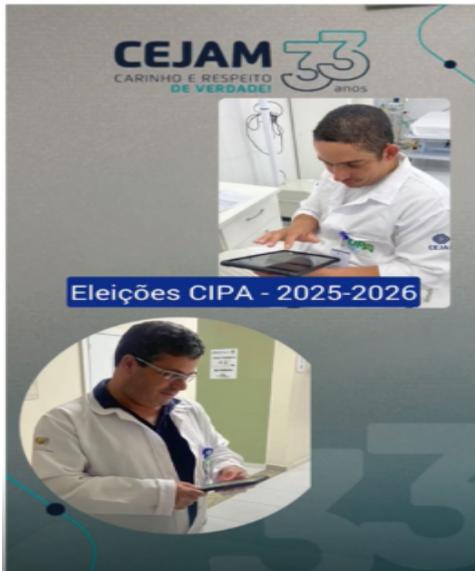
% Satisfação - Serviço



Análise crítica: Na avaliação dos serviços prestados em janeiro, a instituição atingiu uma taxa de aprovação de 95,51%, representando um leve aumento em relação ao mês anterior. Por outro lado, o índice de insatisfação foi de apenas 4,49%, demonstrando uma discreta redução em comparação ao período anterior. Esses números refletem um alto nível de satisfação com os serviços oferecidos.

A expressiva taxa de aprovação de 95,51% confirma que a maioria dos clientes está satisfeita com a qualidade do atendimento, evidenciando o compromisso da instituição em atender com eficiência às expectativas e necessidades dos usuários, reforçando o comprometimento da unidade em prestar um serviço de qualidade.

9. TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO E MELHORIAS.



Eleições CIPA - 2025



Visita Secretário da Saúde



**Capacitação Meta 1 -
Identificação Correta do Paciente**



**Reunião de Regulação de Vaga
Municipal**



Reunião da RUE - São José dos Campos



Reunião de Coordenação



Capacitação manejo clínico da dengue



Capacitação manejo clínico da dengue



Apresentação melhorias Projeto Boas Práticas Hcor



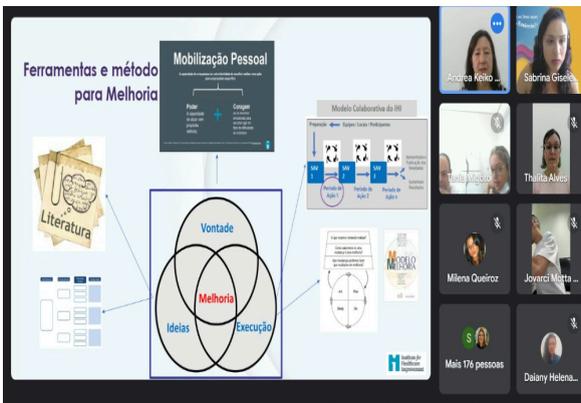
Apresentação melhorias Projeto Boas Práticas Hcor



Capacitação Protocolo de Trauma



Capacitação Protocolo de Trauma



Reunião Projeto Hcor



Treinamento imobilização do paciente em prancha rígida



Reunião de alinhamento equipe administrativa



**Capacitação Secretária de Saúde
Arboviroses**



Reunião de Coordenação



Planejamento Estratégico 2025



**Capacitação de Comunicação não
Violenta**



Campanha Janeiro Branco



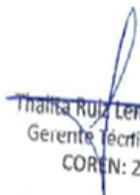
Campanha Janeiro Branco



**Capacitação de Prevenção
Infecção Cateter Periférico**



**Capacitação de Prevenção Infecção
Cateter Periférico**


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

THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA
Gerente Técnico Regional