

Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”

Relatório de Atividades Assistenciais

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

Julho/2026

Barueri, 15 de agosto de 2026



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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARUERI



PREFEITO

Beto Piteri

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Dra. Luciane Patrícia Amaral

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Dr. Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO E GERAL

Dr. Eduardo Luna de Oliveira Torres

GERENTE ASSISTENCIAL MULTI

Paula Dal Maso Altimari

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Objetivo do Relatório	5
2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO	6
3. ORGANOGRAMA	9
3.1 Dimensionamento	10
4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA	13
4.1 Produção Geral - Meta x Realizado	13
4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional	14
4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)	17
4.3.1 Pacientes Classificados por Risco	19
4.3.2 Tempos Médio dos Atendimentos por cores na Classificação de Risco	22
4.4 - CID's de maior prevalência em Julho/2026	35
4.5 Indicadores de Qualidade	38
4.6 Serviços SADT	39
4.7 Produção Radiologia Detalhada	42
4.8 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro	44
4.9 - Municípios de origem dos pacientes	47
5 Indicadores Assistenciais e de Qualidade	48
5.1 Nº Casos novos de PAV	48
5.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)	50
5.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	51
5.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	52
5.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	53
5.6 Incidência de Queda	54
5.7 Incidência de Lesão por Pressão	55
6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)	57
6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)	57
6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.	59
6.3 Classificação das queixas	61
6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas	62
7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	63
7.1 Avaliação do Atendimento	64
Considerações finais:	67
8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS	68
9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	68
10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS	70
10.1- Relatório do Hospitalista	70
10.2- Relatório do Serviço Social	70
10.3- Relatório do Núcleo de Qualidade	70
10.4- Relatório do SCIH (Antibióticos)	70
10.5- Relatório do SESMT	70
10.6- Relatório da Fisioterapia	70
10.7- Relatório da Nutrição	70
10.8- Relatório da Radiologia	70
11. COMISSÕES INTERNAS	71
11.1 Atas das Comissões	71

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

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

Missão

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

Valores

- Valorizamos a vida;

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Objetivo do Relatório

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

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas pelo PS Barueri no período de **01 a 31 de Julho de 2026**.

2. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

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

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

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

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

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

- 15 leitos de observação destinados ao atendimento adulto e pediátrico;
- 09 leitos de emergência, sendo 01 destinado ao isolamento de pacientes com necessidade de precauções específicas;

- Consultórios médicos para atendimento adulto e pediátrico;
- Salas de procedimentos para eletrocardiograma (ECG), suturas, imobilizações, administração de medicamentos e outros procedimentos de urgência;
- Serviço de diagnóstico por imagem, incluindo radiografia e ultrassonografia, esta última implantada em 26 de junho de 2025;
- Apoio laboratorial para realização de exames complementares.

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

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

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

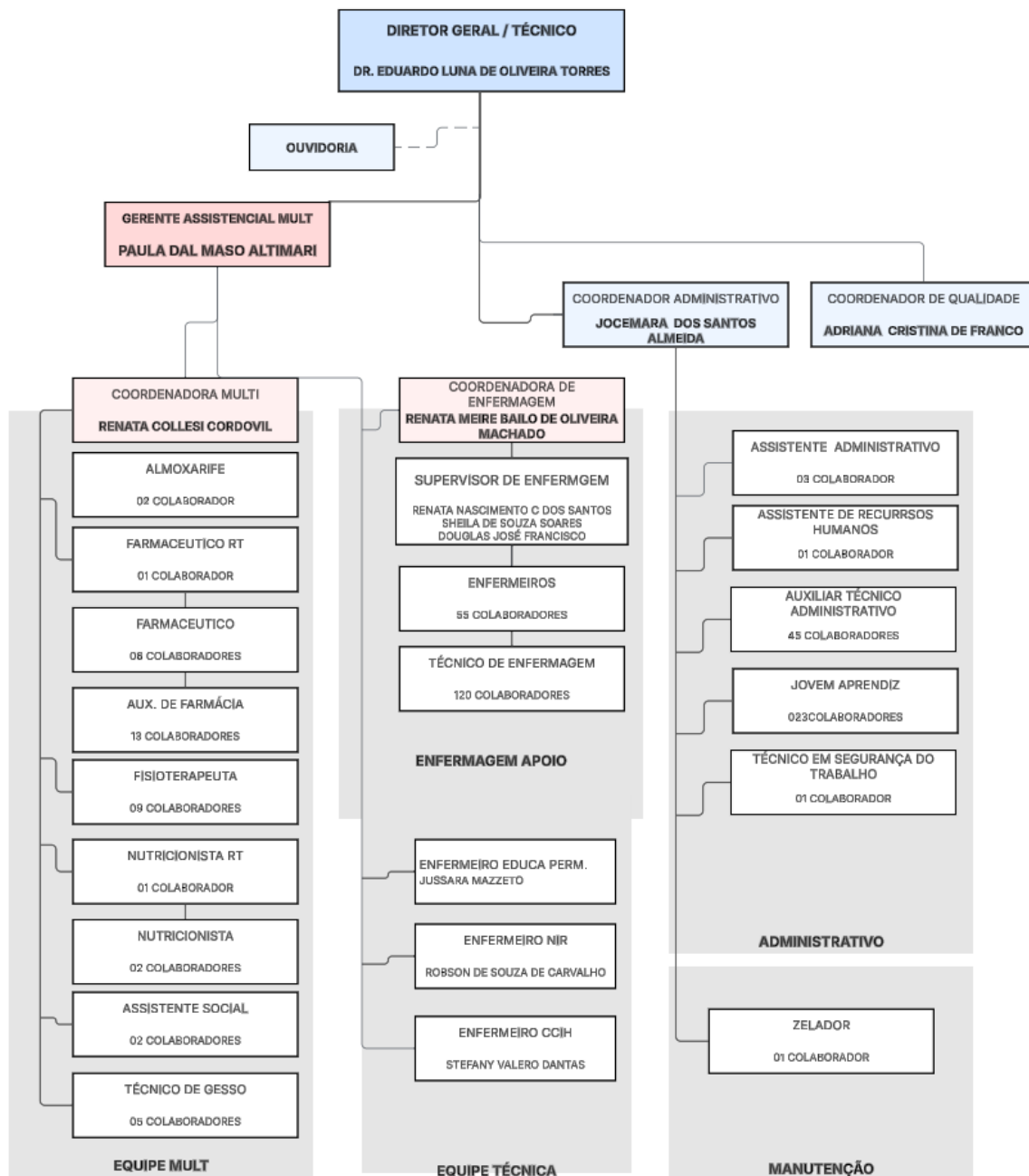
Outro projeto estratégico em andamento refere-se à inversão do fluxo de acolhimento, iniciando o atendimento pela Classificação de Risco antes da abertura da ficha administrativa. Essa proposta foi aprovada por meio de moção na 8ª Conferência Municipal de Saúde de Barueri e posteriormente discutida em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

Da mesma forma, permanece em tratativa junto à Secretaria Municipal de Saúde a implementação de um botão específico para "Dor Torácica" no totem de atendimento, estratégia que permitirá identificar imediatamente pacientes com

suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, reduzindo o tempo até a avaliação clínica e contribuindo para melhores desfechos assistenciais.

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

3. ORGANOGRAMA



ORGANOGRAMA - CEGISS - PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO FREITAS
 APLICAÇÃO: SEDE CEJAM - CEGISS - HOSPITALAR
 ATUALIZAÇÃO: 05/01/2026



3.1 Dimensionamento

Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo (36h)	19	16	↓
Administrativo - noturno (36h)	17	17	✓
Administrativo (40h)	9	9	✓
Assistente Administrativo (40h)	3	3	✓
Almoxarife (40h)	2	2	✓
Assistente Social (30h)	2	2	✓
Auxiliar de Farmácia (36h)	8	8	✓
Auxiliar de Farmácia (36h) - noturno	5	5	✓
Coordenador Administrativo (40h)	1	1	✓
Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
Coordenador Multiprofissional (40h)	1	1	✓
Coordenador Qualidade (40h)	1	1	✓
Enfermeiro (36h) - noturno	25	22	↓
Enfermeiro (36h) Equipe de Coleta	2	2	✓
Enfermeiro (36h) Remoção	3	3	✓
Enfermeiro CCIH (40h)	1	1	✓
Enfermeiro Educação Permanente (40h)	1	1	✓
Enfermeiro NIR (40h)	1	1	✓
Farmacêutico (36h)	2	2	✓
Farmacêutico (36h) - noturno	3	2	↓
Farmacêutico RT (20h)	0	0	✓
Fisioterapeuta (30h)	5	5	✓
Fisioterapeuta (30h) - noturno	3	3	✓
Fisioterapeuta RT	1	1	✓
Jovem Aprendiz (30h)	3	3	✓
Nutricionista (36h)	2	2	✓
Nutricionista RT	1	1	✓
Técnico de Enfermagem (36h)	58	57	↓
Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	52	45	↓
Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta	2	2	✓
Técnico de Enfermagem (36h) Equipe de Coleta - noturno	2	2	✓
Técnico de Enfermagem (36h) Remoção	3	3	✓
Técnico de Enfermagem (36h) Remoção - noturno	3	3	✓
Técnico de Gesso (36h)	3	3	✓

Técnico de Gesso (36h) - noturno	2	2	✓
Técnico de Segurança do Trabalho (40h)	1	1	✓
Zelador (40h)	1	1	✓
Assistente de RH (40h)	1	1	✓
Supervisor de Enfermagem (36h) - noturno	3	3	✓
Gerente Assistencial (40h)	1	1	✓
Enfermeiro (36h)	25	25	✓
Diretor Geral RT (40h)	1	1	✓
Total	280	265	↓

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

As contratações previstas na revisão do plano, especialmente para os cargos administrativos, tiveram início em junho de 2026 e continuaram sendo efetivadas ao longo de julho, em razão dos prazos inerentes aos processos seletivos institucionais.

Na área assistencial, especificamente na equipe de Enfermagem, a unidade apresenta 96% de adequação ao quadro previsto no Plano de Trabalho. As vagas atualmente existentes decorrem, predominantemente, de pedidos de demissão e desligamentos recentes, além de dois afastamentos previdenciários (INSS) e uma licença-maternidade. Todas essas reposições já se encontram em andamento por meio de processos seletivos, visando recompor o quadro assistencial no menor tempo possível e manter a continuidade e a qualidade da assistência prestada.

Em relação à equipe multiprofissional, em aberto temos uma vaga de farmacêutico folguista, esta última decorrente de rescisão indireta em processo trabalhista, em fase de recrutamento e seleção, representando 97% de adequação ao quadro previsto no plano de trabalho.

No quadro administrativo, a unidade apresenta adequação de 93% em relação ao quantitativo previsto no novo Plano de Trabalho. As vagas remanescentes

também estão sendo tratadas por meio de processos seletivos em andamento, respeitando os fluxos institucionais de contratação.

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

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

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

E temos os seguintes colaboradores terceiros, sendo:

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

4. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA- ANÁLISE QUANTITATIVA

4.1 Produção Geral - Meta x Realizado

Serviço	Meta Mensal	Realizado	Observações
Clínica Médica + ortopedia	15.600	16.509	5,83%
Pediatria	5.280	4.047	-23,35%
Total	20.880	20.556	-1,55%

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

No período analisado, observou-se novamente um déficit em relação à meta contratual, com 20.556 atendimentos realizados, frente à meta de 20.880 atendimentos mensais, representando um déficit de (-1,55%) na produção total da unidade.

A meta contratual está distribuída em:

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

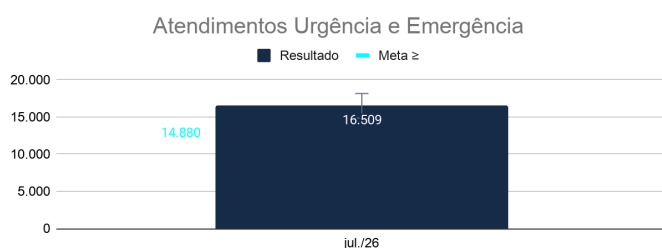
O Pronto-Socorro Adulto realizou 16.509 atendimentos, correspondendo a um superávit de 5,83% em relação à meta estabelecida.

Já a Pediatria apresentou o maior déficit proporcional, com 4.047 atendimentos, representando (-23,35%) sobre a meta contratual. Essa queda reflete,

principalmente, a menor procura por atendimento durante o período de férias escolares.

Esse cenário refletido é pontual, não sendo a média dos meses anteriores, o que reforça a necessidade de monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais e da articulação com a Rede de Atenção à Saúde, buscando estratégias que garantam a manutenção da qualidade da assistência e da segurança do paciente, mesmo diante de uma demanda superior à inicialmente prevista no contrato de gestão.

4.2 Produção por Especialidade de atendimento- Equipe Multiprofissional



Atendimentos Urgência e Emergência - PSA	Resultado
Clínico Geral	15652
Emergencista	321
Sutura	97
Ortopedista	439
Nutrição	422
Fisioterapia	616
Serviço social	296

Atendimentos Urgência e Emergência - PSI	Resultado
Emergencista	6
Pediatria	4028
Sutura	13
Ortopedista	0

Análise crítica: A meta contratual estabelecida para os atendimentos de urgência e emergência no Pronto-Socorro Adulto é de 15.600 atendimentos mensais. No período analisado, foram realizados 16.509 atendimentos, representando um superávit de 5,83% em relação à meta pactuada.

Na Pediatria, foram realizados 4.047 atendimentos, correspondendo a um déficit de 23,35% sobre a meta contratual. Os dados demonstram queda, muito atrelada à questão de ser um mês de férias escolares.

O atendimento adulto representou neste mês aproximadamente 80% de toda a produção assistencial da unidade, caracterizando-se como o principal perfil de usuários do serviço. Dentre esses atendimentos, a Clínica Médica concentra cerca de 94% da demanda, evidenciando que a maior procura está relacionada às condições clínicas gerais de baixa e média complexidade.

Quanto ao perfil de gravidade dos pacientes adultos classificados pelo enfermeiro, observa-se predominância dos casos de menor complexidade, distribuídos em 43% de pacientes classificados como verde e 38% como azul, seguidos por 15% de amarelo, 1,77% de vermelho e 2% de pacientes não classificados, provavelmente em decorrência de evasão, após a abertura da ficha e antes da realização da classificação de risco.

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

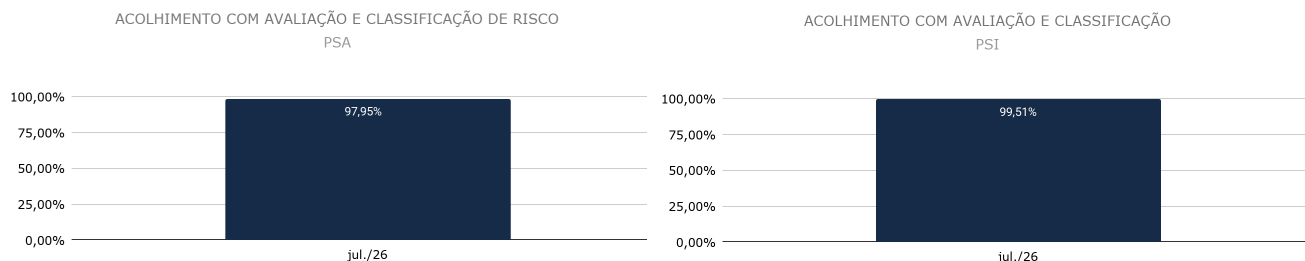
Além da assistência médica e de enfermagem, a unidade conta com equipes multiprofissionais que desempenham papel fundamental na integralidade do cuidado. No período analisado, foram realizados 616 atendimentos de fisioterapia, 422 atendimentos de nutrição e 296 atendimentos pelo Serviço Social.

A assistência fisioterapêutica é ofertada 24 horas por dia, garantindo atendimento contínuo aos pacientes de maior gravidade, abrangendo intervenções em fisioterapia respiratória, fisioterapia motora e manejo de pacientes em ventilação mecânica.

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

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

4.3 Acolhimentos com Classificação de Risco (ACCR)



Análise crítica: No período analisado, a adesão à Classificação de Risco manteve-se elevada, com 97,95% dos pacientes adultos submetidos à avaliação de enfermagem e 99,51% na pediatria, demonstrando elevada cobertura do processo de classificação.

Observa-se uma taxa de evasão entre a retirada da senha no totem, abertura da ficha e a realização da classificação de risco de aproximadamente 2% no atendimento adulto e 0,5% na pediatria. Esses percentuais representam pacientes que deixaram a unidade antes da avaliação de enfermagem, podendo estar relacionados à desistência do atendimento, procura por outro serviço ou resolução espontânea da queixa.

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

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

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

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

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

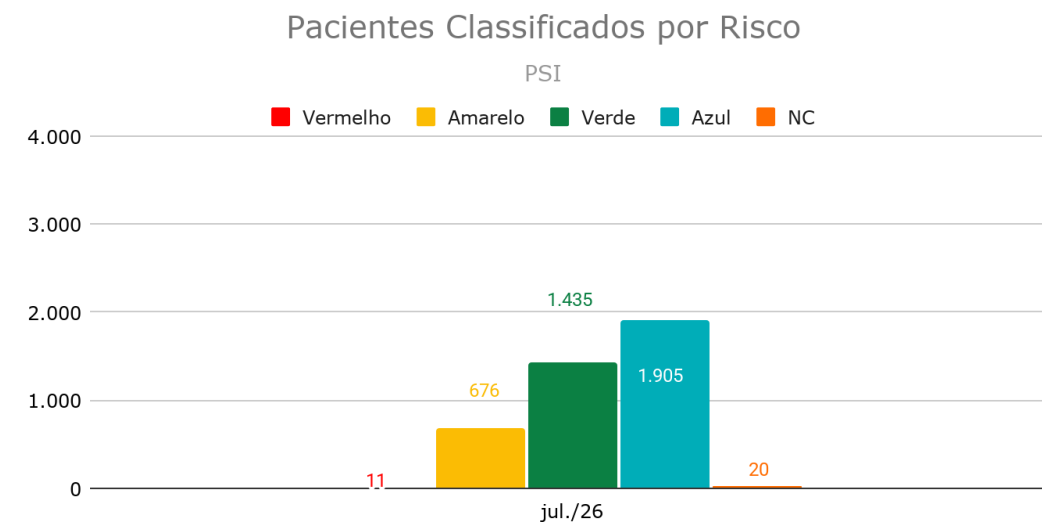
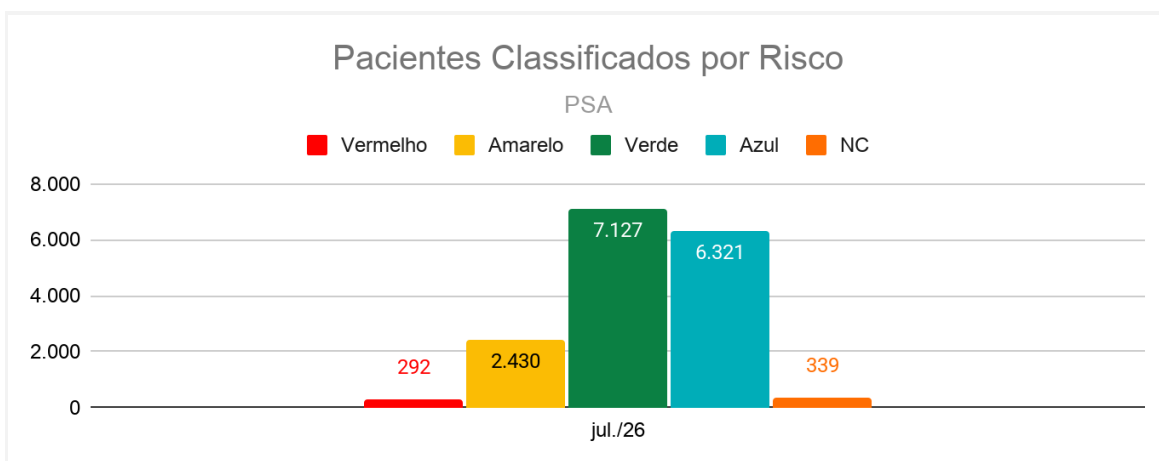
Paralelamente, serão realizados estudos de viabilidade técnica e financeira, contemplando os custos de implantação, capacitação das equipes, eventuais necessidades de infraestrutura e tecnologia, manutenção do sistema e impactos nas linhas orçamentárias do contrato de gestão. A decisão será fundamentada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

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

No período, foram abertas 20.556 fichas de atendimento, das quais 76% corresponderam à Clínica Médica Adulto, 19,5% à Pediatria, 2,13% à Ortopedia, 1,6% à Emergência e 0,53% à Sutura. Esses dados evidenciam que o principal perfil assistencial da unidade é composto por pacientes adultos com demandas clínicas, reforçando a importância do aperfeiçoamento contínuo da classificação

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

4.3.1 Pacientes Classificados por Risco



Classificação de Risco Adulto	Realizado	%
Vermelho	292	1,77%
Amarelo	2430	14,72%
Verde	7127	43,17%
Azul	6321	38,29%
Sem Classificação	339	2,05%
TOTAL	16509	100,00%

Classificação de Risco Pediátrico	Realizado	%
Vermelho	11	0,27%
Amarelo	676	16,70%
Verde	1435	35,46%
Azul	1905	47,07%
Sem Classificação	20	0,49%
TOTAL	4047	100,00%

Análise Crítica: No período analisado, o Pronto-Socorro Adulto realizou 16.509 atendimentos, distribuídos da seguinte forma: 1,77% classificados como vermelho, 14,72% como amarelo, 43,17% como verde, 38,29% como azul e 2,05% permaneceram não classificados.

Destaca-se que, entre os pacientes classificados como azul, aproximadamente 49% foram direcionados ao fluxo Fast Track, evidenciando a consolidação dessa estratégia para atendimento dos casos de menor complexidade. A implantação do Fast Track tem contribuído para maior agilidade no atendimento, otimização do fluxo assistencial e redução do tempo de permanência desses pacientes na unidade.

Na Pediatria, foram realizados 4.047 atendimentos, distribuídos em 0,27% vermelho, 16,70% amarelo, 35,46% verde, 47,07% azul e 0,49% não classificado.

Observa-se que, tanto no atendimento adulto quanto no pediátrico, predominam os pacientes classificados como verde e azul, caracterizando um perfil

assistencial de baixa complexidade, apesar de a unidade ser destinada ao atendimento de urgências e emergências.

Pelo terceiro mês consecutivo, a classificação verde representou a maior parcela dos atendimentos no perfil adulto, correspondendo a aproximadamente 50% dos pacientes atendidos, seguida pelas classificações azul, amarelo e vermelho.

Já na Pediatria, pela primeira vez, o azul foi a classificação principal (47%), seguido do verde (35%), amarelo (16%) e vermelho (0,27%).

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

4.3.2 Tempos Médio dos Atendimentos por cores na Classificação de Risco

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês	Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	julho	Classificação de Risco amarelo	julho
Retirada da Senha à Recepção	00:00:20	Retirada da Senha à Recepção	00:04:27
Recepção à Classificação de Risco	00:07:22	Recepção à Classificação de Risco	00:06:27
Duração da classificação pelo enfº	00:04:57	Duração da classificação pelo enfº	00:03:53
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:22:05	Classificação de Risco até início da 1ª consulta	00:47:57
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	08:48:27	Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	06:50:13
Tempo Total do Paciente na unidade	10:23:10	Tempo Total do Paciente na unidade	07:52:58
Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês	Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco verde	julho	Classificação de Risco AZUL	julho
Retirada da Senha à Recepção	00:01:53	Retirada da Senha à Recepção	00:03:00
Recepção à Classificação de Risco	00:07:18	Recepção à Classificação de Risco	00:06:25
Duração da classificação pelo enfº	00:02:42	Duração da classificação pelo enfº	00:02:20
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:22:28	Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:10:57
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:54:08	Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:23:56
Tempo Total do Paciente na unidade	06:28:29	Tempo Total do Paciente na unidade	05:46:38
Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês		
Classificação de FAST TRACK	julho		
Retirada da Senha à Recepção	00:01:36		
Recepção à Classificação de Risco	00:10:33		
Duração da classificação pelo enfº	00:02:13		

Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:03:49	
Tempo Total do Paciente na unidade	01:18:11	

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

TEMPO MÉDIO MENSAL	Mês
mediana cores	julho
Retirada da Senha à Recepção	00:02:15
Recepção à Classificação de Risco	00:07:37
Duração da classificação pelo enfº	00:03:13
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:01:09
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:33:13
Tempo Total do Paciente na unidade	05:58:48

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

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

Durante as visitas técnicas do consultor do SISS, Sr. Luis, na unidade em junho, após nossa solicitação junto à SMS, foi consensuado que os relatórios mensais disponibilizados pelo sistema e utilizados desde o ano anterior apresentavam inconsistências em relação aos tempos de atendimento, não refletindo de forma fiel a realidade operacional da unidade. Tal percepção já havia sido identificada pela gestão local por meio da análise crítica dos indicadores e da observação da prática assistencial diária.

Com a extração direta dos dados do próprio BI do SISS e sua estratificação por classificação de risco, foi possível validar essas inconsistências e passar a trabalhar com indicadores mais precisos e confiáveis. Essa melhoria representa um importante avanço na gestão dos processos assistenciais, permitindo monitoramento mais efetivo dos tempos de atendimento, avaliação da conformidade dos fluxos institucionais e implementação de ações de melhoria baseadas em dados consistentes.

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

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

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

O tempo médio para o primeiro atendimento médico foi de aproximadamente 1 hora, resultado que demonstra desempenho

satisfatório considerando o fluxo de uma unidade de pronto-socorro de porta aberta e a variabilidade da demanda assistencial.

Por fim, o tempo médio de permanência na unidade foi de aproximadamente 4 a 5 horas, considerando as etapas necessárias após o atendimento médico, incluindo realização de exames, administração de medicamentos, acompanhamento dos resultados e retorno para reavaliação médica.

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

Considerações e análises críticas dos tempos, por cor classificada:

1- VERMELHO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	julho
Retirada da Senha à Recepção	00:00:20
Recepção à Classificação de Risco	00:07:22
Duração da classificação pelo enfº	00:04:57
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:22:05
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	08:48:27

**Tempo Total do Paciente na
unidade****10:23:10**

Análise Crítica: Conforme protocolo institucional, os pacientes classificados como vermelho recebem **atendimento imediato**, uma vez que apresentam risco iminente de morte ou comprometimento grave de funções vitais. Esses pacientes podem chegar diretamente à Sala de Emergência por meio do atendimento pré-hospitalar (SAMU, Corpo de Bombeiros ou outros serviços de resgate) ou serem identificados ainda na entrada principal da unidade pelo controlador de acesso, que aciona prontamente o enfermeiro para avaliação inicial.

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

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

Em razão dessa dinâmica operacional, os indicadores extraídos do sistema podem demonstrar tempos aparentemente superiores entre a abertura da ficha,

a classificação de risco e o primeiro atendimento médico para os pacientes classificados como vermelhos. Contudo, esses registros não refletem o tempo real de resposta assistencial, mas sim o momento em que as informações foram inseridas no sistema após o atendimento emergencial.

Outro aspecto importante é que os pacientes classificados como vermelho apresentam, em geral, maior tempo médio de permanência na unidade quando comparados às demais classificações. Esse comportamento é esperado, considerando a maior gravidade clínica desses pacientes, que frequentemente necessitam de estabilização prolongada, monitorização contínua, realização de exames complementares, reavaliações seriadas, intervenções terapêuticas e definição do desfecho assistencial, que pode incluir internação, transferência para unidade de maior complexidade, alta após estabilização ou, em situações mais graves, evolução para óbito.

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

2- AMARELO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco amarelo	Maio
Retirada da Senha à Recepção	00:04:27
Recepção à Classificação de Risco	00:06:27
Duração da classificação pelo enfº	00:03:53
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	00:47:57
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	06:50:13
Tempo Total do Paciente na unidade	07:52:58

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de 4 minutos e 27 segundos, resultado considerado compatível com o fluxo operacional da unidade e sujeito à variação conforme a demanda espontânea do serviço.

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

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

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

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 47 minutos, permanecendo dentro do tempo máximo recomendado de até 60 minutos para pacientes classificados como amarelo, demonstrando conformidade com os protocolos de priorização clínica.

Em relação ao tempo médio total de permanência na unidade, entre 5 e 7 horas, o resultado é compatível com o perfil desses pacientes. Em sua maioria, necessitam de investigação diagnóstica, realização de exames complementares, administração de medicamentos, observação clínica e reavaliações seriadas antes

da definição do desfecho assistencial e tomada de decisão como: alta, internação ou transferência para outro serviço.

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

3- VERDE

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco verde	Junho
Retirada da Senha à Recepção	00:01:53
Recepção à Classificação de Risco	00:07:18
Duração da classificação pelo enfº	00:02:42
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:22:28
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:54:08
Tempo Total do Paciente na unidade	06:28:29

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa variou menor que 3 minutos, resultado considerado adequado e compatível com o fluxo operacional da unidade, podendo sofrer pequenas variações conforme a demanda espontânea do serviço.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de aproximadamente 7 minutos, desempenho considerado excelente para pacientes classificados como verde, cujo atendimento é prioritário, porém de menor urgência quando comparado às classificações vermelha e amarela. Ressalta-se que essa classificação representa aproximadamente 43% de todos os

atendimentos da unidade, sendo, portanto, a principal demanda do Pronto-Socorro.

A Classificação de Risco apresentou tempo médio de 2 minutos e 42 segundos, indicador inferior ao tempo médio de referência estabelecido pela Resolução COFEN nº 661/2021, que recomenda aproximadamente 4 minutos por paciente, com limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. Esse resultado demonstra agilidade na avaliação inicial, sem prejuízo da coleta da história clínica, avaliação dos sinais vitais e definição da prioridade assistencial.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 1 hora e 22 minutos, permanecendo dentro do tempo máximo recomendado de até 120 minutos para pacientes classificados como verde, evidenciando conformidade com os parâmetros assistenciais para essa categoria.

Quanto ao tempo médio de permanência na unidade, variando entre 4 e 5 horas, o indicador mostra-se compatível com o perfil clínico desses pacientes. Em grande parte dos casos, há necessidade de realização de exames complementares, administração de medicamentos, observação clínica e pelo menos uma reavaliação médica antes da definição da conduta e do desfecho assistencial, geralmente alta hospitalar.

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

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

4- AZUL

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco AZUL	Junho
Retirada da Senha à Recepção	00:03:00
Recepção à Classificação de Risco	00:06:25
Duração da classificação pelo enfº	00:02:20
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:10:57
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	04:23:56
Tempo Total do Paciente na unidade	05:46:38

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de aproximadamente 3 minutos, resultado considerado adequado e compatível com o fluxo operacional da unidade, podendo variar conforme o volume de pacientes atendidos.

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de 6 minutos, desempenho considerado bastante satisfatório para pacientes classificados como azul, que, por definição, apresentam condições não urgentes e sem risco iminente à vida. Essa classificação corresponde a aproximadamente 38% de todos os atendimentos da unidade, constituindo a segunda maior demanda do Pronto-Socorro.

A Classificação de Risco foi realizada em tempo médio de 2 minutos e 20 segundos, indicador compatível com a complexidade clínica desses pacientes e inferior ao tempo médio de referência previsto na Resolução COFEN nº 661/2021, que estabelece aproximadamente 4 minutos por paciente, respeitando o limite máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. A menor duração da avaliação é esperada, uma vez que esses pacientes, em sua maioria, apresentam queixas de baixa complexidade, sem alterações significativas dos sinais vitais ou critérios de gravidade, possibilitando uma avaliação mais objetiva e direcionada.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 1 hora e 10 minutos, permanecendo amplamente dentro do tempo máximo recomendado de até 240 minutos para pacientes classificados como azul.

Cabe destacar que, para esse perfil de pacientes, a unidade implantou o Fast Track, estratégia assistencial destinada ao atendimento dos casos de menor complexidade. No período analisado, aproximadamente 50% dos pacientes classificados como azul foram atendidos por esse fluxo, no qual consulta médica e administração de medicamentos ocorrem no mesmo consultório, com apoio do técnico de enfermagem, permitindo alta diretamente após a conclusão do atendimento. Essa iniciativa tem contribuído significativamente para a redução do tempo de permanência, maior rotatividade dos consultórios e otimização do fluxo assistencial.

Para os pacientes classificados como azul que seguem o fluxo convencional, o tempo médio de permanência na unidade variou entre 4 e 5 horas, resultado considerado adequado. Em condições ideais, esses pacientes apresentam baixa probabilidade de necessitar de exames complementares, observação prolongada ou reavaliações médicas sucessivas, sendo esperada resolução rápida da demanda clínica.

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

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

5- FAST TRACK

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de FAST TRACK	Junho
Retirada da Senha à Recepção	00:01:36
Recepção à Classificação de Risco	00:10:33
Duração da classificação pelo enfº	00:02:13
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:03:49
Tempo Total do Paciente na unidade	01:18:11

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

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de 10 minutos, desempenho considerado satisfatório para pacientes elegíveis ao Fast Track, uma vez que se trata de usuários classificados como azul, sem sinais de gravidade e com condições clínicas de baixa complexidade. Esse grupo correspondeu a aproximadamente 50% de todos os pacientes classificados como azul no período.

Ressalta-se que os pacientes direcionados ao Fast Track representam um perfil de menor complexidade dentro da própria classificação azul, sendo selecionados conforme critérios institucionais de inclusão e exclusão, que consideram a queixa principal, a estabilidade clínica, a ausência de alterações significativas dos sinais vitais e a baixa probabilidade de necessidade de exames complementares ou observação prolongada.

A Classificação de Risco foi realizada em tempo médio de 2 minutos e 13 segundos, resultado compatível com a complexidade clínica desses pacientes e dentro das recomendações da Resolução COFEN nº 661/2021, que estabelece tempo médio de aproximadamente 4 minutos por paciente, respeitando o limite

máximo de 15 classificações por hora por enfermeiro. A menor duração da avaliação é esperada, considerando que esses pacientes apresentam queixas simples, sem sinais de alerta ou alterações clínicas relevantes.

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

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

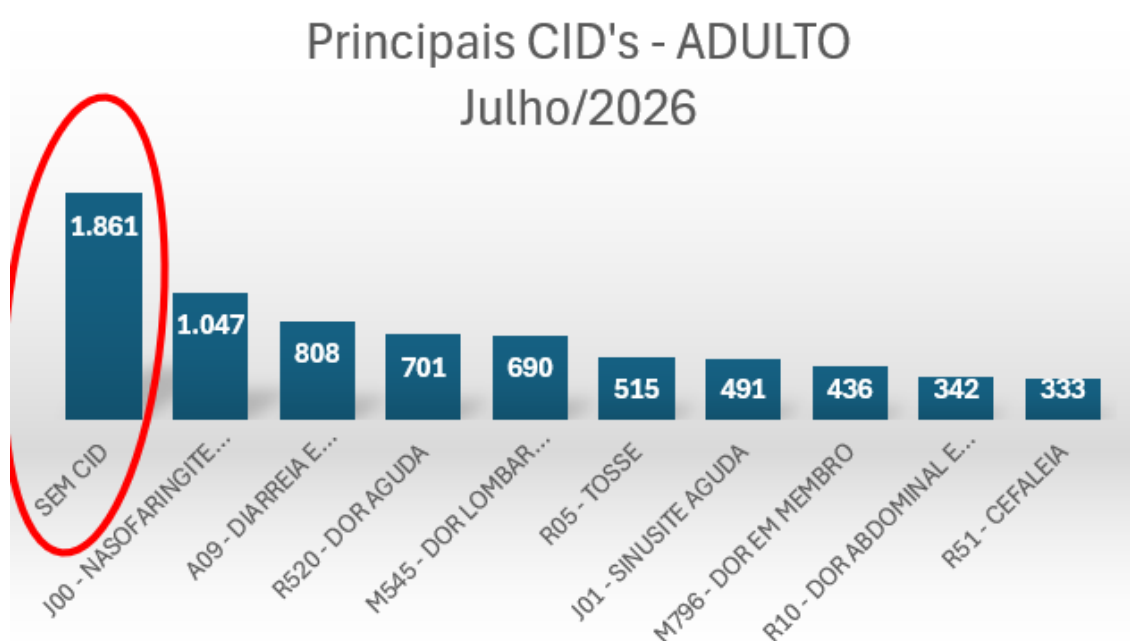
Como resultado dessa estratégia, o tempo médio de permanência do paciente na unidade foi de apenas 1 hora e 18 minutos, representando redução expressiva quando comparado ao fluxo convencional dos pacientes classificados como azul. Esse desempenho demonstra a efetividade do Fast Track na otimização do fluxo assistencial, aumento da rotatividade dos consultórios, redução da permanência dos pacientes e maior disponibilidade de recursos para os casos de maior complexidade.

Apesar dos excelentes resultados operacionais alcançados, destaca-se que esse perfil de pacientes não constitui a vocação principal de um Pronto-Socorro, sendo composto por condições clínicas de baixa complexidade que, em sua maioria, poderiam ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS). A elevada procura desses usuários pelo serviço de urgência contribui para o aumento da demanda espontânea e da pressão sobre a estrutura assistencial.

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

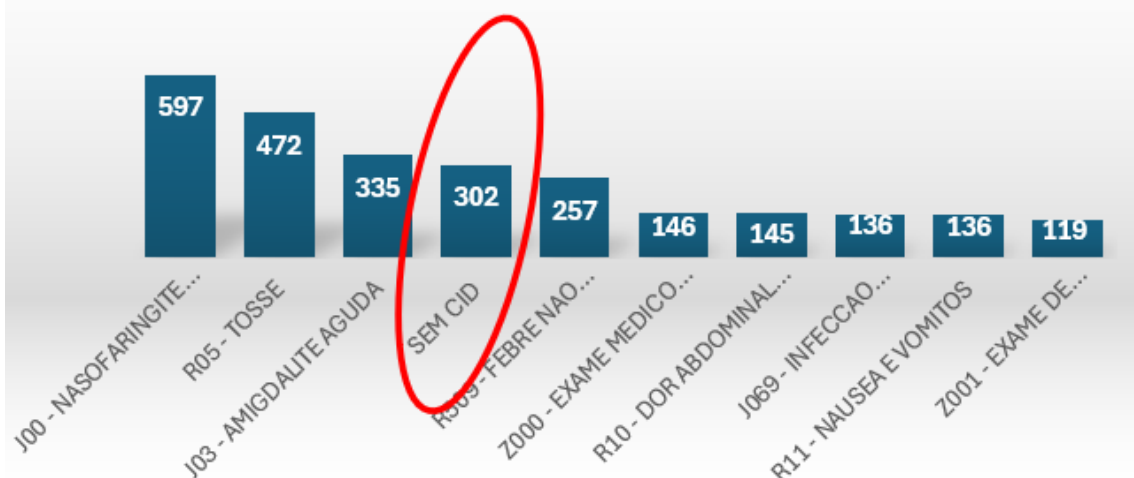
para garantir maior racionalidade na utilização dos serviços de urgência e emergência.

4.4 - CID's de maior prevalência em Julho/2026



←

Principais CID's- Pediatria Julho/2026



Análise Crítica: A análise dos diagnósticos registrados evidencia os CIDs de maior prevalência entre os atendimentos realizados na unidade, permitindo identificar o perfil epidemiológico da população assistida e subsidiar o planejamento de recursos, protocolos assistenciais e ações de educação permanente.

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

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

- Caracterização do perfil epidemiológico da unidade;
- Planejamento de ações de saúde e dimensionamento de recursos;
- Monitoramento dos principais agravos atendidos;
- Elaboração de indicadores assistenciais fidedignos;

- Prestação de contas aos órgãos gestores e de controle;
- Apoio às decisões estratégicas e ao planejamento da Rede de Atenção à Saúde.

Diante desse cenário, já foi formalmente solicitado, via ofício, à equipe responsável pelo Sistema SISS a implementação de um bloqueio sistêmico que impeça o encerramento do atendimento sem o preenchimento obrigatório do CID, garantindo maior integridade e confiabilidade dos dados registrados.

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

4.5 Indicadores de Qualidade

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

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

4.6 Serviços SADT

Desempenho Assistencial - SADT	
Tipo de Exame	Resultado
Laboratoriais	18.151
ECG	622
RAIO-X	5.406
USG	334
RTPCR	0
Ag Teste Rápido	4
TOTAL	24.513

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

Protocolo de Dor Torácica

No período analisado, foram solicitadas 145 dosagens de troponina, sendo abertos 52 protocolos de Dor Torácica, demonstrando elevada sensibilidade da equipe assistencial na identificação precoce de pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA). A orientação institucional é de que todo paciente com queixa sugestiva de dor torácica seja prontamente avaliado e, quando indicado, incluído no protocolo específico.

Dos pacientes incluídos no protocolo, 29 realizaram coleta de marcadores de necrose miocárdica, e 100% foram submetidos à realização de eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos, com média de 05 minutos no mês, em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para atendimento da dor torácica.

Entre os casos investigados, 12 pacientes tiveram confirmação diagnóstica de Síndrome Coronariana Aguda, sendo:

- 07 casos de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAM c/ ST), sendo 03 com trombólise realizada no PS.

- 05 casos de Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST (IAM sem supra de ST), seguidos com tratamentos de acordo com as diretrizes.

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

O tempo médio de permanência desses pacientes foi de aproximadamente 12hs, período destinado à estabilização clínica, investigação diagnóstica e definição do tratamento e transferência ou alta.

Os desfechos foram: 02 óbitos (IAMc/ST), 12 altas para casa e 05 transferências, reguladas pela regulação municipal, pois o Pronto-Socorro não dispõe de serviço de hemodinâmica.

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

Protocolo de Sepses

Durante o período, foram identificados 06 pacientes elegíveis para abertura do Protocolo de Sepses, sendo efetivamente abertos 16 protocolos, resultando em uma taxa de adesão de 100%, índice considerado satisfatório.

Dos 16 protocolos iniciados, 06 foram mantidos após confirmação diagnóstica, enquanto os demais foram encerrados por exclusão da hipótese de sepsis durante a investigação clínica.

Nos casos confirmados, observou-se importante evolução no cumprimento das medidas do pacote da primeira hora. A realização da gasometria arterial e dosagem de lactato passou a ocorrer em tempo oportuno após a implantação do

gasômetro na própria unidade, permitindo obtenção do resultado em menos de 60 minutos e favorecendo maior agilidade na condução clínica.

Entre os pacientes com protocolo confirmado, 100% receberam o antimicrobiano em até 60 minutos, em conformidade com as recomendações das diretrizes para manejo da sepse. Da mesma forma, 67% dos pacientes que apresentavam indicação para reposição volêmica receberam o tratamento conforme estabelecido no protocolo institucional, os demais tinham contra indicação.

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

Serviço de Ultrassonografia

No período analisado, foram realizados 334 exames de ultrassonografia, consolidando o serviço como importante ferramenta de apoio diagnóstico no Pronto-Socorro.

Os exames mais frequentemente solicitados foram:

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

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

contribui para a melhoria da qualidade da assistência e da segurança dos pacientes.

PROCEDIMENTOS	QTDE PROCEDIMENTOS EXECUTADOS
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	140
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	111
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	29
ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	21
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	10
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	6
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	5
ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	4
ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	3
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	2
ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	1
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	1
ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	1

4.7 Produção Radiologia Detalhada

Tipo de Radiografia	Quantidade
Tórax	2736
Crânio	324
Abdome	331
Membros Superiores	495
Membros inferiores	1160
outros	360
TOTAL	5406

Análise Crítica: No período analisado, foram realizados 5.406 exames de radiografia, contemplando pacientes atendidos nas áreas adulta e pediátrica, demonstrando a elevada utilização do serviço de diagnóstico por imagem como ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica no Pronto-Socorro.

Do total de exames realizados:

- 5.406 exames radiográficos foram executados;
- 3.873 exames foram cadastrados e monitorados pelo sistema SISS;
- Os exames corresponderam a 3.163 pacientes atendidos, evidenciando que parte dos pacientes necessitou de mais de uma incidência radiográfica durante o atendimento;
- 111 exames foram realizados à beira leito, destinados principalmente aos pacientes internados ou com impossibilidade de deslocamento até a sala de radiologia.

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

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

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

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

4.8 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro

Tempo Médio de Permanência (Dias)	
Setores de Atendimento	Resultado
Emergência adulto	1,92
Observação adulto	3,21
Emergência pediátrica	1
Observação pediátrica	1,74

Destino do Paciente Adulto da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	45
Remoção	52
Óbito	0
Evasão	5
TOTAL	102

Destino do Paciente Adulto da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	93
Remoção	69
Óbito	28
Evasão	6
TOTAL	196

Destino do Paciente Infantil da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	23
Remoção	31
Óbito	0
Evasão	0
TOTAL	54

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

Análise Crítica: No período analisado, o Pronto-Socorro Adulto registrou 705 pacientes-dia, considerando os pacientes em permanência nos leitos de emergência e observação. No mesmo período, ocorreram saídas, distribuídas em 138 altas hospitalares, 11 evasões, 121 transferências externas, 21 óbitos com permanência inferior a 24 horas e 07 óbitos após 24 horas de permanência.

A média de permanência foi de 1,92 dia nos leitos de emergência adulto e 3,21 dias nos leitos de observação adulto. Embora esses tempos estejam abaixo da média observada em muitos serviços de urgência com retenção de pacientes, permanecem superiores ao esperado para um Pronto-Socorro, cuja finalidade é a estabilização clínica, definição diagnóstica e encaminhamento oportuno para internação, transferência ou alta.

Na Pediatria, foram registradas 58 saídas, sendo 23 altas hospitalares e 35 transferências externas, sem ocorrência de evasões ou óbitos no período. A

média de permanência foi de 1,0 dia na emergência pediátrica e 1,74 dia na observação pediátrica, refletindo maior agilidade na resolução dos casos e na regulação dos pacientes pediátricos, apesar de ter sido o maior tempo de permanência pediátrica dos últimos meses.

Observa-se que a principal limitação para redução do tempo de permanência dos pacientes internados no Pronto-Socorro não está relacionada ao fluxo interno da unidade, mas sim à dependência da Central de Regulação e à disponibilidade de leitos hospitalares na rede de atenção. Como consequência, pacientes que já possuem indicação formal de internação permanecem internados no Pronto-Socorro por período superior ao ideal, ocupando leitos destinados ao atendimento de urgências e emergências.

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

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

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

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

4.9 - Municípios de origem dos pacientes

Atendimentos por Origem do Paciente	
Município	JULHO
Barueri	17.253
Carapicuíba	383
Cotia	23
Itapevi	550
Jandira	1.934
Osasco	61
Pirapora do Bom Jesus	1
Santana de Parnaíba	10
São Paulo	32
Não informado	285
Outros municípios	24
TOTAL	20556

Análise Crítica: A análise da procedência dos pacientes atendidos demonstra que o município de Barueri concentra a maior demanda da unidade, correspondendo a 84% de todos os atendimentos realizados. Em seguida, destacam-se os municípios de Jandira (9,41%), Itapevi (2,68%) e Carapicuíba (1,86%), além de um percentual residual proveniente de outros municípios.

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

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

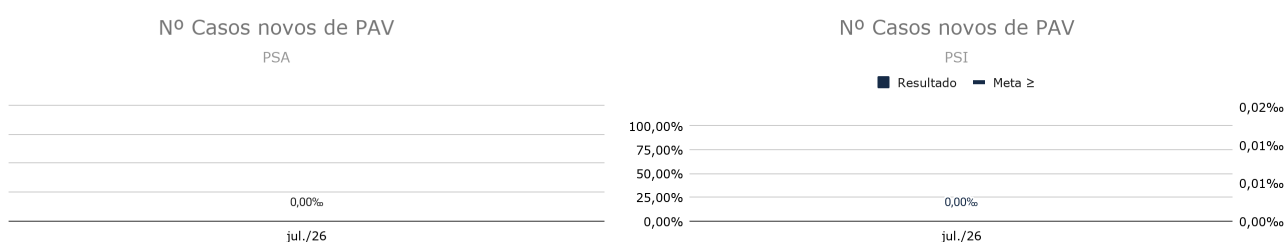
- A proximidade geográfica entre os municípios;
- A facilidade de acesso ao Pronto-Socorro;
- A maior capacidade instalada e oferta de serviços de urgência e emergência disponibilizada pelo município de Barueri;

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

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

5 Indicadores Assistenciais e de Qualidade

5.1 Nº Casos novos de PAV



Análise Crítica: No período analisado, **não tivemos casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)** na população adulta. Foram contabilizados 07 pacientes-dia em ventilação mecânica, correspondentes a 04 pacientes submetidos à intubação orotraqueal (IOT). Na pediatria, não houve ocorrência de casos de PAV no período.

A prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, especialmente da PAV, é realizada de forma sistemática por meio da atuação integrada da

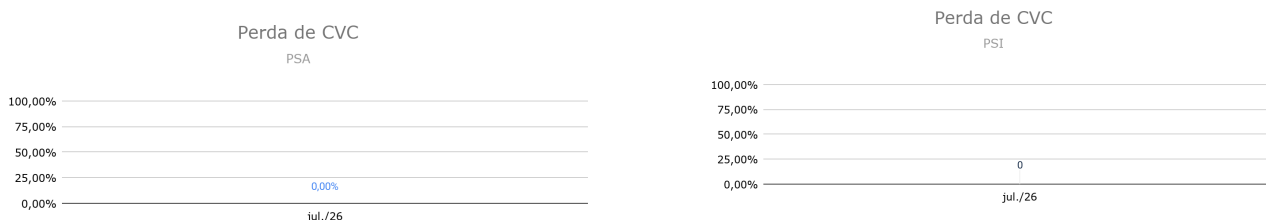
Fisioterapia e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que acompanham diariamente os pacientes em uso de via aérea avançada.

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

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

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

5.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 15 pacientes-dia em uso de Cateter Venoso Central (CVC) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

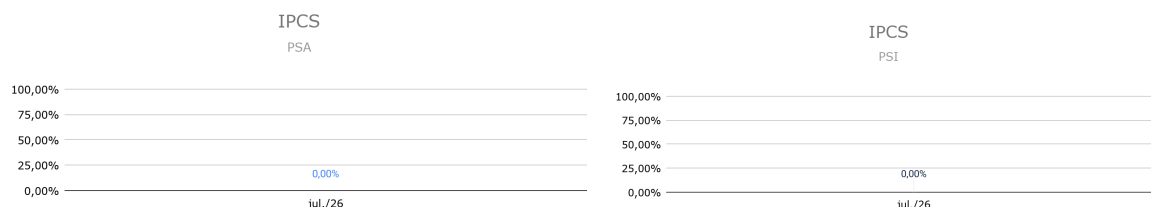
Não foram registrados também eventos de infecção primária da corrente sanguínea associada ao CVC (IPCS/CVC), nem perda de CVC, demonstrando resultado favorável quanto à segurança assistencial e à efetividade das medidas preventivas adotadas pela equipe.

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

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

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

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



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 15 pacientes-dia em uso de Cateter Venoso Central (CVC) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

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

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

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

5.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



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

No período, foram dispensados 52.741 medicamentos para pacientes adultos e 4.281 medicamentos para pacientes pediátricos, totalizando 57.022 medicamentos dispensados, sem ocorrência de eventos relacionados à etapa de dispensação.

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

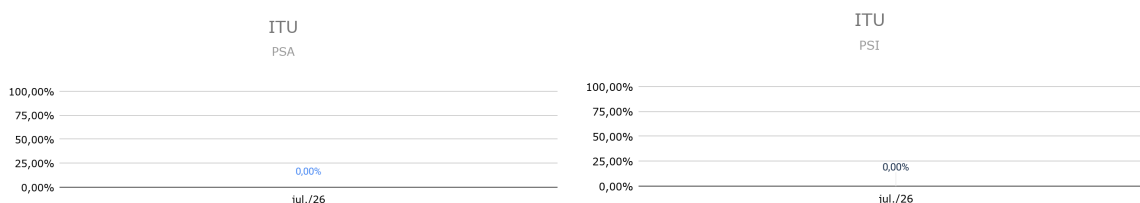
Como estratégia permanente de prevenção, durante as visitas multiprofissionais diárias realizadas nos setores de emergência e observação, são discutidos os casos clínicos com foco na reconciliação medicamentosa, avaliação de interações medicamentosas, ajustes terapêuticos e revisão da farmacoterapia,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

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

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

prestada.

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



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 63 pacientes-dia em uso de Sonda Vesical de Demora (SVD) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

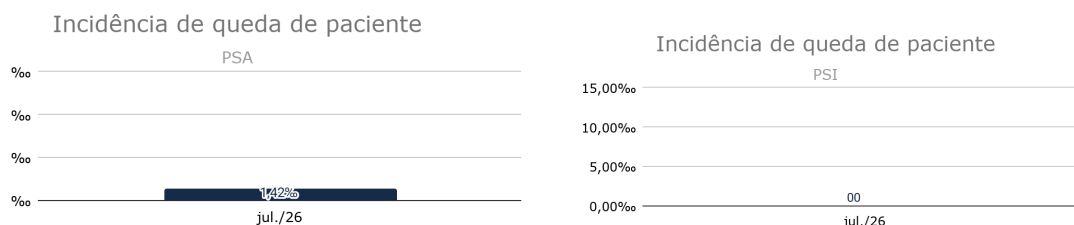
Não foi identificado nenhum caso de Infecção do Trato Urinário Associado à Sonda Vesical de Demora (ITU-SVD), resultado que demonstra a efetividade das medidas preventivas adotadas pela equipe assistencial e a adequada gestão dos dispositivos invasivos.

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

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

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

5.6 Incidência de Queda



Análise Crítica: No período analisado, permaneceram internados 705 pacientes-dia na população adulta e 98 pacientes-dia na pediatria, considerando os pacientes admitidos nos leitos de emergência e observação.

Foi registrado 01 incidente de queda na população adulta, classificado como evento com dano leve, não havendo ocorrência de quedas na pediatria. O indicador correspondeu a 1,41 quedas por 1.000 pacientes-dia, resultado considerado baixo e compatível com as medidas preventivas adotadas pela unidade.

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

Entre as principais medidas preventivas adotadas destacam-se:

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

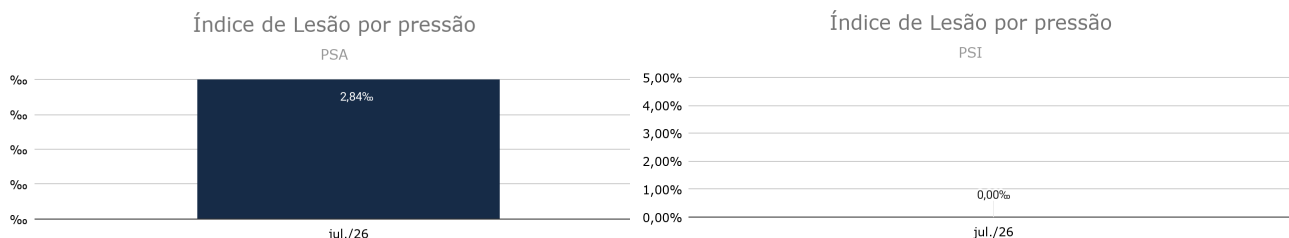
- Reavaliação periódica do risco de queda durante a internação e após alterações do estado clínico.

O evento ocorrido foi analisado pela equipe assistencial, com identificação das oportunidades de melhoria e reforço das medidas preventivas junto aos profissionais envolvidos, fortalecendo a cultura de segurança do paciente.

A baixa incidência de quedas observada no período demonstra a efetividade das estratégias de prevenção implementadas na unidade e reforça o compromisso institucional com a redução de eventos adversos, a vigilância contínua e a promoção de uma assistência segura e de qualidade aos pacientes internados.

Identificação: [Redacted]		Notificante: [Redacted]		Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
Tipo Setor Notificado: Assistencial		Setor Notificado: Emergência		Tipo Setor Notificante: Assistencial	
Setor do Notificante: Pronto Socorro		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Emergência	
Prontuário: [Redacted]	Data de Abertura: 08/07/2026	Data Ocorrência: 08/07/2026	Hora Ocorrência: 17:22	Tipo Pessoa: Paciente	
Descrição da Ocorrência: Paciente acomodado no leito, com grades elevadas, cabeceira elevada conforme necessidade assistencial e rodas travadas. No momento da observação, encontrava-se dormindo. Ao despertar, apresentou episódio súbito de agitação, deslocando-se rapidamente e evoluindo com queda da maca. A equipe de enfermagem prestou atendimento imediato e realizou avaliação inicial do paciente. O médico assistente, Dr. Alexander, foi prontamente comunicado, compareceu ao leito, avaliou o paciente e prescreveu contenção mecânica, internação hospitalar e solicitação de tomografia computadorizada de crânio para investigação, conforme avaliação clínica. Como medida adicional de segurança, foi realizada a transferência do paciente para um leito mais próximo ao posto de enfermagem, a fim de possibilitar monitorização contínua. O paciente permaneceu em observação, sob monitorização e reavaliações conforme evolução clínica. O evento foi registrado em prontuário e notificado conforme protocolo institucional.					
Ação Imediata: Contenção mecânica, internação hospitalar e solicitação de tomografia computadorizada de crânio para investigação, conforme avaliação clínica.					

5.7 Incidência de Lesão por Pressão



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 705 pacientes-dia internados nos leitos de emergência e observação da população adulta, todos submetidos à avaliação de risco para desenvolvimento de Lesão por Pressão (LP).

Na pediatria, não houve ocorrência de pacientes com lesão por pressão durante o período.

Foram identificados 02 casos de Lesão por Pressão Grau 1, todos classificados como eventos com dano leve, correspondendo a uma taxa de 2,84% de lesões por 1.000 pacientes-dia. Não houve registro de lesões em estágios avançados ou de maior gravidade.

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

Entre as principais medidas preventivas adotadas destacam-se:

- Avaliação sistemática do risco para desenvolvimento de Lesão por Pressão;
- Mudança periódica de decúbito;
- Utilização de colchão tipo caixa de ovo e superfícies de alívio de pressão, quando indicadas;
- Uso de coxins para proteção de proeminências ósseas;
- Avaliação e suporte nutricional para pacientes em risco;
- Monitoramento contínuo da integridade da pele e orientação da equipe assistencial quanto às medidas preventivas.

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

Os resultados demonstram o compromisso da unidade com a vigilância contínua dos pacientes em risco, a atuação multiprofissional integrada e a adoção de práticas baseadas em evidências para prevenção de Lesão por Pressão,

contribuindo para a segurança do paciente e para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)

6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)

No período foram registradas, ao todo, 38 manifestações de Ouvidoria, sendo:

- 04 elogios;
- 15 queixas.

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

Ouvidoria- Junho/26		
	JULHO	%
Ouvidoria meta (10%)	1,9	10
TOTAL MENSAL	19	

nº do protocolo	Classificação	Síntese da queixa	Resolvido
20267855652	Elogio	Elogio do Profissional	Sim
20267855661	Reclamação	Comportamento Inadequado do Profissional	sim

Análise: Em Julho de 2026, foram recebidas ao todo 19 ouvidorias, sendo 4 elogios e 15 queixas.

Dessa forma, apresentamos uma amostra correspondente a 10% do total, totalizando 1,9 registros arredondando para 2, selecionados de forma representativa. Lembrando que todas foram analisadas e respondidas dentro do período.

Ressalta-se que 100% das manifestações recebidas são analisadas individualmente, com investigação dos fatos quando necessária, definição de plano de ação, devolutiva aos setores envolvidos e resposta ao manifestante

dentro dos prazos estabelecidos. As informações provenientes da Ouvidoria também subsidiam ações de melhoria contínua, permitindo identificar oportunidades de aperfeiçoamento dos processos assistenciais e administrativos, contribuindo para o fortalecimento da qualidade da assistência, da segurança do paciente e da experiência do usuário.

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

A análise sistemática das ouvidorias constitui importante ferramenta de gestão, permitindo identificar fragilidades nos processos assistenciais e administrativos, direcionar ações de educação permanente e monitorar a efetividade das melhorias implementadas, fortalecendo a qualidade da assistência, a segurança

do paciente e a humanização do atendimento.

Manifestação - 20267855652			
Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 08/07/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não
Classificação : Elogio		Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional	
Manifestação : Barueri, 22/06/26 Eu, Ivonete Silvea Souza Camara, Venho aqui elogiar o profissional Fernando Oliveira dos Santos. Me atendeu na triagem, pois tenho que tomar durante 7 dias antibiótico devido a uma infecção de urina. Vendo a minha necessidade, logo prontamente me ajudou, falando com o médico para que não passasse do horário. O atendimento dele foi impecável, me ajudou e deu tudo certo. Precisamos de mais profissionais com esse rapaz, que desempenhou com muita empatia e excelência o trabalho dele. Parabéns, Fernando.			
Providência : Prezado(a) Sr.(a) [Nome], Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade. Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas			

Manifestação - 202671656135			
Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 16/07/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não
Classificação : Elogio		Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional	
Manifestação : Meu nome é Luciana, quero agradecer o atendimento do profissional Douglas. Me atendeu muito bem. Obrigada. Prefeito. Por colocar pessoas boas e educadas, excelente profissional. Parabéns, Douglas.			
Providência : Prezado, boa tarde. Recebemos com grande satisfação o seu elogio referente ao atendimento prestado em nossa unidade. Agradecemos imensamente por compartilhar sua experiência e por reconhecer o empenho, a dedicação e o cuidado demonstrados por nossa equipe. Manifestação como a sua é motivo de orgulho e serve de incentivo para continuarmos aprimorando nossos serviços e mantendo o compromisso com a assistência humanizada e de qualidade. Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas			

6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.

Canal	Quantidade	Principais Queixas
APP Oficial	9	Comportamento inadequado do profissional
Protocolo Medicsys	10	Elogio ao Profissional/Serviço

Análise Crítica: No período de julho de 2026, foram registradas ao todo 19 manifestações de ouvidoria, sendo:

Elogios pelo App Oficial 4

Reclamações pelo App Oficial 5

Elogios Pelo Protocolo MedicSys 0

Reclamações Pelo Protocolo MedicSys 10

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

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

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

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

6.3 Classificação das queixas

APP 29114/2026 / 20267855652	elogio	02/07/2026	02/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 29123 2026/ 20267855653	elogio	02/07/2026	02/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202620001173710/ 20267855658	reclamação	03/07/2026	08/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202620001210304/ 20267855660	reclamação	03/07/2026	08/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202620001248721/ 20267855661	reclamação	03/07/2026	08/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202620001249757/ 20267855662	reclamação	03/07/2026	08/07/2026	Dra Mariana/ Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
202620001266810/ 202671355828	reclamação	13/07/2026	16/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 30813/2026 / 202671656132	reclamação	16/07/2026	21/07/2026	Paula/Renata	dd/mm/yyyy	realizado
APP 30910 2026 / 202671656133	reclamação	16/07/2026	21/07/2026	Paula/Renata	dd/mm/yyyy	realizado
APP 31019 2026 / 202671656135	elogio	16/07/2026	16/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 31085 2026 / 202671656141	reclamação	16/07/2026	21/07/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	pendente
56004/ 202671556005/ APP 31566	reclamação	17/07/2026	22/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202671255824	reclamação	17/07/2026	22/07/2026	renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 31340/2026/ 202671756238	elogio	17/07/2026	22/07/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
202672056384	reclamação	20/07/2026	23/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202672056392	reclamação	20/07/2026	23/07/2026	Dra Mariana	dd/mm/yyyy	realizado
202672756774	reclamação	27/07/2026	29/07/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
APP 33001/2026 / 202672856853	reclamação	28/07/2026	31/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202673057077	reclamação	30/07/2026	04/08/2026	Proprietário	dd/mm/yyyy	realizado

Análise Crítica: No período analisado, foram registradas 38 manifestações de ouvidoria, sendo 4 elogios (21%) e 15 queixas (79%).

As queixas recebidas concentraram-se, principalmente, nos seguintes temas:

- Comportamento inadequado de profissionais;
- Rotinas e protocolos assistenciais e administrativos;
- Demora no atendimento.

Em relação ao andamento das manifestações, observa-se elevada resolutividade do serviço de Ouvidoria:

- 18 manifestações (95%) foram finalizadas e respondidas dentro do prazo estabelecido;

- 01 manifestação (5%) permanece em análise, aguardando a conclusão das tratativas para posterior devolutiva ao manifestante.

As demandas foram encaminhadas aos setores competentes para investigação e adoção das medidas cabíveis, destacando-se:

- Direção Clínica;
- Coordenação de Enfermagem;
- Coordenação Administrativa.

A análise das manifestações evidencia que a Ouvidoria exerce papel estratégico na gestão da qualidade, permitindo identificar oportunidades de melhoria nos processos assistenciais e administrativos. Todas as ocorrências são avaliadas individualmente, discutidas com as lideranças responsáveis e, quando necessário, resultam em ações corretivas, orientações, treinamentos e revisão de fluxos institucionais.

O elevado percentual de manifestações concluídas demonstra o comprometimento da unidade com a transparência, a escuta qualificada e a melhoria contínua dos serviços prestados, utilizando a Ouvidoria como importante ferramenta para fortalecer a segurança do paciente, a humanização do atendimento e a satisfação dos usuários.

6.4 Atendimento ao usuário resolução de queixas

Análise Crítica: A Ouvidoria reafirma sua função estratégica como canal institucional de escuta qualificada, acolhimento e mediação entre os usuários e os serviços de saúde, constituindo importante ferramenta para o fortalecimento da participação social, da transparência e da melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.

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

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

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

7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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

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

No período avaliado, foram registradas 2.712 pesquisas de satisfação respondidas, representando 13% a mais do estabelecido como meta (10% do total de atendimentos), uma amostra significativa dos atendimentos realizados e proporcionando um panorama consistente da experiência dos usuários em relação aos serviços ofertados.

As informações coletadas permitem avaliar diferentes dimensões da assistência, como acolhimento, tempo de atendimento, cordialidade das equipes, qualidade da assistência prestada, estrutura física e satisfação geral com o serviço. Além disso, constituem importante instrumento para identificação de fragilidades,

proposição de melhorias nos processos assistenciais e administrativos, bem como para o reconhecimento das boas práticas desenvolvidas pelas equipes.

Os resultados consolidados da competência encontram-se apresentados nos gráficos do item 7.1, possibilitando a análise detalhada dos indicadores de satisfação e o acompanhamento da evolução do desempenho institucional ao longo do período. Essas informações subsidiam as decisões gerenciais e fortalecem a cultura de melhoria contínua, contribuindo para uma assistência cada vez mais segura, humanizada e centrada nas necessidades dos usuários.

7.1 Avaliação do Atendimento

Pesquisa de Satisfação sobre atendimentos de junho/2026.

Durante o período analisado foram realizadas 2712 pesquisas, representando 113% em relação a meta contratual (10% total dos atendimentos= 2389).

Ao comparar os resultados do período anterior com os dados do mês atual, observa-se uma redução discreta dos principais indicadores de satisfação, embora o desempenho da unidade permaneça em um patamar elevado, com NPS de 80,35%, classificação considerada excelente segundo a metodologia Net Promoter Score.

O NPS geral reduziu de 87,13% para 80,35%, correspondendo a uma variação de 6,78 pontos percentuais. Da mesma forma, o percentual de usuários promotores diminuiu de 90,68% (1.790 avaliações) para 84,73% (2.298 avaliações). Em contrapartida, verificou-se aumento dos usuários neutros, de 5,78% (114 avaliações) para 10,88% (295 avaliações), e dos detratores, de 3,55% (70 avaliações) para 4,39% (119 avaliações).

Apesar dessa redução, destaca-se um aspecto extremamente positivo: o crescimento expressivo da participação dos usuários, com aumento do número de pesquisas respondidas de 1.974 para 2.712, representando um incremento de aproximadamente 37,4%. Esse aumento amplia a representatividade da amostra

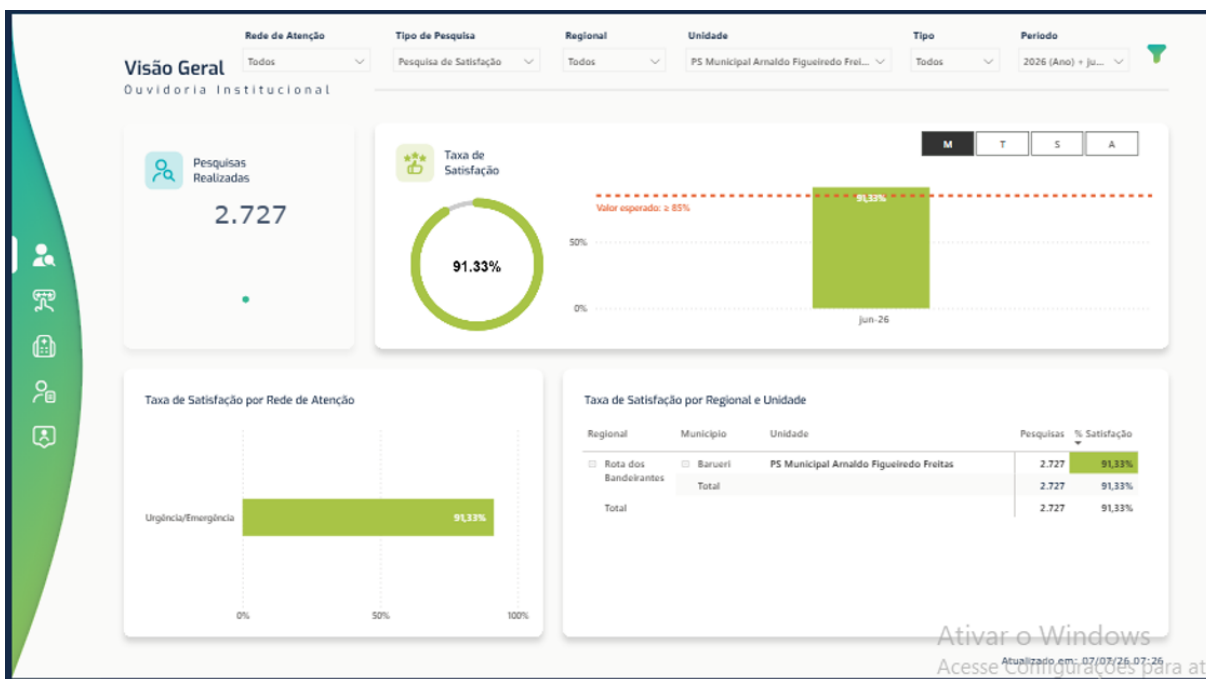
e torna os resultados ainda mais consistentes para avaliação da percepção dos usuários sobre os serviços prestados.

A elevação do número de respondentes pode, inclusive, justificar parte da redução do NPS, uma vez que uma amostra maior tende a refletir de forma mais fiel as diferentes experiências vivenciadas pelos usuários, reduzindo possíveis vieses observados em amostras menores.

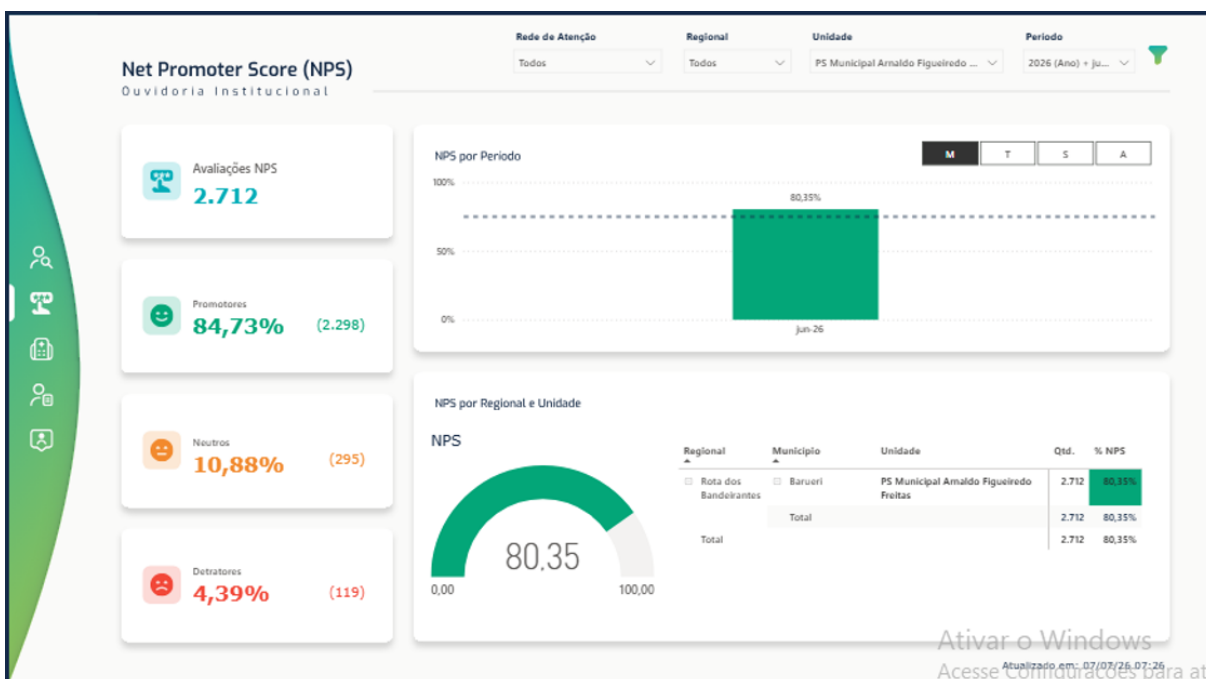
De forma geral, os resultados demonstram que a unidade mantém elevado nível de satisfação dos usuários, porém evidenciam oportunidades para aprimorar ainda mais a experiência assistencial. Nesse sentido, permanecem como prioridades o fortalecimento do acolhimento, da comunicação entre profissionais e pacientes, da humanização do atendimento, da redução dos tempos de espera e da qualificação contínua das equipes.

A análise sistemática dos resultados do NPS continuará subsidiando o planejamento das ações de melhoria, com o objetivo de aumentar novamente o percentual de usuários promotores, reduzir as avaliações neutras e detratoras e consolidar uma assistência cada vez mais segura, resolutiva e centrada nas necessidades dos pacientes e familiares.

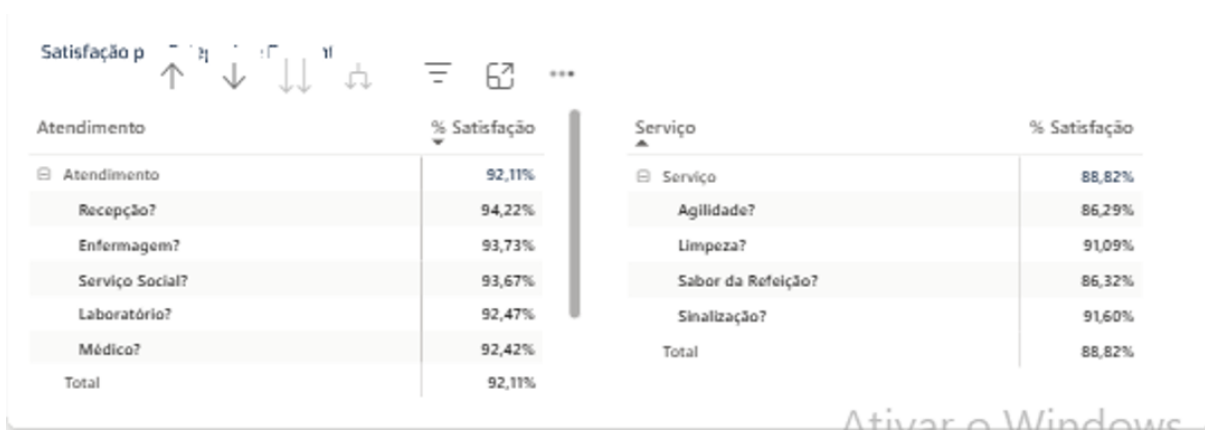
Percentual Geral de Satisfação:



Indicação do Serviço de Saúde (NPS):



Satisfação por item de pesquisa:



Considerações finais:

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

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

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

8. ESCALAS MÉDICAS E NÃO MÉDICAS

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

9. AÇÕES DE MELHORIA, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

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

A partir da nova condução da Educação Permanente, o cronograma será mantido e atualizado conforme as necessidades da unidade, priorizando temas relacionados à segurança do paciente, protocolos institucionais, qualificação técnica, desenvolvimento comportamental e fortalecimento da cultura de melhoria contínua da assistência.

Nº	Tema	Categoria	Convoca dos Quantida des	Participa ntes Quantida de	Folgas	Atestados	Total Ausência	HH/T Meta 1:26:00	Carga Horária (em minutos)	Taxa de participa ção	META
1	Recicla já - Retomada do projeto reciclagem das bags de soro	Enfermagem	127	113	4	2	6	1:42:00	60	88,98%	100%
2	Gerenciando Emoções	Enfermagem	118	105	6	1	7	1:42:00	60	88,98%	
3	Notificações de Eventos Adversos	Enfermagem	144	72	3	1	4	1:42:00	60	50,00%	
4	Acidente com Perfurocortante/julho Amarelo	Enfermagem	141	64	8	2	10	1:42:00	60	45,39%	

INTEGRAÇÃO

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

Nº	NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO
1	Julia O. Cruz	Aux. Administrativo
2	Thamires Silva Pereira	Aux. Administrativo
3	Karoline P. Panini	Técnico de Enfermagem
4	Caroline N. Cabral	Enfermeiro
5	Marlucia Ramos de Lira	Técnico de Enfermagem
6	Pamela Borges Correia	Aux. Administrativo
7	Bruna Gonçalves B. de Oliveira	Assistente Administrativo
8	Jose Rafaela da Silva	Enfermeiro
9	Jennifer Vulpini	Enfermeiro
10	Ralfeson Goes Façanha	Técnico de Enfermagem
11	Igor das Silva Marques	Enfermeiro
12	Aline Rodrigues	Técnico de Enfermagem
13	Raquel Souza Costa	Técnico de Enfermagem
TOTAL DE COLABORADORES INTEGRADOS: 13		

10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS

10.1- Relatório do Hospitalista

10.2- Relatório do Serviço Social

10.3- Relatório do Núcleo de Qualidade

10.4- Relatório do SCIH (Antibióticos)

10.5- Relatório do SESMT

10.6- Relatório da Fisioterapia

10.7- Relatório da Nutrição

10.8- Relatório da Radiologia

11. COMISSÕES INTERNAS

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

11.1 Atas das Comissões

RELATÓRIO ASSISTENCIAL MENSAL

Unidade de Observação - Clínica Médica | Julho de 2026

Unidade: Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas (Camarguinhas)

Responsável: Dra. Gabriela Teles Barbosa - CRM-SP 250.239

Função: Diretora Clínica e Coordenadora Médica

Período: 01 a 31 de julho de 2026

1. Introdução e objetivo

O presente relatório consolida os dados assistenciais e operacionais disponíveis da Unidade de Observação Adulto no mês de julho de 2026. O documento tem como finalidade descrever a produção do setor, caracterizar o perfil clínico observado, registrar aspectos de qualidade e segurança e apoiar o planejamento da assistência e da gestão de leitos.

A Unidade de Observação recebe pacientes de diferentes especialidades e mantém leitos compartilhados com a Ortopedia. Por esse motivo, os números globais da Gestão de Leitos não correspondem necessariamente ao recorte assistencial da Clínica Médica.

2. Metodologia e limitações da fonte

A análise foi retrospectiva e utilizou duas fontes: (1) o relatório mensal da Gestão de Leitos da Observação Adulto; e (2) os arquivos de Panorama de Internação disponíveis, elaborados para acompanhamento assistencial e passagem de plantão entre as equipes médicas.

Após conferência nominal e remoção de repetições entre as passagens de plantão, foram identificados 45 episódios clínicos distintos nos arquivos disponíveis. Esse subconjunto corresponde a 51,7% das 87 internações informadas pela Gestão de Leitos e foi utilizado apenas para descrição do perfil clínico.

Cada episódio foi contado uma única vez, mesmo quando presente em vários panoramas.

- Informações ausentes não foram estimadas; sexo, comorbidades, exames, intervenções e desfechos não foram quantificados quando o registro era incompleto.
- Diagnósticos e condutas sobrepostos foram tratados qualitativamente, pois um mesmo paciente podia apresentar mais de uma condição clínica.

3. Produção assistencial e movimentação de leitos

Indicador da Gestão de Leitos	Julho/2026
Pacientes-dia	328
Pacientes internados	87
Altas	45
Evasões	5
Transferências internas	40
Transferências externas	52
Óbitos em menos de 24 horas	0
Óbitos após 24 horas	0

A unidade registrou média de 10,6 pacientes-dia por dia no período (328/31). A relação de 3,8 pacientes-dia por internação é apresentada apenas como indicador de utilização da estrutura e não equivale ao tempo médio de permanência individual, pois não há base nominal completa para esse cálculo.

Nota de consistência: altas, evasões e transferências somam 142 registros, valor superior às 87 internações. Isso sugere categorias com bases distintas, eventos não mutuamente exclusivos ou necessidade de validação da consolidação. Por esse motivo, os itens foram mantidos em números absolutos e não foram calculados percentuais de desfecho.

4. Perfil demográfico do subconjunto clínico

Indicador	Resultado
Episódios clínicos identificáveis nos panoramas	45
Idade registrada	42 de 45 episódios (93,3%)
Média de idade	58,5 anos
Mediana de idade	55 anos
Faixa etária observada	23 a 93 anos
Pessoas com 60 anos ou mais	20 de 42 com idade registrada (47,6%)

O perfil etário evidencia participação expressiva de pessoas idosas, frequentemente associada a multimorbidade, fragilidade, delirium, dependência funcional, necessidade de suporte social e maior dificuldade de desospitalização.

A distribuição por sexo não foi calculada, pois esse campo não estava documentado de forma padronizada nos panoramas e não é adequado inferi-lo apenas pelo nome do paciente.

5. Perfil clínico observado

Os registros demonstram elevada diversidade diagnóstica e presença de casos de média e alta complexidade. Como as categorias são sobrepostas e a amostra é incompleta, os achados abaixo têm caráter descritivo.

Eixo assistencial	Situações documentadas nos panoramas
Neurológico	AVC isquêmico, déficit neurológico agudo, AIT, crises convulsivas, traumatismo cranioencefálico, hemianopsia e delirium.
Respiratório e infeccioso	Broncopneumonia/pneumonia comunitária, exacerbação de DPOC, insuficiência respiratória, derrame pleural, sepse e necessidade de oxigenoterapia.
Cardiovascular	Insuficiência cardíaca descompensada, fibrilação atrial, síndrome coronariana/IAM e investigação de dor torácica/TEP.
Renal e metabólico	Lesão renal aguda, doença renal crônica agudizada, hiperpotassemia, hiponatremia/hipocalemia, obstrução urinária e suspeita de síndrome nefrótica.
Gastrointestinal/hepatobiliar	Abdome obstrutivo, coledocolitíase/colecistite, lesão hepática induzida por medicamento, esofagite erosiva, infecção por H. pylori e hemorragia digestiva.
Outros e interdisciplinares	Abscessos de orofaringe/mama, mastoidite, pé diabético, infecção de sítio cirúrgico, problema com traqueostomia, corpo estranho ocular/laríngeo, oncologia e cuidados paliativos.

6. Ações, condutas e necessidades assistenciais

Entre as intervenções e pendências registradas, destacaram-se:

- antibioticoterapia para infecções respiratórias, urinárias, cutâneas, otorrinolaringológicas e abdominais, com necessidade de escalonamento em alguns casos;
- oxigenoterapia e tentativas de desmame, inclusive com solicitações de oxigênio domiciliar;
- uso de sonda nasoenteral, progressão de dieta e avaliação de condições familiares para continuidade do cuidado;

- solicitações de tomografia, angiotomografia, endoscopia, avaliações especializadas e acompanhamento laboratorial seriado;
- avaliações por Clínica Médica, Neurologia, Nefrologia, Cirurgia Geral, Urologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e equipes de retaguarda;
- acionamento do PID/SAD, assistência social e CREAS em casos com dependência funcional, barreiras sociais ou necessidade de cuidado domiciliar;
- solicitação recorrente de vaga de Clínica Médica, leito coronariano, terapia intensiva ou transferência para hospital de retaguarda.

7. Casos e situações de maior complexidade

Situação	Impacto assistencial observado
AVC com déficit neurológico e dependência	Permanência prolongada, necessidade de SNE, prevenção de lesão por pressão, acompanhamento social, PID e leito de Clínica Médica.
Disfunção renal grave	Monitorização seriada de creatinina, ureia e eletrólitos, avaliação nefrológica, ajuste de medicamentos e discussão de transferência entre setores.
Doença respiratória e infecção	Oxigenoterapia, antibioticoterapia, fisioterapia, desmame de O2 e investigação de falha terapêutica ou complicações.
Síndrome coronariana e insuficiência cardíaca	Necessidade de leito especializado, dupla antiagregação/terapia direcionada e transferência regulada.
Fragilidade, oncologia e paliativos	Controle de sintomas, proporcionalidade terapêutica, suporte familiar/social e planejamento de continuidade do cuidado.

8. Indicadores de qualidade e segurança

Indicador	Resultado/avaliação
Óbitos registrados pela Gestão de Leitos	0 em menos de 24h e 0 após 24h
Rastreabilidade clínica do mês	Parcial; 45 episódios identificáveis nos panoramas
Continuidade das passagens de plantão	Preservada nos documentos recuperados, com registro de diagnósticos e pendências
Conciliação entre bases	Necessita revisão, devido à diferença entre internações e somatório de movimentações
Tempo médio de permanência	Não calculável com segurança sem base nominal completa e datas de saída

A ausência de óbitos no painel mensal constitui achado favorável. Entretanto, a perda da base de evoluções limita a avaliação de indicadores como tempo de permanência,

frequência de antibioticoterapia, realização de exames, eventos adversos, reinternações, desfechos por diagnóstico e tempo até aceite de vaga.

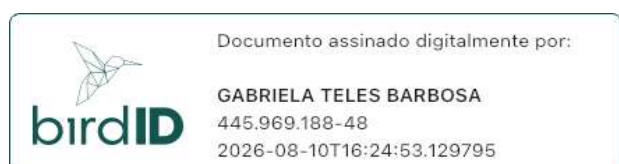
9. Comparação mensal

Indicador	Junho/2026	Julho/2026	Variação
Internações - Gestão de Leitos	130	87	-43 (-33,1%)
Pacientes-dia	268	328	+60 (+22,4%)
Recorte clínico disponível	112 pacientes da Clínica Médica	45 episódios nos panoramas	Não comparável

Apesar da redução do número de internações informado pela Gestão de Leitos, houve aumento de pacientes-dia, sugerindo maior ocupação acumulada e/ou permanências mais prolongadas. Essa interpretação é uma inferência operacional e deve ser confirmada após validação das bases de movimentação e disponibilidade de dados nominais.

10. Considerações finais

Em julho de 2026, a Unidade de Observação manteve assistência a pacientes com ampla diversidade diagnóstica, elevada carga de comorbidades e necessidade frequente de suporte multiprofissional, avaliações especializadas e transferência para leitos de maior retaguarda. Os 328 pacientes-dia, associados ao perfil clínico observado, reforçam o papel da unidade no manejo de casos complexos enquanto aguardam definição diagnóstica, estabilização, alta segura ou continuidade da internação em outro setor.



Dra. Gabriela Teles Barbosa

CRM-SP 250.239

Diretora Clínica e Coordenadora Médica

Pronto-Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

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

Município	Quantidade	Porcentagem
Barueri	157	86%
Jandira	2	1%
Itapevi	2	1%
Outros	22	12%
Total Geral	183	100%
Sexo	Quantidade	Porcentagem
Feminino	88	48%
Masculino	95	52%
Total Geral	183	100%
Acolhimento	Quantidade	Porcentagem
Acolhimento/Escuta	25	13,66%
Acolhimento no leito	152	83,06%
Atendimento Criança	6	3,28%
Total Geral	183	100%
Demanda Identificada	Quantidade	Porcentagem
Pessoa em Situação de Rua	9	3%
Boletim Observação / EMERGÊNCIA	98	33%
Contato com familiar	37	13%
Contato com rede	31	10%
Óbito (Acolhimento e Orientações)	12	4%
PID / PAD	9	3%
Solicitação de Oxigênio Domiciliar	2	1%
Relatório Conselho Tutelar	1	0%
Conflito Institucional	0	0%
Relatório externo (CRAS/CREAS/CRAM	2	1%
Conflito Familiar	0	0%
Ressalva de DO/DNV	3	1%
Orientações Gerais	56	19%
Acolhimento Familiar	36	12%
Total Geral	296	100%
Situação de Risco	Quantidade	Porcentagem
Acidente de Trânsito	0	0%
Acidente Doméstico	0	0%
Evasão	1	20%
Negligência	0	0%

"

Tentativa de Suicídio	2	40%
Violência Doméstica	2	40%
Suspeita Abuso Sexual	0	0%
Total Geral	5	100%
Encaminhamentos Realizados	Quantidade	Porcentagem
Encaminhamento Casa de Acolhimento	9	50%
Encaminhamento Rede de Saúde	9	50%
Total Geral	18	100%

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

Atenciosamente;


Karina Barbosa da S. Almeida
Assistente Social
CRESS Nº 68.754 - 9ª Região / SF

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



Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

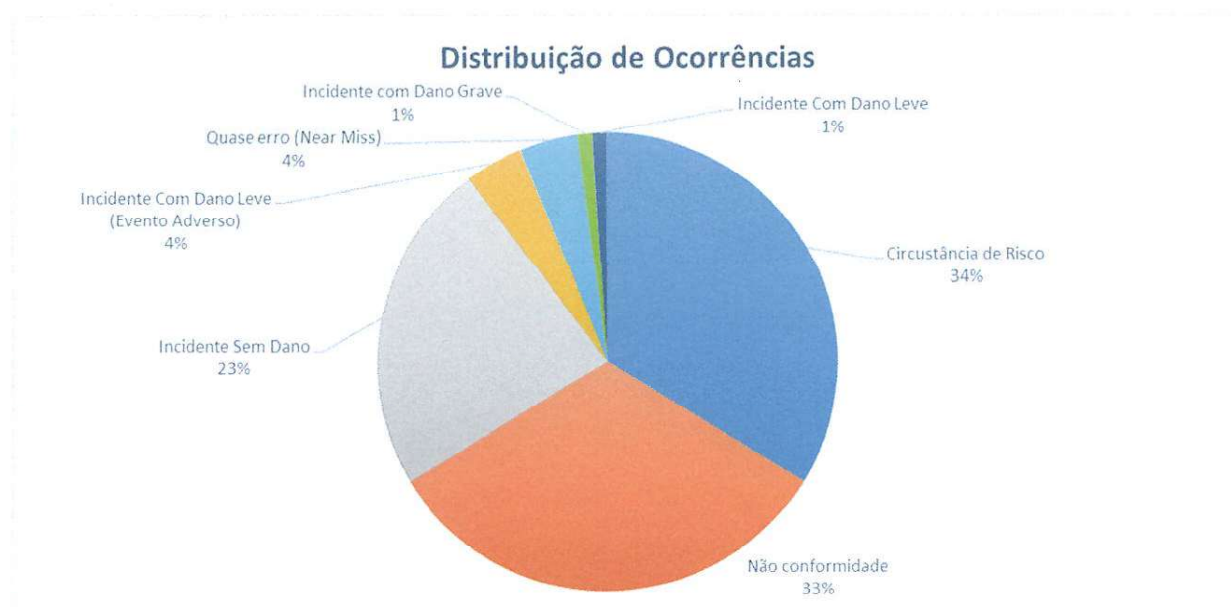
Relatório da Qualidade

JULHO/2026

NOTIFICAÇÕES

Recebemos no total **98** notificações com as seguintes classificações:

Classificação	Quantidade	Percentual
Circunstância de Risco	33	34%
Não conformidade	32	33%
Incidente Sem Dano	23	23%
Incidente Com Dano Leve	4	4%
Quase erro (Near Miss)	4	4%
Incidente com Dano Grave	1	1%



Outros incidentes e/ou eventos adversos:

- Flebite – 07 ocorrências.

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

Tipo Setor Notificado: Assistencial **Setor Notificado:** Clínica Médica **Tipo Setor Notificante:** Assistencial

Setor do Notificante: Clínica Cirúrgica **Tipo Setor Ocorrência:** Assistencial **Setor da Ocorrência:** Clínica Médica

Prontuário: [REDACTED] **Data de Abertura:** 02/07/2026 **Data Ocorrência:** 01/07/2026 **Hora Ocorrência:** 19:00 **Tipo Pessoa:** Paciente

Descrição da Ocorrência: DURANTE PASSAGEM DE PLANTÃO COM PACIENTE APRESENTANDO FLEBITE EM REGIÃO DE MSD DEVIDO A CVP, APRESENTANDO DOR, CALOR E RUBOR EM REGIÃO.

Ação Imediata: REALIZADO COMPRESSA FRIA EM MEMBRO, RETIRADA DE CVP E NOVA PUNÇÃO, ORIENTO EQUIPE TÉCNICA SOBRE RISCOS.

- Perda de CVC – Nenhuma ocorrência.
- Perda de CNE – 20 ocorrências.
- Extubação acidental: Nenhuma ocorrência.
- Lesão por pressão: 02 ocorrências.
- Lesão de pele: 11 ocorrências.
- Erros de medicação: Nenhuma ocorrência.
- Queda: 01 ocorrência.

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

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

Setor do Notificante: Pronto Socorro **Tipo Setor Ocorrência:** Assistencial **Setor da Ocorrência:** Emergência

Prontuário: [REDACTED] **Data de Abertura:** 08/07/2026 **Data Ocorrência:** 08/07/2026 **Hora Ocorrência:** 17:22 **Tipo Pessoa:** Paciente

Descrição da Ocorrência: Paciente acomodado no leito, com grades elevadas, cabeceira elevada conforme necessidade assistencial e rodas travadas. No momento da observação, encontrava-se dormindo. Ao despertar, apresentou episódio súbito de agitação, deslocando-se rapidamente e evoluindo com queda da maca. A equipe de enfermagem prestou atendimento imediato e realizou avaliação inicial do paciente. O médico assistente, Dr. Alexander, foi prontamente comunicado, compareceu ao leito, avaliou o paciente e prescreveu contenção mecânica, internação hospitalar e solicitação de tomografia computadorizada de crânio para investigação, conforme avaliação clínica. Como medida adicional de segurança, foi realizada a transferência do paciente para um leito mais próximo ao posto de enfermagem, a fim de possibilitar monitorização contínua. O paciente permaneceu em observação, sob monitorização e reavaliações conforme evolução clínica. O evento foi registrado em prontuário e notificado conforme protocolo institucional.

Ação Imediata: Contenção mecânica, internação hospitalar e solicitação de tomografia computadorizada de crânio para investigação, conforme avaliação clínica.

INDICADOR DE TAXA DE NOTIFICAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS

Fórmula

Nº de notificações de eventos adversos

X 1000

Nº total de atendimentos

Análise crítica:

Neste mês, tivemos o registro de 5 notificações com eventos adversos dentro do sistema Medicsys, representando 0,24 a cada 1.000 atendimentos (valor total = 20556 atendimentos).

COMISSÕES**Reuniões julho/2026:**

- Revisão de prontuários – Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de Maio, com 36 análises. Realizada em 27/07/2026
- Revisão de óbitos - Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de Maio, com 22 óbitos totais. Realizada em 27/07/2026
- Observação: As comissões de revisão de prontuários e de óbitos analisam os prontuários do mês anterior.
- Núcleo de qualidade e segurança do paciente – Realizada em 23/07/2026
- CCIRAS – Realizada em 13/07/2026
- PGRSS - Realizada em 29/07/2026
- Biossegurança - Realizada em 29/07/2026
- PPRAMP - Realizada em 29/07/2026
- EMTN – Realizada em 13/07/2026
- Comissão de Ética de Enfermagem – 27/07/2026
- Auditoria – Realizada em 29/07/2026
- Humanização – Realizada em 15/07/2026
- CIPA – Realizada em 29/07/2026


Adriana Cristina De Franco
Coordenadora de Qualidade

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADO À ASSISTÊNCIA Referente à JULHO/2026

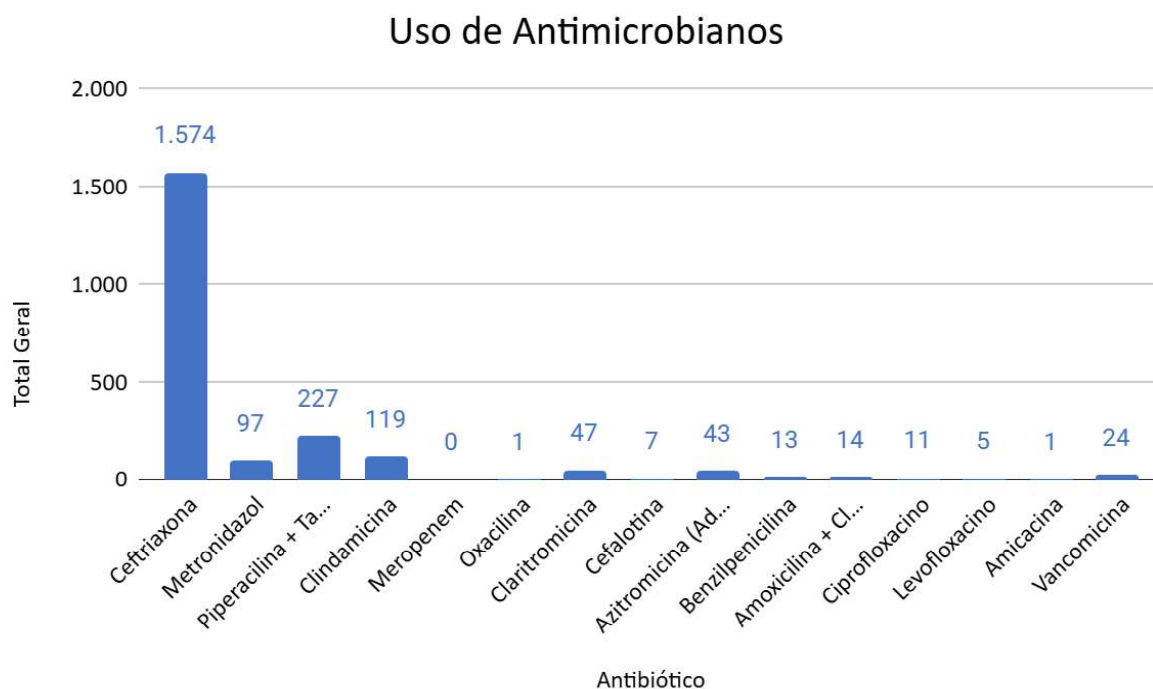
1. Apresentação

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

2. Número total de Antibióticos.

Em julho, observou-se a redução no consumo registrado de antimicrobianos em decorrência da atualização do sistema de informação (SISS), com saída de 2183 frascos de antibiótico. O perfil de consumo de antimicrobianos foi compatível com uma unidade de urgência e emergência, com predomínio da ceftriaxona para tratamento empírico de infecções comunitárias. A piperacilina/tazobactam foi utilizada principalmente em pacientes de maior gravidade, exigindo monitoramento devido ao seu amplo espectro. Destaca-se o uso criterioso da vancomicina e a ausência de consumo de meropenem, evidenciando preservação desse antimicrobiano

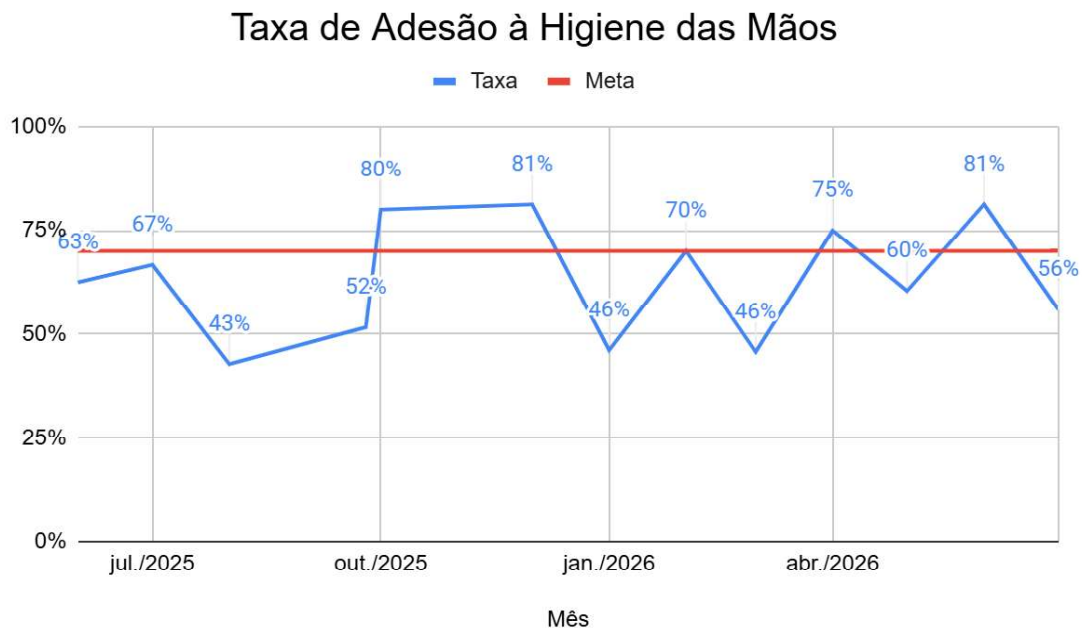
Gráfico 01: Consumo de antimicrobianos



3. Adesão à Higienização das Mãos

Em julho, foram realizadas 34 auditorias de higiene das mãos, com 19 conformidades, resultando em adesão de 56% aos cinco momentos preconizados. Diante desse resultado, foi solicitada à Comissão de CCIRAS a cotação de novos insumos para higiene das mãos. Durante a apresentação dos indicadores, reforçou-se que treinamentos e campanhas educativas sobre o tema são realizados trimestralmente, visando aumentar a adesão dos profissionais.

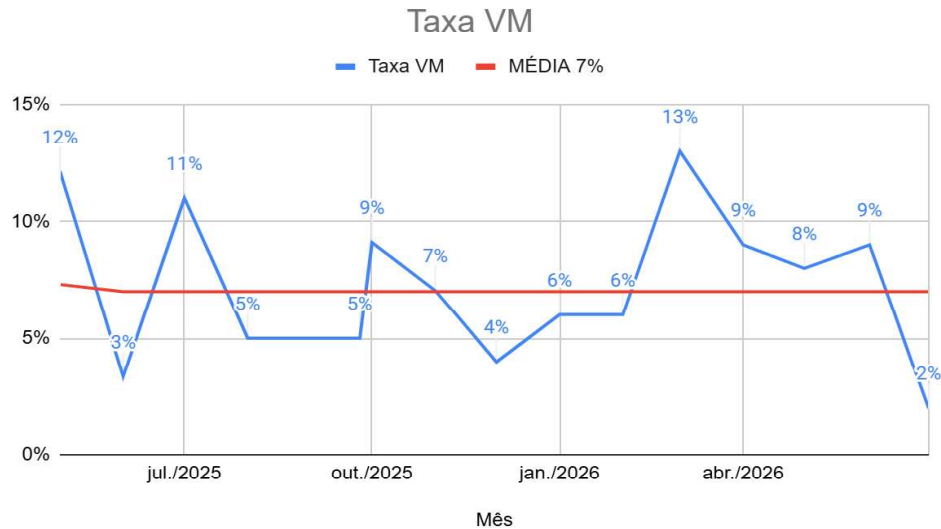
Gráfico 02: Adesão à Higienização das Mãos.



4. Taxa de Dispositivos Invasivos e IRAS

Ventilação Mecânica: Em julho, quatro pacientes permaneceram em ventilação mecânica invasiva por mais de 24 horas, totalizando 7 VM-dia, refletindo a redução do tempo de permanência de pacientes em IOT/VM na unidade, abaixo da média (7%) apresentando menor risco de PAV. Não houve ocorrência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) no período.

Gráfico 03: Taxa de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)



Cateter Vesical de Demora:

Gráfico 04 - Taxa de Cateter Vesical de Demora: Em julho, 20 pacientes utilizaram cateter vesical de demora, totalizando 63 cateteres-dia. A taxa de utilização de CVD reduziu para 8%, permanecendo abaixo da média institucional de 11%, após meses de oscilação e pico de 17%. Esse resultado sugere impacto positivo das ações desenvolvidas pelo SCIRAS, que realiza visitas diárias à beira leito para avaliação da necessidade de manutenção do dispositivo, promovendo sua retirada precoce quando ausentes critérios clínicos. Como reflexo dessas medidas, não houve ocorrência de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC) no período analisado.

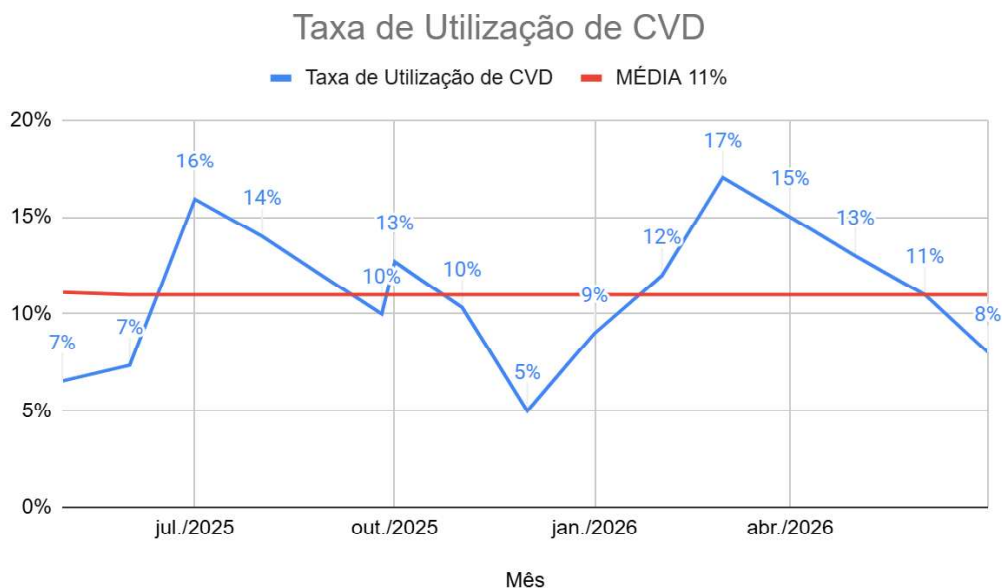
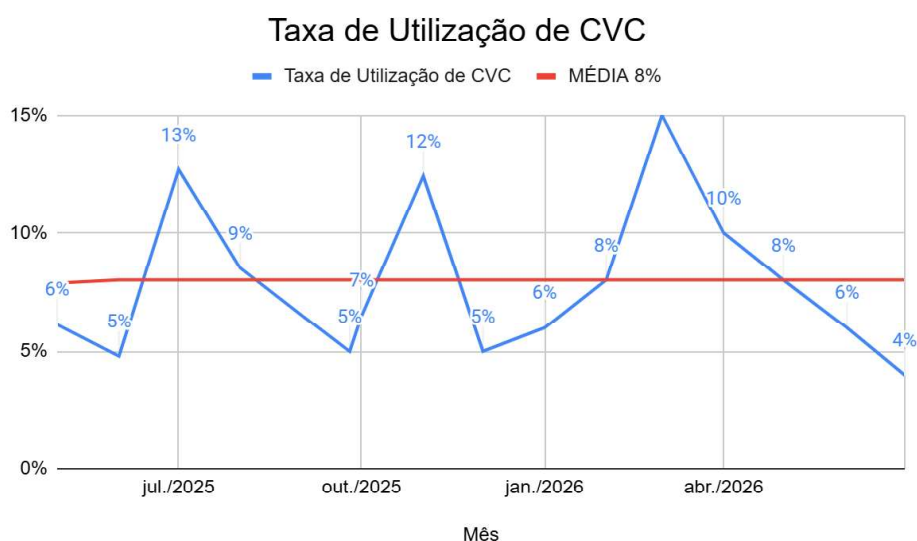


Gráfico 05: Taxa de Cateter Venoso Central : Em julho, 6 pacientes utilizaram cateter venoso central, totalizando 15 CVC-dia. A taxa de utilização foi de 4%, abaixo da média institucional de 8%, demonstrando redução em relação aos meses anteriores. Esse resultado reflete as ações do SCIRAS, que realiza visitas diárias à beira leito para avaliação da necessidade de manutenção do dispositivo e incentivo à sua retirada quando ausentes critérios clínicos. Como consequência, não houve ocorrência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada ao Cateter Venoso Central (IPCS/CVC) no período analisado.



Stefany Dantas Varelo
COREN-SP 613178-ENF

Atenciosamente,

Stefany Dantas Varelo
Enfermeira SCIRAS

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

RELATÓRIO MENSAL DE SEGURANÇA DO TRABALHO

Período: julho /2026

Introdução

Durante o mês de julho, o SESMT deu continuidade às ações voltadas à promoção da saúde e segurança dos colaboradores, por meio de atividades preventivas, orientações nos setores, acompanhamento de acidentes de trabalho e fortalecimento da cultura de segurança, visando proporcionar um ambiente de trabalho mais seguro e em conformidade com as normas vigentes.

Ações Desenvolvidas

- Realização de rondas diárias nos setores, com foco na identificação de riscos, inspeção das condições de trabalho, orientação aos colaboradores e implementação de medidas preventivas para fortalecimento da cultura de segurança.
- Realização de treinamento para retomada do projeto de reciclagem das bags de soro, destinadas à confecção de lixeiras vermelhas. A iniciativa, de grande relevância para a unidade e para a sustentabilidade ambiental, contou com a capacitação de todos os colaboradores da assistência e do Serviço de Higiene, abrangendo todos os turnos de trabalho.
- Investigação, análise e acompanhamento dos acidentes e incidentes registrados no período, com definição e monitoramento das medidas preventivas e corretivas.
- O processo de regularização do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) permanece em andamento. As adequações necessárias já foram concluídas, restando apenas a substituição dos extintores para finalização do processo.

Registro de Incidentes e Acidentes – julho/2026

No mês de julho de 2026, foram registradas **05 ocorrências**, sendo **04 classificadas como incidentes** e **01 caracterizada como acidente de trabalho típico por agressão**, com emissão da CAT.

Entre os incidentes, **01 ocorrência envolveu exposição a material perfurocortante**. Embora o evento apresente características de acidente de trabalho, não foi possível emitir a CAT em razão de limitação sistêmica decorrente do desligamento da colaboradora na mesma data da ocorrência. Ainda assim, o evento foi comunicado tempestivamente ao SESMT, registrado internamente e encontra-se devidamente documentado, conforme relato apresentado a seguir.

Relato para Histórico – Acidente com Perfurocortante (Colaboradora Desligada)

Colaboradora: Andresa Valéria dos Santos – Técnica de Enfermagem – Matrícula 073960

Data do acidente: 10/07/2026

Tipo de acidente: Acidente de trabalho sem afastamento – exposição a material perfurocortante.

Resumo do caso

Em 10/07/2026, durante a administração de medicação intramuscular em uma criança, a paciente realizou um movimento brusco no momento da retirada da agulha, ocasionando perfuração na mão esquerda da colaboradora.

A colaboradora foi atendida no Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas, com registro do CID Z20.9 (Contato com exposição a doenças transmissíveis não especificada). O acidente foi comunicado ao SESMT e registrado no Medcsys (Chamado nº 431464).

Na mesma data, ocorreu o desligamento previamente programado da colaboradora, com encerramento regular do vínculo empregatício.

Tratativas realizadas

- Em 13/07/2026, foi aberto chamado para a Medicina do Trabalho (nº 431514).
- Durante o processo de emissão da CAT, foi identificado erro no sistema.
- Após análise, verificou-se que o desligamento já havia sido processado no sistema Protheus, impossibilitando o registro do atestado e a emissão da CAT pelo fluxo padrão.
- A Medicina do Trabalho orientou o encaminhamento ao SESMT para avaliação de procedimento alternativo.
- Em 24/07/2026, o SESMT Corporativo consultou o Departamento Pessoal sobre a possibilidade de registro junto ao Governo, sendo informado que não seria possível reverter o desligamento, pois as verbas rescisórias já haviam sido pagas e a homologação concluída.

Situação atual

Permanece pendente a definição do procedimento para registro da CAT, uma vez que o desligamento foi efetivado na mesma data do acidente, impedindo sua emissão pelo fluxo sistêmico habitual.

Observação: Este histórico comprova que o acidente foi comunicado dentro do prazo e que a impossibilidade de emissão da CAT decorreu de limitação sistêmica após o encerramento do vínculo empregatício, permanecendo a tratativa sob acompanhamento do SESMT Corporativo e das áreas de Gestão de Pessoas.

Obs: Não emitido CAT.

Plano de Ação

Em decorrência das ocorrências envolvendo materiais perfurocortantes, foi realizado, em parceria com a Educação Continuada e a CCIH, treinamento direcionado às equipes assistenciais, contemplando todos os turnos de trabalho.

A capacitação abordou os riscos ocupacionais relacionados aos materiais perfurocortantes, medidas de prevenção, uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), práticas seguras durante os procedimentos e o fluxo de atendimento em caso de exposição a material biológico.

Além do conteúdo técnico, o treinamento buscou promover uma reflexão sobre as consequências de um acidente de trabalho, reforçando que apenas alguns segundos de desatenção durante a realização de um procedimento podem resultar em consequências permanentes para a saúde, a vida profissional e a qualidade de vida do colaborador. A ação teve como objetivo fortalecer a cultura de segurança, conscientizando as equipes de que a atenção em cada etapa do cuidado é essencial e que nenhum procedimento justifica colocar a própria saúde em risco.

Conclusão

As ações realizadas no mês de julho reforçaram o compromisso com a segurança e a saúde dos colaboradores, por meio de inspeções, investigação das ocorrências, treinamentos e implementação de medidas preventivas. O acompanhamento contínuo dos indicadores e a conscientização das equipes permanecem essenciais para fortalecer a cultura de prevenção, reduzir acidentes e promover um ambiente de trabalho cada vez mais seguro.

Atenciosamente,

Tatiana Maria Barros

Técnica de Segurança

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

Tatiana Maria Barros
Técnica Seg. do Trabalho
Registro 0075997 / SP

RELATÓRIO DE INDICADORES DE FISIOTERAPIA – JULHO/2026

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas – CEJAM

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

1. Indicadores Assistenciais

Indicador	Resultado
Número de atendimentos adultos	585
Número de atendimentos pediátricos	31
Número total de atendimentos no mês	616
Número de pacientes em ventilação mecânica	14
Número de pacientes submetidos à extubação eletiva	1
Número de pacientes com extubação acidental/não planejada	0
Número de pacientes em ventilação não invasiva (VNI)	8
Pacientes intubados/dia	15

Durante o mês de julho de 2026, o serviço de fisioterapia realizou 616 atendimentos, com predominância de atendimentos em pacientes adultos. Observou-se assistência contínua a pacientes críticos em ventilação mecânica e suporte ventilatório não invasivo, demonstrando a relevância da atuação fisioterapêutica no manejo respiratório e na estabilização clínica. Destaca-se a ausência de eventos de extubação acidental, evidenciando adesão às boas práticas assistenciais e segurança do paciente.

2. Conclusão

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

Thalia Carvalho Do Nascimento
Fisioterapeuta Responsável Técnica
CREFITO 349818-F

RELATÓRIO MENSAL – NUTRIÇÃO CLÍNICA

Período: julho de 2026

1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório tem por finalidade apresentar a análise dos indicadores assistenciais da Nutrição Clínica referentes ao mês de julho de 2026, contemplando dados relacionados à produção assistencial, perfil epidemiológico, estado nutricional, terapia nutricional, perfil clínico e indicadores de qualidade da assistência. A análise desses indicadores subsidia o monitoramento da assistência nutricional, a avaliação dos processos de trabalho e o planejamento de ações voltadas à melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado.

2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

Durante o período avaliado, foram realizadas 60 triagens e avaliações nutricionais, incluindo quatro reavaliações nutricionais de pacientes classificados no nível terciário de assistência, realizadas conforme periodicidade estabelecida pelo protocolo institucional, e uma reavaliação de paciente classificado no nível secundário.

O perfil epidemiológico da população assistida evidenciou predominância de pacientes idosos (65,0%), seguida de adultos (35,0%), caracterizando uma população com maior vulnerabilidade clínica e nutricional. Em relação ao sexo, observou-se discreta predominância do sexo feminino (51,7%), diferentemente do perfil observado no período anterior.

3. CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA

A classificação do nível assistencial demonstrou predominância de pacientes enquadrados no nível secundário (51,7%), seguida pelo nível terciário (41,7%) e pelo nível primário (6,7%).

Esse perfil demonstra predominância de pacientes com necessidade de monitoramento nutricional sistemático e intervenções específicas, compatível com a complexidade clínica observada na unidade.

4. ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional evidenciou predominância de pacientes classificados com baixo peso/desnutrição (36,7%), seguida por sobrepeso/obesidade (31,7%), eutrofia (30,0%) e obesidade sarcopênica (1,7%).

Os resultados reforçam a relevância da triagem nutricional precoce e da avaliação nutricional sistematizada para identificação de pacientes em risco nutricional e implementação oportuna da Terapia Nutricional.

5. TERAPIA NUTRICIONAL

5.1 Suplementação Nutricional e Módulos

Durante o período, foram registradas 68 dispensações de módulos nutricionais e 19 dispensações de suplementos nutricionais orais.

Os suplementos nutricionais foram prescritos para pacientes com ingestão alimentar inferior a 70% das necessidades estimadas, visando à complementação do aporte energético e proteico.

Os módulos nutricionais contemplaram principalmente probióticos, indicados para pacientes com diarreia ou em antibioticoterapia, fibras alimentares para manejo da obstipação intestinal, espessantes destinados ao manejo da disfagia e prevenção de broncoaspiração, além da utilização de água de coco como estratégia de abreviação do jejum em situação clínica específica.

5.2 Terapia Nutricional Enteral

Durante o período avaliado, observou-se média de 1,8 paciente/dia em Terapia Nutricional Enteral (TNE), totalizando 10 pacientes acompanhados.

As formulações enterais prescritas foram selecionadas conforme avaliação clínica e nutricional individualizada, com predominância de dietas hiperproteicas e hipercalóricas, fórmulas hipercalóricas com fibras e dietas especializadas destinadas ao manejo nutricional de pacientes com Diabetes Mellitus e lesão por pressão grau II ou superior.

6. PERFIL CLÍNICO

6.1 Comorbidades

Entre as comorbidades prévias identificadas, observou-se maior frequência de Hipertensão Arterial Sistêmica (41,7%), seguida por Diabetes Mellitus (20,4%), evidenciando elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os pacientes avaliados.

Também foram identificadas insuficiência cardíaca, doença renal crônica, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, neoplasias e outras comorbidades associadas.

6.2 Hipóteses Diagnósticas

As principais hipóteses diagnósticas corresponderam às doenças cardiovasculares, especialmente insuficiência cardíaca congestiva e outras alterações cardíacas (20,8%), seguidas pelas doenças pulmonares (17,0%), acidente vascular cerebral (15,1%) e alterações neurológicas (13,2%).

Esse perfil clínico demonstra predominância de pacientes com elevada complexidade assistencial e maior risco para comprometimento do estado nutricional, demandando acompanhamento nutricional contínuo.

7. INDICADORES ASSISTENCIAIS

Durante o período analisado, foram realizadas 422 visitas nutricionais à beira leito, assegurando o monitoramento da evolução clínica e nutricional, a adequação da conduta dietoterápica e o acompanhamento da aceitação alimentar.

Não foram observadas variações significativas na demanda de refeições destinadas a pacientes, acompanhantes e colaboradores em comparação ao período anterior.

8. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Observou-se predominância de pacientes inseridos no protocolo institucional de Prevenção de Broncoaspiração, seguido pelos protocolos de Lesão por Pressão, Diarreia e Interação Fármaco-Nutriente.

A participação da Nutrição Clínica nos protocolos assistenciais contribui para a prevenção de complicações relacionadas ao estado nutricional, padronização das condutas multiprofissionais e fortalecimento das ações voltadas à segurança do paciente.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores assistenciais do período evidenciam o atendimento de uma população com elevada complexidade clínica, caracterizada pela predominância de pacientes idosos, alta frequência de doenças crônicas e elevada prevalência de desnutrição, reforçando a importância da identificação precoce do risco nutricional e da implementação oportuna da Terapia Nutricional.

As intervenções realizadas, incluindo suplementação nutricional, utilização de módulos específicos, Terapia Nutricional Enteral e acompanhamento sistemático dos pacientes, foram conduzidas de forma individualizada, contribuindo para a adequação do suporte nutricional e para a prevenção de complicações relacionadas ao estado nutricional.

A atuação da equipe de Nutrição Clínica contribuiu para a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a prevenção de complicações nutricionais.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

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

OBJETIVO: SETOR RADIOLOGIA

CONTRATO DE GESTÃO: CEJAM 226/2025

EMPRESA: PC RAD CNPJ:16.684.393 | 0001-30

PERÍODO:01/07/2026 à 31/07/2026

1. Objetivo

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

2. Descrição das Atividades

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

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

3. Quantitativo de Atendimentos

- Total de **exames realizados por incidências: 5.406**
- Total de **exames cadastrado no SISS 3.873**
- Total de **Nº pacientes atendidos no mês: 3.163**
- Total de **exames no leito/observação e emergência: 111**

TIPO DE ESTRUTURA RADIOGRÁFICA	QUANTIDADE POR INCIDÊNCIAS
TORAX	2.736
CRÂNIO	324
MM SUPERIORES	495
MM INFERIORES	1.160
ABDOME	331
OUTROS	360
TOTAL EXAMES:	5.406

TOTAL DE Nº PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADES: TOTAL: 3.163	CLINICA: 2.126	PEDIATRIA 478	ORTOPEDIA 559
---	-----------------------	----------------------	----------------------

4. Principais Incidências Realizadas no período foram:

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

5. Considerações Finais

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

ELABORADO POR: Camila de Moura Santos Responsável Técnica- CRTR 24656T	03/08/2026
---	------------



ANEXO: PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO DE FREITAS

CONTROLE DE EXAMES RADIOLÓGICOS - JULHO 01 Á 31																																	
EXAMES	QUANTIDADE DE INCIDÊNCIAS POR DIA																																TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
CRÂNIO (PA + LATERAL)	10	20	14	20	18	4	2	8	12	10	4	10	4	8	10	4	18	12	8	12	8	14	12	6	14	14	10	18	6	10	4	324	
MAXILAR/ MANDIBULA																	1											1				2	
OSSOS DA FACE		1		1					1		2	4		1		2	2		1		1							2				16	
SEIOS DA FACE (FN + MN + HIRTZ)	0	5	7	0	0	1	2	0	7	1		1	2	2	0	0	1	1	1				2	1	3	2		5	3			47	
COLUNA CERVICAL (AP + LAT				4		1		1				4			2					1	2	2	2				2		4	2		27	
COLUNA LOMBO-SACRA	2	2			1		2	1	2						2		4		2													18	
COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	4	2				2	4		4	8					1	2	4		2	2	2	2	4				2			4		51	
COLUNA TORACO - LOMBAR	10	2	6	4	2	2	2		2				2	2	8	1		4	4		2	2	2	4	6	4		8	3	2		82	
REGIÃO SACRO-COCCIGEA	3						1			2					1				2									2	2	1		14	
COSTELAS (HEMITORAX)		1	3				1	1	1	1		1		1	2	1	2	1	3		1				1		1		2	1	4		29
TORAX (PA E PERFIL)	88	84	81	96	45	98	91	96	57	101	62	52	84	67	74	59	61	75	45	62	73	77	94	54	64	59	81	61	64	76	58	2239	
TORAX PEDIATRICO	21	22	20	16	36	4	37	12	20	17	12	21	15	21	23	29	12	6	21	8	15	14	13	15	16	15	8	15	4	6	3	497	
ANTEBRAÇO	4	2	4	2	4	1	1	0	1	2	0	2		0	2		4	0	0			4	2	6	4	2		7	2	2		58	
ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	4	2	2	4	1	1		1	2	2	1	2		2	0	4	1	1		2	1	1	1	2	2	1	1			2	2	45	
UMERO	1	1	2	3			6	1		1		1	2	1	1		4			2	2	1	2	2				1	2	3	2	41	
CLAVICULA			1	1		1			1			1	1	1	1		3					1	1		1			1	0	1		16	
COTOVELO	6	2	0	2	4	2	2		4	4		6		2	0	1		4	2	4	0	2	2		6	4	2	2		3	2		68
DEDOS / QUIRODACTILOS	2	6	8	4	2	2			6	2	2				2	2	4	2	4	1	2			4	0	4	2	2	2	1			66
MÃO	8	0	12	8	1	4	4	10	6	8	4	6	2	4	3	2	6	2	10	4	1	4	8	6	4	2	1	6	8	4	6		154
ESCAPULA/OMBRO (TRES	1	5			1	2	2			3	2	3		1	4	4	4	6	9	4				5		1	6	1		5		69	
PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	2	8	3	11	2	2	0	8	2	4	2	8	4	2	2	14	6	6	4	6	0	1	2	0	6	8	2	8	1	8	0	132	
ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3				1	1		1		0	1		0		1																		6	
ABDOMEN SIMPLES (AP)	13	14	14	5	8	7	19	10	9	12	4	9	8	6	11	12	15	9	15	8	8	12	13	15	16	8	11	12	13	5	4	325	
ARTICULACAO COXO-FEMORAL							1									2									2	1						6	
ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	8	10	8	8	10	18	6	18	12	14	6	8	4	8	8	12	8	8	11	15	4	8	10	5	5	18	12	12	16	12	8	310	
PELVE	3	2	1	1	1	3	2	1	3	1		1	2	2	2	2	3	4	1	2	3	1	1	2		0	4	3	1	1	3	56	
CALCANEO AXIAL							1	1									2									1						5	
FEMUR	1	4		2		2		1	3	2		1		0	2	3	1	1	0	2			1	1			1	3	5	2		38	
JOELHO (AP + LATERAL)	6	12	2	4	4	4	10	6	10	12	8	4	6	4	14	4	6	10	14	8	7	6	12	6	4	12	12	6	4	2	1	220	
PE / DEDOS DO PE JANTEPÉ	22	12	12	16	14	16	4	12	14	18	14	4	12	16	18	8	12	8	12	18	6	10	8	4	14	10	16	12	8	12	6	368	
PERNA	2	4	0	2	0	4	6	2	0	2	4	2	2	2	2	4	2	2	4	0	0	1	4	4	2	4	2	6	4	2	2	77	
TOTAL (INTERNO)	211	231	196	217	157	181	207	190	179	228	127	151	150	154	193	170	184	166	173	162	136	160	196	144	170	173	179	187	159	166	109	5406	

*DADOS INGRESSADOS DIARIAMENTE CONFORME DEMANDA DE PLANTÃO

RESPONSÁVEL TÉCNICA: Camila de Moura Santos CRTR 24656t

ATA REUNIÃO**DATA: 23/07/2026****HORÁRIO: 10:00****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinário do Núcleo de
Segurança do Paciente****1. PAUTAS ABORDADAS**

01. Atualização do Regimento interno e convite formal aos novos membros
02. Abertura e condução do protocolo de Londres
03. Formação do time de análise

2. DECISÕES

Iniciamos a reunião do núcleo de segurança do paciente com informações pelo doutor pelas mudanças na secretaria de saúde e nos parabenizou pelos projetos submetidos a revista científica do CEJAM.

Senhora Adriana Cristina de Franco cita a atualização do regimento interno e envio das cartas convites aos novos membros.

Senhora Adriana Cristina de Franco cita o motivo da existência do núcleo e análise e tratativa de eventos adversos e análise dos protocolos de Londres e o envolvimento de cada membro nesta análise (documental e entrevistas estruturadas) com acionamento em grupo para análise.

Senhora Adriana Cristina de Franco cita o evento adverso ocorrido em junho na unidade com classificação grave e resolução até o dia 03/08 prazo dado pela qualidade da secretaria de saúde municipal, onde foram indicados para auxiliar no processo de análise documental os membros Dr. William Silvestre – Vice-diretor clínico, Dr. Felipe Haddad – Membro convidado, Renata Meire Bailo – Coordenadora Assistencial e a Stefany Dantas Varelo – Enfermeira SCIRAS.

Foi levantado a questão da utilização do ultrassom para passagem CVC e se houve a negativa da parte do médico do Ultrassom e questões contratuais para disponibilização do aparelho de ultrassom para o setor da emergência e o impacto desse processo na segurança do paciente durante esse processo invasivo e sua acertividade.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Analisar junto ao time de análise do protocolo Londres do caso de junho	Stefany Dantas Varelo / Adriana Cristina de Franco/ Felipe Haddad/ Renata Meire Bailo	03/08/2026	

4. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Eduardo Luna de Oliveira Torres	Vice-presidente	
Adriana Cristina de Franco	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Jussara Mazzetto	Membro	
Stefany Dantas Varelo	Membro	
Bruna Gonçalves de Oliveira	Membro Convidado	
Renata Meire Bailo	Membro	
Bianca dos Santos Garcia	Membro Convidado	

ATA REUNIÃO**DATA: 27/07/2026****HORÁRIO: 15:30****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinária da Comissão de
Revisão de Prontuários****• PAUTAS ABORDADAS**

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

• DECISÕES

Aos 27 de julho de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas, 160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de prontuários estabelecida no endereço acima onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Assistente Administrativo – Secretária
- Renata Meire Bairo – Coordenadora Assistencial - Membro
- Thalia Carvalho – RT Fisioterapeuta – Membro
- Giovana Zandona de Lemos – RT Nutricionista – Membro
- Robson de Souza de Carvalho – Enfermeiro do NIR – Membro
- Talita Caroline Silva – Serviço Social – Membro
- Karina Barbosa da Silva Almeida – Membro

➤ Período de Análise

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

De: 01/05/2026**Até: 31/05/2026**

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

Pág. 1 de 7

➤ **Total de prontuários avaliados: 28**

Setor	Tipo	Quantidade
Emergência	óbito	22
Porta / Observação	Clínica Médica	4
Porta / Observação	Ortopedia	4
Porta / Observação	Pediatria	4
Internação	Emergência	2

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

- Identificação completa do paciente: Dos 36 prontuários analisados não foram sinalizadas falhas com relação aos dados do paciente na abertura de ficha (100% de conformidade).
- Registro de classificação de risco SSVV: Dos 36 prontuários a serem analisados apenas foram revisados 9 onde os 9 possuem classificação de risco/SSVV conformes.
- Registro de escala no atendimento: Dos 36 prontuários a serem analisados apenas foram revisados 9 onde 05 foram aplicadas a escala de glasglow conforme, 5 com escala de maddox conforme, 5 com escala de morse conforme, 5 com escala de News conforme, 5 com escala de Fugulin conforme.
- Registro de anamnese, historia de doença atual inicio dos sintomas e sua evolução em ordem cronologica: Dos 36 prontuários analisados apenas foram revisados 9 onde os 9 se encontravam conformes.
- Registro de checagem de medicação: Dos 36 prontuários analisados apenas foram revisados 9 onde os 9 se encontravam conformes.
- Registro de anotação de medicação realizada: Dos 36 prontuários analisados apenas foram revisados 9 onde os 9 se encontravam conformes.
- Registro de alergias e uso de medicação profilatica: Dos Dos 36 prontuários analisados apenas foram revisados 9 onde os 9 se encontravam conformes.
- Registro de Queixa inicial e duração: Dos 36 prontuários analisados foram registradas queixa inicial e duração com um total de 100% de conformidade
- Exame fisico: dos 36 prontuários analisados 1 não possui registro de exame fisico .
- Registro do CID conforme queixa do paciente: Dos 36 prontuários todos possuem exame fisico compativel com a queixa do paciente.
- Conduta Médica: Dos 36 prontuários analisados todos possuem conduta médica condizente com a queixa principal do paciente.

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

Pág. 2 de7

- Prescrição médica completa e legível: Dos 36 prontuários analisados 1 não possui prescrição médica porém registrada em evolução como medida realizada.
- Registro de enfermagem: Dos 36 prontuários analisados apenas foram revisados 9 onde não foram registradas inconformidades e apenas 3 conformidades relacionadas SAE completa, evolução sistematizada, checagem segura, controle diário de sinais vitais, evolução de enfermagem, plano terapêutico, anotação de enfermagem.
- Evolução multiprofissional: De 36 prontuários analisados ocorreram as seguintes triagens: Nutrição após 48 horas de internação – 6 pacientes conformes e 30 não se aplica. Serviço social – Evolução do serviço social: 7 inconformes, 15 se encontravam conformes e 14 não aplicáveis. Fisioterapia – 36 atendimentos estavam conformes com relação à evolução do fisioterapeuta e em relação à reavaliação funcional todos estão conformes. Farmácia – não foram registradas avaliações.
- Documentos que compõem o prontuário: Dos 36 prontuários analisados dos 8 critérios analisados foram identificadas as seguintes inconformidades: 7 prontuários não possuem preenchimento da ficha de internação hospitalar, 1 ficha de arrolamento de bens está preenchida parcialmente conforme, 6 parcialmente preenchidos termos de direitos e deveres, consentimento livre esclarecido com carimbo e assinatura do profissional e assinatura do paciente / responsável.
- Condição de alta / transferência / óbito: Dos desfechos analisados 22 foram de causa óbito, 07 foram altas imediatas após o atendimento médico na unidade, 06 foram transferidos para outras unidades hospitalares e 1 com alta após internação nesta unidade.

• **INDICADOR**

Indicador	Resultado
Total de prontuários avaliados	36 Prontuários/FAAS
Prontuários conformes	29 Prontuários/FAAS
Prontuários com não conformidades	07 Prontuários/FAAS
Percentual de conformidade (qualitativo)	97,52%
Percentual de conformidade Geral (quantitativo)	97,63%

• **PRINCIPAIS NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS**

- Identificadas inconformidades relacionadas aos registros de classificação de risco e sinais vitais, sendo observado que alguns dos prontuários não analisados pela coordenação assistencial não apresentavam registro de classificação de risco/SSVV, registros com rasuras

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

Pág. 3 de 7

ou uso de corretivo na checagem de medicação do paciente comprometendo a rastreabilidade da avaliação inicial.

- Identificado não preenchimento relacionado as escalas assistenciais, sendo observadas falhas nos registros de Glasgow caracterizadas por ausência de aplicação, preenchimento incompleto ou ausência de atualização conforme condição clínica do paciente.
- Identificadas inconformidades relacionadas ao registro de checagem de medicamentos, sendo encontrados prontuários com falhas na checagem, evidenciando necessidade de reforço quanto à rastreabilidade da administração medicamentosa.
- Identificadas inconformidades referentes a prescrição de medicação onde em prontuário foi informada medidas ao paciente em PCR mas não possui prescrição de medicação para esta intercorrência, comprometendo a rastreabilidade da terapêutica instituída.
- Em relação à conduta médica, foram identificadas inconformidades, tentativa precoce de subir paciente para observação, Paciente com indicação de cuidados paliativos, mas não abordado por equipe, paciente com via aérea difícil com 2 tentativas falhas de IOT, Mascara laríngea que não foi funcionante para ventilar paciente politraumatizado
- Identificadas inconformidades nos registros do Serviço Social, sendo observados 07 prontuários sem evolução conforme critérios institucionais, enquanto 15 apresentavam registros adequados e 14 não eram aplicáveis ao critério avaliado.
- Identificadas inconformidades relacionadas aos documentos que compõem o prontuário, sendo observado falha no preenchimento de ficha de arrolamento de bens em 01, termos de internação e livre esclarecido sem preenchimento, sem data de aplicação e carimbo do enfermeiro que aplicou.
- Identificadas inconformidades relacionadas à ausência de abertura de protocolos assistenciais, sendo observados 01 prontuários sem abertura de protocolo de trauma, desfecho do protocolo de sepse preenchido como alta hospitalar sendo paciente com desfecho de óbito.
- Identificadas inconformidades relacionadas à rastreabilidade dos registros assistenciais, incluindo ausência de informações obrigatórias, preenchimento parcial de documentos institucionais e registros incompletos em prontuário eletrônico.
- Identificadas inconformidades relacionadas à evolução clínica multiprofissional, evidenciando necessidade de fortalecimento dos registros realizados pelas equipes assistenciais, garantindo continuidade do cuidado e acompanhamento adequado da evolução do paciente.

• **ANÁLISE DA COMISSÃO**

Durante a reunião da Comissão de Revisão de Prontuários, foi apresentada a análise documental

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

Pág. 4 de7

referente à amostra de **36 prontuários**, com objetivo de avaliar a qualidade, completude, rastreabilidade e conformidade dos registros assistenciais realizados pelas equipes médica, enfermagem e multiprofissional.

Após análise dos prontuários selecionados sendo que, no componente referente à **análise assistencial**, **apenas 9 prontuários foram efetivamente analisados pela Coordenação Assistencial**. Dessa forma, os achados relacionados à assistência devem ser interpretados considerando a limitação da amostra analisada por este setor.

Na análise dos registros assistenciais, foram identificadas **inconformidades relacionadas à classificação de risco e aos registros de sinais vitais (SSVV)**, especialmente em prontuários que não foram analisados pela Coordenação Assistencial, nos quais foram observadas ausência de registro da classificação de risco e/ou SSVV, além de registros com rasuras e utilização de corretivo em checagens de medicamentos, comprometendo a legibilidade, a integridade e a rastreabilidade das informações referentes à avaliação inicial e à assistência prestada.

Também foram identificadas **falhas no preenchimento e acompanhamento das escalas assistenciais**, especialmente relacionadas à escala de Glasgow, com registros caracterizados por ausência de aplicação, preenchimento incompleto e/ou ausência de atualização conforme a evolução e alteração da condição clínica do paciente.

Quanto à **administração de medicamentos**, foram identificadas inconformidades nos registros de checagem, evidenciando falhas na rastreabilidade da terapêutica administrada e necessidade de reforço junto às equipes quanto ao correto registro da administração dos medicamentos.

Foram ainda identificadas **inconformidades relacionadas às prescrições médicas**, incluindo situação em que foram registradas medidas assistenciais durante atendimento de paciente em parada cardiorrespiratória (PCR), sem a correspondente prescrição das medicações utilizadas na intercorrência, comprometendo a rastreabilidade da terapêutica instituída e a correlação entre a conduta realizada e o registro documental.

Em relação à **conduta médica**, foram observadas situações que demandam atenção e análise assistencial, incluindo tentativa precoce de encaminhamento de paciente para o setor de observação; paciente com indicação de cuidados paliativos sem registro de abordagem pela equipe; atendimento de paciente com via aérea difícil, com duas tentativas de intubação orotraqueal sem sucesso; e utilização de máscara laríngea sem efetividade na ventilação de paciente politraumatizado. Tais situações reforçam a necessidade de avaliação das condutas adotadas, bem como da adequada documentação das decisões clínicas, tentativas realizadas, respostas apresentadas e medidas subsequentes.

No **Serviço Social**, foram identificadas inconformidades em **07 prontuários**, que não apresentavam evolução conforme os critérios institucionais. Em **15 prontuários** foram identificados registros adequados e **14 casos foram considerados não aplicáveis** ao critério avaliado.

Quanto aos **documentos que compõem o prontuário**, foram identificadas falhas no preenchimento da ficha de arrolamento de bens em **01 prontuário**, além de termos de internação e termos de livre esclarecido sem preenchimento adequado, incluindo ausência de data de aplicação e de carimbo do enfermeiro responsável pela aplicação, comprometendo a validade documental e a rastreabilidade dos procedimentos realizados.

Também foram identificadas **inconformidades relacionadas à abertura e ao encerramento de protocolos assistenciais**, sendo observado **01 prontuário sem abertura do protocolo de trauma**. Em outro caso, foi identificado **protocolo de sepse com desfecho registrado como alta hospitalar, embora o paciente tenha evoluído para óbito**, evidenciando inconsistência entre o desfecho registrado no protocolo e a evolução clínica do paciente.

De maneira geral, foram identificadas **inconformidades relacionadas à rastreabilidade dos registros assistenciais**, incluindo ausência de informações obrigatórias, preenchimento parcial de documentos institucionais, registros incompletos no prontuário eletrônico, falhas na checagem de medicamentos e inconsistências entre condutas realizadas e respectivos registros.

Observou-se, ainda, a necessidade de **fortalecimento dos registros das evoluções clínicas multiprofissionais**, de modo a assegurar que as informações referentes à condição clínica, condutas, intervenções e evolução dos pacientes sejam registradas de forma completa, objetiva, legível e tempestiva, garantindo a continuidade e a segurança do cuidado.

Diante dos achados, a **Comissão de Revisão de Prontuários** considera que foram identificadas oportunidades de melhoria relacionadas à **qualidade, completude, consistência e rastreabilidade dos registros assistenciais e multiprofissionais**.

Ressalta-se que, dos **36 prontuários avaliados pela Comissão, somente 9 foram analisados pela Coordenação Assistencial**, devendo os achados específicos desse componente ser considerados dentro do limite da amostra efetivamente analisada.

Recomenda-se o **fortalecimento das orientações e ações educativas junto às equipes assistenciais e multiprofissionais**, com ênfase no correto preenchimento da classificação de risco, sinais vitais e escalas assistenciais; na checagem e rastreabilidade da administração de medicamentos; na adequada formalização das prescrições e condutas realizadas em situações de emergência; no preenchimento completo dos documentos institucionais; na abertura, acompanhamento e encerramento adequado dos protocolos assistenciais; e na realização de evoluções multiprofissionais completas e atualizadas.

Recomenda-se, ainda, **acompanhamento sistemático dos itens apontados nas próximas auditorias**, visando verificar a efetividade das ações implementadas e promover a melhoria contínua da qualidade dos registros e da segurança assistencial.

- PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Gabriela Teles Barbosa	Presidente	
Hanne Cabral dos Santos	Secretária	
Robson de Souza de Carvalho	Membro	
Renata Meire Bailo	Membro	
Giovana Zandona de Lemos	Membro	
Thalia Carvalho	Membro	
Talita Caroline Silva	Membro	
Karina Barbosa da Silva Almeida	Membro	

ATA REUNIÃO**DATA: 27/07/2026****HORÁRIO: 15:30****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinária Comissão de
Revisão de óbitos****• PAUTAS ABORDADAS**

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

• DECISÕES

Aos 27 de julho de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiaguas, 160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de Óbitos estabelecida no endereço acima, onde foram convocados:

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

Foram analisadas nesta comissão 22 óbitos referentes ao mês de maio sendo desses 07 óbitos institucionais (31,81%) e 15 não institucionais (68,18%).

Das análises iniciais 17 prontuários se encontravam dentro da conformidade e 5 com inconformidades no registro (1 com letra ilegível e 1 sem registro de prescrição, protocolo de SEPSE encerrado como alta e não como óbito, Preenchimento incompleto do termo de internação). 18 óbitos foram considerados pelos membros como esperados (81,81%) e 04 como não esperado (18,18%).

Perfil Etário

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

- Acima de 90 anos: 00 óbitos (0%)

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

- 81 a 90 anos: 03 óbitos (13,6%)
- 71 a 80 anos: 09 óbitos (40,9%)
- 61 a 70 anos: 06 óbitos (27,3%)
- 51 a 60 anos: 02 óbitos (9,1%)
- 41 a 50 anos: 00 óbitos (0%)
- 31 a 40 anos: 01 óbitos (4,5%)
- 21 a 30 anos: 00 óbitos (0%)
- Abaixo de 21 anos: 01 óbitos (4,5%)

Na comparação entre abril e o período atual, observa-se **aumento do número total de óbitos**, passando de **15 para 22 casos**, representando um acréscimo de **7 óbitos (46,7%)**.

O principal destaque está nas faixas de **71 a 80 anos** e **61 a 70 anos**, que apresentaram aumento expressivo. Os óbitos entre 71 e 80 anos passaram de **4 (26,7%) para 9 (40,9%)**, enquanto a faixa de 61 a 70 anos passou de **1 (6,7%) para 6 (27,3%)**.

Consequentemente, houve maior concentração dos óbitos na população entre **61 e 80 anos**, que passou de **5 casos (33,4%) em abril para 15 casos (68,2%) no período atual**.

Em contrapartida, houve redução dos óbitos entre **31 e 40 anos**, de 3 para 1 caso, e entre **51 e 60 anos**, de 3 para 2 casos. Também não foram registrados óbitos acima de 90 anos no período atual, enquanto abril apresentou 2 casos.

De forma geral, o perfil de mortalidade apresentou mudança importante, com maior concentração dos óbitos em pacientes de **61 a 80 anos**, especialmente na faixa de 71 a 80 anos. Esse comportamento reforça a importância do acompanhamento da distribuição etária dos óbitos para identificar mudanças no perfil epidemiológico e subsidiar as análises da Comissão de Óbitos.

Gênero

- **Feminino:** 9 casos → **40,9%**
- **Masculino:** 13 casos → **59,1%**

O perfil por gênero apresentou **inversão da predominância**. Em abril, os óbitos femininos foram predominantes, representando **53,3%** dos casos. No período atual, os óbitos masculinos passaram a predominar, com **59,1%**, enquanto os femininos corresponderam a **40,9%**.

Em números absolutos, houve aumento de **1 óbito feminino**, passando de 8 para 9 casos, enquanto os óbitos masculinos aumentaram em **6 casos**, passando de 7 para 13.

Dessa forma, o período atual apresenta **maior concentração de óbitos no sexo masculino**, representando uma mudança relevante em relação ao perfil observado em abril.

- **Perfis de Óbito**

A imagem fornecida detalha as causas dos óbitos em maio:

CID DE ENTRADA

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 01 (Cardiopatia Chagásica:01, Cateterismo Cardíaco: 01)
- Doença do sistema nervoso: 01 (Epilepsia: 01)
- Outros: 08 (Demência causada por Alzheimer: 01, SEPSE de foco cutâneo:01, Dor abdominal e pélvica: 01, Septicemia não especificada: 01, Neoplasia Maligna do intestino delgado: 01, Neoplasia de Próstata: 01, Dor torácica não especificada: 01, Dor torácica ao respirar: 01)
- Trauma: 01 (Traumatismo de região não especificado: 01)
- Doença do sistema respiratório: 04 (Infecção de vias aéreas: 01, DPOC: 01, Pneumonia por microrganismo não especificado:01, Pneumonia não especificada: 01)

CID SECUNDÁRIO

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 02 Casos (AVE com sequelas:01, Rompimento de pseudoaneurisma de artéria femoral: 01)
- Doença do sistema circulatório/cardiovascular: 02 casos (Insuficiência cardíaca: 02)
- Outros: 06 casos (SEPSE de foco urinário: 01, SEPTICEMIA não especificada: 01, SEPSE de foco pulmonar: 02, Metástase hepática: 01, Choque séptico pulmonar: 01)
- Doença do sistema respiratório: 01 casos (Insuficiência respiratória: 01)

CID DEFINITIVO

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 02 (AVE com sequelas:01, IAM:01)
- Outros: 04 Casos (Choque séptico: 02, Hipotensão refratária: 01, Choque hemorrágico: 01)
- Doença do sistema respiratório: 04 casos (Broncopneumonia: 01, Insuficiência respiratória: 02, Choque séptico pulmonar: 01)
- Encaminhado ao SVO: 12

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

Pág. 3 de6

Local de Ocorrência dos Óbitos

Os locais de ocorrência dos óbitos em maio foram:

- Emergência: 19 casos (86,4%)
- Em Transporte: 00 caso (0%)
- Em Residência: 01 Casos (4,5%)
- Resgate: 02 Casos (9,1%)

Na comparação entre abril e o período atual, observa-se **aumento significativo da concentração dos óbitos ocorridos na emergência**, passando de **7 casos (46,7%) em abril para 19 casos (86,4%)** no período atual. Isso representa aumento de **12 casos** e de **39,7 pontos percentuais**.

Em contrapartida, houve **redução expressiva dos óbitos ocorridos em residência**, que passaram de **5 casos (33,3%) para apenas 1 caso (4,5%)**. Também houve redução dos óbitos registrados em **resgate**, de **3 casos (20,0%) para 2 casos (9,1%)**.

Não foram registrados óbitos **em transporte** em nenhum dos dois períodos.

De forma geral, os dados demonstram uma **mudança importante no perfil do local de ocorrência dos óbitos**, com forte concentração dos casos na emergência no período atual. Enquanto em abril os óbitos estavam mais distribuídos entre emergência, residência e resgate, no período atual **86,4% ocorreram na emergência**. Esse resultado merece acompanhamento pela Comissão de Óbitos, especialmente para avaliar o perfil clínico, gravidade dos pacientes e condições de chegada à unidade.

• Taxa de Conformidade

- Conformidade: aproximadamente 81,81%
- Não conformidade: aproximadamente 18,18%

Na comparação entre abril e maio, observa-se **redução da taxa de conformidade dos prontuários**, passando de **93,3% em abril para 77,3% em maio**, representando uma redução de **16,0 pontos percentuais**.

Embora o número absoluto de prontuários conformes tenha aumentado de **14 para 17**, houve também aumento expressivo das inconformidades, que passaram de **1 caso (6,7%) em abril para 5 casos (22,7%) em maio**.

As principais inconformidades identificadas em maio foram relacionadas à **letra ilegível, ausência de registro de prescrição, encerramento inadequado de protocolo de sepse e preenchimento incompleto do termo de internação**.

Dessa forma, os dados demonstram **piora proporcional na conformidade dos registros assistenciais em maio**, indicando a necessidade de reforçar as ações de orientação e monitoramento das equipes, especialmente quanto ao preenchimento completo, legibilidade e encerramento adequado dos registros e protocolos assistenciais.

- **Índice de Tempo de Internação**

- Pacientes com mais de 24 horas: 07 (31,8%)
- Pacientes com menos de 24 horas: 15 (68,2%)

Na comparação entre abril e o período atual, observa-se **aumento da proporção de pacientes com permanência superior a 24 horas**. Esse grupo passou de **2 casos (13,3%) em abril para 7 casos (31,8%)**, representando aumento de **5 casos** e de **18,5 pontos percentuais**.

Em relação aos pacientes com permanência inferior a 24 horas, houve aumento no número absoluto, passando de **13 para 15 casos**. Entretanto, considerando o crescimento do total analisado, sua participação percentual reduziu de **86,7% para 68,2%**.

De forma geral, os dados indicam que, no período atual, houve **maior proporção de pacientes que permaneceram na unidade por mais de 24 horas**, quando comparado a abril. Esse comportamento pode estar relacionado ao perfil clínico dos pacientes, à necessidade de maior tempo para estabilização, investigação diagnóstica, tratamento ou definição do desfecho assistencial.

- **Cuidados Paliativos**

Pacientes Classificados em Prontuário como Cuidados Paliativos: 08 (36,36%)

• **Observações e chances de melhorias**

- Paciente procurou atendimento por 2 vezes no mesmo dia antes da admissão em sala de emergência.
- Tentativa precoce de subir paciente para observação, Paciente com indicação de cuidados paliativos, mas não abordado por equipe.
- Paciente com via área difícil com 2 tentativas falhas de IOT, Mascara laríngea que não foi funcionante para ventilar paciente politraumatizado, Feito cricoteroidostomia em sala de emergência devido dificuldade de VAD, Feito contato com regulação, que não dispôs de vaga zero - orientado ir ao SAMEB para realização de tomografia - paciente não tinha condições de realizar tomografia em outra unidade de pronto atendimento. Falta de vaga em unidade hospitalar e falta de avaliação da neurologia pela regulação.
- Transferência precoce de leito de emergência para leito de observação.
- Médico que atendeu não é o mesmo que preencheu a SVO e médico que preencheu SVO não estava em atendimento no plantão. Não há registros de manobras de RCP ou o porquê não foram feitas.
- Falta de disponibilidade de leito em unidades hospitalares. Internação de longa permanência em ambiente de pronto atendimento.

• **PLANOS DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS

• **PARTICIPANTES**

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

ATA REUNIÃO**DATA: 29/07/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: COMISSÃO BIOSSEGURANÇA****1. Pautas Abordadas**

A Sra. Tatiana iniciou a reunião realizando a leitura das pendências da reunião anterior (junho), apresentando o andamento das ações relacionadas à Biossegurança, contemplando prevenção de acidentes ocupacionais, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e ações de sustentabilidade ambiental.

1.1 Prevenção de Acidentes com Material Biológico

Foi informado que a elaboração do quadro de acidentes de trabalho permanece em andamento e será concluída para fixação no corredor da Emergência, com o objetivo de divulgar os indicadores e fortalecer a cultura de prevenção.

A revisão do Fluxograma de Atendimento ao Acidente com Material Biológico encontra-se concluída, restando apenas a validação da Sra. Paula juntamente com a Qualidade, após seu retorno de férias.

Foi reforçada a obrigatoriedade do uso de óculos de proteção e luvas durante os procedimentos assistenciais, conforme orientação anterior. Reiterou-se que o descumprimento das normas de biossegurança poderá ser passível de medidas administrativas.

Também permanece pendente a plastificação e fixação dos fluxogramas e informativos referentes ao descarte correto de resíduos, aguardando a liberação do recurso de fundo fixo.

Em razão do aumento dos acidentes com perfurocortantes, foi confirmado treinamento obrigatório para os dias 30 e 31, destinado aos profissionais assistenciais, com foco na prevenção de acidentes, percepção de risco e fortalecimento da cultura de segurança.

1.2 Análise dos Acidentes com Perfurocortantes

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

Pág. 1 de7

A Sra. Tatiana apresentou a análise dos três acidentes registrados no mês de junho.

Foram discutidas as circunstâncias envolvendo:

- acidente durante auxílio em punção venosa com Jelco 16;
- perfuração durante o acionamento do dispositivo de segurança após administração de medicação intramuscular, em cenário de elevada demanda assistencial;
- perfuração provocada por material descartado inadequadamente dentro do coletor de perfurocortantes.

Foi registrado que todos os eventos foram investigados, com abertura dos protocolos institucionais, atendimento aos colaboradores e realização das orientações pertinentes.

1.3 Cultura de Segurança

O Sr. Eduardo propôs avaliar, juntamente com o Recursos Humanos, a possibilidade de adoção de medidas administrativas quando caracterizado descumprimento das normas de segurança.

A Sra. Stefany ponderou que tais medidas sejam adotadas apenas em situações de reincidência, considerando que uma postura excessivamente punitiva pode desencorajar a notificação dos acidentes, comprometendo a cultura de segurança da instituição.

1.4 Educação Permanente

O Sr. Eduardo sugeriu incentivar a realização da trilha institucional de treinamentos pelos colaboradores fora do horário de trabalho, mediante conversão da carga horária em banco de horas, desde que comprovada a conclusão dos cursos.

Também sugeriu avaliar mecanismos que impeçam aceleração dos vídeos ou mudança de tela durante as capacitações.

A Sra. Jussara informou que aguarda liberação de acesso ao sistema para acompanhar os indicadores de conclusão dos treinamentos e apoiar as lideranças na divulgação das pendências.

1.5 Notificações no SINAN

A Sra. Stefany relatou dificuldades no preenchimento das notificações de acidentes de trabalho no SINAN, informando que inconsistências nas fichas vêm gerando apontamentos da Secretaria Municipal de Saúde.

Foi discutida a possibilidade de treinamento específico sobre o sistema, porém informado que, no momento, não há previsão por parte da Secretaria de Saúde.

A Sra. Tatiana colocou-se à disposição para realizar análise prévia das notificações de acidentes de trabalho antes do envio, visando reduzir inconsistências e padronizar os registros.

1.6 Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

A Sra. Mara informou que o processo para contratação da empresa Nelmar, visando aquisição/locação da balança para pesagem de resíduos, encontra-se em fase final.

O Sr. Eduardo informou que a adequação dos abrigos de resíduos permanecerá suspensa até o início da reforma da unidade.

Quanto ao ar-condicionado da Morgue, foi informado que a autorização já foi concedida, ficando sob responsabilidade da Sra. Mara verificar equipamento disponível para instalação e avaliar sua forma de funcionamento.

A Sra. Tatiana informou que a implantação das caixas laranjas para resíduos químicos permanece aguardando definição do fluxo pela Secretaria de Saúde e autorização das empresas coletoras.

Foi solicitado apoio da Comissão de Auditoria para realização das auditorias periódicas do PGRSS.

1.7 Sustentabilidade Ambiental

O Sr. Eduardo promoveu uma reflexão sobre a importância da ampliação das ações ambientais da unidade.

Destacou que as unidades de saúde são grandes geradoras de resíduos e que o gerenciamento ambiental deve ir além das exigências legais do PGRSS.

Foram discutidas propostas para:

- fortalecimento da coleta seletiva;
- ampliação da reciclagem de papel, plástico, vidro e metal;
- monitoramento da destinação de óleo de cozinha, resíduos orgânicos, pilhas, baterias, resíduos eletroeletrônicos e bitucas de cigarro;
- desenvolvimento de projetos de logística reversa;
- implantação de projetos de compensação ambiental, incluindo plantio e monitoramento de árvores;
- fortalecimento da cultura ambiental entre os colaboradores.

O Sr. Eduardo ressaltou que a Comissão de Biossegurança deve estimular uma visão mais ampla da responsabilidade socioambiental da unidade, incentivando iniciativas inovadoras voltadas à sustentabilidade.

2. Decisões

Ficou deliberado que:

- concluir o quadro de acidentes e divulgar os indicadores na Emergência;
- validar o fluxograma de acidente com material biológico junto à Qualidade;
- manter o reforço institucional quanto ao uso obrigatório dos EPIs;

- realizar treinamento obrigatório sobre prevenção de acidentes com perfurocortantes;
- manter investigação de todos os acidentes com material biológico;
- avaliar critérios para medidas administrativas em casos de reincidência no descumprimento das normas de biossegurança;
- incentivar a realização da trilha de treinamentos institucionais;
- apoiar tecnicamente o preenchimento das notificações do SINAN;
- acompanhar futuras capacitações promovidas pela Secretaria de Saúde;
- concluir o processo de instalação da balança para pesagem de resíduos;
- aguardar a reforma para adequação dos abrigos de resíduos;
- implantar as caixas laranjas após aprovação do fluxo pela Secretaria de Saúde;
- fortalecer as auditorias do PGRSS;
- ampliar as ações de sustentabilidade ambiental desenvolvidas pela unidade.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Concluir o quadro de acidentes e fixá-lo no corredor da Emergência	Sra Tatiana	Em andamento	
Validar o Fluxograma de Acidente com Material	Sra Paula / Qualidade	Em andamento	

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

Pág. 5 de7

Plastificar e fixar fluxogramas e informativos	Mara	Em andamento	
Realizar treinamento obrigatório sobre prevenção de acidentes	Sesmt / ccih / neep	Próxima Reunião	
Fixar os informativos nas caixas laranjas sobre o descarte correto dos resíduos.	Comissão	Próxima Reunião	
Apoiar a revisão das notificações de acidentes no SINAN	Sra Tatiana	Próximo Reunião	
Concluir contratação e instalação da balança de pesagem de resíduos e definir Local	Mara	Próxima Reunião	
Verificar instalação do ar-condicionado da Morgue	Mara	Próxima Reunião	
Implantar as caixas laranjas para resíduos químicos	Aguardar a secretaria	Próxima Reunião	

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

Pág. 6 de7

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

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

ATA REUNIÃO**DATA: 29/07/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: Comissão PGRSS****1. Pautas Abordadas**

A Sra. Tatiana iniciou a reunião realizando a leitura das pendências da reunião anterior (junho) e apresentou a atualização dos seguintes assuntos:

1. Aquisição/locação da balança para pesagem de resíduos

A Sra. Mara informou que o processo encontra-se em fase final de contratação junto à empresa Nelmar. Informou ainda que, em breve, representantes da empresa realizarão visita técnica à unidade para avaliação do local e adequação para instalação da balança.

2. Adequação dos abrigos de resíduos

O Sr. Eduardo informou que as adequações dos abrigos de resíduos deverão aguardar a execução da reforma da unidade. Dessa forma, o tema permanecerá suspenso temporariamente, não sendo mantido como pauta recorrente até que haja avanço da obra.

3. Ar-condicionado da Morgue

O Sr. Eduardo informou que a autorização para a execução do serviço já foi concedida. Ao ser questionada, a Sra. Mara informou que ainda não havia direcionado a demanda ao zelador, comprometendo-se a verificar qual equipamento de ar-condicionado poderá ser recuperado e destinado à Morgue. O Sr. Eduardo solicitou apenas que seja avaliada a necessidade de funcionamento contínuo do equipamento ou se este poderá permanecer ligado somente quando houver permanência de cadáver no local.

4. Implantação das caixas laranjas para resíduos químicos

A Sra. Tatiana informou que as caixas laranjas ainda não foram instaladas, pois a unidade aguarda a definição e validação do fluxo pela Secretaria de Saúde, bem como a autorização para que as empresas coletoras realizem a destinação adequada desses resíduos. Informou também que os informativos de identificação das caixas amarela e laranja serão fixados após a liberação do recurso de fundo fixo para a plastificação do material.

5. Auditorias do PGRSS

A Sra. Tatiana solicitou apoio para a realização das auditorias relacionadas ao gerenciamento de resíduos. O Sr. Eduardo informou que a atividade poderá ser desenvolvida em conjunto com a Comissão de Auditoria da unidade, visando fortalecer o acompanhamento e a conformidade dos processos.

2. Decisões

- Aguardar a conclusão do processo de contratação da empresa Nelmar e a visita técnica para definição do local de instalação da balança de pesagem de resíduos.
- Manter suspensa a pauta referente à adequação dos abrigos de resíduos até o início das obras de reforma da unidade.
- A Sra. Mara verificará a possibilidade de recuperação e instalação de um equipamento de ar-condicionado na Morgue, avaliando, juntamente com a equipe responsável, a necessidade de funcionamento contínuo do equipamento.
- Permanecer aguardando a definição do fluxo pela Secretaria de Saúde e a autorização para coleta dos resíduos químicos, antes da implantação definitiva das caixas laranjas e da fixação dos materiais informativos.
- As auditorias do PGRSS passarão a contar com apoio da Comissão de Auditoria da unidade, conforme alinhamento realizado durante a reunião.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Concluir o processo de contratação da empresa Nelmar e agendar a visita técnica para definição do local de instalação da balança para pesagem de resíduos	Sra Mara	Em andamento	
Definir e adequar o local para instalação da balança após a	Sra Mara / comissão	Em andamento	

visita técnica da empresa.			
Verificar a disponibilidade de equipamento de ar-condicionado, providenciar sua instalação na Morgue e avaliar a necessidade de funcionamento contínuo ou sob demanda..	Sra Mara	Em andamento	
Acompanhar a definição e aprovação do fluxo de gerenciamento dos resíduos químicos junto à Secretaria de Saúde..	Comissão /SESMT	Próxima reunião	
Implantar as caixas laranjas e fixar os informativos nas caixas amarela e laranja após a autorização da Secretaria e liberação da coleta pela empresa responsável.	Sesmt / Comissão	Próxima reunião	

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

Pág. 3 de6

Considerações sobre a ampliação das ações ambientais do PGRSS

O Sr. Eduardo trouxe importantes reflexões sobre o papel do PGRSS, destacando que sua abrangência deve ir além do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, tornando-se uma ferramenta estratégica para fortalecer a sustentabilidade ambiental da unidade e da instituição como um todo.

Ressaltou que as unidades de saúde são, naturalmente, grandes geradoras de resíduos e potenciais poluidoras, razão pela qual é fundamental refletir continuamente sobre quais ações podem ser implementadas para minimizar os impactos ambientais decorrentes das atividades assistenciais.

Nesse contexto, enfatizou que iniciativas de sustentabilidade devem ser incorporadas à rotina da unidade e tratadas como parte integrante da cultura organizacional, destacando, entre outras, as seguintes ações:

- Fortalecer a segregação e a reciclagem de materiais recicláveis, como papel, plástico, metal e vidro;
- Disponibilizar e incentivar o uso correto de lixeiras destinadas à coleta seletiva;
- Monitorar e acompanhar a destinação de resíduos como óleo de cozinha, resíduos orgânicos, pilhas, baterias, equipamentos eletroeletrônicos e bitucas de cigarro, mesmo quando a coleta e destinação forem realizadas por empresas terceirizadas;
- Mapear oportunidades para ampliar projetos de reciclagem e logística reversa na unidade;
- Desenvolver projetos de compensação ambiental, como plantio de árvores, identificando áreas do município que possam receber essas ações e estabelecendo o acompanhamento do desenvolvimento das mudas plantadas.

Ao final, o Sr. Eduardo reforçou que o PGRSS deve evoluir para uma visão mais ampla da gestão ambiental, estimulando a unidade a "pensar fora da caixa", promovendo ações que contribuam efetivamente para a preservação do meio ambiente e fortaleçam a responsabilidade socioambiental do CEJAM.

Ações Estratégicas de Sustentabilidade Ambiental

Nº	Ação	Responsável	Prazo
9	Elaborar um plano de fortalecimento da coleta seletiva, avaliando a necessidade de ampliação dos pontos de descarte para materiais recicláveis.	Comissão do PGRSS / Sra. Tatiana	Outubro/2026
10	Mapear os fluxos de destinação de óleo de cozinha, resíduos orgânicos, pilhas, baterias, resíduos eletroeletrônicos e bitucas de cigarro, acompanhando a atuação das empresas terceirizadas.	Comissão do PGRSS	Novembro/2026
11	Desenvolver projeto de sustentabilidade ambiental da unidade, contemplando ações de reciclagem, logística reversa e educação ambiental para colaboradores.	Comissão do PGRSS / Educação Permanente	Dezembro/2026
12	Identificar, em conjunto com o município ou parceiros, áreas para plantio de árvores e elaborar cronograma de acompanhamento das mudas como ação de compensação ambiental.	Comissão do PGRSS / Gestão da Unidade	Dezembro/2026

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

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

ATA REUNIÃO**DATA: 29/07/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: Comissão PPRAMP****1. Pautas Abordadas**

A Sra. Tatiana iniciou a reunião com a leitura das pendências da reunião anterior (junho), apresentando as tratativas e o andamento de cada ação.

1.1 Quadro de Acidentes de Trabalho

A Sra. Tatiana informou que a elaboração do quadro de acidentes permanece em andamento e será concluída assim que houver disponibilidade. Após sua finalização, o material será fixado no corredor da Emergência, com o objetivo de divulgar os indicadores e promover a conscientização dos colaboradores.

1.2 Revisão do Fluxograma de Acidente com Material Biológico

Foi informado que o fluxograma revisado já está concluído, restando apenas a validação pela Sra. Paula, em conjunto com a equipe da Qualidade, após seu retorno de férias.

1.3 Uso obrigatório de óculos de proteção e luvas

Em atendimento à solicitação da Sra. Paula, foi reforçada a orientação quanto ao uso obrigatório de óculos de proteção e luvas durante os procedimentos assistenciais. Foi reiterado que o descumprimento das medidas de segurança poderá ser passível de medidas administrativas, conforme normas institucionais.

1.4 Fixação dos materiais informativos

A fixação dos informativos referentes às caixas laranja, caixas amarelas e do fluxograma de acidente com material biológico permanece pendente, aguardando a liberação do recurso de fundo fixo para plastificação dos materiais.

1.5 Treinamento sobre prevenção de acidentes

Em razão dos acidentes registrados, conforme solicitação da Sra. Paula, foi programado treinamento obrigatório para os dias 30 e 31, destinado aos colaboradores assistenciais. O treinamento terá como objetivo promover reflexão sobre os riscos ocupacionais aos quais os profissionais estão expostos, reforçando a importância das medidas preventivas e estimulando uma cultura de segurança.

1.6 Análise dos acidentes com perfurocortantes

A Sra. Tatiana informou que, durante o mês de junho, foram registrados três acidentes envolvendo materiais perfurocortantes.

Acidente 1: Durante uma punção venosa com Jelco 16, realizada pela Dra. Rubia, uma colaboradora prestava auxílio ao procedimento. Após a inserção do dispositivo, ao realizar a retirada da agulha guia, houve movimentação inadvertida do perfurocortante, ocasionando perfuração acidental na mão da colaboradora que estabilizava o membro do paciente.

Acidente 2: Após administração de medicação por via intramuscular, a colaboradora sofreu perfuração na palma da mão direita ao acionar o dispositivo de segurança da agulha. Em análise do evento, foi identificado que o dispositivo foi segurado muito próximo à conexão da agulha durante o acionamento. A colaboradora também relatou que o setor de Emergência se encontrava sob elevada demanda assistencial devido ao atendimento simultâneo de uma parada cardiorrespiratória.

Acidente 3: Após coleta utilizando scalp 23G, a colaboradora acionou o dispositivo de segurança e, durante o descarte no coletor de perfurocortantes, sofreu perfuração provocada por outro scalp que se encontrava com a agulha exposta dentro do coletor. A colaboradora acredita que o coletor poderia estar próximo de sua capacidade máxima, embora não tenha conseguido confirmar essa condição. Foi registrado que, para os três acidentes, foram abertos os protocolos institucionais, realizados os atendimentos necessários e fornecidas orientações aos colaboradores envolvidos.

1.7 Discussão sobre responsabilização e cultura de segurança

O Sr. Eduardo sugeriu avaliar, juntamente com o setor de Recursos Humanos, a possibilidade de aplicação de medidas disciplinares quando ficar caracterizado o descumprimento dos procedimentos de segurança.

Em contraponto, a Sra. Stefany manifestou entendimento de que medidas disciplinares sejam aplicadas apenas em casos de reincidência, considerando que a adoção imediata dessa prática poderá desencorajar a notificação dos acidentes, comprometendo a cultura de segurança e a investigação dos eventos.

1.8 Capacitação por meio da trilha de treinamentos

O Sr. Eduardo propôs incentivar a realização da trilha de treinamentos institucionais pelos colaboradores fora do horário de trabalho, com conversão da carga horária em banco de horas mediante apresentação do certificado de conclusão.

Ressaltou ainda a importância de verificar junto ao sistema de treinamentos mecanismos que impeçam a aceleração dos vídeos ou a troca de telas durante a capacitação, garantindo o efetivo aproveitamento do conteúdo.

1.9 Preenchimento das notificações no SINAN

A Sra. Stefany solicitou apoio da Comissão em relação ao preenchimento das notificações de acidentes de trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), relatando que têm ocorrido inconsistências no preenchimento das fichas, o que tem gerado apontamentos e cobranças por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

A Sra. Tatiana questionou sobre a possibilidade de realização de um treinamento específico para o correto preenchimento das notificações no sistema. Em resposta, a Sra. Stefany informou que a Secretaria de Saúde prevê a realização de capacitações relacionadas a outros tipos de notificações do SINAN, porém, no momento, não há previsão para treinamento voltado às notificações de acidentes de trabalho, em razão da indisponibilidade da equipe responsável.

Diante da necessidade apresentada, a Sra. Tatiana colocou-se à disposição para apoiar o processo, comprometendo-se a realizar uma análise prévia das notificações de acidentes de trabalho antes de seu envio, visando identificar possíveis inconsistências, padronizar as informações e contribuir para a melhoria da qualidade dos registros encaminhados à Secretaria de Saúde.

A Sra. Jussara informou que está aguardando a liberação de seu acesso ao sistema para acompanhar os indicadores de conclusão dos treinamentos, identificar os colaboradores pendentes e apoiar a divulgação das ações educativas.

2. Decisões

- Concluir e divulgar o quadro de acidentes de trabalho no corredor da Emergência.
- Validar o fluxograma revisado de acidente com material biológico junto à Qualidade após o retorno da Sra. Paula.
- Manter o reforço institucional quanto ao uso obrigatório de óculos de proteção e luvas durante os procedimentos assistenciais.
- Realizar os treinamentos obrigatórios nos dias 30 e 31, com foco na prevenção de acidentes com perfurocortantes e fortalecimento da cultura de segurança.
- Manter a investigação e análise de todos os acidentes com material biológico, garantindo abertura de protocolo e orientação aos colaboradores.
- Avaliar, em conjunto com o Recursos Humanos, a possibilidade de adoção de medidas administrativas em casos de descumprimento dos procedimentos de segurança, preservando a cultura de notificação dos acidentes.
- Verificar a viabilidade técnica da conversão da trilha de treinamentos em banco de horas, bem como mecanismos de controle que garantam a efetiva realização dos cursos.

- A Sra. Tatiana realizará apoio técnico na análise das notificações de acidentes de trabalho no SINAN, com o objetivo de reduzir inconsistências e melhorar a qualidade das informações encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde.
- A Comissão acompanhará a disponibilização de futuras capacitações promovidas pela Secretaria de Saúde sobre o preenchimento das fichas do SINAN, incentivando a participação dos profissionais envolvidos.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Concluir o quadro de acidentes e realizar sua fixação no corredor da Emergência	SRa Tatiana	Próxima reunião	
Validar o fluxograma de acidente com material biológico junto à Qualidade após o retorno da Sra. Paula..	Sr. Paula		
Providenciar a plastificação e fixação dos informativos das caixas laranja, caixas amarelas e fluxograma	Sra. Tatiana /Mara		

após liberação do fundo fixo.			
Realizar treinamento obrigatório sobre prevenção de acidentes com perfurocortantes.	SESMT / Comissão		
Fixação dos informativos sobre o descarte correto de materiais nas caixas amarelas de Perfurocortantes.	SESMT / Comissão		

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

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

ATA DE REUNIÃO DE CIPA (29/06/2026) – GESTÃO 2026/2027

UNIDADE: Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo Freitas

PRÓ-MEMÓRIA				
Horário de início: 08h30	Horário de término: 09h30			
Local: Sala de Treinamento	Data: 29/07/02026			
Membros Presentes (Representantes Indicados e Eleitos)				
TATIANA MARIA BARROS	Presente			
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI	Presente			
HANNE CABRAL DOS SANTOS	Presente			
DOUGLAS JOSE FRANCISCO	Presente			
JANAINA MACHADO RAMIRO	Presente			
GIOVANA ZANDONA LEMOS	Presente			
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA	Presente			
Membros Ausentes (Representantes Indicados e Eleitos)				
Membro	Justificativa da Ausência			
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES	Ausência justificada saída antecipada			
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS	Ausência justificada devido à ferias			
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO	Ausência justificada devido à ferias			
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES	Faltou			
DANIELE DA SILVA	Ausência justificada devido à folga			
Participante Convidados				
Eduardo Luna				
ASSUNTOS DISCUTIDOS				
Item	Assunto/Ocorrência	Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas a serem tomadas	Responsável	Prazo
1	Realizada a leitura das pendências do mês de junho	Dar continuidade às ações pendentes e acompanhar sua execução.	Presidente da CIPA e membros	Contínuo
	Treinamento em parceria com o PPRAMP	Realizar o treinamento "Acidente com Perfurocortante: Vale a Pena Correr Esse Risco?" para reforçar as medidas de prevenção e biossegurança.	ESMT / PPRAMP / CIPA	30 e 31 julho
	Atualização dos Mapas de Risco	Dar continuidade à atualização dos Mapas de Risco de todos os setores da unidade.	sesmt	Agosto
	Inspeções de Segurança	Incentivar maior participação dos membros nas inspeções periódicas, aumentando a adesão e o registro das não conformidades.	Membros da cipa	Mensal

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

	Uso de EPIs e apresentação pessoal	Manter orientações sobre cabelos presos, utilização de óculos de proteção e uso correto das luvas durante as atividades assistenciais.	Cipeiros	Julho
	Organização da SIPAT	Solicitar que todos os membros encaminhem sugestões de palestras, campanhas e atividades para composição da programação da SIPAT.	Cipeiros	julho
	Ajuda de custo para a SIPAT	Buscar apoio junto às empresas parceiras para colaboração com a SIPAT, garantindo transparência e prestação de contas dos recursos recebidos. (Dr Eduardo)	Cipeiros	Setembro
	Fiscalização dos EPIs	Intensificar a atuação dos membros da CIPA na fiscalização do uso correto dos EPIs e na inspeção das caixas coletoras de perfurocortantes.	Todos Cipeiros	continuo
	Presença da CIPA nos setores	Ampliar a presença dos membros nos setores para fortalecer a cultura de segurança e aproximar a comissão dos colaboradores.	Todos Cipeiros	Continua
	Análise dos acidentes de junho	Manter a análise crítica dos acidentes com perfurocortantes, propondo ações preventivas além das orientações individuais previstas no protocolo institucional.	Sra Tatiana	Agosto/setembro
	Implantação de indicador visual de segurança	Avaliar a implantação de murais nos setores informando a quantidade de dias sem acidentes, estimulando a prevenção e o cuidado coletivo entre as equipes.	Sra Tatiana	Agosto/setembro
	Treinamento direcionado por setor	Avaliar a realização de treinamentos específicos para equipes dos setores onde ocorrerem acidentes, envolvendo colaboradores dos plantões diurno e noturno, visando reforçar a prevenção e a responsabilidade compartilhada.	Sra Tatiana	Sob demanda

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

PENDÊNCIAS DE REUNIÃO ANTERIOR

Item	Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas Pendentes	Responsável	Prazo Inicial	Novo Prazo	Motivo
1	Mapas de Riscos	Cipeiros	Julho	Agosto	Demanda
2	Sipat do 21 a 25 de setembro	Cipa local	Julho	Agosto	aguardar
3	Treinamento sobre prevenção de acidentes com perfurocortantes	Sesmt/ppramp/cipa	Julho	Julho	
4	Inspeções de Segurança	Cipeiros	Mensal	Mensal	
5	Orientação sobre uso de EPIs	Cipeiros	Mensal	Mensal	
6	Fiscalização das caixas de perfurocortantes	Cipeiros	Mensal	Mensal	

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

Assinatura em lista de presença anexa a esta ata.

**LISTA DE PRESENÇA – REUNIÃO DA CIPA
(NOME DA UNIDADE)**

Data: 29/07/2026	Horário: 08h30 às 09h30	Local: Sala de Treinamento
Participante	Função na CIPA	Assinatura
TATIANA MARIA BARROS	Presidente	<i>[Assinatura]</i>
JANAINA MACHADO RAMIRO	Vice- Presidente	<i>[Assinatura]</i>
DOUGLAS JOSE FRANCISCO	Membro	<i>[Assinatura]</i>
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA	Secretaria	<i>[Assinatura]</i>
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI	Membro	<i>[Assinatura]</i>
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES	Membro	<i>[Assinatura]</i>
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS	Membro	<i>[Assinatura]</i>
HANNE CABRAL DOS SANTOS	Membro	<i>[Assinatura]</i>
DANIELE DA SILVA	Membro	<i>[Assinatura]</i>
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES	Membro	<i>[Assinatura]</i>
GIOVANA ZANDONA LEMOS	Membro	<i>[Assinatura]</i>
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO	Membro	<i>[Assinatura]</i>

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