

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

Junho/2026

Barueri, 13 de julho 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	15
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 Junho/2026	34
4.5 Indicadores de Qualidade	36
4.6 Serviços SADT	37
4.7 Produção Radiologia Detalhada	40
4.8 Tempo Médio de Permanência no Pronto Socorro	42
4.9 - Municípios de origem dos pacientes	45
5 Indicadores Assistenciais e de Qualidade	46
5.1 Nº Casos novos de PAV	46
5.2 Número de Perda de Cateter Venoso Central (CVC)	48
5.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	49
5.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	50
5.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	51
5.6 Incidência de Queda	52
5.7 Incidência de Lesão por Pressão	53
6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)	55
6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)	55
6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.	58
6.3 Classificação das queixas	60
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
AÇÕES E PARTICIPAÇÕES DAS LIDERANÇAS:	72
10.RELATÓRIOS SETORIAIS OBRIGATÓRIOS	74
10.1- Relatório do Hospitalista	74
10.2- Relatório do Serviço Social	74
10.3- Relatório do Núcleo de Qualidade	74
10.4- Relatório do SCIH (Antibióticos)	74
10.5- Relatório do SESMT	74
10.6- Relatório da Fisioterapia	74
10.7- Relatório da Nutrição	74
10.8- Relatório da Radiologia	74
11. COMISSÕES INTERNAS	75
11.1 Atas	76

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 30 de Junho 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.

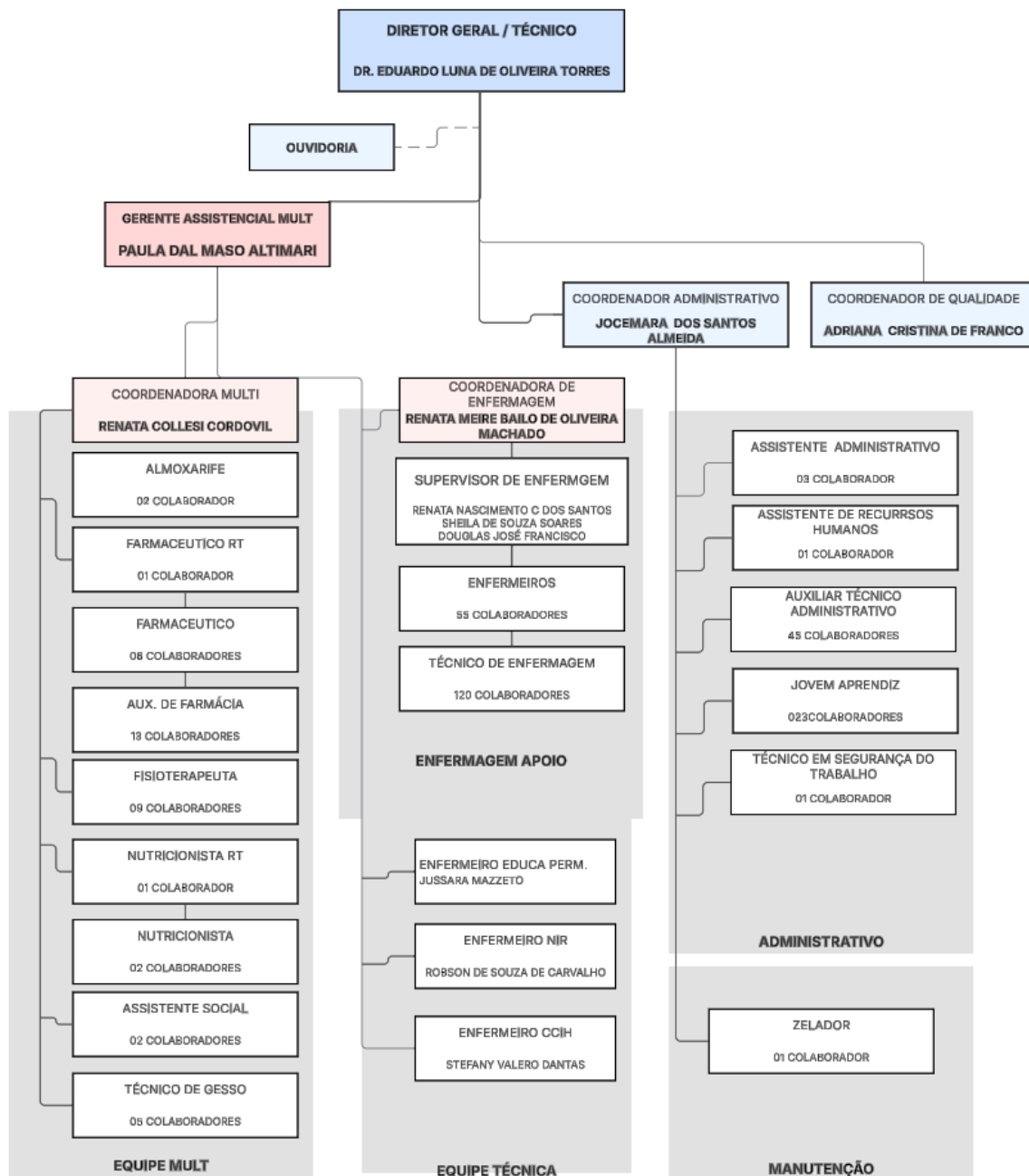
Outro projeto estratégico em andamento refere-se à inversão do fluxo de acolhimento, iniciando o atendimento pela Classificação de Risco antes da abertura da ficha administrativa. Essa proposta foi aprovada por meio de moção na 8ª Conferência Municipal de Saúde de Barueri e posteriormente discutida em 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	7	↓
Assistente Administrativo (40h)	3	2	↓
Almoxarife (40h)	2	1	↓
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	21	↓
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	1	↓
Farmacêutico (36h) - noturno	3	2	↓
Farmacêutico RT (20h)	1	1	✓
Fisioterapeuta (30h)	5	5	✓
Fisioterapeuta (30h) - noturno	3	3	✓
Fisioterapeuta RT	1	1	✓
Jovem Aprendiz (30h)	3	3	✓
Nutricionista (36h)	2	2	✓
Nutricionista RT	1	1	✓
Técnico de Enfermagem (36h)	58	55	↓
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	281	258	↓

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 continuarão 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 95% 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, permanecem em aberto uma vaga de farmacêutico folguista e uma vaga de farmacêutico diurno, esta última decorrente de rescisão indireta em processo trabalhista. Ambas as vagas encontram-se em fase de recrutamento e seleção.

No quadro administrativo, a unidade apresenta adequação de 92% 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	17.028	9,15%
Pediatria	5.280	6.957	31,76%
Total	20.880	23.985	14,87%

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 superávit em relação à meta contratual, com 23.985 atendimentos realizados, frente à meta de 20.880 atendimentos mensais, representando um incremento de 14,87% 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 17.028 atendimentos, correspondendo a um superávit de 9,15% em relação à meta estabelecida.

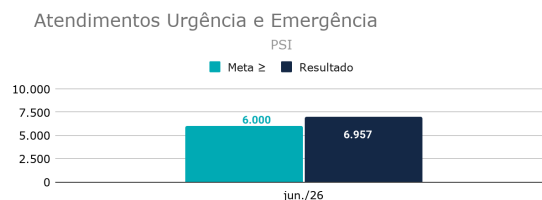
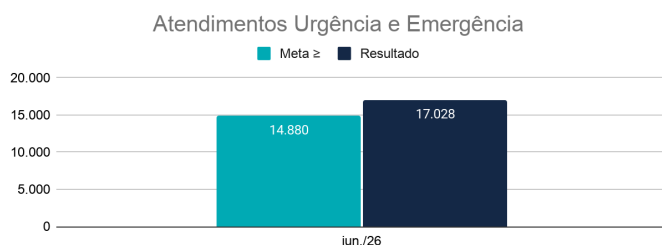
Já a Pediatria apresentou o maior crescimento proporcional, com 6.957 atendimentos, representando um superávit de 31,76% sobre a meta contratual. Esse aumento reflete, principalmente, a maior procura por atendimento durante

o período, compatível com a sazonalidade das doenças respiratórias e outras condições clínicas frequentes na infância.

Os resultados demonstram a elevada capacidade de resposta da unidade diante do aumento da demanda espontânea. Entretanto, o atendimento acima da capacidade contratual gera impactos importantes sobre a operação do serviço, como aumento da taxa de ocupação, maior pressão sobre as equipes assistenciais, utilização intensiva da estrutura física e dos recursos disponíveis, além de potencial repercussão nos tempos de atendimento e permanência dos pacientes.

Esse cenário 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	16218
Emergencista	275
Sutura	57
Ortopedista	478
Nutrição	409
Fisioterapia	740
Serviço social	239

Atendimentos Urgência e Emergência - PSI	Resultado
Emergencista	10
Pediatria	6944
Sutura	3
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 17.028 atendimentos, representando um superávit de 9,15% em relação à meta pactuada.

Na Pediatria, foram realizados 6.957 atendimentos, correspondendo a um superávit de 31,76% sobre a meta contratual. Os dados demonstram que a unidade vem absorvendo uma demanda superior à capacidade inicialmente

prevista no contrato de gestão, refletindo a crescente procura pelos serviços prestados.

O atendimento adulto representa aproximadamente 71% 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 95% da demanda, evidenciando que a maior procura está relacionada às condições clínicas gerais.

Quanto ao perfil de gravidade dos pacientes adultos classificados pelo enfermeiro, observa-se predominância dos casos de menor complexidade, distribuídos em 45,81% de pacientes classificados como verde e 34,12% como azul, seguidos por 15% de amarelo, 1,32% de vermelho e 3,76% 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 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 740 atendimentos de fisioterapia, xxx atendimentos de nutrição e 239 atendimentos pelo Serviço Social.

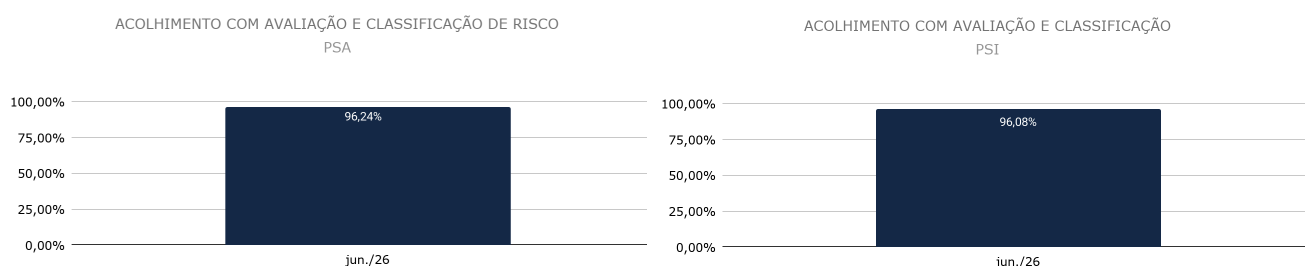
A assistência fisioterapêutica é ofertada 24 horas por dia, garantindo atendimento contínuo aos pacientes de maior gravidade, abrangendo intervenções em fisioterapia respiratória, fisioterapia motora e manejo de pacientes em ventilação mecânica.

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 96,24% dos pacientes adultos submetidos à avaliação de enfermagem e 96,09% na pediatria, demonstrando elevada cobertura do processo de classificação.

Observa-se uma taxa de evasão entre a retirada da senha no totem, abertura da ficha e a realização da classificação de risco de aproximadamente 3,71% no atendimento adulto e 3,9% 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.

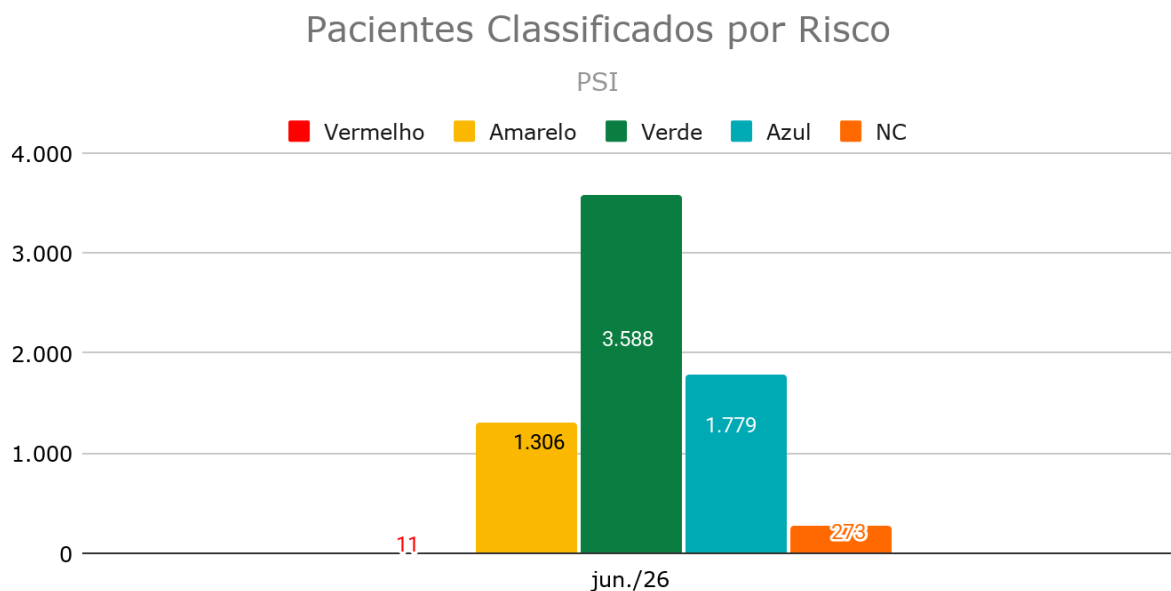
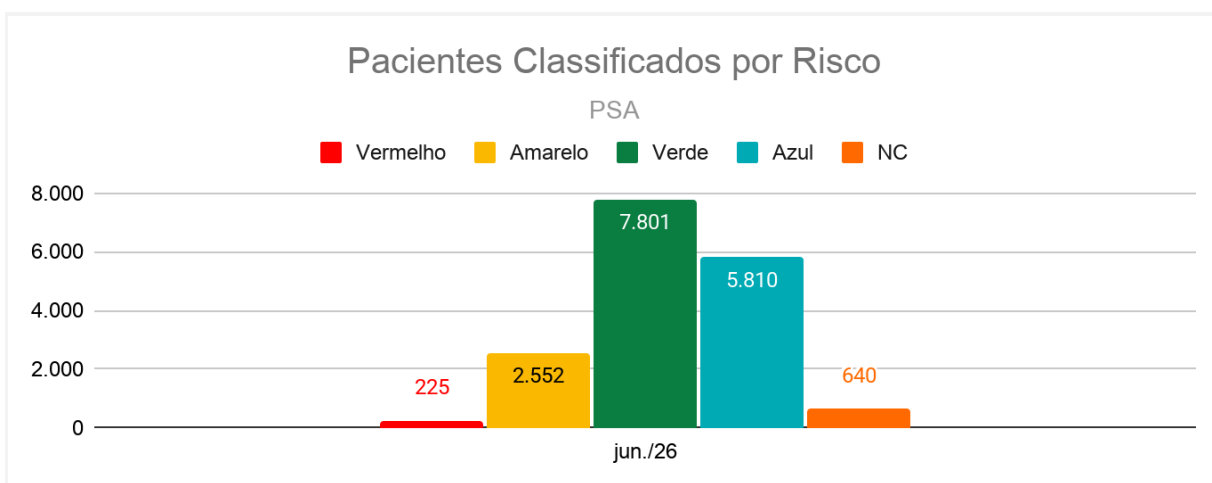
Como estratégia para reduzir essa variabilidade e aumentar a padronização do processo, são realizados treinamentos trimestrais com os enfermeiros classificadores, abordando critérios clínicos, estudos de caso e atualização dos fluxos institucionais.

Além disso, foi encaminhado ofício à Secretaria Municipal de Saúde solicitando a avaliação da implantação do Protocolo de Manchester, metodologia internacionalmente reconhecida por padronizar a classificação de risco por meio de fluxogramas e discriminadores clínicos objetivos. Ressalta-se que o CEJAM já utiliza esse protocolo em outras unidades sob sua gestão, com resultados positivos relacionados à uniformização da classificação, segurança do paciente e organização do fluxo assistencial.

No período, foram abertas 23.985 fichas de atendimento, das quais 67,61% corresponderam à Clínica Médica Adulto, 29% à Pediatria, 2% à Ortopedia, 1,14% à Emergência e 0,25% 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	225	1,32%
Amarelo	2552	14,99%
Verde	7801	45,81%
Azul	5810	34,12%
Sem Classificação	640	3,76%
TOTAL	17028	100,00%

Classificação de Risco Pediátrico	Realizado	%
Vermelho	11	0,16%
Amarelo	1306	18,77%
Verde	3588	51,57%
Azul	1779	25,57%
Sem Classificação	273	3,92%
TOTAL	6957	100,00%

Análise Crítica: No período analisado, o Pronto-Socorro Adulto realizou 17.028 atendimentos, distribuídos da seguinte forma: 1,32% classificados como vermelho, 14,99% como amarelo, 45,81% como verde, 34,12% como azul e 3,76% permaneceram não classificados.

Destaca-se que, entre os pacientes classificados como azul, aproximadamente 52% 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 6.957 atendimentos, distribuídos em 0,16% vermelho, 18,77% amarelo, 51,57% verde, 25,57% azul e 3,92% 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 em ambos os perfis assistenciais, correspondendo a aproximadamente 50% dos pacientes atendidos, seguida pelas classificações azul, amarelo e vermelho.

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	Junho	Classificação de Risco amarelo	Junho
Retirada da Senha à Recepção	00:02:46	Retirada da Senha à Recepção	00:03:37
Recepção à Classificação de Risco	00:10:53	Recepção à Classificação de Risco	00:07:24
Duração da classificação pelo enfº	00:04:50	Duração da classificação pelo enfº	00:03:38
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:56:28	Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:43:52
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	07:36:31	Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	03:51:57
Tempo Total do Paciente na unidade	09:51:28	Tempo Total do Paciente na unidade	05:50:28
Classificação de Risco verde	Junho	Classificação de Risco AZUL	Junho
Retirada da Senha à Recepção	00:02:48	Retirada da Senha à Recepção	00:02:28
Recepção à Classificação de Risco	00:07:36	Recepção à Classificação de Risco	00:08:24
Duração da classificação pelo enfº	00:02:34	Duração da classificação pelo enfº	00:02:23
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:23:46	Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:20:25
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	05:26:26	Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	03:26:01
Tempo Total do Paciente na unidade	07:03:11	Tempo Total do Paciente na unidade	04:59:41

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de FAST TRACK	Junho
Retirada da Senha à Recepção	00:02:08
Recepção à Classificação de Risco	00:12:57
Duração da classificação pelo enfº	00:02:16
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:12:38
Tempo Total do Paciente na unidade	01:29:59

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.

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.

Considerações e análises críticas, dos tempos, por cor classificada:

1- VERMELHO

Tempo Médio de Espera do Paciente	Mês
Classificação de Risco vermelho	Junho
Retirada da Senha à Recepção	00:02:46
Recepção à Classificação de Risco	00:10:53
Duração da classificação pelo enfº	00:04:50
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:56:28
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	07:36:31
Tempo Total do Paciente na unidade	09:51:28

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 vermelho. 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	00:03:37
Recepção à Classificação de Risco	00:07:24
Duração da classificação pelo enfº	00:03:38
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:43:52
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	03:51:57
Tempo Total do Paciente na unidade	05:50:28

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa foi de 3 minutos e 37 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 7 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), Sepse e Trauma, além da

realização de eletrocardiograma, coleta de exames laboratoriais, monitorização e demais intervenções iniciais ainda na sala de classificação de risco. Essas atividades justificam eventuais variações na duração da avaliação, sem comprometer a qualidade da assistência.

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 1h e 43 minutos, permanecendo acima do tempo máximo recomendado de até 60 minutos para pacientes classificados como amarelo, demonstrando não conformidade com os protocolos de priorização clínica, este ponto de atenção já está sendo avaliado pela equipe médica local.

Em relação ao tempo médio total de permanência na unidade, entre 5 e 6 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, seja 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	00:02:48
Recepção à Classificação de Risco	00:07:36
Duração da classificação pelo enf ^o	00:02:34
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:23:46
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	05:26:26
Tempo Total do Paciente na unidade	07:03:11

Análise Crítica: No período analisado, o tempo médio entre a retirada da senha no totem e a abertura da ficha administrativa variou entre 2 e 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 50% 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 34 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 23 minutos, permanecendo dentro do tempo máximo recomendado de até 120 minutos para pacientes classificados como verde, evidenciando conformidade com os parâmetros assistenciais para essa categoria.

Quanto ao tempo médio de permanência na unidade, variando entre 5 e 7 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	00:02:28
Recepção à Classificação de Risco	00:08:24
Duração da classificação pelo enfº	00:02:23
Classificação de Risco até início da 1ª consulta	01:20:25
Tempo desde a 1ª Consulta até o retorno médico (APÓS MEDICAÇÃO E EXAMES)	03:26:01
Tempo Total do Paciente na unidade	04:59:41

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

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de 8 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 35% de todos os atendimentos da unidade, constituindo a segunda maior demanda do Pronto-Socorro.

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

O tempo médio até o primeiro atendimento médico foi de 1 hora e 20 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 52% 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 3 e 4 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	00:02:08
Recepção à Classificação de Risco	00:12:57
Duração da classificação pelo enfº	00:02:16
Classificação de Risco até início da Consulta (considerando medicação s/n no consultório)	01:12:38
Tempo Total do Paciente na unidade	01:29:59

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

Após a abertura da ficha, o tempo médio até o início da Classificação de Risco foi de 12 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 52% 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 16 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 12 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.

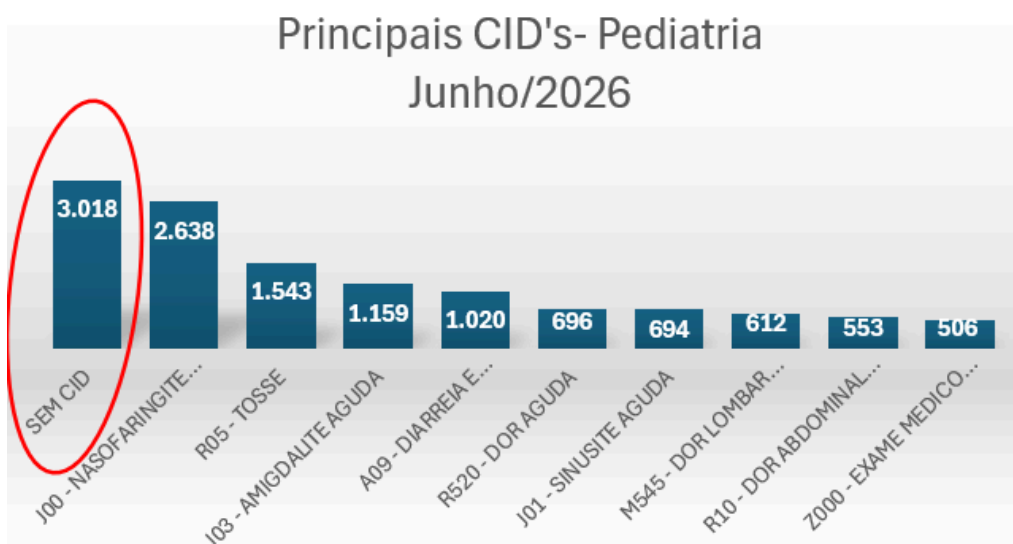
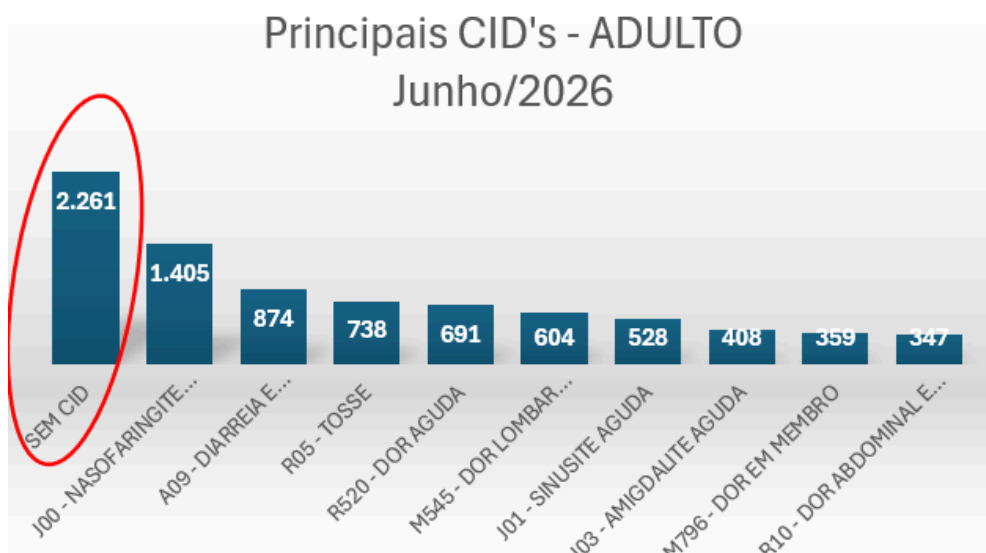
Como resultado dessa estratégia, o tempo médio de permanência do paciente na unidade foi de apenas 1 hora e 29 minutos, representando redução expressiva quando comparado ao fluxo convencional dos pacientes classificados como azul. Esse desempenho demonstra a efetividade do Fast Track na otimização do 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 Junho/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, será formalmente solicitado 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.

4.6 Serviços SADT

Desempenho Assistencial - SADT	
Tipo de Exame	Resultado
Laboratoriais	19.364
ECG	266
RAIO-X	6.331
USG	407
RTPCR	0
Ag Teste Rápido	2
TOTAL	26.368

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

Protocolo de Dor Torácica

No período analisado, foram solicitadas 161 dosagens de troponina, sendo abertos 44 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, 40 realizaram coleta de marcadores de necrose miocárdica, e 100% foram submetidos à realização de eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos, em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para atendimento da dor torácica.

Entre os casos investigados, 06 pacientes tiveram confirmação diagnóstica de Síndrome Coronariana Aguda, sendo:

- 06 casos de Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST (IAM sem supra de ST).

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).

O tempo médio de permanência desses pacientes foi de aproximadamente 1,5 dia, período destinado à estabilização clínica, investigação diagnóstica e definição do tratamento. Todos os pacientes com confirmação de Síndrome Coronariana Aguda foram transferidos para unidades de referência, considerando que o Pronto-Socorro não dispõe de serviço de hemodinâmica, e nestes casos, não houve indicação de trombólise, não havendo registro de desfechos desfavoráveis durante a permanência na unidade.

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 Seps

Durante o período, foram identificados 19 pacientes elegíveis para abertura do Protocolo de Seps, sendo efetivamente abertos 17 protocolos, resultando em uma taxa de adesão de 89,5%, índice considerado satisfatório, embora ainda represente oportunidade de melhoria para alcançar a meta institucional de 100%.

Dos 17 protocolos iniciados, 12 foram mantidos após confirmação diagnóstica, enquanto os demais foram encerrados por exclusão da hipótese de seps 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, 91,7% receberam o antimicrobiano em até 60 minutos, em conformidade com as recomendações das diretrizes para manejo da seps. Da mesma forma, todos os pacientes que apresentavam

indicação para reposição volêmica receberam o tratamento conforme estabelecido no protocolo institucional.

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 407 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 resolatividade 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	180
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	153
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	32
ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	20
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	9
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	7
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	3
ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	1
ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	1
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	1

4.7 Produção Radiologia Detalhada

Tipo de Radiografia	Quantidade
Tórax	3462
Crânio	296
Abdome	346
Membros Superiores	602
Membros inferiores	1428
outros	197
TOTAL	6331

Análise Crítica: No período analisado, foram realizados 6.331 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:

- 6.331 exames radiográficos foram executados;
- 4.376 exames foram cadastrados e monitorados pelo sistema SISS;

- Os exames corresponderam a 3.620 pacientes atendidos, evidenciando que parte dos pacientes necessitou de mais de uma incidência radiográfica durante o atendimento;
- 83 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	1,87
Observação adulto	2,14
Emergência pediátrica	1
Observação pediátrica	1,06

Destino do Paciente Adulto da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	52
Remoção	73
Óbito	0
Evasão	0
TOTAL	125

Destino do Paciente Adulto da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	54
Remoção	61
Óbito	21
Evasão	3
TOTAL	139

Destino do Paciente Infantil da Sala de Observação	
Destino	Resultado
Alta	17
Remoção	33
Óbito	0
Evasão	0
TOTAL	50

Destino do Paciente Infantil da Sala de Emergência	
Destino	Resultado
Alta	0
Remoção	5
Óbito	0
Evasão	0
TOTAL	5

Análise Crítica: No período analisado, o Pronto-Socorro Adulto registrou 529 pacientes-dia, considerando os pacientes em permanência nos leitos de emergência e observação. No mesmo período, ocorreram 264 saídas, distribuídas em 106 altas hospitalares, 03 evasões, 134 transferências externas, 16 óbitos com permanência inferior a 24 horas e 05 óbitos após 24 horas de permanência.

A média de permanência foi de 1,87 dia nos leitos de emergência adulto e 2,14 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 55 saídas, sendo 17 altas hospitalares e 38 transferências externas, sem ocorrência de evasões ou óbitos no período. A média de permanência foi de 1,0 dia na emergência pediátrica e 1,06 dia na observação pediátrica, refletindo maior agilidade na resolução dos casos e na regulação dos pacientes pediátricos.

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	JUNHO
Barueri	19.960
Carapicuíba	435
Cotia	27
Itapevi	727
Jandira	2.425
Osasco	38
Pirapora do Bom Jesus	1
Santana de Parnaíba	18
São Paulo	29
Não informado	295
Outros municípios	30
TOTAL	23985

Análise Crítica: A análise da procedência dos pacientes atendidos demonstra que o município de Barueri concentra a maior demanda da unidade, correspondendo a 83,20% de todos os atendimentos realizados. Em seguida, destacam-se os municípios de Jandira (10,11%), Itapevi (3,03%) e Carapicuíba (1,81%), 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:

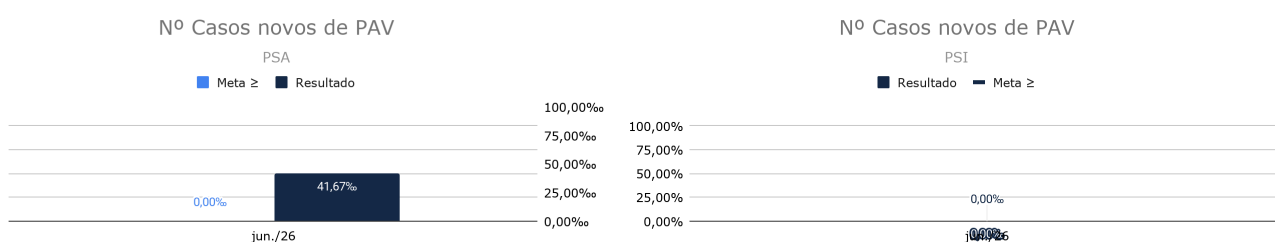
- A proximidade geográfica entre os municípios;
- A facilidade de acesso ao Pronto-Socorro;
- A maior capacidade instalada e oferta de serviços de urgência e emergência disponibilizada pelo município de Barueri;

- 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, **foi registrado 01 caso de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)** na população adulta. Foram contabilizados 24 pacientes-dia em ventilação mecânica, correspondentes a 11 pacientes submetidos à intubação orotraqueal (IOT). Na pediatria, não houve ocorrência de casos de PAV no período. O que representou 4,1% do total de pacientes com risco para PAV. No gráfico, está mensurado para cada 1000 pacientes.

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

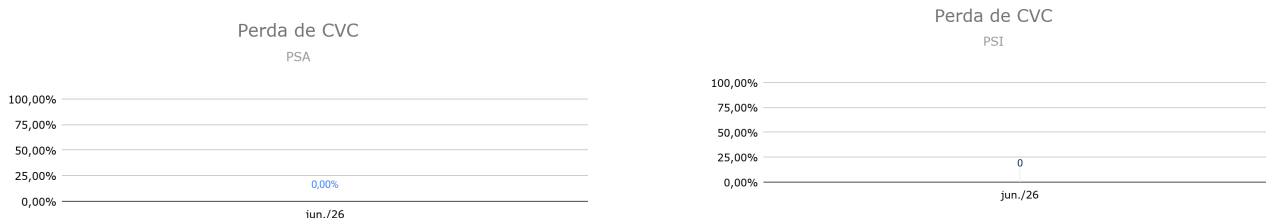
Fisioterapia e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), que acompanham diariamente os pacientes em uso de via aérea avançada.

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 e 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.

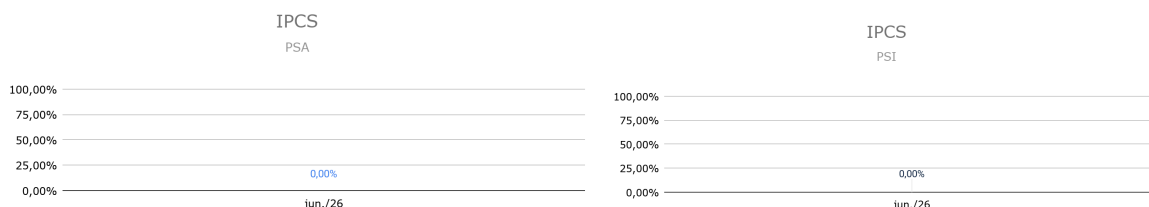
Não foram registrados eventos de infecção primária da corrente sanguínea associada ao CVC (IPCS/CVC), ou perda de CVC, demonstrando resultado favorável quanto à segurança assistencial e à efetividade das medidas preventivas adotadas pela equipe.

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



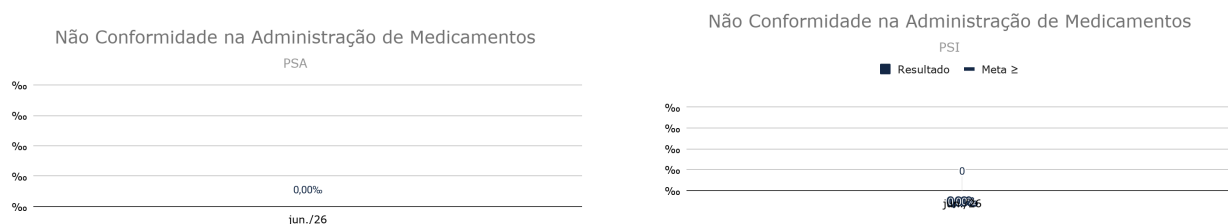
Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 15 pacientes-dia em uso de Cateter Venoso Central (CVC) na população adulta. Na pediatria, não houve pacientes em uso desse dispositivo durante o período.

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 88.079 medicamentos para pacientes adultos e 10.009 medicamentos para pacientes pediátricos, totalizando 98.088 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.

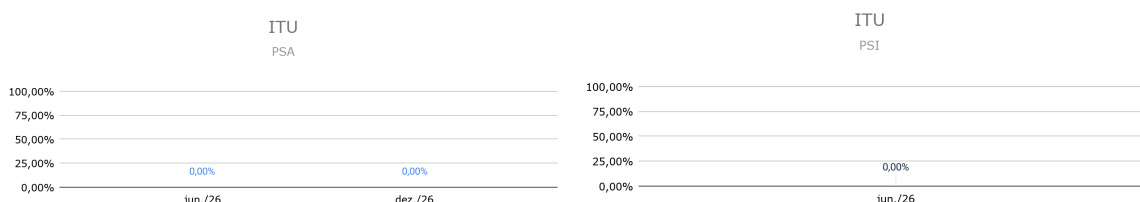
Como estratégia permanente de prevenção, durante as visitas multiprofissionais diárias realizadas nos setores de emergência e observação, são discutidos os casos clínicos com foco na reconciliação medicamentosa, avaliação de interações medicamentosas, ajustes terapêuticos e revisão da farmacoterapia, 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 75 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.

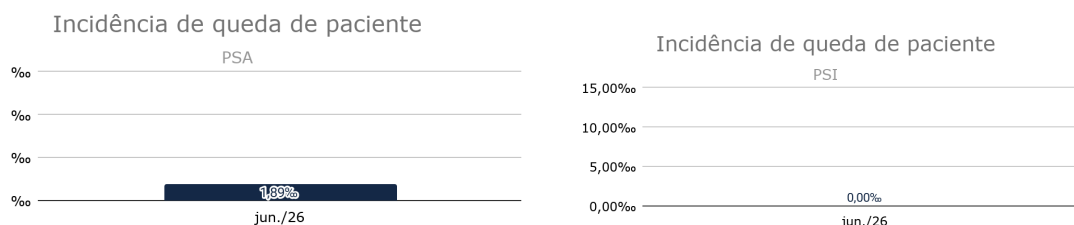
O acompanhamento dos pacientes em uso de SVD é realizado de forma sistemática pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), em conjunto com a equipe assistencial, por meio do monitoramento da indicação, permanência e manutenção do dispositivo, além da aplicação dos bundles de inserção e manutenção, 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 529 pacientes-dia na população adulta e 58 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 1,89 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:

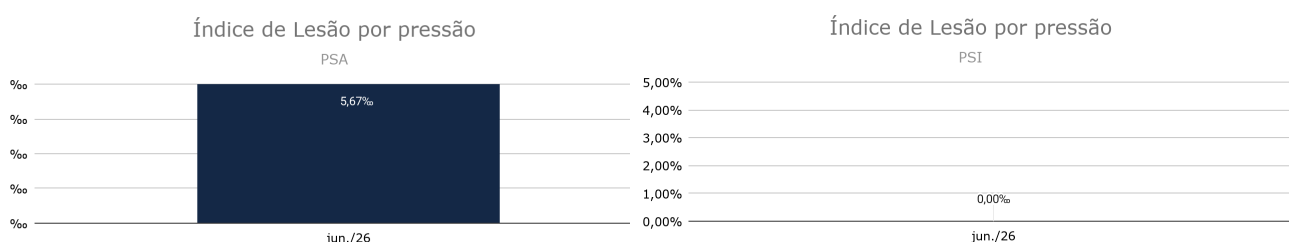
- Identificação dos pacientes com pulseira de risco de queda (cor preta);
- Manutenção das grades dos leitos elevadas, quando indicado;
- Presença de acompanhante para pacientes confusos, com alterações neurológicas, agitação psicomotora, idosos ou com limitação funcional, conforme critérios institucionais;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

- Disponibilização e incentivo ao uso das campanhas 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.

5.7 Incidência de Lesão por Pressão



Análise Crítica: No período analisado, foram registrados 529 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 03 casos de Lesão por Pressão Grau 1, todos classificados como eventos com dano leve, correspondendo a uma taxa de 5,67 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:

- 06 elogios;
- 32 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		
	Mês - Junho	%
Ouvidoria meta (10%)	4	10
TOTAL MENSAL	38	

nº do protocolo	Classificação	Síntese da queixa	Resolvido
202661254224	Elogio	Elogio do Profissional	Sim
202661654402	Elogio	Elogio ao Serviço	sim
202661854582	Reclamação	Demora de Atendimento	Sim
202661854567	Reclamação	Comportamento Inadequado do Profissional	Sim

Análise: No mês de junho de 2026, foram registradas 38 manifestações na Ouvidoria, sendo 6 elogios (15,8%) e 32 queixas (84,2%).

Para fins de apresentação e análise neste relatório, foi selecionada uma amostra representativa correspondente a aproximadamente 10% do total de manifestações, perfazendo 3,8 registros, arredondados para 4 casos, contemplando os principais temas identificados no 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.

Manifestação - 202661254224			
Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 12/06/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente	Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não	Sigilo : Sim
Classificação : Elogio		Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional	
Manifestação : No ato da visita multidisciplinar, o paciente Leonardo Matros de Oliveira desejou registrar uma manifestação de elogio à equipe da Emergência pelo atendimento e assistência prestados durante sua permanência na unidade. O paciente relata que, graças ao empenho, dedicação e cuidado demonstrados pelos profissionais, encontra-se bem e amparado, sentindo-se grato por toda a atenção recebida. De forma especial, expressa seu agradecimento às profissionais Luciane, Francynne, Daiane, Franciele, Bruna e Renata, bem como à Dra. Mariana e ao Dr. Alecsander, destacando o comprometimento, a competência e a humanização demonstrados durante sua assistência. Por fim, o paciente parabeniza toda a equipe pelo excelente trabalho realizado e agradece pelo cuidado prestado.			
Providência : 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 - 202661654402			
Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 16/06/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail	Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não	Sigilo : Sim
Classificação : Reclamação		Motivo da Manifestação : Elogio ao Serviço	
Manifestação : Gostaria de registrar meu profundo agradecimento a toda a equipe do Pronto Socorro do Jardim Silveira pelo atendimento impecável dado à minha filha Samara Felix da Silva. Ela deu entrada com febre e dor abdominal e, com pouco tempo, fomos acolhidos com muita agilidade, competência e carinho. Graças ao trabalho de vocês (excelente, por sinal!), ela está se recuperando bem, tomando as medicações. Funcionários nota 10! Muito obrigado. (Plantão Sílvia e Vanessa) Roney Fernando da Silva Tel.: (11) 98340-9723			
Providência : Agradecimento pelo Elogio Recebido Prezados, 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			

Manifestação - 202661854582

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 18/06/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail	Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não	Sigilo : Sim
Classificação : Reclamação		Motivo da Manifestação : Demora no atendimento	
Manifestação : DEMANDA VIA WHATSAPP-"MORADOR DE BARUERI A 20 ANOS ESTOU NO PRONTO SOCORRO DA ZÉLIA CEP 06436000 MINHA FILHA PASSANDO MAL FAZENDO VÔMITO E ESTAMOS AGUARDANDO ATENDIMENTO HÁ MAIS DE UMA HORA E MEIA PARA SER ATENDIDO PEÇO ENCARECIDAMENTE PELA SAÚDE DA NOSSA SOCIEDADE, FUI FALAR COM A ASSISTENTE ELA FALOU QUE TEMOS QUE ESPERAR POR 4 HORAS SENDO QUE SOU PAI TRABALHADOR ESTOU ACORDADO DESDE AS 04:30 DA MANHÃ TODOS OS DIAS. HOJE ELA 4 VEZ ESTOU LEVANDO MINHA FILHA NO PRONTO SOCORRO COM OS MESMOS SINTOMAS VÔMITO DIARREIA , E DOR ABDOMINAL PACIENTE: SHAWANNY GONÇALVES GAMA DN: 28/01/2010 CLEDSON GAMA CLEDSONGAMA88@GMAIL.COM 11 96428-1472." AG RENATIM			
Providência : Prezado Sr. Cledson Gama, Boa Tarde. Lamentamos a insatisfação relatada durante o atendimento de sua filha na unidade. Compreendemos a preocupação dos familiares diante de um quadro de saúde que demanda atenção e reconhecemos que o tempo de espera pode gerar desconforto e ansiedade. Informamos que os atendimentos realizados em pronto-socorro seguem critérios de classificação de risco, de modo que pacientes com maior gravidade clínica recebem atendimento prioritário, independentemente da ordem de chegada. Ressaltamos que o fluxo assistencial da unidade está sujeito a variações de acordo com a demanda de pacientes e a complexidade dos casos em atendimento no momento, o que pode ocasionar períodos de espera superiores ao desejado. Lideranças responsáveis estão cientes para avaliação dos processos relacionados ao acolhimento e à comunicação prestada aos usuários, visando identificar oportunidades de melhoria em nossos serviços. Agradecemos por nos relatar sua experiência, pois ela contribui para o aprimoramento contínuo da assistência oferecida à população. Permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais. Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas			

Manifestação - 202661854567

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 18/06/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail	Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não	Sigilo : Sim
Classificação : Reclamação		Motivo da Manifestação : Comportamento inadequado do profissional	
Manifestação : INFORMO QUE CHEGUEI NA DATA DE HOJE ATÉ A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO PS ARNALDO FREITAS, LOCALIZADO NO PARQUE DOS CAMARGOS. ENTREI SEM TER SIDO INFORMADA DE ONDE RETIRAR A SENHA. ATÉ QUE FUI POR CONTA PRÓPRIA CONVERSAR COM A MOÇA RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO DAS SENHAS. QUESTIONEI O MOTIVO DE NÃO TER SIDO ABORDADA NA PORTA. A MOÇA COM BASTANTE MA VONTADE DISSE QUE EU DEVERIA DAR O BOM DIA PRIMEIRO. TOTAL ABSURDO FICAR BATENDO BOCA COM CLIENTE A RESPEITO DE ONDE TERIA DE PARTIR O PRIMEIRO BOM DIA. ELA ESTAVA BATENDO PAPO COM UM COLEGA DE TRABALHO COMO SE ISSO FOSSE SUA PRIORIDADE EM VEZ DE ATENDER OS PACIENTES A PORTA. CUMPRIMENTAR E DIRECIONAR O FLUXO CORRETAMENTE. É PARA ISSO QUE A PREFEITURA CONTRATA O SERVIÇO DESSA EMPRESA, PENSO EU. O NOME DA FUNCIONÁRIA É BIANCA. ELA ALEGA QUE É ORIENTADA POR SEUS SUPERIORES A NÃO FAZER ABORDAGEM DE PACIENTES, POR RISCO DE ELES NÃO GOSTAREM. DISCORDO TOTALMENTE DA REFERIDA JUSTIFICA E REAFIRMO QUE UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE DEVE SIM PREVER			
Providência : Prezada Sra. Cristina Balbino da Silva, Agradecemos por compartilhar sua experiência e lamentamos os transtornos relatados durante sua passagem pela unidade. Após análise da manifestação, identificamos a necessidade de reforçar junto às equipes a importância do acolhimento humanizado, da cordialidade e da comunicação clara com todos os usuários desde o momento da chegada à unidade. Entendemos que a recepção e a orientação adequada dos pacientes são etapas fundamentais para um atendimento de qualidade. A situação relatada teve total atenção da gestão e as orientações Agradecemos pelo contato e permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais. Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas			

6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.

Canal	Quantidade	Principais Queixas
APP Oficial	34	Comportamento inadequado do profissional
Protocolo Medicsys	4	Elogio ao Profissional/Serviço

Análise Crítica: No mês de junho de 2026, foram registradas 38 manifestações na Ouvidoria do Pronto-Socorro, distribuídas da seguinte forma:

Tipo de Manifestação	Quantidade
Elogios – App Oficial	3
Reclamações – App Oficial	31
Elogios – MedicSys	3
Reclamações – MedicSys	1
Total	38

Observa-se que a maior parte das manifestações foi recebida por meio do Aplicativo Oficial da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto o sistema MedicSys representou menor volume de registros no período.

As manifestações identificadas como "APP" correspondem à nomenclatura utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde para fins de rastreabilidade e controle interno das demandas encaminhadas à unidade.

Os principais temas abordados nas manifestações foram:

- Comportamento e postura de profissionais;
- Demora no atendimento;
- Elogios à assistência prestada e aos profissionais da equipe.

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.

6.3 Classificação das queixas

APP 23541/2026 20266253649	reclamação	01/06/2026	03/06/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23247/2026 20266253650	elogio	02/06/2026	02/06/2026	Dr Diego	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23673/2026 20266253651	reclamação	02/06/2026	05/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23246/2026 20266253654	reclamação	02/06/2026	05/06/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24075/2026 20266353717	reclamação	03/06/2026	08/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24067/2026 20266353731	reclamação	03/06/2026	08/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
202001157684 / 20266553765/ 20266953	reclamação	05/06/2026	10/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202620001157684 / 20266953864	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24441/2026 20266953868	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24318/2026 20266953869	elogio	09/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24704/2026 20266953873	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Dra Gabriela/ Dra Mariana	dd/mm/yyyy	realizado
APP 22307/2026 20266953882	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23738/2026 20266953883	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23781/2026 202661254198	reclamação	12/06/2026	12/06/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
202661254224	elogio	12/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25814/2026 202661554295	reclamação	15/06/2026	18/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25231/2026 202661554295	elogio	15/06/2026	15/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25888/2026 202661554386	reclamação	15/06/2026	18/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	pendente
APP 25804/2026 202661654383	reclamação	18/06/2026	19/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25915/2026 202661654384	reclamação	18/06/2026	19/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
202661654402	elogio	18/06/2026	18/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26130/2026 202661854587	reclamação	18/06/2026	23/06/2026	Mara	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26328/2026 202661854582	reclamação	18/06/2026	23/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25444/2026 202661954804	reclamação	19/06/2026	24/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26808/2026 202661954803	reclamação	19/06/2026	24/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25872/2026 202661954605	reclamação	19/06/2026	22/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202661954622	elogio	19/06/2026	19/06/2026	Dra Gabriela / Renata	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26878/2026 202662254764	reclamação	22/06/2026	22/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26643/2026 202662554900	reclamação	dd/mm/yyyy		Renata	dd/mm/yyyy	realizado
APP 27691/2026 202662554963	reclamação	25/06/2026	30/06/2026	Mara	dd/mm/yyyy	realizado
APP 27648/2026 202662554968	reclamação	25/06/2026	30/06/2026	Renata	dd/mm/yyyy	realizado
202662054658	reclamação	23/06/2026	28/06/2026	Dra Mariana/ Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 27674/2026 202662655113	reclamação	28/06/2026	30/06/2026	Mara	dd/mm/yyyy	realizado
APP 28011/2026 202662655114	reclamação	28/06/2026	30/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 28256/2026 20267155387	reclamação	30/06/2026	03/07/2026	Dra Mariana/ Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25001/2026 20267155380	reclamação	29/06/2026	01/07/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
APP 28424/2026 20267155383	reclamação	30/06/2026	03/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202820001249810/ 20267155388	reclamação	30/06/2026	03/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado

Análise Crítica: No período analisado, foram registradas 38 manifestações de ouvidoria, sendo 6 elogios (15,8%) e 32 queixas (84,2%).

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:

- 37 manifestações (97,4%) foram finalizadas e respondidas dentro do prazo estabelecido;
- 01 manifestação (2,6%) 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.

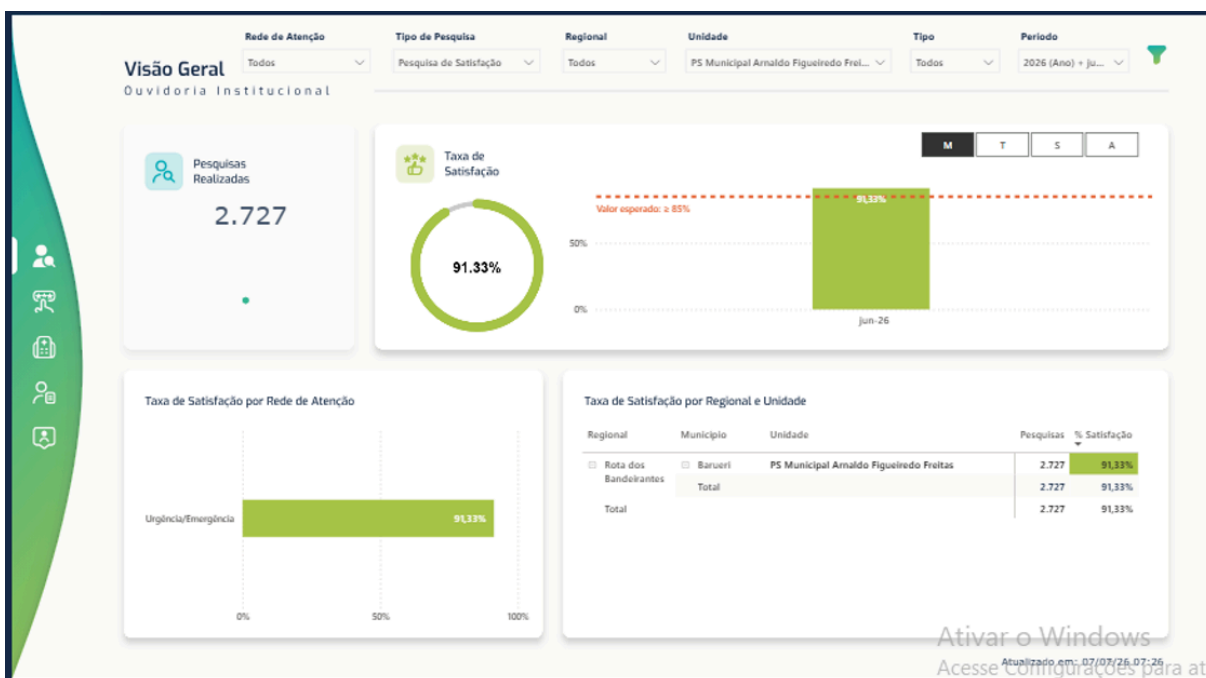
A elevação do número de respondentes pode, inclusive, justificar parte da redução do NPS, uma vez que uma amostra maior tende a refletir de forma mais fiel as diferentes experiências vivenciadas pelos usuários, reduzindo possíveis vieses observados em amostras menores.

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

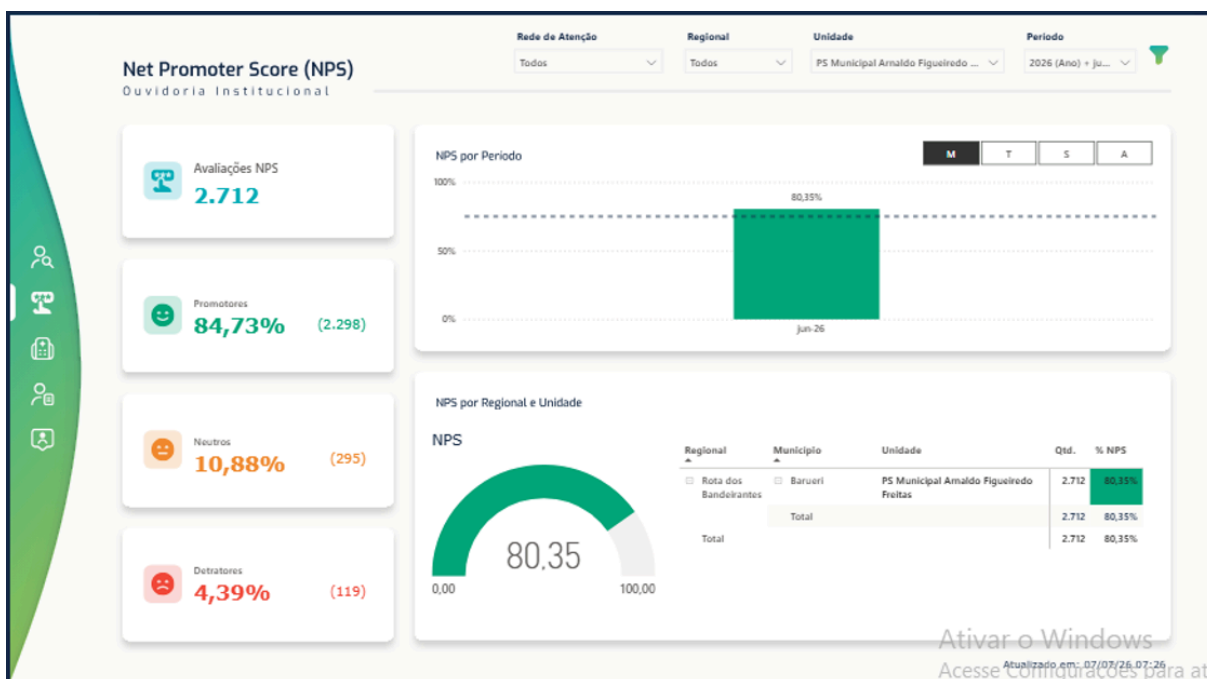
e pacientes, da humanização do atendimento, da redução dos tempos de espera e da qualificação contínua das equipes.

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:

Satisfação p

Atendimento	% Satisfação	Serviço	% Satisfação
Atendimento	92,11%	Serviço	88,82%
Recepção?	94,22%	Agilidade?	86,29%
Enfermagem?	93,73%	Limpeza?	91,09%
Serviço Social?	93,67%	Sabor da Refeição?	86,32%
Laboratório?	92,47%	Sinalização?	91,60%
Médico?	92,42%	Total	88,82%
Total	92,11%		

Considerações finais:

Os resultados do mês analisado demonstram que a unidade mantém um cenário favorável em relação à satisfação dos usuários, evidenciado pelo elevado percentual de 84,73% de usuários promotores e pelo NPS geral de 80,35%, indicador classificado como de excelência, refletindo a confiança dos pacientes na assistência prestada e na atuação das equipes.

Quando comparado ao período anterior, observa-se redução do NPS, que passou de 87,13% para 80,35%, acompanhada pelo aumento dos percentuais de usuários neutros e de detratores. Embora essa variação sinalize oportunidades de melhoria, os resultados permanecem em patamar elevado e devem ser analisados considerando o aumento expressivo da amostra de respondentes.

Destaca-se, nesse contexto, o crescimento de 37,4% no número de pesquisas realizadas, passando de 1.974 para 2.712 avaliações, o que torna os indicadores ainda mais representativos da percepção dos usuários e amplia a confiabilidade da análise institucional.

Os resultados reforçam a necessidade de manter o monitoramento contínuo da experiência do paciente e de intensificar ações voltadas ao aprimoramento do acolhimento, da comunicação entre profissionais e usuários, da redução dos tempos de espera e da qualificação permanente das equipes, buscando ampliar o percentual de usuários promotores e reduzir as avaliações neutras e detratoras.

Nesse contexto, a Pesquisa de Satisfação, em conjunto com a Ouvidoria, consolida-se como uma importante ferramenta de gestão da qualidade, fornecendo informações estratégicas para o planejamento de ações de melhoria e contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais. O compromisso institucional permanece voltado à oferta de uma assistência cada vez mais humanizada, segura, resolutiva e centrada nas necessidades dos pacientes, fortalecendo a confiança da população nos serviços prestados 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

No período, foi readequado o planejamento das ações de Educação Permanente, considerando as necessidades assistenciais identificadas pela gestão, os indicadores institucionais, as oportunidades de melhoria apontadas em auditorias, eventos adversos, ouvidorias e o cronograma anual previamente estabelecido. O objetivo é assegurar que os treinamentos permaneçam alinhados às demandas atuais da unidade, às diretrizes institucionais e às práticas baseadas em evidências.

No decorrer do mês, ocorreu o desligamento da enfermeira Selma, responsável pelas atividades de Educação Permanente, e a assunção da enfermeira Jussara Mazzetto, ao final do período. Em razão dessa transição, houve reorganização das atividades e do planejamento dos treinamentos, buscando garantir a continuidade das ações educativas e minimizar impactos no desenvolvimento das equipes.

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.

Seguem os temas abordados e participação das equipes:

TEMA	MINISTRADO	DATAS		LOCAL
		INICIO	TÉRMINO	
Classificação de Risco Pediátrico - Humaniza SUS	Selma	11/06/2026	11/06/2026	Sala de Treinamento
Limpeza Concorrente - Enfermagem	Stefany Velaro	11/06/2026	13/06/2016	Sala de Treinamento
Requisição de Estoque/ Movimentação de Leitos	Luiz Carlos Gomes	17/06/2026	19/06/2026	In Loco
Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Bundles de Prevenção, Higiene das Mãos e Cuidados com Dispositivos da Assistência	Stefany Velaro	25/06/2026	26/06/2026	Sala de Treinamento
Aspiração de Vias Aéreas	Thalia Carvalho/ Willie Silva	25/06/2026	26/06/2026	Sala de Treinamento

1. INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES

A **integração de colaboradores** é um processo estruturado de acolhimento e adaptação dos novos profissionais à cultura organizacional, aos valores institucionais, às normas internas e aos processos de trabalho da unidade. Seu principal objetivo é promover uma inserção segura e eficiente, garantindo que o colaborador compreenda suas responsabilidades, desenvolva senso de pertencimento e esteja preparado para desempenhar suas atividades de forma alinhada aos padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela instituição.

Durante a integração, são abordados temas fundamentais para o exercício das funções, incluindo:

- Apresentação da instituição, contemplando sua história, missão, visão, valores, princípios e estrutura organizacional;
- Direitos, deveres e responsabilidades dos colaboradores;

- Código de Conduta, ética profissional e confidencialidade das informações;
- Políticas institucionais de qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos;
- Protocolos assistenciais e administrativos aplicáveis às diferentes áreas;
- Normas de biossegurança, prevenção e controle de infecções, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e segurança ocupacional;
- Fluxos institucionais, sistemas informatizados e processos operacionais;
- Apresentação das lideranças e das equipes de trabalho, favorecendo a integração multiprofissional.

Além da integração institucional, os colaboradores passam por **integração setorial**, na qual recebem treinamento específico relacionado às atividades do setor de atuação, aos equipamentos, rotinas operacionais e protocolos assistenciais, sob acompanhamento das lideranças e profissionais de referência.

Esse processo contribui para a padronização das práticas, redução de falhas, fortalecimento da cultura organizacional e maior segurança na assistência prestada aos pacientes, favorecendo também o engajamento, a adaptação e o desenvolvimento profissional desde o início das atividades na instituição.

Nº	NOME DO COLABORADOR	FUNÇÃO
1	Andressa Oliveira Aguiar	Enfermeira
2	Ana Claudia dos Santos Souza	Enfermeira
3	Laine Rodrigues Lima	Aux. Administrativo
4	Ronald Ferreira dos Santos	Aux. Administrativo
5	Gislaine Rodrigues de Andrade	Téc. de Enfermagem
6	Maria Evelania Vieira Sousa	Aux. Administrativo
7	Felipe Oliveira de Pontes	Téc. de Enfermagem
8	Janaina Santos N. Silva	Téc. de Enfermagem
9	Joice Vitoria de Paula	Aux. Administrativo
10	Kimberlly Eduardo Pereira	Nutricionista
11	Keyth Jeniffer Z. H. Martins	Téc. de Enfermagem
12	Maria Helena C. do A. Silva	Farmacêutica
13	Cícera Raquel Pereira Lima	Téc. de Enfermagem
TOTAL DE COLABORADORES INTEGRADOS: 13		

2. INTEGRAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS

Em atendimento às demandas encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Comissão de Acompanhamento de Estágios, foi realizada a integração dos estagiários da Escola Infrojardins no Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas.

Durante o processo de acolhimento, foram apresentados os princípios institucionais, a estrutura organizacional, as normas de funcionamento da unidade, os fluxos assistenciais, as políticas de segurança do paciente, as normas de biossegurança e as condutas éticas esperadas durante o período de estágio. Também foram estabelecidas diretrizes e padrões para o desenvolvimento das atividades práticas, assegurando que os estudantes atuem sob supervisão, em conformidade com as normas institucionais e os objetivos pedagógicos.

A integração tem como finalidade proporcionar um ambiente de aprendizagem organizado, seguro e alinhado às boas práticas assistenciais, favorecendo a articulação entre teoria e prática e contribuindo para o desenvolvimento técnico, científico, ético e profissional dos estagiários.

Essa iniciativa reforça o compromisso da instituição com a formação de futuros profissionais da saúde, fortalecendo a parceria entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, além de contribuir para a qualificação da assistência e para o desenvolvimento contínuo da força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nº	NOME DOS ESTAGIÁRIOS
1	Vivian Caroline Aguiar de Lima
2	Josiana Maria Pereira
3	Miquélia Rodrigues de Paula
4	Dani Biazuze
5	Camila Damiane Paulino
6	Mayra Costa Fernandes Yoshiwara
	TOTAL DE ESTAGIÁRIOS INTEGRADOS: 06

AÇÕES E PARTICIPAÇÕES DAS LIDERANÇAS:

9ª Conferência Municipal de Saúde- 30/06/2026





Aniversariantes do mês:



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

RELATÓRIO ASSISTENCIAL

PACIENTES INTERNADOS – MÊS DE JUNHO/2026

Unidade: Pronto Socorro Municipal Arnaldo de Figueiredo Freitas

Período de referência: Junho de 2026

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

Fonte dos dados: Prontuário eletrônico institucional e registros de gestão de leitos.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo apresentar, de forma consolidada e institucional, os dados assistenciais referentes aos pacientes internados na Clínica Médica – Observação durante o mês de junho de 2026.

São contemplados o perfil assistencial da unidade, os principais diagnósticos observados, a complexidade clínica dos pacientes, os recursos diagnósticos e terapêuticos empregados, bem como os principais desfechos assistenciais registrados no período.

O documento atende às diretrizes de monitoramento assistencial, transparência administrativa e prestação de contas à Secretaria Municipal de Saúde, constituindo importante ferramenta para avaliação da qualidade assistencial, planejamento estratégico da unidade e acompanhamento dos indicadores de internação.

2. METODOLOGIA

Foram analisados os registros médicos referentes aos pacientes internados na Clínica Médica – Observação durante o mês de junho de 2026, contemplando evolução médica, exames complementares, hipóteses diagnósticas, utilização de recursos terapêuticos, interconsultas especializadas e desfechos clínicos.

Cada paciente foi contabilizado uma única vez, independentemente do número de evoluções registradas durante sua permanência na unidade.

Durante o período foram avaliados **112 pacientes**, enquanto a Gestão de Leitos registrou **130 internações**, totalizando **268 pacientes-dia**, considerando a movimentação

assistencial da unidade ao longo do mês. A diferença entre o número de casos analisados e o total de internações decorre da dinâmica assistencial da unidade, que compartilha leitos com a especialidade de ortopedia e contempla pacientes admitidos ou transferidos em diferentes momentos do período analisado.

3. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

Durante o mês de junho de 2026, a Unidade de Observação manteve elevado volume assistencial e perfil clínico de média e alta complexidade, atuando como importante área intermediária entre o atendimento de urgência e a internação hospitalar.

Foram acompanhados pacientes com diferentes perfis clínicos, destacando-se:

- Pneumonias comunitárias e broncopneumonias;
- Insuficiência cardíaca descompensada;
- Acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico;
- Distúrbios hidroeletrólíticos graves;
- Cetoacidose diabética;
- Doença renal aguda e crônica;
- Síndromes coronarianas agudas;
- Quadros cirúrgicos abdominais;
- Doenças hepatobiliares;
- Trombose venosa profunda;
- Leptospirose;
- Dengue tipo C;
- Cuidados paliativos;
- Transtornos psiquiátricos agudos e intoxicações exógenas.

Observou-se ainda número expressivo de pacientes idosos, portadores de múltiplas comorbidades, frequentemente dependentes de monitorização contínua, antibioticoterapia intravenosa, oxigenoterapia e avaliação por equipes especializadas, reforçando o papel estratégico da Unidade de Observação como elo entre o atendimento inicial e a regulação hospitalar.

3.1 INDICADORES ASSISTENCIAIS

Indicador	Resultado
Pacientes-dia	268
Pacientes internados	130

Altas	40,0%
Transferências internas	11,5%
Transferências externas	56,2%
Evasões	0
Óbitos (<24h)	0
Óbitos (>24h)	0
Permanência média	2,06 dias

Os indicadores demonstram elevada rotatividade assistencial, com predomínio de pacientes que necessitaram de continuidade do tratamento em unidades de maior complexidade, refletido pela expressiva taxa de transferências externas para leitos regulados. Ao mesmo tempo, observou-se taxa de alta hospitalar de 40%, evidenciando a capacidade resolutive da unidade na estabilização clínica de parte significativa dos pacientes atendidos.

3.2 PERFIL DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES

Durante o mês de junho de 2026 foram avaliados pacientes com ampla variação etária, predominando indivíduos adultos e idosos, muitos deles portadores de doenças crônicas e múltiplas comorbidades. Observou-se elevada frequência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias e doenças neurológicas prévias, fatores diretamente relacionados ao aumento da complexidade assistencial observada na unidade.

Assim como observado nos meses anteriores, verificou-se importante participação da população idosa, frequentemente associada à maior necessidade de monitorização contínua, antibioticoterapia intravenosa, oxigenoterapia, suporte multiprofissional e regulação para leitos hospitalares.

4. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS

Durante o período analisado foram identificados os seguintes grupos diagnósticos predominantes:

Grupo Diagnóstico	Frequência estimada
Pneumonias e infecções respiratórias	~28%
Insuficiência cardíaca e doenças cardiovasculares	~15%
Doenças hepatobiliares e condições cirúrgicas abdominais	~18%
Doenças urológicas e nefrológicas	~12%
Distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos	~10%
Síndromes neurológicas agudas (AVC, convulsões, TCE)	~12%
Doenças infectocontagiosas (leptospirose, dengue)	~5%
Transtornos psiquiátricos e intoxicações	~5%
Neoplasias avançadas e Cuidados Paliativos	~10%

Observou-se significativa sobreposição diagnóstica entre os pacientes internados, especialmente entre idosos portadores de múltiplas comorbidades, resultando em maior necessidade de acompanhamento clínico contínuo e abordagem multiprofissional.

5. AÇÕES E CONDUTAS MÉDICAS REALIZADAS

5.1 Antibioticoterapia

A antibioticoterapia permaneceu como um dos principais recursos terapêuticos empregados durante o período, principalmente em pacientes com pneumonias comunitárias, broncopneumonias, infecções urinárias, infecções de pele e partes moles, abscessos, colecistites, leptospirose, sepse e outras infecções bacterianas. Foram utilizados diferentes esquemas antimicrobianos conforme o perfil clínico e a gravidade dos pacientes, destacando-se ceftriaxona, claritromicina, azitromicina, metronidazol, clindamicina, amoxicilina-clavulanato, piperacilina-tazobactam, meropenem, levofloxacino e oxacilina.

A elevada utilização de antimicrobianos refletiu o aumento sazonal das doenças respiratórias observado durante o mês de junho, associado à elevada prevalência de pacientes idosos e portadores de doenças crônicas.

A antibioticoterapia foi utilizada em aproximadamente 40,2% dos pacientes internados na Clínica Médica – Observação durante o período analisado. Ressalta-se que esse percentual refere-se exclusivamente aos pacientes da Clínica Médica contemplados neste relatório, não incluindo internações de outras especialidades que compartilham a unidade de observação

5.2 Exames Complementares

Foram amplamente empregados recursos diagnósticos para definição etiológica, acompanhamento clínico e tomada de decisão terapêutica, incluindo:

- Exames laboratoriais seriados;
- Radiografias;
- Tomografias computadorizadas de crânio, tórax, abdome e face;
- Ultrassonografias;
- Angiotomografias;
- Eletrocardiogramas;
- Doppler vascular;
- Exames especializados conforme necessidade clínica.

A utilização desses exames foi fundamental para o diagnóstico precoce, estratificação de risco e acompanhamento evolutivo dos pacientes internados.

5.3 Suporte Clínico

Entre as principais medidas terapêuticas empregadas destacaram-se:

- Analgesia sistêmica;
- Hidratação venosa;
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos;
- Controle glicêmico intensivo;
- Transusão de hemocomponentes em casos selecionados;
- Contenção química quando clinicamente indicada;
- Cuidados com lesões complexas;
- Cuidados paliativos;
- Monitorização clínica contínua.

A elevada frequência dessas intervenções reforça o perfil assistencial da unidade como ambiente destinado à estabilização clínica de pacientes com elevada complexidade.

5.4 Suporte Respiratório

Observou-se importante utilização de oxigenoterapia suplementar, principalmente em pacientes com pneumonias, broncopneumonias, exacerbações de DPOC, insuficiência cardíaca descompensada e outras causas de insuficiência respiratória aguda. Em alguns casos houve necessidade de planejamento para continuidade do suporte respiratório após a alta, incluindo avaliação para oxigenoterapia domiciliar.

A necessidade de suporte respiratório esteve diretamente relacionada ao perfil de pacientes idosos, portadores de doenças cardiopulmonares crônicas e infecções respiratórias de maior gravidade.

6. DESFECHOS ASSISTENCIAIS

Durante o mês de junho de 2026, a Unidade de Observação registrou **130 internações**, correspondendo a **268 pacientes-dia**, demonstrando elevada rotatividade assistencial e importante participação da unidade na estabilização clínica dos pacientes atendidos.

A elevada proporção de transferências externas evidencia o perfil assistencial da unidade, que frequentemente estabiliza pacientes com necessidade de continuidade do tratamento em hospitais de maior complexidade, atuando como importante elo entre o atendimento inicial e a rede hospitalar municipal.

A ausência de óbitos durante o período reforça o acompanhamento clínico contínuo, a identificação precoce de deterioração clínica e a adequada articulação com a Central de Regulação para transferência dos pacientes que demandavam assistência especializada.

7. INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Durante o período analisado foram mantidas práticas alinhadas às diretrizes institucionais de segurança do paciente e qualidade assistencial, destacando-se:

- Registro sistematizado em prontuário eletrônico;
- Reavaliação médica contínua dos pacientes internados;
- Discussão diária dos casos clínicos;
- Solicitação de interconsultas especializadas quando indicadas;
- Aplicação dos protocolos institucionais para sepse, dor torácica, acidente vascular cerebral e cuidados paliativos;
- Monitorização clínica contínua dos pacientes de maior gravidade;

- Comunicação multiprofissional entre as equipes assistenciais;
- Articulação permanente com a Central de Regulação para encaminhamento aos serviços de referência.

Observou-se ainda elevada utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, incluindo antibioticoterapia intravenosa, oxigenoterapia, exames laboratoriais seriados, exames de imagem e suporte clínico especializado, compatíveis com o perfil de complexidade da unidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mês de junho de 2026 manteve o perfil de elevada complexidade clínica observado nos meses anteriores, caracterizado pelo predomínio de pacientes com múltiplas comorbidades, doenças respiratórias, síndromes cardiovasculares, condições cirúrgicas agudas, doenças neurológicas, doenças infectocontagiosas e pacientes em cuidados paliativos.

Destacou-se, durante o período, o aumento da demanda por pacientes acometidos por pneumonias e outras infecções respiratórias, bem como a ocorrência de doenças de notificação compulsória, como leptospirose e dengue, além da manutenção de casos que demandaram avaliação por múltiplas especialidades médicas e continuidade do tratamento em unidades hospitalares de maior complexidade.

A Unidade de Observação reafirmou seu papel estratégico na rede municipal de urgência e emergência, proporcionando estabilização clínica, monitorização contínua, suporte terapêutico e articulação eficiente com os serviços de referência, contribuindo para a segurança assistencial e continuidade do cuidado.

9. ANÁLISE COMPARATIVA – MAIO × JUNHO/2026

Em comparação ao mês anterior, observou-se:

- **Aumento do número de pacientes acompanhados pela Clínica Médica** – Observação, passando de 104 para 112 pacientes analisados. Ressalta-se que a Gestão de Leitos registrou 130 internações no mesmo período, indicador que inclui pacientes de todas as especialidades que utilizam os leitos compartilhados da Unidade de Observação, motivo pelo qual os quantitativos não são diretamente comparáveis.
- Manutenção do predomínio de pacientes idosos e portadores de múltiplas comorbidades.

- Intensificação da demanda por doenças respiratórias, acompanhando o comportamento sazonal do período.
 - Maior diversidade de casos clínicos, incluindo doenças infectocontagiosas, neurológicas, cardiovasculares, cirúrgicas e psiquiátricas.
 - Manutenção da elevada necessidade de regulação para leitos hospitalares, evidenciada pela expressiva taxa de transferências externas.
 - Continuidade da atuação multiprofissional e da utilização de protocolos institucionais voltados à segurança e qualidade assistencial.
-

Responsável pelo relatório

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 JUNHO 2026.

Município	Quantidade	Porcentagem
Barueri	135	86%
Jandira	11	7%
Itapevi	7	4%
Outros	4	3%
Total Geral	157	100%

Sexo	Quantidade	Porcentagem
Feminino	83	53%
Masculino	74	47%
Total Geral	157	100%

Acolhimento	Quantidade	Porcentagem
Acolhimento/Escuta	61	38,85%
Acolhimento no leito	89	56,69%
Atendimento Criança	7	4,46%
Total Geral	157	100%

Demanda Identificada	Quantidade	Porcentagem
Pessoa em Situação de Rua	2	1%
Boletim Observação / EMERGÊNCIA	89	37%
Contato com familiar	25	10%
Contato com rede	7	3%
Óbito (Acolhimento e Orientações)	10	4%
PID / PAD	3	1%
Solicitação de Oxigênio Domiciliar	2	1%
Relatório Conselho Tutelar	1	0%
Conflito Institucional	2	1%
Relatório externo (CRAS/CREAS/CRAM	3	1%
Conflito Familiar	2	1%
Ressalva de DO/DNV	1	0%
Orientações Gerais	79	33%
Acolhimento Familiar	13	5%
Total Geral	239	100%

Situação de Risco	Quantidade	Porcentagem
Acidente de Trânsito	3	27%
Acidente Doméstico	2	18%
Evasão	0	0%
Negligência	0	0%

Tentativa de Suicídio	4	36%
Violência Doméstica	2	18%
Suspeita Abuso Sexual	0	0%
Total Geral	11	100%
Encaminhamentos Realizados	Quantidade	Porcentagem
Encaminhamento Casa de Acolhimento	2	29%
Encaminhamento Rede de Saúde	5	71%
Total Geral	7	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

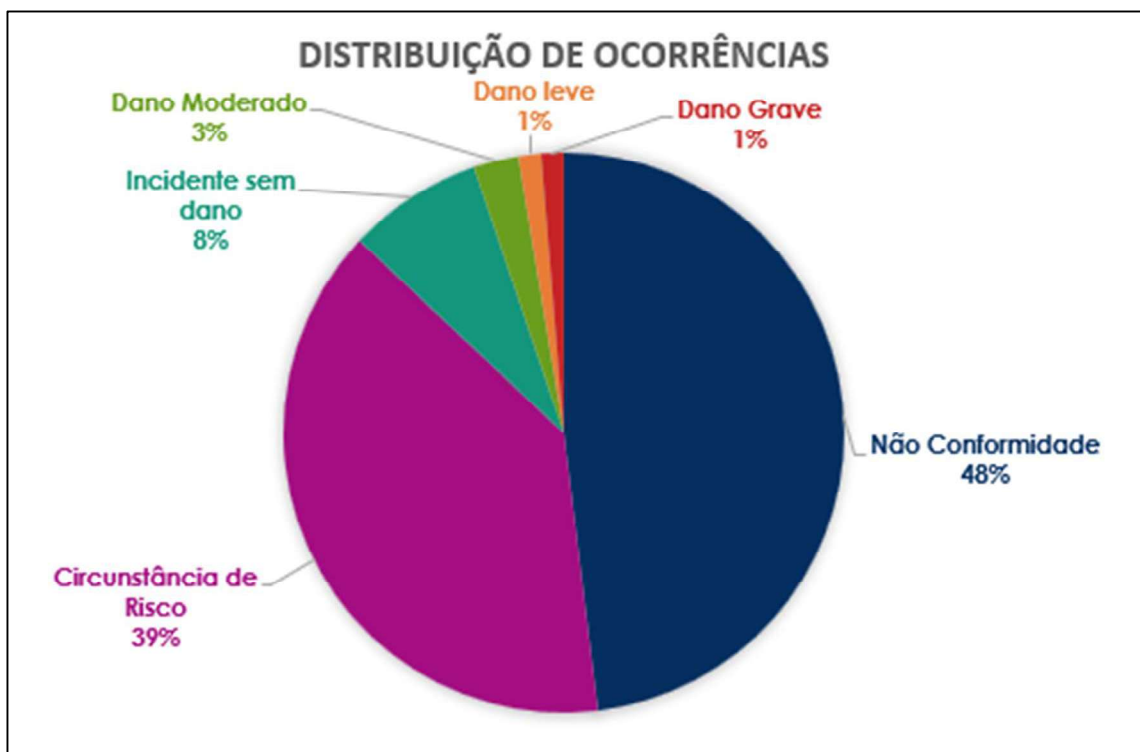
Karina Barbosa da S. Almeida
Assistente Social
Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas



Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas**Relatório da Qualidade****MAIO/2026****NOTIFICAÇÕES**

Recebemos no total **77** notificações com as seguintes classificações:

Classificação	Quantidade	Percentual
Não Conformidade	37	48%
Circunstância de Risco	30	39%
Incidente sem dano	6	8%
Evento Adverso Dano Moderado	2	3%
Evento Adverso Dano Grave	1	1%
Evento Adverso Dano leve	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: Emergência		Tipo Setor Notificante: Assistencial	
Setor do Notificante: Emergência		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Emergência	
Prontuário: [REDACTED]	Data de Abertura: 06/06/2026	Data Ocorrência: 06/06/2026	Hora Ocorrência: 15:00	Tipo Pessoa: Paciente	

Descrição da Ocorrência:
Paciente internada na emergência apresentou sinais sugestivos de tromboflebite em mmss, no local de CVP evidenciando hiperemia, edema e hematoma, realizado USG dos 2 membros.

Ação Imediata:
Retirado CVP, aplicado medidas locais e solicitado, a equipe medica avaliação para CVC.

Identificação: [REDACTED]		Notificante: [REDACTED]		Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS – BARUERI	
Tipo Setor Notificado: Assistencial		Setor Notificado: Emergência		Tipo Setor Notificante: Assistencial	
Setor do Notificante: Emergência		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Emergência	
Prontuário: [REDACTED]	Data de Abertura: 27/06/2026	Data Ocorrência: 27/06/2026	Hora Ocorrência: 07:00	Tipo Pessoa: Paciente	

Descrição da Ocorrência:
PRESENCIADO PELA TECª DE ENFERMAGEM DO DIURNO E ENFERMEIRO, EDEMA E RUBOR NA REGIÃO DO BRAÇO ESQUERDO EM REGIÃO DO AVP, PACIENTE NÃO REFERE DOR LOCAL PORÉM AVP ESTAVA INVIÁVEL PARA INFUSÃO DE MEDICAMENTOS

Ação Imediata:
REALIZADA NOVA PUNÇÃO EM OUTRO MEMBRO. PRESERVADO MEMBRO AFETADO PELA FLEBITE

- Perda de CVC – Nenhuma ocorrência.
- Perda de CNE – 03 ocorrências.
- Extubação acidental: Nenhuma ocorrência.
- Lesão por pressão: Nenhuma ocorrência.
- Lesão de pele: 03 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 Médica		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Clínica Médica	
Prontuário: [REDACTED]	Data de Abertura: 02/06/2026	Data Ocorrência: 01/06/2026	Hora Ocorrência: 22:10	Tipo Pessoa: Paciente	

Descrição da Ocorrência:
Paciente apresentou lesão em membro superior (região do braço/cotovelo) decorrente do uso de contenção física. Ao exame, foram identificadas as seguintes características: Edema localizado na região de contenção Hipertermia local (região quente ao toque) Lesões cutâneas visíveis com sinais inflamatórios Presença de curativos/patches na área afetada (evidenciadas nas fotografias)

Ação Imediata:
Avaliação Médica Médica Responsável: Dra. Aline Avaliação clínica da lesão realizada Exame físico do membro afetado Prescrição de condutas terapêuticas
☒ Condutas de Enfermagem Registro fotográfico da lesão (22:10h) Curativo realizado na área lesionada Monitorização dos sinais flogísticos (edema, calor, rubor) Notificação e abertura de evento adverso AS 02:40 Comunicado dr Neylor prescrito medicação e solicitado raio x

Identificação: [REDACTED]		Notificante: [REDACTED]		Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
Tipo Setor Notificado: Assistencial		Setor Notificado: Emergência		Tipo Setor Notificante: Assistencial	
Setor do Notificante: Emergência		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Emergência	
Prontuário: [REDACTED]	Data de Abertura: 04/06/2026	Data Ocorrência: 03/06/2026	Hora Ocorrência: 07:00	Tipo Pessoa: Paciente	

Descrição da Ocorrência:
Informamos a ocorrência de lesão cutânea (GRAU 2) em membro superior de paciente João Batista de Oliveira, submetido à contenção mecânica durante assistência no setor de Emergência. Durante avaliação da pele, da data de hoje dia 04/06/2026, foi identificada lesão na região do membro superior relacionada ao dispositivo de contenção mecânica utilizado, caracterizada por sinais de pressão e atrito local, em punho direito e cotovelo esquerdo (fotos em anexo). Vale ressaltar que no plantão anterior do dia 02/06/2026 paciente estava com pele íntegra sem lesões.

Ação Imediata:
Adotado medidas imediatas, como curativo oclusivo simples com óleo de girassol de incluindo retirada e reposicionamento adequado da contenção, avaliação da integridade da pele, comunicação à equipe e registro em prontuário. O paciente permanece em acompanhamento para monitoramento da evolução da lesão e prevenção de novas intercorrências.

Identificação: [REDACTED]		Notificante: [REDACTED]		Unidade: PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	
Tipo Setor Notificado: Assistencial		Setor Notificado: Emergência		Tipo Setor Notificante: Assistencial	
Setor do Notificante: Emergência		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Emergência	
Prontuário: [REDACTED]	Data de Abertura: 17/06/2026	Data Ocorrência: 15/06/2026	Hora Ocorrência: 07:00	Tipo Pessoa: Paciente	

Descrição da Ocorrência:
RECEBIDO PLANTÃO COM A PACIENTE EM LEITO COM MSD GARROTIADO E APRESENTANDO EDEMA E SINAIS DE CIANOSE, PACIENTE JÁ POSSUIA CONTENÇÃO DE MMSS, PACIENTE IDOSA, COM MAGREZA EXTREMA E COM MAL DE PARKISON, CONDIÇÕES QUE AUMENTAM OS RISCOS DE AGRAVAMENTO PARA LESÕES E EDEMAS.

Ação Imediata:
RETIRADO GARROTE DO MEMBRO AFETADO, AFROUXADA CONTENÇÃO MECÂNICA E INFORMADO SUPERVISÃO

- 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: Medicação		Tipo Setor Notificante: Assistencial	
Setor do Notificante: Medicação		Tipo Setor Ocorrência: Assistencial		Setor da Ocorrência: Medicação	
Prontuário: [REDACTED]	Data de Abertura: 12/06/2026	Data Ocorrência: 12/06/2026	Hora Ocorrência: 06:20	Tipo Pessoa: Paciente	

Descrição da Ocorrência:
PACIENTE ADMITIDO NA MEDICAÇÃO PARA REALIZAR MEDICAÇÃO IM, FOI ADMINISTRADO EM QSD E QSE, AO SAIR DA SALA DE MEDICAÇÃO CAIU NA PORTA, AUSÊNCIA DE LESÕES.

Ação Imediata:
COMUNICO MÉDICO DA EMERGÊNCIA PARA REALIZAR AVALIAÇÃO E PEDIDO DE RAIOS-X.

INDICADOR DE TAXA DE NOTIFICAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS

Fórmula	$\frac{\text{Nº de notificações de eventos adversos}}{\text{Nº total de atendimentos}} \times 1000$
---------	---

Análise crítica:

Neste mês, tivemos o registro de 4 notificações com eventos adversos dentro do sistema Medicsys, representando 0,17 a cada 1.000 atendimentos (valor total = 23985 atendimentos).

COMISSÕES

Reuniões junho/2026:

- Revisão de prontuários – Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de abril, com 29 análises. Realizada em 17/06/2026
- Revisão de óbitos - Análise retroativa referente aos atendimentos do mês de abril, com 15 óbitos totais. Realizada em 17/06/2026
- Observação: As comissões de revisão de prontuários e de óbitos analisam os prontuários do mês anterior.
- Núcleo de qualidade e segurança do paciente - Não realizada
- Farmácia terapêutica (CFT) - Realizada em 10/07/2026
- CPMMH - Realizada em 10/07/2026
- PGRSS - Realizada em 25/06/2026
- Biossegurança - Realizada em 25/06/2026
- PPRAMP - Realizada em 25/06/2026
- EMTN – Não realizada
- Comissão de Ética de Enfermagem – 02/06/2026
- Diretoria clínica - Realizadas em 11/06/2026, 25/06/2026
- Auditoria – Não realizada
- Cuidados com a pele (Feridas e curativos) –Realizada em 17/06/2026
- CIPA – Realizada em 30/06/2026
- Brigada de Emergência – Realizada em 17/06/2026 e 18/06/2026

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADO À ASSISTÊNCIA

Referente à JUNHO/2026

1. Apresentação

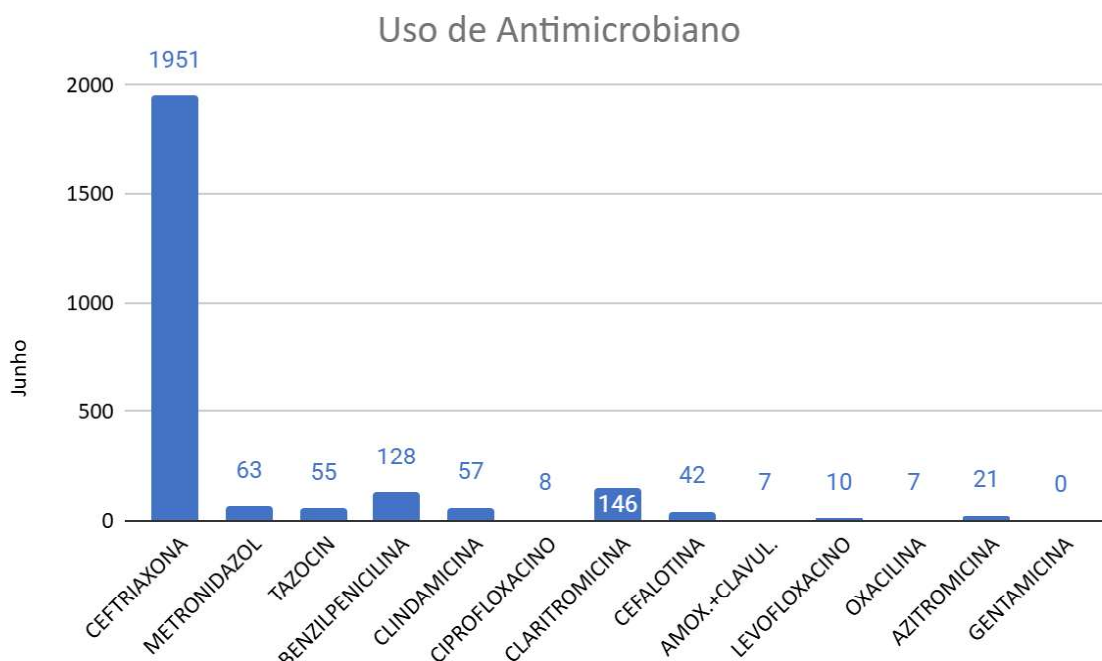
Em consonância com a Portaria 2.616/1998 do Ministério da Saúde, a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde CCIRAS tem por objetivo atuar no processo de prevenção e controle de infecções hospitalares.

2. Número total de Antibióticos.

Em junho, observou-se aumento no consumo registrado de antimicrobianos em decorrência da atualização do sistema de informação (SISS), que passou a realizar o processamento automático dos dados a partir das solicitações de prescrição médica. No período, foram contabilizadas 2.516 prescrições, apesar do aumento observado manteve-se na média (2700).

A equipe médica participou de treinamento sobre o uso racional de antimicrobianos na unidade. Além disso, foi observado baixo consumo de carbapenêmicos e vancomicina, refletindo perfil de utilização compatível com as estratégias de gerenciamento de antimicrobianos.

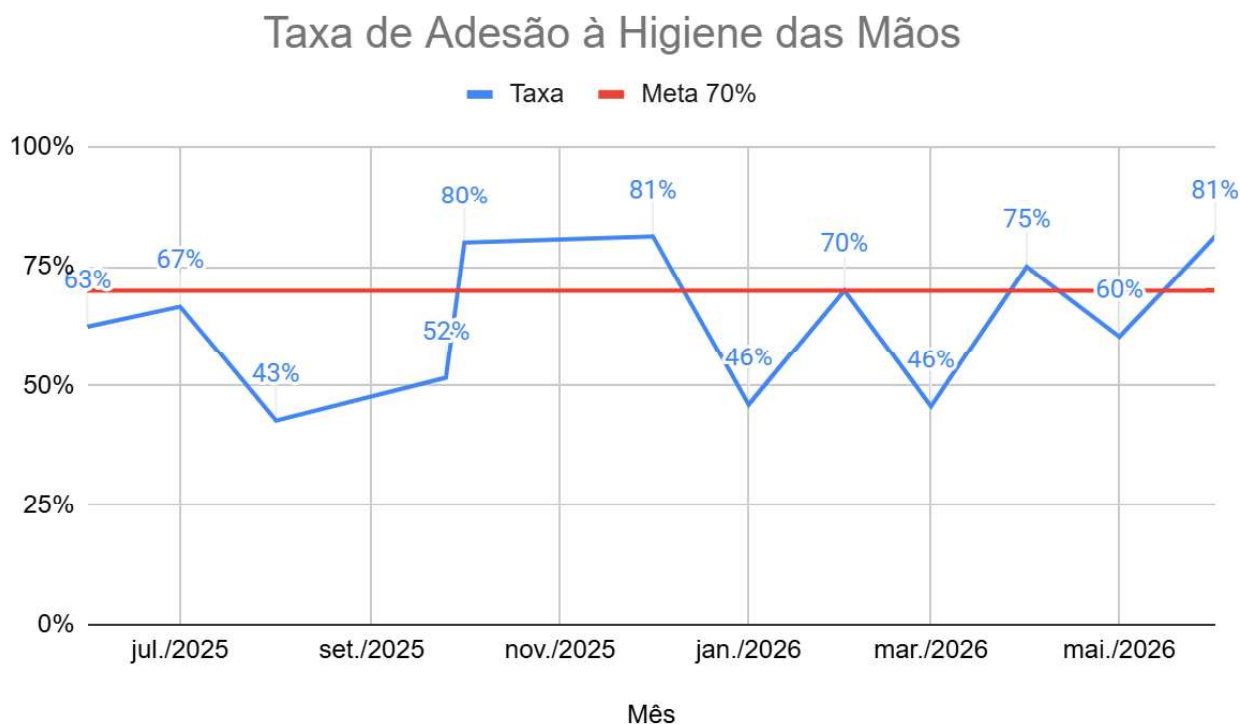
Gráfico 01: Consumo de antimicrobianos



3. Adesão à Higienização das Mãos

Em Junho, a taxa global de adesão foi de 81%. Os melhores resultados foram observados nos momentos "após contato áreas próximas", com adesão de 100%, e "após contato com o paciente", com 82% de adesão. Aplicado treinamento em Maio e Junho sobre adesão à Higiene de Mãos.

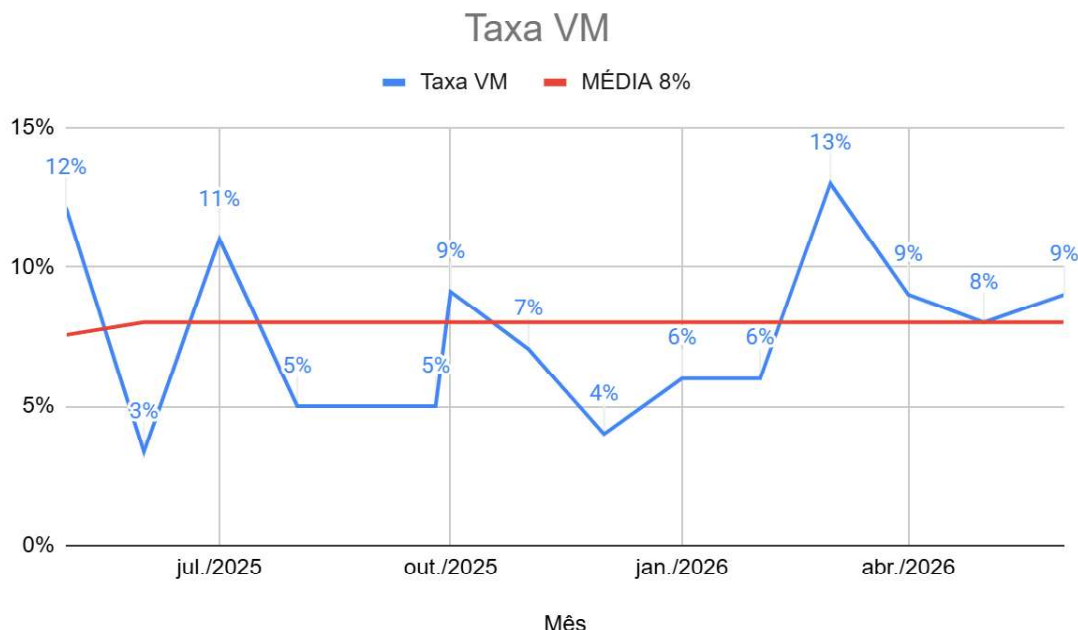
Gráfico 02: Adesão à Higienização das Mãos.



4. Taxa de Dispositivos Invasivos e IRAS

Ventilação Mecânica: Em junho, nove pacientes permaneceram em ventilação mecânica invasiva por mais de 24 horas, totalizando 24 VM-dia, considerando o perfil da unidade de Pronto Atendimento, com permanência prolongada de pacientes intubados. Houve um caso de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) por MRSA, em paciente com cinco dias de intubação, resultando em densidade de incidência de PAV de 41%. Foram reforçadas as medidas de prevenção por meio de treinamento da equipe, discussão do caso e fortalecimento da adesão ao bundle de prevenção da PAV. A taxa de Ventilação mecânica ficou em 9% acima da média (8%).

Gráfico 03: Taxa de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)



Cateter Vesical de Demora: Em junho, 24 pacientes utilizaram cateter vesical de demora, totalizando 75 CVD-dia, sem ocorrência de Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC), densidade de ITU-AC em 0%. Observou-se boa adesão à avaliação da indicação do dispositivo conforme o Caderno 4 de Prevenção de IRAS, bem como à sua retirada precoce, contribuindo para a ausência de casos no período. Aplicado ao treinamento em fevereiro de 2026 e busca ativa do controle de infecção.

Gráfico 04 - Taxa de Cateter Vesical de Demora:

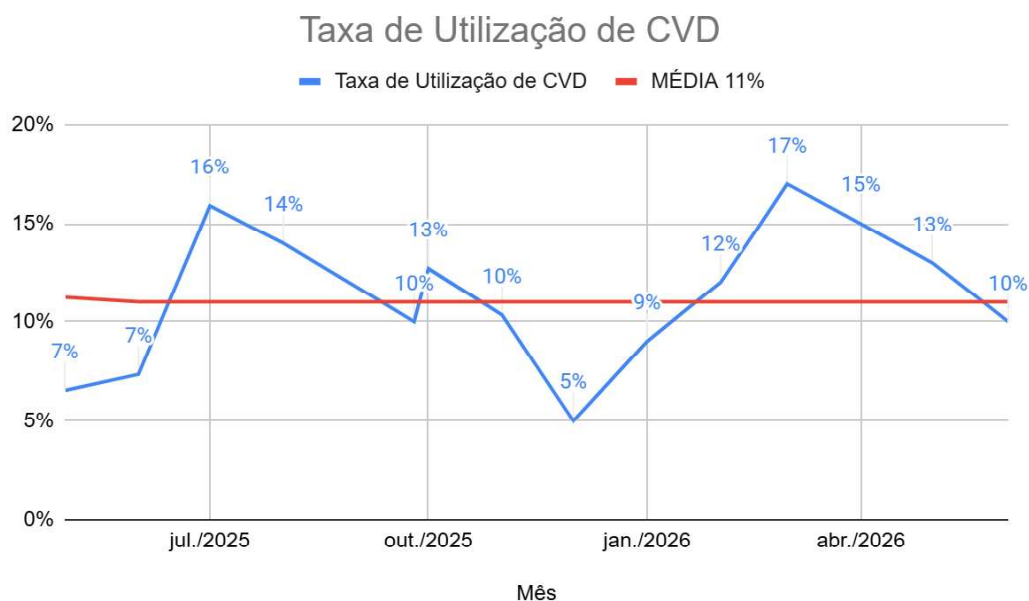
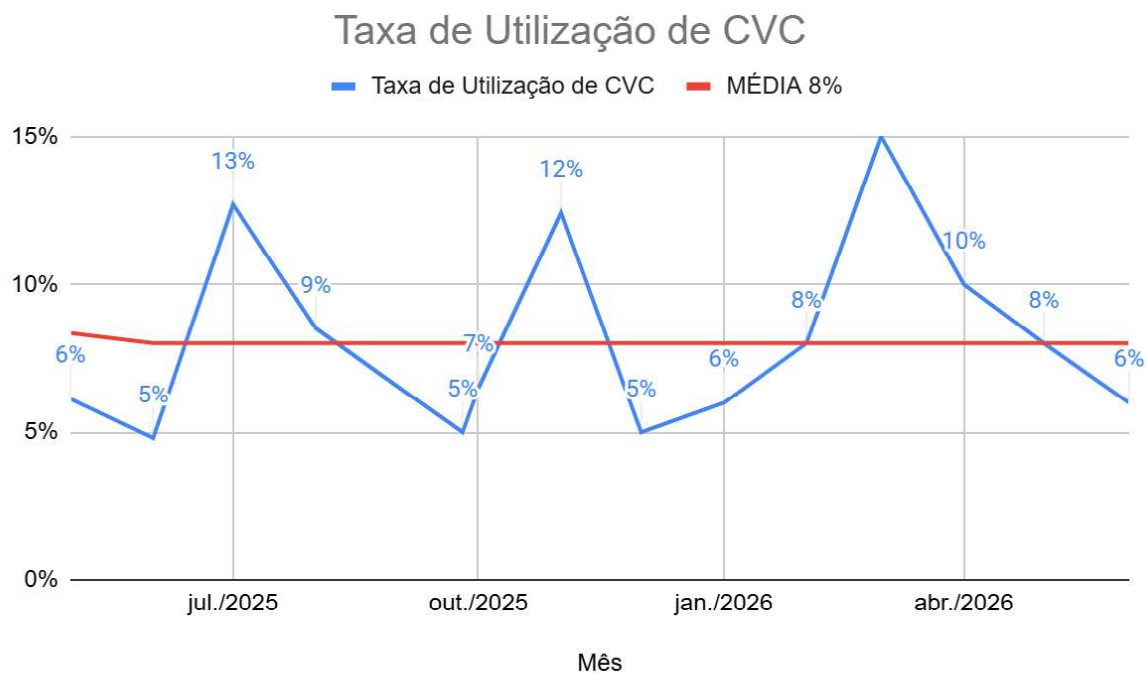


Gráfico 05: Taxa de Cateter Venoso Central

Cateter Venosos Central: 7 pacientes utilizaram o Cateter Venoso Central (CVC), totalizando 15 CVC-dia. A taxa representa redução em relação ao mês anterior. Esse resultado reflete a adesão às práticas de descontinuidade oportuna do dispositivo e à discussão criteriosa pela equipe médica quanto à sua indicação e permanência. Não houve casos de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada ao Cateter Venoso Central (IPCS-CVC) no período, mantendo densidade de incidência de 0%.



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: junho /2026

Introdução

Durante o mês de junho, 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 para identificação de riscos, inspeção das condições de trabalho, orientação aos colaboradores e implementação de medidas preventivas.
- Reforço das orientações sobre o cumprimento das normas de segurança, com ênfase na utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), especialmente óculos de proteção e luvas durante procedimentos com risco de exposição a material biológico.
- Orientações sobre apresentação pessoal e boas práticas assistenciais, reforçando a necessidade de manter cabelos presos, unhas curtas, limpas e sem adornos, visando reduzir os riscos de contaminação.
- Orientação quanto à segregação e ao descarte correto dos resíduos comuns, infectantes e perfurocortantes, conforme a legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
- Desenvolvimento de ações educativas e acompanhamento das práticas de segurança nos setores.
- Investigação e acompanhamento dos acidentes e incidentes ocorridos no período.
- Permanece pendente a regularização do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), em razão das adequações necessárias no sistema de prevenção e combate a incêndio. O SESMT segue acompanhando a situação junto aos setores responsáveis até a conclusão das pendências.

Indicadores do Mês

- 04 acidentes de trabalho registrados, sendo:
 - 03 acidentes com material perfurocortante;
 - 01 acidente de trajeto.
- 01 incidente registrado, sem afastamento.

Plano de Ação

Considerando a ocorrência de três acidentes envolvendo materiais perfurocortantes, será realizado, em parceria com a Educação Continuada, um treinamento direcionado aos colaboradores, abordando os riscos ocupacionais relacionados aos perfurocortantes, medidas de prevenção, uso adequado dos EPIs, práticas seguras durante os procedimentos e condutas a serem adotadas em caso de exposição a material biológico.

Conclusão

As ações realizadas durante o mês reforçam o compromisso do SESMT com a prevenção de acidentes e a promoção da saúde e segurança dos colaboradores. Como melhoria contínua, será realizado treinamento sobre prevenção de acidentes com perfurocortantes em conjunto com a Educação Continuada. Permanece, ainda, o acompanhamento das adequações necessárias para a regularização do AVCB, visando garantir a conformidade das medidas de prevenção e combate a incêndio.

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 – JUNHO/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 junho 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	694
Número de atendimentos pediátricos	46
Número total de atendimentos no mês	740
Número de pacientes em ventilação mecânica	11
Número de pacientes submetidos à extubação eletiva	0
Número de pacientes com extubação acidental/não planejada	0
Número de pacientes em ventilação não invasiva (VNI)	6
Pacientes intubados/dia	24

Durante o mês de junho de 2026, o serviço de fisioterapia realizou 740 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 DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

Competência: Junho/ 2026

Unidade: Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

1. APRESENTAÇÃO

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

2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

No período analisado, foram realizadas 53 triagens nutricionais, incluindo 01 reavaliação de paciente classificado como nível terciário.

Observou-se predominância de pacientes idosos, representando 60,4% das triagens realizadas, indicando maior complexidade clínica e necessidade de acompanhamento contínuo. Houve maior prevalência do sexo masculino, mantendo a tendência observada no período anterior.

Foram realizadas 409 visitas à beira leito, com média de 13 visitas diárias. Essas visitas foram destinadas aos pacientes que, embora não estivessem em período de triagem, avaliação ou reavaliação nutricional, necessitavam de acompanhamento diário para monitoramento da ingestão alimentar, hábito intestinal, comorbidades prévias, sinais de disfagia e outros aspectos clínicos relevantes observados pela equipe de nutrição, que pudessem indicar a necessidade de adequações na conduta dietoterápica.

3. CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA

Observou-se predominância de pacientes classificados no nível de atenção secundário, seguida pelo nível terciário, evidenciando a necessidade de cuidado especializado contínuo. Em relação ao mês anterior, houve mudança no perfil dos pacientes atendidos, uma vez que a maior parte foi classificada como nível terciário. Também foram classificados dois pacientes no nível de atenção primário, os quais não apresentavam necessidade de intervenções nutricionais específicas.

4. ESTADO NUTRICIONAL

Identificou-se predominância de pacientes desnutridos, seguidos por indivíduos eutróficos e com sobrepeso ou obesidade, reforçando a importância da avaliação nutricional e da conduta individualizada.

5. TERAPIA NUTRICIONAL

5.1 Suplementação Nutricional

Foram utilizadas 26 unidades de suplementos nutricionais (16 hipercalóricos, 7 para diabéticos e 3 com adição de arginina e prolina, sendo utilizado como auxiliar de cicatrização) em 8 pacientes que apresentavam ingestão alimentar inferior a 70% ou estado de desnutrição.

Em seguida, o insumo mais utilizado foi o probiótico (18 sachês), indicado para pacientes com quadro de diarreia instalada ou como medida profilática quando identificado maior risco de disbiose intestinal.

Destaca-se média de 3,3 suplementações por dia para um total de 8 pacientes.

5.2 Nutrição Enteral

Registrou-se média de 0,7 paciente/dia em uso de nutrição enteral. A fórmula mais utilizada foi hipercalórica e normoproteica com fibras, seguida de hiperproteica e hipercalórica, além de fórmula específica para pacientes com diabetes mellitus e fórmula com nutrientes específicos para auxiliar na cicatrização de lesões.

6. PERFIL CLÍNICO

6.1 Comorbidades

Observou-se predomínio de Hipertensão Arterial Sistêmica (36%), seguida de Diabetes Mellitus (32%). Insuficiência Cardíaca e Acidente Vascular Cerebral apresentaram a mesma frequência, correspondendo a 13% dos casos cada.

6.2 Diagnósticos de Internação

Houve predomínio de doenças pulmonares, como DPOC exacerbada, pneumonia e broncopneumonia, principalmente entre pacientes idosos. Em seguida, destacaram-se os agravos cardiovasculares, como insuficiência cardíaca congestiva e infarto agudo do miocárdio, além de acidente vascular cerebral e cetoacidose diabética, caracterizando um perfil de pacientes com elevada complexidade clínica.

7. INDICADORES ASSISTENCIAIS

Observou-se aumento no número de refeições fornecidas aos pacientes e diminuição de refeições servidas aos acompanhantes, refletindo a maior demanda assistencial da unidade em decorrência do aumento das internações.

8. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

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

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período analisado foi caracterizado pelo predomínio de pacientes classificados no nível secundário de assistência nutricional, diferentemente do observado no mês anterior, quando prevaleceram pacientes do nível terciário. Em comparação com maio, também se observou

predominância da via oral como principal via de alimentação, com a maioria dos pacientes apresentando ingestão correspondente a, pelo menos, 70% de suas necessidades nutricionais. Esse resultado pode estar relacionado ao maior número de pacientes classificados no nível secundário de assistência nutricional.

Giovana Zandoná de Lemos

Nutricionista RT - CRN 3: 71034

RELATÓRIO DE ATIVIDADES: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

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

OBJETIVO: SETOR RADIOLOGIA

CONTRATO DE GESTÃO: CEJAM 226/2025

EMPRESA: PC RAD CNPJ:16.684.393 | 0001-30

PERÍODO:01/06/2026 à 30/06/2026

1. Objetivo

Este relatório tem como finalidade apresentar, de forma objetiva, as atividades desenvolvidas pela equipe de Radiologia, no mês de Junho, 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: 6.331**
- Total de exames **cadastrado no SISS 4.376**
- Total de Nº **pacientes atendidos no mês: 3.620**
- Total de **exames no leito/observação e emergência: 83**

TIPO DE ESTRUTURA RADIOGRÁFICA	QUANTIDADE POR INCIDÊNCIAS
TORAX	3.462
CRÂNIO	296
MM SUPERIORES	602
MM INFERIORES	1428
ABDOME	346
OUTROS	197
TOTAL=	6.331

TOTAL DE Nº PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADES: TOTAL: 3.620	CLINICA: 1957	PEDIATRIA 1154	ORTOPEDIA 509
---	------------------	-------------------	------------------

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.



ANEXO: PRONTO SOCORRO ARNALDO DE FIGUEIREDO DE FREITAS

CONTROLE DE EXAMES RADIOLÓGICOS - JUNHO 01 Á 30																																	
EXAMES	QUANTIDADE DE INCIDÊNCIAS POR DIA																																TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
CRÂNIO (PA + LATERAL)	7	16	10	16	19	10	8	8	2	10	4	2	4	6	12	10	6	16	10	12	12	4	6	4	4	4	6	8	6	10	6	254	
MAXILAR/ MANDIBULA																				2											2		
OSSOS DA FACE				1					1		2	1			2				1		1			1				2		2	14		
SEIOS DA FACE (FN + MN + HIRTZ)	1	2	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	2	1	0	3	0	1	0	2	2		1	1	1	1	0	1	1	2	26		
COLUNA CERVICAL (AP + LAT				4		2	4	1	4			4			2	2					4	3	2	2					4		38		
COLUNA LOMBO-SACRA	2	2			2	2	2	1	2							2	4		2										2		23		
COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	4	2			2	2	4			8					1	2	4	2	2	2	2	2	2	4			12				53		
COLUNA TORACO - LOMBAR			2	6	4	2	2						2	2	7	4		4	4		2	2	6	4		4	19	8	3		87		
REGIÃO SACRO-COCCIGEA	4						1			2								2										2	2		13		
COSTELAS (HEMITORAX)			3				1	1	1	1	1	1		1	0	1	2	1	2	1	1				1				2	6		27	
TORAX (PA E PERFIL)	91	118	57	28	89	124	39	47	63	96	87	119	77	89	95	97	112	81	97	110	93	125	116	96	110	104	109	102	115	127		2813	
TORAX PEDIATRICO	24	16	20	17	25	13	32	14	20	18	22	28	21	23	18	30	23	16	27	17	15	21	26	19	18	8	15	42	32	29		649	
ANTEBRAÇO	2	0	4	2	4	6	8	0	1	2	0	2		0	2		4	0	0				6	2	6	4	2	2	8	0		67	
ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	3	2	2	4	1	6	1	1	6	2	1	2		10	0	4	5	1		2	1	1	1	2	2	1			2		63		
UMERO	1	7	2	3		4	6	1		1		1	2	3	1	2	4			2	2	1	2	2				1	2	3	53		
CLAVICULA			1	1		1			1			1	1	1	1	2	3				4	1	1		1			1	0	1		22	
COTOVELO	7	2	0	2	4	2	10		4	4		6		4	0	4		4	6	4	0	2	2	2	6	4	6	2	2	2		91	
DEDOS / QUIRODACTILOS	2	6	8	8	2	2	4		6	2	2				8	2	4	2	4	6	2			4	0	4	9	2	8	3		100	
MÃO	0	0	2	8	6	16	12	10	6	8	4	6	2	8	8	19	6	10	10	5	11	4	8	6	4	2	12	6	8	10		217	
ESCAPULA/OMBRO (TRES	5				1	2	2			3	2	3		1	4	4	4	6	3	4					1	2	1		5			53	
PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	0	8	4	11	10	2	0	8	8	4	2	8	4	6	2	14	6	6	4	6	0	1	2	0	6	8		8	4	8		150	
ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3				1	1				0	1		0	2	1	0	0	1		1				1									9	
ABDOMEN SIMPLES (AP)	10	8	7	19	8	15	6	11	23	12	4	13	9	6	6	12	13	10	14	18	10	15	8	15	16	9	6	12	6	15		336	
ARTICULACAO COXO-FEMORAL							1										2								2							5	
ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	8	6	4	8	12	30	12	14	20	14	6	6	4	10	18	12	4	18	16	8	4	8	10	5	5	6	2	12	22	12		316	
PELVE	6	2	1	1	0	3	2	1	3	1		1	2	2	2	2	1	4	1	2	3	1	1	2		0		3	5	2		54	
CALCANEO AXIAL	2						1	1									2															6	
FEMUR	1	4		2				1	3	2		1		0	2	3	1	1	0	2			1	1				3	5	2		35	
JOELHO (AP + LATERAL)	1	12	5	4	7	14	10	6	10	12	8	8	6	4	14	4	6	10	14	6	7	6	12	6	4	12	10	6	16	4		244	
PE / DEDOS DO PE JANTEPÉ	10	12	10	16	26	38	20	12	14	26	14	14	12	16	18	12	10	8	24	6	6	20	10	4	14	10		14	30	12		438	
PERNA	0	4	0	2	0	10	6	3	0	2	4	2	2	2	2	4	2	2	4	0	0	0	4	4	2	0	2	6	4	0		73	
TOTAL (INTERNO)	186	234	142	164	221	307	194	141	200	232	163	230	152	196	223	253	225	205	246	217	184	217	228	186	200	185	214	242	291	253	0	6331	

*DADOS INGRESSADOS DIARIAMENTE CONFORME DEMANDA DE PLANTÃO

RESPONSÁVEL TÉCNICA: Camila de Moura Santos CRTR 24656t

RELATÓRIO DE PRODUTIVIDADE – JUNHO DE 2026 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

Relatório contempla as atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) no Pronto-Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas (PSAFF), durante o mês de **junho** de **2026**, no âmbito do contrato de gestão firmado entre a Prefeitura Municipal de Barueri e o Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim- CEJAM.

Apresentamos aqui o percurso trilhado pelo NEP nesta unidade, com foco na capacitação contínua dos colaboradores ao longo do período vigente do contrato. Nosso trabalho busca promover uma educação permanente que atue como instrumento estratégico de gestão, voltado à melhoria da qualidade e segurança na assistência, ao fortalecimento da cooperação técnica e ao desenvolvimento profissional das equipes.

O NEP atua em consonância com o planejamento estratégico do Centro de Estudo e Pesquisa Dr. João Amorim, tendo como base os pilares da missão, visão e valores institucionais. Composto por uma equipe multiprofissional, o núcleo envolve colaboradores contratados sob regime CLT e profissionais de empresas terceirizadas, organizados conforme suas áreas de atuação.

A proposta do NEP é promover uma atuação integrada entre os diversos setores da unidade, garantindo o controle de qualidade dos processos. Participamos ativamente das comissões institucionais e dos núcleos internos, contribuindo para a criação e padronização de protocolos, gerenciamento de riscos e outras ações que visam atender às necessidades da unidade.

A partir dessas frentes de trabalho, são planejados e executados treinamentos e capacitações que atualizam os profissionais para um atendimento cada vez mais qualificado e seguro.

Os indicadores de desempenho relacionados aos treinamentos são essenciais para a gestão estratégica da unidade. A coleta e consolidação dos dados são realizadas com base nas listas de presença e registros de orientações vinculados a este documento.

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

INDICADOR	CONCEITO	OBJETIVO
Status de Treinamentos	Indicador gerencial de acompanhamento que apresenta, de forma sintética, a situação dos treinamentos planejados, permitindo a visualização rápida do desempenho em relação ao cronograma estabelecido.	Monitorar os treinamentos concluídos, em andamento e pendentes, apoiando o controle do planejamento anual e a tomada de decisão.
Taxa de Adesão aos Treinamentos	Mede a relação entre o número de colaboradores convidados para os treinamentos e aqueles que efetivamente participaram. Esse indicador permite avaliar o alcance das ações educativas.	Avaliar a efetividade da divulgação, o interesse dos colaboradores e o nível de engajamento das equipes nos treinamentos ofertados.
Hora-Homem Treinado	Indicador que mensura a quantidade de horas de treinamento realizadas por colaborador em determinado período, considerando ações internas e externas.	Identificar o investimento em capacitação e reduzir lacunas de competências, aproximando o desempenho esperado do desempenho real dos colaboradores.
Avaliação da Mudança de Comportamento	Analisa se os conhecimentos adquiridos nos treinamentos foram incorporados à prática profissional, observando mudanças de postura, comportamento e execução das atividades.	Verificar a aplicabilidade dos treinamentos no cotidiano de trabalho e mensurar os impactos das ações educativas nos processos assistenciais e administrativos.
Avaliação de Treinamento	Ferramenta de feedback utilizada para mensurar o grau de satisfação dos colaboradores em relação ao instrutor, conteúdo, metodologia e organização do treinamento.	Avaliar a qualidade das ações educativas, identificar oportunidades de melhoria e apoiar o aprimoramento contínuo dos programas de capacitação.

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.

2. CAMPANHAS E TREINAMENTOS REALIZADOS

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

TEMA	MINISTRADO	DATAS		LOCAL
		INICIO	TÉRMINO	
Classificação de Risco Pediátrico - Humaniza SUS	Selma	11/06/2026	11/06/2026	Sala de Treinamento
Limpeza Concorrente - Enfermagem	Stefany Velaro	11/06/2026	13/06/2016	Sala de Treinamento
Requisição de Estoque/ Movimentação de Leitos	Luiz Carlos Gomes	17/06/2026	19/06/2026	In Loco
Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Blundles de Prevenção, Higiene das Mãos e Cuidados com Dispositivos da Assistência	Stefany Velaro	25/06/2026	26/06/2026	Sala de Treinamento
Aspiração de Vias Aéreas	Thalia Carvalho/ Willie Silva	25/06/2026	26/06/2026	Sala de Treinamento

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

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

Nº	Tema	Categoria	Convoca- s Quantidade	Participant es Quantidade	Folgas	Atestados	Total Ausência	Meta HH/T 1:00:00	HH/T	Taxa de participa- ção	META
1	Classificação de Risco Pediátrico - Humaniza SUS	Enfermagem	12	21	0	0	0	01:00:00	21:00:00	175%	100%
2	Limpeza Concorrente - Enfermagem	Enfermagem	91	98	6	1	7	01:00:00	49:00:00	107,00%	
3	Requisição de Estoque/ Movimentação de Leitos	Enfermagem	91	43	5	2	7	01:00:00	43:00:00	47,25%	
4	Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Blundles de Prevenção, Higiene das Mãos e Cuidados com Dispositivos da Assistência	Enfermagem	91	90	6	3	9	01:00:00	90:00:00	98,90%	
5	Aspiração de Vias Aéreas	Enfermagem	91	53	6	3	9	01:00:00	53:00:00	58,24%	

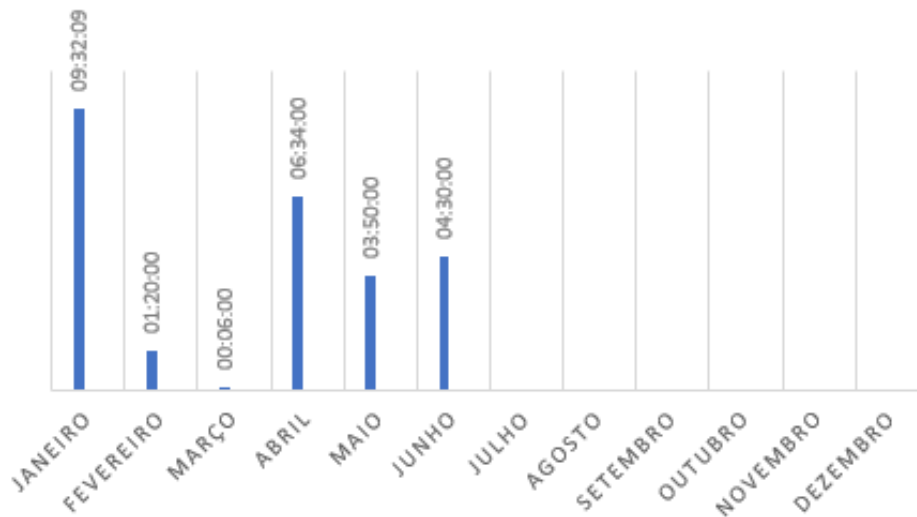
O indicador de Hora-Homem Treinado é calculado com base exclusivamente na média mês de colaboradores ativos na unidade no momento da realização de cada treinamento. Essa metodologia tem como objetivo refletir com maior precisão a adesão efetiva às ações de capacitação realizadas. Para garantir a fidedignidade dos dados, são excluídos da contagem os seguintes grupos de colaboradores:

- Colaboradores em afastamento médico;
- Colaboradores em licença-maternidade;
- Colaboradores em período de férias;
- Colaboradores em escala de folga.

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

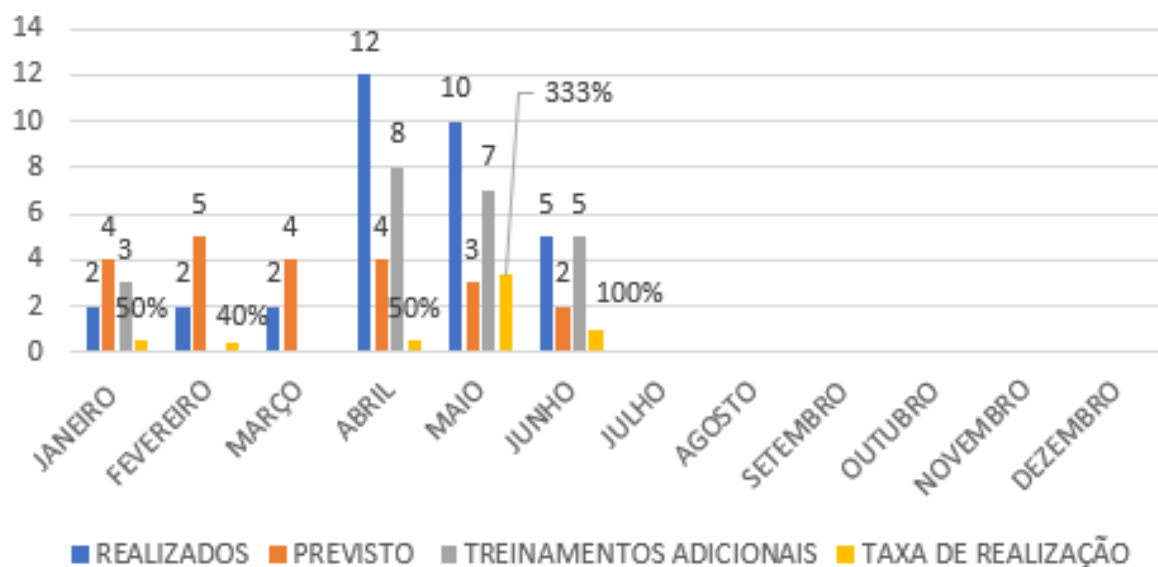
4. TOTAL DE HORA HOMEM TREINADO NO MÊS

TAXA DE HORA HOMEM TREINADO



5. - NUMERO DE TREINAMENTO PREVISTO X REALIZADOS

TREINAMENTOS REALIZADOS / PREVISTO ANO 2026

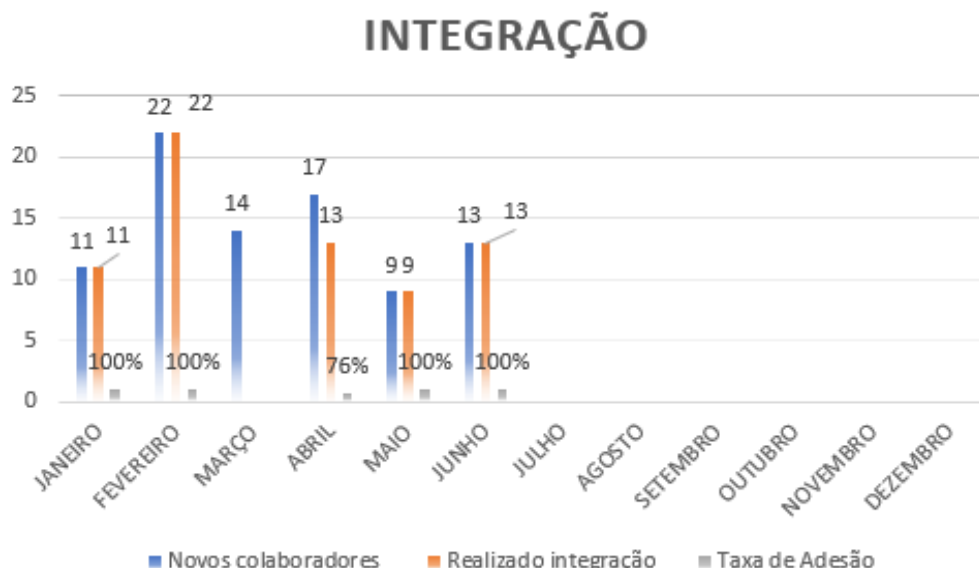


6. INTEGRAÇÃO

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	Andressa Oliveira Aguiar	Enfermeira
2	Ana Claudia dos Santos Souza	Enfermeira
3	Laine Rodrigues Lima	Aux. Administrativo
4	Ronald Ferreira dos Santos	Aux. Administrativo
5	Gislaine Rodrigues de Andrade	Téc. de Enfermagem
6	Maria Evelania Vieira Sousa	Aux. Administrativo
7	Felipe Oliveira de Pontes	Téc. de Enfermagem
8	Janaina Santos N. Silva	Téc. de Enfermagem
9	Joice Vitoria de Paula	Aux. Administrativo
10	Kimberlly Eduardo Pereira	Nutricionista
11	Keyth Jeniffer Z. H. Martins	Téc. de Enfermagem
12	Maria Helena C. do A. Silva	Farmacêutica
13	Cícera Raquel Pereira Lima	Téc. de Enfermagem
TOTAL DE COLABORADORES INTEGRADOS: 13		

7.INDICADOR DAS INTEGRAÇÃO REALIZADAS NO ANO 2026



7. INTEGRAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS

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

Nº	NOME DOS ESTAGIÁRIOS
1	Vivian Caroline Aguiar de Lima
2	Josiana Maria Pereira
3	Miquélia Rodrigues de Paula
4	Dani Biazuze
5	Camila Damiane Paulino
6	Mayra Costa Fernandes Yoshiwara
	TOTAL DE ESTAGIÁRIOS INTEGRADOS: 06

8. EVIDÊNCIAS DAS AÇÕES DE TREINAMENTO REALIZADAS EM JUNHO DE 2026

Classificação de Risco Pediátrico - Humaniza SUS



Integração dos novos colaboradores



Integração dos estagiários



Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Blunders de Prevenção, Higiene das Mãos e Cuidados com Dispositivos da Assistência.



Aspiração de Vias Aéreas



Jussara Mazzetto

COREN-SP 307.643

ENFERMEIRO EDUCAÇÃO PERMANENTE

Pronto Socorro Arnaldo de Figueiredo Freitas

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

06 de Julho de 2026

DADOS DE OUVIDORIA RELATÓRIO - REF.Junho/2026

6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO (OUVIDORIA)

6.1 Amostragem das ouvidorias (10%)

No período de Junho/2026, foram registradas, ao todo, 38 manifestações de Ouvidoria, sendo:

- 6 elogios;
- 32 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		
	Mês-maio	%
Total de ouvidorias (10%)	38	10
Atendimento Realizado		3,8

nº do protocolo	Classificação	Síntese da queixa	Resolvido
202661254224	Elogio	Elogio do Profissional	Sim
202661654402	Elogio	Elogio ao Serviço	sim
202661854582	Reclamação	Demora de Atendimento	Sim
202661854567	Reclamação	Comportamento Inadequado do Profissional	Sim

Análise: Em Junho de 2026, foram recebidas ao todo 38 ouvidorias, sendo 6 elogios e 32 queixas. Dessa forma, apresentamos uma amostra correspondente a 10% do total, totalizando 3,8 registros arredondando para 4, selecionados de forma representativa. Lembrando que todas são analisadas e respondidas dentro do período.

Manifestação - 202661254224

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 12/06/2026
Tipo de Atendimento : Pessoalmente		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não
Classificação : Elogio		Motivo da Manifestação : Elogio do Profissional	
Manifestação : No ato da visita multidisciplinar, o paciente Leonardo Matros de Oliveira desejou registrar uma manifestação de elogio à equipe da Emergência pelo atendimento e assistência prestados durante sua permanência na unidade. O paciente relata que, graças ao empenho, dedicação e cuidado demonstrados pelos profissionais, encontra-se bem e amparado, sentindo-se grato por toda a atenção recebida. De forma especial, expressa seu agradecimento às profissionais Luciane, Francynne, Daiane, Franciele, Bruna e Renata, bem como à Dra. Mariana e ao Dr. Alecsander, destacando o comprometimento, a competência e a humanização demonstrados durante sua assistência. Por fim, o paciente parabeniza toda a equipe pelo excelente trabalho realizado e agradece pelo cuidado prestado.			
Providência : 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 - 202661654402

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 16/06/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não
Classificação : Reclamação		Motivo da Manifestação : Elogio ao Serviço	
Manifestação : Gostaria de registrar meu profundo agradecimento a toda a equipe do Pronto Socorro do Jardim Silveira pelo atendimento impecável dado à minha filha Samara Felix da Silva. Ela deu entrada com febre e dor abdominal e, com pouco tempo, fomos acolhidos com muita agilidade, competência e carinho. Graças ao trabalho de vocês (excelente, por sinal!), ela está se recuperando bem, tomando as medicações. Funcionários nota 10! Muito obrigado. (Plantão Sílvia e Vanessa) Roney Fernando da Silva Tel.: (11) 98340-9723			
Providência : Agradecimento pelo Elogio Recebido 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			

Manifestação - 202661854582

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 18/06/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail	Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não	Sigilo : Sim
Classificação : Reclamação	Motivo da Manifestação : Demora no atendimento		
Manifestação : DEMANDA VIA WHATSAPP-"MORADOR DE BARUERI A 20 ANOS ESTOU NO PRONTO SOCORRO DA ZÉLIA CEP 06436000 MINHA FILHA PASSANDO MAL FAZENDO VÔMITO E ESTAMOS AGUARDANDO ATENDIMENTO HÁ MAIS DE UMA HORA E MEIA PARA SER ATENDIDO PEÇO ENCARECIDAMENTE PELA SAÚDE DA NOSSA SOCIEDADE, FUI FALAR COM A ASSISTENTE ELA FALOU QUE TEMOS QUE ESPERAR POR 4 HORAS SENDO QUE SOU PAI TRABALHADOR ESTOU ACORDADO DESDE AS 04:30 DA MANHÃ TODOS OS DIAS. HOJE ELA 4 VEZ ESTOU LEVANDO MINHA FILHA NO PRONTO SOCORRO COM OS MESMOS SINTOMAS VOMITO DIARREIA ,E DOR ABDOMINAL PACIENTE: SHAWANNY GONÇALVES GAMA DN: 28/01/2010 CLEDSON GAMA CLEDSONGAMA88@GMAIL.COM 11 96428-1472." AG RENATIM			
Providência : Prezado Sr. Cledson Gama, Boa Tarde. Lamentamos a insatisfação relatada durante o atendimento de sua filha na unidade. Compreendemos a preocupação dos familiares diante de um quadro de saúde que demanda atenção e reconhecemos que o tempo de espera pode gerar desconforto e ansiedade. Informamos que os atendimentos realizados em pronto-socorro seguem critérios de classificação de risco, de modo que pacientes com maior gravidade clínica recebem atendimento prioritário, independentemente da ordem de chegada. Ressaltamos que o fluxo assistencial da unidade está sujeito a variações de acordo com a demanda de pacientes e a complexidade dos casos em atendimento no momento, o que pode ocasionar períodos de espera superiores ao desejado. Lideranças responsáveis estão cientes para avaliação dos processos relacionados ao acolhimento e à comunicação prestada aos usuários, visando identificar oportunidades de melhoria em nossos serviços. Agradecemos por nos relatar sua experiência, pois ela contribui para o aprimoramento contínuo da assistência oferecida à população. Permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais. Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas			

Manifestação - 202661854567

Estado : SP	Cidade : Barueri	Unidade : PS MUNICIPAL ARNALDO FIGUEIREDO DE FREITAS - BARUERI	Data Criação : 18/06/2026
Tipo de Atendimento : E-Mail		Perfil : Pessoa Física	Deseja se Identificar? : Não
Classificação : Reclamação		Motivo da Manifestação : Comportamento inadequado do profissional	
Manifestação : INFORMO QUE CHEGUEI NA DATA DE HOJE ATÉ A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO PS ARNALDO FREITAS, LOCALIZADO NO PARQUE DOS CAMARGOS. ENTREI SEM TER SIDO INFORMADA DE ONDE RETIRAR A SENHA. ATÉ QUE FUI POR CONTA PRÓPRIA CONVERSAR COM A MOÇA RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO DAS SENHAS. QUESTIONEI O MOTIVO DE NÃO TER SIDO ABORDADA NA PORTA. A MOÇA COM BASTANTE MA VONTADE DISSE QUE EU DEVERIA DAR O BOM DIA PRIMEIRO. TOTAL ABSURDO FICAR BATENDO BOCA COM CLIENTE A RESPEITO DE ONDE TERIA DE PARTIR O PRIMEIRO BOM DIA. ELA ESTAVA BATENDO PAPO COM UM COLEGA DE TRABALHO COMO SE ISSO FOSSE SUA PRIORIDADE EM VEZ DE ATENDER OS PACIENTES A PORTA. CUMPRIMENTAR E DIRECIONAR O FLUXO CORRETAMENTE. É PARA ISSO QUE A PREFEITURA CONTRATA O SERVIÇO DESSA EMPRESA, PENSO EU. O NOME DA FUNCIONÁRIA É BIANCA. ELA ALEGA QUE É ORIENTADA POR SEUS SUPERIORES A NÃO FAZER ABORDAGEM DE PACIENTES, POR RISCO DE ELES NÃO GOSTAREM. DISCORDO TOTALMENTE DA REFERIDA JUSTIFICA E REAFIRMO QUE UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE DEVE SIM PREVER			
Providência : Prezada Sra. Cristina Balbino da Silva, Agradecemos por compartilhar sua experiência e lamentamos os transtornos relatados durante sua passagem pela unidade. Após análise da manifestação, identificamos a necessidade de reforçar junto às equipes a importância do acolhimento humanizado, da cordialidade e da comunicação clara com todos os usuários desde o momento da chegada à unidade. Entendemos que a recepção e a orientação adequada dos pacientes são etapas fundamentais para um atendimento de qualidade. A situação relatada teve total atenção da gestão e as orientações Agradecemos pelo contato e permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais. Carla Delgado Ouvidoria Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas			

6.2 Ouvidorias encaminhadas à Secretaria de Saúde por APPs.

Canal	Quantidade	Principais Queixas
APP Oficial	34	Comportamento inadequado do profissional
Protocolo Medicsys	4	Elogio ao Profissional/Serviço

Análise Crítica: No período de junho de 2026, foram registradas ao todo 38 manifestações de ouvidoria, sendo:

Elogios pelo App Oficial 3

Reclamações pelo App Oficial 31

Elogios Pelo Protocolo MedicSys 3

Reclamações Pelo Protocolo MedicSys 1

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 23541/2026 20266253649	reclamação	01/06/2026	03/06/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23247/2026 20266253650	elogio	02/06/2026	02/06/2026	Dr Diego	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23673/2026 20266253651	reclamação	02/06/2026	05/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23246/2026 20266253654	reclamação	02/06/2026	05/06/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24075/2026 20266353717	reclamação	03/06/2026	08/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24067/2026 20266353731	reclamação	03/06/2026	08/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
20001157684 / 20266553765/ 20266953	reclamação	05/06/2026	10/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
20262001157684 / 20266953864	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24441/2026 20266953868	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24318/2026 20266953869	elogio	09/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 24704/2026 20266953873	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Dra Gabriela/ Dra Mariana	dd/mm/yyyy	realizado
APP 22307/2026 20266953882	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23738/2026 20266953883	reclamação	09/06/2026	12/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 23781/2026 202661254198	reclamação	12/06/2026	12/06/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
202661254224	elogio	12/06/2026	12/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25814/2026 202661554295	reclamação	15/06/2026	18/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25231/2026 202661554295	elogio	15/06/2026	15/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25888/2026 202661554386	reclamação	15/06/2026	18/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	pendente
APP 25894/2026 202661654383	reclamação	16/06/2026	19/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25915/2026 202661654384	reclamação	16/06/2026	19/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado

202681854402	elogio	16/06/2026	16/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26130/2026 202681854567	reclamação	18/06/2026	23/06/2026	Mara	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26328/2026 202661854582	reclamação	18/06/2026	23/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25444/2026 202661954804	reclamação	19/06/2026	24/06/2026	Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26806/2026 202661954803	reclamação	19/06/2026	24/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25872/2026 202661954605	reclamação	19/06/2026	22/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202661954622	elogio	19/06/2026	19/06/2026	Dra Gabriela / Renata	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26878/2026 202662254764	reclamação	22/06/2026	22/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 26643/2026 202662554990	reclamação	dd/mm/yyyy		Renata	dd/mm/yyyy	realizado
APP 27691/2026 202662554963	reclamação	25/06/2026	30/06/2026	Mara	dd/mm/yyyy	realizado
APP 27648/2026 202662554968	reclamação	25/06/2026	30/06/2026	Renata	dd/mm/yyyy	realizado
202662054658	reclamação	23/06/2026	26/06/2026	Dra Mariana/ Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 27674/2026 202662655113	reclamação	26/06/2026	30/06/2026	Mara	dd/mm/yyyy	realizado
APP 28011/2026 202662655114	reclamação	26/06/2026	30/06/2026	Renata / Paula	dd/mm/yyyy	realizado
APP 28256/2026 20267155387	reclamação	30/06/2026	03/07/2026	Dra Mariana/ Dra Gabriela	dd/mm/yyyy	realizado
APP 25001/2026 20267155380	reclamação	29/06/2026	01/07/2026	-	dd/mm/yyyy	realizado
APP 28424/2026 20267155383	reclamação	30/06/2026	03/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado
202620001249810/ 20267155388	reclamação	30/06/2026	03/07/2026	Renata/ Paula	dd/mm/yyyy	realizado

Análise Crítica: As ouvidorias recebidas foram classificadas de acordo com o tipo de ocorrência e o status de resolução. No período foram registradas ao todo 38 ouvidorias, sendo 6 elogios e 32 queixas.

Tipos de queixas recebidas:

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

Status das manifestações:

Finalizadas e respondidas: 37

Em análise e tratativas: 1

Setores responsáveis pelas demandas:

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

6.4 Atendimento ao usuário e resolução de queixas

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

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

Pesquisa de Satisfação

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

No período avaliado, tivemos o total de **2.712 pesquisas preenchidas**. Os gráficos no item 7.1, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

7.1 Avaliação do Atendimento

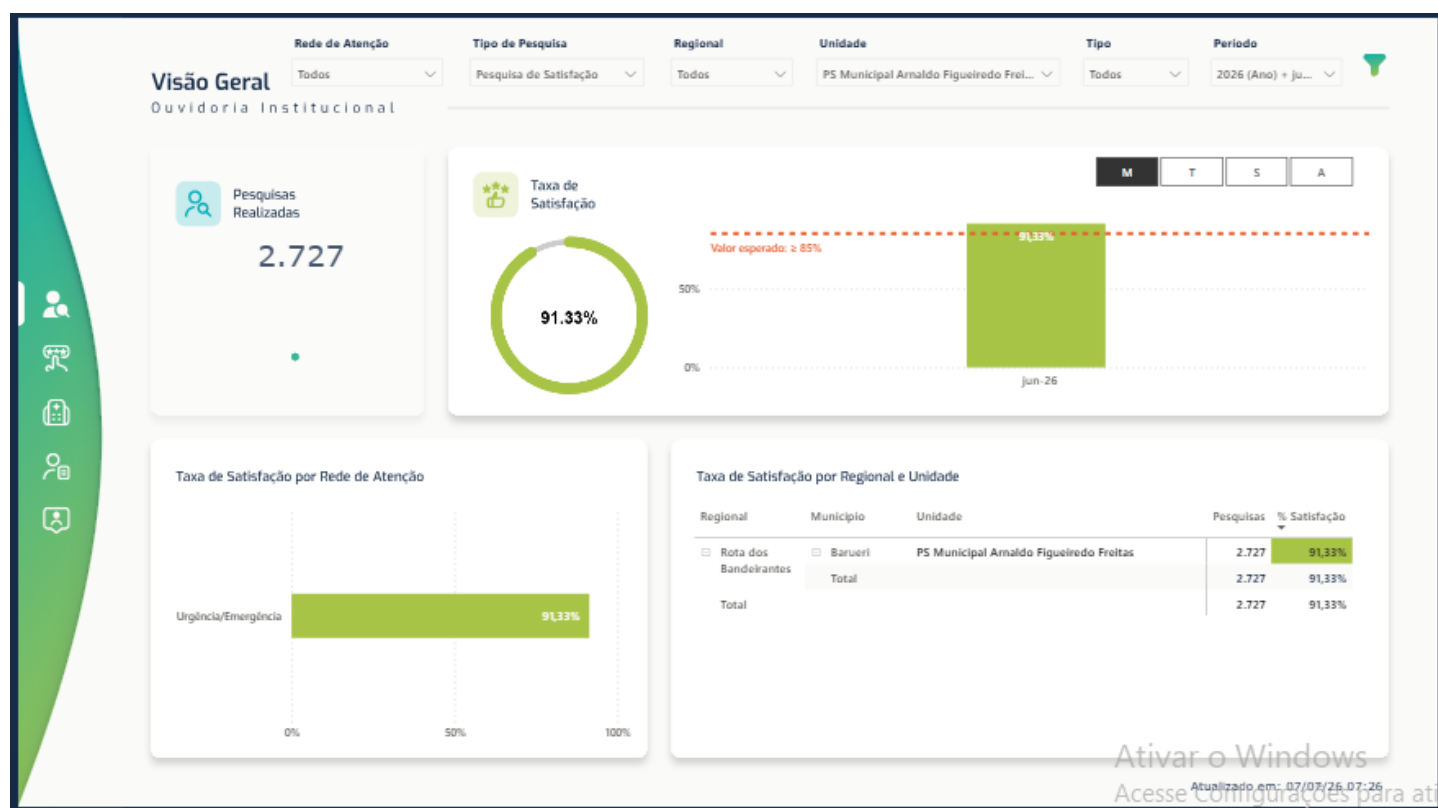
Ao comparar os resultados do período anterior com os dados do mês atual, observa-se redução nos principais indicadores de satisfação, embora os resultados permaneçam em patamar positivo.

O NPS geral passou de 87,13% para 80,35%, representando uma redução de 6,78 pontos percentuais. Da mesma forma, houve diminuição no percentual de usuários promotores, que passou 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), indicando maior percepção de oportunidades de melhoria na experiência dos usuários.

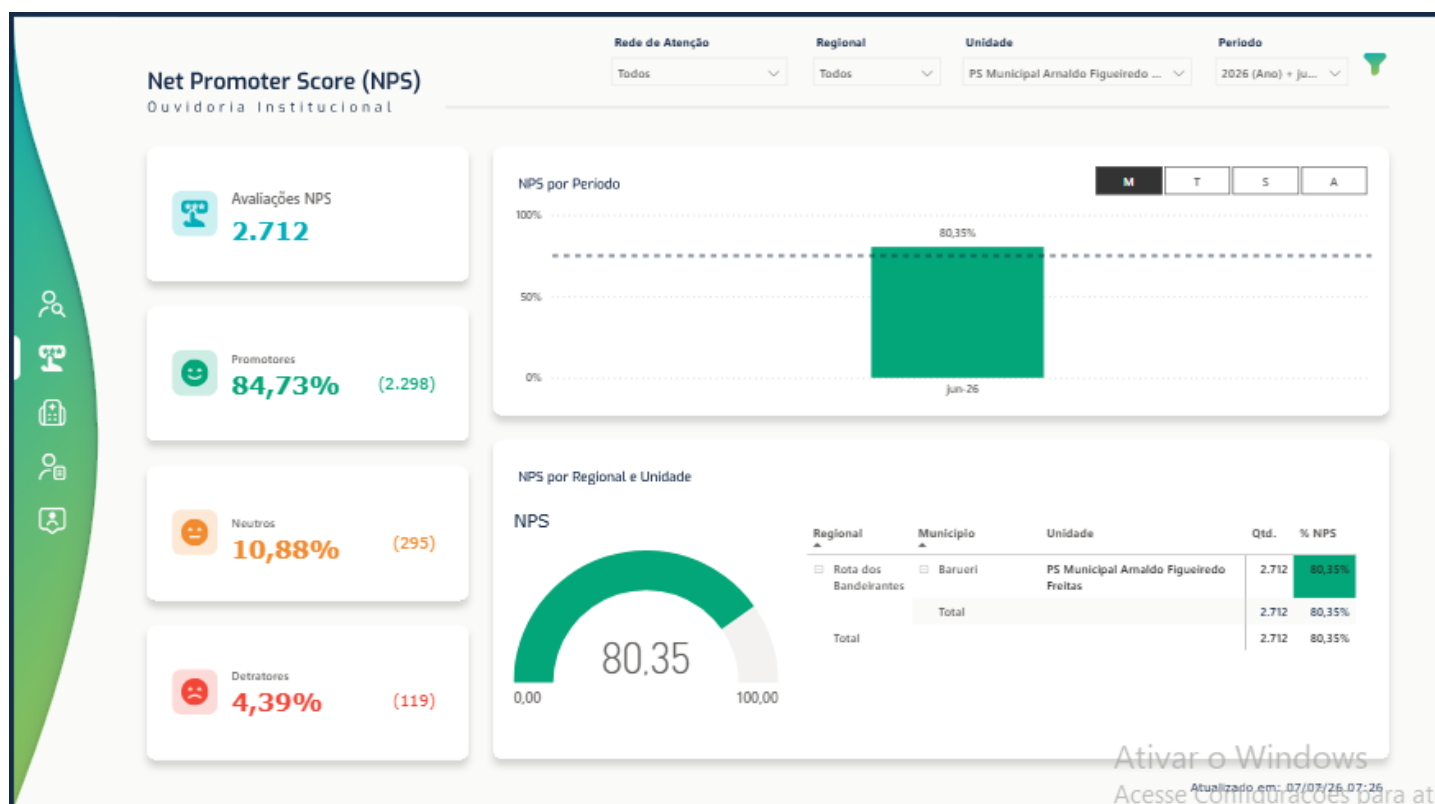
Apesar da redução do indicador geral, destaca-se o aumento expressivo no número de avaliações realizadas, que passou de 1.974 para 2.712 pesquisas, correspondendo a um crescimento de aproximadamente 37,4%, demonstrando maior participação dos usuários no processo de avaliação dos serviços prestados.

De modo geral, os resultados evidenciam que a unidade mantém um índice de satisfação considerado positivo, porém com redução em relação ao período anterior. O aumento da participação dos usuários torna os indicadores ainda mais representativos e reforça a necessidade de intensificar ações voltadas à melhoria da experiência assistencial, com foco no acolhimento, comunicação, agilidade do atendimento e fortalecimento da qualidade dos serviços prestados, buscando elevar novamente o percentual de usuários promotores e reduzir o número de avaliações neutras e detratoras.

Percentual Geral de Satisfação:



Indicação do Serviço de Saúde (NPS):



Satisfação por item de pesquisa:

Satisfação p

Atendimento	% Satisfação	Serviço	% Satisfação
Atendimento	92,11%	Serviço	88,82%
Recepção?	94,22%	Agilidade?	86,29%
Enfermagem?	93,73%	Limpeza?	91,09%
Serviço Social?	93,67%	Sabor da Refeição?	86,32%
Laboratório?	92,47%	Sinalização?	91,60%
Médico?	92,42%	Total	88,82%
Total	92,11%		

Considerações finais.

Os resultados do mês analisado demonstram que a unidade mantém um cenário favorável em relação à satisfação dos usuários, evidenciado pelo elevado percentual de 84,73% de usuários promotores e pelo NPS geral de 80,35%, indicador que permanece na faixa de excelência, refletindo a confiança dos usuários nos serviços prestados.

Quando comparado ao período anterior, observa-se redução do NPS geral, que passou de 87,13% para 80,35%, acompanhada pelo aumento dos percentuais de usuários neutros e detratores. Esses resultados evidenciam oportunidades de aprimoramento na experiência do paciente, especialmente em aspectos relacionados ao acolhimento, comunicação, tempo de espera e fluxo de atendimento.

Por outro lado, destaca-se o crescimento expressivo da participação dos usuários na pesquisa de satisfação, com aumento do número de avaliações de 1.974 para 2.712, tornando os indicadores ainda mais representativos da percepção dos pacientes atendidos pela unidade.

De forma geral, os resultados reforçam o compromisso da equipe com a prestação de uma assistência humanizada, segura e resolutiva. A Ouvidoria permanece atuando como importante ferramenta de monitoramento e gestão, identificando oportunidades de melhoria e subsidiando ações estratégicas para o aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais, com o objetivo de elevar os índices de satisfação e fortalecer a confiança dos usuários nos serviços oferecidos.



Ouvidoria | Ps Arnaldo Figueiredo de Freitas

11. COMISSÕES INTERNAS

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

11.1 Atas

ATA REUNIÃO**DATA: 25/06/26****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 do mês de maio.

1.1 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)

Foi informado que, referente à **pesagem dos resíduos**, foi encaminhado e-mail ao setor Ambiental da Sede. Em resposta, o SESMT da Sede designou um Técnico de Segurança do Trabalho para realizar avaliação conjunta com a técnica local, resultando na elaboração de um Relatório Técnico encaminhado para análise. Posteriormente, o Sr. Everton solicitou ao Sr. Eduardo a verificação da possibilidade de locação de uma balança digital para realização das pesagens, permanecendo a demanda em análise pela Diretoria.

Quanto à **adequação dos abrigos de resíduos**, a Sra. Mara informou que está verificando junto à Direção a viabilidade das adequações necessárias para atendimento às normas vigentes, considerando que será necessária uma pequena reforma estrutural.

Foi comunicado que as **novas lixeiras** já foram adquiridas e estão sendo substituídas gradativamente nas áreas administrativas, consultórios e setores assistenciais.

Em relação ao **ar-condicionado do Morgue**, a Sra. Mara informou que a demanda continua em tratativa junto à Direção, permanecendo pendente.

A Sra. Tatiana informou ainda que as **caixas laranjas para descarte de resíduos** ainda não foram instaladas, aguardando apenas a disponibilidade dos sacos adequados para acondicionamento.

Também foi apresentado o **informativo educativo** que será afixado nas caixas laranjas, contendo orientações sobre os resíduos que devem ser descartados nesses recipientes, visando padronizar o processo e minimizar erros de segregação.

Por fim, a Sra. Tatiana solicitou o apoio da comissão para intensificar as auditorias do PGRSS, reforçando o monitoramento das práticas de gerenciamento e descarte correto dos resíduos.

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

Pág. 1 de 6

1.2 Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Material Perfurocortante (PPRAMP)

Em relação ao PPRAMP, foi informado que será confeccionado um **quadro customizado "Acidente Zero"**, que ficará exposto em local visível para divulgação dos indicadores e conscientização dos colaboradores.

A Sra. Tatiana relembrou que o treinamento sobre o fluxo de acidentes com material biológico foi realizado nos dias 25 e 26, porém destacou a necessidade de torná-lo mais didático e interativo, uma vez que ainda foram identificadas falhas na execução do processo.

Foi apresentado o **Fluxograma de Acidente**, que será disponibilizado nos postos de trabalho após revisão da linguagem para torná-lo mais humanizado e de fácil compreensão, conforme sugestão da Sra. Paula.

A Sra. Paula reforçou a importância de treinamentos contínuos, abordando tanto os aspectos técnicos quanto os impactos emocionais decorrentes dos acidentes ocupacionais e os riscos inerentes às atividades assistenciais.

Foi informado que, no mês de maio, ocorreu **01 acidente com material perfurocortante**, cuja análise apontou como causa principal a falta de acionamento do dispositivo de segurança da agulha antes do descarte.

Diante desse cenário, a Sra. Paula ressaltou que, após treinamentos e orientações, a constatação de técnicas inadequadas ou do descumprimento dos procedimentos de segurança poderá resultar em medidas disciplinares, além de alinhamento com a gerência e a diretoria.

A Sra. Jussara relatou que identificou profissionais da triagem realizando aferição de glicemia capilar sem utilização de luvas, reforçando a necessidade de maior fiscalização.

A Sra. Tatiana reiterou que todos os colaboradores possuem disponibilidade de óculos de proteção e recomendou sua utilização em todos os procedimentos com potencial risco de exposição.

Foi reforçado ainda que todos os membros da comissão devem orientar imediatamente qualquer colaborador identificado sem os EPIs obrigatórios, exigindo sua utilização no momento da observação.

Como medida preventiva complementar, foi aprovada a fixação de **informativos nas caixas amarelas de perfurocortantes**, indicando claramente quais materiais devem ser descartados nesses recipientes, contribuindo para a prevenção de acidentes.

2. DECISÕES

- Manter o acompanhamento da solicitação de locação da balança para pesagem dos resíduos, aguardando definição da Diretoria.
- Dar continuidade às adequações dos abrigos de resíduos conforme a legislação aplicável.
- Prosseguir com a substituição gradativa das lixeiras nas áreas administrativas, consultórios e setores assistenciais.
- Acompanhar a resolução da demanda referente ao ar-condicionado do Morgue.
- Instalar as caixas laranjas após o recebimento dos sacos apropriados.
- Fixar informativos nas caixas laranjas orientando sobre o descarte correto dos resíduos.
- Intensificar as auditorias do PGRSS com participação ativa da comissão.
- Implantar o quadro informativo "Acidente Zero".
- Disponibilizar o Fluxograma de Acidente nos postos após adequação da linguagem.
- Reforçar e tornar mais didáticos os treinamentos sobre acidentes com material biológico e perfurocortantes.
- Aplicar medidas disciplinares nos casos em que forem identificadas técnicas inadequadas ou descumprimento dos protocolos de segurança após as orientações e treinamentos.
- Intensificar a fiscalização quanto ao uso obrigatório de luvas, óculos de proteção e demais EPIs.
- Determinar que os membros da comissão realizem intervenção imediata sempre que identificarem colaboradores sem utilização dos EPIs obrigatórios.
- Fixar informativos nas caixas amarelas de perfurocortantes com orientações sobre o descarte correto dos materiais.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Acompanhar a aprovação da locação da balança para pesagem dos resíduos.	Dr Eduardo	Próxima Reunião	
Monitorar a adequação dos abrigos de resíduos conforme a RDC vigente.	Mara	Em andamento	
Acompanhar a regularização do ar-condicionado do Morgue.	Mara	Em andamento	
Instalar as caixas laranjas após o recebimento dos sacos apropriados.	Sesmt /comissão	Próxima Reunião	
Fixar os informativos nas caixas laranjas sobre o descarte correto dos resíduos.	Sesmt /comissão	Próxima Reunião	
Intensificar as auditorias internas do PGRSS.	Comissão	Próximo Reunião	

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

Pág. 4 de6

Confeccionar e instalar o quadro "Acidente Zero".	Comissão /sesmt	Próxima Reunião	
Revisar e divulgar o Fluxograma de Acidente nos postos de trabalho.	SESMT	Próxima Reunião	
Reforçar os treinamentos com abordagem técnica e comportamental sobre prevenção de acidentes.	Comissão /Educação	Próxima Reunião	
Reorientar as equipes quanto ao uso obrigatório de luvas, óculos de proteção e demais EPIs.	Comissão /	Próxima Reunião	
Fixar informativos nas caixas amarelas de perfurocortantes indicando o descarte correto dos materiais.	Sesmt /Comissão	Próxima Reunião	

3. 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	Presente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Presente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Ausente
Jocemara dos Santos Almeida	Coordenadora Administrativo	Presente
Renata Meire Bairo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	Presente
Jussara Mazzetto	Enfermeira Educação Continuada	Presente
Adriana Cristina de Franco	Coordenadora Qualidade	Presente

ATA REUNIÃO**DATA: 25/06/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: Comissão PPRAMP****1. PAUTAS ABORDADAS**

2. A Sra. Tatiana iniciou a reunião realizando a leitura das pendências do mês de maio.
3. Foi informado que, em relação à **placa de "Acidente Zero"**, será confeccionado um quadro customizado para divulgação das informações, que ficará fixado em local visível para ciência de todos os colaboradores.
4. Na sequência, foi registrado que o **treinamento sobre o fluxo de acidentes com material biológico** foi realizado nos dias **25 e 26**, porém a Sra. Tatiana ressaltou a necessidade de tornar o conteúdo mais lúdico e didático, visando melhor compreensão por parte da equipe de enfermagem, uma vez que ainda foram identificadas falhas no cumprimento do processo.
5. Passando para a pauta do mês, a Sra. Tatiana apresentou o **Fluxograma de Acidente**, que será disponibilizado nos postos de trabalho para facilitar a consulta e padronizar as condutas.
6. A Sra. Paula sugeriu apenas ajustes na redação do fluxograma, utilizando uma linguagem mais humanizada e acessível aos colaboradores.
7. Também foi reforçada pela Sra. Paula a importância da realização de treinamentos contínuos com as equipes, abordando não apenas os aspectos técnicos dos procedimentos, mas também o impacto emocional decorrente de acidentes ocupacionais e os riscos aos quais os profissionais estão expostos.
8. A Sra. Tatiana informou que, no mês de maio, foi registrado **01 acidente com material perfurocortante**. Conforme análise realizada, identificou-se que a causa principal foi a **falta de atenção da colaboradora, que não acionou o dispositivo de segurança da agulha antes do descarte**.
9. Em complemento, a Sra. Paula destacou que, após os treinamentos e orientações fornecidas, caso seja constatada **técnica inadequada ou descumprimento dos procedimentos de segurança**, o colaborador poderá estar sujeito à aplicação de **medida disciplinar**, além de reunião de orientação com a gerência e a diretoria.
10. Outro ponto levantado pela Sra. Jussara foi a observação de que algumas enfermeiras da triagem não estavam utilizando luvas durante a aferição de glicemia capilar (dextro).

- 11.**A Sra. Tatiana reforçou ainda que todos os colaboradores possuem disponibilidade de **óculos de proteção** e recomendou sua utilização em todos os procedimentos que envolvam atendimento ao paciente e apresentem risco de exposição.
- 12.**Por fim, a Sra. Paula ressaltou que o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) já deve fazer parte da rotina assistencial e orientou que todos os membros da comissão, ao identificarem profissionais sem os EPIs obrigatórios, realizem a orientação imediata e exijam sua utilização no momento da constatação.
- 13.**Como medida preventiva adicional, ficou definido que será **fixado um informativo sobre as caixas coletoras amarelas de perfurocortantes**, com orientações claras sobre quais materiais devem ser descartados nesses recipientes, a fim de auxiliar os colaboradores e reduzir o risco de acidentes.

2.DECISÕES

- **Implantar quadro customizado para divulgação da informação de “Acidente Zero”.**
- **Disponibilizar o Fluxograma de Acidente nos postos de trabalho após ajustes na linguagem.**
- **Tornar os treinamentos sobre acidentes com material biológico mais didáticos e interativos.**
- **Aplicar medidas disciplinares nos casos em que, após treinamento e orientação, forem constatadas falhas decorrentes do descumprimento das técnicas seguras.**
- **Intensificar a fiscalização quanto ao uso correto de luvas e óculos de proteção durante os procedimentos assistenciais.**
- **Os membros da comissão devem intervir imediatamente quando identificarem colaboradores sem utilização dos EPIs obrigatórios.**

3.PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Confeccionar e instalar o quadro “Acidente Zero”.	Sesmt/ Comissão	Próxima reunião	

Realizar reforço dos treinamentos com abordagem técnica e emocional sobre acidentes com perfurocortantes.	SESMT/ EDUCAÇÃO		
Revisar a redação do Fluxograma de Acidente, tornando-a mais humanizada, e afixá-lo nos postos.	Sra. Tatiana		
Reorientar o uso obrigatório de luvas e óculos de proteção durante os atendimentos.	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	Tecnica de Segurança do Trabalho	Presente
Stefany Dantas Varelo	Enfermeira	Presente

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

Pág. **3** de**4**

Renata Collesi Cordovil	Coordenadora Multidisciplinar	Presente
Sebastião Domingos S. Neto	Farmacêutico R.T	Presente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Presente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Ausente
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 REUNIÃO**DATA: 25/06/2026****HORÁRIO: 10hs às 11hs****LOCAL: Sala de Treinamento****ASSUNTO: Comissão PGRSS****1. PAUTAS ABORDADAS**

- 01.** A Sra. Tatiana iniciou a reunião realizando a leitura das pendências do mês de maio.
- 02.** Quanto à **pesagem dos resíduos**, informou que foi encaminhado e-mail ao setor Ambiental da Sede. Após o contato, o SESMT da Sede designou um Técnico de Segurança do Trabalho para realizar uma avaliação conjunta com a técnica local. Como resultado da visita, foi elaborado um **Relatório Técnico**, posteriormente encaminhado para análise.
- 03.** Em resposta ao relatório, o Sr. Everton solicitou ao Sr. Eduardo a verificação da possibilidade de **locação de uma balança digital** para realização das pesagens dos resíduos, permanecendo a demanda em análise e aguardando retorno da Diretoria.
- 04.** Outro ponto acompanhado refere-se à **adequação dos abrigos de resíduos**, em conformidade com a legislação vigente (RDC aplicável). A Sra. Mara ficou responsável por verificar a viabilidade da execução das adequações junto à Direção, considerando que será necessária uma pequena reforma estrutural. O assunto permanece pendente.
- 05.** Foi informado ainda que as **novas lixeiras** já foram adquiridas e que a substituição dos equipamentos antigos está sendo realizada gradativamente nas áreas administrativas, consultórios e setores assistenciais.
- 06.** Em relação ao **ar-condicionado do Morgue**, a Sra. Mara informou que continua verificando a situação junto à Direção, permanecendo o tema como pendência.
- 07.** Na sequência, a Sra. Tatiana apresentou as pautas do mês, informando que as **caixas laranjas para descarte de resíduos** ainda não foram instaladas, pois aguardam a chegada dos sacos apropriados para seu acondicionamento.
- 08.** Também foi apresentado o **informativo educativo** que será fixado nas caixas laranjas, contendo orientações claras sobre quais resíduos devem ser descartados nesses recipientes, com o objetivo de padronizar o descarte e minimizar erros.
- 09.** Por fim, a Sra. Tatiana solicitou o apoio dos membros da comissão para intensificar as **auditorias do PGRSS**, auxiliando na identificação de não conformidades e no fortalecimento das boas práticas de gerenciamento de resíduos.

2. DECISÕES

- Manter o acompanhamento da solicitação de locação da balança para pesagem dos resíduos, aguardando definição da Direção.
- Dar continuidade às tratativas para adequação dos abrigos de resíduos conforme os requisitos normativos.
- Prosseguir com a substituição gradativa das lixeiras nas áreas administrativas, consultórios e setores assistenciais.
- Manter o acompanhamento da demanda referente ao ar-condicionado do Morgue até sua resolução.
- Instalar as caixas laranjas assim que os sacos apropriados estiverem disponíveis.
- Fixar informativos nas caixas laranjas orientando os colaboradores sobre o descarte correto dos resíduos.
- Reforçar a participação da comissão nas auditorias do PGRSS para monitoramento das práticas de segregação e descarte.

3. PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Acompanhar a aprovação da locação da balança para pesagem dos resíduos.	Sr. Eduardo	Em andamento	
Monitorar a execução das adequações dos abrigos de resíduos conforme RDC aplicável.	Sra Mara	Em andamento	
Acompanhar a resolução da demanda do ar-condicionado do	Sra Mara	Em andamento	

Morgue junto à Direção.			
Instalar as caixas laranjas após o recebimento dos sacos adequados para acondicionamento.	Comissão / SESMT	Próxima reunião	
Fixar informativos educativos nas caixas laranjas sobre o descarte correto dos resíduos.	Sesmt / Comissão	Próxima reunião	
Intensificar as auditorias internas do PGRSS com apoio dos membros da comissão, identificando oportunidades de melhoria e orientando os setores.	Comissão	Próxima reunião	

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

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

Pág. **3** de**4**

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	Presente
Paula Altimari	Gerente Assistencial	Presente
Silvia Regina de Lima Muza	Enfermeira	Ausente
Jocemara dos Santos Almeida	Coordenadora Administrativo	Presente
Jussara Mazzetto	Enfermeira Educ. Continuada	Presente
Renata Meire Bairo de Oliveira Machado	Coordenação de Enfermagem	Presente
Adriana Cristina de Franco	Coordenadora Qualidade	Presente

UNIDADE P.S Arnaldo Figueiredo Freitas**ATA DE REUNIÃO DA BRIGADA DE EMERGÊNCIA 02/6
- GESTÃO 2025/2026**

PRÓ-MEMÓRIA		
Horário de Início: 10hs		Horário de Término: 11hs
Local: sala de treinamento		Data: 17 e 18 /06/2026
Apresentação da Reunião		
Nome: Tatiana		Matrícula:078177
Setor:SESMT		
Função na Brigada:		
Assuntos Tratados e Decisões (resumido)		
Item	Assunto	Decisão
1.	Situação da Central de Alarme: Informar que foi identificado um problema na central de alarme, Comunicar que o técnico já está agendado para realizar a manutenção na quinta-feira, dia 18.	
2.	Procedimento em caso de disparo da central Quando a central de alarme disparar:Dirigir-se imediatamente até a central e verificar no display qual setor está sinalizando/Acionar o botão Atender para silenciar temporariamente o alarme.Deslocar-se até o local indicado para verificar a ocorrência.Confirmar se se trata de um alarme falso ou de uma situação real.Caso não haja risco ou princípio de incêndio, reinicializar a central.Ressaltar que o Segurança Patrimonial, por estar próximo da central, consegue identificar rapidamente o local do disparo e repassar essa informação para a equipe.	
3.	Adequação dos hidrantes e extintores Informar que os cinco hidrantes que apresentavam não conformidades foram regularizados. Atualmente, todos possuem Mangueira; Esguicho; Chave Storz. A unidade conta atualmente com:33 extintores de incêndio;5 hidrantes; Todos encontram-se em condições adequadas de uso.	
4.	Atribuições dos brigadistas durante as rondas Solicitar apoio dos brigadistas para que, durante os plantões, realizem verificações preventivas:	

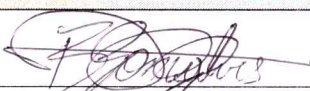
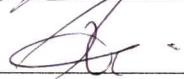
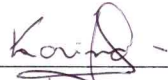
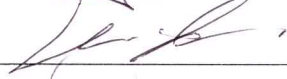
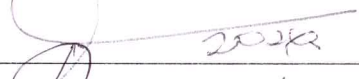
	Conferir se os hidrantes permanecem completos, com mangueira, esguicho e chave Storz Verificar se os extintores estão com lacre íntegro e pressão dentro da faixa adequada. Observar se as botoeiras de alarme estão íntegras e funcionando corretamente. Informar imediatamente qualquer não conformidade no grupo da Brigada para que sejam adotadas as providências necessárias.	
5.	Formação e reciclagem da Brigada Em agosto será realizada a formação de novos brigadistas. Os atuais integrantes que desejarem permanecer na Brigada deverão participar da reciclagem obrigatória, considerando que o treinamento possui validade anual.	

**LISTA DE PRESENÇA – REUNIÃO DA BRIGADA DE EMERGÊNCIA
(NOME DA UNIDADE)**

Data: 17/06/2026

Horário:
10hs

Local:
Sala de Reunião

Participante	Assinatura
Brune da S. G. Freitas	
Renata de Jesus Freitas	
Donne Amor dos Santos	
Potencia da Silva Araújo	
Karina Barbosa da Silva	
Leandro de Silva Costa	
Ana Paula e Fomre	
Valqueline P. Silva	
MARCOS A. M. Mello	
Noeia Fernandes Boto	
Alexandra Luz F. Boto	
Renaty R. Carvalho	

ATA DE REUNIÃO DE CIPA (30/06/26) – GESTÃO 2026/2027
UNIDADE: Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo Freitas

PRÓ-MEMÓRIA				
Horário de início: 08h30	Horário de término: 09h30			
Local: Sala de Treinamento	Data: 30/06/26			
Membros Presentes (Representantes Indicados e Eleitos)				
TATIANA MARIA BARROS				
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI				
HANNE CABRAL DOS SANTOS				
DOUGLAS JOSE FRANCISCO				
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES				
DANIELE DA SILVA				
Membros Ausentes (Representantes Indicados e Eleitos)				
Membro	Justificativa da Ausência			
JANAINA MACHADO RAMIRO	Ausência justificada devido à folga			
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS	Ausência justificada devido à folga			
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA	Ausência justificada devido à folga			
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO	Ausência justificada devido demanda do setor			
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES	Ausência justificada devido demanda do setor			
GIOVANA ZANDONA LEMOS	Ausência justificada devido à folga			
Participante Convidados				
ASSUNTOS DISCUTIDOS				
Item	Assunto/Ocorrência	Decisão / Medidas Preventivas ou Corretivas a serem tomadas	Responsável	Prazo
1	Realizada a leitura das pendências do mês de maio	Dar continuidade às ações pendentes e acompanhar sua execução.	Presidente da CIPA e membros	Contínuo
2	Verificada baixa adesão dos membros na realização das inspeções.	Intensificar a participação dos membros nas inspeções mensais e reforçar o compromisso da comissão.	Cipeiros	Contínuo
3	Atualização dos Mapas de Riscos Identificado que os mapas de riscos da unidade ainda não foram atualizados.	Realizar levantamento dos riscos durante as inspeções e promover a atualização dos mapas conforme a realidade dos setores.	Cipeiros	Agosto
4	Aguardar orientações da sede quanto à programação institucional.	Iniciar o planejamento das ações locais da SIPAT, considerando atividades complementares da unidade.	Cipeiros	Em andamento

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

5	sobre biossegurança foi substituída pela campanha Junho Vermelho em parceria com Humanização.	campanha como ação do mês de junho conforme Plano de Trabalho.	Cipeiros	Julho
6	Definida a realização de treinamento sobre perfurocortantes, dispositivos de segurança e biossegurança.	Organizar treinamento em parceria com PPRAMP e Educação Continuada para todos os colaboradores.	Cipeiros	julho
7	Contribuição para brindes da CIPA, Apenas dois membros realizaram a contribuição acordada.	Solicitar aos demais membros que efetuem a contribuição para aquisição dos brindes das campanhas da CIPA.	Cipeiros	Setembro
8	Acidente com material biológico, Informado acidente com perfurocortante ocorrido em maio, com protocolo institucional devidamente aberto.	Reforçar treinamentos, técnica correta de procedimentos e utilização dos dispositivos de segurança para prevenção de novos acidentes.	Todos Cipeiros	continuo
9	Fiscalização de normas de segurança, Reforçada a necessidade de orientação contínua aos colaboradores.	Intensificar as orientações quanto ao uso correto dos EPIs, cabelos presos nas áreas assistenciais e segregação adequada dos resíduos.	Todos Cipeiros	Julho
10	Auditoria de Resíduos, Disponibilização do formulário eletrônico (Forms) para auditorias.	Compartilhar o formulário com todos os membros e ampliar a participação nas auditorias de resíduos.	Sra Tatiana	julho

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	Sede	Julho	Agosto	aguardar

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: 30/06/2026	Horário: 08h30 às 09h30	Local: Sala de Treinamento
Participante	Função na CIPA	Assinatura
TATIANA MARIA BARROS	Presidente	<i>Tatiana</i>
JANAINA MACHADO RAMIRO	Vice- Presidente	<i>Janaina</i>
DOUGLAS JOSE FRANCISCO	Membro	<i>Douglas</i>
SILVIA REGINA DE LIMA MUZA	Secretaria	<i>Silvia</i>
ROSANGELA DE CASTRO TOZZI	Membro	<i>Rosângela C. Tozzi</i>
FRANCIELE ARAUJO GONÇALVES	Membro	<i>Franciele Araujo</i>
SILVANA PEREIRA DE ANDRADE SANTOS	Membro	
HANNE CABRAL DOS SANTOS	Membro	<i>Hanne Cabral dos Santos</i>
DANIELE DA SILVA	Membro	<i>Danielle da Silva</i>
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES	Membro	
GIOVANA ZANDONA LEMOS	Membro	
SEBASTIÃO DOMINGOS SOARES NETO	Membro	

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

ATA REUNIÃO**DATA: 17/06/2026****HORÁRIO: 15:30****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinária Comissão de
Revisão de óbitos****• PAUTAS ABORDADAS**

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

• DECISÕES

Aos 17 de junho 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 15 óbitos referentes ao mês de abril sendo desses 02 óbitos institucionais (13,3%) e 13 não institucionais (86,7%).

Das análises iniciais 15 prontuários se encontravam dentro da conformidade, 1 com letra ilegível. 14 óbitos foram considerados pelos membros como esperados (93,3%) e 01 como não esperado (6,7%).

Perfil Etário

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

- Acima de 90 anos: 02 óbitos (13,3%)
- 81 a 90 anos: 02 óbitos (13,3%)
- 71 a 80 anos: 04 óbitos (26,7%)
- 61 a 70 anos: 01 óbitos (6,7%)

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

- 51 a 60 anos: 03 óbitos (20%)
- 41 a 50 anos: 00 óbitos (0%)
- 31 a 40 anos: 03 óbitos (20,0%)
- 21 a 30 anos: 00 óbitos (0%)
- Abaixo de 21 anos: 00 óbitos (0%)

Na comparação entre março e abril, observa-se aumento do número total de óbitos, passando de **14 para 15 casos**. Houve alteração no perfil etário dos pacientes, com maior concentração de óbitos nas faixas de maior idade e na faixa de 31 a 40 anos.

A faixa etária de **71 a 80 anos** permaneceu como a de maior frequência, aumentando de **3 óbitos (21,4%)** em março para **4 óbitos (26,7%)** em abril. Destaca-se também o surgimento de **2 óbitos em pacientes acima de 90 anos (13,3%)**, faixa que não apresentou registros no mês anterior.

Observou-se estabilidade na faixa de **81 a 90 anos** (2 casos) e na faixa de **51 a 60 anos** (3 casos), com pequenas variações percentuais decorrentes do aumento do total de óbitos. Em contrapartida, houve redução nas faixas de **61 a 70 anos, 41 a 50 anos, 21 a 30 anos e abaixo de 21 anos**.

Outro destaque foi o aumento dos óbitos entre pacientes de **31 a 40 anos**, que passaram de nenhum registro em março para **3 casos (20,0%)** em abril.

De forma geral, os dados demonstram uma redistribuição do perfil etário dos óbitos no mês de abril, com predominância de pacientes idosos, mas também com incremento relevante na faixa etária de 31 a 40 anos, evidenciando a importância do monitoramento contínuo das características epidemiológicas para subsidiar ações de vigilância e melhoria da qualidade assistencial.

Gênero

- **Feminino:** 8 casos → **53,3%**
- **Masculino:** 7 casos → **46,7%**

Na comparação entre março e abril, observa-se uma mudança no perfil de distribuição dos óbitos por sexo. Em março, houve predominância de óbitos no **sexo masculino**, com **9 casos (64,3%)**, enquanto em abril essa predominância passou para o **sexo feminino**, com **8 casos (53,3%)**.

Os óbitos masculinos reduziram de **9 para 7 casos**, representando uma queda de **17,6 pontos percentuais** na participação proporcional. Em contrapartida, os óbitos femininos aumentaram de **5 para 8 casos**, tornando-se o grupo predominante no mês de abril.

Essa inversão do perfil por sexo evidencia uma variação na distribuição epidemiológica dos óbitos entre os períodos analisados, reforçando a importância do acompanhamento contínuo desse indicador para identificação de tendências e direcionamento das ações assistenciais e de vigilância.

- **Perfis de Óbito**

A imagem fornecida detalha as causas dos óbitos em abril:

CID DE ENTRADA

- Doença do aparelho circulatório/cardiovascular: 05 (Parada cardíaca com ressuscitação bem sucedida: 03, Cardiomiopatia: 01, AVC:01)
- Doença do sistema nervoso: 01 (Outras convulsões não especificadas: 01)
- Outros: 06 (Caquexia neoplásica: 01, Neoplasia maligna da próstata: 01, Causas desconhecidas: 01, CA de mama: 01, Demência causada por Alzheimer: 01, Morte súbita de causa desconhecida:01)
- Trauma: 01 (Traumatismo não especificado da cabeça: 01)
- Doença do sistema respiratório: 02 (Dispneia/falta de ar: 02)

CID SECUNDÁRIO

- Doença do sistema circulatório/cardiovascular: 02 casos (Outras doenças isquêmicas agudas do coração: 01, Parada cardíaca com ressuscitação bem sucedida: 01)
- Outros: 01 caso (Neoplasia maligna de estômago:01)
- Doença do sistema respiratório: 02 casos (Broncopneumonia: 01, Derrame pleural não classificado em outra parte: 01)

CID DEFINITIVO

- Sistema cardiovascular/circulatório: 02 Casos (Parada cardíaca:02)
- Doença do sistema respiratório: 02 casos (Insuficiência respiratória: 02)

Local de Ocorrência dos Óbitos

Os locais de ocorrência dos óbitos em março foram:

- Emergência: 7 casos (78,6%)
- Em Transporte: 00 caso (0%)
- Em Residência: 05 Casos (21,4%)
- Resgate: 03 Casos ()

Na comparação entre março e abril, observa-se mudança no perfil do local de ocorrência dos óbitos. Em março, a maior parte dos óbitos ocorreu na **Emergência**, com **11 casos (78,6%)**, enquanto em abril esse número reduziu para **7 casos (46,7%)**, representando redução tanto em número absoluto quanto em participação percentual.

Em contrapartida, verificou-se o surgimento de **3 óbitos durante o resgate (20,0%)**, situação que não havia sido registrada no mês de março. Também houve aumento dos óbitos ocorridos em **residência**, passando de **3 casos (21,4%)** para **5 casos (33,3%)**.

Esses resultados demonstram uma redistribuição do local de ocorrência dos óbitos no período analisado, com redução da concentração de casos na emergência e aumento dos óbitos ocorridos antes da chegada à unidade hospitalar ou no ambiente domiciliar. Esse comportamento reforça a importância do monitoramento contínuo desse indicador para avaliação do perfil epidemiológico da população atendida e para subsidiar ações de organização da linha de cuidado e da assistência pré-hospitalar.

• Taxa de Conformidade

- Conformidade: aproximadamente 93,3%
- Não conformidade: aproximadamente 6,7%

Na comparação entre os meses de março e abril, observa-se **melhora expressiva na qualidade dos registros dos prontuários**. A taxa de conformidade aumentou de **57,14%** em março para **93,3%** em abril, representando um incremento de **36,16 pontos percentuais**.

De forma complementar, a taxa de não conformidade apresentou redução significativa, passando de **42,86%** para **6,7%**, evidenciando maior adesão das equipes aos critérios de preenchimento e documentação estabelecidos pela instituição.

No mês de abril, a única inconformidade identificada foi relacionada à **legibilidade da escrita**, demonstrando redução importante das falhas documentais quando comparado ao período anterior.

Os resultados evidenciam evolução positiva na qualidade dos registros assistenciais, sugerindo impacto favorável das ações de monitoramento, auditoria e sensibilização das equipes quanto à importância da documentação adequada. Recomenda-se a manutenção das auditorias periódicas e das estratégias de educação continuada para consolidar os resultados alcançados e promover a melhoria contínua da qualidade dos prontuários.

- **Índice de Tempo de Internação**

- Pacientes com mais de 24 horas: 2 (13,3%)
- Pacientes com menos de 24 horas: 13 (86,7%)

Na comparação entre os meses de março e abril, observa-se uma **redução significativa do tempo de permanência hospitalar**. Os pacientes com internação superior a 24 horas diminuíram de **5 casos (35,7%)** para **2 casos (13,3%)**, indicando menor necessidade de permanência prolongada na unidade.

Em contrapartida, os atendimentos com permanência inferior a 24 horas aumentaram de **9 casos (64,3%)** para **13 casos (86,7%)**, tornando-se o perfil predominante no mês de abril.

Esse comportamento demonstra **maior rotatividade dos leitos e resolutividade dos atendimentos em menor tempo**, podendo estar relacionado ao perfil clínico dos pacientes, à agilidade na definição do desfecho assistencial (alta, transferência ou óbito) e à otimização dos fluxos de atendimento.

Recomenda-se manter o monitoramento desse indicador em conjunto com os desfechos clínicos e o perfil epidemiológico dos pacientes, a fim de avaliar se a redução do tempo de

internação está associada à eficiência assistencial sem comprometer a qualidade e a segurança do cuidado.

- **PLANOS DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Cuidados Paliativos – implantar rotina e fluxo como critérios a paliativo. Solicitar elaboração de documento para gestor do processo	Corpo Clinico	Junho	
Capacitar a equipe e estabelecer rotina e fluxo para atendimento de paciente de auto extermínio. Solicitar elaboração de documento para gestor do processo	Corpo Clinico	Junho	

- **PARTICIPANTES**

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

ATA REUNIÃO**DATA: 02/06/2026****HORÁRIO: 11:00****LOCAL: SALA DE REUNIÃO****ASSUNTO: Cerimônia de posse da comissão
de Ética****• PAUTAS ABORDADAS**

- Deveres e ações da comissão de ética
- Introdução a comissão de ética por representantes do COREN,
- Entrega dos livros / código de ética do COREN
- Apresentação e cerimônia dos membros da comissão.

• DECISÕES

- Início das atividades após posse e início das reuniões para o mês de julho, disseminação de informação sobre os membros da comissão, canal de denúncias, escuta ativa em casos de conflitos ou situações pertinentes a comissão de ética

• PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Início das reuniões no mês de julho Reunião sobre uso de cateter venoso central e sua permanência em pacientes internados hemodinamicamente instáveis na emergência.	Carlos	30 dias	

• PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO
Carlos de Lima Queiroz Junior	Secretário
Eliza Samira de Oliveira Torres	Membro
Fernando Oliveira dos Santos	Membro
Leticia Santos Soares Correia	Membro
Daniele da Silva	Membro
Jaqueline Oliveira Picardo	Membro

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

Pág. 1 de 2

Rosangela de Castro Tozzi	Membro
Luciana da Silva Manoel	Membro
Luciane Barbosa Monteiro de Oliveira	Membro
Paula Dal Maso Altimari	Gerente Assistencial
Hanne Cabral dos Santos	Comissão Eleitoral
Renata Meire Bailo	Coordenadora Assistencial
Douglas Jose Francisco	Supervisor de Enfermagem
Selma Lima Pereira Guimarães	Preceptora do NEP
Silvia Regina de Lima Muza	Comissão Eleitoral

ATA REUNIÃO**DATA: 17/06/2026****HORÁRIO: 16:00****LOCAL: Sala de Reuniões PSAFF****ASSUNTO: Reunião Ordinária da Comissão de
Revisão de Prontuários****• PAUTAS ABORDADAS**

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

• DECISÕES

Aos 17 de junho de 2026, as 15h30min, na sala de reuniões, situada na Via Paiguas, 160 Parque dos Camargos, Barueri-SP Pronto Socorro Arnaldo Figueiredo de Freitas realizou-se a Reunião da Comissão de Revisão de prontuários estabelecida no endereço acima onde foram convocados:

- Gabriela Teles Barbosa – Coordenadora Médica - Presidente
- Hanne Cabral dos Santos – Auxiliar Técnico Administrativo – Secretária
- Mariana Sarlo Silva – Coordenador emergencista – Membro
- Diego Serrato – Coordenador Pediatrico - Membro
- Renata Meire Bailo – Coordenadora Assistencial - Membro
- Sebastião Domingos Soares Neto – RT Farmaceutico – 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
- William de Matos Silvestre - Convidado

➤ Período de Análise

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

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

Pág. 1 de 9

De: 01/04/2026

Até: 30/04/2026

➤ **Total de prontuários avaliados: 28**

Setor	Tipo	Quantidade
Emergência	óbito	15
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 28 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 28 prontuários analisados 7 não possuem classificação de risco/SSVV 1 esta inconforme.
- Registro de escala no atendimento: Dos 28 prontuários analisados 9 foram aplicada a escala de glasglow inconforme, 5 com escala de maddox inconforme, 11 com escala de morse inconforme, 9 com escala de News inconforme, 10 com escala de Fugulin inconforme
- Registro de anamnese, historia de doença atual inicio dos sintomas e sua evolução em ordem cronologica: Dos 28 prontuários analisados 1 se encontrava inconforme e 4 prontuários parcialmente conforme .
- Registro de checagem de medicação: Dos 28 prontuários analisados 3 se encontravam inconformes, 7 parcialmente conformes e 18 conformes.
- Registro de anotação de medicação realizada: Dos 28 prontuários analisados 2 se encontravam inconformes, 7 parcialmente conformes e 17 se encontravam conformes
- Registro de alergias e uso de medicação profilática: Dos 28 prontuários analisados 6 se encontravam inconformes, 1 parcialmente conforme e 21 estavam conformes
- Registro de Queixa inicial e duração: Dos 28 prontuários analisados foram registradas queixa inicial e duração com um total de 100% de conformidade
- Exame fisico: dos 28 prontuários analisados 4 não possuem registro de exame fisico .
- Registro do CID conforme queixa do paciente: Dos 28 prontuários analisados 2 não estão com o CID conforme queixa.

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

Pág. 2 de9

- **Conduta Médica:** Dos 28 prontuários analisados 1 não possui conduta médica registrada e 1 a conduta médica não era condizente com a queixa principal do paciente.
- **Prescrição médica completa e legível:** Dos 28 prontuários analisados 2 não possuem prescrição médica.
- **Registro de enfermagem:** Dos 28 prontuários disponibilizados para análise foram evidenciadas as seguintes inconformidades (Checagem de medicação de forma correta 2, 7 parcialmente conforme, Anotação de medicação realizada no prontuário eletrônico 2, 7 parcialmente conforme, Registro de alergias e medicação profilática 6, parcialmente conforme 1)
- **Evolução multiprofissional:** De 28 prontuários analisados ocorreram as seguintes triagens: Nutrição após 48 horas de internação – 3 pacientes conformes e 25 não se aplica. Serviço social – 7 inconformes 5 se encontravam conformes e 15 não aplicáveis. Fisioterapia – 8 atendimentos estava inconformes com relação a evolução do fisioterapeuta, e 2 inconformes em relação a reavaliação funcional. Farmácia – dos 28 prontuários analisados 27 prontuários não eram aplicáveis a rotina de avaliação farmacêutica tendo apenas 2 avaliações conformes.
- **Documentos que compõem o prontuário:** Dos 28 prontuários analisados dos 8 critérios analisados foram identificadas as seguintes inconformidades: 2 prontuários não possuem a folha de alta hospitalar, 1 não possui ficha de arrolamento de bens, 5 se encontravam com os termos de internação e livre esclarecido sem preenchimento e 5 parcialmente preenchidos, Checklist transporte seguro inconformes e 2 parcialmente conformes
- **Condição de alta / transferência / óbito:** Dos desfechos analisados 15 foram de causa óbito, 08 foram altas imediatas após o atendimento médico na unidade, 06 foram transferidos para outras unidades hospitalares e foram com alta após internação nesta unidade.

- **INDICADOR**

Indicador	Resultado
Total de prontuários avaliados	28 Prontuários/FAAS
Prontuários conformes	21 Prontuários/FAAS
Prontuários com não conformidades	07 Prontuários/FAAS
Percentual de conformidade (qualitativo)	76,42%
Percentual de conformidade Geral (quantitativo)	75,0%

- **PRINCIPAIS NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS**

- Identificadas inconformidades relacionadas aos registros de classificação de risco e sinais vitais, sendo observado que 07 prontuários não apresentavam registro de classificação de risco/SSVV e 01 apresentava registro inadequado, comprometendo a rastreabilidade da avaliação inicial do paciente.
- Identificadas inconformidades relacionadas ao preenchimento das escalas assistenciais, sendo observadas falhas nos registros de Glasgow (09 prontuários), Maddox (05 prontuários), Morse (11 prontuários), NEWS (09 prontuários) e Fugulin (10 prontuários), caracterizadas por ausência de aplicação, preenchimento incompleto ou ausência de atualização conforme condição clínica do paciente.
- Identificadas inconformidades em registros de anamnese, história da doença atual, início dos sintomas e evolução cronológica, sendo observado 01 prontuário sem registro adequado e 04 parcialmente conformes, dificultando a compreensão da evolução clínica apresentada.
- Identificadas inconformidades relacionadas ao registro de checagem de medicamentos, sendo encontrados 03 prontuários com falhas na checagem, além de 07 parcialmente conformes, evidenciando necessidade de reforço quanto à rastreabilidade da administração medicamentosa.
- Identificadas inconformidades relacionadas ao registro da administração de medicamentos, sendo observado que 02 prontuários não apresentavam registro adequado das medicações realizadas e 07 apresentavam registros parcialmente conformes.
- Identificadas inconformidades referentes ao registro de alergias e medicações profiláticas, sendo evidenciada ausência ou preenchimento inadequado em 06 prontuários e 01 parcialmente conforme, representando risco potencial relacionado à segurança medicamentosa.
- Identificadas inconformidades relacionadas ao exame físico, sendo observado que 04 prontuários não apresentavam registro da avaliação física inicial, comprometendo a documentação da condição clínica do paciente e a justificativa das condutas adotadas.
- Identificadas inconformidades relacionadas ao registro do CID, sendo observado em 02 prontuários diagnóstico incompatível com a queixa principal apresentada pelo paciente, demonstrando necessidade de maior atenção na correlação entre avaliação clínica e codificação diagnóstica.

- Identificadas inconformidades relacionadas à conduta médica, sendo observado 01 prontuário sem registro da conduta adotada e 01 prontuário com conduta registrada sem compatibilidade com a queixa principal apresentada.
- Identificadas inconformidades relacionadas à prescrição médica, sendo observado 02 prontuários sem prescrição médica registrada, comprometendo a rastreabilidade da terapêutica instituída.
- Identificadas inconformidades nos registros de enfermagem relacionadas à checagem de medicamentos, com 02 registros inadequados e 07 parcialmente conformes; registros de administração medicamentosa com 02 inconformidades e 07 parcialmente conformes; além de falhas no registro de alergias e medicações profiláticas em 06 prontuários.
- Identificadas inconformidades relacionadas à evolução multiprofissional, sendo observado que na avaliação da Fisioterapia ocorreram 08 registros inadequados referentes à evolução fisioterapêutica e 02 relacionados à ausência de reavaliação funcional.
- Identificadas inconformidades nos registros do Serviço Social, sendo observados 07 prontuários sem evolução conforme critérios institucionais, enquanto 05 apresentavam registros adequados e 15 não eram aplicáveis ao critério avaliado.
- Identificadas inconformidades relacionadas aos documentos que compõem o prontuário, sendo observado ausência de folha de alta hospitalar em 02 prontuários, ausência de ficha de arrolamento de bens em 01 prontuário, termos de internação e livre esclarecido sem preenchimento em 05 prontuários e parcialmente preenchidos em 05 prontuários.
- Identificadas inconformidades relacionadas ao checklist de transporte seguro, com registros incompletos ou inadequados, incluindo 02 prontuários parcialmente conformes.
- Identificadas inconformidades relacionadas à ausência de abertura de protocolos assistenciais, sendo observados 06 prontuários sem abertura de protocolo de trauma, 01 sem abertura de protocolo de AVC e 01 sem abertura de protocolo de sepse, apesar de quadro clínico compatível com necessidade de avaliação conforme critérios institucionais.
- Identificadas inconformidades relacionadas à documentação de alta hospitalar, incluindo ausência de folha de alta, ausência de resumo de alta e registros incompletos quanto ao desfecho assistencial.
- 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 referente à amostra de **28 prontuários**, com objetivo de avaliar a qualidade, completude, rastreabilidade e conformidade dos registros assistenciais realizados pelas equipes médica, enfermagem e multiprofissional.

Na avaliação referente à **identificação completa do paciente**, não foram identificadas inconformidades relacionadas aos dados cadastrais e abertura da ficha de atendimento, sendo evidenciada **conformidade de 100% (28 prontuários avaliados)**.

Em relação ao **registro da classificação de risco e sinais vitais (SSVV)**, foram identificadas inconformidades em **07 prontuários sem registro de classificação de risco/SSVV**, sendo que **01 prontuário apresentou registro inconforme e 07 prontuários não foram aplicáveis ao critério de análise**. A ausência desses registros representa fragilidade na documentação da avaliação inicial e estratificação de risco do paciente.

Quanto ao **registro das escalas assistenciais**, foram identificadas inconsistências relacionadas ao preenchimento e/ou ausência de aplicação das escalas avaliadas, sendo observadas: **09 inconformidades relacionadas à escala de Glasgow, 05 relacionadas à escala de Maddox, 11 relacionadas à escala de Morse, 09 relacionadas à escala de NEWS e 10 relacionadas à escala de Fugulin**. As principais falhas observadas foram ausência de preenchimento, registros incompletos ou falta de atualização conforme condição clínica do paciente.

Na avaliação dos registros de **anamnese, história da doença atual, início dos sintomas e evolução cronológica**, dos 28 prontuários analisados, **01 apresentou inconformidade e 04 apresentaram preenchimento parcialmente conforme**, demonstrando necessidade de fortalecimento dos registros clínicos quanto à descrição detalhada da evolução do quadro apresentado pelo paciente.

Em relação à **checagem de medicamentos**, foram identificados **03 prontuários inconformes, 07 parcialmente conformes e 18 conformes**, sendo observadas falhas relacionadas à checagem parcial das medicações e ausência de rastreabilidade completa da administração medicamentosa.

Quanto ao **registro da administração de medicamentos realizados**, foram encontrados **02 prontuários inconformes, 07 parcialmente conformes e 17 conformes**, sendo identificadas inconsistências relacionadas ao registro incompleto das medicações administradas.

Na análise do critério **registro de alergias e uso de medicação profilática**, foram identificadas **06 inconformidades, 01 prontuário parcialmente conforme e 21 conformes**, sendo evidenciada ausência de registro adequado de alergias ou informações relacionadas ao uso de medicações profiláticas, representando risco potencial à segurança medicamentosa.

O critério referente à **queixa inicial e duração dos sintomas** apresentou **100% de conformidade**, com todos os 28 prontuários contendo registros adequados.

Na avaliação do **registro de exame físico**, foram identificados **04 prontuários sem registro da avaliação física**, demonstrando necessidade de reforço quanto à documentação da avaliação clínica inicial.

Quanto ao **registro do CID conforme a queixa principal do paciente**, foram identificadas **02 inconformidades**, resultando em **89,29% de conformidade**, sendo observadas divergências entre a queixa apresentada e o diagnóstico registrado.

Em relação à **conduta médica**, foram identificadas **02 inconformidades**, sendo **01 prontuário sem registro de conduta médica e 01 com conduta registrada sem compatibilidade com a queixa principal apresentada**, evidenciando necessidade de maior rastreabilidade das decisões clínicas.

Na avaliação da **prescrição médica completa e legível**, foram identificados **02 prontuários sem prescrição médica registrada**, configurando falha documental.

Quanto aos **registros de enfermagem**, foram observadas as seguintes inconformidades: checagem de medicamentos realizada de forma inadequada em **02 prontuários**, sendo **07 parcialmente conformes**; registros de administração de medicamentos ausentes ou inadequados em **02 prontuários**, com **07 parcialmente conformes**; e registros relacionados a alergias e medicação profilática inadequados em **06 prontuários**, com **01 parcialmente conforme**. As falhas evidenciam necessidade de reforço quanto à padronização e completude dos registros de enfermagem.

Na avaliação da **evolução multiprofissional**, foram analisados os registros das equipes de Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia e Farmácia. Na Nutrição, foram identificadas **03 avaliações conformes**, sendo os demais casos classificados como não aplicáveis devido aos critérios assistenciais. No Serviço Social, foram identificadas **07 inconformidades, 05 registros conformes e 15 não aplicáveis**. Na Fisioterapia, foram evidenciadas **08 inconformidades relacionadas à evolução fisioterapêutica e 02 relacionadas à reavaliação funcional**, principalmente relacionadas à ausência ou insuficiência de registros assistenciais. Na Farmácia, dos 28 prontuários avaliados, **27 não apresentavam aplicabilidade para avaliação farmacêutica**, sendo identificadas **02 avaliações conformes**.

Quanto aos **documentos que compõem o prontuário**, foram avaliados oito critérios documentais,

sendo identificadas as seguintes inconformidades: **02 prontuários sem folha de alta hospitalar, 01 sem ficha de arrolamento de bens, 05 prontuários com termos de internação e livre esclarecido sem preenchimento e 05 parcialmente preenchidos**, além de inconformidades relacionadas ao **checklist de transporte seguro**, incluindo registros inadequados e **02 parcialmente conformes**.

Na avaliação dos **desfechos assistenciais**, foram analisados os seguintes resultados: **15 pacientes evoluíram para óbito, 08 receberam alta imediata após atendimento médico na unidade, 06 foram transferidos para outras unidades hospitalares e pacientes que receberam alta após período de internação também foram contemplados na análise**.

Durante a revisão dos prontuários também foram identificadas outras inconformidades documentais relacionadas a: **não abertura de protocolo de trauma (06 ocorrências), ausência de registro de alta médica/resumo de alta (03 ocorrências), ausência de assinatura em documentos assistenciais (05 ocorrências), ficha de internação incompleta ou parcialmente preenchida (03 ocorrências), ausência de ficha ou preenchimento parcial de transporte intra-hospitalar (03 ocorrências), ausência de protocolo de AVC (01 ocorrência), ausência de protocolo de sepse (01 ocorrência), ausência de resultados de exames complementares registrados em prontuário, ausência de reavaliação após exames, falta de registro de desfecho clínico, documentação incompatível com a história clínica e divergências em registros relacionados aos cuidados paliativos**.

Após apresentação dos resultados, a Comissão de Revisão de Prontuários concluiu que os principais pontos de melhoria estão relacionados à **qualificação dos registros assistenciais, preenchimento completo dos documentos obrigatórios, fortalecimento da aplicação das escalas clínicas, rastreabilidade da administração de medicamentos, registros multiprofissionais e adesão aos protocolos institucionais**.

Como encaminhamento, recomenda-se a realização de ações educativas junto às equipes assistenciais, acompanhamento periódico dos indicadores de conformidade documental e monitoramento das oportunidades de melhoria identificadas, visando garantir maior segurança do paciente, qualidade dos registros e conformidade institucional.

• PARTICIPANTES

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

Mariana Sarlo Silva	Membro	
Diego Serrato	Membro	
William Silvestre	Convidado	
Robson de Souza de Carvalho	Membro	
Renata Meire Bairo	Membro	
Giovana Zandoná de Lemos	Membro	
Thalia Carvalho	Membro	
Talita Caroline Silva	Membro	
Karina Barbosa da Silva Almeida	Membro	
Sebastião Domingos Soares Neto	Membro	

ATA REUNIÃO**DATA: 17.06.2026****HORÁRIO: 16:00 PM****LOCAL: SALA DE REUNIÃO.****ASSUNTO: COMISSÃO DE CUIDADOS COM A
PELE (CCP)****• PAUTAS ABORDADAS**

- Apresentação dos indicadores e métricas assistenciais.
- Discussão sobre manejo de feridas oncológicas.
- Utilização de Metronidazol para controle de odor e conforto dos pacientes oncológicos.
- Padronização institucional da abordagem de feridas.
- Participação da Nutrição no processo de cicatrização.
- Baixa adesão ao colchão piramidal.
- Orientações de alta e encaminhamento à UBS.
- Monitoramento contínuo dos indicadores da CCP.

DECISÕES

No dia **17/06/2026**, na sala de reuniões do Pronto-Socorro **Arnaldo Figueiredo Freitas**, foi realizada reunião da **Comissão de cuidados com a pele (CCP)**, reunindo seus membros para discussão de casos, revisão de condutas e alinhamento das práticas assistenciais relacionadas ao cuidado com feridas.

O Enfermeiro Carlos realizou a entrega dos levantamentos de dados e indicadores assistenciais para Hanne, representante da Qualidade.

Foi discutida pela equipe da CCP a necessidade da utilização de Metronidazol para pacientes portadores de feridas oncológicas, visando redução do odor fétido, controle dos sintomas e maior conforto ao paciente oncológico, conforme demanda assistencial identificada.

Ficou definido pela equipe da CCP que será realizado treinamento institucional para padronização da abordagem, avaliação e registro de feridas, visando uniformização das condutas assistenciais entre os profissionais.

A Nutricionista Giovanna solicitou a elaboração de material educativo em formato de apresentação (slides), contemplando a importância da terapia nutricional no processo de cicatrização e recuperação dos pacientes com lesões.

Enfermeiro Carlos citou a baixa adesão ao uso do colchão piramidal pelos setores assistenciais. A comissão deliberou pela revisão dos protocolos institucionais vigentes e posterior encaminhamento à gestão para reforço da adesão e cumprimento das medidas preventivas estabelecidas.

Foi discutida a necessidade de fortalecimento das orientações de alta aos pacientes portadores de feridas, incluindo elaboração de prescrição de cuidados e encaminhamento formal à Unidade Básica de Saúde (UBS), garantindo continuidade do tratamento após a alta hospitalar.

Os membros da Comissão permanecerão responsáveis pelo monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais relacionados às lesões e apresentarão os resultados nas reuniões bimestrais para análise da Qualidade.

Foi registrado pela equipe CCP que no mês de maio de 2026 foram entregues 06 indicadores relacionados aos cuidados com a pele para acompanhamento institucional.

Nada mais havendo a tratar, foram encerradas as discussões da reunião da Comissão de Tratamento de Feridas. Ficou registrado que os assuntos abordados e os encaminhamentos definidos serão devidamente acompanhados e executados conforme pactuado entre os membros. Eu, Valdinei Sousa Filho Da Silva, lavrei a presente ATA, que após lida e aprovada, segue assinada pelos participantes presentes.

PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Implantar protocolo de Metronidazol	Equipe de cuidados com a pele	Imediato	Conforto ao paciente oncológico (SOBRE DEMANDA)

Realizar treinamento institucional para padronização da abordagem e avaliação de feridas.	Enf. Carlos	60 DIAS	Uniformização das condutas
Revisão do protocolo do colchão piramidal	Equipe de cuidados com a pele/Gestão	Agosto/2026	Melhorar adesão
Fortalecimento das orientações de alta com prescrição de cuidados e encaminhamento à UBS.	Enf. Carlos	30 dias	Continuidade do cuidado

• **PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO
Carlos de Lima q. Junior	Enfermeiro
Valdinei Sousa Filho da S.	Enfermeiro
Giovanna Zandona	Nutricionista
Stefany Dantas Varelo	Enfermeiro SCIRAS
Vanessa	Enfermeiro

ATA REUNIÃO

DATA: 11/06/2026

HORÁRIO: 20:00

LOCAL: Google Meets

ASSUNTO: Reunião Lideranças do Corpo
Clínico

- **PAUTAS ABORDADAS**

1. Contratações e estrutura operacional

Apresentada atualização do plano de contratação da unidade. Foi informado que os profissionais previstos para aplicativos administrativos e almoxarifado iniciaram suas atividades em 01/06, resultando na cobertura integral dos postos previstos no plano de trabalho. Também foi informado o andamento de processo interno envolvendo assistentes administrativos e a adequação da estrutura do almoxarifado com dois profissionais dedicados.

2. Divergências em laudos de ultrassonografia

Retomada a discussão sobre divergências entre laudos ultrassonográficos e exames tomográficos, com potencial impacto assistencial. Foi informado que os casos foram formalmente notificados e permanecem em análise técnica pelos responsáveis da especialidade. Também foi reforçada a orientação institucional de que discussões diagnósticas e definição de exames complementares devem ocorrer entre médicos, sem envolvimento direto do paciente.

3. Integração da ultrassonografia ao prontuário eletrônico

Apresentada atualização sobre a integração dos laudos ultrassonográficos ao prontuário eletrônico. Foi informado que a implantação depende de treinamento operacional e que, inicialmente, apenas os laudos escritos serão disponibilizados, permanecendo a integração de imagens dependente da futura implantação de sistema PACS unificado.

4. Disponibilização de indicadores assistenciais

Discutida a solicitação do corpo clínico por maior acesso aos indicadores assistenciais da unidade. Informado o início das atividades da nova Coordenadora de Qualidade e da nova Coordenadora Administrativa, com perspectiva de disponibilização dos dados assistenciais

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

Pág. 1 de 8

em diretório eletrônico ou planilha compartilhada, complementando os indicadores já apresentados nos painéis físicos da unidade.

5. Crescimento da demanda assistencial e impacto no Fast Track

Apresentados dados demonstrando aumento progressivo do volume de atendimentos, passando de aproximadamente 20 mil para mais de 25 mil atendimentos mensais. Discutidos os impactos sobre tempo de espera, capacidade instalada e dimensionamento da equipe médica. Informado que a Secretaria Municipal realizará estudo de capacidade operacional para subsidiar futura ampliação da estrutura física da unidade.

6. Protocolo de Cuidados Paliativos

Apresentada atualização do protocolo institucional de cuidados paliativos, incluindo inserção de aspectos relacionados à Lei Mário Covas. Informado que as equipes de Fisioterapia e Nutrição solicitaram participação na elaboração do documento, ampliando seu caráter multiprofissional.

7. Protocolo de Hemotransfusão

Discutido caso clínico envolvendo paciente com anemia grave, longa permanência na unidade e divergências de conduta entre equipes assistenciais. Os participantes apontaram necessidade de formalização de protocolo institucional específico, com definição clara de critérios para hemotransfusão, participação do banco de sangue e alinhamento entre emergência, observação e enfermaria. Também foi destacada a necessidade de treinamento das equipes e padronização das condutas.

8. Comissão de Ética Médica

Informado desligamento de membro da Comissão de Ética Médica, reduzindo sua composição para dois integrantes. Discutida a necessidade de consulta formal ao CREMESP para verificar a possibilidade de manutenção temporária da comissão ou necessidade de realização de novo processo eleitoral.

9. Fluxo de atendimento de pacientes politraumatizados

O coordenador da ortopedia relatou casos de pacientes politraumatizados encaminhados diretamente para avaliação ortopédica sem adequada avaliação prévia da emergência. A coordenação da emergência informou ocorrência pontual envolvendo profissional recém-

integrado à equipe. Foi reforçado que o protocolo institucional de politrauma atribui à emergência a condução inicial do ABCDE do trauma, cabendo à ortopedia atuação complementar quando indicada. Também foi identificada necessidade de retreinamento das equipes nos protocolos institucionais de Politrauma, AVC, Dor Torácica e Sepses.

10. Cultura de segurança e notificação de eventos adversos

A Diretoria Técnica reforçou a obrigatoriedade de notificação de eventos adversos e quase falhas, independentemente da categoria profissional envolvida. Foi enfatizada a adoção dos princípios de Cultura Justa, priorizando análise de processos, identificação de causas raiz e melhoria organizacional, em detrimento de abordagens punitivas.

11. Atualização do protocolo de medicação infantil

Apresentada atualização do protocolo de medicação infantil administrada na triagem. Foi informado que o documento precisou ser revisado devido à identificação de inconsistências técnicas e que sua implantação depende de inserção no sistema SIS e posterior treinamento das equipes.

12. Infraestrutura da ultrassonografia

Discutida dificuldade operacional decorrente da necessidade de transporte do aparelho de ultrassom para a sala de emergência. Relatada limitação do nobreak atualmente utilizado, que dificulta a mobilidade do equipamento e prolonga o tempo de reinicialização durante procedimentos urgentes.

13. Aprovação do Regimento Interno

Apresentado andamento da coleta de assinaturas para aprovação do Regimento Interno do Corpo Clínico. Discutidas estratégias para ampliar adesão dos médicos e atingir o quórum mínimo necessário para validação formal do documento.

14. Interferência externa no atendimento assistencial

Relatado episódio envolvendo agente político que realizou questionamentos sobre condutas médicas, tentou influenciar a ordem de atendimento de pacientes e estimulou manifestações na ouvidoria relacionadas ao tempo de espera. A Diretoria Técnica reforçou que a classificação de risco permanece como único critério válido para priorização de

atendimento e que reclamações serão avaliadas institucionalmente, sem prejuízo aos profissionais.

15. Demandas de infraestrutura

Registrada solicitação de instalação de exaustor em banheiro localizado próximo ao setor de imagem e emergência, em razão da ausência de ventilação adequada e do elevado fluxo de utilização.

16. Hiperutilizadores e emissão de atestados médicos

Discutido o aumento da procura da unidade por pacientes em busca exclusivamente de atestados médicos. Foi informado que já existe relatório institucional para identificação de hiperutilizadores e debatida a necessidade de articulação com a Atenção Primária para acompanhamento desses casos e desenvolvimento de estratégias institucionais de abordagem.

- **DECISÕES**

- **Manter o fluxo de notificação formal para divergências em laudos ultrassonográficos.**
- **Prosseguir com a integração dos laudos de ultrassonografia ao prontuário eletrônico.**
- **Atualizar o protocolo institucional de cuidados paliativos com participação multiprofissional.**
- **Elaborar protocolo institucional formal de hemotransfusão, acompanhado de treinamento das equipes.**
- **Consultar formalmente o CREMESP sobre a composição mínima da Comissão de Ética Médica.**
- **Reforçar treinamento institucional dos protocolos de Politrauma, AVC, Dor Torácica e Sepsis.**
- **Manter a classificação de risco como único critério para priorização de atendimento.**
- **Prosseguir coleta de assinaturas para aprovação do Regimento Interno.**
- **Reforçar a política institucional de notificação de eventos adversos e Cultura Justa.**
- **Avaliar medidas para identificação e acompanhamento de hiperutilizadores.**

• PLANOS DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Disponibilizar indicadores assistenciais em diretório eletrônico ou planilha compartilhada	Coordenação de Qualidade	Próxima reunião	Transparência dos indicadores
Finalizar revisão do protocolo de cuidados paliativos e redistribuir ao corpo clínico	Dra. Gabriela / Equipe Multiprofissional	Próxima reunião	Inclusão de Fisioterapia e Nutrição
Elaborar protocolo institucional de hemotransfusão e organizar treinamento	Diretoria Clínica / Diretoria Técnica	A definir	Participação do banco de sangue
Consultar CREMESP sobre funcionamento da Comissão de Ética com dois membros	Hanne	Imediato	Definir necessidade de nova eleição
Produzir fluxo visual de atendimento ao politrauma e realizar retreinamento	Coordenação da Emergência / Ortopedia	Próxima reunião	Reforço do protocolo institucional
Retreinar equipes nos protocolos de Politrauma, AVC, Dor Torácica e Sepsis	Coordenações Assistenciais	Contínuo	Atualização anual
Inserir protocolo de medicação infantil corrigido no SIS e promover treinamento	Luiz / Coordenação Pediatria	A definir	Após validação final
Solicitar avaliação da empresa fornecedora sobre nobreak portátil para ultrassom	Dr. Felipe / Coordenação de Ultrassonografia	Próxima reunião	Avaliar substituição ou adequação
Intensificar coleta de assinaturas para aprovação do Regimento	Dra. Gabriela, Dr. William e Dr. Diego	Contínuo	Meta de 50% + 1 dos médicos cadastrados

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

Pág. 6 de 8

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Interno			
Avaliar instalação de exaustor no banheiro próximo ao setor de imagem	Gestão Administrativa	A definir	Infraestrutura
Mapear hiperutilizadores e discutir estratégias com Atenção Primária	Gestão / Qualidade	Próxima reunião	Redução de demanda evitável
Realizar enquete para definir periodicidade das reuniões do corpo clínico	Dr. Felipe / Dra. Gabriela	Imediato	Semanal ou quinzenal

- PARTICIPANTES**

NOME	FUNÇÃO
Dr. Eduardo Luna	Diretor Técnico
Dra. Gabriela	Diretora Clínica
Dra. Ana Paula	Presidente da Comissão de Ética Médica
Dr. Felipe	Secretário da Comissão de Ética Médica
Dra. Mariana	Coordenadora da Emergência
Dr. Dalton	Coordenador da Ortopedia
Dr. Diego	Coordenador da Pediatria
Dr. Carlos	Coordenação da Ultrassonografia

-

ATA REUNIÃO**DATA: 10/06/2026****HORÁRIO: 15:00****LOCAL: Sala de Reunião PSAFF****ASSUNTO: CPMMH – Comissão de
Padronização de Medicamentos e Materiais
Hospitalares****1. PAUTAS ABORDADAS**

Sistema SISS e Fluxo da Farmácia
Reestruturação do Almoxarifado
Gestão de Materiais – Jelco 24

2. ASSUNTOS TRATADOS

Aos 10/06/2026, às 15:00, na sala de reuniões da unidade, realizou-se a Reunião da Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais Hospitalares, onde foram convocados:

3. Sistema SISS e Fluxo da Farmácia**3.1. Avaliação do Sistema**

- Discussão com o técnico de TI, Luiz, sobre a digitalização do processo de dispensação.
- Sistema não permite impressão direta de fichas na farmácia.

3.2. Melhorias Definidas

- Implantação de tela para acompanhamento da fila de pacientes.
- Solicitada segregação das informações para exibição exclusiva de medicamentos prescritos.

4. Reestruturação do Almoxarifado**4.1. Medida Estrutural**

- Definida a locação de container para reorganização do almoxarifado.

4.2. Objetivos

- Melhor controle de insumos e materiais.
- Otimização do armazenamento.
- Melhoria na gestão de estoque.

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

Pág. 1 de2

5. Gestão de Materiais – Jelco 24

5.1. Não Conformidade

- Identificados problemas relacionados ao Jelco 24.

5.2. Ações Corretivas

- Realizada farmacovigilância.
- Troca dos itens junto ao fornecedor.

Item Responsável Prazo Sugerido Status

Implantação da tela de fila na farmácia TI A definir Em andamento

Reestruturação do almoxarifado (container) Administrativo A definir Em andamento

Regularização do fornecimento Jelco 24 Suprimentos Concluído Finalizado

ATA REUNIÃO

DATA: 10/06/2026

HORÁRIO: 16:00

LOCAL: Sala de Reunião PSAFF

**ASSUNTO: CFT – Comissão de Farmácia e
Terapêutica.**

1. PAUTAS ABORDADAS

Digitalização do Sistema SISS

Protocolo de Soroterapia e Classificação de Desidratação

Farmacovigilância – Jelco 24

2. Digitalização do Sistema SISS

2.1. Avaliação do Fluxo Digital

- Verificação realizada junto ao técnico de TI, Luiz, sobre a possibilidade de implementação de um fluxo 100% digital, sem necessidade de impressão de fichas na farmácia.
- Identificada indisponibilidade do sistema para impressão direta na farmácia.

2.2. Adequações Propostas

- Definida a implantação de uma tela na farmácia para visualização da fila de pacientes.
- Aguardando atuação da equipe de TI para segregação das informações, garantindo que a farmácia visualize apenas medicamentos prescritos.

3. Protocolo de Soroterapia e Classificação de Desidratação

3.1. Desenvolvimento do Protocolo

- Em elaboração protocolo assistencial para pacientes de porta com indicação de soroterapia.

3.2. Classificação Clínica

- O protocolo contemplará os níveis de desidratação:

o Nível 1

o Nível 2

o Nível 3

- Objetivo: padronizar condutas, aumentar segurança assistencial e otimizar o atendimento.

4. Farmacovigilância – Jelco 24

4.1. Identificação de Problemas

- Foram identificadas não conformidades relacionadas ao Jelco 24.

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

4.2. Ações Realizadas

- Realização de farmacovigilância com registro da ocorrência.
- Comunicação ao fornecedor e substituição dos itens.

Item Responsável Prazo Sugerido Status

Adequação do sistema SISS e segregação das informações TI / Luiz A definir Em andamento

Finalização do protocolo de soroterapia Sebastião A definir Em desenvolvimento

Conclusão da análise de farmacovigilância Jelco 24 Sebastião Concluído Finalizado