

Relatório de Atividades Assistenciais

PRONTO ATENDIMENTO

UPA 24H PORTE II ALTO DA PONTE

Contrato de Gestão nº408/2024

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

**Março
2025**



Prefeitura Municipal de São José dos Campos

DIRETOR DEPARTAMENTO HOSPITALAR E EMERGÊNCIAS

Wagner Marques

SECRETÁRIO DE SAÚDE

George Zenha

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Thalita Ruiz Lemos da Rocha

GERENTE ADMINISTRATIVO

Rafael Rodrigues

GERENTE DE ENFERMAGEM

Eliane Vitorio

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	5
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	5
1.2 Contrato de Gestão nº 408/2024	6
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	7
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	7
4. FORÇA DE TRABALHO	7
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT e PJ (item 1.2 anexo II B)	8
4.1.1 Dimensionamento colaboradores CLT	8
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	10
4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais	10
4.2.2 Absenteísmo	11
4.2.3 Turnover	14
4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	17
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	21
5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial - UPA ALTO DA PONTE	21
5.1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo em 2 horas	21
5.1.2 Percentual de número de leitos	22
5.1.3 Taxa de Mortalidade < de 24H	23
5.1.4 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidado AV	31
5.1.5 Percentual de pacientes trombolisados +percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidado do IAM	36
5.1.6 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma	46
Principais Observações:	53
Ações da Unidade Frente a Esse Cenário:	53
5.1.7 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo	57
5.1.8 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE	67
5.1.9 Adesão ao protocolo de SEPSE	68
5.1.10 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS	73
5.1.11 Atendimentos na classificação de risco azul por motivos e sexo	75
5.1.12 Perfil da classificação de risco azul por sexo	76
5.1.13 Perfil da classificação de risco azul por faixa etária	77
5.1.14 Desfecho de atendimento por classificação de risco azul	78
5.1.15 Direcionamentos e orientações realizados por setores na classificação de risco azul	80
5.1.16 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - com doenças crônicas - MICRORREGIÃO NORTE	82
5.1.17 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - Notificação SINAN - MICRORREGIÃO NORTE	83
5.1.18 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelo serviço de	

atendimento pré-hospitalar	86
5.1.19 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco	88
5.1.20 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória	90
5.1.21 Pacientes atendidos pela mesma queixa $\leq 24h$	98
6. Indicadores	100
6.1 Produção - UPA ALTO DA PONTE	100
6.1.1 Consultas em clínica médica	100
6.1.2 Consultas em pediatria	101
6.1.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação < 1h	102
7. Indicadores de Gestão - UPA ALTO DA PONTE	104
7.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período	104
7.2 Proporção de atendimento prioritário a pessoas vulneráveis	105
7.3 Percentual de comissões atuantes e regulares	107
8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	110
8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	110
8.1.1 Avaliação do Atendimento	110
8.1.2 Avaliação do Serviço	112
8.1.3 Net Promoter Score (NPS)	113
8.1.4 Ouvidoria Municipal - 156	115
9. COMISSÕES E COMITÊS	118
9.1 Comissão de Ética de Enfermagem	118
9.2 Comissão de Ética Médica	119
9.3 Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente	122
9.4 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	125
9.5 Comissão de Farmácia e Terapêutica	129
9.6 Comissão de Verificação de Óbitos	130
9.7 Reunião Técnica	135
9.8 Reunião Clínica	137
9.9 Comitê Evoluir	139
9.10 Comissão Antibioticoterapia	152
10. TREINAMENTO, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	154

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão

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

Missão

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

Valores

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

- Qualificamos a gestão.

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Contrato de Gestão nº 408/2024

Em 01/10/2024 iniciou o novo Contrato de Gestão nº 408/2024 , o referido contrato visa a implantação e o gerenciamento técnico para a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H PORTE II – ALTO DA PONTE E UNIDADES DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL: UBS ALTO DA PONTE, UBS ALTOS DE SANTANA, UBS JD. TELESPARK E UBS SANTANA**, este contrato tem como principal objetivo fortalecer a saúde local. Com esta interação será possível realizar planejamento regionalizado, gestão eficiente, integração entre a UPA e as UBSs, resposta rápida às necessidades e participação comunitária.

A UPA ALTO DA PONTE realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em Pediatria e Clínica Médica. Disponibilizará os atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados. Será unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada via APH.

A UPA ALTO DA PONTE referenciam pacientes após estabilização das condições clínicas, para internação em unidades hospitalares com pactuação municipal.

A UPA ALTO DA PONTE tem 02 leitos de sala vermelha, 04 sala amarela, e 06 leitos de observação adultos sendo 03 femininos e 03 masculinos, 06 leitos infantis e 02 leitos de isolamento (01 adulto e 01 infantil), em consequência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24h (não caracterizando internação hospitalar);

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado SALUTEM e ao fim de cada mês, compilados em gráficos seguidos de análises críticas, visando o aprimoramento dos processos.

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de avaliação e acompanhamento dos serviços de saúde são realizados através de **relatório mensal** e a cada 04 meses realizado o **relatório quadrimestral** e o **anual**.

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

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi de **205** colaboradores e **97** colaboradores PJs . O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo.

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

4.1.1 Dimensionamento colaboradores CLT

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	RT Médico	1	1	✓
	Coordenador Médico Clínico	1	1	✓
	Coordenador Médico Pediátrico	1	1	✓
	Enfermeiro	38	32	↓
	Técnico de Enfermagem	80	84	↑
	Enfermeiro RT	1	1	✓
	Enfermeiro de Educação Permanente	1	1	✓
	Enfermeiro da CCIH	1	1	✓
	Técnico de CME	1	1	✓
	Supervisor noturno (Enfermeiro)	2	2	✓
	Assistente Social	2	2	✓
	Farmacêutico	4	4	✓
	Farmacêutico Responsável Técnico	1	1	✓
	Nutricionista	1	1	✓
	Técnico de Radiologia	7	7	✓
	RT Radiologia	1	1	✓
	Auxiliar de Farmácia	4	5	↑
	Engenharia Clínica	1	1	✓
Administrativa	Auxiliar administrativo	3	3	✓
	Concierge	1	1	✓
	Recepcionista	10	12	↑
	Técnico de Informática	1	1	✓
	Técnico de Segurança do trabalho	1	1	✓
	Supervisor administrativo/recepção	1	1	✓
	Auxiliar de Almoxarifado	1	0	↓
	Auxiliar de arquivo	1	1	✓
	Auxiliar de Manutenção	2	2	✓
	Copeira	4	4	✓
	Vigilante	4	4	✓
	Controlador de acesso	12	12	✓
	Auxiliar de Higiene / Serviços Gerais	12	11	↓
	Auxiliar Serviços Gerais	1	0	↓
	Líder da Higiene	1	1	✓
	Motorista/ ambulância	4	4	✓

Análise Crítica: A qualidade da assistência prestada em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) está diretamente relacionada ao correto dimensionamento da equipe, garantindo que os profissionais necessários estejam disponíveis para atender à demanda de forma eficiente e segura. Nesse sentido, a unidade reafirma seu compromisso com a excelência assistencial ao seguir rigorosamente as diretrizes estabelecidas para a composição da força de trabalho, promovendo um atendimento humanizado e alinhado às necessidades da população.

Conforme previsto no edital, os cargos de nutricionista, copeira e motorista de ambulância são fornecidos de forma indireta por uma prestadora de serviços, assegurando que essas funções sejam desempenhadas com qualidade e continuidade. Esse modelo de contratação contribui para a agilidade operacional e otimização dos serviços, permitindo que a unidade concentre seus esforços na assistência direta ao paciente.

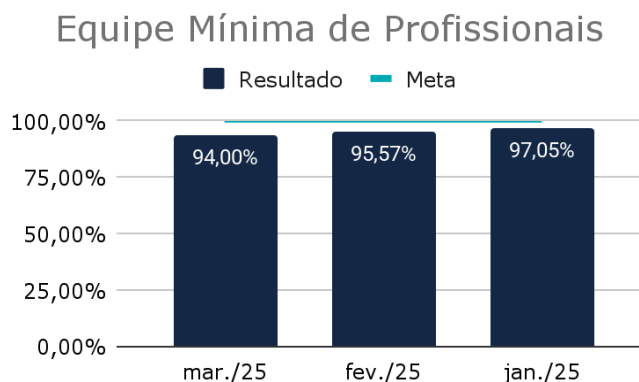
Além disso, a unidade de saúde mantém uma gestão estratégica dos demais cargos, atuando com agilidade diante da rotatividade natural da equipe. Esse dinamismo é essencial para garantir a continuidade dos serviços e reforça a capacidade da gestão de responder prontamente às demandas, sempre priorizando a qualidade do atendimento. A reposição dos profissionais necessários ocorre de maneira planejada e estruturada, garantindo que o quadro esteja adequado às exigências do plano de trabalho.

O compromisso da unidade com a assistência de qualidade se reflete também na busca constante por aprimoramento e na valorização dos profissionais. A gestão segue empenhada em garantir um ambiente de trabalho organizado, colaborativo e eficiente, promovendo a qualificação contínua da equipe e assegurando que os serviços sejam prestados com excelência.

Dessa forma, a unidade reafirma sua responsabilidade e dedicação em manter um atendimento seguro, eficiente e humanizado, adotando estratégias de gestão que assegurem a manutenção de uma equipe bem dimensionada e preparada para atender à população com qualidade.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais



Análise Crítica: A unidade de saúde reafirma seu compromisso com a excelência na assistência ao manter um quadro profissional altamente qualificado e alinhado às diretrizes do plano de trabalho. Com aproximadamente 97,05% da equipe mínima completa, o serviço segue operando de forma eficiente, garantindo um atendimento humanizado e de qualidade à população.

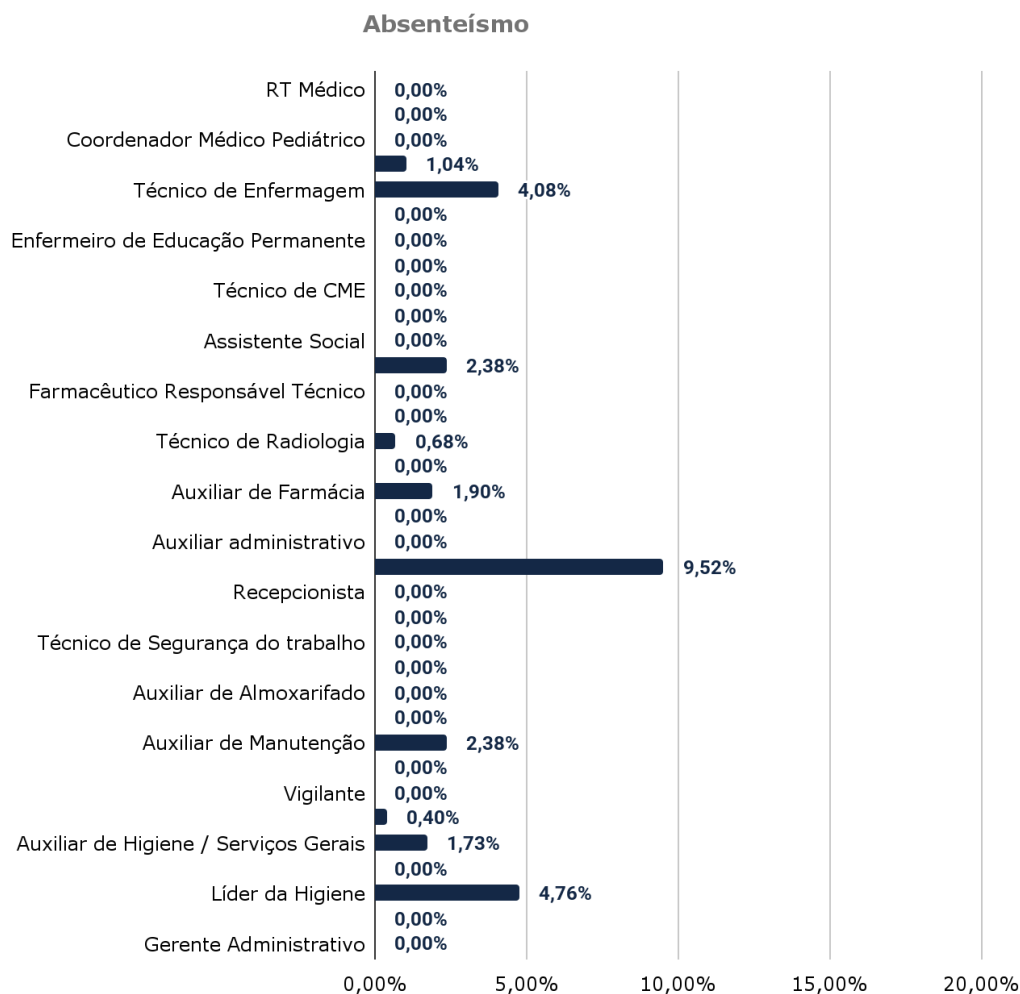
Demonstrando um compromisso contínuo com a melhoria dos serviços, a gestão já iniciou o processo interno para a contratação de dois enfermeiros, reforçando a equipe e fortalecendo a estrutura assistencial. Essa iniciativa evidencia a preocupação constante com a excelência no cuidado e a busca pela otimização dos recursos humanos, assegurando que a unidade esteja sempre preparada para atender às necessidades da comunidade.

Além disso, a unidade se mantém atenta às oportunidades de aprimoramento e trabalha de forma estratégica para garantir um ambiente organizacional harmonioso, com uma equipe qualificada e motivada. O planejamento eficaz da gestão reflete diretamente na manutenção da qualidade do atendimento e no bem-estar tanto dos profissionais quanto dos usuários.

A iniciativa de complementação da equipe demonstra responsabilidade, proatividade e compromisso com a assistência de qualidade, reforçando a confiança da população nos serviços prestados. Dessa forma, a unidade segue

investindo continuamente no aperfeiçoamento de sua estrutura, assegurando um atendimento cada vez mais eficiente e seguro.

4.2.2 Absenteísmo



Análise Crítica: A qualidade da assistência em saúde está diretamente ligada ao engajamento e à presença efetiva dos profissionais em seus postos de trabalho. Nesse contexto, o monitoramento dos índices de absenteísmo é uma ferramenta essencial para garantir a continuidade dos serviços e promover um ambiente organizacional saudável e acolhedor.

Na análise dos dados, observa-se que o índice de absenteísmo variou entre as diferentes categorias profissionais da unidade. A categoria de concierge registrou um índice de 9,52%, seguida pelo líder de higiene com 4,76%. O técnico de enfermagem apresentou 4,02%, enquanto o auxiliar de manutenção e o farmacêutico registraram 2,38%. Já as categorias de enfermeiro, auxiliar de farmácia, controlador de acesso e auxiliar de higiene apresentaram uma taxa de absenteísmo inferior a 2%, demonstrando um bom nível de presença e comprometimento da equipe.

Compromisso com o Acolhimento e Bem-Estar dos Colaboradores

Ciente da importância de um ambiente de trabalho saudável e da valorização do colaborador, a unidade adota estratégias voltadas ao acolhimento e suporte integral à equipe. Uma das iniciativas nesse sentido é a disponibilização gratuita da plataforma de apoio psicológico Zenklub, que oferece suporte emocional e psicológico aos colaboradores, contribuindo para a promoção do bem-estar e para a redução dos impactos que possam influenciar no absenteísmo.

Além disso, a unidade reforça seu compromisso com a saúde ocupacional ao oferecer agendamentos com a Medicina do Trabalho sempre que necessário, garantindo um acompanhamento contínuo das condições de saúde dos colaboradores e promovendo ações preventivas para a redução de afastamentos. Essas medidas refletem a preocupação da gestão em assegurar um ambiente organizacional equilibrado e saudável, no qual os profissionais se sintam amparados e motivados.

Principais CIDs Relacionados ao Absenteísmo

Os afastamentos registrados na unidade podem estar associados a diferentes condições de saúde. A seguir, estão os principais CIDs (Classificação Internacional de Doenças) identificados entre os colaboradores com taxa de absenteísmo elevada:

- ♦ **A09**
- ♦ **M53.1**
- ♦ **M54.4**
- ♦ **R 10.4**
- ♦ **F41.1**

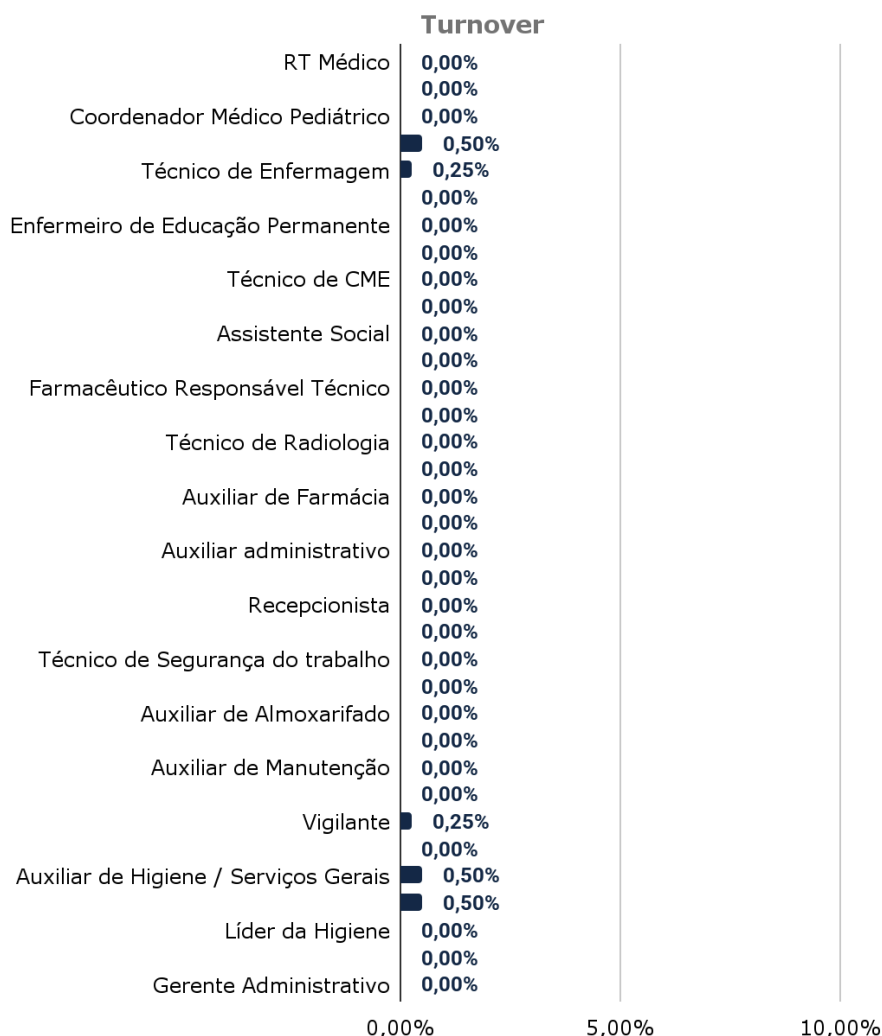
O monitoramento contínuo desses indicadores permite à unidade implementar ações preventivas e direcionadas, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável e reduzindo os impactos do absenteísmo na assistência prestada.

Conclusão

O compromisso da unidade vai além da assistência prestada aos pacientes, abrangendo também o cuidado e o suporte aos seus colaboradores. Através de iniciativas como o apoio psicológico gratuito e a atenção constante da Medicina do Trabalho, a gestão reforça sua preocupação com o bem-estar dos profissionais e sua disposição em promover um ambiente de trabalho acolhedor e sustentável.

Dessa forma, a unidade segue investindo em estratégias que garantam a continuidade dos serviços com qualidade e segurança, ao mesmo tempo em que valoriza e apoia seus colaboradores, essenciais para a excelência da assistência prestada.

4.2.3 Turnover



Análise Crítica: O índice de turnover, que mede a rotatividade de colaboradores, é um indicador essencial para avaliar a estabilidade da equipe e a eficiência da gestão de recursos humanos. Manter taxas baixas é um reflexo positivo do ambiente organizacional, demonstrando boas práticas de retenção e valorização dos profissionais.

No mês de março, a unidade apresentou índices reduzidos de turnover, evidenciando a continuidade dos serviços e o compromisso com a qualidade assistencial. Os dados mostram que:

Enfermeiros registraram um turnover de apenas 0,51%;
Técnicos de enfermagem apresentaram um índice ainda menor, de 0,26%;
Vigilantes também registraram 0,26%, demonstrando estabilidade no setor;
Auxiliares de higiene e auxiliares de serviços gerais tiveram 0,51%.

Esses números refletem uma gestão eficiente e comprometida com a retenção de talentos, minimizando impactos no fluxo de trabalho e garantindo a continuidade da assistência prestada.

Compromisso com a Estabilidade da Equipe

Os índices apresentados reforçam que a unidade mantém políticas eficazes de valorização dos profissionais, promovendo um ambiente favorável ao crescimento e à permanência da equipe. A retenção de colaboradores é um fator essencial para a segurança e qualidade do atendimento, e a gestão tem investido em estratégias para garantir um clima organizacional positivo e um suporte contínuo aos profissionais.

Entre as iniciativas que contribuem para esse cenário positivo, destacam-se:

Valorização profissional – A unidade busca oferecer condições adequadas de trabalho, capacitações e oportunidades de crescimento para seus colaboradores.

Ambiente organizacional saudável – A gestão investe na comunicação interna, no fortalecimento do espírito de equipe e no bem-estar dos funcionários, garantindo um clima organizacional positivo.

Programas de suporte – A disponibilização de suporte psicológico gratuito por meio da plataforma Zenklub e o acompanhamento pela Medicina do Trabalho demonstram a preocupação da unidade com a saúde e o equilíbrio dos profissionais.

Impactos Positivos da Baixa Rotatividade

Manter uma equipe estável proporciona diversos benefícios à unidade e aos usuários do serviço, como:

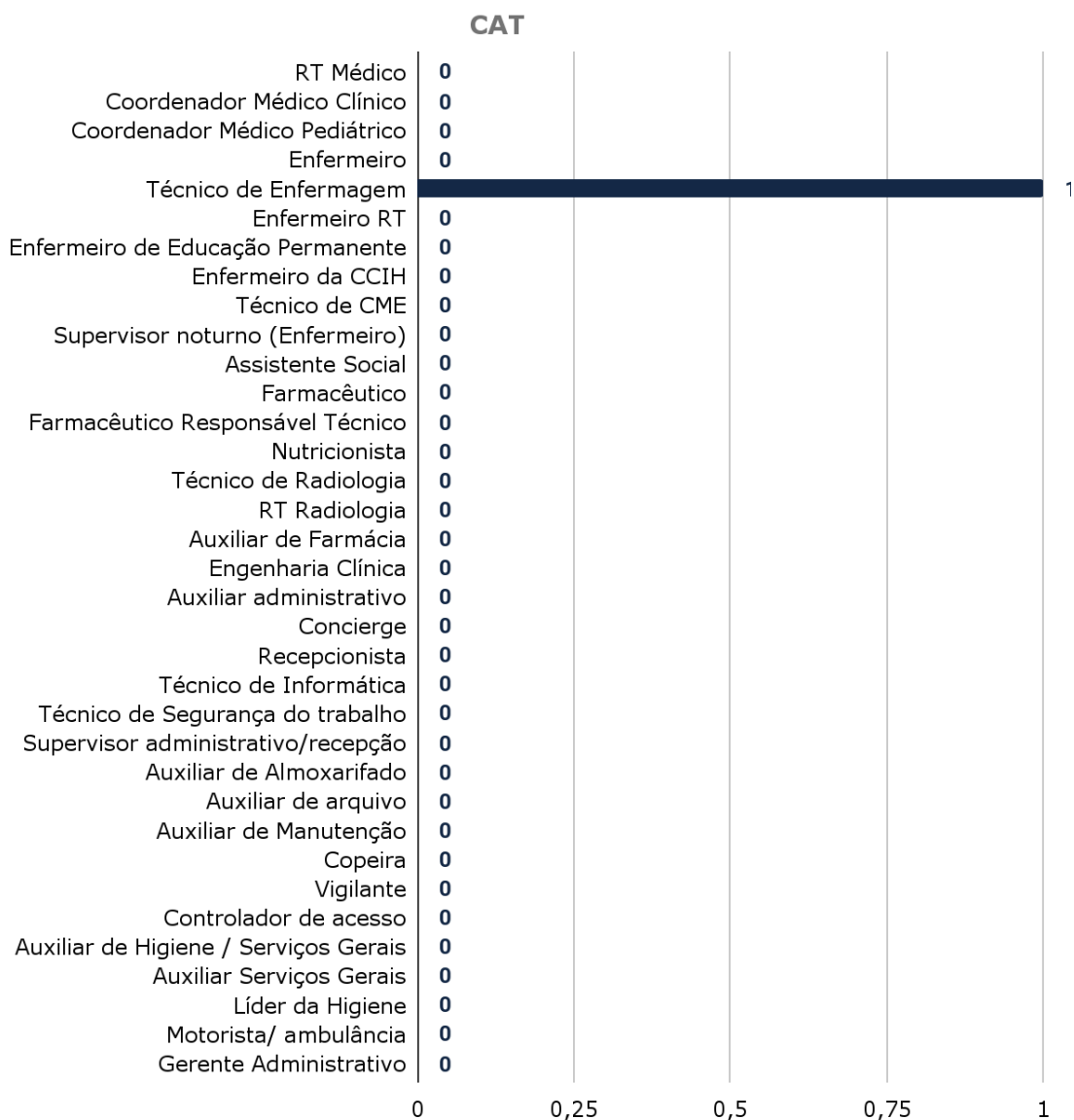
- ✓ Maior qualidade no atendimento, pois profissionais que permanecem por mais tempo na unidade se tornam mais experientes e alinhados aos protocolos institucionais;
- ✓ Redução de custos operacionais, evitando gastos com recrutamento, treinamento e adaptação de novos funcionários;
- ✓ Fortalecimento da cultura organizacional, criando um ambiente de trabalho mais colaborativo e produtivo.

Conclusão

O baixo índice de turnover registrado no mês de março reafirma o compromisso da unidade com a excelência na assistência e com o bem-estar dos seus colaboradores. A adoção de estratégias voltadas à retenção e valorização da equipe tem se mostrado eficaz, contribuindo diretamente para a estabilidade dos serviços prestados.

A unidade segue investindo em iniciativas que garantam um ambiente de trabalho acolhedor, seguro e motivador, permitindo que os profissionais se desenvolvam e permaneçam engajados, assegurando assim um atendimento cada vez mais qualificado e eficiente à população

4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



Análise Crítica: Durante o atendimento a um paciente que estava puncionando, a colaboradora realizou a remoção do scalp como parte do procedimento. No momento em que tentou fechá-lo, conforme protocolos de segurança, um movimento involuntário ocorreu, resultando na perfuração acidental do polegar da mão esquerda. Esse tipo de acidente pode estar relacionado a diversos fatores, como o reflexo natural do corpo diante da manipulação de materiais perfurocortantes, a ergonomia do ambiente de trabalho e o estado físico e mental da profissional no instante da ocorrência.

O manuseio de perfurocortantes exige atenção redobrada e precisão, pois qualquer desvio pode resultar em um incidente/acidente. Mesmo com o uso de luvas de procedimento, a proteção oferecida pode não ser suficiente para evitar uma perfuração, especialmente quando o material perfurante não possui um mecanismo de segurança adequado. Além disso, condições como cansaço, pressão do ambiente e a necessidade de realizar múltiplos atendimentos em sequência podem levar a falhas não intencionais na execução das técnicas recomendadas.

Diante desse evento, torna-se essencial reforçar medidas preventivas para evitar recorrências. A capacitação contínua dos profissionais da unidade sobre biossegurança deve ser priorizada, especialmente no que se refere ao manuseio correto e ao descarte seguro de perfurocortantes. A implementação de dispositivos com sistemas de segurança reduz significativamente o risco de acidentes, pois esses materiais são projetados para minimizar a exposição dos profissionais a objetos cortantes. Além disso, é fundamental que haja uma avaliação das condições ergonômicas e organizacionais da unidade, garantindo um ambiente mais seguro e menos propenso a falhas operacionais.

A adoção de uma cultura de segurança mais rigorosa também é essencial para minimizar esse tipo de ocorrência. Profissionais da saúde devem ser incentivados a seguir rigorosamente os protocolos estabelecidos, sem improvisações que possam comprometer sua segurança. Além disso, o planejamento da jornada de trabalho e a implementação de pausas estratégicas podem contribuir para reduzir o impacto da fadiga, um fator que pode influenciar diretamente na ocorrência de acidentes como esse.

Após o acidente, a colaboradora seguiu parcialmente o Protocolo de Comunicação de Ocorrências Interna (COI), que estabelece um conjunto de diretrizes para a resposta imediata e eficaz a esse tipo de situação. A primeira medida a ser tomada é a higienização imediata da área afetada com água e sabão, evitando qualquer tipo de fricção que possa agravar a exposição. Em seguida, a ocorrência deve ser comunicada à coordenação da unidade, para que seja realizado o registro oficial do acidente e acionadas as medidas necessárias.

O registro do acidente no sistema de gestão de segurança ocupacional é um passo essencial para garantir que a exposição seja monitorada adequadamente e que medidas corretivas sejam aplicadas para evitar novas ocorrências. Além disso, a colaboradora deve ser encaminhada ao serviço de saúde ocupacional, onde será avaliada a necessidade de profilaxia pós-exposição (PPE) para agentes biológicos como HIV e hepatites. O acompanhamento médico e sorológico deverá ser realizado conforme as diretrizes estabelecidas pelos órgãos reguladores, garantindo que a profissional receba toda a assistência necessária ao longo do período de monitoramento.

O acidente ocorrido reforça a importância da aplicação rigorosa das normas de biossegurança e do fortalecimento de estratégias preventivas dentro da unidade. A segurança dos profissionais da saúde deve ser sempre uma prioridade, e a adoção de medidas eficazes pode reduzir significativamente os riscos associados à exposição a materiais perfurocortantes.

Diante do acidente relatado, torna-se imprescindível a implementação de um plano de ação voltado para a capacitação dos colaboradores sobre a Norma Regulamentadora NR 32, especialmente no que se refere ao Anexo III, que trata do uso seguro de materiais perfurocortantes. O objetivo principal dessa capacitação é reduzir o risco de exposição dos trabalhadores a agentes biológicos por meio da adoção de boas práticas de biossegurança, além de reforçar a importância do uso de dispositivos de segurança e do correto descarte de materiais contaminados.

O plano de ação inicia-se com a realização de treinamentos periódicos, nos quais serão abordados os princípios da NR 32 e as diretrizes específicas do Anexo III. Os treinamentos serão ministrados por profissionais especializados em biossegurança e segurança do trabalho, e contarão com atividades teóricas e práticas para garantir a fixação do conhecimento pelos colaboradores. Durante as capacitações, serão demonstradas técnicas adequadas para o manuseio seguro de perfurocortantes, enfatizando a necessidade do uso de equipamentos com mecanismos de segurança e a importância do descarte correto desses materiais.

Além das capacitações presenciais, o plano prevê a distribuição de materiais educativos, como cartilhas e manuais informativos, que serão disponibilizados em locais estratégicos da unidade de saúde. Esses materiais conterão orientações detalhadas sobre os riscos ocupacionais, os procedimentos corretos de descarte de perfurocortantes e as medidas preventivas para evitar acidentes semelhantes ao ocorrido. Também serão fixados cartazes em áreas de grande circulação, reforçando as boas práticas de segurança e biossegurança.

Paralelamente, será realizada uma análise da infraestrutura e das condições ergonômicas da unidade, com o objetivo de identificar possíveis melhorias que possam contribuir para a segurança dos profissionais. Caso necessário, será providenciada a substituição de materiais sem mecanismos de segurança por dispositivos mais modernos e seguros. Além disso, serão implementadas pausas estratégicas durante a jornada de trabalho, reduzindo a fadiga dos profissionais e, conseqüentemente, diminuindo a probabilidade de ocorrência de acidentes.

O plano de ação também inclui o monitoramento contínuo da adesão às novas diretrizes por meio da observação dos procedimentos em campo e da aplicação de questionários de avaliação. Serão realizadas reuniões periódicas para discutir os resultados obtidos e fazer os ajustes necessários para aprimorar a capacitação dos colaboradores. O acompanhamento das ocorrências será feito através do sistema de gestão de segurança ocupacional, garantindo que todas as medidas corretivas sejam implementadas de forma eficiente.

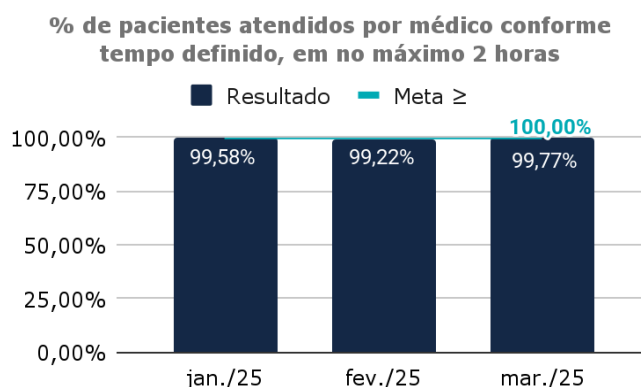
Por fim, para assegurar a eficácia do plano de ação, serão estabelecidos indicadores, como a redução no número de acidentes com perfurocortantes, o aumento da adesão dos profissionais aos protocolos de segurança e a melhoria das condições ergonômicas e organizacionais da unidade. A implementação dessas ações visa fortalecer a cultura de segurança no ambiente hospitalar, promovendo um local de trabalho mais seguro e adequado para o desempenho das atividades dos profissionais de saúde.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade. Estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H PORTE II –ALTO DA PONTE**.

5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial - UPA ALTO DA PONTE

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

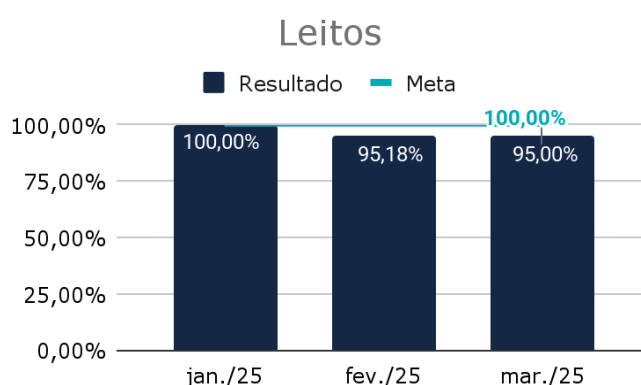


Análise crítica: No mês de março, a unidade alcançou um excelente desempenho, com 99,74% dos atendimentos realizados em até duas horas, demonstrando eficiência operacional e o comprometimento da equipe. Esse resultado representa uma leve evolução em relação ao mês anterior, que registrou 99,22%.

Vale ressaltar que a unidade superou a meta contratual estabelecida para o número de atendimentos, reforçando sua efetividade. Um dos fatores que contribuiu para esse bom desempenho foi o suporte oferecido pela clínica cooperativa em momentos de alta demanda, o que permitiu manter um fluxo ágil e bem organizado. Além disso, a atuação da coordenação clínica nos dias de maior movimento foi essencial para garantir a continuidade e qualidade do atendimento.

Ao todo, 12.857 pacientes foram atendidos dentro do prazo estabelecido de até duas horas. É importante destacar que nenhum atendimento ultrapassou o tempo máximo de 2 horas e 24 minutos, evidenciando a agilidade e a qualidade dos serviços prestados. O dia com maior volume de atendimentos foi 24 de março, com um total de 552 registros.

5.1.2 Percentual de número de leitos

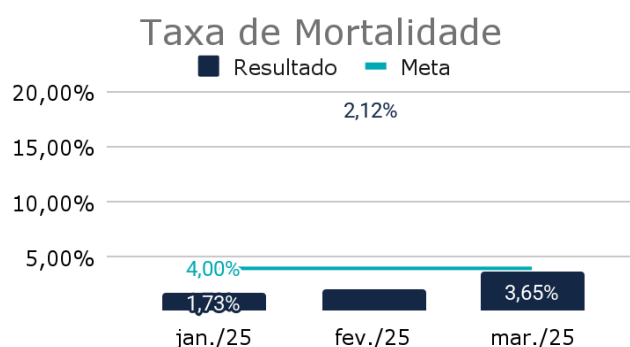


Análise crítica: No mês de março, registramos um total de trezentos e treze (344) pacientes em leito de observação e emergência. Desses, trinta (39) permaneceram na unidade por mais de 24 horas com cids de predominância J44 Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC). Neste período operamos com 19 leitos, um leito a menos que compete nosso edital devido a dano em uma das camas sem possibilidade de conserto, realizado pedido de investimento para a gestão de contratos e seguimos no aguardo. Vale ressaltar que tivemos aumento no número de pacientes que necessitam de observação, cerca de 9,90%, o que pode indicar uma ligeira elevação na demanda por esse tipo de atendimento, diante disso é importante reforçar que a brevidade na resolução da devolutiva da gestão de contratos se faz necessária para garantir a assistência em 100% da operacionalização dos leitos contemplados em em contrato. Cabe ressaltar que um ofício de investimento de novas macas foi protocolado na gestão de contratos.

Em relação à distribuição etária dos pacientes observados, aproximadamente 44% eram idosos, um aumento de 9% do mês anterior, fica evidente que a faixa

etária de pacientes que necessitam ficar sob observação é em sua grande parte, idosos, 6% tinham até 12 anos e 50% eram adultos, com idades variando entre 13 e 59 anos. Esses dados refletem a predominância da população idosa na região, um perfil que continua a se destacar nas estatísticas de atendimentos. No que diz respeito ao sexo dos pacientes, a distribuição foi equilibrada cerca de 54% eram do sexo feminino e 46% masculino.

5.1.3 Taxa de Mortalidade < de 24H



Análise crítica: Durante o período analisado, foram registrados treze (13) óbitos na unidade, sendo três (3) após 24 horas de internação e dez (10) em menos de 24 horas. Esses dados refletem a gravidade dos casos atendidos, com pacientes frequentemente chegando em estado crítico, exigindo intervenções rápidas e intensivas por parte da equipe assistencial.

Dentre os óbitos registrados, um (1) foi encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML) conforme os protocolos vigentes, enquanto os demais tiveram o óbito declarado na própria unidade, garantindo que todos os trâmites administrativos e assistenciais fossem conduzidos de maneira ética e organizada.

A unidade reafirma seu compromisso com a qualidade da assistência, assegurando que cada paciente receba cuidados humanizados e alinhados aos protocolos clínicos. A análise contínua desses casos permite aprimorar os fluxos internos, fortalecer a resolutividade do atendimento e garantir um suporte adequado tanto aos pacientes quanto às famílias em momentos delicados.

Segue um breve relato dos casos:

1. Paciente: M.J.S. // Idade: 83 anos // Prontuário: 55135

Comorbidades: Escoliose

Data da admissão: 01/03/2025 (15:07) // Data do óbito: 01/03/2025 (16:06)

Causas: Parada Cardio Respiratória e Insuficiência Respiratória Aguda

HPMA: Paciente proveniente do SAMU com queixa de dispneia e queda da cama pela manhã. Foi admitida em sala vermelha com taquipneia e taquicardia, sendo então aberto protocolo de SEPSE de provável foco pulmonar e iniciado medidas perante a linha de cuidado. Porém após alguns minutos a paciente entrou em PCR iniciado RCP, não resistindo e indo a óbito. Constatado óbito logo em seguida.

2. Paciente: M.C.A.T. // Idade: 19 anos // Prontuário: 59980

Comorbidades: Drogadição

Data da admissão: 02/03/2025 (03:48) // Data do óbito: 02/03/2025 (06:04)

Causas: Outras mortes súbitas de causas desconhecidas

HPMA: Paciente deu entrada na unidade conduzido por carro particular pelos familiares. Com relato pela família de ter encontrado o mesmo desacordado por volta das 03:00 em sua residência, não responsivo. Admitido em sala vermelha já em PCR, não obteve retorno da circulação espontânea após medidas de reanimação. Sendo então constatado óbito. Corpo encaminhado ao IML.

3. Paciente: B.A.S. // Idade: 68 anos // Prontuário: 48596.

Comorbidades: HAS e ARTRITE GOTOSA

Data da admissão: 07/03/2025 (12:17) // Data do óbito: 08/03/2025 (06:18)

Causas: Abdome Agudo, Parada Cardiorespiratória

HPMA: Deu entrada às 12:17 por meios próprios com histórico de inchaço na barriga, moleza e constipação há 1 dia. Logo em seguida foi solicitado transferência para o Hospital Terciário devido à Hipótese de Abdome Agudo Obstrutivo e Hipocalemia após avaliação médica e mantido na sala amarela em observação aguardando transferência.

Paciente foi levado a sala vermelha às 23:00 hipotenso, taquicárdico. Aberto protocolo de Sepsis, sendo posteriormente realizado IOT para proteção das vias aéreas e logo em seguida, por volta das 6:00, manteve-se refratário às medidas de suporte, entrou em PCR. Não tendo retorno da circulação espontânea após medidas de reanimação. Sendo então constatado óbito às 06:18.

4. Paciente: P.M.C.S. // Idade: 78 anos // Prontuário: 138149.

Comorbidades: CA DE RINS SEM TRATAMENTO/ HAS/ DM2/ SEQUELA DE AVC / ACAMADO/ DEMENCIA

Data da admissão: 09/03/2025 (13:37) // Data do óbito: 09/03/2025 (15:13)

Causas: Insuficiência Respiratória Aguda, Broncoespasmo, Dispneia

HPMA: Paciente deu entrada via SAMU com rebaixamento do nível de consciência e dispneia de início pela manhã. Segundo a sobrinha, o paciente tracionou a SNE no período noturno. Paciente paliativo, não sendo instituído medidas artificiais de vida. Optando por promover medidas de conforto, em conformidade com familiares. Às 15:13, sendo constatado pelo médico paciente evoluiu a óbito.

5. Paciente: I.P.S. // Idade: 74 anos // Prontuário: 1183747

Comorbidades: SEQUELA DE TUBERCULOSE PULMONAR, DPOC, HAS

Data da admissão: 15/03/2025 (11:56) // Data do óbito: 15/03/2025 (22:04)

Causas: Insuficiência Respiratória, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Insuficiência Cardíaca, Parada Cardiorespiratória.

HPMA: Paciente deu entrada na unidade por meios próprios junto com os familiares, com quadro de dispneia e dessaturação. Sendo feito oxigenoterapia, monitorização e mantida em observação, porém a mesma evoluiu no período noturno para óbito após PCR refratária às medidas de reanimação, sem retorno da circulação espontânea.

6. Paciente: C.L.R.O // Idade: 36 anos // Prontuário: 12988181

Comorbidades: Tuberculose Prévia, Drogadição, Alcoólatra.

Data da admissão: 15/03/2025 (12:09) // Data do óbito: 15/03/2025 (21:40)

Causas: Tuberculose, Insuficiência Respiratória, Parada Cardiorespiratória.

HPMA: Paciente trazido pelo SAMU, encontrado por transeuntes, desacordado e com sinais de dispneia, hipotensão esforço respiratório, informando que havia feito uso de álcool e drogas. Aberto protocolo de SEPSE e feito as medidas iniciais de resgate volêmico, sendo instalado noradrenalina e proteção das vias área (IOT). Porém no período noturno, o paciente evoluiu com bradicardia e PCR. Não tendo retorno da circulação espontânea após medidas de reanimação. Sendo constatado óbito pela médica. Encaminhado ao IML.

7. Paciente: O.A.C.N. // Idade: 71 anos // Prontuário: 41790

Comorbidades: Neoplasia de Próstata

Data da admissão: 15/03/2025 (10:46) // Data do óbito: 17/03/2025 (11:26)

Causas: Choque não classificado, Broncopneumonia.

HPMA: Paciente deu entrada por meios próprios acompanhado do seu irmão, relatando tontura, dispneia de início há 1 dia e edema de MMII há 1 semana. Paciente ficou na observação aguardando vaga de transferência para o Hospital Terciário desde então, devido diagnóstico de Broncopneumonia e Hiponatremia, mantendo medidas de correção eletrolítica e antibioticoterapia. Porém no dia 17/03 evoluiu para óbito após PCR, refratário às medidas de reanimação, não tendo retorno da circulação espontânea.

8. Paciente: S.I.D.P. // Idade: 79 anos // Prontuário: 76914

Comorbidades: Pré DM/HAS

Data da admissão: 17/03/2025 (13:44) // Data do óbito: 17/03/2025 (14:46)

Causas: Septicemia não Especificada, Infecção do trato Urinário

HPMA: Paciente deu entrada junto com sua vizinha, de meios próprios, com relato de dispneia e tontura, com PA inaudível, extremidades cianóticas e com rebaixamento do nível de consciência, com respiração agônica (gaspings), sendo aberto protocolo de SEPSE de foco urinário e iniciado protocolo já admitida na sala vermelha. Porém a paciente entrou em PCR, sendo realizadas medidas de reanimação conforme ACLS, porém não obteve retorno da circulação espontânea. Sendo então constatado óbito.

9. Paciente: M.J.L // Idade: 76 anos // Prontuário: 1285234

Comorbidades: DM II/HAS/DLP/Sequela de AVC há aproximadamente 8 meses

Data da admissão: 17/03/2025 (17:06) // Data do óbito: 21/03/2025 (23:30)

Causas: PCR, IRA - aguda

HPMA: Paciente deu entrada nesta unidade trazida pelo SAMU acompanhada do familiar procedente de sua residência com quadro de prostração e inapetência há mais de 50 dias. Ficou sob observação até o dia 21/03 sob protocolo de SEPSE de foco urinário. Paciente permaneceu sob cuidados clínicos, com otimização da antibioticoterapia e cuidados proporcionais devido paliatividade. Evoluiu para PCR às 23:30, não sendo instituído medidas artificiais de vida: não RCP, não DVA, não IOT. sendo então declarado óbito.

10. Paciente: M.A.S. // Idade: 92 anos // Prontuário: 17988

Comorbidades: HIPOTIREOIDISMO / CARDIOPATIA

Data da admissão: 23/03/2025 (17:31) // Data do óbito: 24/03/2025 (15:15)

Causas: Insuficiência Cardíaca, Bradicardia

HPMA: Paciente trazida pela filha referindo que após almoço paciente apresentou sonolência, ao apresentar discreto despertar familiar refere que queixou-se de dor torácica, realizando medidas de sinais vitais que demonstrou FC 33 PA 60x40 SPO2: 61% em AA. Sendo realizado 3 ciclos de Atropina com melhora da FC (70bpm) e mantido com DVA (DOBUTAMINA + NOREPINEFRINA). Paciente foi mantido em cuidados proporcionais através do consenso com familiares, não sendo instituído IOT e/ou RCP. Paciente manteve aguardo de transferência para Hospital Terciário desde sua admissão, devido necessidade de Cuidados Intensivos, porém veio a apresentar PCR e constatado óbito logo em seguida.

11. Paciente: M.G.D. // Idade: 75 anos // Prontuário: 17774

Comorbidades: CARDIOPATA, HAS, DM2, DLP, IC, DEMÊNCIA

Data da admissão: 24/03/2025 (19:37) // Data do óbito: 24/03/2025 (22:35)

Causas: Insuficiência Cardíaca, IAM, ANEMIA GRAVE

HPMA: Paciente deu entrada na UPA de meios próprios, acompanhada de familiar, com quadro de dor precordial de início por volta das 14:30 em aberto. Familiar informa que a mesma já possui evento cardiológico não sabendo distinguir diagnóstico prévio. Levada a admissão apresentando dor precordial, irradiada para dorso, sudorese, vômitos e dificuldade de comunicação devido ao quadro de demência ainda não definida. Aberto protocolo de dor torácica e iniciado medidas para SCA, assim como Volume. ECG referido com BRE, com caso discutido no JOIN. Paciente evoluiu com piora clínica, RNC e cianose de extremidades, iniciado noradrenalina por CVC em VJID, porém sem resposta clínica. Paciente evoluiu para PCR, sem respostas às medidas de ressuscitação pelo protocolo ACLS, sem RCE. Sendo então constatado óbito.

12. Paciente: R.G.C. // Idade: 78 anos // Prontuário: 1165886

Comorbidades: HAS, DM2, DLP, IAM PRÉVIO HÁ 3 ANOS

Data da admissão: 27/03/2025 (11:14) // Data do óbito: 27/03/2025 (18:19)

Causas: Choque Cardiogênico, IAM

HPMA: Paciente deu entrada de meios próprios sudoreico, cianose de extremidades. Foi encontrado em seu quarto caído ao solo, apresentando sinais de emése e perda de controle de esfíncter, palidez, sudorese, pele fria e pegajosa com sinais de cianose de extremidades e má perfusão periférica, sem perda da consciência no momento. Idoso, relatou que após fazer um da insulina como de costume se sentiu mal e apresentou todos os sinais e sintomas, com ajuda de terceiros foi trazido a UPA, na admissão, idoso estava responsivo, porém bradicárdico (20 - 27 bpm),

hipertenso (164 x 80 mmhg), pálido, decorado 3+/4+, mal perfundido, com pele fria e sudorese. iniciado atropina EV em bolus por duas vezes com melhora parcial e sem sustentar a melhora da FC, fazendo novo episódio de bradicardia seguido de gasping e PCR que retornou após 1 ciclo de massagem de RCP, iniciado dopamina + noradrenalina EV em BIC com manutenção da FC: 88 - 116 bpm. Porém evolui em PCR, ritmo chocável, tendo sido desfibrilado + RCP + IOT e retorno à circulação espontânea com 8 minutos de PCR. Iniciado adrenalina em BIC + dopamina, no entanto, paciente retornou a apresentar nova PCR em TV Monomórfica sem pulso, sendo novamente desfibrilado e em seguida iniciado RCP conforme protocolo ACLS. Após 16 minutos de PCR, paciente evolui a óbito, apresentando midríase pupilar e sem retorno da circulação espontânea.

13. Paciente: M.J.L.A. // Idade: 87 anos // Prontuário: 1328368

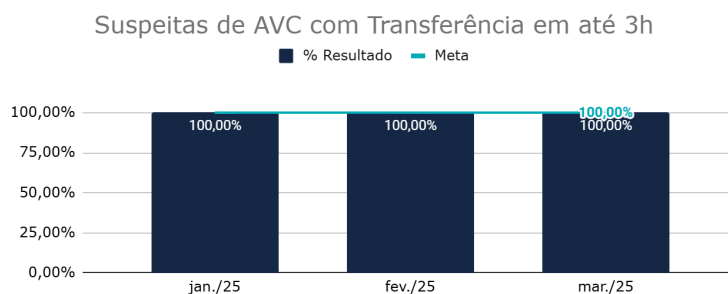
Comorbidades: HAS / CARDIOPATIA / FIBRILAÇÃO ATRIAL CRÔNICA/ DM / DEMÊNCIA AVANÇADA HÁ 6 MESES

Data da admissão: 27/03/2025 (00:04) // Data do óbito: 28/03/2025 (21:24)

Causas: Parada Cardiorespiratória, Septicemias, ITU

HPMA: Paciente trazida pelo samu em ambulância simples acompanhada pela filha com relato de queda do estado geral, recusa alimentar e rebaixamento do nível de consciência há 1 semana de piora progressiva. Filha relata internação recente (dez/24 e fev/25) devido a ITU. Paciente admitida em grave estado geral com hipotensão, taquicardia, desidratada e não responsiva em MNR 10l/min (colocada pelo SAMU) SPO2 98%. Converso com a filha sobre a gravidade do quadro. Filha ciente e concordando com medidas de tratamento não invasivas. Iniciado protocolo de Sepsis seguindo linha de cuidado e aguardo de transferência para leito de UTI (Hospital Terciário). Porém a paciente veio sofrer PCR e indo a óbito dia seguinte, não sendo feito RCP e/ou medidas artificiais de vida devido Cuidados Proporcionais.

5.1.4 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidado AV



Análise crítica: A gestão eficiente dos protocolos assistenciais é essencial para garantir um atendimento seguro, ágil e de qualidade, especialmente em unidades de urgência e emergência. A correta aplicação dos protocolos e a tomada de decisão rápida e assertiva refletem o compromisso da unidade com a eficiência dos serviços prestados e a segurança dos pacientes. Durante o período analisado, foram registrados cinco (5) protocolos, demonstrando a capacidade da unidade em identificar, classificar e dar seguimento adequado aos casos que demandam intervenção especializada.

Desses cinco protocolos, dois (2) pacientes foram transferidos em até três horas, por se enquadrarem no tempo Delta, evidenciando a eficiência dos fluxos internos e a capacidade da equipe assistencial em garantir um encaminhamento rápido e seguro. O cumprimento desse prazo é fundamental para assegurar um desfecho favorável, especialmente em casos de maior gravidade, onde a resposta assistencial deve ser imediata. Além disso, dois protocolos foram descartados após avaliação criteriosa, demonstrando a precisão da equipe médica na triagem e na aplicação dos critérios clínicos, evitando encaminhamentos desnecessários e otimizando os recursos disponíveis. O quinto protocolo resultou no encaminhamento de um paciente para avaliação neurológica, reforçando o compromisso da unidade em garantir um atendimento integrado e especializado, promovendo um acompanhamento adequado e a condução clínica mais assertiva possível.

A correta gestão desses protocolos evidencia a capacidade da unidade de responder de maneira rápida, organizada e eficaz às demandas emergenciais, assegurando que cada paciente seja direcionado ao atendimento mais apropriado conforme sua condição clínica. A rápida resposta dentro do tempo estabelecido para os casos classificados como Delta reflete a eficiência dos processos internos, bem como a interação ágil e precisa entre as equipes assistenciais e os serviços de referência. Além disso, a triagem minuciosa dos casos demonstra a qualificação da equipe multiprofissional, que atua com responsabilidade para evitar transferências desnecessárias e garantir a otimização dos atendimentos. Esse trabalho contínuo reforça não apenas a preocupação com a segurança dos pacientes, mas também o compromisso da unidade com a melhoria contínua dos processos assistenciais e a eficiência da gestão de recursos.

Dessa forma, a atuação da unidade reafirma o compromisso com a excelência no atendimento, a agilidade na tomada de decisões e a garantia de um fluxo assistencial eficiente. A resposta rápida e organizada aos casos mais graves, aliada à triagem criteriosa dos demais atendimentos, demonstra a competência da equipe e a efetividade dos protocolos adotados. A unidade segue investindo em processos que assegurem a segurança do paciente, a integração com serviços de referência e a capacitação contínua dos profissionais, consolidando-se como um ambiente de atendimento eficaz, humanizado e alinhado às melhores práticas em saúde.

Segue um breve resumo dos casos:

- 1. Paciente M.A.S.O.**, 35 anos, prontuário 30439. Deu entrada na unidade às 11:06 do dia 01/03, sendo trazida pelo SAMU acompanhada de seu marido. A paciente relatou ter sofrido uma crise tônico-clônica generalizada em sua residência, sem liberação esfíncteriana, mas com cefaleia intermitente e vômitos em jatos persistentes.

A paciente foi imediatamente admitida na sala vermelha, onde foi iniciado o protocolo de AVC. Considerando a suspeita de AVCh (Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico), foi solicitada uma vaga de transferência para a

realização de Tomografia Computadorizada (TC) de Crânio e avaliação por especialista em Neurologia. A paciente foi transferida para o hospital terciário às 14:39, de acordo com os procedimentos estabelecidos, para a continuidade do tratamento e avaliação especializada.

O tempo total de atendimento, desde a entrada na unidade até a transferência, foi de 3 horas e 33 minutos, evidenciando a agilidade no processo de diagnóstico, manejo inicial e encaminhamento da paciente para a continuidade do tratamento especializado.

2. Paciente J.N.A.F., 56 anos, prontuário 51229. Deu entrada na unidade às 16:56 do dia 06/03, por meios próprios, apresentando um quadro clínico caracterizado por desvio de rima à esquerda, perda de força no hemicorpo direito e disartria. Diante dos sintomas relatados e da suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC), foi imediatamente aberto o protocolo de AVC, incluindo a classificação DELTA, com a intenção de viabilizar a administração do trombolítico.

Após a avaliação inicial, foi solicitada uma vaga de transferência com prioridade vaga zero, e a paciente foi encaminhada para o Hospital Municipal, para continuidade do tratamento especializado. A transferência foi realizada às 18:20, com a devida assistência da equipe de remoção, conforme os protocolos estabelecidos para o manejo de AVC, garantindo a rapidez e a segurança necessárias para o tratamento eficaz da paciente.

O tempo total de atendimento, desde a entrada na unidade até a transferência, foi de 1 hora e 24 minutos, evidenciando a agilidade e eficiência no atendimento e encaminhamento da paciente para a continuidade do tratamento especializado.

3. Paciente M.G.O.S., 81 anos, prontuário 27754. Deu entrada na unidade às 17h22 do dia 16/03, por meios próprios, apresentando histórico de hemiparesia à esquerda, seguido de liberação de esfíncter ocorrido às 17h00. Diante do quadro clínico, a paciente foi imediatamente admitida na sala vermelha para avaliação e atendimento prioritário.

A formalização da classificação foi realizada às 17h22, com a abertura do protocolo de AVC logo em seguida. O atendimento médico foi formalizado no sistema às 17h28, garantindo o devido acompanhamento inicial conforme os protocolos estabelecidos para o manejo de AVC.

Em sequência, foi enviado o pedido de transferência para o Hospital Municipal, tendo o aceite da vaga sido confirmado. A paciente foi referenciada para o hospital às 18h17, totalizando um tempo de 55 minutos desde a abertura da ficha na unidade até o encaminhamento para o hospital de destino, evidenciando a agilidade e eficiência no manejo e encaminhamento da paciente para a continuidade do tratamento especializado.

4. Paciente A.P.S., 56 anos, prontuário 1313571. Deu entrada na unidade às 08:00 do dia 24/03, por meios próprios, sendo imediatamente admitido na sala vermelha. Relatou quadro clínico de diminuição súbita da força muscular no lado direito do corpo, iniciado há uma semana, associado a parestesia e cefaleia holocraniana.

Diante dos sintomas apresentados, foi prontamente aberto o protocolo de AVC para o manejo adequado da situação. Após os primeiros cuidados e avaliação inicial, foi indicada a transferência do paciente para avaliação da neurologia. O transporte foi realizado às 18:11, seguindo os protocolos de urgência, para garantir que o paciente recebesse o tratamento necessário em tempo hábil, com o devido acompanhamento da equipe de remoção.

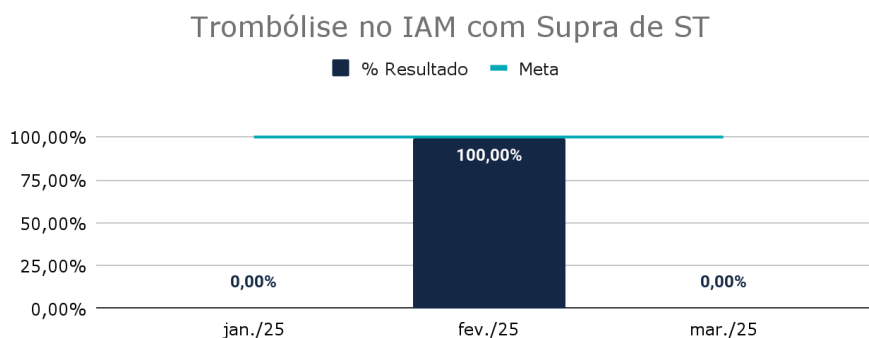
O tempo total que o paciente permaneceu na unidade foi de 10 horas e 11 minutos, desde a sua entrada até a transferência para o hospital de destino, evidenciando a agilidade e eficiência no manejo e encaminhamento para continuidade do tratamento especializado.

5. Paciente J.B.S., 77 anos, prontuário 51584. Deu entrada na unidade às 20:00 do dia 29/03, por meios próprios, acompanhado de sua esposa. Relatou que, há 2 dias, iniciou um quadro de fraqueza, parestesia no hemicorpo e afasia. No dia 29/03, referiu piora do quadro, com afasia e parestesia completa do hemicorpo.

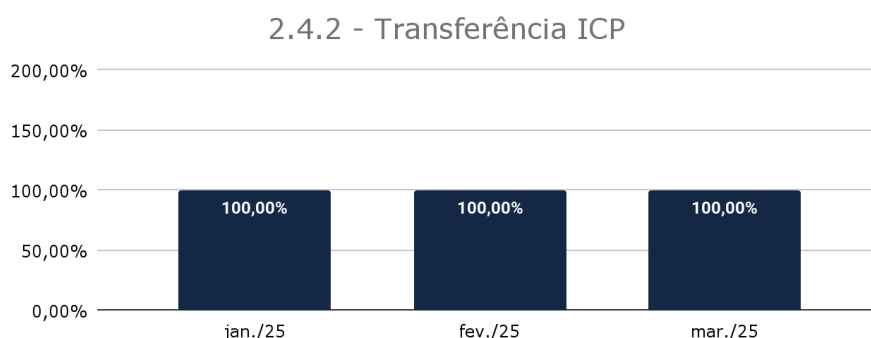
Diante dos sintomas apresentados, o paciente foi imediatamente admitido na sala vermelha, onde o protocolo de AVC foi prontamente iniciado. A equipe médica realizou os primeiros cuidados e encaminhou o paciente para as avaliações necessárias, com base na suspeita de Acidente Vascular Cerebral. A transferência para um centro especializado foi organizada e concluída às 13:46.

O tempo total de atendimento, desde a entrada na unidade até a transferência, foi de 17 horas e 46 minutos, refletindo a agilidade da equipe no manejo do quadro clínico e na organização da transferência para a continuidade do tratamento especializado.

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



Análise crítica: Não tivemos trombólise neste período.



Análise crítica: Neste período tivemos três (3) casos de pacientes encaminhados ao PIO XII para abordagem de emergência.

Segue abaixo um breve relato dos casos:

Pacientes encaminhados para ICP de urgência:

Paciente: C. D. M// Idade: 55 anos//Prontuário: 1331544

Comorbidade: HAS/DM

Data da admissão: 03/03/2025 05:08

O paciente deu entrada diretamente pela Emergência, relatando dor no peito e formigamento no membro superior esquerdo, com início dos sintomas às 04:30h

do dia. Imediatamente, foi encaminhado para a sala vermelha para a realização de ECG. Com base no quadro clínico e nos resultados do exame, foi realizada a abertura do protocolo de dor torácica, identificando um supradesnivelamento do segmento ST no ECG, caracterizando um quadro compatível com síndrome coronariana aguda.

A equipe procedeu com a inclusão do paciente no aplicativo Join, garantindo o acompanhamento e a monitorização contínuos. Foi iniciado o tratamento medicamentoso conforme o protocolo estabelecido: AAS 100mg (3 comprimidos via oral), Clopidogrel 75mg (7 comprimidos via oral), Mononitrato de Isossorbida (1 ampola intravenosa), Diazepam 5mg (via oral), Enalapril 10mg (via oral) e Nitroglicerina 5mg/ml (2 ampolas intravenosas).

Com o tratamento inicial administrado, a vaga foi aceita no Hospital PIO XII, e a transferência do paciente foi realizada com sucesso às 06:05h. Todo o processo de atendimento e transferência ocorreu de maneira ágil e dentro dos protocolos estabelecidos, garantindo que o paciente recebesse o tratamento adequado no menor tempo possível.

Paciente: L.S.S, idade: 65 Anos, Prontuário: 1332228

Comorbidade: HAS

Data da admissão: 16/03/2025 16:10

A paciente relatou dor epigástrica associada a náuseas após o almoço, sem outras queixas associadas. Inicialmente, foi atendida no setor de hipodermia, porém não apresentou melhora dos sintomas. Diante disso, foi acomodada no setor de observação e procedeu-se com a abertura do protocolo de dor torácica.

Os resultados das troponinas foram avaliados da seguinte forma:

1ª troponina: negativa

2ª troponina: negativa

3ª troponina: positiva, com valor de 356 ng/L

Devido à alteração no ECG e ao aumento significativo da troponina, a paciente foi inserida no aplicativo Join para acompanhamento contínuo. Após avaliação da equipe de Emergência, foi identificado supradesnivelamento do segmento ST no ECG, sugerindo um quadro de síndrome coronariana aguda.

O emergencista orientou a transferência imediata da paciente para o Hospital PIO XII. A vaga foi aceita, e a transferência foi realizada com sucesso às 03:05h. O protocolo foi seguido de maneira eficaz, garantindo o atendimento rápido e a transferência para o hospital especializado, onde a paciente poderia receber o tratamento adequado para o quadro identificado.

Paciente: S.S.A, idade: 55 Anos, Prontuário: 198995

Comorbidade: DM

Data da admissão: 22/03/25 18:05

O paciente relatou dor torácica de características típicas, descrita como uma sensação de queimação na região esternal, irradiando para o braço esquerdo, com início da dor aproximadamente há 50 minutos, durante atividade física (jogo de futebol). A dor foi referida com intensidade 10/10, associada a sudorese intensa. Dada a gravidade do quadro, o paciente foi imediatamente encaminhado para a sala de ECG, com a abertura do protocolo de dor torácica.

Após a realização do ECG, foi identificado um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST, caracterizando um quadro de síndrome coronariana aguda. O paciente foi inserido no aplicativo Join para monitoramento contínuo e acompanhamento.

O tratamento inicial foi administrado conforme o protocolo: AAS 100mg (3 comprimidos via oral), Clopidogrel 75mg (8 comprimidos via oral) e Propatilnitrato 10mg (via oral).

Uma vaga foi aceita no Hospital PIO XII, e a transferência do paciente foi realizada com sucesso às 18:50h. O atendimento seguiu os protocolos estabelecidos de maneira eficaz, garantindo que o paciente fosse transferido rapidamente para o hospital especializado, onde poderia receber o tratamento adequado para o quadro clínico crítico.

Paciente encaminhados para ICP de eletiva:

Paciente: B.G.O, idade: 52, Prontuário: 149406

Comorbidade: HAS

Admissão: 22/03/2025 23:05

A paciente relatou dor no peito associada a formigamento na mão e no dedo esquerdo e na mandíbula, com início dos sintomas às 16:00h. Diante do quadro, foi realizada a abertura do protocolo de dor torácica e o paciente foi encaminhado para a sala de ECG. Após o exame, foi acomodada no setor de observação para seguimento dos cuidados conforme a Rota 02.

Foi administrado o tratamento inicial, composto por AAS 100mg (3 comprimidos via oral) e Clopidogrel 75mg (4 comprimidos via oral). O resultado da 1ª troponina foi positivo, o que levou ao encaminhamento da paciente para a sala amarela. O paciente foi inserido no aplicativo Join para monitoramento contínuo devido ao resultado positivo da troponina.

O ECG não apresentou supradesnivelamento, e após a análise clínica, foi registrada uma vaga negada no Hospital PIO XII. Contudo, foi realizado um contato via e-mail com o Hospital PIO XII, resultando no agendamento de cateterismo eletivo para o dia 25/03/2025, às 13:00h. A paciente permaneceu em leito da sala amarela, aguardando a data para o procedimento.

No dia 25/03/2025, às 12:30h, a paciente foi encaminhada para transferência ao Hospital PIO XII, acompanhada pela equipe de remoção, para a realização do cateterismo eletivo agendado.

Paciente: J. P. G, idade: 85 Anos, Prontuário: 1123146

Comorbidade: HAS/DM

Admissão: 05/03/2025 11:03

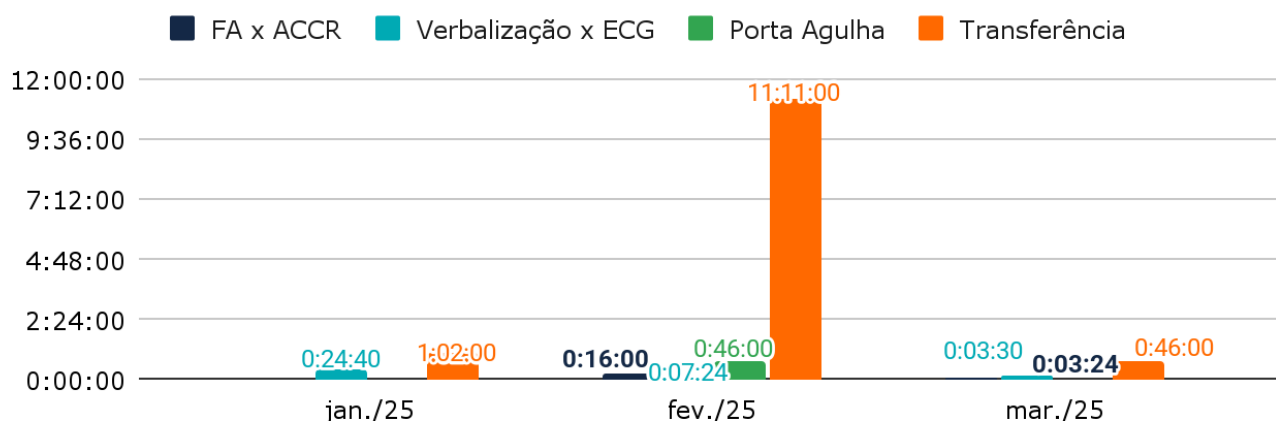
O paciente deu entrada na unidade acompanhado pela equipe do SAMU, relatando dor torácica com irradiação para o membro superior esquerdo, associada a náuseas e sudorese, com início dos sintomas às 10:30h. O paciente foi acomodado na sala amarela, onde foi realizada a abertura do protocolo de dor torácica. Em seguida, foi realizado o ECG e administrado o tratamento inicial com AAS 100mg (1 comprimido via oral) e Clopidogrel 75 mg (1 comprimido via oral).

O exame de 1ª troponina apresentou resultado negativo, o que foi seguido pelo exame de 2ª troponina, também negativo. No entanto, o 3º exame de troponina apresentou resultado positivo, indicando a necessidade de investigação mais aprofundada. Diante do quadro, foi solicitada uma vaga no Hospital PIO XII para cateterismo eletivo. O procedimento foi agendado para o dia 07/03/2025, às 06:00h.

No dia 07/03/2025, às 06:00h, a paciente foi encaminhada para transferência ao Hospital PIO XII, acompanhada pela equipe de remoção, para a realização do cateterismo eletivo agendado.

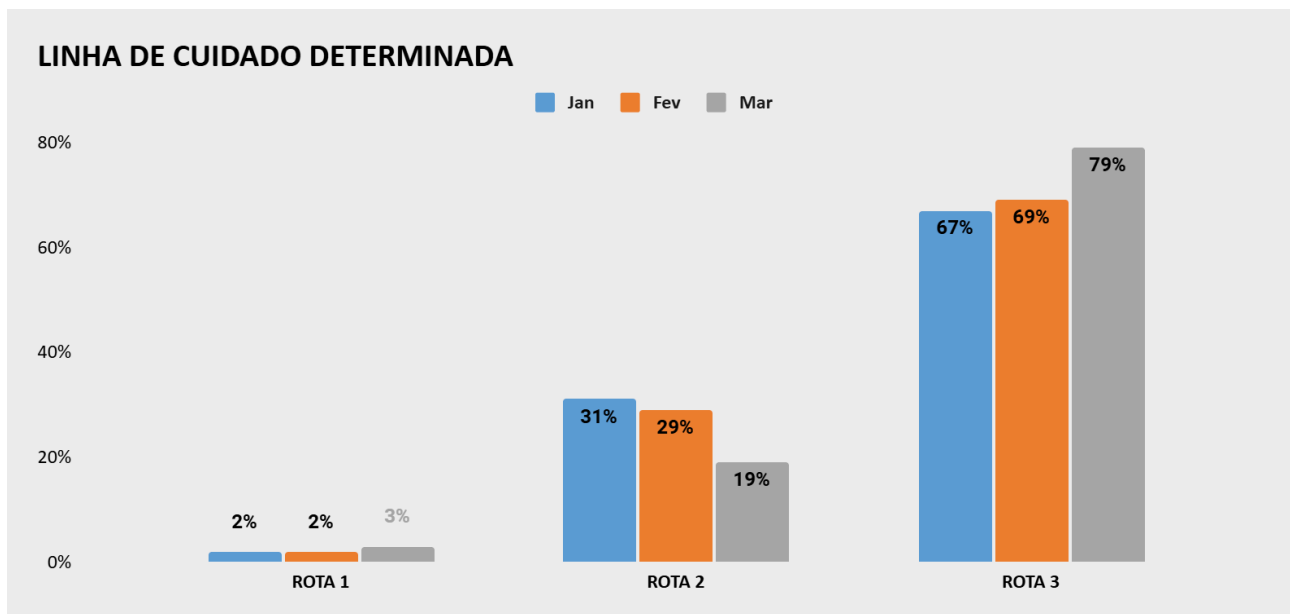
Após procedimento realizado no hospital PIO XII, paciente retorna para unidade para observação de 24 horas. Paciente segue estável e mantendo curativo oclusivo em região inguinal direita limpo e seco. Na data de 08/03/25 às 11:25 paciente recebe alta médica e orientações para retornar se necessário.

Tempo Médio - Linha de Cuidado IAM



Análise crítica: Neste período tivemos a abertura de cento e oito (108) protocolos de dor torácica, cerca de três (3) em ROTA 1, vinte (20) em ROTA 2 e oitenta e cinco (85) em ROTA 3. A média de tempo este mês foi um destaque onde a média para transferência ficou em 46m e da verbalização até o ECG 3m. Esta melhora significativa nos tempos demonstra resultado positivo das capacitações realizadas na unidade.

Linha de cuidado determinada



Análise crítica: A análise da linha de cuidado para Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) na unidade, considerando os dados do primeiro trimestre de 2025, evidencia a crescente sensibilidade da equipe ao protocolo estabelecido, com uma abertura considerável de protocolos, refletindo a eficácia na triagem e no atendimento dos pacientes.

Observamos que a ROTA 1, com uma participação mínima de 2% a 3% dos atendimentos, foi direcionada para o hospital PIO XII, onde os pacientes receberam cateterismo de resgate. Esse movimento demonstra que a unidade está alinhada com as melhores práticas para pacientes com SCA grave, encaminhando rapidamente os casos que necessitam de intervenções mais complexas. A execução do cateterismo de resgate nos pacientes da Rota 1 reforça a eficiência da unidade em identificar rapidamente aqueles com maior risco de complicações e encaminhá-los para tratamentos específicos.

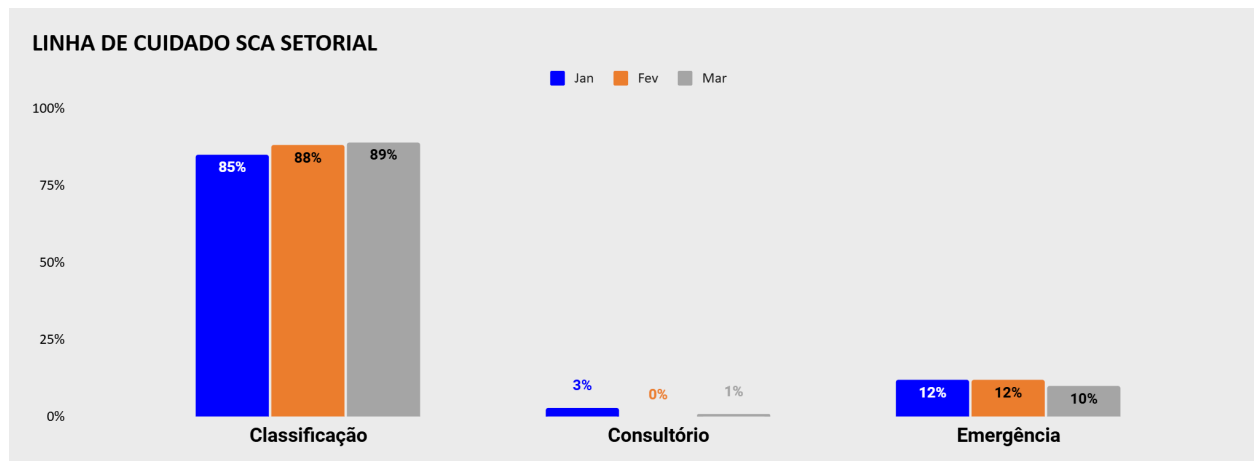
A ROTA 2, que envolveu entre 19% a 31% dos atendimentos, foi caracterizada pelo seriamento de enzimas cardíacas na unidade, realizando o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes dentro da unidade. Embora tenha apresentado

uma queda em março (para 19%), a Rota 2 ainda é uma alternativa válida para pacientes com risco moderado, que necessitam de monitoramento e controle, mas não exigem intervenção invasiva imediata. A adaptação da equipe ao protocolo para aplicação de enzimas demonstra a sensibilidade da unidade para a maneira mais adequada de tratar cada perfil de paciente.

Por fim, a ROTA 3, responsável pela maior parte dos atendimentos (79% em março), foi encerrada com sucesso, refletindo que a maioria dos pacientes recebeu o tratamento completo dentro do protocolo, sem necessidade de intervenção adicional. Esse encerramento pode ser visto como um indicativo de que os pacientes, após o diagnóstico e a estabilização, seguem os critérios para serem descontinuados do protocolo de maneira segura, evidenciando a eficácia do acompanhamento e da avaliação contínua do risco.

Em resumo, a unidade demonstrou altíssima sensibilidade ao protocolo de atendimento da SCA, ajustando suas abordagens conforme a gravidade de cada caso, com rotas bem definidas para garantir que cada paciente seja tratado de maneira personalizada e eficaz. Esse comportamento estratégico reflete o compromisso da unidade com a qualidade assistencial, garantindo que todos os pacientes, independentemente da gravidade, recebam o atendimento mais adequado e dentro das melhores práticas clínicas.

Linha de cuidado SCA abertura por setores



Análise crítica: A análise dos setores responsáveis pela abertura do protocolo de dor torácica ao longo do primeiro trimestre de 2025 demonstra uma eficiência crescente na identificação e encaminhamento dos pacientes para o protocolo adequado, com destaque para a classificação como o principal setor de abertura do protocolo.

Distribuição dos Setores:

Classificação: 85% em janeiro, 88% em fevereiro, 89% em março

Consultório: 3% em janeiro, 0% em fevereiro, 1% em março

Emergência: 12% em janeiro, 12% em fevereiro, 10% em março

Principais Observações:

Predominância da Classificação:

A Classificação foi o setor mais utilizado para abertura do protocolo de dor torácica, com 85% dos casos em janeiro, 88% em fevereiro e 89% em março. Esse dado evidencia que a triagem inicial está sendo realizada de forma eficiente e sensível, com a equipe responsável pela classificação reconhecendo prontamente os sinais e sintomas dos pacientes, direcionando-os de forma adequada para o protocolo. A consistência e aumento gradual nesse setor indicam uma

sensibilidade crescente dos profissionais em identificar e priorizar os casos com risco de complicações graves, como síndrome coronariana aguda (SCA).

Consultório:

A participação do Consultório foi marginal, com 3% em janeiro, 0% em fevereiro e 1% em março. A ausência de aberturas significativas deste setor em fevereiro pode indicar que os casos de dor torácica estão sendo corretamente identificados e encaminhados para triagem imediata, sem a necessidade de abertura de protocolo diretamente no consultório. Esse dado sugere que os casos menos graves não estão sendo classificados como de risco imediato e, por isso, não necessitam da ativação do protocolo no ambiente do consultório, refletindo uma boa alocação de recursos.

Emergência:

A Emergência teve uma participação relativamente constante, com 12% em janeiro e fevereiro e uma leve queda para 10% em março. Embora os números não sejam elevados, a Emergência continua sendo um setor importante para abertura do protocolo, especialmente para pacientes com dor torácica que chegam em situações mais críticas ou com risco de complicações agudas. A leve redução em março pode refletir uma maior eficiência na triagem e no manejo dos pacientes antes que eles cheguem ao ambiente de emergência, ou até um aumento no número de casos classificados corretamente em outros setores, como a classificação.

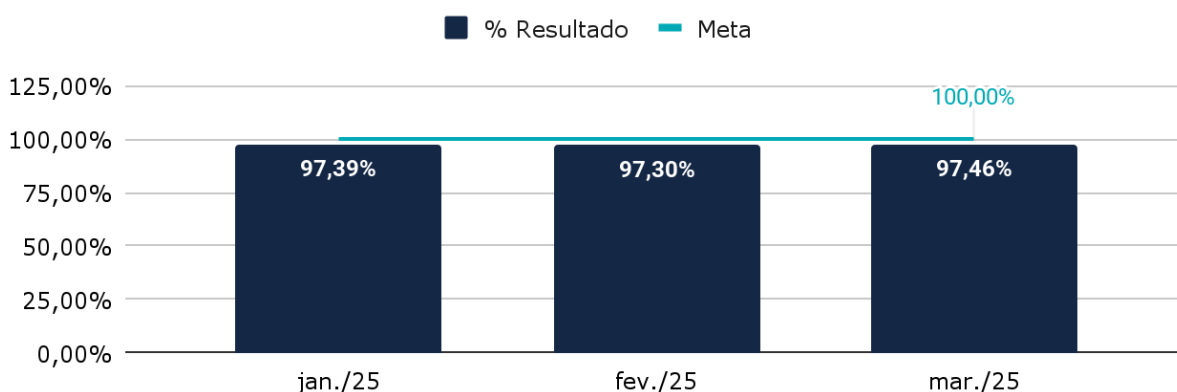
Conclusão e Ações Recomendadas:

A unidade tem demonstrado uma eficiência crescente na triagem e manejo de pacientes com dor torácica, com uma predominância da classificação para a abertura do protocolo. Esse processo reflete a sensibilidade da equipe para identificar rapidamente os pacientes com dor torácica que necessitam de avaliação e acompanhamento mais aprofundado. A redução da abertura de protocolos no Consultório e a estabilidade na Emergência são indicadores positivos de que o

fluxo de pacientes está sendo bem direcionado, garantindo que os casos mais graves sejam priorizados.

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

Desfechos Positivos em Trauma



Análise crítica: Durante o período analisado, foram realizados duzentos e trinta e seis (236) atendimentos na linha de trauma, evidenciando a alta demanda e a capacidade da unidade em oferecer um suporte qualificado aos pacientes. Dentre esses atendimentos, apenas três (3) casos foram classificados como vermelho, necessitando de assistência imediata, o que representa um índice reduzido de casos críticos. A maioria dos atendimentos foi classificada como amarelo, totalizando cento e cinquenta e quatro (154) pacientes, enquanto setenta e nove (79) casos foram classificados como verde. Importante ressaltar que não houve nenhuma classificação azul, demonstrando que os atendimentos realizados estavam dentro do perfil de urgência e emergência.

O índice de desfecho ficou em 97,46% considerando todos os atendimentos na linha de trauma. Esse número foi impactado por seis (6) pacientes que evadiram da unidade antes da conclusão do atendimento, sendo que três (3) eram menores de idade e saíram da unidade acompanhados pelos pais, dois (2) tinham indicação de observação neurológica, mas não seguiram a conduta médica recomendada, e três (3) eram adultos que evadiram antes da reavaliação médica. Apesar dessas evasões, o desfecho da sala vermelha alcançou 100% de efetividade, conforme os

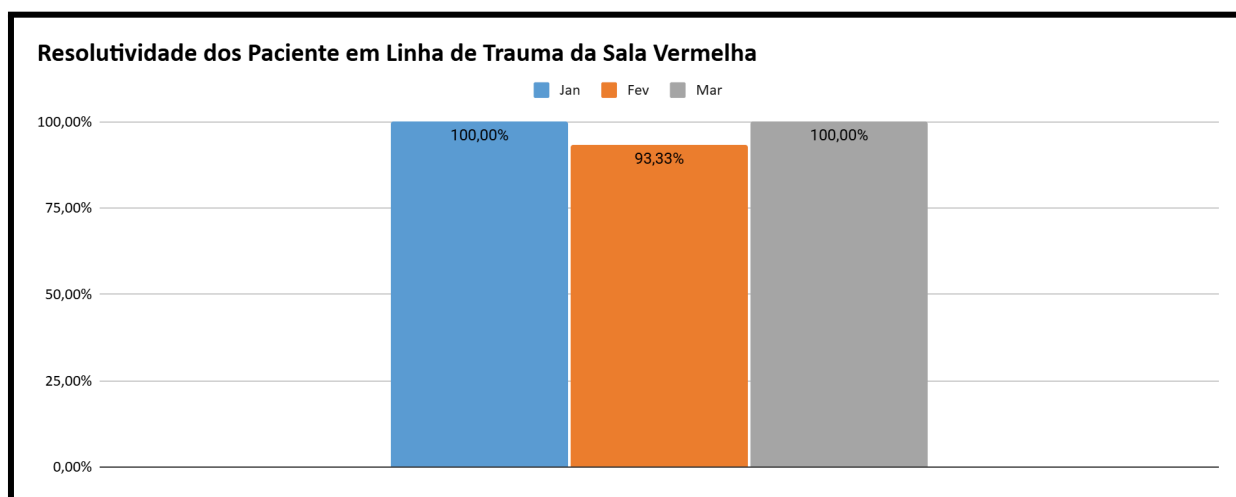
critérios estabelecidos no Anexo IIB, demonstrando a excelência do atendimento prestado aos casos de maior gravidade.

Para mitigar o impacto das evasões e reforçar a adesão dos pacientes às condutas médicas recomendadas, a unidade implementou medidas estratégicas para garantir maior segurança e rastreabilidade dos casos. A partir deste mês, todos os pacientes com recomendação de transferência serão obrigatoriamente admitidos no setor de observação antes da saída, garantindo um acompanhamento mais rigoroso e reduzindo os riscos de evasão. Além disso, foi adotada a sinalização por pulseira marrom, um mecanismo visual que alerta a equipe sobre pacientes com risco de evasão, permitindo uma abordagem mais ativa na orientação e no monitoramento desses casos.

Como parte do compromisso da unidade em oferecer um atendimento cada vez mais resolutivo e humanizado, os casos de evasão serão encaminhados ao serviço social, que ficará responsável por realizar o contato com o paciente e/ou seus familiares. Essa ação visa acompanhar o desfecho clínico do paciente, reforçar a importância da continuidade do tratamento e, sempre que necessário, fornecer as orientações adequadas para que o atendimento possa ser concluído de forma segura.

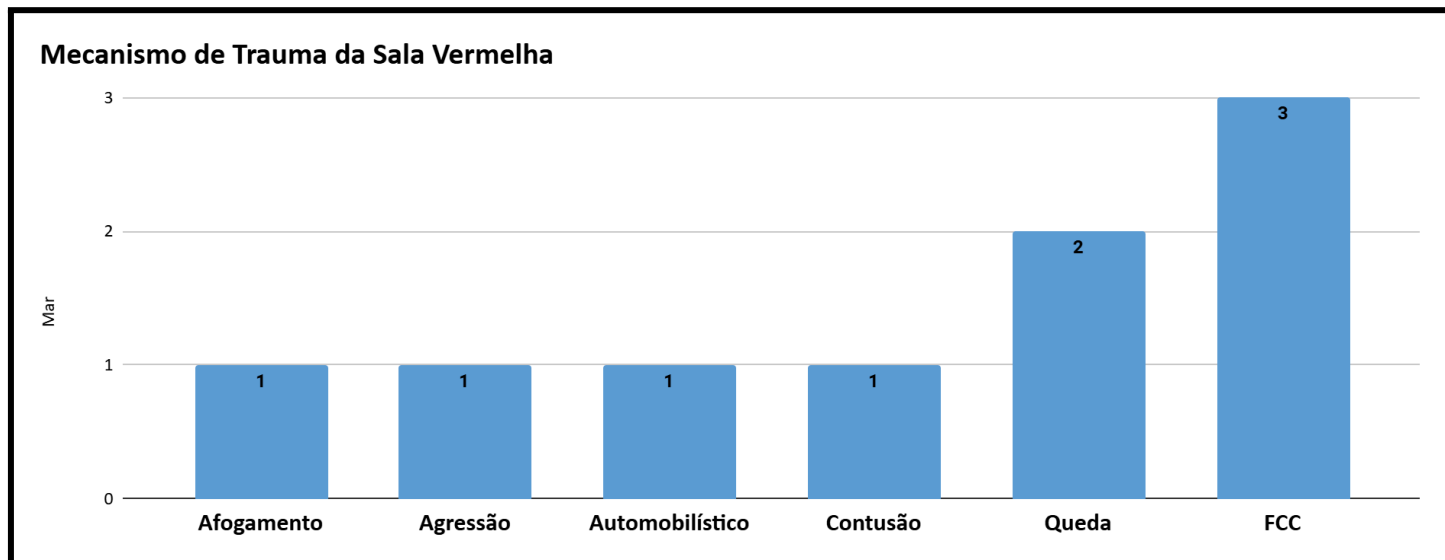
Dessa forma, a unidade reafirma seu compromisso com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos internos. O investimento em estratégias preventivas, como a identificação ativa de pacientes com risco de evasão e o encaminhamento ao serviço social, demonstra a preocupação da gestão em garantir que cada paciente receba o atendimento necessário, reduzindo interrupções no cuidado e fortalecendo a efetividade dos serviços prestados.

Resolutividade dos Pacientes da Linha de Trauma Atendidos na **Sala Vermelha**



Análise crítica: Dentre esses atendimentos, cerca de nove (9) casos foram atendidos na sala vermelha, indicando a necessidade de assistência imediata. Esse número representa um índice reduzido de casos críticos, evidenciando a efetividade da triagem e o perfil da demanda atendida pela unidade. Importante ressaltar que, mesmo diante da gravidade desses casos, o desfecho da sala vermelha atingiu 100% de efetividade, conforme os critérios estabelecidos no Anexo IIB, demonstrando a excelência da assistência prestada, a eficiência da equipe multiprofissional e a precisão na condução dos atendimentos de alta complexidade.

Mecanismo de Trauma dos Pacientes Atendidos na **Sala Vermelha**



Análise Crítica: No mês de março, a unidade atendeu nove (9) casos de trauma classificados como críticos e direcionados à sala vermelha, evidenciando a gravidade e a diversidade dos mecanismos de trauma. Os registros mostram que os atendimentos envolveram um (1) caso de afogamento, um (1) de agressão, um (1) acidente automobilístico, um (1) de contusão, dois (2) casos de queda e três (3) de Ferimento Corte Contuso (FCC).

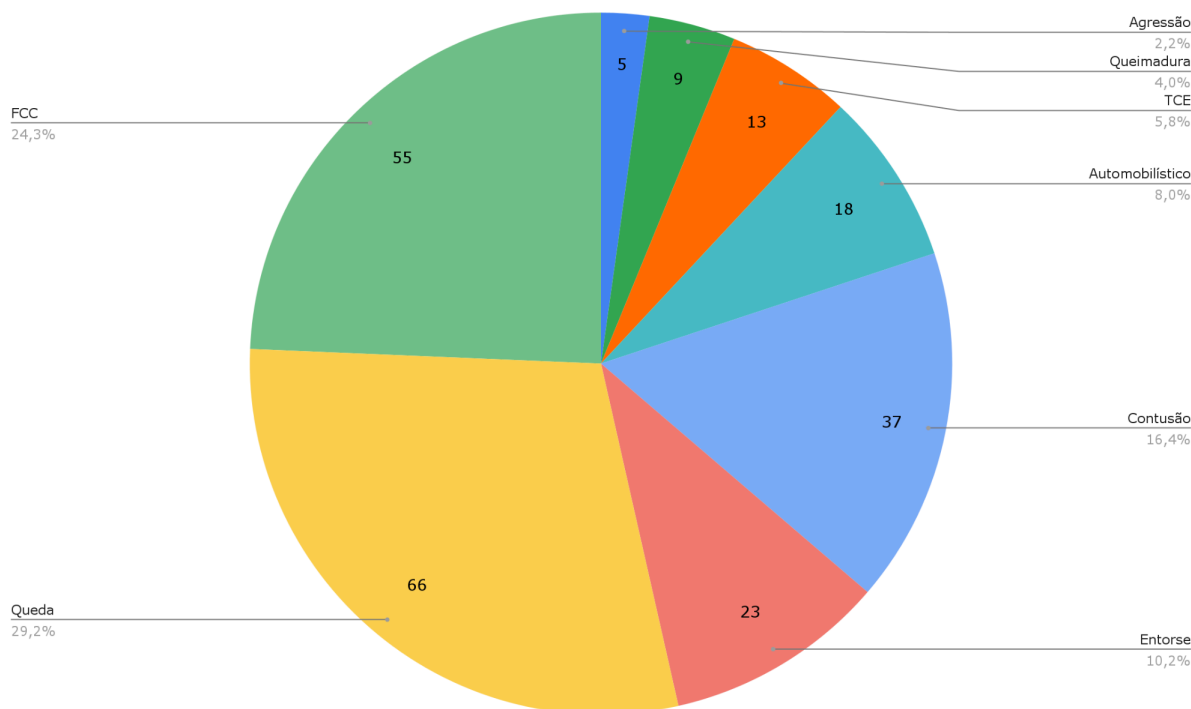
A predominância de casos de FCC (3 atendimentos) destaca a relevância dos traumas penetrantes no perfil de urgência, exigindo atendimento rápido e especializado para minimizar complicações. As quedas (2 casos), por sua vez, reforçam a necessidade de atenção especial a pacientes idosos e pessoas com comorbidades que podem agravar os impactos dessas ocorrências. O atendimento de afogamento (1 caso) requer abordagem emergencial complexa, demandando suporte avançado de vida para estabilização clínica.

A equipe assistencial atuou com eficiência e precisão na condução desses casos, garantindo que todos os pacientes recebessem intervenções imediatas e adequadas ao grau de gravidade do trauma. O cumprimento dos protocolos assistenciais e a rápida mobilização dos recursos disponíveis foram fundamentais

para assegurar um atendimento de qualidade, reafirmando o compromisso da unidade com a excelência no cuidado ao paciente crítico.

Mecanismo de Trauma dos Todos os Pacientes Atendidos na Unidade

Mecanismos de Trauma



Análise crítica: A análise dos mecanismos de trauma atendidos na unidade no mês de **março de 2025** demonstra um volume significativo de atendimentos, refletindo a diversidade e a complexidade dos casos recebidos. O levantamento desses dados permite avaliar o perfil dos pacientes e aprimorar as estratégias assistenciais para garantir um atendimento cada vez mais eficiente e resolutivo.

O **mecanismo de trauma mais frequente foi a queda, com 66 casos**, evidenciando a relevância desse tipo de ocorrência na unidade. As quedas podem estar associadas a múltiplos fatores, como acidentes domésticos, idosos com dificuldades de mobilidade ou desequilíbrios, e situações ocupacionais. Esses casos exigem avaliação cuidadosa para descartar complicações, como fraturas e traumatismos cranianos, principalmente em pacientes mais vulneráveis.

Outro dado de destaque é o número de **ferimentos corto contusos (FCC)**, que **totalizaram 55 atendimentos**. Esses traumas, embora não necessariamente relacionados a lesões penetrantes, demandam uma abordagem criteriosa para garantir o controle adequado do sangramento, avaliação da extensão da lesão e conduta terapêutica apropriada, como sutura ou outros procedimentos necessários.

As **contusões (37 casos) e entorses (23 casos)** também representam uma parcela significativa dos atendimentos, muitas vezes relacionadas a acidentes esportivos, quedas ou impactos diretos. Embora geralmente sejam eventos de menor gravidade, esses traumas exigem uma avaliação criteriosa para descartar lesões musculoesqueléticas mais graves, como fraturas ou rupturas ligamentares.

O número de **traumatismos cranioencefálicos (TCE)**, com **13 atendimentos**, reforça a importância da observação neurológica rigorosa para detectar sinais de complicações, como hematomas intracranianos ou concussões. O manejo adequado desses pacientes é essencial para prevenir sequelas e garantir um desfecho favorável.

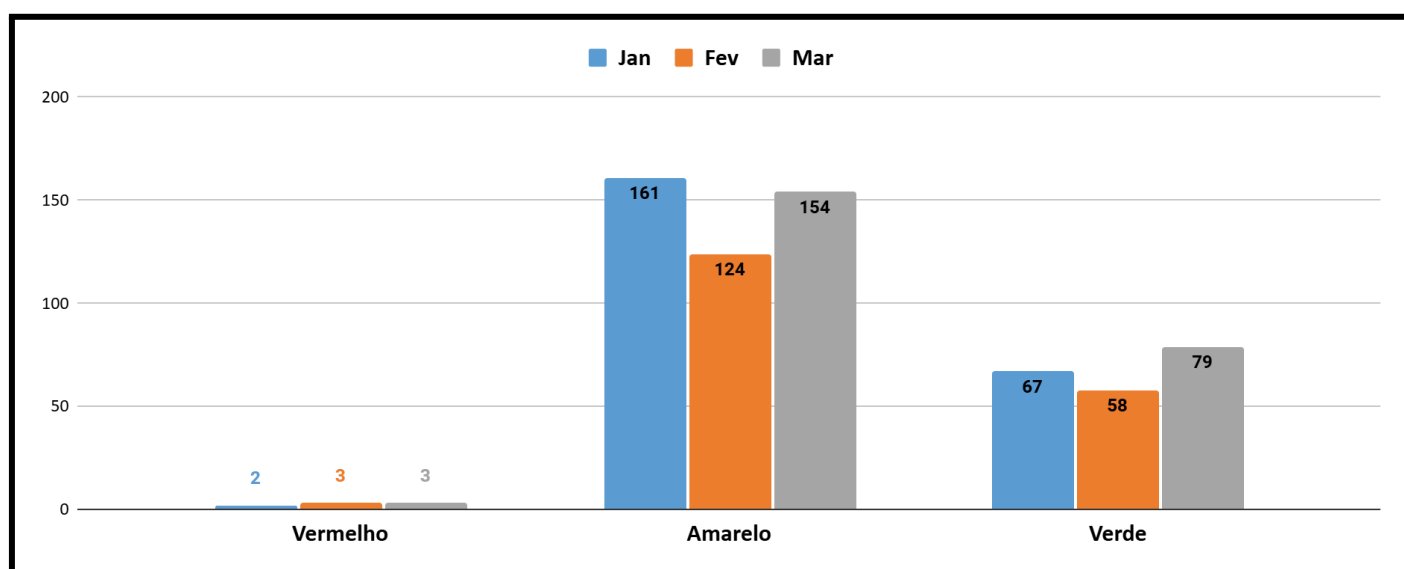
Os **acidentes automobilísticos (18 casos)** continuam sendo um importante mecanismo de trauma atendido na unidade, exigindo abordagem rápida e eficiente para estabilização inicial, diagnóstico precoce de lesões associadas e definição da necessidade de encaminhamento para serviços de maior complexidade.

Além disso, os **casos de queimaduras (9 atendimentos)** requerem um manejo especializado, considerando o controle da dor, a avaliação da profundidade da lesão e as medidas para prevenção de infecções e complicações.

Por fim, os **casos de agressão (5 atendimentos)** refletem um contexto que pode envolver diferentes tipos de trauma e demanda uma abordagem multidisciplinar, garantindo não apenas a assistência clínica adequada, mas também o encaminhamento a serviços de suporte social ou psicológico quando necessário.

A análise desses dados permite à unidade avaliar tendências, aprimorar os protocolos assistenciais e garantir que a equipe esteja preparada para atender às diversas demandas da linha de trauma. O compromisso com a qualidade do atendimento é reafirmado por meio da capacitação contínua dos profissionais e da adoção de estratégias que visam otimizar a resposta aos diferentes perfis de trauma, garantindo um cuidado seguro, ágil e humanizado para todos os pacientes.

Monitoramento do Trauma por Classificação de Risco



Análise crítica: A avaliação da classificação de risco dos atendimentos na **linha de trauma** da unidade no primeiro trimestre de 2025 demonstra a predominância de casos classificados como **amarelo**, indicando a necessidade de **intervenção rápida, mas sem risco imediato de morte**. Já os casos **verdes**, que representam atendimentos de menor gravidade, apresentam variações relevantes, enquanto os casos **vermelhos** mantêm um padrão estável e de menor incidência.

Os números registrados foram os seguintes:

● **Casos Vermelhos (emergência absoluta)** – 2 em janeiro, 3 em fevereiro e 3 em março

● **Casos Amarelos (urgência moderada)** – 161 em janeiro, 124 em fevereiro e 154 em março

● **Casos Verdes (urgência leve)** – 67 em janeiro, 58 em fevereiro e 79 em março

Principais Observações:

Estabilidade dos casos graves (vermelhos): A unidade manteve um baixo número de atendimentos classificados como **emergência absoluta**, o que pode indicar uma boa eficiência no atendimento pré-hospitalar e na regulação de casos mais críticos para unidades de maior complexidade.

Predominância dos casos amarelos: A maioria dos pacientes atendidos pertenceu a essa classificação, reforçando a importância de protocolos ágeis para esse perfil de paciente. A variação observada em fevereiro (redução para 124 casos) pode ter demandado ajustes operacionais, mas a unidade conseguiu retomar um volume similar ao de janeiro já em março.

Oscilação nos casos verdes: A quantidade de atendimentos de menor gravidade apresentou um aumento significativo em março (79 casos), o que pode indicar um maior fluxo de pacientes com traumas leves. Isso reforça a importância da triagem eficiente para evitar sobrecarga da equipe assistencial com casos que poderiam ser resolvidos em unidades de menor complexidade.

Ações da Unidade Frente a Esse Cenário:

✓ **Reforço na triagem e no fluxo de atendimento**, garantindo que casos verdes sejam direcionados de maneira eficiente, reduzindo o impacto sobre os recursos da unidade;

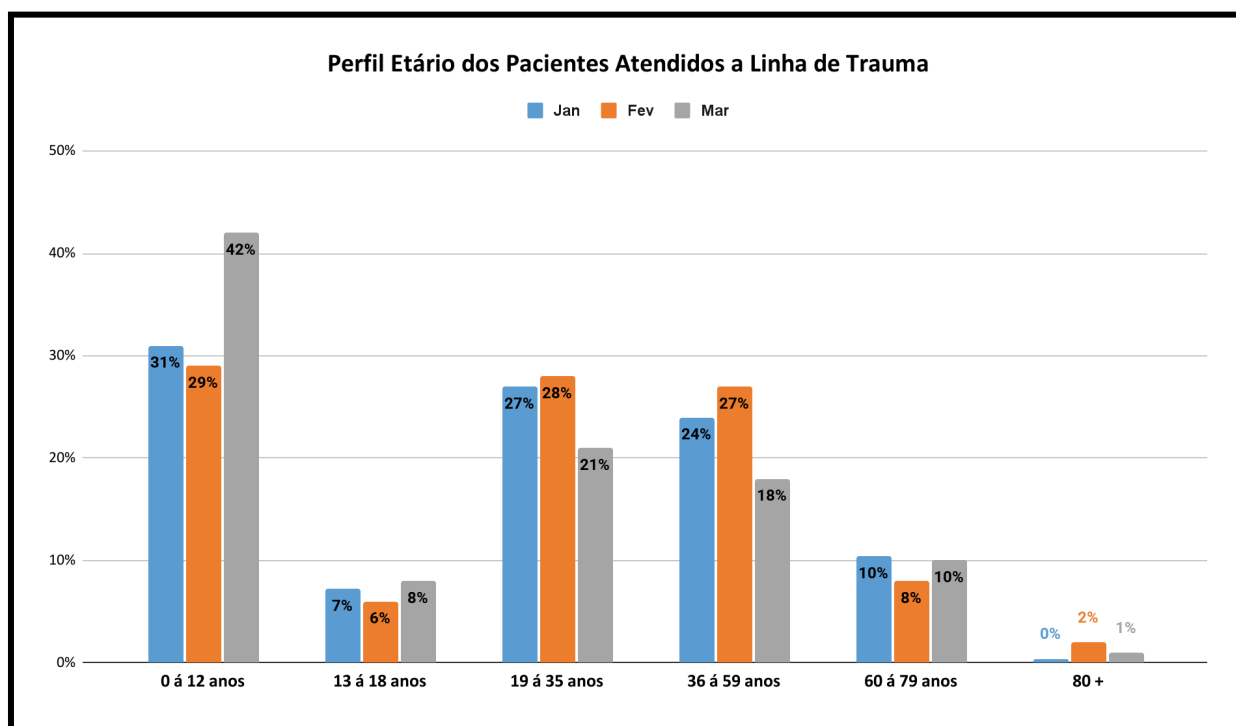
✓ **Aprimoramento dos protocolos para casos amarelos**, garantindo atendimento rápido e eficiente a esse grupo, que representa a maior demanda do serviço;

✓ **Monitoramento contínuo dos atendimentos críticos (vermelhos)** para avaliar se há necessidade de reforço na estrutura ou de maior suporte na

regulação de pacientes graves;

✓ **Capacitação contínua das equipes para manejo de diferentes níveis de gravidade**, garantindo agilidade e qualidade assistencial independente das variações na demanda.

A análise desses dados demonstra a importância da **gestão eficiente da classificação de risco**, permitindo que a unidade **mantenha a qualidade do atendimento, otimize seus recursos e garanta a resposta adequada para cada perfil de paciente**. O monitoramento contínuo dessas tendências seguirá como prioridade para garantir a excelência no atendimento da linha de trauma.

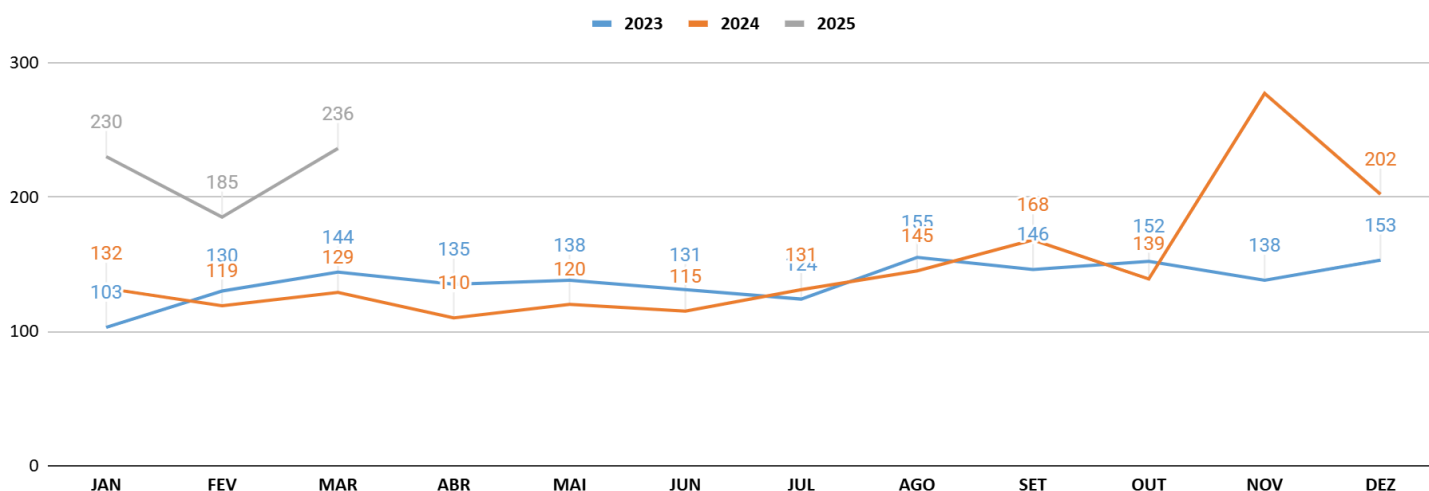


Análise crítica: A unidade demonstrou eficiência e adaptação estratégica ao atender as variações no perfil etário dos pacientes na linha de trauma ao longo do primeiro trimestre de 2025. Destaca-se o aumento expressivo dos atendimentos pediátricos (0 a 12 anos), que passaram de 31% em janeiro para 42% em março, reforçando o compromisso da unidade em oferecer um atendimento qualificado para essa faixa etária, com equipes capacitadas e recursos adequados.

A estabilidade nos atendimentos de idosos (60+ anos) reflete a efetividade dos protocolos implementados para esse público, que demanda cuidados específicos devido à maior vulnerabilidade a complicações. Já a redução no número de atendimentos em adultos entre 19 e 59 anos indica uma possível mudança no perfil dos casos, sendo continuamente monitorada pela equipe assistencial.

Com a implementação de protocolos bem estruturados, capacitação contínua das equipes e otimização dos recursos, a unidade segue garantindo um atendimento ágil, seguro e eficiente a todos os perfis de pacientes, reafirmando seu compromisso com a excelência na assistência ao trauma.

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS NA LINHA TRAUMA



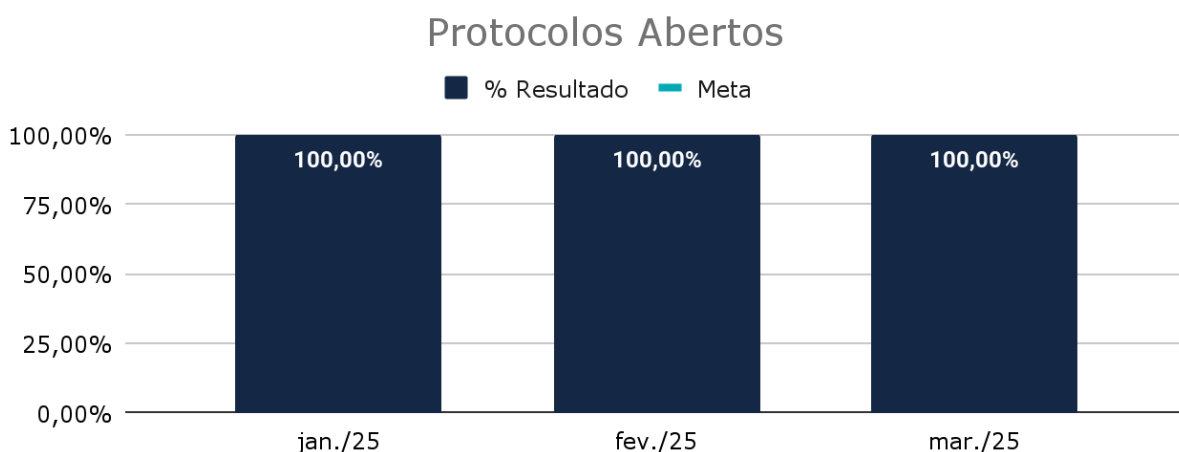
Análise crítica: A análise da série histórica do primeiro trimestre de 2025 na linha de trauma demonstra a necessidade de gestão eficiente de recursos e aprimoramento contínuo dos protocolos assistenciais. A unidade registrou 230 atendimentos em janeiro, 185 em fevereiro e 236 em março, evidenciando variações significativas na demanda por atendimentos.

Diante dessa oscilação, a unidade adotou ações estratégicas para garantir a manutenção da qualidade assistencial e a adequação dos recursos às necessidades do serviço, tais como:

- Monitoramento contínuo dos atendimentos, permitindo ajustes operacionais e otimização da alocação de equipe e insumos;
- Revisão e fortalecimento dos protocolos de atendimento ao trauma, garantindo maior agilidade na triagem e no manejo inicial dos casos;
- Capacitação das equipes multidisciplinares, reforçando práticas baseadas em evidências para o atendimento rápido e eficaz aos pacientes traumatizados;
- Aprimoramento da comunicação com a rede de urgência e emergência, garantindo melhor integração entre os serviços e maior eficiência no fluxo de encaminhamentos;
- Análise detalhada dos dados assistenciais, possibilitando ajustes estratégicos na gestão de leitos e insumos conforme a demanda do período.

Essas ações permitiram que a unidade mantivesse um atendimento de qualidade e resposta eficaz às variações na demanda, garantindo que os pacientes da linha de trauma recebessem assistência rápida e segura. O acompanhamento contínuo desses indicadores seguirá como uma prioridade, visando aprimorar ainda mais os serviços oferecidos.

5.1.7 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo



Análise crítica: Durante o período analisado, foram abertos dezessete (17) protocolos, dos quais treze (13) seguiram a linha de cuidado estabelecida, enquanto quatro (4) não prosseguiram com esse fluxo. Esse acompanhamento criterioso reforça o compromisso da unidade com a qualidade assistencial e a efetividade dos processos adotados.

Dentre os protocolos registrados, um (1) paciente evoluiu para óbito. Durante a análise realizada pela Comissão de Verificação de Óbito, observou-se que, embora seis (6) casos tenham tido o protocolo de sepse aberto durante o atendimento, essa condição não foi registrada como hipótese diagnóstica (HD) na declaração de óbito. Esse dado evidencia a importância do preenchimento adequado dos documentos médicos e da correta correlação entre a assistência prestada e os registros oficiais.

Diante desse cenário, a diretoria técnica da unidade implementou um plano de ação para reforçar a capacitação da equipe médica, promovendo treinamentos in loco sobre a importância do correto preenchimento da declaração de óbito e a adequada análise da linha de cuidado adotada. Essa iniciativa visa garantir maior precisão nos registros, refletindo de forma fidedigna a assistência prestada e contribuindo para a melhoria contínua da gestão clínica da unidade.

A unidade reafirma seu compromisso com a qualificação dos processos assistenciais, investindo na capacitação da equipe e no aprimoramento das práticas institucionais, garantindo assim um atendimento seguro, eficaz e alinhado às melhores diretrizes de cuidado ao paciente.

Segue abaixo série histórica da abertura de protocolo na unidade:

ABERTURA DE PROTOCOLOS													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2023	2	3	1	2	1	5	8	6	4	2	4	5	43
2024	1	7	4	7	1	4	3	8	9	17	10	16	87
2025	3	14	17										34

Segue abaixo breve relato de todos os casos que tivemos abertura do protocolo de sepse:

1. Paciente: M.J.S. // Idade: 83 anos // Prontuário: 55135

Comorbidades: Escoliose

Data da admissão: 01/03/2025 (15:07) // Data do óbito: 01/03/2025

Causas: Parada Cardiorrespiratória e Insuficiência Respiratória Aguda

HPMA: Paciente deu entrada na unidade via SAMU, acompanhada pela filha, em mal estado geral, com relato de dispneia aos mínimos esforços de início na manhã da admissão. Em atendimento inicial, paciente encontra-se em franco esforço respiratório, associado a cianose de extremidades; instalado MNR 8l/min e Guedel. Realizada abertura de Protocolo de Sepse, com provável foco pulmonar, e dose de ataque de Ceftriaxona 1g. No entanto, paciente inicia com quadro de instabilidade hemodinâmica, apresentando bradicardia às 15h45. Família orientada pelo chefe de plantão quanto a prognóstico reservado, e após as devidas orientações, familiares optam pela paliatividade. Paciente apresenta assistolia às 16h00, sendo iniciado as manobras de RCP conforme preconiza a ACLS. Porém, devido ao quadro de paliatividade e ao quadro de assistolia após as manobras, é constatado o óbito da paciente às 16:06.

2. Paciente: E.F.C.G. // Idade: 61 anos // Prontuário: 140477

Comorbidades: Esteatose Hepática, DM, HAS, Asma

Data da admissão: 03/03/2025 (19:21)

HPMA: Paciente deu entrada na unidade para dar seguimento ao tratamento de ATB por quadro de ITU (D3), com história progressiva de náusea, vômito, urina de odor fétido e coloração alaranjada e dor lombar há três dias, associado a diminuição de débito urinário e edema de MMII. Paciente com histórico prévio de nefrolitíase e alterações de função renal. Realizado rastreio infecto metabólico, abertura de Protocolo de Seps e solicitação de vaga em hospital terciário. Mantida em observação, sem intercorrências. Paciente é encaminhada ao HM às 21:10 de 05/03/2025 acompanhada pelo esposo, com o HD: ITU / Lesão Renal.

3. Paciente: S.O. // Idade: 55 anos // Prontuário: 47392

Comorbidades: Úlcera Venosa / Trombose / Drogadição

Data da admissão: 04/03/2025 (15:07)

HPMA: Paciente deu entrada na unidade por meios próprios, com quadro de dor em MMII e lesão importante de pele em MID. Mantida em observação devido à leucocitose importante em exames laboratoriais e quadro de vulnerabilidade social (paciente moradora de área livre e adicta). No decorrer da internação, paciente apresenta melhora de quadro laboratorial, porém segue com lesões ulceradas em MMII, com tecido de granulação, esfacelo e presença de miíase no tornozelo direito. Realizada abertura de Protocolo de Seps com foco cutâneo e iniciado Antibioticoterapia com Ceftriaxona. Solicitado vaga para transferência para hospital terciário. Paciente encaminhada para o HM em 07/03/205 às 10:40 da manhã com HD: Seps de Foco Cutâneo, Celulite em pé direito, Miíase em Lesões ulceradas e Úlcera Varicosa em MID.

4. Paciente: S.Z. // Idade: 55 anos // Prontuário: 48107

Comorbidades: HAS / Esquizofrenia

Data da admissão: 06/03/2025 (10:39)

HPMA: Paciente deu entrada na unidade via SAMU, com quadro de hipotensão, náusea e vômito, associado a tosse de início a poucos dias (paciente não sabe precisar quando começou). Paciente residente de Casa Terapêutica do Francisca Júlia por quadro de Esquizofrenia. Foi realizado rastreio infecto metabólico, abertura do Protocolo de Sepses com Foco Pulmonar e dose de ataque de antibiótico com Ceftriaxona. Mantido em leito de observação, apresentando melhora importante dos exames laboratoriais, porém mantendo quadro de hipocalemia. Solicitado vaga de transferência para hospital terciário. Paciente após reavaliação em 8/03/2025, recebe alta médica sendo encaminhado para Casa Terapêutica Francisca Júlia com HD: Broncopneumonia / IRA – Hipocalemia (melhorado).

5. Paciente: B.A.S. // Idade: 68 anos // Prontuário: 48596.

Comorbidades: HAS / Artrite Gotosa

Data da admissão: 07/03/2025 (12:17) // Data do óbito: 08/03/2025 (06:18)

Causas: Abdome Agudo, Parada Cardiorespiratória

HPMA: Paciente deu entrada na unidade por meios próprios com relato de inchaço abdominal, fraqueza e constipação de início há um dia. Após avaliação inicial, foi solicitado transferência para Hospital terciário devido à HD de Abdome Agudo Obstrutivo e Hipocalemia. Paciente mantido em sala amarela aguardando devolutiva. Às 23:00, paciente evolui com rebaixamento do nível de consciência, hipotensão severa e dispnéia. Realizado IOT pela chefe de plantão com TOT 7,5 fixado em RLS 22. Iniciado Protocolo de Sepses de Foco Abdominal e administrado dose de ataque de Ceftriaxona 2 gr. Paciente mantém-se instável hemodinamicamente durante todo o período, evoluindo para PCR às 06h00. Iniciado manobras de reanimação conforme preconizado pela ACLS, porém

sem sucesso. Constatado o óbito do paciente às 06:18, com o HD: Abdome Agudo, Parada Cardiorespiratória

6. Paciente: V.M.A.G. // Idade: 90 anos // Prontuário: 134568.

Comorbidades: Alzheimer

Data da admissão: 13/03/2025 (12:08)

Causas: ITU

HPMA: Paciente deu entrada na unidade via SAMU, com quadro de tremores e dor abdominal. Paciente acompanhada da filha, que informa que a idosa possui Alzheimer e que inicialmente achou que o quadro demencial estivesse causando os sintomas de dor, mas na admissão, paciente apresentava-se febril. Iniciado Protocolo de Sepses, rastreio infecto metabólico e acomodada paciente em leito de observação. Na Reavaliação após resultados laboratoriais, paciente apresenta Leucocitúria importante (645.000). Apresentou melhora do quadro de febre e da taquicardia após antitérmicos e hidratação. Paciente recebe alta médica e orientação para Antibioticoterapia na unidade, com o HD: ITU / Sepses de Foco Urinário.

7. Paciente: M.C.L.R. // Idade: 94 anos // Prontuário: 134568.

Comorbidades: Alzheimer/HAS/Demência Senil/IRA

Data da admissão: 13/03/2025 (15:41)

Causas: PNM

HPMA: Paciente deu entrada na unidade via SAMU, acompanhada da filha, que relata que a idosa apresentou mal-estar e tosse secretiva durante o café; nega engasgo com alimentos ou broncoaspiração. Na admissão, a paciente apresenta discreto quadro febril. A família informa que a idosa está em cuidados paliativos proporcionais desde a última internação. Paciente esteve internada no mês de agosto de 2024, também devido pneumonia. Iniciado Protocolo de Sepses, com provável Foco Pulmonar, rastreio infecto metabólico e acomodada paciente em leito de observação. Após melhora

do quadro clínico, paciente recebe alta médica com o HD: Broncopneumonia.

8. Paciente: C.L.R.O // Idade: 36 anos // Prontuário: 1298818

Comorbidades: Tuberculose Prévia, Drogadição, Etilismo

Data da admissão: 15/03/2025 (12:09) // Data do óbito: 15/03/2025 (21:40)

Causas: Tuberculose, Insuficiência Respiratória, Parada Cardiorespiratória.

HPMA: Paciente deu entrada na unidade via SAMU, com relato de ter sido encontrado desacordado em via pública. Paciente morador de área livre, na admissão apresenta-se letárgico, em franco esforço respiratório, hipotenso, porém ainda consegue relatar que havia feito uso de álcool e drogas. Relata também que estava em tratamento irregular para TB, sem aderência ao tratamento. Iniciado Protocolo de Sepsis. Paciente apresenta piora do quadro respiratório, com utilização de musculatura acessória e tiragem intercostal, sendo realizado IOT com TOT 8,0, fixado em RLS 22. Às 20:53, paciente apresenta instabilidade hemodinâmica, evoluindo para PCR às 21:10 Iniciado manobras de reanimação conforme preconizado pela ACLS por 30 minutos, porém sem sucesso. Constatado o óbito do paciente às 21:40, com o HD: Parada Cardiorespiratória.

9. Paciente: C.O.R. // Idade: 39 anos // Prontuário: 101390

Comorbidades: AVC Prévio

Data da admissão: 15/03/2025 (15:00)

Causas: ITU

HPMA: Paciente deu entrada na unidade via SAMU, acompanhada da nora, que relata que a idosa apresentou mal-estar e tosse secretiva, peito cheio e febre há 2 dias, com início de quadro de vômito no dia da admissão. Paciente acamada, em uso de SNE, não verbaliza e não localiza dor. Segundo a nora, paciente apresenta tal quadro desde que foi vítima de

violência sexual, há 4 anos. Iniciado Protocolo de Sepsis, rastreio infecto metabólico e acomodada paciente em leito de observação. Iniciado Antibioticoterapia com Ceftriaxona. Paciente apresenta leucocitúria em exame laboratorial (160.000), além de positivar NS1, com plaquetopenia (86.000). Solicitado vaga de transferência para hospital terciário. Paciente permaneceu na observação, apresentando melhora do quadro clínico. Recebe alta médica em 17/03/2025 com o HD: ITU / Dengue B.

10. Paciente: S.I.D.P. // Idade: 79 anos // Prontuário: 76914

Comorbidades: Pré DM/HAS

Data da admissão: 17/03/2025 (13:44) // Data do óbito: 17/03/2025 (14:46)

Causas: Septicemia não Especificada, Infecção do trato Urinário

HPMA: Paciente deu entrada junto com sua vizinha, de meios próprios, com relato de dispneia e tontura, com PA inaudível, extremidades cianóticas e com rebaixamento do nível de consciência, com respiração agônica (gaspings), sendo aberto protocolo de SEPSE de foco urinário e iniciado protocolo já admitida na sala vermelha. Porém a paciente entrou em PCR, sendo realizadas medidas de reanimação conforme ACLS, porém não obteve retorno da circulação espontânea. Sendo então constatado óbito.

11. Paciente: M.J.L. // Idade: 76 anos // Prontuário: 1285234

Comorbidades: DM II/HAS/DLP/Sequela de ACV há aproximadamente 8 meses

Data da admissão: 17/03/2025 (17:06) // Data do óbito: 21/03/2025 (23:30)

Causas: PCR, IRA-aguda

HPMA: Paciente deu entrada nesta unidade trazida pelo SAMU acompanhada do familiar procedente de sua residência com quadro de prostração e inapetência há mais de 50 dias. Ficou sob observação até o dia 21/03 sob

protocolo de SEPSE de foco urinário. Paciente permaneceu sob cuidados clínicos, com otimização da antibioticoterapia e cuidados proporcionais devido paliatividade. Evoluiu para PCR às 23:30, não sendo instituído medidas artificiais de vida: não RCP, não DVA, não IOT. sendo então declarado óbito.

12. Paciente: M.P.S. // Idade: 75 anos // Prontuário: 1208195.

Comorbidades: HAS | SD DEMENCIAL VASCULAR | HIPERURICEMIA

Data da admissão: 23/03/2025 (11:38)

Causas: PNM

HPMA: Paciente trazido via samu por cuidadora com história de que iniciou de forma progressiva dispneia, tosse, expectoração evoluindo ontem com febre de 38,8°C e hoje pela madrugada com dessaturação (ao chegar samu 86) e hipotensão (80x50). Sendo aberto protocolo de Sepsis com foco Pulmonar. Paciente manteve-se com boa evolução clínica desde sua admissão, recebendo alta no mesmo dia às 20:42.

13. Paciente: A.E.S.P. // Idade: 75 anos // Prontuário: 1332408

Comorbidades: PARKINSON, HAS , HIPOTIREOIDISMO

Data da admissão: 24/03/2025 (15:20)

Causas: PNM

HPMA: Paciente refere febre aferida (38,0) tosse secretiva e tontura, filha refere que quadro vem há 2 meses, durante a noite obteve piora. Deu entrada na unidade de meios próprios sendo aberto protocolo de SEPSE pela triagem com quadro de hipotensão e taquipneia. Paciente obteve boa evolução do quadro recebendo alta após reavaliação e recebendo alta no dia 27/03/2025 às 10:37.

14. Paciente: M.J.L.A. // Idade: 87 anos // Prontuário: 1328368

Comorbidades: HAS / CARDIOPATIA / FIBRILAÇÃO ATRIAL CRÔNICA/ DM / DEMÊNCIA AVANÇADA HÁ 6 MESES

Data da admissão: 27/03/2025 (00:04) // Data do óbito: 28/03/2025 (21:24)

Causas: Parada Cardiorespiratória, Septicemias, ITU

HPMA: Paciente trazida pelo samu em ambulância simples acompanhada pela filha com relato de queda do estado geral, recusa alimentar e rebaixamento do nível de consciência há 1 semana de piora progressiva. Filha relata internação recente (dez/24 e fev/25) devido a ITU. Paciente admitida em grave estado geral com hipotensão, taquicardia, desidratada e não responsiva em MNR 10l/min (colocada pelo samu) sat 98%. converso com a filha sobre a gravidade do quadro. Filha ciente e concordando com medidas de tratamento não invasivas. Iniciado protocolo de Sepsis seguindo linha de cuidado e aguardo de transferência para leito de UTI (Hospital Terciário). Porém a paciente veio sofrer PCR e ido a óbito dia seguinte, não sendo feito RCP e/ou medidas artificiais de vida devido Cuidados Proporcionais.

15. Paciente: C.F.M.S. // Idade: 68 anos // Prontuário: 57478

Comorbidades: ALZHEIMER, ANGIOPATIA, SEQUELA DE AVCi PRÉVIO

Causas: ITU

Data da admissão: 28/03/2025 (17:00)

HPMA: Paciente deu entrada via SAMU, com quadro de hipotensão, taquipneia, dispneia e queda do estado geral. Sendo acomodado em leito de sala amarela e iniciado protocolo de SEPSE. Paciente obteve boa evolução do quadro desde o momento de sua admissão. Recebendo alta no mesmo dia às 17:12.

16. Paciente: J.L.S. // Idade: 76 anos // Prontuário: 57628

Comorbidades: CARDIOPATA

Causas: PNM

Data da admissão: 29/03/2025 (04:30)

HPMA: Paciente deu entrada na unidade de meios próprios sendo aberto protocolo de SEPSE na triagem, com quadro de taquipneia, taquicardia, dispneia, sudorese, mal estar e cansaço. Sendo mantido em leito de observação, mantendo estabilidade clínica após medidas e transferido no dia seguinte (30/03/2025) às 10:30.

17. Paciente: P.M.E. // Idade: 53 anos // Prontuário: 32558

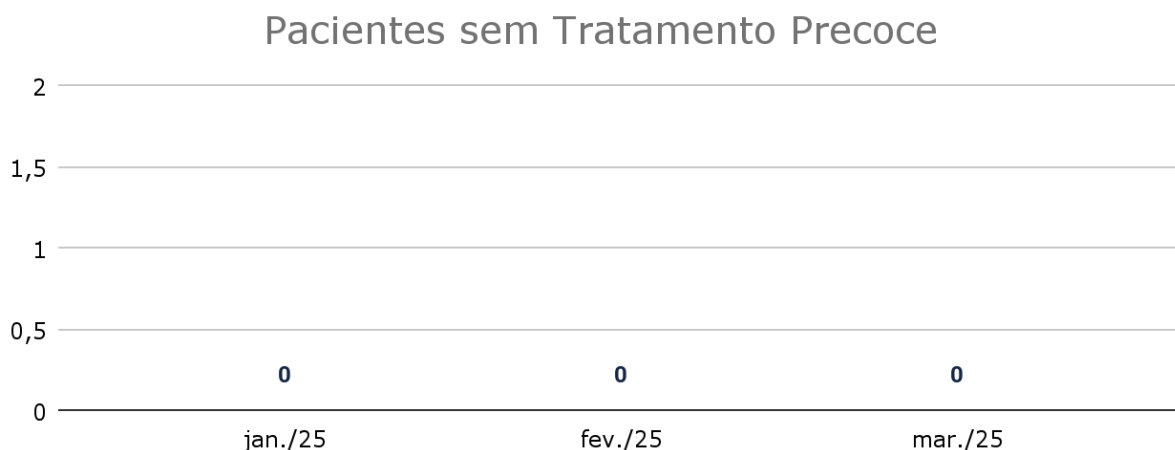
Comorbidades: DPOC/FIBROSE PULMONAR

Causas: PNM

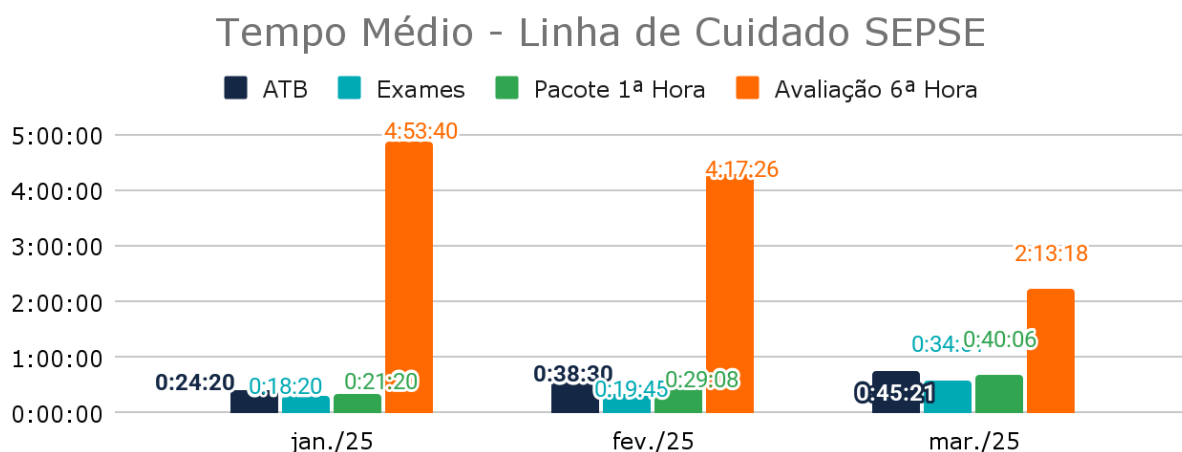
Data da admissão: 31/03/2025 (16:59)

HPMA: Paciente deu entrada via SAMU com queixa de piora da falta de ar com há 3 dias, taquidispneico, com esforço respiratório, ortopneia com uso de musculatura acessória, relatando início do quadro febril há 3 dias, tosse produtiva, com expectoração amarelo-esverdeada, sanguinolenta e fétida. Com fraqueza, prostração e inapetência. Sendo aberto protocolo em leito de sala de emergência. Obtendo melhora da estabilidade clínica e recebendo alta com tratamento ambulatorial no dia 01/04/25 às 11:30.

5.1.8 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE

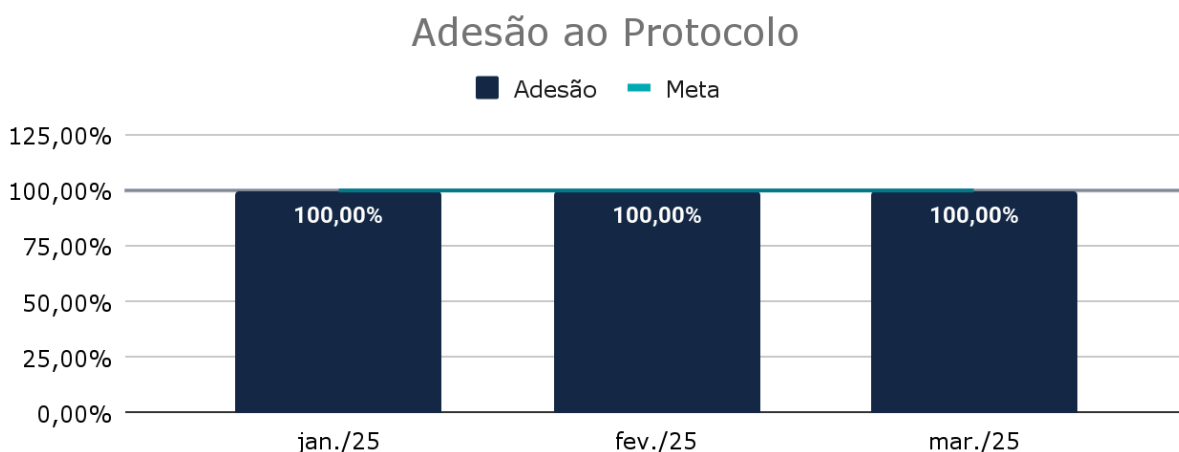


Análise crítica: Durante este período todos os pacientes receberam tratamento precoce na linha de cuidado do trauma.



Análise crítica: O tempo médio da linha de cuidado atendeu ao esperado. Apenas o tempo da 6ª avaliação ficou abaixo dos meses anteriores, mas sem exceder o limite esperado. O tempo médio para o início do antibiótico foi de 45 minutos, e para a coleta laboratorial, 34 minutos. Todos os pacientes receberam o pacote de 1 hora dentro do prazo preconizado.

5.1.9 Adesão ao protocolo de SEPSE



Análise crítica: Neste período tivemos treze (13) protocolos abertos que deram seguimento a linha de cuidado, segue serie histórico dos pacientes que seguiram a linha de cuidado na unidade:

SEGUIMENTO DA LINHA DE CUIDADO SEPSE													
2023	1	3	1	0	1	3	4	4	4	1	4	3	29
2024	0	2	3	2	1	4	3	5	9	9	10	10	58
2025	1	8	13										22

Óbitos declarados por sepse

2023	1	1	3	0	2	0	1	1	0	1	3	1	14
2024	1	2	6	8	3	5	3	2	6	1	2	3	42
2025	0	2	1										3

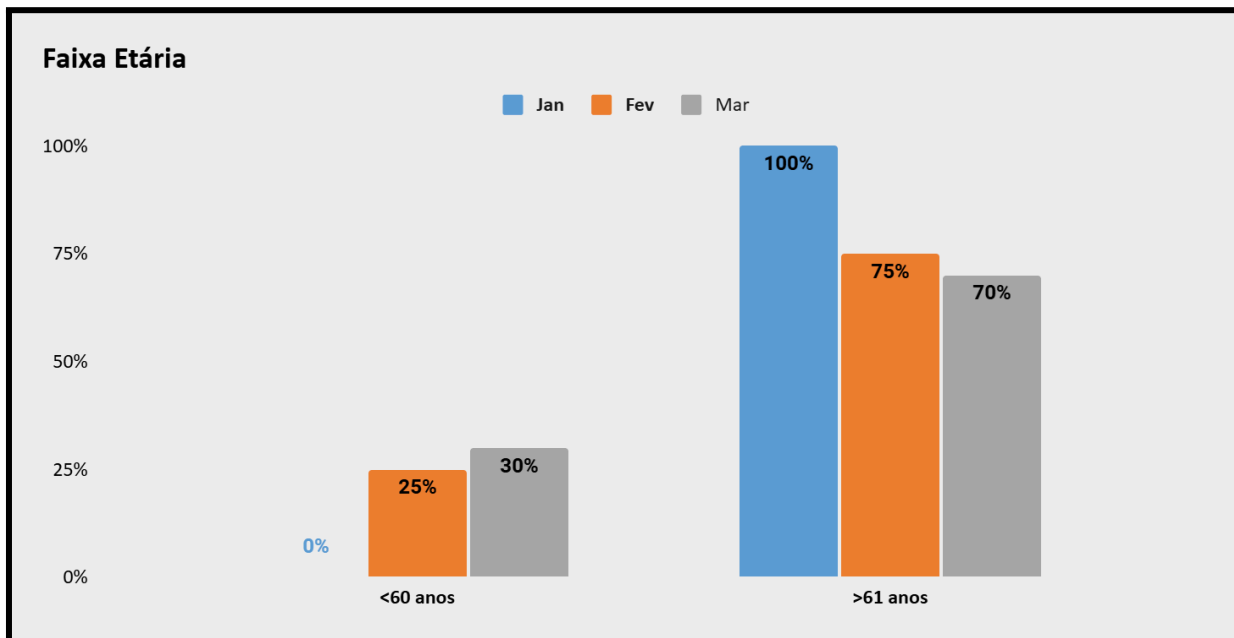
Análise crítica: Neste período tivemos um (1) óbito declarado como HD principal sepse.

Monitoramento da liberação do lactato



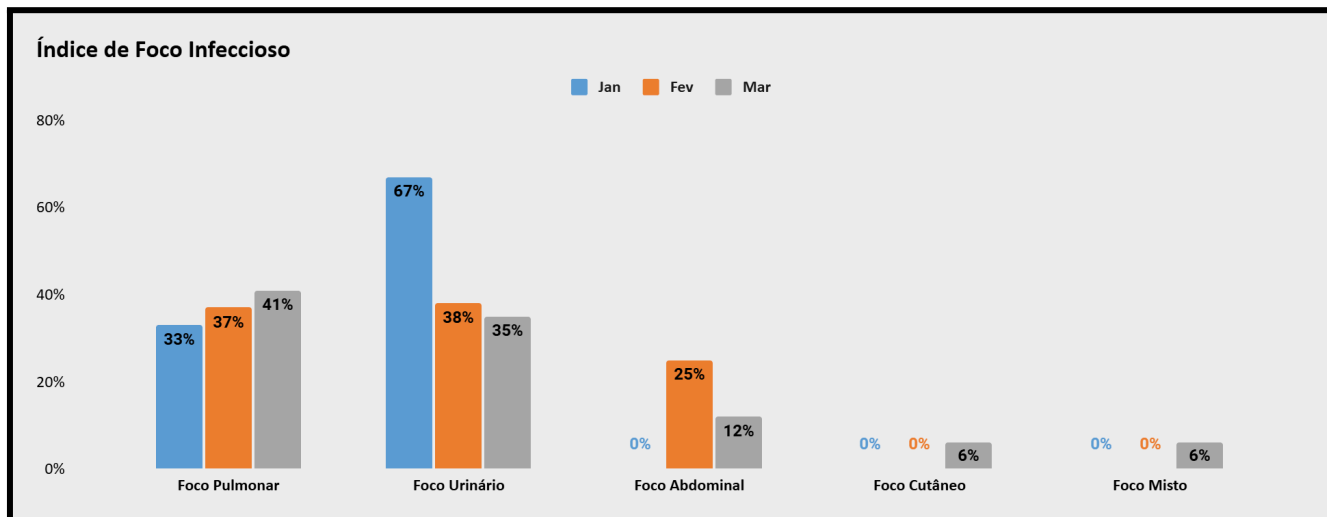
Análise crítica: Iniciamos o monitoramento da liberação do lactato em até uma hora. Nesse período, apenas um exame não foi liberado, pois não houve tempo hábil para a coleta, dado que o paciente chegou à unidade em estado grave e evoluiu a óbito. Devido a este fato a porcentagem ficou em 94,12% e com o tempo médio de 40m.

Monitoramento da faixa etária na linha cuidado de sepse



Análise crítica: Durante este período, de acordo com o perfil previamente estabelecido, observamos que a distribuição etária dos pacientes atendeu às expectativas. Do total de atendimentos realizados, 70% dos pacientes pertenciam à faixa etária acima de 60 anos, enquanto os 30% restantes correspondiam a indivíduos com idade inferior a 60 anos. Esses dados reforçam a previsibilidade do perfil populacional atendido e contribuem para a análise e planejamento contínuos dos serviços prestados.

Monitoramento do foco infeccioso



Análise crítica: A análise dos casos de sepse atendidos na unidade durante o mês de março revela um padrão epidemiológico condizente com os perfis frequentemente observados em serviços de emergência. O foco infeccioso predominante foi o pulmonar, responsável por 41% dos casos, seguido pelo foco urinário (35%), abdominal (12%), cutâneo (6%) e misto (6%).

O predomínio das infecções respiratórias como principal porta de entrada para a sepse pode estar associado a fatores sazonais, considerando que março ainda faz parte do período de maior circulação de agentes virais e bacterianos relacionados a infecções do trato respiratório. Pacientes idosos e comorbidades prévias, como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e insuficiência cardíaca, podem apresentar maior vulnerabilidade a essas infecções, favorecendo a evolução para quadros graves.

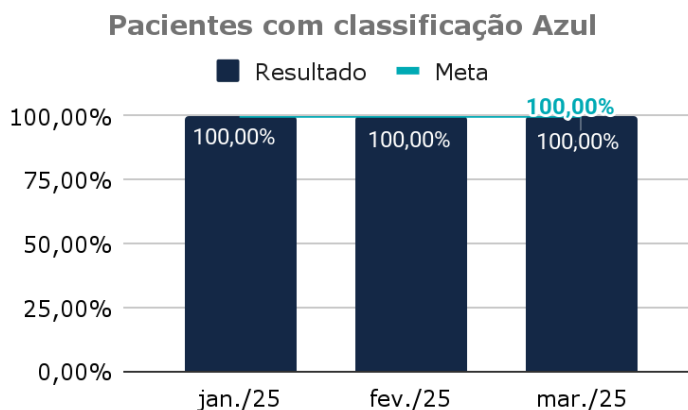
Já o foco urinário, sendo o segundo mais prevalente, sugere a relevância das infecções do trato urinário (ITUs) como desencadeadoras de sepse, especialmente em pacientes idosos, imunossuprimidos e portadores de dispositivos invasivos, como cateteres vesicais de demora. A alta incidência desse foco destaca a necessidade de estratégias preventivas, como o manejo adequado desses dispositivos e a identificação precoce de sinais de infecção.

O foco abdominal, embora menos frequente (12%), continua sendo um fator de preocupação, pois está associado a complicações cirúrgicas, perfurações intestinais e doenças inflamatórias graves, como apendicite complicada e diverticulite perfurada. Esses casos frequentemente requerem intervenções cirúrgicas de emergência e podem apresentar prognósticos mais desafiadores.

O foco cutâneo e o misto, ambos representando 6%, indicam que as infecções de pele e tecidos moles, como celulite e fascíte necrosante, continuam sendo relevantes no contexto da sepse, ainda que em menor proporção. O foco misto sugere quadros clínicos complexos, nos quais múltiplas fontes infecciosas contribuem simultaneamente para a deterioração do paciente, exigindo abordagens terapêuticas amplas e intensivas.

Diante desse cenário, torna-se essencial reforçar medidas preventivas e protocolos assistenciais que favoreçam o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos diferentes focos infecciosos, visando reduzir a morbimortalidade associada à sepse. Além disso, a análise contínua desses dados permite ajustes estratégicos para otimizar o atendimento e aprimorar os desfechos clínicos dos pacientes.

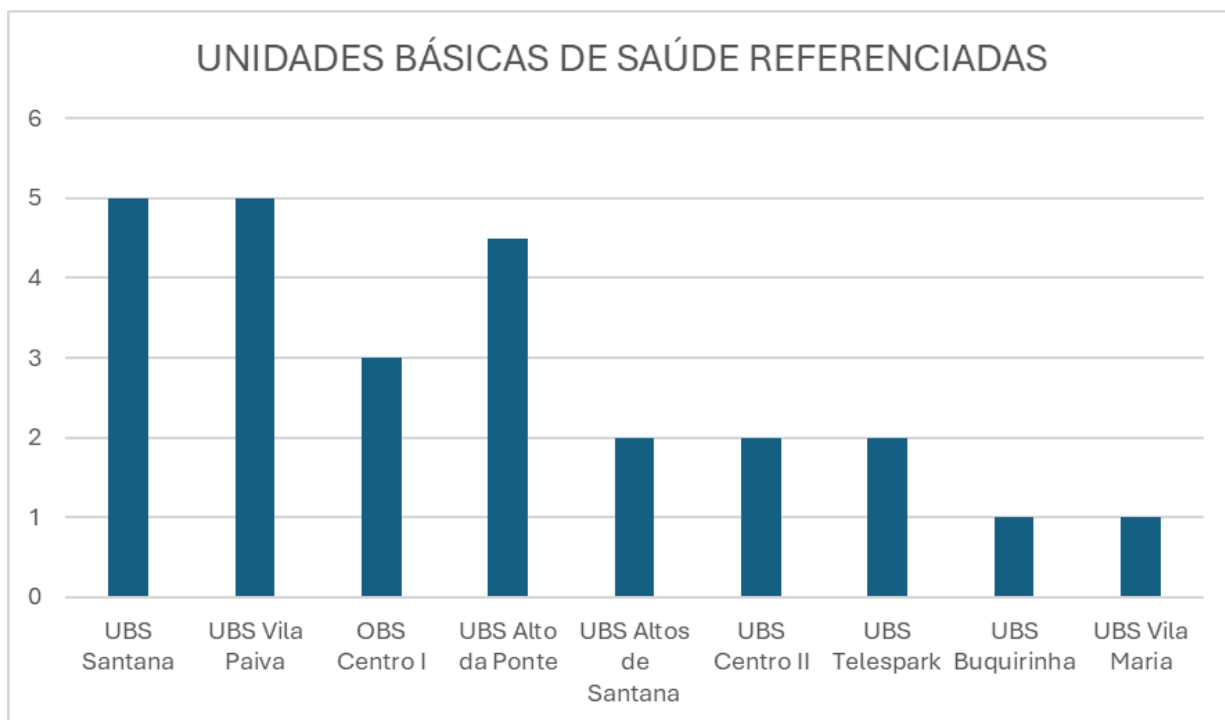
5.1.10 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS



Análise crítica: No período de Março de 2025, a unidade atendeu 24 pacientes classificados na triagem como azul, o que geralmente indica casos de menor gravidade e assintomáticos. Esses pacientes foram acolhidos, orientados e encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência na região de São José dos Campos.

O gráfico a seguir apresenta as UBSs referenciadas e a quantidade de pacientes encaminhados para cada uma delas. Segue os seguintes dados:

- Totalizam 1 paciente classificado como azul que informou sua UBS de referência na cidade de Jacareí/SP.
- A UBS Santana e Vila Paiva obtiveram o maior número de referências, com 5 pacientes encaminhados cada.
- A UBS Centro I registrou 3 pacientes encaminhados.
- As UBSs Alto da Ponte, Altos de Santana, Centro II e Telespark receberam 2 pacientes encaminhados cada.
- e por último as UBSs Buquirinha e Vila Maria registraram 1 paciente encaminhado cada.

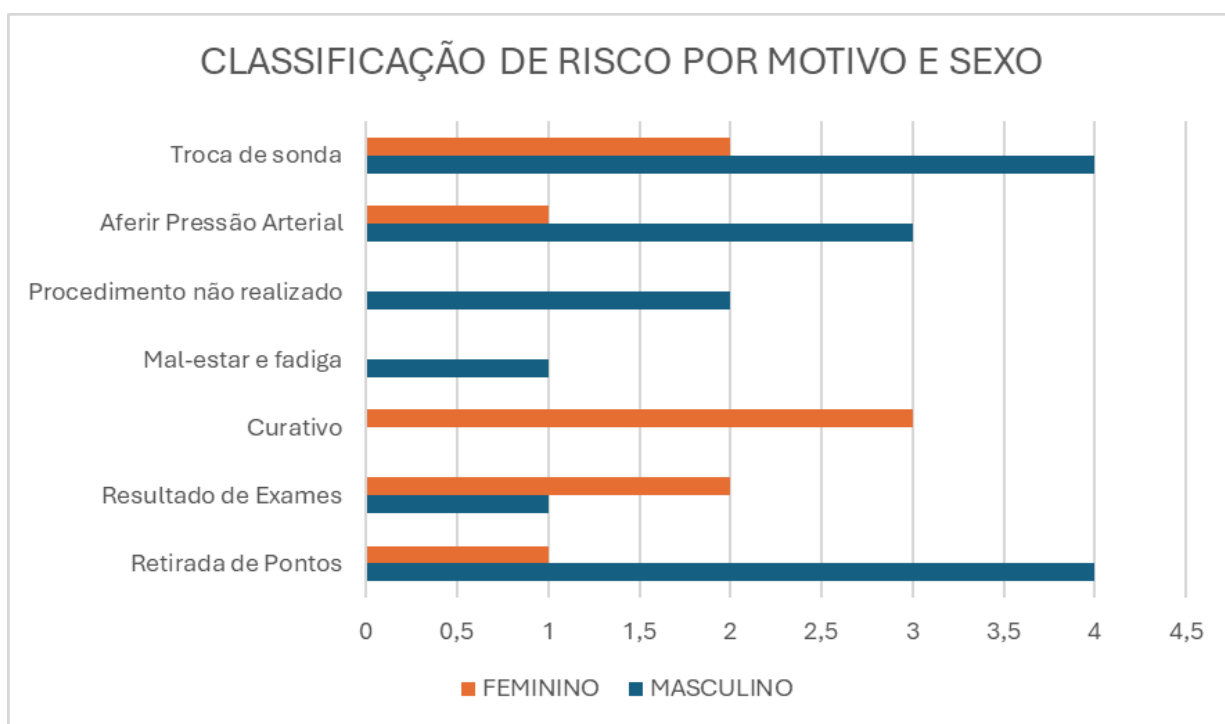


Esse gráfico demonstra uma concentração maior de referências em algumas UBSs, enquanto outras apresentam números menores.

Cabe ressaltar, que o Serviço Social acolheu, em sua maioria, estes pacientes, realizou o direcionamento adequado e forneceu as orientações necessárias. O respeito à escolha e autonomia de cada paciente foi atendida no processo de encaminhamento.

5.1.11 Atendimentos na classificação de risco azul por motivos e sexo

O gráfico apresenta o comparativo dos motivos relatados na triagem, classificados como azul, separados por sexo (masculino e feminino).

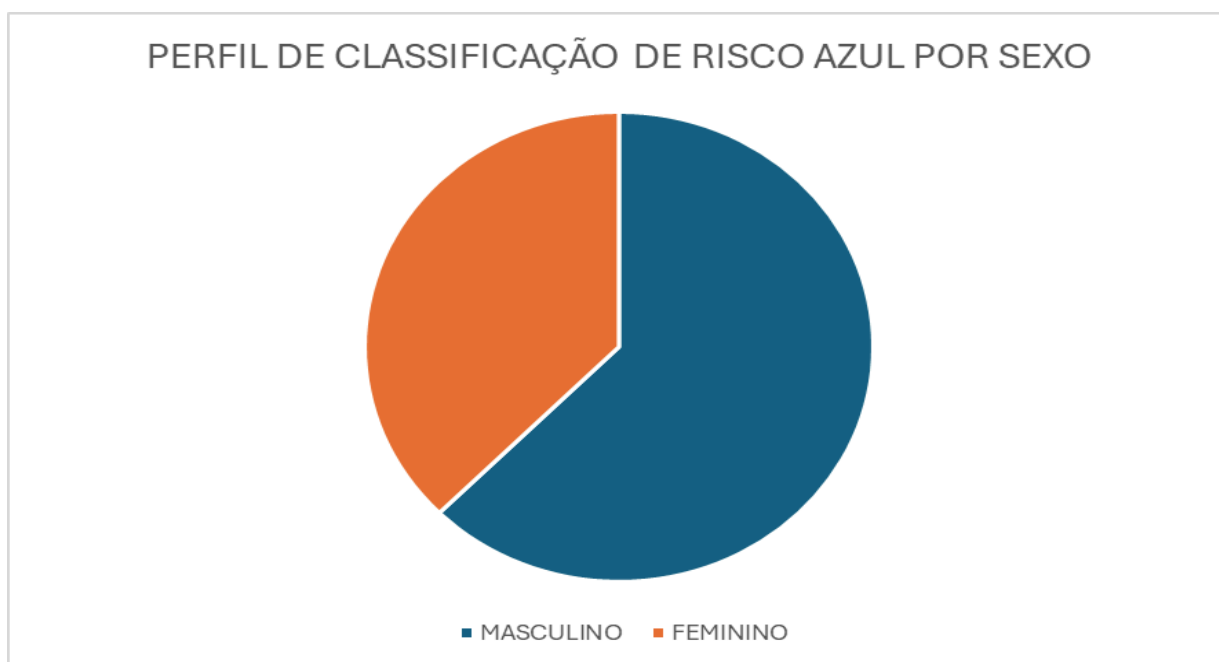


- Retirada de Pontos: 4 casos masculino e 1 feminino.
- Resultado de Exames: 1 caso masculino e 2 femininos, sendo mais frequente entre as mulheres.
- Curativo: 3 casos femininos e 0 masculino. Esse motivo foi mais registrado entre as mulheres.
- Mal-estar e fadiga: 1 caso masculino e 0 feminino. Verifica-se um maior número entre os homens.
- Procedimento não realizado: 2 casos masculino e 0 caso feminino. A frequência é maior entre os homens.
- Aferir Pressão Arterial: 3 casos masculino e 1 feminino, maior frequência entre os homens.
- Troca de sonda: 4 casos masculino e 2 femininos, sendo mais frequente entre os homens.

Análise crítica: Percebe-se que os homens apresentam maior frequência em quase todos os motivos registrados, exceto nos casos de Resultado de Exames e curativo, que foi mais prevalente entre as mulheres. Essa diferença pode sugerir um perfil distinto de procura pelos serviços de triagem entre os gêneros, refletindo diferentes necessidades ou comportamentos no acesso a cuidados médicos.

5.1.12 Perfil da classificação de risco azul por sexo

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



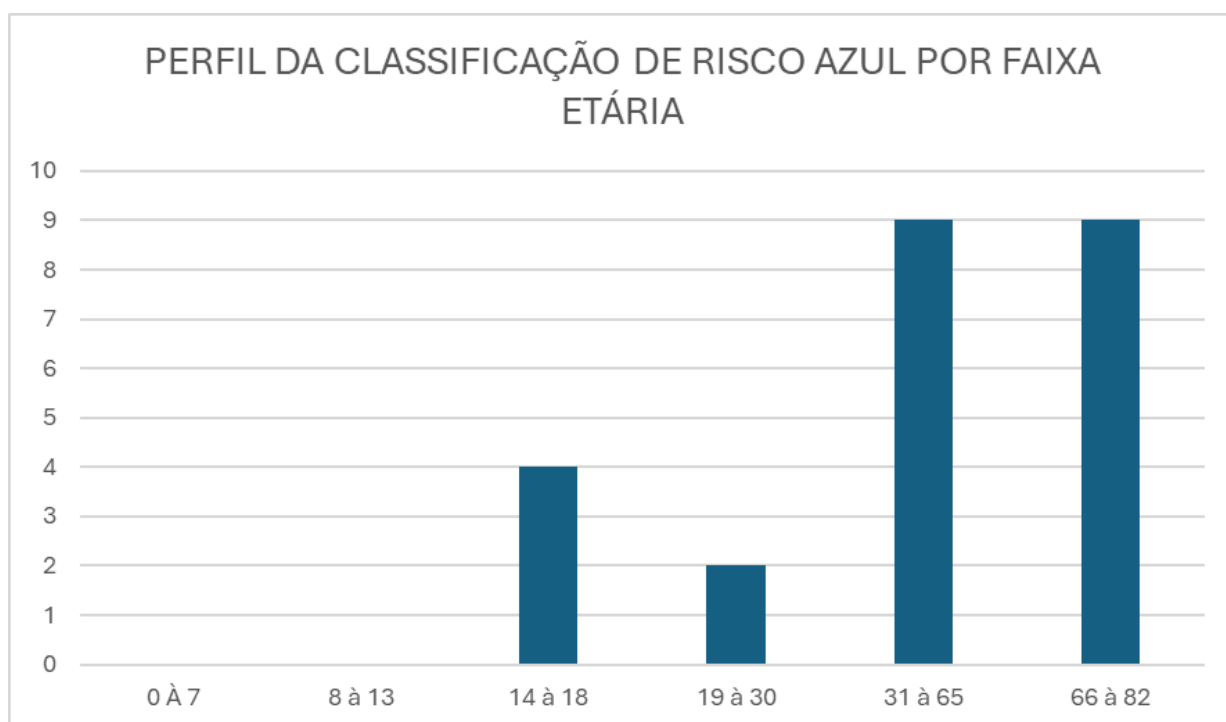
Principais Observações: Os homens apresentam maior frequência na classificação azul, sugerindo que eles podem procurar mais os serviços de saúde para condições menos graves, que geralmente se enquadram nessa classificação. Embora a diferença seja moderada, porém significativa, revela o padrão de comportamento mais comum entre os homens.

Possíveis Motivações: A predominância masculina pode estar ligada a demandas específicas, como prescrição de medicamentos e outros motivos menos graves, conforme observado no gráfico anterior. Já as mulheres buscam o serviço em menor número, sugerindo que possam estar realizando um acompanhamento pela UBS.

Esses dados ajudam a identificar o perfil de uso por gênero, podendo subsidiar decisões para adequação de atendimentos e recursos.

5.1.13 Perfil da classificação de risco azul por faixa etária

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



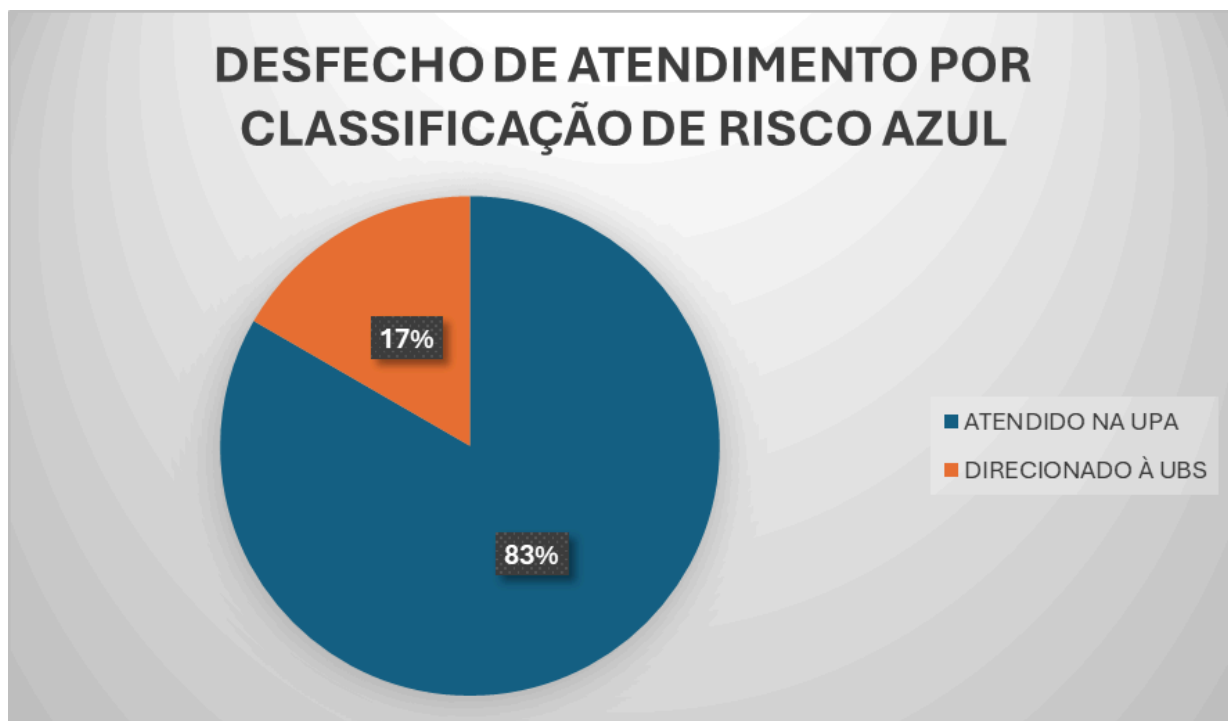
O gráfico apresenta o Perfil da Classificação Azul por Faixa Etária, que possivelmente indica a distribuição de pacientes classificados como azul (geralmente casos de menor gravidade) em diferentes grupos etários. A seguir, a análise detalhada:

- Faixa etária de 31 a 65 anos: é a mais representativa, com 9 pacientes. Faixa etária de 66 a 82 anos: ocupa o mesmo lugar, com 9 pacientes.
- Faixas etárias de 0 a 7 anos: 0 paciente e de 8 a 13 anos: 0 pacientes.
- Faixa etária de 14 a 18 anos: 4 pacientes.
- Faixa etária de 19 a 30 anos: 2 pacientes.

Análise Crítica: O gráfico evidencia que a maior parte dos casos classificados como azul está concentrada em adultos (31 a 65 anos), seguidos por idosos (66 a 82 anos). As faixas etárias mais jovens apresentam menor representação. Isso pode indicar uma demanda maior por atendimentos de baixa complexidade entre adultos.

5.1.14 Desfecho de atendimento por classificação de risco azul

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



Análise Crítica: Dos dados apresentados, 20 pacientes (83%) optaram por permanecer em atendimento médico na UPA e 4 pacientes (17%) decidiram se direcionar à UBS de referência.

Interpretação: A maioria preferiu permanecer na UPA, a escolha de 80% dos pacientes indica uma possível percepção de que suas necessidades médicas eram mais urgentes ou que sentiam maior segurança na UPA, acreditando que a UPA é mais adequada para atender casos de maior complexidade ou urgência.

Decisão de se direcionar à UBS: 17% dos pacientes aceitaram as orientações e reconheceram que seus casos poderiam ser resolvidos em uma unidade básica, o que demonstra o impacto positivo da orientação da equipe.

Considerações: As ações executadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social desempenharam um papel crucial na orientação das pessoas, esclarecendo questionamentos e reorientando uma parte significativa da demanda. Essas ações são fundamentais para garantir que os pacientes recebam o atendimento mais apropriado, além de contribuir para a otimização dos serviços na UPA.

5.1.15 Direcionamentos e orientações realizados por setores na classificação de risco azul

Análise Crítica: No contexto do atendimento à classificação de risco azul, as orientações aos pacientes foram compartilhadas entre os setores de triagem/enfermagem e Serviço Social, garantindo um acompanhamento adequado e direcionado.



Triagem/Enfermagem: 13 pacientes receberam orientações diretamente da equipe de enfermagem no setor de triagem, sendo orientados sobre o encaminhamento para continuidade do atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse acolhimento inicial é fundamental para esclarecer o fluxo da rede de atenção à saúde.

Serviço Social: Onze pacientes receberam orientações das assistentes sociais durante o plantão do serviço social, que ocorre de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 20h15. Utilizando ferramentas como o sistema Saludem, o Serviço Social também contribui no acompanhamento dos pacientes, realizando ações como o envio de e-mails às UBSs e realizando ligações telefônicas para assegurar a continuidade do cuidado. Essa colaboração entre os setores proporciona um

atendimento mais eficiente, assegurando que os pacientes classificados como azul recebam as informações necessárias e sejam encaminhados corretamente dentro do sistema de saúde.

Melhorias no Processo de Acompanhamento e Comunicação: Para preencher essa lacuna, será fundamental a integração do SAMS (Sistema de Acompanhamento de Saúde), o que permitirá um monitoramento mais preciso e eficaz. Com essa integração, será possível garantir uma rastreabilidade aprimorada das orientações fornecidas na UPA, assegurando um acompanhamento contínuo e mais assertivo do paciente.

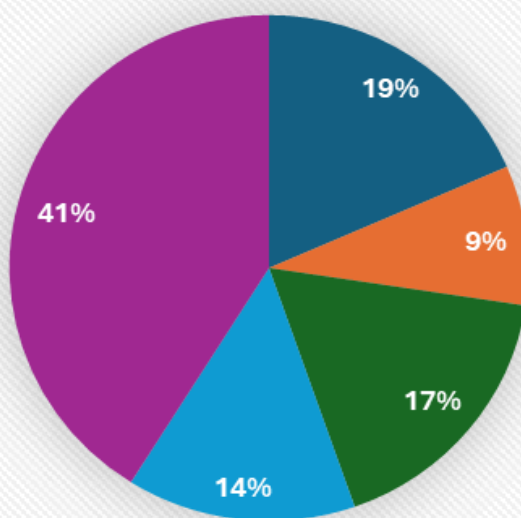
O papel das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) é fundamental para assegurar a continuidade do atendimento aos pacientes que foram encaminhados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Elas são responsáveis por dar seguimento ao tratamento, oferecendo o cuidado necessário e acompanhando a evolução do quadro de saúde dos pacientes.

A contrarreferência, que é o processo de encaminhamento do paciente de volta à UBS após a alta da UPA, é facilitada pelo serviço social. Esse setor atua de forma estratégica, realizando um contato prévio com as UBSs por meio de e-mail ou telefone. Esse contato garante que as UBSs estejam preparadas para atender o paciente, seguindo o plano de cuidado estabelecido durante o atendimento na UPA. Assim, o processo de transição entre os serviços de saúde é mais fluido e eficiente, assegurando que os pacientes continuem recebendo o tratamento necessário de maneira contínua e coordenada.

Conclusão: A integração entre os sistemas da UPA e das UBSs é essencial para garantir a eficácia no atendimento e a continuidade do cuidado para pacientes classificados como risco azul. Esse vínculo fortalece a comunicação entre os serviços, assegurando que os pacientes recebam o acompanhamento adequado e a transição entre os diferentes níveis de atenção seja feita de maneira eficiente.

5.1.16 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - com doenças crônicas - MICRORREGIÃO NORTE

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA - ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES
- HIPERTENSOS/DIABÉTICOS ENCAMINHADOS PARA UBS -
MICRORREGIÃO NORTE: 01 DE MARÇO A 31 DE MARÇO



TOTAL DE PACIENTES ENCAMINHADOS: 168

■ UBS ALTO DA PONTE ■ UBS TELESPARK ■ UBS SANTANA ■ UBS ALTOS DE SANTANA ■ OUTROS

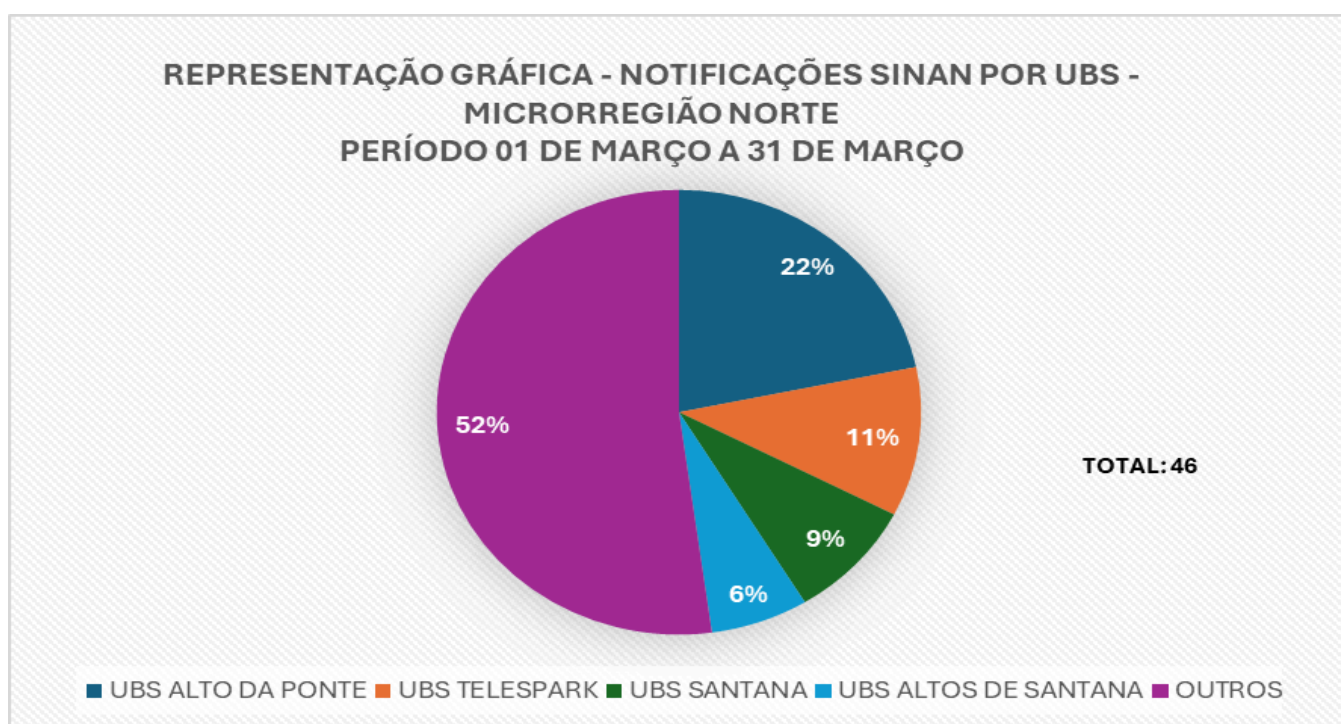
Análise crítica: Em março, recebemos 168 pacientes hipertensos e diabéticos que, por algum motivo, apresentaram descompensação e precisaram de serviços de urgência e emergência. Semanalmente, o Serviço Social encaminha uma lista desses pacientes para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da Microrregião Norte e outras unidades da cidade. O objetivo é realizar ações de busca ativa e acolhimento, garantindo que esses pacientes recebam um acompanhamento contínuo e eficaz no tratamento. Esse indicador reflete o compromisso com a saúde da população, assegurando que cada paciente tenha o cuidado adequado, o que contribui diretamente para a promoção da qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes.

Em março, foi implementado um documento digital compartilhado entre a UPA e todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse documento, a UPA registra os encaminhamentos dos pacientes, enquanto as UBSs são responsáveis por informar

o desfecho de cada caso, detalhando se o paciente seguiu ou não com o tratamento. Essa iniciativa tem como objetivo garantir a continuidade do acompanhamento e do tratamento necessário para cada paciente, além de assegurar que todas as informações sejam corretamente registradas e monitoradas. A medida facilita a comunicação entre os serviços e contribui para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido. A comunicação ainda está em fase de aprimoramento, mas já apresenta resultados positivos.

Cabe ressaltar, que dos 168 casos de doenças crônicas encaminhadas às UBS todos estão em acompanhamento nas unidades de saúde.

5.1.17 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - Notificação SINAN - MICRORREGIÃO NORTE



Análise crítica: Referente a distribuição da notificações

- UBS Alto da Ponte (22%): Esta UBS se destaca com o maior número de notificações na região, somando 10 registros, o que pode indicar tanto uma

maior prevalência de violência quanto uma atuação mais efetiva da equipe na identificação e notificação desses casos. É importante ressaltar que a comunidade local tem demonstrado mais confiança em reportar situações de violência, enquanto os profissionais de saúde dessa unidade estão altamente capacitados para reconhecer sinais de abuso e oferecer o apoio adequado às vítimas.

- UBS Telespark (11%): Ocupa a segunda posição com 5 notificações, essa UBS apresenta um índice um pouco abaixo da média. Ao avaliar os dados, é essencial levar em conta tanto a capacidade da equipe em identificar e registrar casos de violência quanto os aspectos socioeconômicos e culturais da região atendida, os quais podem impactar a disposição da comunidade em buscar apoio ou denunciar.
- UBS Santana (9%): Ocupa a terceira posição da Microrregião Norte com 4 notificações, o que representa uma proporção relevante dentro da microrregião. Embora esse número seja relativamente baixo, pode refletir um acompanhamento mais eficiente no atendimento aos casos de violência. Por outro lado, também pode sugerir uma possível subnotificação, caso a equipe de saúde não tenha identificado todos os casos ou se os pacientes não se sentiram confortáveis para relatar suas situações.
- UBS Altos de Santana (6%): Com apenas 3 notificações, essa UBS apresenta a menor porcentagem na microrregião. Embora esse número reduzido possa sugerir uma menor vulnerabilidade da área atendida a casos de violência, também pode indicar uma falta de confiança dos moradores em buscar ajuda ou denunciar as situações. Isso ressalta a importância de uma análise mais detalhada sobre as barreiras de acesso e a confiança da comunidade nos serviços de saúde dessa região.

2. Porcentagem Restante (Outras UBSs da cidade):

A porcentagem restante das notificações, que não foi atribuída às UBSs da microrregião norte, abrange os dados das outras unidades de saúde da cidade. Isso indica que as notificações de violência estão sendo distribuídas entre diversas regiões. No entanto, após reunião com os gerentes das UBSs das áreas

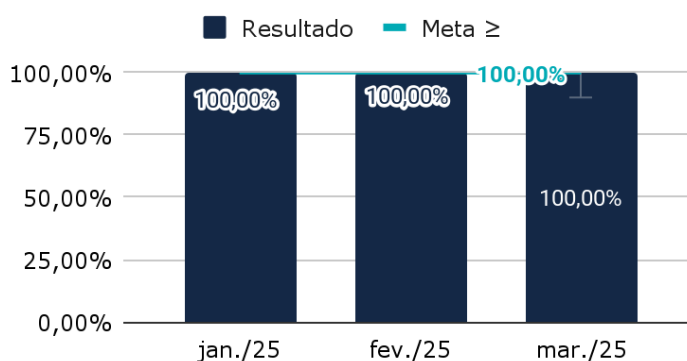
adjacentes, foi acordado que todos os pacientes em situações de violência seriam encaminhados para a unidade de referência. Além disso, o desfecho de cada caso seria retornado à unidade de origem para assegurar a continuidade do atendimento às vítimas de violência, ampliando assim a cobertura dos serviços de apoio às vítimas de violência em toda a cidade de São José dos Campos.

3. Possíveis Fatores Influentes:

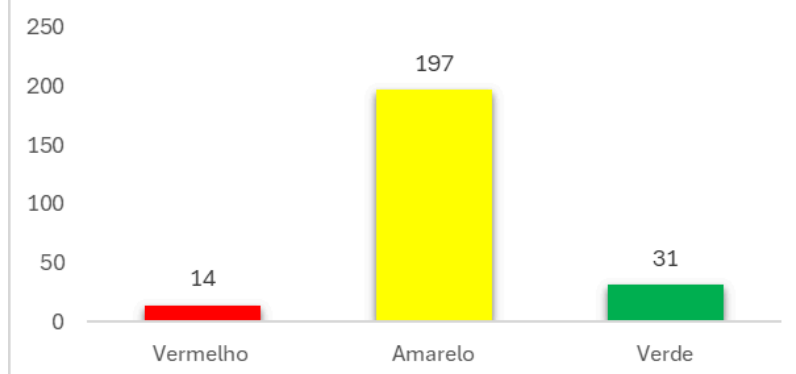
- **Vulnerabilidade Social e Demográfica:** As áreas atendidas pelas UBSs com maior percentual de notificações, como a UBS Alto da Ponte (22%), podem apresentar maior vulnerabilidade social, o que pode contribuir para um aumento na prevalência de violência, especialmente em casos de violência doméstica, abuso infantil, entre outros tipos de agressão.
- **Capacidade de Identificação de Casos:** As variações nas porcentagens de notificações podem indicar a diferença na capacidade dos profissionais de saúde de cada UBS em identificar e registrar casos. UBSs com uma maior taxa de notificações provavelmente estão mais atentas aos sinais de violência, conseguindo identificar e notificar mais casos em comparação com outras unidades.
- **Cultura de Confiança e Denúncia:** Em algumas comunidades, existe uma maior confiança nas unidades de saúde, o que resulta em um número mais elevado de notificações. Por outro lado, em outras comunidades, o medo de represálias, a desconfiança nas autoridades ou o desconhecimento dos direitos e dos processos de denúncia podem levar a uma menor disposição para relatar casos, reduzindo, assim, o número de notificações.

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

Serviços de atendimento pré-hospitalar



Classificação APH Móvel



Análise crítica: No mês de março, **242 pacientes** oriundos dos serviços de APH móvel foram atendidos nesta unidade, representando um pequeno aumento de 1,26% em relação ao mês anterior, que registrou 239 atendimentos.

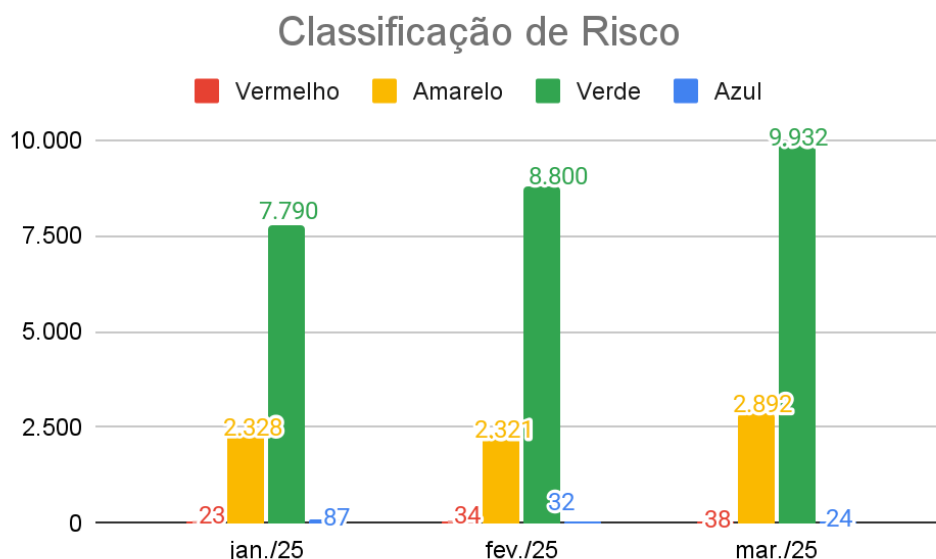
Dos 242 pacientes atendidos, **197** foram classificados na cor amarela, correspondendo a aproximadamente **81,40%** do total. Esse dado evidencia que uma parcela significativa dos atendimentos envolveu pacientes com condições de urgência moderada, que demandam intervenção médica relevante, embora não imediata.

Outros **14 pacientes** foram classificados na cor vermelha, o que representa cerca de **5,79%** do total. Esse percentual indica a presença de casos graves, que exigem atendimento médico imediato e intensivo.

Por fim, **31 pacientes** foram classificados na cor verde, correspondendo a **12,81%** dos atendimentos, caracterizando situações sem urgência ou emergência.

Esses dados demonstram que, apesar do leve aumento na demanda, o perfil dos atendimentos manteve uma predominância significativa de casos de urgência e emergência, reafirmando a importância da pronta resposta da unidade e no giro de leito.

5.1.19 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco



Análise crítica: No mês de março, a triagem classificou um total de **13.742 pacientes**, distribuídos conforme os níveis de prioridade abaixo:

- **Vermelho (emergência): 38 pacientes (0,28%)** – Representando os casos mais graves, a classificação vermelha apresentou uma discreta elevação em relação ao mês anterior. Esses casos exigem intervenção médica imediata e priorização absoluta.
- **Amarelo (urgência moderada): 2.892 pacientes (21,05%)** – Os pacientes classificados como amarelo corresponderam a **21,05%** dos atendimentos, evidenciando um leve aumento comparado ao mês anterior. Essa categoria inclui quadros que requerem atenção rápida, porém sem risco iminente de morte.
- **Verde (baixa complexidade): 9.932 pacientes (72,27%)** – A maioria dos atendimentos permaneceu na categoria verde, representando **72,27%** do total. Esse número demonstra um crescimento em relação ao mês anterior e reforça a predominância de casos de menor complexidade.

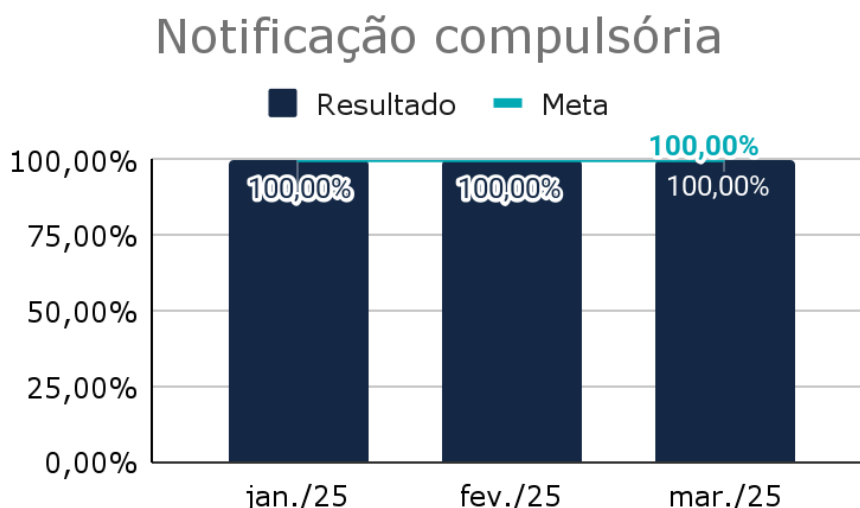
atendidos na unidade.

- **Azul (não urgente): 24 pacientes (0,17%)** – A menor proporção ficou com os pacientes classificados como azul, totalizando **0,17%**. Houve uma leve queda nesta categoria em relação ao mês anterior. Esses casos foram devidamente acolhidos e encaminhados conforme descrito no item 5.1.9, que trata da orientação e encaminhamento desses pacientes às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Categoria	Quantidade Pacientes	Porcentagem (%)
Vermelho (emergência)	38	0.28%
Amarelo (urgência moderada)	2.892	21,5%
Verde (baixa complexidade)	9.932	72,27%
Azul (não urgente)	24	0.17%

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

5.1.20 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória



Análise crítica: A análise das 2.258 notificações realizadas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) demonstra a diversidade de agravos atendidos e a relevância da vigilância epidemiológica na unidade. Os dados indicam que infecções virais e doenças transmitidas por vetores continuam sendo os principais motivos de notificação, exigindo atenção contínua das equipes de saúde.

Entre os agravos mais incidentes, a dengue se destaca com 565 notificações, refletindo o impacto da sazonalidade e das condições ambientais na proliferação do *Aedes aegypti*. Esse número reforça a necessidade de intensificação de medidas preventivas, como eliminação de criadouros, campanhas educativas e mobilização da comunidade para o combate ao vetor. Da mesma forma, a COVID-19 segue com 390 notificações, demonstrando que, apesar da redução de casos graves, a doença ainda tem impacto significativo na demanda por atendimentos.

Outro agravo com elevado número de notificações foi a diarreia, totalizando 1.171 casos. Já a conjuntivite, com 77 casos, segue como uma ocorrência comum, especialmente em períodos de maior circulação viral e contato interpessoal.

Dentre os casos notificados, 24 foram relacionados a mordeduras, o que pode estar associado à maior exposição a animais domésticos ou silvestres. Esse dado reforça a importância de manter a população informada sobre a profilaxia da raiva e a busca precoce por atendimento médico.

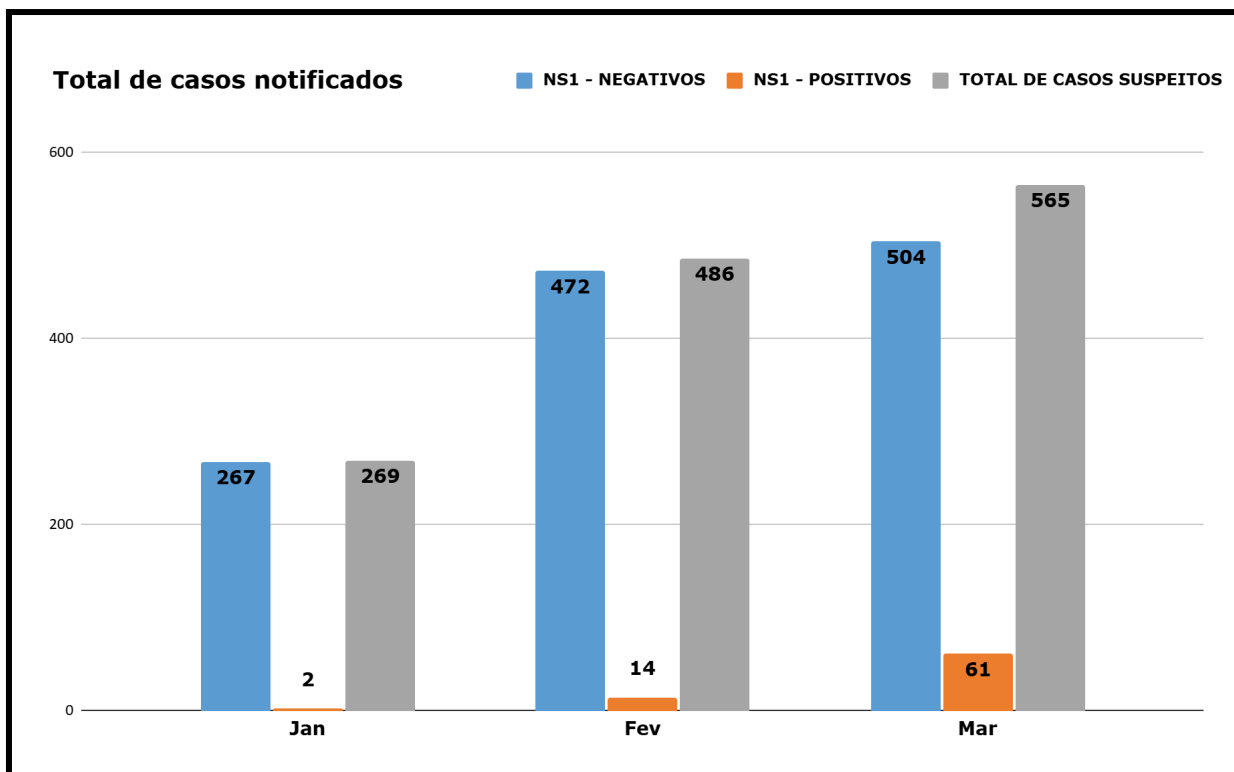
No grupo de doenças menos frequentes, há notificações isoladas de caxumba (2 casos), tuberculose (6 casos), intoxicação exógena (9 casos), acidente por animal peçonhento (7 casos), leptospirose (1 caso), sarampo (2 casos), sífilis (3 casos) e varicela (1 caso). A ausência de registros para doenças como chikungunya, coqueluche, escarlatina, meningite, monkeypox e febre maculosa pode indicar eficácia nas estratégias de controle e vacinação. No entanto, essa situação demanda vigilância contínua, a fim de garantir a detecção precoce de possíveis surtos.

Nesse contexto, a UPA desempenha um papel fundamental na identificação, notificação e encaminhamento adequado dos pacientes, assegurando uma resposta ágil às situações de interesse em saúde pública. O acompanhamento contínuo desses indicadores possibilita a adaptação de estratégias de prevenção e controle, fortalecendo a promoção da saúde e reduzindo os riscos para a população atendida.

	Jan	Fev	Mar
ACIDENTE POR ANIMAL PECONHENTO	13	4	7
CAXUMBA	1	1	2
CHIKUNGUNYA	0	0	0
CONJUNTIVITE	95	106	77
COQUELUCHE	0	0	0
COVID 19	546	508	390
DENGUE	267	486	565
DIARREIA	1076	920	1171
ESCARLATINA	2	0	0
FEBRE MACULOSA	1	0	0
HIV	0	0	0

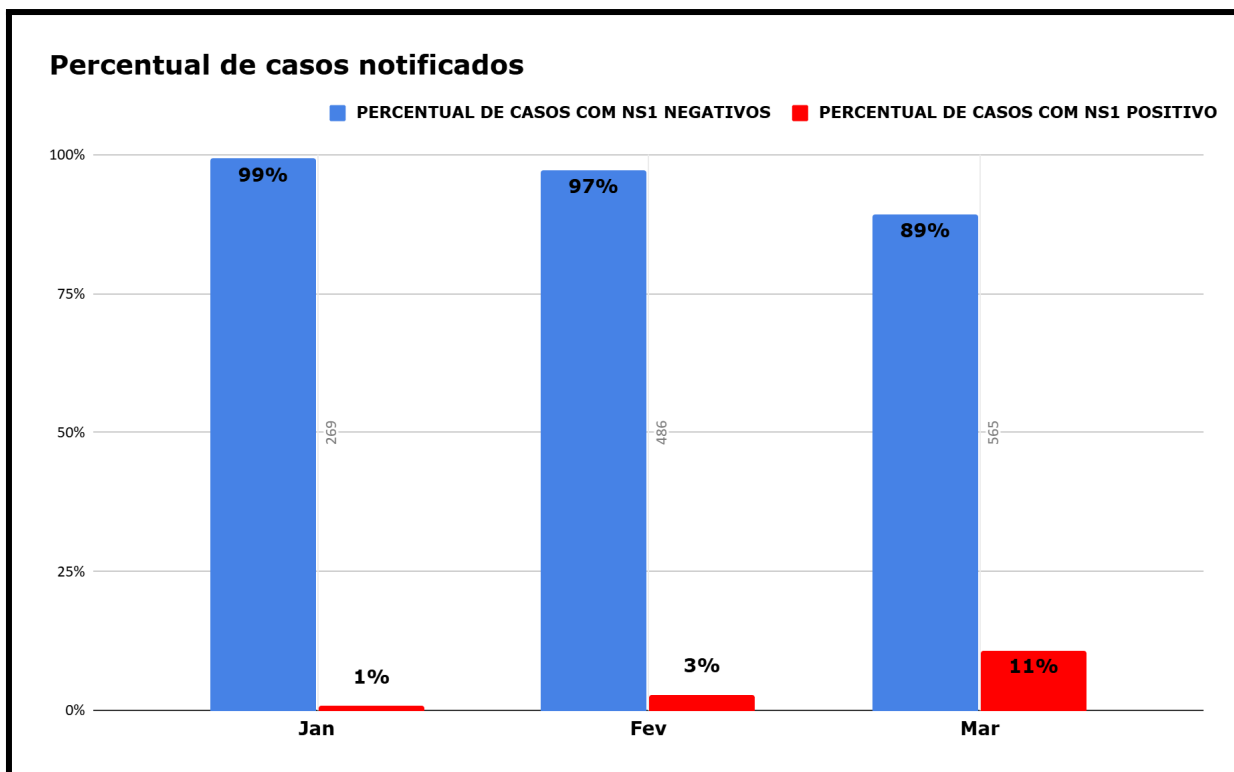
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	18	12	9
LEPTOSPIROSE	0	0	1
MENINGITE	0	0	0
MONKEYPOX	0	0	0
MORDEDURA	34	22	24
SARAMPO	0	0	2
SÍFILIS	9	0	3
TB	6	1	6
VARICELA	0	0	1
TOTAL	2.068	2.060	2.258

Casos suspeitos ou confirmados de Dengue



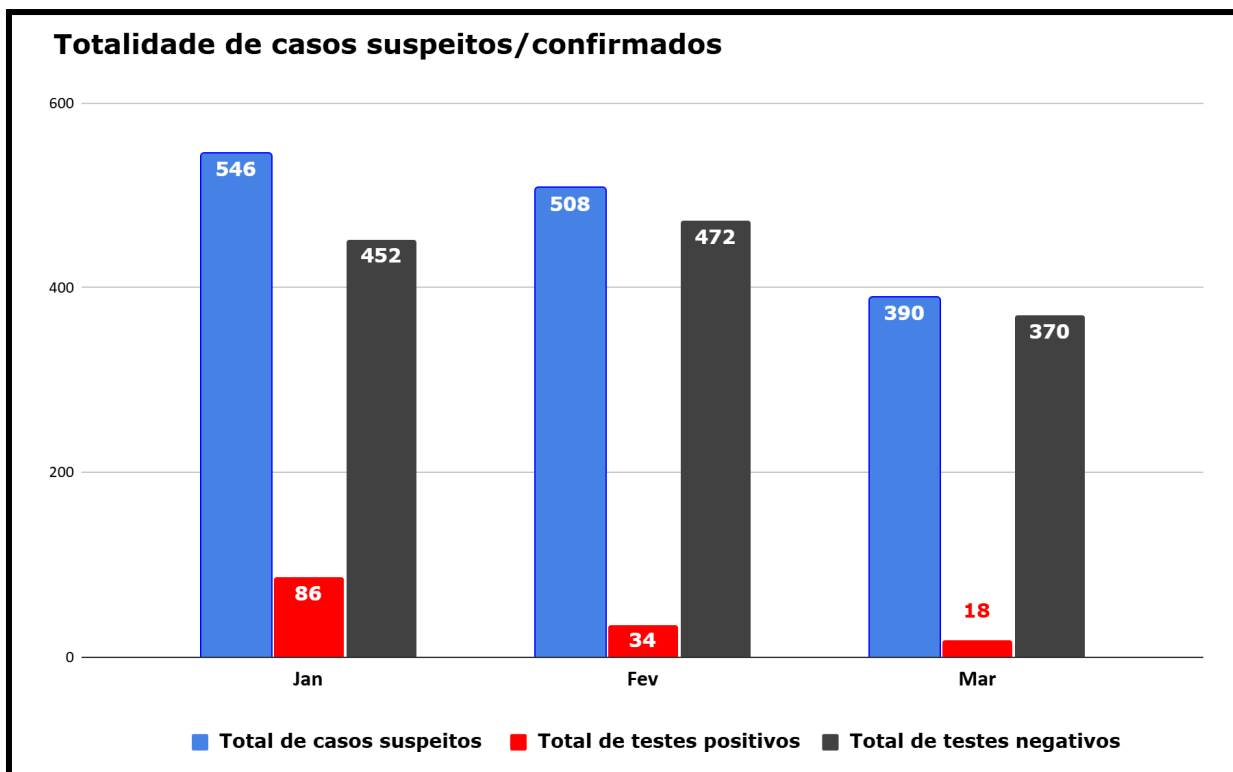
Análise crítica: Em março, a ocorrência de novos casos suspeitos e confirmados de dengue manteve-se em crescimento, conforme previsto, devido ao elevado volume de chuvas na região, fator que favorece a proliferação do mosquito transmissor. No período, foram notificados 565 casos suspeitos, dos quais 504 foram descartados e 61 confirmados. Embora tenha sido observado um aumento na taxa de positividade, o percentual ainda é considerado baixo em relação ao total de notificações. Diante desse cenário, a intensificação do monitoramento de sintomas, o fortalecimento das ações de controle do vetor e o reforço na notificação de casos suspeitos continuam sendo medidas fundamentais para conter a disseminação da doença.

Percentual de NS1 Positivos



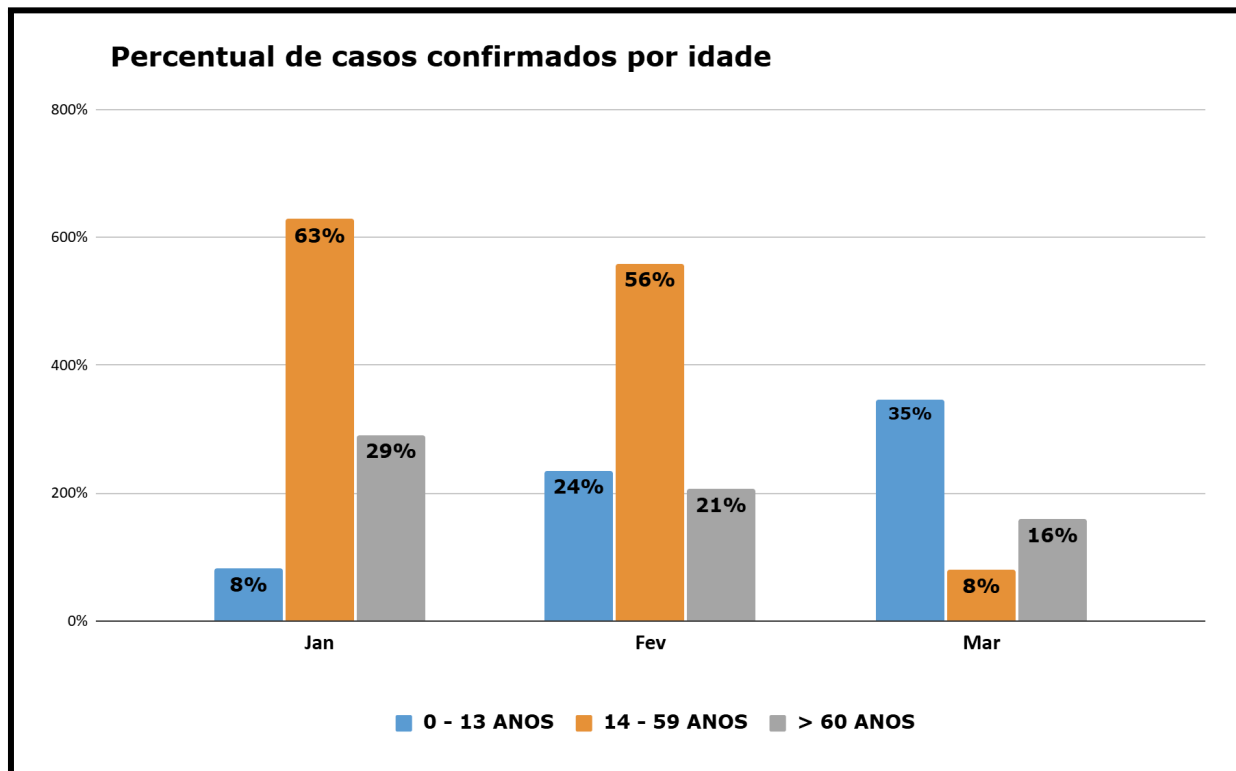
Análise crítica: A análise do percentual de casos notificados revela um aumento progressivo nos registros de casos suspeitos e confirmados de dengue ao longo dos meses. Em particular, no mês de março, observou-se um crescimento de 8% nos casos positivos em comparação com fevereiro. Embora esse percentual possa parecer modesto, ele representa um impacto significativo, considerando o expressivo aumento no número total de casos suspeitos.

Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados COVID-19



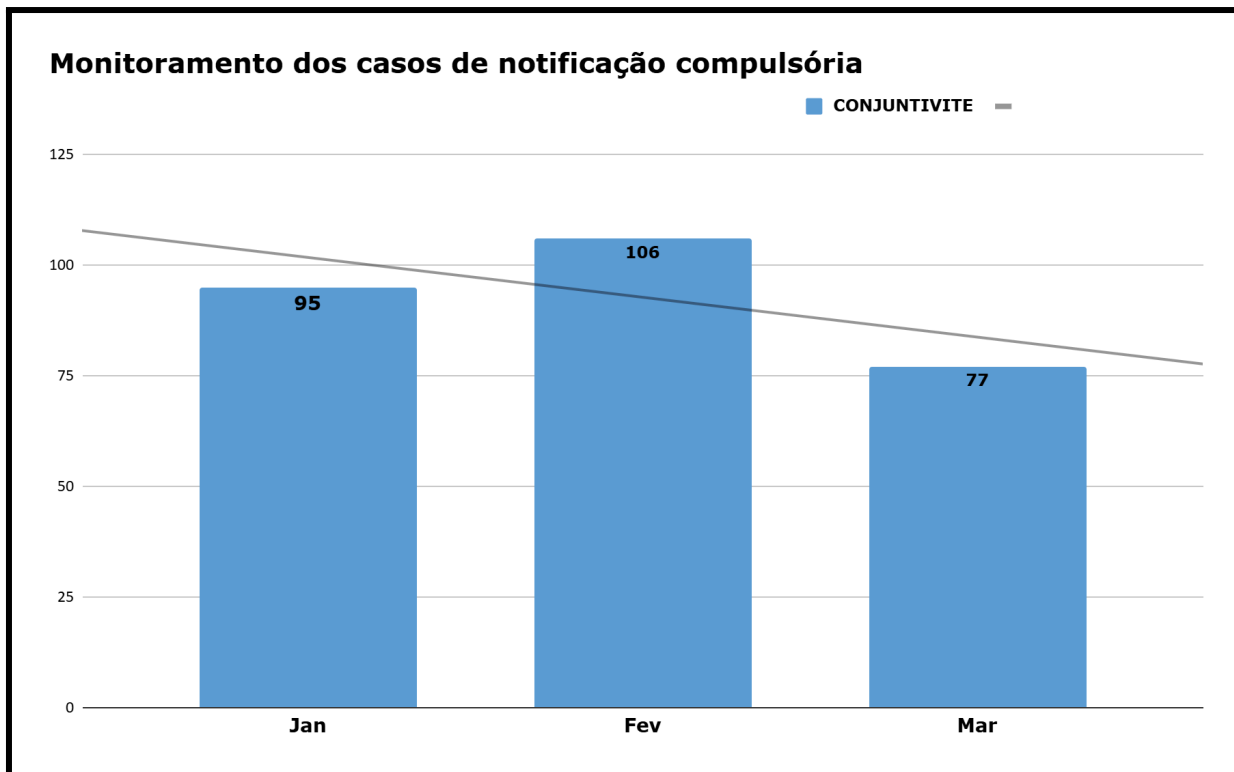
Análise crítica: Os dados de março indicam um cenário epidemiológico favorável, demonstrando uma queda no número de casos suspeitos na unidade, com um total de 390 testes realizados, desses, 370 com resultado negativos e somente 18 positivos, apresentando uma porcentagem de 5% no total de casos suspeitos, certificando que a transmissão do vírus está reduzida, refletindo possivelmente o impacto de medidas preventivas e da imunização. Apesar dessa melhora, a continuidade da vigilância epidemiológica é essencial para garantir que essa tendência se mantenha. Monitoramento constante, testagem adequada e estratégias de prevenção devem seguir sendo prioridades para evitar novos surtos e assegurar o controle da COVID-19 a longo prazo.

Faixa etária dos casos confirmados COVID-19



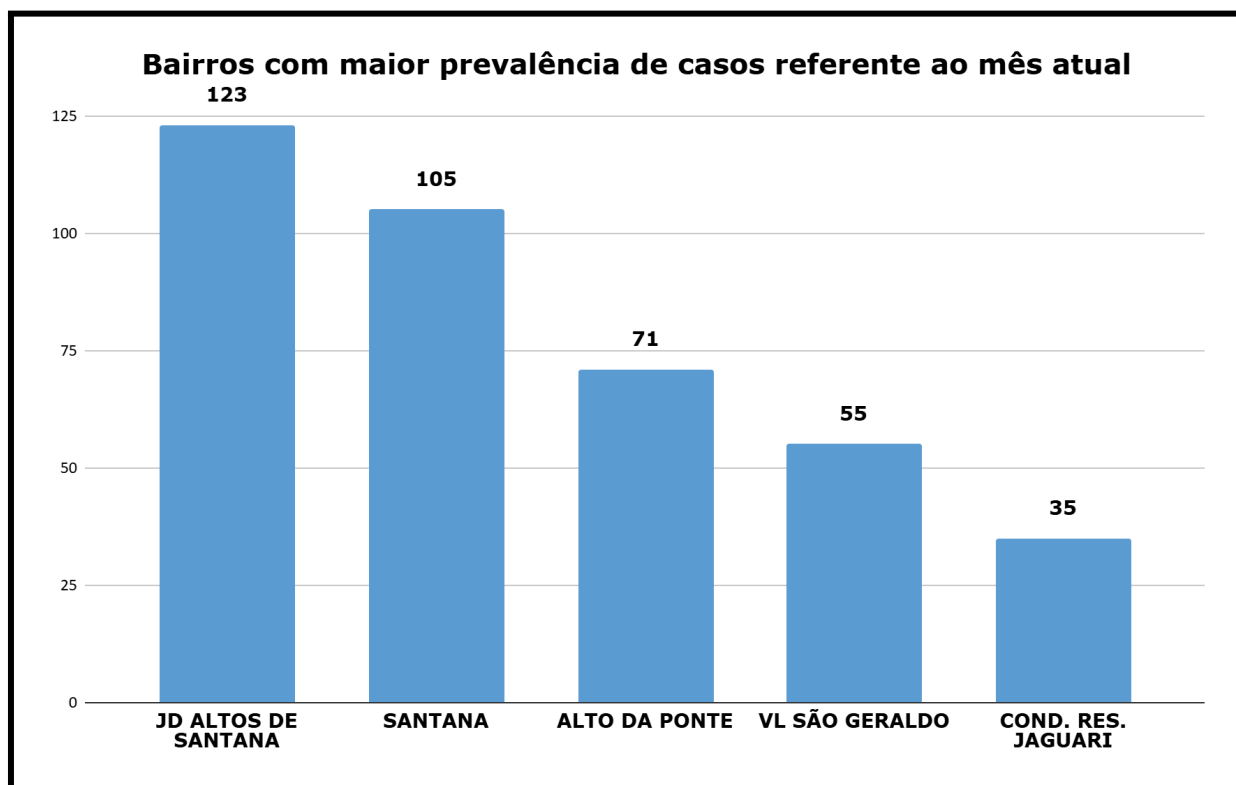
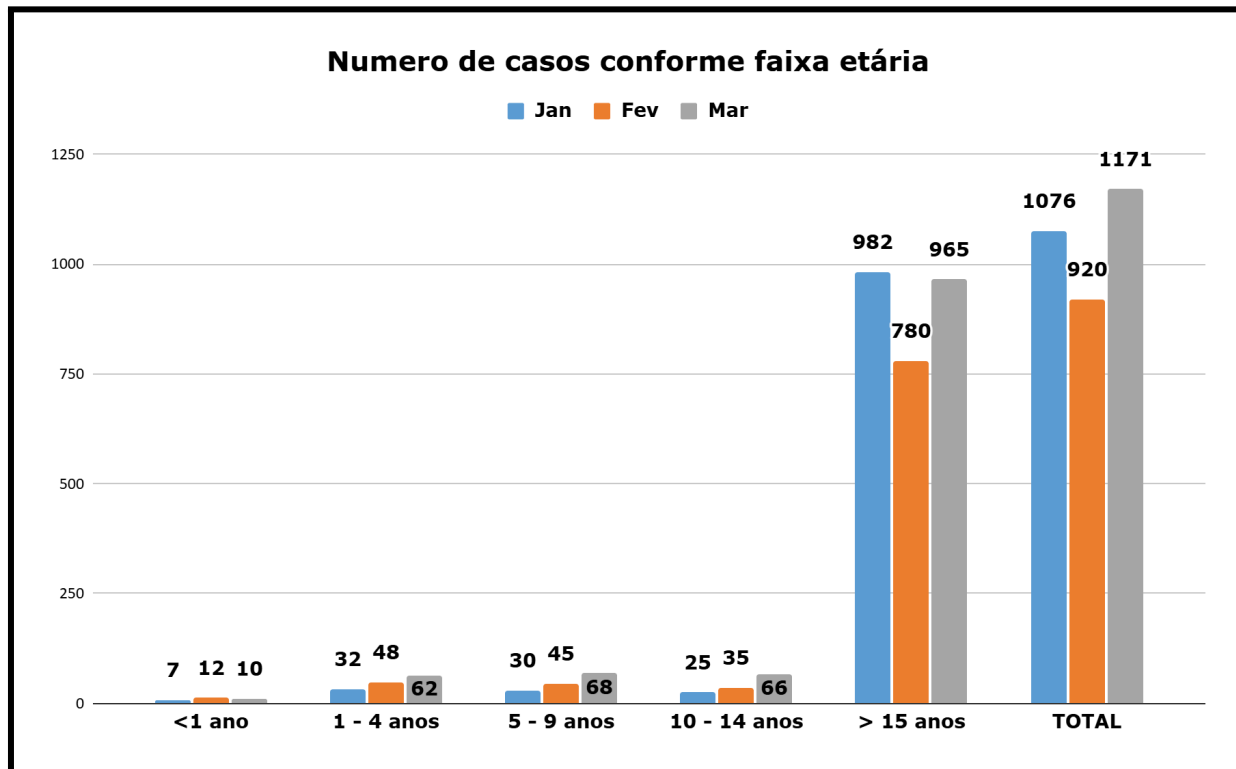
Análise crítica: Em março, a distribuição dos casos de Covid-19 apresentou uma queda em relação ao mês anterior, porém a concentração de casos positivos em crianças de 0 a 13 anos, apresentou o de maior incidência, representando 35% dos casos confirmados. Os adultos de 14 a 59 anos corresponderam a 8% dos casos positivos, enquanto os idosos (60 anos ou mais) representaram 16%. A taxa de recusa ao teste foi baixa, com apenas 2 casos, o que demonstra um bom nível de adesão à testagem. Apesar do número reduzido de casos positivos em comparação ao total de testagens, a vigilância constante e as ações preventivas continuam sendo essenciais para o controle da disseminação do vírus, principalmente nas faixas etárias mais vulneráveis.

Monitoramento dos casos de notificação compulsória



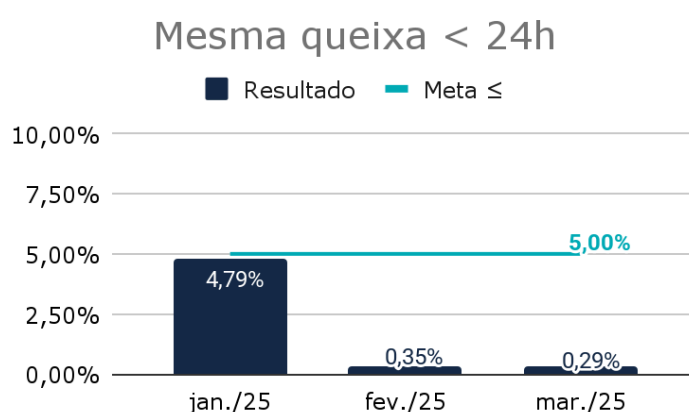
Análise crítica: No mês de março, foram registradas 2.258 notificações compulsórias, abrangendo casos de Covid-19, diarreia e dengue, cada um com seu próprio monitoramento. O maior número de notificações foi observado para conjuntivite, com 77 casos reportados, apresentando uma queda de 27% em relação ao mês anterior. O acompanhamento contínuo e a análise detalhada desses dados são fundamentais para identificar tendências e variações, possibilitando o aprimoramento das ações de prevenção, controle e orientação à população. Dessa forma, reforça-se o compromisso com a saúde pública e a resposta eficaz diante do cenário epidemiológico.

Monitoramento dos casos de Doenças Diarreicas Aguda (DDA)



Análise crítica: O monitoramento dos casos de Diarreia no mês de março apresentou um número de um mil cento e setenta e um (1.1171) casos notificados, um aumento de duzentos e cinquenta e um (251) novos casos, referente ao mês anterior. Desses, tivemos um total de dez (10) casos notificados em crianças abaixo de 1 ano, sessenta e dois (62) em crianças de 1 a 4 anos, sessenta e oito (68) em crianças de 5 a 9 anos e sessenta e seis (66) de 10 a 14 anos. Já na idade acima de 15 anos tivemos um total de novecentos e sessenta e cinco (965) casos notificados. Os bairros que maior incidência de casos foram: JD Altos de Santana com cento e vinte e três (123) casos, Santana com cento e cinco (105) casos, Alto da Ponte com setenta e um (71) casos, VL São Geraldo com cinquenta e cinco (55) casos e Condomínio Residencial Jaguari com trinta e cinco (35) casos. Continuaremos a monitorar os casos de diarreia, com foco nas faixas etárias mais afetadas e nas áreas de maior incidência, a fim de identificar padrões e adotar medidas de prevenção e controle mais eficazes.. Continuaremos a monitorar os casos de diarreia, com foco nas faixas etárias mais afetadas e nas áreas de maior incidência, a fim de identificar padrões e adotar medidas de prevenção e controle mais eficazes.

5.1.21 Pacientes atendidos pela mesma queixa ≤ 24h



Análise crítica: No mês de março, foi registrada uma redução significativa no percentual de pacientes que retornaram para nova consulta em até 24 horas, passando de **0,35%** para **0,29%**. Essa melhora expressiva reflete diretamente o impacto positivo das reuniões semanais de discussão de casos clínicos,

promovidas pela equipe de melhoria médica, e do alinhamento contínuo de processos nas reuniões da coordenação. Esses encontros têm se mostrado fundamentais para a análise crítica dos atendimentos e para a implementação de ações corretivas e preventivas de forma ágil.

Outro fator que contribuiu para esse avanço foi a substituição do sistema de prontuário eletrônico, que agora oferece aos médicos acesso mais eficiente às informações dos pacientes, incluindo o histórico recente de atendimentos, o que favorece uma tomada de decisão mais precisa e segura.

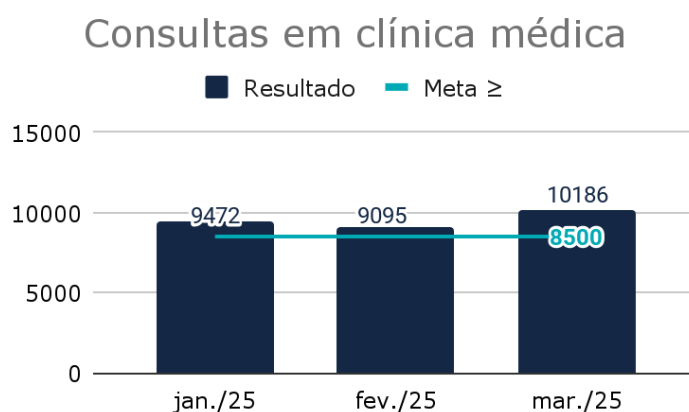
Adicionalmente, o reforço no gerenciamento dos protocolos de atendimento com intervenção imediata também tem influenciado positivamente o desempenho desse indicador, prevenindo retornos desnecessários e melhorando a resolutividade já no primeiro atendimento além do trabalho em rede visando sempre o atendimento integrado ao paciente.

Apesar da redução observada, foi identificado que a principal causa de retorno dos pacientes ainda está relacionada à solicitação de atestados médicos, o que indica uma oportunidade para revisão e possível aprimoramento desse processo específico.

6. Indicadores

6.1 Produção - UPA ALTO DA PONTE

6.1.1 Consultas em clínica médica

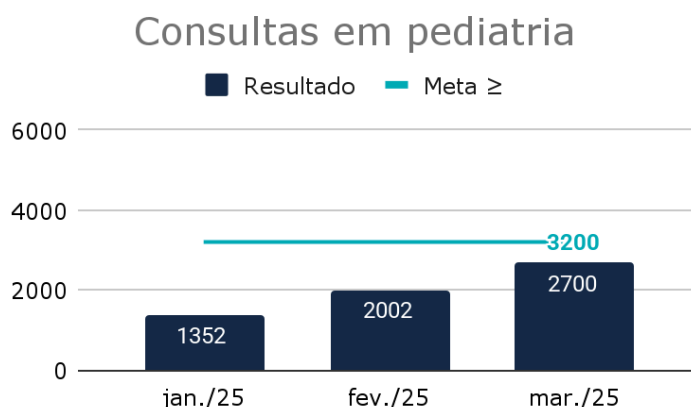


Análise crítica: No mês de março, a unidade realizou **10.186** atendimentos na ala clínica, representando um aumento de **12,12%** em relação ao mês anterior, que totalizou **9.085** atendimentos. Esse resultado superou de forma expressiva a meta estabelecida no plano de trabalho, que era de **8.500** atendimentos, com um crescimento de **19,84%** acima do previsto.

Esse desempenho reforça a excelente preparação e o alto nível de comprometimento da equipe clínica em lidar com um volume elevado de pacientes, mantendo a qualidade e agilidade no atendimento.

O dia de maior movimento na ala clínica foi **24 de março**, com o registro de **552** atendimentos, confirmando a tendência de alta demanda observada ao longo do mês. O CID A09, em consonância com o perfil sazonal característico do período.

6.1.2 Consultas em pediatria



Análise crítica: Durante o mês de fevereiro, o setor de pediatria registrou **2.700** atendimentos, o que representa um aumento de **34,83%** em relação ao mês anterior, que contabilizou **2.002** atendimentos. Apesar desse crescimento, o total ainda ficou abaixo da meta estipulada de **3.200** atendimentos.

Esse resultado está diretamente relacionado ao perfil epidemiológico da unidade, cuja população atendida é predominantemente idosa, o que naturalmente reduz a demanda por atendimentos pediátricos.

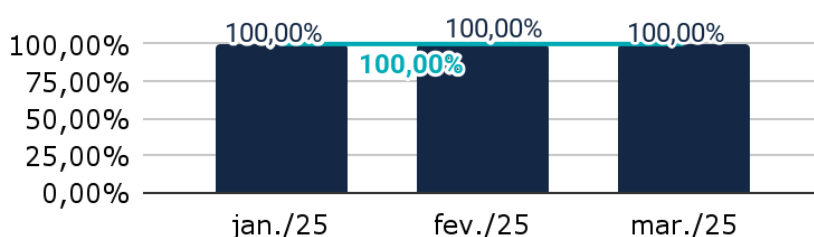
Diante desse cenário, sugerimos a repactuação da meta de atendimentos para o setor de pediatria, considerando que o número atual não vem sendo alcançado de forma consistente. A baixa procura reforça a necessidade de um ajuste mais compatível com o perfil real da população atendida.

O dia de maior fluxo no setor ocorreu em **24 de março, com 153 atendimentos** pediátricos registrados, representando **5,67%** do total mensal.

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

Procedimentos de enfermagem na

■ Resultado ■ Meta



Análise crítica: No mês de março, a unidade atendeu um total de **14.369** pacientes na sala de medicação, todos assistidos em menos de uma hora. Em comparação com fevereiro, que registrou 12.469 atendimentos, houve um aumento de 15,24% no número de pacientes atendidos.

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

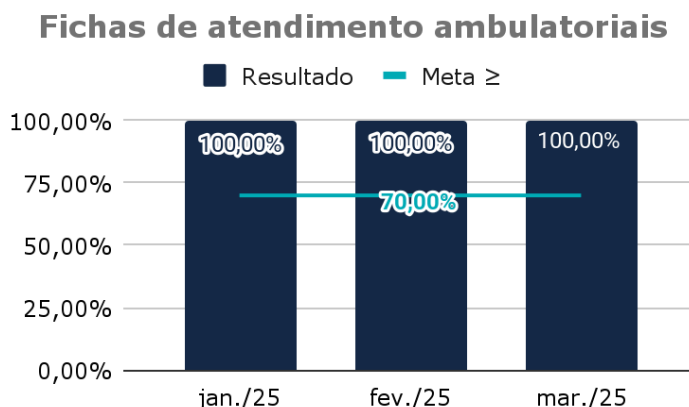
Durante o período analisado, foram realizados diversos procedimentos, com destaque para as seguintes vias de administração e suas respectivas proporções:

- **Endovenosa: 45.895 procedimentos (49,8%)**
- **Intramuscular: 34.402 procedimentos (37,3%)**
- **Oral: 17.185 procedimentos (18,6%)**
- **Subcutânea: 3.781 procedimentos (4,1%)**
- **Inalatória: 911 procedimentos (1,0%)**

Embora os indicadores apontem um desempenho sólido, a ampliação do quadro de profissionais técnicos poderia fortalecer ainda mais a capacidade de resposta da unidade. Diante de um possível aumento contínuo da demanda, essa expansão contribuiria para a manutenção da qualidade e agilidade nos atendimentos, reduzindo impactos nos tempos de espera e garantindo suporte adequado à equipe para lidar com o alto fluxo de pacientes.

7. Indicadores de Gestão - UPA ALTO DA PONTE

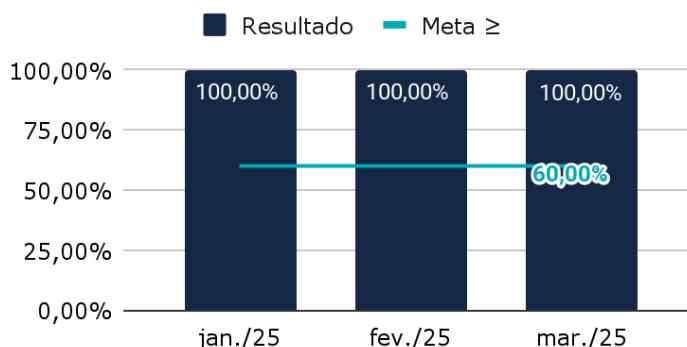
7.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período



Análise crítica: No mês de março, atingimos 100% de conformidade no faturamento, com um total de **12.886 fichas faturadas**, superando amplamente a meta estipulada de 70%. Esse resultado demonstra a alta eficácia e precisão da equipe de faturamento, evidenciando que os processos internos estão sendo conduzidos de maneira extremamente eficiente. Ressaltamos que a nova plataforma tem sido fundamental para otimizar o processo de faturamento. Com a possibilidade de exportações diárias do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), a plataforma automatiza e agiliza o registro dos procedimentos realizados. Essa automação impactou diretamente a eficiência da equipe, reduzindo a possibilidade de falhas manuais e assegurando a conformidade de 100%.

7.2 Proporção de atendimento prioritário a pessoas vulneráveis

Atendimento a pessoas vulneráveis



Análise Crítica: No mês de março, a unidade conseguiu atender integralmente os critérios estabelecidos no edital relacionados ao atendimento diferenciado para pessoas vulneráveis. Os critérios contemplados foram:

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

O cumprimento total desses critérios demonstra o compromisso da unidade com a **inclusão** e o **atendimento humanizado**, refletindo uma abordagem centrada no paciente e a atenção às necessidades específicas das pessoas vulneráveis. Cada um desses pontos contribui de forma significativa para criar uma **experiência positiva** para os usuários e para melhorar a **eficiência global** dos serviços prestados.

Atendimento Diferenciado às Pessoas Vulneráveis (AVD): O cumprimento deste critério garante que as pessoas em situações de vulnerabilidade recebam um atendimento que leve em consideração suas necessidades e desafios específicos. Isso não só aprimora a qualidade do atendimento, mas também

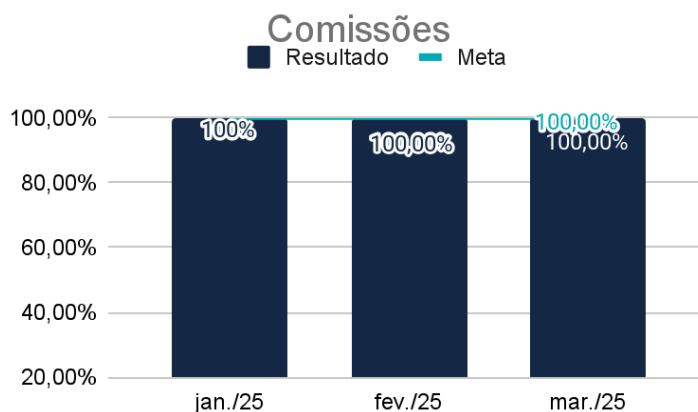
reforça o compromisso da unidade com a **equidade e respeito** aos direitos dos pacientes, oferecendo um cuidado mais acolhedor e humanizado.

Sinalização Indicativa de Atendimento Preferencial (SAI): A sinalização adequada é fundamental para orientar e facilitar o acesso das pessoas com direito ao atendimento preferencial, assegurando que esses pacientes sejam atendidos de maneira eficiente e sem obstáculos.

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

Capacitação de Pessoal para Atendimento às Pessoas Vulneráveis (CAP): A formação contínua da equipe para lidar com as necessidades específicas das pessoas vulneráveis aprimora a qualidade do atendimento e torna a equipe mais eficaz no trato com empatia e competência.

7.3 Percentual de comissões atuantes e regulares



Análise crítica: Todas as atas estão anexadas ao final deste documento.

Comitê Evoluir: Foi implantado na unidade o comitê evoluir que visa desenvolver competências de lideranças da UPA Alto da Ponte, promovendo uma gestão eficiente e humanizada. A primeira reunião foi realizada no dia 26/03/2025 onde aconteceu a abertura do comitê com ação de humanização e conscientização aos líderes, conforme item 9.9 deste documento. Este projeto visa desenvolver os líderes da unidade para alta gestão, com Programas periódicos de treinamento, workshops e mentorias para aprimoramento contínuo das competências.

Comissão de Revisão de Prontuários: Neste período não tivemos reunião, pois a mesma é bimestral, a próxima reunião será realizada em 30/04/2025.

Comissão de Ética Médica: No dia 26/02/2025, conforme cronograma inicial foi realizada a reunião desta comissão, nesta reunião foi colocado em discussão duas notificações de eventos que ocorreram na unidade e o plano de ação elaborado, conforme em anexo no item 9.2 deste documento.

Comissão de Ética de Enfermagem: No dia 10/03/2025 foi realizada a cerimônia de posse da comissão na unidade, com a presença do COREN e dos membros da comissão e gestão da unidade, conforme anexo no item 9.1 deste documento.

Comissão CCIH: A reunião foi realizada no dia 19/03/2025 onde ocorreu a apresentação dos indicadores e monitoramentos, sendo eles: Consumo de produto para higienização das mãos; Percentual de adequação a prática de higiene das mãos – 5 momentos; Percentual de adequação a prática de higiene das mãos – categoria profissional; Percentual de cumprimento ao protocolo da meta 5; Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de ITU; Percentual de adesão ao protocolo de infecção da corrente sanguínea; Percentual de reprocesso de PPS; Percentual de recoletas de material biológico; Cobertura vacinal de profilaxia antirrábica humana pós exposição; Cobertura vacinal de dupla adulto pós trauma; Monitoramento do percentual de casos suspeitos de dengue de acordo com resultado do NS1; Monitoramento de casos suspeitos/confirmados de Covid-19; Monitoramento de notificações compulsórias e notificação de agravos de interesse municipal; Monitoramento de DDA – Doenças Diarreicas Agudas. Alguns assuntos foram abordados dentre eles:

- Apresentação do Programa de Controle de Infecção;
- Foi realizado Protocolo do fluxo de RT PCR e sorologia para confirmação de exames de arboviroses;
- Elaboração do Protocolo de Antimicrobianos da unidade, pelo RT médico, RT farmácia e SCIRAS, conforme Remume do município;
- Elaboração do plano de contingência da CME;
- Participação do desafio da higienização das mãos;
- Realizada reunião com as RTs da UBS, sobre a utilização, diluição e validade do Perox;
- Importância da balança para resíduo hospitalar;
- Manutenção da diluidora dos saneantes da unidade;
- Importância da troca do dispenser de álcool em gel e sabão que hoje está sendo graduado por refil;
- Análise da água na unidade.

A próxima reunião conforme programação será dia 16/04/2025

Comissão da CIPA: Está aguardando processo eleitoral.

Comissão de Farmácia Terapêutica: No mês de março, durante o encontro programado da Comissão de Farmacoterapia, foram discutidas as principais ações e cuidados relacionados ao uso de antibióticos na unidade. Entre os assuntos abordados, destacaram-se a seleção dos antibióticos padrão utilizados, a eficácia desses medicamentos no tratamento das infecções mais comuns, as estratégias para o controle da resistência antimicrobiana e as propostas de atualização dos protocolos clínicos..

Núcleo de Segurança do Paciente: No dia 12/03/2025 foi concluído e apresentado a todos a **POL.AS.CCI.CGR.001.005 - POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GERENCIAMENTO DE RISCO**, foi atualizado também o acesso ao NOTIVISA, apresentado eventos que foram notificados e capacitações realizadas conforme anexo ao item 9.3 deste documento.

Comissão de Verificação de Óbitos: No dia 12/03/2025 foi realizada a reunião onde foram discutidos o perfis de obitos dos pacientes, relacionados a faixa etaria e sexo, conforme item 9.6 deste documento.

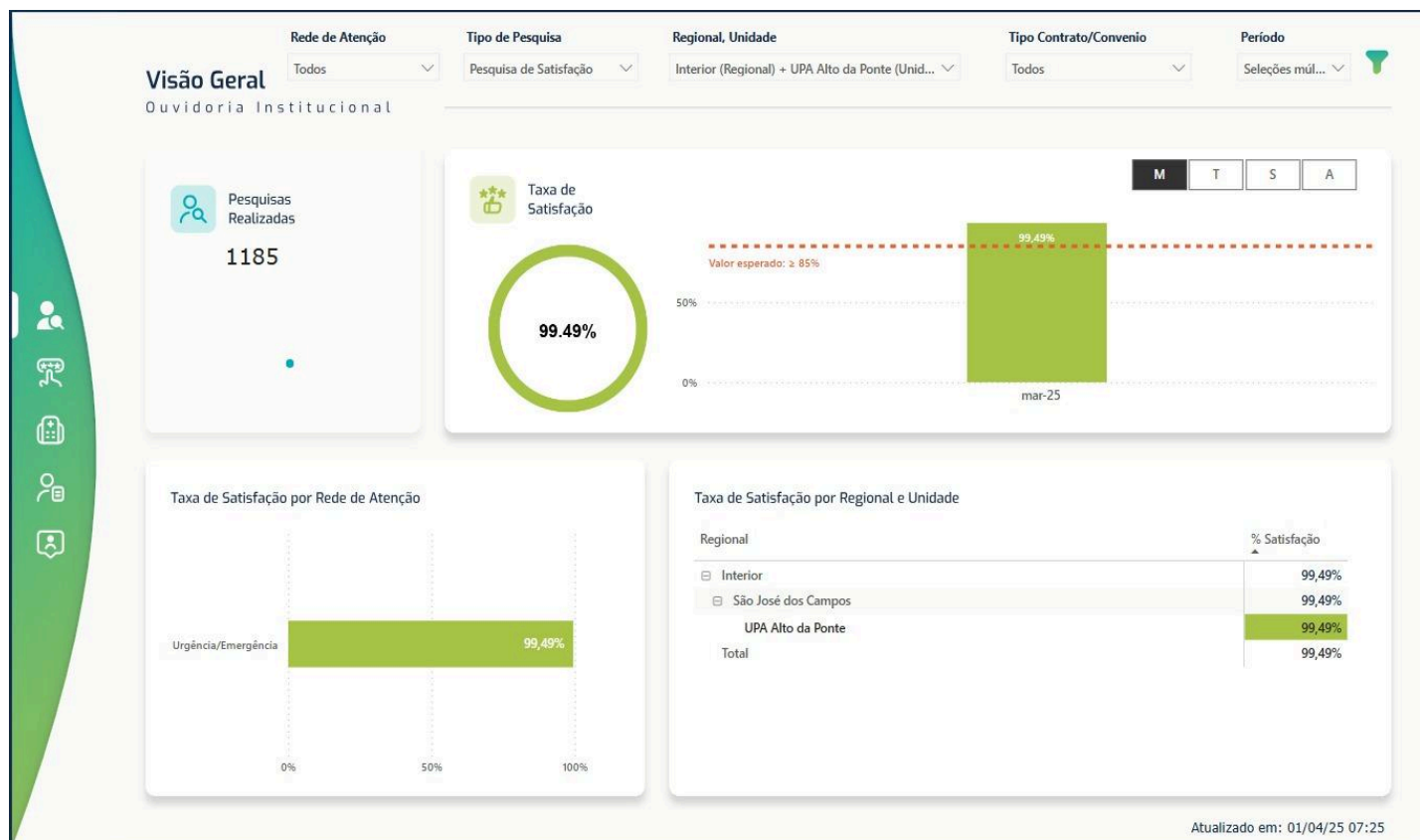
Reunião Técnica: Neste período foi realizada a reunião onde alinhamos a alteração necessária ao protocolo de sepse para aplicabilidade na unidade, após esta aprovação enviamos ao corporativo da sede para aprovação e agendamento da capacitação, conforme item 9.7 deste documento.

Reunião Clínica: Neste período, realizamos a reunião proposta, abordando o tema da identificação do paciente, em resposta a relatos das equipes sobre a emissão de documentos com nomes incorretos. A unidade, sempre comprometida com a segurança e a qualidade do atendimento, prontamente mobilizou todas as áreas para participar das reuniões da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente. O objetivo é compreender as causas dessa ocorrência e implementar ações corretivas eficazes, garantindo a padronização dos processos e a mitigação do problema no menor tempo possível. Segue ata da reunião item 9.8 deste documento.

8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

8.1.1 Avaliação do Atendimento



Análise crítica: No mês de março, a unidade alcançou um excelente índice de aprovação no atendimento, registrando 99,49% de satisfação e apenas 0,51% de insatisfação. Esses números refletem a excelência dos serviços prestados e a eficácia dos processos implementados, demonstrando que a grande maioria dos pacientes está satisfeita com a qualidade do atendimento recebido.

A taxa de aprovação de 99,49% indica que os serviços estão alinhados às expectativas dos usuários, reforçando a eficiência das práticas adotadas. Por outro lado, o índice de insatisfação de 0,5% é extremamente baixo, evidenciando que a unidade tem sido bem-sucedida na minimização de fatores que possam gerar frustração. A principal causa apontada pelos pacientes para a insatisfação está relacionada ao tempo de espera, especialmente nos dias de maior demanda, às

segundas, terças e sextas-feiras , quando a unidade recebe um volume expressivo de atendimentos.

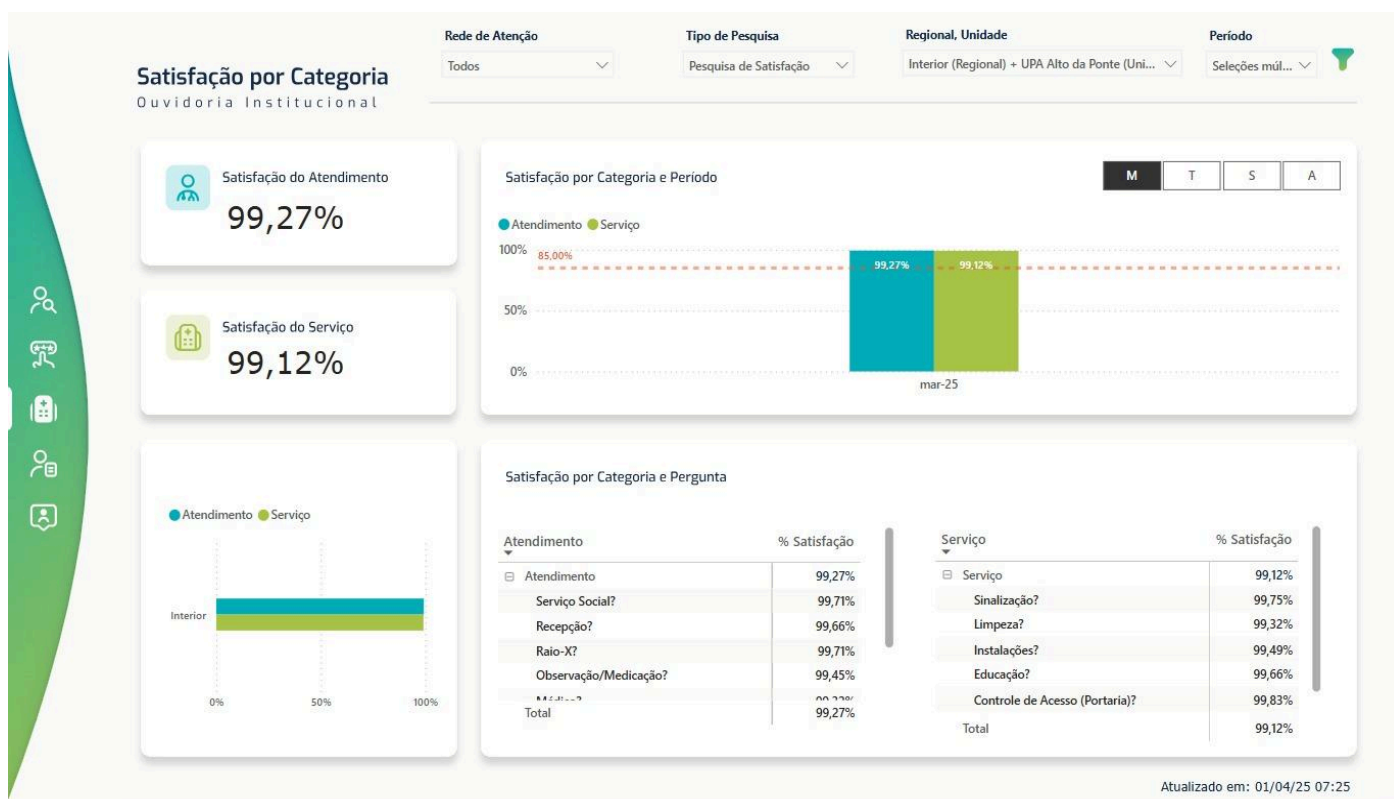
Para aprimorar continuamente a qualidade do serviço, a unidade tem investido no fortalecimento das pesquisas de satisfação. O trabalho conjunto entre o concierge hospitalar e o serviço social tem sido essencial para estabelecer metas diárias de coleta de respostas, possibilitando a identificação de áreas de melhoria e a manutenção dos altos padrões de atendimento.

Em março, foram coletadas 1.185 pesquisas, o maior número já registrado na unidade. Esse avanço representa um crescimento expressivo de 197% em relação ao mês anterior e reflete o engajamento da equipe multidisciplinar, que passou a enxergar a pesquisa não como uma meta, mas como uma ferramenta essencial para identificar oportunidades de melhoria e promover mudanças culturais dentro da unidade.

Como parte da estratégia de aprimoramento contínuo, foi implementada uma nova pesquisa pós-observação/intervenção, integrando-a ao plano de ação da unidade. Essa iniciativa permitirá uma visão mais ampla da experiência do paciente e contribuirá para a melhoria progressiva dos serviços prestados, os dados estão apresentados no tópico 8.1.4.

A participação ativa nas pesquisas é fundamental para identificar oportunidades de melhoria e garantir a evolução constante dos nossos processos. Seguimos comprometidos em oferecer um atendimento de excelência, sempre buscando aprimorar a experiência de cada paciente.

8.1.2 Avaliação do Serviço



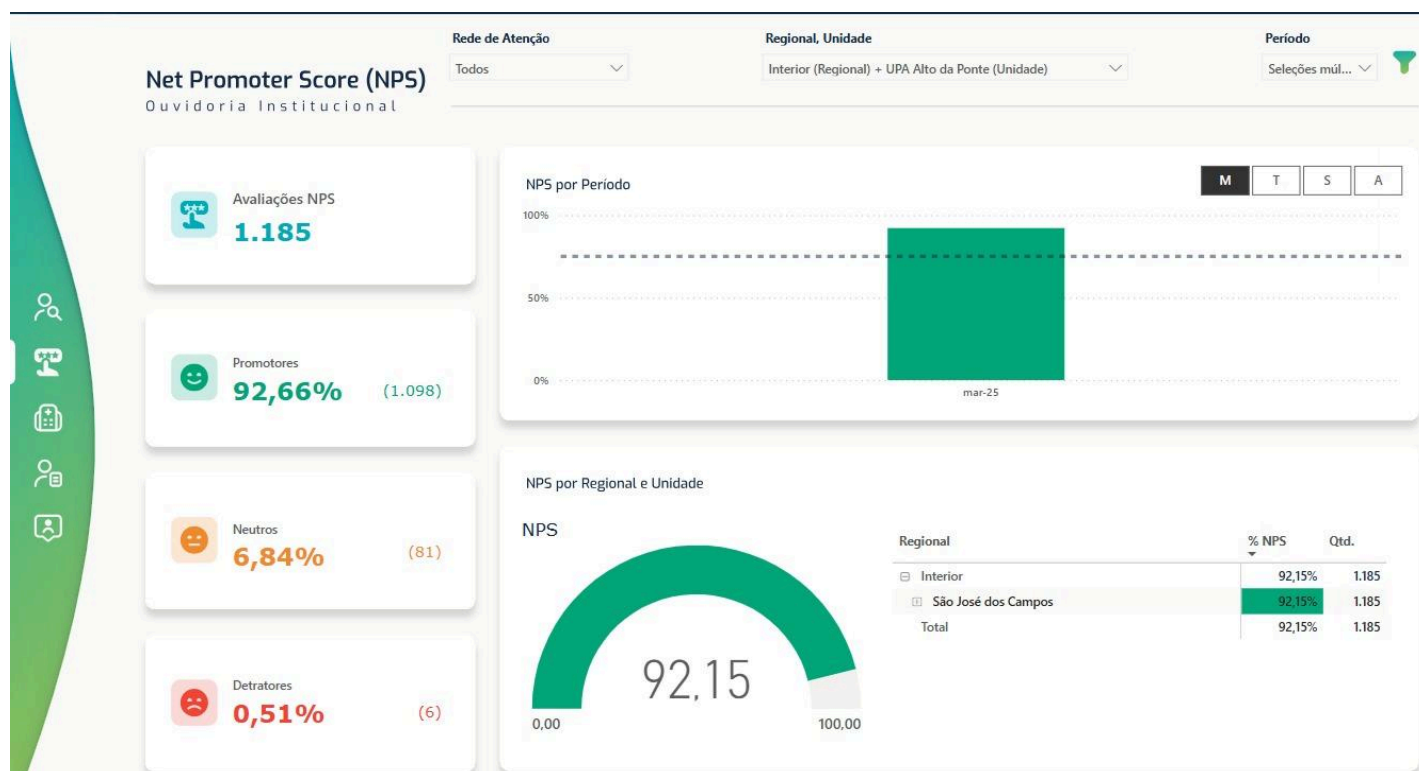
Análise crítica: Na avaliação dos serviços, registramos um índice de aprovação de 99,12%, enquanto a taxa de insatisfação foi de apenas 0,78%. Esses resultados demonstram o alto nível de satisfação dos usuários com os serviços prestados pela unidade.

Em comparação com o mês anterior, cuja avaliação geral foi de 98,10%, houve um aumento de 1,02%. Embora modesto, esse crescimento reforça a evolução contínua da unidade, mesmo em patamares já elevados de aprovação.

A taxa de aprovação de 99,12% reflete a alta satisfação dos clientes com a qualidade dos serviços prestados, evidenciando o sucesso da unidade em atender de maneira eficaz às expectativas e necessidades dos usuários. Esse percentual elevado, que tem se mantido em crescimento, demonstra o compromisso da gestão com a melhoria contínua e com a excelência no atendimento, sempre buscando aprimorar os serviços oferecidos para garantir a satisfação plena dos nossos clientes.

É importante destacar o excelente desempenho da equipe de controle de acesso, que obteve o índice mais alto de elogios em relação aos serviços prestados, alcançando 99,83% de satisfação. Esse resultado é extremamente positivo, evidenciando a dedicação e o compromisso da equipe com a qualidade e a excelência no ambiente da unidade. Com um índice tão elevado, fica claro que o controle de acesso é um fator essencial para a experiência dos pacientes e visitantes, refletindo diretamente no bem-estar e conforto de todos. Esse sucesso também destaca a importância do trabalho contínuo e do padrão elevado que a unidade busca manter, sempre visando a satisfação total dos usuários.

8.1.3 Net Promoter Score (NPS)



Análise crítica: O Net Promoter Score (NPS) demonstra que a grande maioria de nossos clientes recomendaria os serviços de atendimento, evidenciando um diferencial competitivo significativo para a nossa unidade. Esse indicador reflete a satisfação dos pacientes e fortalece a reputação da instituição no mercado.

Com o objetivo de aprimorar continuamente nossos serviços, teremos como foco duas frentes principais: aumentar o número de pesquisas de satisfação realizadas diariamente e consolidar as informações coletadas em ações de melhoria contínua.

Em março, a unidade alcançou um excelente resultado de 92,15%, superando a meta estabelecida de 85%. Esse desempenho reflete não apenas o comprometimento da equipe, mas também a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, evidenciando que conseguimos superar as expectativas. Um dado importante que também se destaca é que 92,66% dos nossos clientes se classificam como promotores, o que demonstra que a grande maioria dos pacientes está satisfeita e disposta a compartilhar sua experiência positiva, ajudando a divulgar o bom atendimento recebido em nossa unidade.

Por outro lado, 6,84% dos pacientes classificaram sua experiência como neutra, o que representa uma oportunidade de aprimoramento no atendimento. Para endereçar essa questão, a unidade vem implementando estratégias eficazes, como a pesquisa de satisfação pós-alta e a mudança da cultura da equipe, que tem se engajado ativamente na coleta das pesquisas. Esses esforços já demonstram resultados positivos, com uma progressão contínua nos índices de satisfação mês a mês.

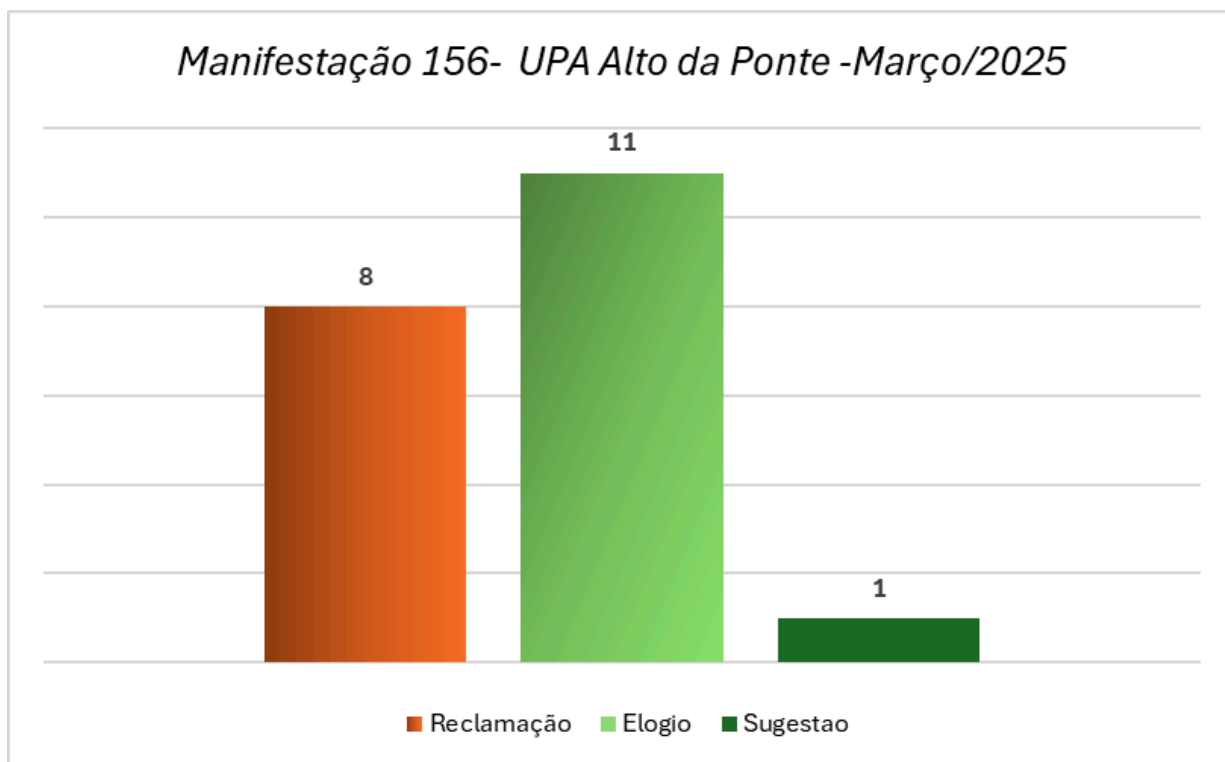
Embora o aumento de 2% no NPS possa parecer modesto, quando os índices já ultrapassam os 90%, cada detalhe nos processos torna-se essencial para elevar ainda mais a qualidade do atendimento. E é justamente nesse aprimoramento minucioso que a unidade tem focado, garantindo que cada ajuste contribua para a excelência dos serviços prestados.

As ações planejadas não têm apenas o objetivo de aumentar a satisfação dos pacientes, mas também de promover a melhoria contínua de todos os processos internos. Com uma abordagem proativa e a participação ativa de toda a equipe, buscamos aprimorar a experiência do paciente, tornando-a cada vez mais positiva.

Transformar pacientes neutros e insatisfeitos em promotores da unidade é um passo essencial para o amadurecimento dos nossos processos. Esse trabalho contínuo fortalece nossa missão de oferecer um atendimento de excelência, ao

mesmo tempo em que fomenta a fidelização e o engajamento dos pacientes com a unidade.

8.1.4 Ouvidoria Municipal - 156



Análise crítica: Em março, a unidade obteve novamente um excelente desempenho nas ouvidorias municipais, por meio do serviço 156. Houve um número maior de elogios do que de reclamações novamente, com um total de 20 registros no mês, sendo 11 elogios. 08 manifestações e 01 sugestão. Os elogios foram especialmente direcionados ao atendimento humanizado prestado por toda a equipe multidisciplinar, com ênfase esse mês nos referente aos profissionais da enfermagem e da equipe médica.

A unidade tem registrado uma evolução significativa nos índices de satisfação, reflexo das constantes melhorias nos processos gerenciais e operacionais. Esse avanço se deve, sobretudo, ao acompanhamento das pesquisas, que são tratadas não como uma obrigação atrelada a metas, mas como uma ferramenta essencial para identificar oportunidades de aprimoramento.

Quanto às tratativas, todas as manifestações registradas pelo canal 156 são tratadas individualmente, de acordo com a queixa apresentada pelo usuário. A equipe do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) entra em contato telefônico com o paciente para acolher a demanda, fornecer esclarecimentos e realizar os devidos encaminhamentos, conforme necessário.

Em relação a questionamentos sobre o tempo de espera, esclarecemos que os atendimentos seguem os critérios do Protocolo de Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Muitas das manifestações estão relacionadas à percepção de demora, mesmo quando os tempos de espera estão dentro dos parâmetros estabelecidos pelo protocolo. Além disso, seguimos o prazo contratual, garantindo que o atendimento ocorra em até 2 horas.

Implantação da Pesquisa de Satisfação Pós-Alta

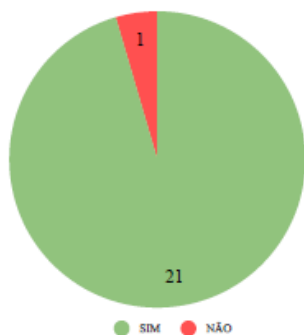
Além disso, foi implantado o serviço de contato pós-alta para pacientes que permaneceram em observação na unidade, como forma de garantir um acompanhamento humanizado e verificar o grau de satisfação do usuário quanto à sua experiência durante o período de permanência.

 PLANILHA DE SATISFAÇÃO AO USUÁRIO - OBSERVAÇÃO 		
	SIM	NÃO
1- Você ficou satisfeito com o atendimento que foi oferecido nos dias em que esteve em nossa unidade?	21	1
2- As informações/orientações prestadas pela equipe médica sobre o tratamento foram claras?	22	0
3- Suas chamadas foram atendidas prontamente pela enfermagem?	21	1
4- Você recomendaria nosso atendimento a amigos e parente?	22	0
5- Faz alguma acompanhamento na UBS?	20	2

O questionário é breve e conduzido pelo concierge hospitalar, com o apoio da equipe administrativa. Ele é composto por poucas perguntas, porém, de grande relevância, voltadas para a realização de uma pesquisa específica com esse grupo de pacientes. O objetivo é coletar informações detalhadas sobre a experiência dos usuários que passaram pelos setores de observação, sala amarela e emergência, e que receberam alta médica, permitindo uma avaliação precisa da qualidade do atendimento prestado.

Essa abordagem permite uma análise mais precisa da qualidade do atendimento prestado, identificando oportunidades de melhoria nos serviços oferecidos e aprimorando a experiência do usuário na unidade. Como resultado desse processo, a unidade realizou 22 pesquisas com sucesso, conseguindo contato com os pacientes, e obteve um índice de satisfação excelente, atingindo **96,23%**.

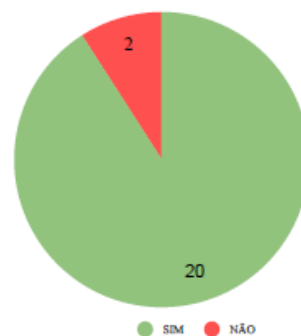
1- Você ficou satisfeito com o atendimento que foi oferecido nos...



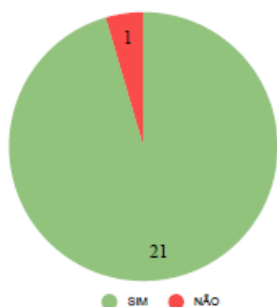
2- As informações/orientações prestadas pela equipe médica sobre o tratamento foram clar...



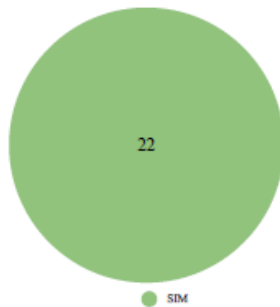
5- Faz alguma acompanhamento na UBS?



3- Suas chamadas foram atendidas prontamente pela enfermagem?



4- Você recomendaria nosso atendimento a amigos e pare...



9. COMISSÕES E COMITÊS

9.1 Comissão de Ética de Enfermagem

 **PREFEITURA**
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

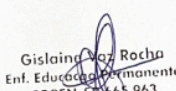
ATA DA 1ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM DA UPA ALTO DA PONTE

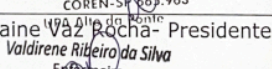
As 08:00 do dia dez de março de 2025, na UPA Alto da Ponte, sito à Rua Alziro Lebrão, nº76, Bairro: Alto da Ponte, São José dos Campos-SP, CEP: 12212-500, reuniram-se os membros da CEE:

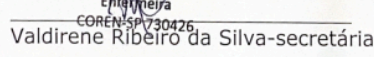
- Gislaine Vaz Rocha- Presidente
- Valdirene Ribeiro da Silva- Secretário (a)
- Fernando da Silva Viana- 3º Membro Efetivo
- Debora Valeska Silva Rodrigues- 4º Membro Efetivo
- Jaqueline de Souza- 5º Membro Efetivo
- Carla Sueli de Souza- 6º Membro Efetivo
- Júlio Antônio Setani- 7º Membro Efetivo
- Giulia Ribeiro Franca- 8º Membro Efetivo
- Sara Fabiana da Silva 9º Membro Efetivo
- Michelle Aparecida Monteiro da Cruz 11º Membro Efetivo

Para a cerimônia de posse: 01- Deliberações-Abertura dos trabalhos e verificações do quórum. Com ausência por motivos de saúde da 10º Membro Efetivo Gianni Carla Malaquias. 02- Leitura/apresentação de cada cargo e função. 03- Efetuado o empossamento pela conselheira Natali Sant Ana Petri.

Nada a mais havendo a tratar às 10:00 horas foi encerrada a cerimônia e lavrada a Ata, assinado por mim Gislaine Vaz Rocha- Presidente e Valdirene Ribeiro da Silva- secretário (a), e dos demais membros presentes na reunião.

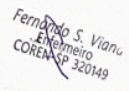

Gislaine Vaz Rocha
Enf. Educadora Permanente
COREN-SP 665.963

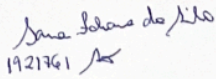

Valdirene Ribeiro da Silva
Enfermeira
COREN-SP 730426


Valdirene Ribeiro da Silva-secretária

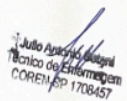

Giulia Franca Ribeiro
Técnica de enfermagem
COREN-SP 1727114

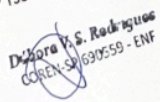

Jaqueline de Souza
Enfermeira
COREN-SP 649354

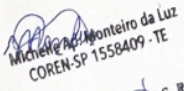

Fernando S. Viana
Enfermeiro
COREN-SP 320149


Sara Fabiana da Silva
1921761


Carla Sueli de Souza
COREN-SP 172325 ENF


Júlio Antônio Setani
Técnico de Enfermagem
COREN-SP 1708457


Debora Valeska Silva Rodrigues
COREN-SP 630559 - ENF


Michelle Aparecida Monteiro da Cruz
COREN-SP 1558409 - TE

UPA Alto da Ponte

Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

9.2 Comissão de Ética Médica



PRÓ MEMÓRIA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

DATA	26/02/2025	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CEM - Integrantes: Flávio Taniguchi (Presidente) / Diogo Benain (Secretário) / Rafael Vilela Azevedo (Membro Efetivo) / Rodrigo Bicalho (R.T. Médico)		

1. PAUTAS ABORDADAS

- ✓ Abertura da Reunião
- ✓ Discussão dos casos MedcSys-CEJAM (Casos em anexo)
- ✓ Ações definidas (Plano de Ação)
- ✓ Encerramento da Reunião

2. RELATÓRIO DOS PROCESSOS

Descrição da Ocorrência - Protocolo Nº 202521770641:

A paciente acima deu entrada na unidade com relato de dor torácica, sendo avaliada e estava na Sala Amarela enquanto aguardava transferência para o hospital de referência, afim de realizar Cateterismo Cardíaco. Paciente apresentou piora do quadro de dispneia sendo necessário transferi-la para a sala vermelha. Porém quando a equipe buscou o médico chefe de plantão diurno, descobriu que o mesmo havia ido embora por volta das 18:45, sem esperar a rendição do plantão noturno e sem comunicar os colegas que estavam atendendo via porta. O atendimento desta paciente ficou sob responsabilidade de uma médica que estava iniciando o plantão noturno na porta e do médico da equipe de remoção, que havia acabado de chegar para levar a paciente. A paciente evoluiu para IOT, sendo entubada pelo médico emergencista do plantão noturno.

Análise Conclusiva:

Existe sempre um médico capacitado para os atendimentos de Urgência e Emergência na unidade, seja de Chefe de Plantão, Diarista e/ou Médico da Porta. No caso em questão havia um médico do setor Porta ciente do paciente na sala amarela, o qual estava esperando vaga de transferência. No entanto o Médico Chefe de Plantão do período noturno sabendo da ciência dos pacientes internados/observados, devido às passagens de plantões realizadas entre as equipes, já tomou posse da conduta e realizou a IOT de imediato após avaliação do quadro, não interferindo negativamente no prognóstico do paciente.

Plano de Ação:

Sempre que o médico encerrar seu período de plantão, deverá esperar o próximo plantonista chegar na unidade e o mesmo deverá esperá-lo em prontidão, para que possa exercer suas funções, evitando assim novos agravos. Inclusive a empresa médica foi notificada.

**PRÓ MEMÓRIA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)**

DATA	26/02/2025	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CEM - Integrantes: Flávio Taniguchi (Presidente) / Diogo Benain (Secretário) / Rafael Vilela Azevedo (Membro Efetivo) / Rodrigo Bicalho (R.T. Médico)		

Descrição da Ocorrência - Protocolo Nº 2024122864798:

Paciente desperta em leito de observação, trazido pelo samu com relato de abuso de bebida alcoólica e crise convulsiva em vias, iniciou o plantão de alta médica, porém ao despertar apresentou possível crise focal e confusão mental, acionou emergencista dr richarlison, que acredita não se tratar de nova crise, porém solicita administração de diazepam ev, administrado cpm e solicitado contenção física em leito. Por volta das 11:30 paciente desperta, calmo lucido e orientado, recebe visita da plantonista dra patricia. Após coleta de dados e esclarecimentos do quadro o mesmo refere se chamar nicolas, reside no jardim jusara e mora com sua avó, realizou então a remoção da contenção a pedido da dra patricia, pois paciente se mantém calmo e colaborativo. Em determinado momento paciente se levanta da cama onde referiu que iria ao banheiro e sofre uma queda ao nível do solo, acertado a face no chão, ocasionando fcc em lábio inferior e quebra parcial de um dos dentes com sangramento moderado no momento, o mesmo é prontamente atendido, não apresentando desmaio e/ou confusão mental, realizado analgesia, hidratação e compressa de gelo no local, sem necessidade de sutura após avaliação médica, durante a queda paciente apresentou perda parcial de um dente incisivo, após esclarecimento, paciente refere que dente já era previamente quebrado devido a quedas anteriores. Realizou notificação do ocorrido em sistema.

Análise Conclusiva:

Analisado o ocorrido e após a análise classificado como incidente leve. Paciente avaliado imediatamente pela médica visitadora, não houve necessidade de sutura apenas analgesia e compressa de gelo no local. Paciente manteve-se em observação neurológica. Após melhora teve alta médica.

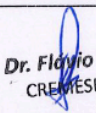
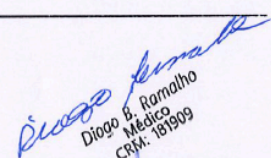
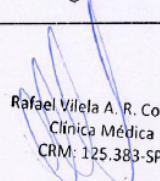
Plano de Ação:

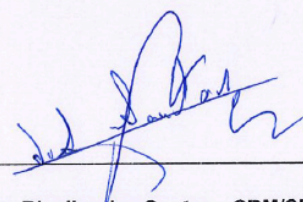
Sempre após intoxicação exógena, rebaixamento do nível de consciência o paciente não pode levantar da maca sem auxílio da assistência dos técnicos de enfermagem e se possível contenção mecânica até que se mantenha resolução/desfecho final do quadro, evitando assim novos incidentes. Priorizando o aperfeiçoamento da equipe e de sua abordagem frente a observação neurológica dos pacientes internados.

**PRÓ MEMÓRIA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)**

DATA	26/02/2025	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CEM - Integrantes: Flávio Taniguchi (Presidente) / Diogo Benain (Secretário) / Rafael Vilela Azevedo (Membro Efetivo) / Rodrigo Bicalho (R.T. Médico)		

3. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Flávio Taniguchi	Presidente da Comissão de Ética Médica	 Dr. Flávio Taniguchi CREMESP: 161613
Diogo Benain Ramalho	Secretário da Comissão de Ética Médica	 Diogo B. Ramalho Médico CRM: 181909
Rafael Vilela Azevedo Ruy Coutrin	Membro Efetivo da Comissão de Ética Médica	 Rafael Vilela A. R. Coutrin Clínica Médica CRM: 125.383-SP


Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos - CRM/SP: 221756
Médico RT**Dr. Rodrigo R. Bicalho**
Médico
CRM-SP 221756

9.3 Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente

**PREFEITURA**
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA	
DATA	12/03/2025
HORÁRIO	09h10 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO
ASSUNTO	ATA de Reunião NSP Nº21. Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Gislaine Vaz Rocha, Joseane Vilas Boas França Rodrigues e Eliane Alves Vitorio.

1. PAUTAS ABORDADAS

- Abertura da reunião com Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, agradecendo a presença de todos e declarando a reunião aberta.
- Discussão a respeito do quadro de plano de ação:
 - Concluído e apresentado **POL.AS.CCI.CGR.001.005 - POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GERENCIAMENTO DE RISCO**, Para seguimento na unidade e implantação.
- Apresentação do plano anual de capacitações;
- NOTIVISA atualizado o acesso.
- Apresentação e discussão do evento adverso.

Fevereiro

1. Falha na comunicação efetiva

Paciente acima deu entrada na unidade com relato de dor torácica, sendo avaliada e acomodada no leito de Sala Amarela enquanto aguardava transferência para o hospital de referência, a fim de realizar Cateterismo Cardíaco. Paciente apresentou piora do quadro apresentando dispneia sendo necessário transferi-la para a sala vermelha. Ao comunicar o emergencista foi identificado pela equipe, que o médico (a) já havia ido embora por aproximadamente às 18:45, sem esperar a rendição do plantão noturno e sem comunicar os colegas que estavam atendendo via porta. O atendimento desta paciente ficou sob responsabilidade de uma médica que estava iniciando o plantão noturno na porta e do médico da equipe de remoção, que havia acabado de chegar para levar a paciente. A paciente evoluiu para IOT, sendo entubada pelo médico emergencista do plantão noturno.

Discussão do caso

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 3

UPA Alto da Ponte

Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

PRÓ MEMÓRIA

DATA	12/03/2025	HORÁRIO	09h10 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA de Reunião NSP N°21. Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Gislaine Vaz Rocha, Joseane Vilas Boas França Rodrigues e Eliane Alves Vitorio.		

Realizado notificação no sistema Medicsys e concluído como ao perceber que o médico havia ido embora, prontamente a equipe de enfermagem buscou os médicos dos consultórios, a fim de assegurar a assistência à paciente.

f) Apresentação do cronograma de capacitações:

Fevereiro

- Integração;
- Projeto Sprint
- Emergência Pediátrica
- NR-32
- PCMSO
- Meta 02 Comunicação Efetiva
- IST'S
- Dengue
- Coleta de RT-PCR
- Estadiamento de Dengue
- Inserção dos paciente no leito
- Limpeza concorrente e terminal

g) Encerramento da reunião com data agendada da próxima para o dia 09/04/2025.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Proposta de implantação da POLÍTICA DE SEGURANÇA DO	Gislaine	60 dias	Concluído

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 2 de 3



PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	12/03/2025	HORÁRIO	09h10 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA de Reunião NSP Nº21. Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Gislaine Vaz Rocha, Joseane Vilas Boas França Rodrigues e Eliane Alves Vitorio.		

PACIENTE E GERENCIAMENTO DE RISCO			

3. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos	RT Médico	Dr. Rodrigo Bicalho CRM-SP 421756
Dra Alessandra de Oliveira	Médica Representante	Alessandra de Oliveira CRM-SP 49997-GR
Rafael Sebastião Costa Rodrigues	Gerente Administrativo	Rafael Rodrigues Gerente Administrativo
Eliane Alves Vitorio	RT de Enfermagem	Eliane Alves Vitorio Enfermeira Responsável Técnica COREN-SP 596.543 CBT 122.947 UPA Alto da Ponte
Carolina de Fatima Ferreira	RT de Farmácia	Carolina de Fatima Ferreira FARMACÊUTICA CRF SP 47.625
Fabiola Frias	Biomédica	Dr. Fabiola Frias Biomédica CRM-SP 49997-GR
Juliana Nazaré de Rezende Ferreira	Enfermeira	Juliana N. R. Ferreira COREN-SP 533.800-EMF
Joseane Vilas Boas França Rodrigues	Enfermeira SCIRAS	Joseane Vilas Boas F. Rodrigues Enfermeira SCIR COREN-SP 602110 UPA Alto da Ponte
Gislaine Vaz Rocha	Enfermeira Ed. Continuada	Gislaine Vaz Rocha Enf. Educacão Permanente COREN-SP 665.963 UPA Alto da Ponte

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 3 de 3

UPA Alto da Ponte

Rua Alzira Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

9.4 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

**PREFEITURA**
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	19/03/2025	HORÁRIO	09h15 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ATA de Reunião CCIRAS N°34: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Adriano de Almeida, Dyogo de Souza Bezerra, Gislaíne Vaz Rocha, Eliane Alves Vitorio e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		

1. PAUTAS ABORDADAS

a) Abertura da reunião com o Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos agradecendo a presença de todos, declarando aberta a reunião.

b) Apresentação dos indicadores e monitoramentos referente ao mês de fevereiro.

- Consumo de produtos para higienização das mãos;
- Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - 5 momentos;
- Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - categoria profissional;
- Percentual de cumprimento ao protocolo da meta 5;
- Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de ITU;
- Percentual de adesão ao protocolo de infecção da corrente sanguínea;
- Percentual de reprocessamento de PPS -
- Percentual de recoletas de material biológico;
- Cobertura vacinal de profilaxia antirrábica humana pós exposição;
- Cobertura vacinal de dupla Adulto pós trauma;
- Monitoramento do percentual de casos suspeitos de dengue de acordo com resultado do NS1;
- Monitoramento de casos suspeitos/confirmados de Covid-19;
- Monitoramento de notificações compulsórias e notificações de agravos de interesse municipal;
- Monitoramento de casos de DDA - Doenças Diarreicas Agudas.

c) Apresentação do Programa de Controle de Infecção.

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 4

UPA Alto da Ponte

Rua Alzira Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5211
upaaltodaponte@cejam.org.br

cejam.org.br



PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	19/03/2025	HORÁRIO	09h15 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ATA de Reunião CCIRAS Nº34: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabíola Farias, Adriano de Almeida, Dyogo de Souza Bezerra, Gislaíne Vaz Rocha, Eliane Alves Vitorio e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		

- d) Foi realizado Protocolo do fluxo de RT PCR sorologia para confirmação de exames de arbovíruses.
- e) Elaboração do protocolo de Antimicrobianos da unidade, pelo RT médico, RT farmácia e SCIRAS, conforme o Rerume do município.
- f) Elaboração do plano de contingência da CME.
- g) Participação do desafio da higienização das mãos.
- h) Realizado reunião dia 27 de fevereiro, com as RTs das UBS, sobre a utilização, diluição e validade do Perox.
- i) Importância da balança para resíduo hospitalar.
- j) Manutenção da diluidora dos produtos da unidade
- k) Importância da troca do dispenser de álcool em gel e sabão que hoje está sendo graduado para refil.
- l) Análise da água na unidade.
- m) Declaramos a reunião encerrada e informamos que a próxima data da reunião conforme cronograma será 16/04/2025.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Protocolo do fluxo de exames de RT PCR e sorologia para confirmação de exames de arbovíruses.	Enf. Joseane Vilas Boas França Rodrigues SCIRAS	Concluído	Aguardando aprovação da sede
Protocolo de antibioticoterapia	Dr Rodrigo	Em atraso	Pendente

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 2 de 4

UPA Alto da Ponte

Rua Alzira Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

PRÓ MEMÓRIA

DATA	19/03/2025	HORÁRIO	09h15 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ATA de Reunião CCIRAS Nº34: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiolla Frias, Adriano de Almeida, Dyogo de Souza Bezerra, Gislaíne Vaz Rocha, Eliane Alves Vitorio e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		

Elaboração do Programa de Controle de Infecção	Enf. Joseane Vilas Boas França Rodrigues SCIRAS	30 dias	Concluído
Plano de contingência da CME	Enf. Joseane Vilas Boas França Rodrigues SCIRAS	30 dias	
Elaboração do Briefing sobre higienização das mãos	Enf. Joseane Vilas Boas França Rodrigues SCIRAS	20 dias	Concluído
Compra da balança de resíduo hospitalar	Gerente administrativo Rafael Rodrigues	Aprovação de compra	
Troca dos dispenser de álcool em gel e sabão	Gerente administrativo Rafael Rodrigues	Aprovação de compra	
Manutenção da diluidora dos saneantes	Gerente administrativo Rafael Rodrigues	Aprovação do contrato	
Análise da água	Gerente administrativo Rafael Rodrigues	30 dias	

3. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Rodrigo Ribeiro Bicalho dos	RT médico	Dr. Rodrigo R. Bicalho

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR, DE, QA, TR, OC, 001

MARCO
CRM-SP 121756

Pág. 3 de 4



PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	19/03/2025	HORÁRIO	09h15 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ATA de Reunião CCIRAS Nº34: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabíola Frias, Adriano de Almeida, Dyogo de Souza Bezerra, Gislaíne Vaz Rocha, Eliane Alves Vitorio e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		

Santos	Membro Consultor	Dr. Rodrigo B. Bicalho Médico CRM 521756 Alto da Ponte CEJAM
Dra Alessandra de Oliveira	Médico Coordenador Membro Consultor	Rafael Rodrigues Gerente Administrativo
Rafael Sebastião Costa Rodrigues	Gerente Administrativo Membro Consultor	Eliane Alves Vitorio
Eliane Alves Vitorio	RT de enfermagem Membro Consultor	Carolina de Fátima Ferreira
Carolina de Fátima Ferreira	RT de farmácia Membro Consultor	Fabíola Frias Biomédica CRM 9270
Fabíola Frias	Biomédica Membro Consultor	Adriano de Almeida
Adriano de Almeida	Líder da Higiene Membro Executor	Dyogo de Souza Bezerra
Dyogo de Souza Bezerra	Administrativo Membro Executor	Joseane Vilas Boas França Rodrigues
Joseane Vilas Boas França Rodrigues	Enfermeira SCIRAS Membro Executor	Gislaíne Vaz Rocha
Gislaíne Vaz Rocha	Enfermeira Ed. Continuada Membro Executor	Gislaíne Vaz Rocha Enf. Educ. Per. Permanente CRM 445.063 UPA Alto da Ponte

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004/001

Pág. 4 de 4

UPA Alto da Ponte

Rua Alzira Lebrão, 76 - Alto da Ponte,

(12) 3931-5215

cejam.org.br

9.5 Comissão de Farmácia e Terapêutica



PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	26/03/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ANTIBIOTICOTERAPIA		

1. PAUTAS ABORDADAS

- Seleção de antibióticos padrões
- Eficácia dos antibióticos no tratamento de infecções comuns
- Estratégias para o controle da resistência antimicrobiana
- Propostas de atualização dos protocolos clínicos

2. Discussões

a) Seleção de antibióticos padrões:
Foi discutido o processo de escolha dos antibióticos padrões, levando em consideração o perfil epidemiológico da região e a eficácia comprovada dos medicamentos frente aos agentes infecciosos mais comuns.

b) Controle da resistência antimicrobiana:
Destacou-se a importância de adotar práticas de prescrição responsável e de monitoramento constante dos casos de resistência. A sugestão foi de implementar estratégias educativas para os profissionais de saúde e pacientes sobre o uso correto dos antibióticos.

9.6 Comissão de Verificação de Óbitos



PRÓ MEMÓRIA CRO

DATA	12/03/2025	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra Alessandra de Oliveira / Dra Thais Sentinello / Dr Rafael Lagoudakis Guerin Reis / Enf Eliane Alves Vitória/ Enf Gislane Vaz Rocha		

1. PAUTAS ABORDADAS

- ✓ Composição da CRO Local e cronograma;
- ✓ Atualização do Regimento da comissão;
- ✓ Leitura da rotina;
- ✓ Realização e Revisão das DOs

2. DECISÕES

- a) Abertura da reunião com a Dra Thais Sentinello agradecendo a presença de todos, Declarando aberta a reunião.
- b) O número total de óbitos avaliados referente ao mês de Janeiro foram quatro (04) e do mês de Fevereiro foram seis (06). Segue o perfil dos pacientes e hipóteses diagnósticas:

UPA Alto da Ponte

Rua Alzira Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

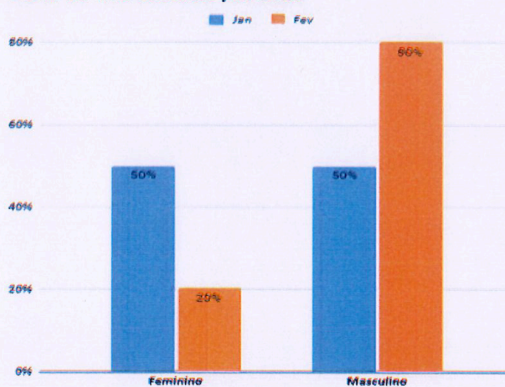
Pág. 1 de 5



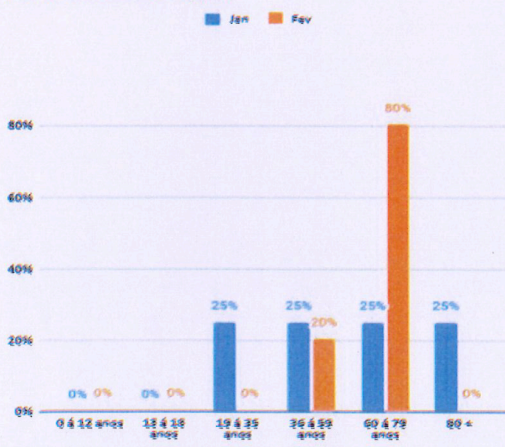
PRÓ MEMÓRIA CRO

DATA	12/03/2025	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra Alessandra de Oliveira / Dra Thais Sentinello / Dr Rafael Lagoudakis Guerin Reis / Enf Eliane Alves Vitória/ Enf Gislaiane Vaz Rocha		

Perfil de Mortalidade por Sexo



Perfil Etário dos Óbitos



**PRÓ MEMÓRIA CRO**

DATA	12/03/2025	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra Alessandra de Oliveira / Dra Thais Sentinello / Dr Rafael Lagoudakis Guerin Reis / Enf Eliane Alves Vitorio/ Enf Gislaine Vaz Rocha		

c) No dia 12/03/2025 foi realizada a reunião da CRO. A análise dos óbitos ocorridos na UPA do Alto da Ponte nos meses de janeiro e fevereiro revela um perfil predominante de pacientes idosos e do sexo masculino. Em janeiro, os óbitos estavam distribuídos de forma equilibrada entre diferentes faixas etárias, com 25% dos casos em cada um dos grupos de 19 a 35 anos, 36 a 59 anos, 60 a 79 anos e 80+. Já em fevereiro, houve uma mudança significativa, com 80% dos óbitos concentrados na faixa de 60 a 79 anos, refletindo a maior vulnerabilidade desse grupo a complicações clínicas.

Em relação ao perfil de gênero, a distribuição em janeiro foi equilibrada entre homens (50%) e mulheres (50%), enquanto em fevereiro, a predominância foi masculina, com 80% dos óbitos registrados entre homens. Esse dado pode indicar uma maior gravidade dos casos atendidos nesse grupo ou um possível atraso na busca por atendimento médico.

Tivemos no período de Janeiro 04 (quatro) óbitos. Desses óbitos 03 (três) são maiores de 60 anos e apenas 01 (um) menor de 60 anos. Sendo 02 (dois) masculinos e (02) femininos. Em relação às causas dos óbitos, 02 (dois) foram pro IML por causa de óbito duvidosa, 01 (um) por arritmia cardíaca, 01 (um) por insuficiência respiratória.

Já no período de Fevereiro tivemos 06 (seis) óbitos na unidade, sendo 03 (três) masculinos e 03 (três) femininos. Desses óbitos, 4 são pacientes maiores de 60 anos e apenas 2 tinham menos de 60 anos. Em relação às causas dos óbitos, 01 (um) foi por broncopneumonia, 01 (um) por sepse de foco urinário, 01 (um) por gastroenterocolite aguda, 2 (dois) já admitidos em PCR e 1 (um) óbito foi encaminhado ao IML por morte de causa duvidosa.

**PRÓ MEMÓRIA CRO**

DATA	12/03/2025	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra Alessandra de Oliveira / Dra Thais Sentinello / Dr Rafael Lagoudakis Guerin Reis / Enf Eliane Alves Vitória/ Enf Gislane Vaz Rocha		

A ausência de óbitos em crianças e adolescentes nos dois meses analisados demonstra a eficiência da unidade no atendimento a esse público. Além disso, a equipe da UPA Alto da Ponte segue atuando de forma ágil na estabilização dos pacientes críticos, garantindo suporte necessário para os casos mais graves e buscando continuamente aprimorar a assistência prestada, principalmente aos idosos, que já estão sendo acompanhados de forma integrada com a Atenção Primária.

Tivemos apenas uma divergência na DO de um paciente, pois no prontuário foi estadiado na evolução sepse de foco pulmonar, no início do atendimento, porém na DO foi constatado sepse de foco urinário, sem menção do novo foco infeccioso em prontuário. No plano de ação referenciamos a todos os médicos para que as DO 's tenham concordância com as hipóteses diagnósticas e com os CIDs instituídos em prontuário/evolução médica.

- d) Declaramos a reunião encerrada e informamos que a próxima data da reunião conforme cronograma será 14/05/2025.

3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Orientar equipe médica: as DO 's precisam ter concordância com as hipóteses diagnósticas e com os CIDs instituídos em prontuário/evolução médica.	Gestor/Coordenador da Comissão	30 dias	Em andamento



PRÓ MEMÓRIA CRO

DATA	12/03/2025	HORÁRIO	16:00 às 17:00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE - São José dos Campos		
ASSUNTO	Reunião CRO - Integrantes: Dra Alessandra de Oliveira / Dra Thais Sentinello / Dr Rafael Lagoudakis Guérin Reis / Enf Eliane Alves Vitório/ Enf Gislaïne Vaz Rocha		

4. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Thais Sentinello	Presidente da Comissão de Óbitos	<i>Thais A. Sentinello</i> Médica CRM-SP 221550
Alessandra de Oliveira	Coordenadora Médica	<i>Alessandra de Oliveira</i> Médica CRM 209992-50
Rafael Lagoudakis Guérin Reis	Suplente Médico	<i>Rafael Lagoudakis Guérin Reis</i> Médico CRM-SP: 190.883
Eliane Alves Vitório	R.T. Enfermagem	<i>Eliane Alves Vitório</i> Enfermeira Responsável Técnica RTE-SP 204.593 / RT 122.947
Gislaïne Vaz Rocha	Ed. Permanente	<i>Gislaïne Vaz Rocha</i> Ed. Permanente CRM-SP 665.963 UPA Alto da Ponte

UPA Alto da Ponte

Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

Pág. 5 de 5

9.7 Reunião Técnica



PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	21/03/2025	HORÁRIO	14h00 às 15h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Reunião Técnica		

1. PAUTAS ABORDADAS

a) Declarando aberta reunião, iniciamos a reunião.

b) Realizado atualização e aprovação do protocolo de sepse nesta reunião, encaminhado para educação permanente agendar a capacitação das equipes.

c) Para a próxima reunião ficou alinhado à análise e aprovação do protocolo de AVC.

d) Agradecendo a presença de todos, finalizamos a reunião. A próxima reunião ficou definida para o dia 04/04/2025, onde serão apresentados o andamento dos processos iniciados hoje.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Controle dos lacres dos kits	Farmacêuticos	0 dias	PENDENTE
Fluxograma cuidados paliativos	RT médico	0 dias	
Elaboração do kit de TOT ped.	Dr. Henrique e RT de Farmácia	0 dias	PENDENTE

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 2

UPA Alto da Ponte

Rua Alzira Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

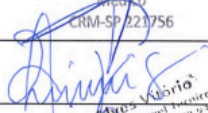
(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

PRÓ MEMÓRIA

DATA	21/03/2025	HORÁRIO	14h00 às 15h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Reunião Técnica		

3. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos	RT médico	Dr. Rodrigo B. Bicalho Médico CRM-SP 22.1756
Rafael Rodrigues	Gerente Administrativo	
Eliane Alves Vitorio	RT de enfermagem	Eliane Alves Vitorio Enfermeira Responsável Técnica CRM-SP 209997-SP / CRI 122.917 UPA Alto da Ponte
Henrique Grécia	Coordenador Pediátrica	Ausente
Alessandra de Oliveira	Coordenadora Clínica	Alessandra de Oliveira Médica CRM 209997-SP

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 2 de 2

9.8 Reunião Clínica

**PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

PRÓ MEMÓRIA

DATA	21/03/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Reunião Clínica		

1. PAUTAS ABORDADAS

- a) Declarando aberta reunião, iniciamos a reunião revendo o plano de ação.
- b) Discutido a respeito da necessidade de conscientização das equipes a respeito da sensibilidade na abertura do protocolo de sepse que precisamos melhorar.
- c) Evidenciado algumas questões relacionadas a fornecimento de documentos (atestado e receita) em nome de outro paciente, a equipe foi reorientada pela parte médica, porém foram realizadas notificações via medsys para investigação do evento.
- d) Iniciaremos as capacitações referente aos protocolos clínicos da unidade, atualizados conforme a recomendação do CEJAM.
- e) Declaramos a reunião encerrada. Fica acordado que a próxima reunião será no dia 04/04/2025.

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 2

UPA Alto da Ponte

Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

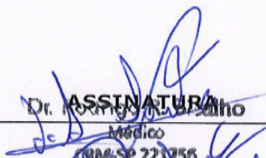
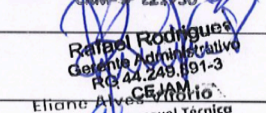
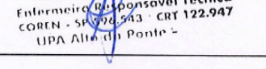
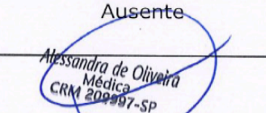
(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

PRÓ MEMÓRIA

DATA	21/03/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	Reunião Clínica		

3. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos	RT Médico	 Dr. Rodrigo Bicalho dos Santos Médico CRM-SP 221756
Rafael Sebastião	Gerente Administrativo	 Rafael Rodrigues Gerente Administrativo RG 44.249.891-3 CEJAM
Eliane Alves Vitória	RT de Enfermagem	 Eliane Alves Vitória Enfermeira Responsável Técnica COREN - SP 94.543 - CRT 122.947 UPA Alto da Ponte
Henrique Grécia	Coordenador Pediatria	Ausente
Alessandra de Oliveira	Coordenadora Clínica	 Alessandra de Oliveira Médica CRM 208997-SP

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 2 de 2

9.9 Comitê Evoluir

Regulamento do comitê



CEJAM

Comitê Evoluir	Código: XXX.XXX.XX.XXX.00X
Desenvolvimento de líderes	Versão: 001
Rede atenção à saúde	Data da Emissão: 15/03/2025
Regional São José dos Campos	Vencimento: 02 anos após emissão

COMITÊ EVOLUIR

Histórico de Versões

001 - Emissão Inicial

Fase	Nome	Setor/Unid.	Data	Documento
Elaboração	Eliane Alves Vitória	Gerente de Enfermagem	15/03/2025	COREN: 596543
Análise	Gislaine Vaz Rocha	Ed. Permanente	16/03/2025	COREN:665963
Aprovação	Rafael Rodrigues	Gerente Administrativo	17/03/2025	Matrícula: 06712

Classificação da Informação: XXXXX
XXX.XXX.XXX.XXX.00X.00X

Pág. 1 de 10

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

Rua Dr. Lund, 41 - Liberdade
São Paulo - SP - CEP: 01513-020

11 3469-1818
cejam@cejam.org.br

cejam.org.br



1. OBJETIVO

Desenvolver competências de lideranças da UPA Alto da Ponte, promovendo uma gestão eficiente e humanizada.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar e aprimorar habilidades de liderança.

Capacitar a equipe para a tomada de decisão baseada em evidências.

Melhorar a comunicação entre os profissionais da UPA.

Fortalecer o trabalho em equipe e a cultura organizacional.

Reduzir conflitos e melhorar o clima organizacional.

Aprimorar a qualidade da assistência ao paciente.

3. ABRANGÊNCIA/ APLICAÇÃO

Este projeto será aplicado na UPA Alto da Ponte.

3.1 Público-Alvo

Lideranças da unidade.

3.2 Estratégias

Diagnóstico Inicial

Abertura do comitê com ação de humanização e conscientização aos líderes.

Aplicação de questionários e entrevistas para identificar desafios e potencialidades de liderança na equipe.

Avaliação do clima organizacional e das necessidades da unidade.

Classificação da Informação: XXXXX
XXX.XXX.XXX.XXX.00X.00X

Pág. 2 de 10



Capacitação e Treinamento

Workshops mensais sobre:

Comunicação assertiva e liderança situacional.

Gestão de conflitos e trabalho em equipe.

Tomada de decisão e gestão de riscos.

Inteligência emocional e resiliência.

Feedback Construtivo e Desenvolvimento da Equipe

Treinamentos práticos com simulações de situações reais.

Mentoria com enfermeiros experientes e gestores da unidade.

Cultura de Segurança do Paciente e Melhoria Contínua.

Inovação e Tecnologia na Gestão da Saúde.

Liderança Inspiradora e Motivação de Equipes.

Gestão do Tempo e Priorização no Ambiente Hospitalar.

Comunicação Efetiva em Situações de Crise.

Acompanhamento e Avaliação Contínua

Aplicação de indicadores para medir o impacto do projeto.

Feedback estruturado dos participantes.

Relatórios periódicos para ajustes no programa.

Classificação da Informação: XXXXX
XXX.XXX.XXX.XXX.00X.00X

Pág. 3 de 10

4. TERMINOLOGIA E CONCEITO

Liderança Situacional: Modelo que adapta o estilo de liderança de acordo com a maturidade e competência da equipe, garantindo flexibilidade e eficiência na gestão.

Gestão de Conflitos: Processo estruturado para identificar, analisar e resolver divergências dentro da equipe, promovendo um ambiente colaborativo.

Tomada de Decisão Estratégica: Capacidade de avaliar riscos, analisar cenários e escolher a melhor alternativa para atingir os objetivos organizacionais.

Inteligência Emocional: Habilidade de reconhecer, compreender e gerenciar emoções para lidar com desafios, fortalecer relacionamentos e liderar com empatia.

Mentoria Organizacional: Processo em que líderes mais experientes compartilham conhecimento e orientam novos gestores para acelerar seu desenvolvimento profissional.

Cultura de Segurança: Conjunto de valores e práticas que garantem um ambiente de trabalho seguro, reduzindo riscos e melhorando a qualidade dos serviços.

Desenvolvimento Contínuo: Princípio de aprendizado contínuo, que incentiva os líderes a se atualizarem constantemente e aprimorarem suas competências.

Feedback Estruturado: Técnica de fornecer retorno construtivo baseado em observações objetivas e direcionado para o crescimento profissional da equipe.

Gestão da Mudança: Processo de planejamento e implementação de novas estratégias, garantindo a adaptação eficaz da equipe a novos desafios organizacionais.

Engajamento e Motivação: Estratégias para incentivar e manter a equipe comprometida com os objetivos organizacionais e a excelência no atendimento.

O Comitê tem como principal missão desenvolver programas e estratégias que fortaleçam a liderança, assegurando que os gestores estejam preparados para enfrentar os desafios da organização com competência, inovação e visão estratégica.

Classificação da Informação: XXXXX
XXX.XXX.XXX.XXX.00X.00X

Pág. 4 de 10



5. PARÂMETROS E DIRETRIZES

5.1. PARÂMETROS

Para garantir a eficácia das ações do Comitê, os seguintes parâmetros devem ser seguidos:

Foco na Excelência da Liderança: O desenvolvimento das lideranças deve estar alinhado às melhores práticas de gestão e às necessidades estratégicas da organização.

Uso de Indicadores de Desempenho: Monitoramento contínuo por meio de métricas como taxa de engajamento, satisfação da equipe e impacto das decisões tomadas pelos líderes.

Metodologia Baseada em Evidências: Adoção de abordagens validadas cientificamente e aplicáveis ao contexto da organização.

Inclusão e Diversidade: Promoção de um ambiente que valorize diferentes perfis de liderança, garantindo equidade de oportunidades.

Capacitação Contínua: Programas periódicos de treinamento, workshops e mentorias para aprimoramento contínuo das competências.

Avaliação Contínua do Impacto: Revisão e ajustes das estratégias com base em feedbacks e resultados práticos.

5.2. DIRETRIZES

O Comitê deve seguir as seguintes diretrizes para garantir sua efetividade e alinhamento aos objetivos organizacionais:

Estratégia Integrada: As iniciativas devem estar alinhadas ao planejamento estratégico da organização, garantindo que o desenvolvimento da liderança impacte positivamente os resultados institucionais.

Aprendizado Prático e Dinâmico: O foco deve estar na aplicação direta dos conceitos no dia a dia dos líderes, utilizando metodologias como estudos de caso, simulações e role-playing.

Acompanhamento e Suporte Contínuo: O desenvolvimento da liderança não deve se restringir a treinamentos pontuais, mas contar com acompanhamento, feedbacks estruturados e mentorias.

Responsabilidade Compartilhada: O crescimento da liderança deve ser um compromisso tanto da organização quanto dos próprios líderes, incentivando a autogestão do aprendizado.

Inovação e Adaptabilidade: O Comitê deve estar aberto a novas abordagens, ferramentas tecnológicas e tendências de gestão para manter a liderança sempre atualizada.

Classificação da Informação: XXXXX
XXX.XXX.XXX.XXX.00X.00X

Pág. 5 de 10

**6. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO**

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO
Todos os gestores da unidade	Liderados

7. RESULTADO ESPERADO

Maior engajamento dos enfermeiros nos processos de gestão.

Melhoria nos índices de satisfação da equipe.

Redução de falhas na comunicação e conflitos interpessoais.

Assistência mais segura e eficiente aos pacientes.

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Salas e materiais audiovisuais para treinamentos.

Equipe de facilitadores e mentores.

Materiais didáticos e de avaliação.

Classificação da Informação: XXXXX
XXX.XXX.XXX.XXX.00X.00X

Pág. 6 de 10

9. PROTOCOLO

Nº	ETAPAS	PERÍODO	DESCRIÇÃO
01	Diagnóstico e levantamento de necessidades	1º Mês	Nesta etapa será realizada a abertura do comitê e divulgação para as equipes.
02	Início das capacitações e workshops	2º ao 12º Mês	Início das capacitações e workshops que serão realizados mensalmente com convidados e gestores do CEJAM.
03	Implantação de mentorias	4º ao 12º Mês	Após identificar os perfis de liderança, serão selecionados liderados para realizar mentorias direta com seu gestor.
04	Avaliação intermediária e ajustes	5º ao 12º Mês	A avaliação será realizada pelos gestores responsáveis pela implantação do comitê.
05	Avaliação final e relatório	12º Mês	Elaborar relatório final visando a implementação para o próximo período.

Classificação da Informação: XXXXX
XXX.XXX.XXX.XXX.00X.00X

Pág. 7 de 10

10. PONTOS CRÍTICOS E RISCOS

PARTES ENVOLVIDAS	RISCOS	MEDIDAS PREVENTIVAS
Diretoria e Alta Gestão	Falta de recursos ou suporte institucional	Personalização do conteúdo conforme os desafios e demandas específicas do ambiente organizacional.
RH e Núcleo de Educação Permanente	Dificuldade na aplicação prática dos aprendizados	Abordagens interativas, como estudos de caso, simulações e role-playing, para tornar o aprendizado mais efetivo.
Lideranças Atuais	Resistência à mudança	Integração de mentorias, feedbacks e acompanhamento regular para reforçar a aplicação prática do conhecimento.
Profissionais em Desenvolvimento	Baixo engajamento dos participantes	Comunicação clara sobre a importância do desenvolvimento de líderes, com incentivo da alta gestão.
Equipe Técnica e Administrativa	Ausência de métricas de avaliação	Definição de indicadores de desempenho para medir impacto e realizar ajustes conforme necessário.

Classificação da Informação: XXXXX
XXX.XXX.XXX.XXX.00X.00X

Pág. 8 de 10

Ata do 1º Encontro

PRÓ MEMÓRIA	
DATA	26/03/2025
HORÁRIO	09h10 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO
ASSUNTO	ATA Comitê Evoluir Nº01. Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Gislaine Vaz Rocha, Joseane Vilas Boas França Rodrigues, Ellane Alves Vitorio, Whitney Feliciano Dos Santos, Dyogo Bezerra, Gabriel Soares de Souza Camargo, Patricia Jesus Nascimento da Silva, André Priante, Ana Carolina, Thais Aline, Adriano Mazzo e Adriano Almeida.

1. PAUTAS ABORDADAS

a) Abertura da reunião com o Gerente Administrativo Rafael Rodrigues agradecendo a presença de todos e instaurando o comitê na unidade.

b) Concluído e apresentado **REGULAMENTO DO COMITÊ EVOLUIR** para seguimento na unidade.

c) **Objetivo do Projeto**
O senhor Rafael iniciou a reunião destacando que o principal objetivo do projeto é promover o desenvolvimento tanto profissional quanto pessoal dos líderes de setores, alinhando esse crescimento à progressão da unidade de saúde. O foco do projeto visa, principalmente, melhorar o atendimento ao paciente, por meio da criação de novos processos e fluxos de trabalho, além do aperfeiçoamento contínuo dos processos já existentes.

d) **Capacitação em Liderança**
Dando continuidade, Rafael apresentou uma sequência de vídeos e palestras abordando temas relacionados à liderança eficaz e ao desenvolvimento da conduta e postura dos líderes. Ressaltou que, apesar de a equipe da unidade possuir uma alta capacidade técnica, o aprimoramento das habilidades comportamentais e de liderança é fundamental para o sucesso do projeto.

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 5

UPA Alto da Ponte	Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531	(12) 3931-5213 upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br	cejam.org.br
--------------------------	---	---	---------------------

PRÓ MEMÓRIA

DATA	26/03/2025	HORÁRIO	09h10 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA Comitê Evoluir N°01. Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Gislaine Vaz Rocha, Joseane Vilas Boas França Rodrigues, Eliane Alves Vitorio, Whitney Feliciano Dos Santos, Dyogo Bezerra, Gabriel Soares de Souza Camargo, Patricia Jesus Nascimento da Silva, André Priante, Ana Carolina, Thais Aline, Adriano Mazzo e Adriano Almeida.		

e) Dinâmica de Liderança e Humanização

Em seguida, após a reflexão proporcionada pelos vídeos e discussões realizadas, Rafael e Eliane propuseram uma dinâmica que tem se mostrado eficaz no plantão noturno da equipe de técnicos de enfermagem. A dinâmica, intitulada "Cuidando uns dos Outros", tem como objetivo promover o cuidado mútuo entre os membros da equipe, seja por meio de palavras de conforto ou ações de humanização. Rafael destacou que a liderança muitas vezes pode se tornar solitária e que essa dinâmica visa incentivar a reflexão sobre a importância do trato e apoio ao colega de trabalho. Para implementar essa atividade, foi realizado um sorteio, e os participantes anunciaram os escolhidos para dar início à dinâmica, que será formalmente apresentada na próxima reunião da coordenação, a ser realizada em 02 de abril de 2025. Na oportunidade, os resultados e impactos da dinâmica serão discutidos.

f) Encerramento da Reunião

A reunião foi encerrada com a realização de uma sessão de fotos, nas quais os participantes registraram frases de valorização pessoal e profissional. Essa ação simboliza o compromisso da equipe com o reconhecimento do potencial individual e coletivo, reafirmando os princípios de valorização e respeito dentro do ambiente de trabalho.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião do Comitê Evoluir, com a convicção de que as ações propostas contribuirão significativamente para o fortalecimento das lideranças e para a melhoria contínua do atendimento e bem-estar de todos os envolvidos.

g) Encerramento da reunião com data agendada da próxima para o dia 30/04/2025.

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 2 de 5

PRÓ MEMÓRIA

DATA	26/03/2025	HORÁRIO	09h10 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA Comitê Evoluir N°01. Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Gislaíne Vaz Rocha, Joseane Vilas Boas França Rodrigues, Eliane Alves Vitorio, Whitney Feliciano Dos Santos, Dyogo Bezerra, Gabriel Soares de Souza Camargo, Patrícia Jesus Nascimento da Silva, André Priante, Ana Carolina, Thais Aline, Adriano Mazzo e Adriano Almeida.		

2. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Capacitação Comunicação assertiva e liderança situacional.	Eliane	30 dias	

3. PARTICIPANTES

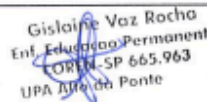
NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Rafael Rodrigues	Gerente Administrativo	Rafael Rodrigues Gerente Administrativo RG 44.248.801-3 CEJAM
Thalita Rocha	Gerente Regional Técnica	
Hideraldo Belini	Coordenador Assistencial Regional	
Eliane Vitorio	RT Enfermagem	Eliane Alves Vitorio Enfermeira Responsável Técnica COREN - SP 576.543 - CRI 122.947 UPA Alto da Ponte
Rodrigo Bicalho	R.T Médico	Dr. Rodrigo R. Bicalho Médico CRM-SP 221756

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 3 de 5

PRÓ MEMÓRIA

DATA	26/03/2025	HORÁRIO	09h10 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA Comitê Evoluir N°01. Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Gislaine Vaz Rocha, Joseane Vilas Boas França Rodrigues, Eliane Alves Vitorio, Whitney Feliciano Dos Santos, Dyogo Bezerra, Gabriel Soares de Souza Camargo, Patricia Jesus Nascimento da Silva, André Priante, Ana Carolina, Thais Aline, Adriano Mazzo e Adriano Almeida.		

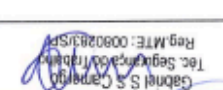
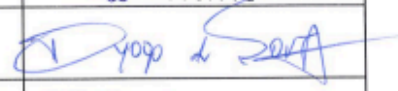
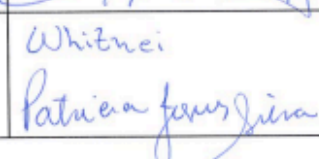
Alessandra de Oliveira	Coordenador Médico	
Henrique Estrela Lara Juliana Pulga	Coordenador Pediatria	
Carolina Ferreira	Coordenadora de Suprimentos	
Gislaine Vaz Rocha	Enfermeira Ed. Continuada	 Gislaine Vaz Rocha Enf. Educação Permanente CRM-SP 665.963 UPA Alto da Ponte
André Priante	R.T Ralo-X	
Fabiola Frias	R.T Laboratório	 Dr. Fabiola Frias Biomédica CRM 9270
Ana Carolina	Assistente Social	
Thais Aline	Assistente Social	
Adriano Mazzo	Técnico de Informática	

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 4 de 5

PRÓ MEMÓRIA

DATA	26/03/2025	HORÁRIO	09h10 às 10h00
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
ASSUNTO	ATA Comitê Evoluir Nº01. Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Rafael Sebastião Costa Rodrigues, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Gislaine Vaz Rocha, Joseane Vilas Boas França Rodrigues, Eliane Alves Vitorio, Whitney Feliciano Dos Santos, Dyogo Bezerra, Gabriel Soares de Souza Camargo, Patricia Jesus Nascimento da Silva, André Priante, Ana Carolina, Thais Aline, Adriano Mazzo e Adriano Almeida.		

Adriano Almeida	Líder da Higienização e manutenção	
Gabriel Camargo	Segurança do Trabalho	 Reg.MTE: 00802025SP Téc. Segurança do Trabalho
Dyogo de Souza	Auxiliar Administrativo	
Whitinei Feliciano Patricia de Jesus	Recursos Humanos	

Classificação da Informação: Uso Interno
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 5 de 5

9.10 Comissão Antibioticoterapia



PREFEITURA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PRÓ MEMÓRIA

DATA	26/03/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ANTIBIOTICOTERAPIA		

1. PAUTAS ABORDADAS

- Seleção de antibióticos padrões
- Eficácia dos antibióticos no tratamento de infecções comuns
- Estratégias para o controle da resistência antimicrobiana
- Propostas de atualização dos protocolos clínicos

2. Discussões

a) Seleção de antibióticos padrões:
Foi discutido o processo de escolha dos antibióticos padrões, levando em consideração o perfil epidemiológico da região e a eficácia comprovada dos medicamentos frente aos agentes infecciosos mais comuns.

b) Controle da resistência antimicrobiana:
Destacou-se a importância de adotar práticas de prescrição responsável e de monitoramento constante dos casos de resistência. A sugestão foi de implementar estratégias educativas para os profissionais de saúde e pacientes sobre o uso correto dos antibióticos.

Pág. 1 de 3

UPA Alto da Ponte

Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte,
São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531

(12) 3931-5213
upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br

cejam.org.br

PRÓ MEMÓRIA

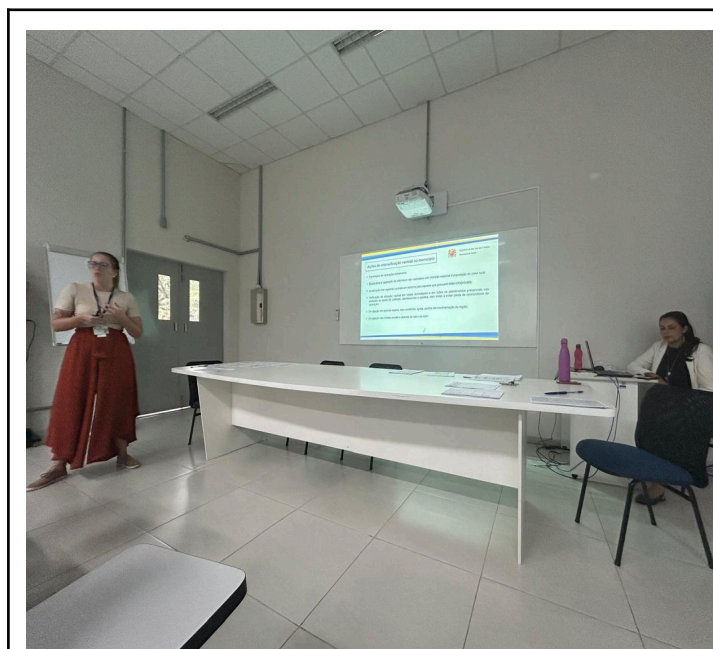
DATA	26/03/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ANTIBIOTICOTERAPIA		

4. PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos	RT médico	
Dra. Alessandra de Oliveira	Médica Coordenadora	45-255502-903 FARM SANTOS, 20/03/2025
Rafael Rodrigues	Gerente Administrativa	Rafael Rodrigues Gerente Administrativo RG: 44.240.991-3 CEJAM
Carolina de F. Ferreira	RT de farmácia	
Eliane Alves Vitória	RT de enfermagem	Eliane Alves Vitória Enfermeira - Enfermagem Toxicol CEJAM - RUA DA PONTE - CEP: 12212-531
Joseane Vilas Boas	Enfermeira SCIRAS	Joseane Vilas Boas Enfermeira SCIR CEJAM - RUA DA PONTE - CEP: 12212-531

10. TREINAMENTO, EVENTOS E CAPACITAÇÕES





Capacitação de Febre amarela, ministrada pela Prefeitura de São José dos Campos



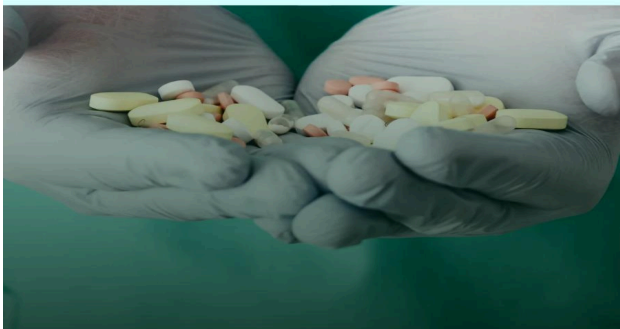
TEMA: BOAS PRÁTICAS NA ADMINISTRAÇÃO
DE MEDICAMENTOS

DATAS: 25/03/25 E 26/03/25

HORÁRIOS: 10:00/11:00/19:30/20:30

PÚBLICO ALVO: EQUIPE ASSISTENCIAL/EQUIPE DA FARMÁCIA

RESPONSÁVEL: ENFª ED.PERMANENTE GISLAINE VAZ



Capacitação - Boas práticas na administração de medicamentos - Meta 3 Segurança do paciente

DIA INTERNACIONAL DA Síndrome de Down



Olá, #TimeCEJAM!

No dia 21 de março, comemoramos o **Dia Internacional da Síndrome de Down**, uma data para reforçar a importância da inclusão e do respeito à diversidade. Para marcar essa ocasião, convidamos você para uma ação especial!

Como participar?

Venha trabalhar com **meias descombinadas, coloridas e divertidas!** Uma forma divertida de promover a aceitação e o respeito pelas diferenças.

Quando?

21 de março (sexta-feira).

Vista suas meias, tire fotos e compartilhe com a gente pelo
WhatsApp: (11) 95976-2011.

DIA INTERNACIONAL DA Síndrome de Down



Evento dia internacional da Síndrome de Down



COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM



Comissão de Ética de Enfermagem



Curso White Belt Lean Healthcare 2025 - Secretaria de Saúde



Evento - Dia das Mulheres



Conscientização In loco - Tuberculose



Capacitação IN-LOCO com a equipe médica referente as notificações no sistema Medicsys e a implantação do QR CODE nas mesas dos consultórios médicos.

Capacitação Abertura de chamado Medicsys - Equipe médica

TEMA:
EMPODERAMENTO FEMININO

Palestrante: Gerente Regional

Thalita Rocha

Data: 07/03/2025

Horário: 09:30

Local: Auditório

Público: Equipe Multi



Palestra da Gerente Regional Thalita Ruiz Lemos da Rocha - Empoderamento Feminino

MELHORIAS ASSISTENCIAIS





CARTA DE SERVIÇO AO USUÁRIO UPA ALTO DA PONTE

Sua saúde é nossa prioridade!
Atendimento humanizado e com respeito.
Escaneie o QR Code para saber mais sobre nossos
serviços e como podemos cuidar melhor de você!



Carta de Serviço ao Usuário



Sinalização de atendimento preferencial



Sinalização dos horários de visita



Nova tábua de massagem cardíaca



Dinâmica do Cuidado



Atualizado o manejo de higienização das mãos



Reunião Setor de Raio X



Reunião CCIRAS



Reunião Reconhecimento das lideranças - Comitê evoluir



Apresentação de Resultados em conjunto com a reunião da CGU



Assunção da Valdirene como Nova Supervisora Noturna



Apresentação de Resultados



Alinhamento Enfermeiros - Plantão Noturno

6ª Edição



BOLETIM SEMANAL UPA ALTO DA PONTE

DATA: 27/03/25

Aniversariantes da semana

Eduarda Aparecida

Erika da Silva

Moacir Ribeiro

Patrícia Souza

Amanda Macedo

Ação sobre a conscientização do dia internacional da Síndrome de Down



Reunião da Coordenação



6ª Edição

BOLETIM SEMANAL UPA ALTO DA PONTE



DATA: 27/03/25

Dinâmica um cuidando do outro





BOLETIM SEMANAL UPA ALTO DA PONTE



Convite

CONVITE



**COMISSÃO DE ÉTICA
DE ENFERMAGEM**

**CERIMÔNIA
DE
POSSE**

**DATA: 10/03/25
HORÁRIO: 08:00
LOCAL: AUDITÓRIO**



CEJAM

MELHORIAS IMPLEMENTADAS



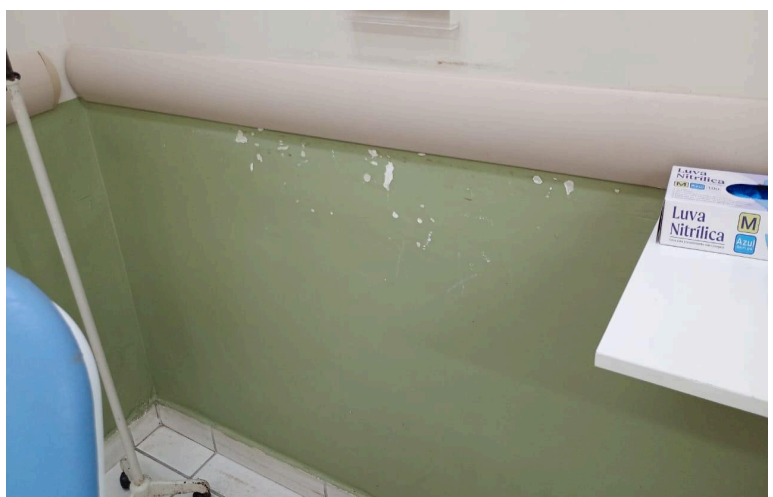
Poda Área Externa



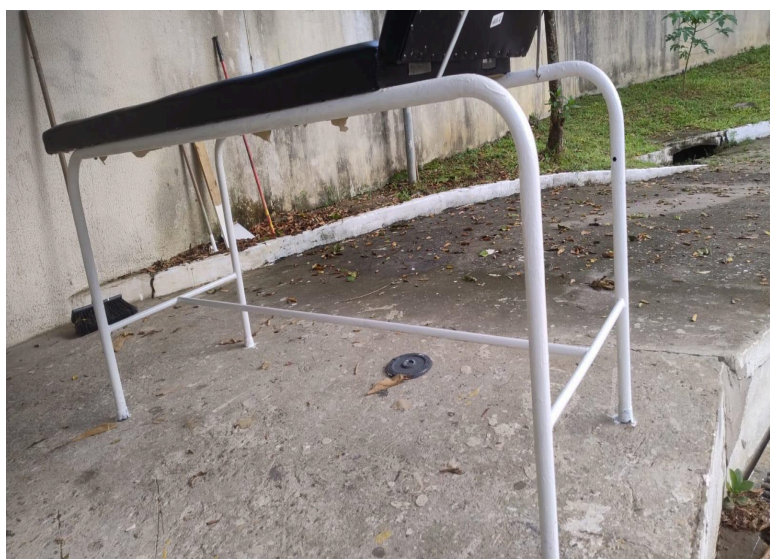
Poda Área Externa



Manutenção em poltronas



Pintura em falhas da unidade



Pintura das Macas



Instalação de novos mictórios dos banheiros masculinos



Pintura do piso - Destaque da sinalização



Limpeza das calhas


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

THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA
Gerente Técnico Regional